



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (8.)
w dniu 27 marca 2012 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Problemy finansowania procedur w chirurgii ogólnej i onkologicznej.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dzień dobry, witam serdecznie.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia, które jest poświęcone problemom finansowym w chirurgii ogólnej i w chirurgii onkologicznej.

Witam pana marszałka, witam kolegów i koleżanki senatorów, witam panią minister, witam pana prezesa NFZ, witam przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej, witam wszystkich państwa doktorów i profesorów. Szanowni Państwo, bardzo proszę wpisywać się na listę.

Zaproponowałbym taką konwencję naszego spotkania. Na początek poprosiłbym pana profesora Krawczyka o przedstawienie prezentacji dotyczącej chirurgii ogólnej, potem pana profesora Hermana o wypowiedź na temat chirurgii onkologicznej, następnie poprosiłbym panią minister i pana prezesa o ustosunkowanie się do problemu, który dzisiaj omawiamy, a potem oczywiście poprowadzilibyśmy dyskusję. Chciałbym, żebyście wszyscy państwo mieli możliwość zgłoszenia swoich problemów i ewentualnie sposobów ich rozwiązania. Nasze posiedzenie komisji, tak jak poprzednie, zakończymy wnioskami, które zostaną przesłane do ministerstwa i Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeśli państwu taka konwencja odpowiada, to możemy tak procedować.

Czy panie i panowie senatorowie mają jakieś uwagi?

Jeśli chodzi o ewentualne sprawy różne, to prosiłbym o pozostanie członków Komisji Zdrowia.

Może zacznę od pytania do pana profesora Krawczyka, bo myśmy się umówili, że dzisiaj zadam to pytanie, czy pieniądze, które miały wpłynąć do państwa szpitala, dotyczące chirurgii onkologicznej...

(Głos z sali: Onkohematologii.)

...onkohematologii, wpłynęły do państwa?

(Głos z sali: To byłoby zbyt piękne.)

Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich Marek Krawczyk:

Panie przewodniczący, byłoby wspaniale, ale na razie ani do uczelni, ani do szpitala pediatrycznego żadne dodatkowe pieniądze nie dotarły.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Mieliśmy informację, jeśli dobrze pamiętam, Panie Profesorze, że one miały już dotrzeć. Tak?

Senator Alicja Chybicka:

Tak, o tym, że miały one dotrzeć. W każdym razie w szpitalu wrocławskim sytuacja jest taka, że zostały podpisane umowy, fizycznie pieniędzy na koncie jeszcze nie ma, ale są podpisane umowy i przyjęte nadwykonania do zapłacenia. Myślę, że tak samo powinno być w Warszawie, gdzie ta suma była prawie trzykrotnie wyższa niż we Wrocławiu.

Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich Marek Krawczyk:

Rozmawiałem wczoraj z panem doktorem Krawczykiem, dyrektorem szpitala pediatrycznego – on ma takie samo nazwisko jak ja – mieliśmy spotkanie i powiedział mi, że na razie nie było żadnych wpływów, ale sprawdzę to dzisiaj, Panie Senatorze, Panie Przewodniczący, bo być może w tym czasie coś się pojawiło. Byłbym bardzo rad.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dobrze, na pewno będziemy to pilotować.

Panie Profesorze, teraz bardzo pana proszę o prezentację.

Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich Marek Krawczyk:

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Pani Minister! Panie Prezesie! Wszyscy Moi Koledzy zarówno z Towarzystwa Chirurgów Polskich, jak i z Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej!

Nasza intencja, intencja naszego Towarzystwa Chirurgów Polskich była taka, żeby przedstawić senackiej Komisji Zdrowia problemy, które są związane ze stanem chirurgii polskiej oraz z finansowaniem zarówno chirurgii ogólnej, jak i chirurgii onkologicznej.

Zacznę od tego, że tak naprawdę to nie bardzo wiemy, ilu w naszym kraju mamy chirurgów, dlatego że rejestr konsultanta krajowego podaje, jak państwo widzicie, że jest niewiele ponad dwa tysiące, rejestr Naczelnej Izby

Lekarskiej podaje, że jest ich prawie dziewięć tysięcy siedmiuset, a nie wiem, jakie dane ma pan prezes, pewnie ma jakieś swoje dane, trudno mi powiedzieć, bo my tymi danymi nie dysponujemy. To, co jest niezwykle istotne, to fakt, że niestety już obecnie bardzo duża grupa chirurgów jest w wieku emerytalnym. Jak państwo widzą, 23%, prawie 24% obecnie pracujących chirurgów jest w wieku emerytalnym. Zatem ta grupa chirurgów, która w tej chwili wykonuje zawód i jeszcze przez jakiś czas będzie go wykonywała, to jest 75% wszystkich chirurgów obecnie zarejestrowanych w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

W poszczególnych województwach wygląda to bardzo różnie, liczba chirurgów w poszczególnych województwach jest różna, odsetkowo to jest od 4,91 w województwie podlaskim do najwyższej wartości, czyli 7,66, w województwie warmińsko-mazurskim. To, co dla nas, dla naszego kraju jest istotniejsze, choć tamte dane też są bardzo ważne, to liczba chirurgów w Polsce na sto tysięcy mieszkańców. Proszę zobaczyć, jak to wygląda w stosunku do innych krajów. Ja już nie mówię o tym, że w Stanach Zjednoczonych to jest prawie czterdziestu, przynajmniej trzydziestu dziewięciu chirurgów na sto tysięcy mieszkańców. Proszę spojrzeć na Europę. W takich krajach, jak Grecja, Włochy czy inne, widzą państwo, wszędzie te liczby są znacznie większe niż w Polsce. W Polsce na sto tysięcy mieszkańców przypada piętnastu chirurgów, a w innych krajach więcej, zresztą te liczby są tu podane.

Tutaj jest krótka informacja o egzaminach specjalizacyjnych. Wartości obrazujące zdawalność – to są te czerwone słupki w stosunku do niebieskich – są mniej więcej takie same, ale niestety widzimy, że liczba zdających nowych chirurgów, tych lekarzy, którzy chcą być chirurgami w naszym kraju, pomału spada. W ostatniej sesji była ona jeszcze mniejsza.

Musimy spojrzeć na inny element, na to, co się dzieje w populacji. Populacja Polaków – wiemy o tym, bo to się powtarza – generalnie jest populacją zmniejszającą się, ale w naszym społeczeństwie będzie coraz większa grupa osób, które będą w wieku wymagającym leczenia chirurgicznego czy innego leczenia, bo po prostu nasze społeczeństwo się starzeje. Jeżeli w związku z tym, że liczba chirurgów nie rośnie, a raczej maleje, nie podejmie się decyzji, które będą służyły poprawieniu sytuacji, to nie ma wątpliwości, że w niedalekiej przyszłości chirurgia stanie się specjalnością deficytową i leczenie chorych będzie coraz trudniejsze.

Te dane, które teraz chcę państwu przedstawić – nie ma dzisiaj z nami pana profesora Jana Kuliga, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, ale to jest jego praca, życzymy mu, żeby jak najszybciej powrócił do zdrowia i mógł się z nami spotykać – to są dane przygotowane na podstawie danych z oddziałów chirurgicznych w latach 2009–2010. Ja tutaj chcę zwrócić uwagę, pokazać, jaki zakres operacji, zwłaszcza dotyczących chorych na nowotwory, jest wykonywany w oddziałach i w klinikach chirurgicznych. Tutaj państwo widzą, hemikolektomie, prawie cztery tysiące operacji jelita grubego z powodu raka, tak zwane operacje Hartmanna, brzuszno-kroczone odjęcie odbytnicy, inne resekcje jelita grubego z powodu raka. Te dane pochodzą z oddziałów chirurgii, które nadzoruje pan

profesor Kulig. Jeśli chodzi o operacje dotyczące chorób nowotworowych trzustki, to pojęcie jest zróżnicowane, ale są to resekcje trzustki, operacja Whipple'a, to są wszystkie operacje nowotworowe, resekcje wątroby, które są wykonywane w oddziałach chirurgii ogólnej, operacje gruczołu tarczowego również wykonywane w oddziałach chirurgii ogólnej, operacje guzów piersi wykonywane w oddziałach chirurgii ogólnej. W podsumowaniu, jak państwo widzą, hemikolektomia z powodu raka to ponad trzy tysiące operacji, przednie wycięcie odbytnicy – dwa tysiące trzysta, inne operacje na jelicie grubym z powodu raka to operacja Hartmanna – tysiąc dziewięćset czterdzieści, hemikolektomia – tysiąc osiemset czterdzieści jeden, całkowite wycięcie jelita grubego z powodu wieloogniskowego raka – ponad sto zabiegów. To wszystko jest wykonywane w oddziałach chirurgii ogólnej.

Dane dotyczące zachorowalności, które przedstawia pan profesor Zatoński, mówią o czterech tysiącach dwustu czterdziestu czterech nowych zachorowaniach, z czego w oddziałach chirurgii ogólnej jest wykonywanych około jedenastu tysięcy operacji z powodu choroby nowotworowej w obrębie jelita grubego.

Operacje piersi różnego rodzaju. Tutaj państwo widzą dwuetapowe, mastektomie proste, mastektomie radykalne. To też są zabiegi operacyjne wykonywane w oddziałach chirurgii ogólnej. Zachorowalność podana jest na podstawie danych profesora Zatońskiego, prawie piętnaście tysięcy przypadków, z tego około pięć i pół tysiąca operacji wykonywanych jest w oddziałach chirurgii ogólnej.

Są też inne operacje nowotworowe, z powodu raka żołądka, czy to resekcje, czy gastrektomie, czy inne wskazania do operacji na żołądku, rakowiak czy GIST. To też są dane, jak państwo tu widzą, dotyczące oddziałów chirurgii ogólnej i są to dosyć duże liczby. Spójrzmy na dane w porównaniu do zachorowalności, pięć tysięcy dwieście siedemdziesiąt sześć, a dwa i pół tysiąca operacji, tam gdzie można to było zrobić, było wykonywanych w oddziałach chirurgii ogólnej.

Operacje dotyczące nowotworów trzustki. Tu widzimy liczby zabiegów. Tu mamy inne operacje, też związane z chorobami nowotworowymi trzustki, operacje z wyluszczeniem guzów, jeżeli jest to możliwe, czy całkowite wycięcia trzustki, to są rzadsze zabiegi, chodzi o insulinomy czy inne rodzaje guzów neuroendokrynnych. Jeśli chodzi o trzustkę, jak państwo widzą, na trzy tysiące dwieście zachorowań niestety bardzo duża grupa chorych nie może korzystać z leczenia operacyjnego, siedemset zabiegów jest wykonywanych w oddziałach chirurgii ogólnej.

Jeśli chodzi o guzy wątroby, to zabiegi są wykonywane w kilku oddziałach chirurgii i klinikach chirurgii ogólnej. Tutaj są dane, które przedstawiliśmy profesorowi Kuligowi. A jeśli chodzi o zabiegi, to oprócz resekcji są to termoablacje zarówno przezskórne, jak i śródoperacyjne.

Proszę państwa, mniej więcej tyle jest zachorowań i tyle jest wykonywanych resekcji. Dotyczy to, tak jak powiedziałem, głównie klinik i oddziałów chirurgii ogólnej. Jest tu uwzględnione również stosowane w tej chwili leczenie zwane termoablacją.

Proszę państwa, po analizie tych danych wszystko wskazuje na to, że w skali kraju prawie 86% chorych ope-

rowanych z powodu tych nowotworów, które tu wskazałem, jest leczonych w oddziałach i w klinikach chirurgii ogólnej.

A teraz króciutko chcę się odnieść do finansowania w naszym szpitalu tylko niektórych zabiegów spowodowanych guzami. Na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia i od dyrektora naszego szpitala, od pani dyrektor Pelszyńskiej, wygląda to tak. Wycena tak zwanego kompleksowego zabiegu trzustki, wartość wyliczona w oparciu o punktację wynosi 15 tysięcy 860 zł. Koszt rzeczywisty leczenia takiego chorego to prawie 18 tysięcy 600 zł. Zatem do każdego chorego szpital dokłada prawie 2 tysiące 700 zł albo nie ma z czego dołożyć. Dla chorych z tak zwanymi dużymi zabiegami trzustki wartość zabiegu wyliczona w Narodowym Funduszu to jest niecałe 6 tysięcy zł, koszt rzeczywisty to prawie 13 tysięcy zł, zatem do każdego chorego, jeżeli chcemy tych chorych leczyć, musimy dołożyć prawie 7 tysięcy zł. Zabiegi związane z chorobą nowotworową żołądka. Jak państwo widzicie, tak samo, do każdego chorego dokładamy od 3 tysięcy 800 zł do 5 tysięcy 700 zł. Te straty są jednoznaczne.

Proszę państwa, gdy podsumujemy dane tylko dla tych sześciu pojedynczych zabiegów operacyjnych, to kwota, którą otrzymuje szpital, wynosi 62 tysiące 670 zł, zaś koszt leczenia tych chorych wynosi ponad 85 tysięcy zł. Zatem w przypadku sześciu przykładowych operacji z powodu nowotworów musimy dokładać prawie 23 tysiące zł, nie wiadomo, z jakich funduszy.

I na koniec jeszcze kilka przeżrocy. Otóż w 2006 r. spotykaliśmy się, wtedy ministrem zdrowia był pan minister Religa, spotykali się przedstawiciele chirurgii ogólnej oraz przedstawiciele chirurgii i oddziałów onkologicznych. Wtedy pan minister przygotował pismo, skierowane do ówczesnego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym zawarł na końcu takie stwierdzenie: oznacza to, że kontrakty na procedury onkologiczne należy zawierać z oddziałami chirurgii ogólnej na takich samych zasadach, jak z oddziałami onkologicznymi. Tak że zawężenie uprawnień – to też jest zdanie, jak państwo widzicie, podpisane przez pana profesora Religę – do leczenia onkologicznego wyłącznie przez onkologów jest wręcz niemożliwe i w sposób paradoksalny byłoby działaniem na niekorzyść chorego człowieka.

Podsumowanie. Mamy do czynienia z niedofinansowaniem procedur chirurgicznych, nie tylko onkologicznych, nie ma również możliwości finansowania wielu problemów związanych z powikłaniami w leczeniu szczególnie trudnych chorych. W efekcie dochodzi do stałego zadłużania oddziałów chirurgicznych, nie ma możliwości odnawiania sprzętu, aparatury i niewątpliwie przez to obniża się jakość opieki medycznej. Do tego mamy problem, który pokazałem na początku, mianowicie zmniejsza się liczba chirurgów zarówno czynnych zawodowo, jak i generalnie. W związku z tym, jeżeli minister zdrowia, jeżeli władze naszego kraju nie zwrócą na to uwagi, nie będą zmierzały do tego, aby chirurgia była dotowana w sposób właściwy i była właściwa zachęta dla młodych ludzi do rozpoczynania specjalizacji, to niebawem nastąpi dramat, jeśli chodzi o zapewnienie leczenia chirurgicznego. Aktualnie liczba chirurgów, tak jak mówiłem, maleje, pod względem liczby jesteśmy w Europie

tylko przed Albanią, Turcją i Czarnogorą, wszystkie inne kraje niestety nas wyprzedzają. Jeżeli nie zmieni się finansowanie, to autentycznie grozi nam upadek oddziałów.

Panie Przewodniczący, to chciałem państwu przedstawić w imieniu Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Jeżeli jest to przekonujące, to bardzo dziękuję. Jestem gotowy do udzielenia odpowiedzi na każde pytanie, podobnie jak moi koledzy, którzy są tu dzisiaj ze mną. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Panie Profesorze, bardzo serdecznie dziękuję za tę prezentację.

Myślę, że wielu z nas w tej chwili zaznajomiło się z problemem, którego nie znało, z tym, że rzeczywiście mamy po prostu mało chirurgów. Na pewno będzie to jeden z priorytetów, na pewno będzie to jeden z wniosków, który będzie płynął z dzisiejszego posiedzenia komisji, wniosek dotyczący szkolenia chirurgów. Z pewnością będziemy rozmawiać na ten temat z ministerstwem. To jedna sprawa. A druga dotyczy generalnie wyceny zabiegów, która – jak widać – musi być poddana korekcie. To jest zasadnicza sprawa.

Jeżeli pan profesor Herman pozwoli, to teraz poproszę pana profesora o zabranie głosu.

Proszę, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chirurgii Onkologicznej Krzysztof Herman:

Dzień dobry, witam serdecznie.

Jest mi bardzo miło z tego powodu, że mogę wystąpić przed tak znaczącym gronem i przedstawić bardzo podobne aspekty do tych, o których mówił pan profesor Krawczyk, aczkolwiek niektóre elementy mojego wystąpienia będą się różnić. Jeżeli państwo pozwolą, również posłużę się prezentacją medialną.

Chciałbym zacząć od pewnych podstawowych danych związanych z problemem leczenia nowotworów w Polsce, ponieważ z danych epidemiologicznych oraz inwentaryzacyjnych wynikają bardzo konkretne wnioski, które chciałbym przedstawić. Dane epidemiologiczne oczywiście pochodzą z rejestrów epidemiologicznych, zaś dane inwentaryzacyjne są uzyskane z wszystkich oddziałów chirurgii onkologicznej za lata 2010 i 2011.

Chciałbym jednak nadmienić, żebyście państwo nie mieli fałszywego poglądu na sprawy, że chirurgia onkologiczna czy leczenie chirurgiczne nowotworów odbywa się zarówno w oddziałach, które nazywają się oddziałami chirurgii onkologicznej tylko i wyłącznie, w oddziałach, które nazywają się oddziałami chirurgii ogólnej i onkologicznej, jak i w oddziałach, które nazywają się oddziałami chirurgii ogólnej tylko i wyłącznie. Dlatego w sytuacji, w której mówimy o oddziałach chirurgii ogólnej i onkologicznej, te dane mogą się pokrywać, ale mimo to one różnią się w sposób istotny. Mam pełne podstawy do tego, aby twierdzić, że dane, które państwu przedstawiam, są jak najbardziej aktualne.

Zacznę od ogólnej sytuacji onkologicznej w Polsce. Warto przypomnieć, że nasze wyniki leczenia chorych na różne nowotwory złośliwe są dużo, dużo gorsze, średnio o 20–30% gorsze niż notowane przeżycia w krajach Unii Europejskiej czy w Stanach Zjednoczonych, co powoduje, że na sto pięćdziesiąt tysięcy zachorowań mamy aż około stu tysięcy zgonów z powodu nowotworów. Oczywiście różnice w wydatkach na leczenie onkologiczne również są duże, te dane bardzo się różnią, gdy porównujemy to z krajami Unii Europejskiej i Stanami Zjednoczonymi. Jednak to, co jest bardzo istotne – i tu dane się pokrywają – to fakt, że jeżeli chory, który ma nowotwór złośliwy, jest leczony w ośrodku wysokospecjalistycznym, to jego szanse na wyleczenie w takich samych stadiach zaawansowania są większe nawet o 20% niż wtedy, gdy ten chory jest leczony w ośrodku niespecjalistycznym, nie wysoce specjalistycznym. Te dane pochodzą z krajów zachodnich. W Polsce wyników takich badań do niedawna nie było, ale obecnie te dane już są.

Średnio wyniki leczenia nowotworów w Polsce są znacznie gorsze niż na Zachodzie, ale istnieje bardzo duże zróżnicowanie, bo blisko dziesięcioprocentowe, w wynikach leczenia nowotworów, w liczbie przeżyć chorych na nowotwory w różnych województwach w naszym kraju, co przedstawia niniejsze przeżycie. I to nie ma związku z różną strukturą zachorowalności, z większym czy z mniejszym zaawansowaniem w różnych województwach. Przyczyna jest całkowicie gdzie indziej.

Popatrzmy na dwa typowe, najczęściej występujące nowotwory, a więc na raka piersi oraz nowotwory jelita grubego. Popatrzmy na to, jak na przykład leczone są chore na raka piersi. Jeżeli są to chore leczone w ośrodkach chirurgii onkologicznej, to bez względu na stopień zaawansowania choroby ich szanse na wyleczenie są większe, niż jeżeli są one leczone w innych oddziałach. Jeszcze bardziej wyraźna różnica występuje w przypadku chorych na raka jelita grubego. A więc niewątpliwie jakość leczenia, co pokazują dwa następne przeżycia, może być dramatycznie różna. Teraz konkretny ośrodek – Centrum Onkologii w Warszawie. Średnia, jeśli chodzi o przeżycie chorych na raka piersi, to 88%, podczas gdy dla chorych leczonych poza Centrum Onkologii to tylko 55%. Jeśli chodzi o raka jelita grubego, tutaj jest 76% szans na wyleczenie, w pozostałych ośrodkach tylko 22% szans na wyleczenie. A więc jest olbrzymie zróżnicowanie jakości leczenia chorych na nowotwory, leczenia chirurgicznego.

Jestem daleki od tego – i mówię o tym we wszystkich publikacjach, we wszystkich wystąpieniach – żeby uważać, że chirurdzy ogólni gorzej operują nowotwory, bo znakomite ośrodki kliniczne, ośrodki chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej, ośrodki uniwersyteckie oczywiście robią to bardzo, bardzo dobrze. Jednak różnica, którą pokazałem, nie bierze się znikąd, gdzieś musi być przyczyna tego, że występują tak duże różnice w wynikach leczenia.

Teraz parę słów o sytuacji, w jakiej znajduje się chirurgia onkologiczna w Polsce. Zacznę od tego, że według danych rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej z 2012 r., a więc bieżącego, w naszym kraju jest sześć tysięcy chirurgów ogólnych, którzy są wpisani do rejestru, czynnie wykonujących ten zawód, i ponad sześciuset chirurgów onko-

logów. Obecnie jest ponad siedemdziesiąt oddziałów chirurgii onkologicznej, w tym część są to oddziały chirurgii ogólnej i onkologicznej. W tychże oddziałach w zeszłym roku wykonano ponad sto tysięcy zabiegów operacyjnych. Na podstawie inwentaryzacji oraz danych epidemiologicznych z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, że chirurdzy onkolodzy wykonują około 50% resekcji nowotworów przewodu pokarmowego ze wskazań planowych, do 90% zabiegów resekcyjnych u chorych na raka piersi. Oczywiście pozostałe zabiegi wykonują również chirurdzy ogólni, torakochirurdzy, urolodzy oraz inni lekarze dziedzin zabiegowych.

Nikt nie ma wątpliwości, że ciągle chirurgia jest najważniejszą metodą leczenia chorych na nowotwory złośliwe i jest odpowiedzialna za 75%, a w naszym kraju według mnie nawet 80% wszystkich wyleczeń.

Ta tabela pokazuje państwu, w jakiej sytuacji my jesteśmy i do czego powinniśmy dążyć. W naszym kraju notujemy obecnie sto pięćdziesiąt tysięcy zachorowań na nowotwory złośliwe i sześćdziesiąt tysięcy wyleczeń – to jest pierwsza kolumna. Dzięki chirurgii udaje się nam wyleczyć czterdzieści pięć tysięcy chorych. Biorąc pod uwagę wskaźniki Unii Europejskiej, winno być wyleczonych sto tysięcy chorych. A więc brakuje nam czterdziestu tysięcy chorych, mówię o wszystkich chorobach nowotworowych, których powinniśmy potrafić wyleczyć, oczywiście poprzez poprawę diagnostyki wczesnej, to jest bardzo ważny punkt, ale również w bardzo dużym stopniu poprzez poprawę jakości leczenia onkologicznego zarówno multidyscyplinarnego, jak i chirurgicznego. Według mnie, według tych danych poprawa leczenia chirurgicznego mogłaby w Polsce ocalić dodatkowo rocznie do piętnastu tysięcy chorych.

Jak to się ma do kwestii finansowych? Otóż wydatki na chirurgię onkologiczną w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa w naszym kraju różnią się dramatycznie, są to różnice nawet czterokrotne. Z czego to wynika? Trudno mi powiedzieć. Gdy jednak popatrzmy na wyniki przeżyć pięcioletnich na przykład chorych na raka piersi oraz na nakłady, które są przekazywane w danym województwie na chirurgię onkologiczną, to ewidentnie widać zależność, to znaczy im więcej jest nakładów, tym lepsze są wyniki leczenia. W przypadku nowotworów raka jelita grubego te wskaźniki, te krzywe jednoznacznie pokazują, że wyniki leczenia zależą od środków, które na to leczenie są przeznaczane.

W 2010 r. kontrakty wszystkich oddziałów chirurgii onkologicznej w naszym kraju opiewały na kwotę 275 milionów zł. Te oddziały, te siedemdziesiąt oddziałów chirurgii onkologicznej wyleczyło dwadzieścia pięć tysięcy chorych. Przypominam, że wszystkie wydatki na całą onkologię stanowią ponad 2 miliardy zł. W związku z tym wyliczono koszt wyleczenia jednego chorego na 11 tysięcy zł, a koszt zaoszczędzenia – to jest taki wskaźnik, którego się używa w onkologii – koszt zaoszczędzonego jednego roku życia dzięki zabiegom w chirurgii onkologicznej na niewiele ponad 1 tysiąc zł. Przypominam, że przyjęty przez Narodowy Fundusz Zdrowia czy Agencję Oceny Technologii Medycznych polski pułap tego, co jest opłacalne, a co nie, obecnie wynosi 100 tysięcy zł, a są

takie modele i możliwości leczenia chemicznego, według których można wyliczyć koszt jednego zaoszczędzonego roku życia do 1 miliona zł.

Jakie w związku z tym widzę problemy? Tutaj oczywiście w pełni zgadzam się z panem profesorem Krawczykiem. Pierwszy podstawowy problem to niedoszacowanie procedur z zakresu chirurgii onkologicznej w przypadku różnych zabiegów od 30% do 50%. To jest podstawowy problem. Drugi problem to jest to, że ciągle są limity na liczbę kontraktów w zakresie leczenia chorych na nowotwory w Polsce, w zakresie leczenia chirurgicznego. Po trzecie, następuje coraz większe zadłużenie oddziałów i klinik chirurgii onkologicznej. Roczne niezapłacone nadwykonania przekraczają ponad 30%. To są setki milionów złotych i właściwie nie wiadomo, kto powinien za to zapłacić. W naszym kraju w ogóle nie ma uzależnienia finansowania od wyników leczenia, od jakości leczenia, a wszelkie dotychczasowe próby, które były podejmowane na różnych poziomach, łącznie z Ministerstwem Zdrowia, z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy na niższych poziomach, nie przyniosły żadnego efektu. Kolejna sprawa to brak centralizacji leczenia niektórych nowotworów. Mogę tu powiedzieć jasno, że ja się nie obawiam za bardzo ograniczenia dostępu do leczenia chirurgicznego, oczywiście pod warunkiem, że będzie odpowiednio dużo chirurgów i będą jakiegokolwiek środki, ale boję się tego, że jeżeli nie doprowadzimy do sensownej centralizacji, to jest takiej, która nie spowoduje ograniczenia dostępu, lecz wymusi wyższą jakość leczenia nowotworów, to nadal będziemy na samym końcu Europy.

I na koniec. Proszę pamiętać o tym, że roczny wzrost liczby procedur z chirurgii onkologicznej można szacować na co najmniej 5%, a więc za dziesięć lat będziemy musieli wydać blisko dwa razy tyle, biorąc pod uwagę różne czynniki inflacyjne, ile w tej chwili. Dzisiaj kompletnie nikt o tym nie myśli.

W związku z tym wydaje mi się, że kierunki działań, które są obecnie niezbędne, to przede wszystkim inwentaryzacja, którą wprawdzie mnie się udało częściowo przeprowadzić, ale nie ma inwentaryzacji na poziomie centralnym, krajowym, ze strony czy Narodowego Funduszu Zdrowia, czy Ministerstwa Zdrowia. Nie ma czegoś takiego, jak standaryzacja kontroli jakości. Są zalecenia czy standardy postępowania w zakresie chirurgii onkologicznej i chirurgii ogólnej, ale to jest, że tak powiem, nie moja sprawa, nie ma jednak żadnej kontroli jakości wykonywania tych standardów. Różne próby, które zostały przedsięwzięte na poziomie Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia, aby pojawiły się pewnego rodzaju restrykcje jakościowe przy zawieranych kontraktach, spęły na niczym. Jeżeli nie będzie kontroli jakości, to nadal będziemy mieli taką sytuację, jaką mamy obecnie.

Kolejna sprawa to oczywiście zmiany w finansowaniu, czyli wycena kosztowa. Nie możemy funkcjonować poniżej kosztów, bo będzie coraz gorzej. Muszą to być procedury opłacalne, chodzi o wzięcie pod uwagę tego parametru, który jest najbardziej podstawowy, czyli ilu chorych możemy wyleczyć, za ile i jakie są efekty ekonomiczne leczenia onkologicznego. Oczywiście znając wcześniej pewne założenia budżetowe, musimy jasno powiedzieć, że albo stać

nas w tym kraju na to, żeby zapłacić 1 milion zł za jeden rok zaoszczędzonego życia przy konkretnej chemioterapii, albo nie stać nas na to, żeby dołożyć do chirurgii onkologicznej po 1 tysiąc zł na jeden rok zaoszczędzonego życia. Taka jest prawda. Albo będziemy w mediach używać takich argumentów i poddawać się wpływowi jednostkowym, albo osoby odpowiedzialne nie będą się poddawały takim wpływom i to finansowanie będzie wyglądało inaczej.

Według mnie niezbędna jest centralizacja leczenia oraz zmiany w kształceniu specjalizacyjnym, gdyż oprócz tego, o czym wspomniał pan profesor Krawczyk, że coraz mniej jest chirurgów ogólnych, na szczęście nie chirurgów onkologicznych, proces kształcenia ulega coraz większemu wydłużeniu, zubożeniu tej grupy zawodowej jest coraz większe i niebawem nikt nie będzie zainteresowany tym, żeby zarabiać – przepraszam za wyrażenie – nędzne pieniądze po dziesięciu czy dwunastu latach szkolenia specjalizacyjnego. Gdy do tego nie ma rezydentur czy jest ich coraz mniej, powstaje w tym zakresie olbrzymi problem, który grozi za dwa lata, najdalej za pięć lat konsekwencjami, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć. Dziękuję bardzo. Oczywiście służę odpowiedziami na wszystkie pytania. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Panie Profesorze, bardzo serdecznie dziękuję za ciekawą prezentację, która też nasuwa wiele pytań, między innymi dotyczących modelu kształcenia, bo to jest istotna sprawa, standaryzacji kontroli jakości, co zrobić, żeby to w końcu uzyskać. Do tego znów duże zaskoczenie, czyli różnica w wycenie i w płaceniu przez NFZ, w nakładach NFZ w różnych regionach naszego kraju na procedury onkologiczne, procedury w chirurgii onkologicznej. Mamy co zrobić.

Teraz poprosiłbym może panią minister o zajęcie stanowiska.

Jeśli pani minister pozwoli, to bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Dzień dobry państwu.

Cieszę się, że mam okazję być po raz pierwszy, bo od niespełna miesiąca jestem w Ministerstwie Zdrowia, w państwa gronie. Pozwolę sobie tylko powiedzieć, że cieszę się, że akurat taki temat jest przedmiotem naszego pierwszego spotkania, dlatego że gdyby to była dziedzina, z którą osobiście mniej miałam do czynienia, byłoby mi trudniej. Z wykształcenia jestem prawnikiem, a nie lekarzem, więc nie ze wszystkim miałam do czynienia, ale nie mówiąc za dużo o sobie, tylko powiem, że jeszcze miesiąc temu zarządzałam ośrodkiem, szpitalem, dobrym podobno, wielospecjalistycznym, który ma chirurgię ogólną z pododdziałem chirurgii onkologicznej i urologii, oraz onkologię. Oczywiście punkt widzenia Ministerstwa Zdrowia jest mi obecnie najbliższy, jednak mam także spojrzenie i wiedzę świadczeniodawcy, tak że myślę, że w tym aspekcie to jest przydatne, mam taką nadzieję.

Odniosę się tu w kilku punktach do wątków podniesionych przez obu panów profesorów. Pierwsza kwestia warta uwagi i na pewno warta pracy, co widzimy w Ministerstwie Zdrowia przy zmienionym częściowo składzie, to sprawa liczby specjalistów w danych dziedzinach. To jest wątek niezwykle interesujący. Jeśli chodzi o liczbę specjalistów, to na pewno najwiarygodniejszym źródłem jest Naczelna Izba Lekarska, która w ramach zadań publicznych prowadzi rejestr lekarzy. Każdy lekarz ma obowiązek zgłaszać tam posiadane specjalizacje, tak że na tym powinniśmy bazować. To zróżnicowanie między województwami, które pan profesor przedstawił, w wielu przypadkach pewnie da się wyjaśnić, ale rzeczywiście jest ono zastanawiające.

Ja zastanawiałam się w dwojakim aspekcie nad różnicami, jeśli chodzi o liczbę specjalistów w wielu dziedzinach. Proszę państwa, są dziedziny, a na przykładzie Wielkopolski mogę powiedzieć o tym dość dokładnie, w których nie brakuje specjalistów. Tutaj widzę bardzo dużą aktywność konsultantów wojewódzkich, także konsultanta krajowego, ale zwłaszcza wojewódzkich, którzy starają się o to, żeby zgłaszać wnioski o potrzebę kształcenia, oraz opiniują pozytywnie ośrodki, oczywiście spełniające wymogi, które chciałyby kształcić takich specjalistów. Proszę państwa, myślę, że pod tym względem jest wiele do zrobienia i na szczeblach województw, i tutaj, na szczeblu ministerstwa. Chodzi przede wszystkim o dokładną analizę braków w konkretnych specjalizacjach. Dzisiaj skupiamy się na dwóch specjalizacjach, ale są takie specjalizacje, w których specjalistów właściwie nie brakuje. Mało słyhać o tym, żeby w niektórych regionach brakowało na przykład ortopedów. Są jednak takie specjalności, gdzie średnia wieku jest bardzo wysoka – podam przykład z Wielkopolski, bo na razie bez dogłębnego przygotowania mam największą wiedzę z tego regionu – średnia wieku pediatry w Wielkopolsce to jest około sześćdziesięciu lat. Tak że jest problem w kształceniu w ramach konkretnych specjalności. Zaś średnia wieku ortopedy to mniej niż czterdzieści lat. Zatem są dziedziny, w których zadbano o rozwój specjalizacji, i są dziedziny, w których tak nie jest. Myślę, że to wymaga zbadania, ale także zbadania aktywności konsultantów wojewódzkich.

Jeśli chodzi o porównanie z innymi krajami, to jest to, proszę państwa, dość trudne. Z tego, co rozumiem, panowie bardzo rzetelnie przygotowali te dane, jednak jest to trudne do zrobienia bez pełnej wiedzy na temat liczby tak zwanych subspecialności. Jeżeli kształci się na przykład w zakresie chirurgii onkologicznej oraz w wielu innych dziedzinach, w subspecialnościach, to bywa tak, że lekarzy aktywnych w tej macierzystej dziedzinie, jaką jest na przykład chirurgia ogólna, jest później mniej. Ja miewałam do czynienia z takim zjawiskiem, mając naprawdę doskonały zespół chirurgów ogólnych, że oni czuli się traktowani troszeczkę po macoszemu, bo ci subspecialiści odbierali im za dużo pola. W takiej sytuacji zawsze im powtarzałam: słuchajcie, panowie moi drodzy, róbcie może dodatkowe specjalizacje, będziecie mieli szerszą wiedzę i dodatkowe umiejętności. Nie zmienia to faktu, że rzeczywiście analizy wymaga dobre porównanie liczby specjalistów w poszczególnych państwach.

Co do kwestii bezpośrednio należących do Ministerstwa Zdrowia, tutaj mniej poruszonych, nawet cieszę się, że one nie zostały mocno poruszone, chciałam zwrócić uwagę na to, czego w rozporządzeniu koszykowym wymaga minister zdrowia – to jest w tej chwili kompetencja ministra zdrowia – jeżeli chodzi o wymogi techniczne i osobowe. Sądzę, że omawiane dzisiaj dwie dziedziny pod tym względem są dobrze skonstruowane. Mówię to także jako jeszcze niedawno świadczeniodawca, a przed dzisiejszym spotkaniem jeszcze raz przeanalizowałam te wymogi koszykowe. Panowie tego wątku nie podnosili. Uważam, że te wymogi są rozsądne, to znaczy gwarantują one jakość na wystarczającym poziomie, a jednocześnie nie utrudniają świadczeniodawcom, podmiotom, które posiadają dane oddziały czy pododdziały, uzyskania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Drugą sprawą jest oczywiście kwestia wyceny. Ja pozostawiam ten temat do rozwinięcia panu prezesowi, dlatego że to jest kompetencja Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko dlatego go pozostawiam, nie dlatego, że to jest trudny temat. Ja chciałabym się jedynie odnieść do indywidualnej wyceny na podstawie przykładów. Proszę państwa, wycena – myślę, że tu też moja wiedza jako niedawno świadczeniodawcy się przyda – jest bardzo trudna. Wszystko zależy od tego, jak liczymy, jak jest przygotowany rachunek kosztów, z racji tego, że w zarządzaniu jest to niezbędna wiedza, bardzo ważna jest wiedza o tym, które oddziały są opłacalne i które procedury są opłacalne. Proszę państwa, mnie się zdarzyło robić porównanie między czterema szpitalami i wycena kosztów procedur różniła się nawet o 25%. Wszystko to wychodziło w bardzo szczegółowej analizie kosztów. Tak że do wyceny można się odnieść, znając konkretne rozliczenia konkretnych kosztów, od kosztów zmiennych po koszty osobowe. Choć oczywiście przyznaję, że wycena procedur chirurgii ogólnej wymaga bardzo głębokiej analizy, bo gdyby porównać wyniki finansowe oddziałów o takim profilu, to okaże się, że rzeczywiście dość trudno uzyskać dochodowość oddziałów chirurgii ogólnej. W każdym razie szersze rozwinięcie tematu wyceny, tak jak powiedziałam, pozostawiam panu prezesowi, oczywiście z gotowością do dyskusji.

Proszę państwa, kolejna sprawa. Jedyne wątek w pewnym sensie niespójny w wypowiedziach obu panów to była kwestia tego, czy wszystko zostawić chirurgii ogólnej – pan profesor był uprzejmy przywołać pismo pana ministra Zbigniewa Religi – czy wykazywać, tak jak to zrozumiałam z części prezentacji pana profesora, że chirurgia onkologiczna jest tą dziedziną, która powinna niejako zawłaszczyć, ale w pozytywnym tego słowa znaczeniu, dla siebie część tych procedur. Proszę państwa, to nie jest nowa sprawa. Wynika to tak z posiadanej przez ministerstwo korespondencji, jak i z prac, które się w ministerstwie toczyły i toczą. Obecnie efekt w obowiązującym koszyku jest taki, że właściwie większość procedur, poza pewną grupą – ja zaraz powiem, z jakich czterech dziedzin procedury są zarezerwowane tylko i wyłącznie dla chirurgii onkologicznej – mogą wykonywać oddziały chirurgii ogólnej i chirurdzy ogólni. Te, które w koszyku świadczeń są zagwarantowane czy wyłączone dla chirurgii onkologicznej, to są procedury o charakterze okulistycznym, laryngologicznym, ginekolo-

gicznym i urologicznym. W tych przypadkach wskazano, że leczeniem powinien się zajmować właściwy specjalista, niekoniecznie chirurg ogólny. Pozostały zakres, co jest zgodne z koncepcją profesora Krawczyka, obejmuje chirurgia ogólna, ma ona prawo zajmować się właściwie wszystkimi procedurami z zakresu stricte chirurgii onkologicznej. Myślę, że dyskusja na ten temat jest w toku. Jest to rzeczywiście niezwykle ważny temat, ale – jak wynika z prezentacji – panowie też na razie nie osiągnęliście chyba pełnej zgody. Temat jest rozwojowy.

Proszę państwa, będąc zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i tak zwanym świadczeniodawcą, to trochę dziwne słowo, ale tak nas w ustawie nazwano, dostrzegam ogromny wzrost, systematyczny wzrost liczby chorych onkologicznych. To widać w chirurgii onkologicznej, w tym zakresie, o jakim pan profesor tu wspominał, ale także bardzo to widać w zakresie chemioterapii. Myślę, że wzrost środków przeznaczonych na chemioterapię w zakresie chirurgii onkologicznej w budżecie funduszu jest widoczny. Także do tego pozwolę się odnieść panu prezesowi, ponieważ rzeczywiście wzrost jest znaczny. Problem jest z rozróżnieniem, zwłaszcza w zakresie chirurgii ogólnej, procedur planowych od procedur pilnych. Są takie dziedziny, w których wykazanie czy przeświadczenie lekarza podejmującego decyzję o tym, czy pacjent może czekać, czy nie, jest mniej dyskusyjne. Tymczasem w zakresie chirurgii ogólnej często jest to jednak dylemat i pewnie ordynatorzy takich oddziałów muszą ze swoimi dyrektorami rozmawiać o tym, dlaczego akurat oni przekraczają limit kontraktu i w odniesieniu do których procedur jest to do obrony, a w odniesieniu do których jest to trudniejsze. Stąd problem nadwykonań. Przyznam tu, że on jest bardziej dyskusyjny w zakresie chirurgii ogólnej niż w zakresie chirurgii onkologicznej.

Kwestia jakości leczenia. Myślę, że dla każdego, kto działa w systemie ochrony zdrowia, jest oczywiste, że tam, gdzie się lepiej i skuteczniej leczy, powinno być to lepiej finansowane. Jest to oczywiście trudne do osiągnięcia, niejako metoda jest trudna do wybrania. Jedną z metod, jaką w tej chwili możemy zidentyfikować w naszym systemie, jest kwestia lepszej wyceny trudniejszych procedur. Procedury, które wymagają większego nakładu, zaangażowania większej liczby specjalistów i często dostępne są tylko szpitalom klinicznym, są rzeczywiście lepiej wycenione. Myślę, że istotnym światłem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, ale to jest kwestia wykazania. Tak jak powiedziałam, rachunek kosztów jest do analizy i do porównania. Chętnie bym się zapoznała z tym, jak to zostało policzone.

Jeśli chodzi o to, jak nagradzać jakość, to jednym z projektów przedstawionych już przez Ministerstwo Zdrowia jest ustawa o jakości. Zakłada się w niej, że szpitale, które wprowadzą u siebie standardy jakościowe, sprawdzone przez podmioty zewnętrzne, będą miały szansę na procentowy wzrost, ale nie wartości kontraktu w tym sensie, że gdy więcej zrobicie, to więcej dostaniecie, tylko wyceny punktu dla podmiotu, który taki system wdroży. Oczywiście wdrożenie systemów jakościowych nie jest proste, myślę, że wymaga też wielkiego nakładu organizacyjnego wewnątrz podmiotu, który ten system wdraża. Mogę powiedzieć, że

mam takie doświadczenia i wiem, że akredytacja medyczna obecnie obowiązująca w Polsce naprawdę nie jest łatwa do wdrożenia. Jeżeli będzie się ona wiązała z lepszą wyceną ze strony funduszu – oby tak się stało – to myślę, że będzie nagrodą dla tych lepiej leczących.

Proszę państwa, problemy, które są dostrzeżone przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie onkologii, poszczególne programy... Nie wdając się w szczegóły, postaram się... Może późno, za co przepraszam, ale też późno przygotowaliśmy materiały po otrzymanym zaproszeniu. W każdym razie w materiałach macie państwo opisane dwa programy: jeden dotyczący kształcenia chirurgów ogólnych w zakresie specjalizacji, dodatkowego kształcenia, jeżeli chodzi o chirurgię onkologiczną, a drugi dotyczący poprawy standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuc, doposażenia i modernizacji klinik i oddziałów torakochirurgii. Tę konkretną dziedzinę od kilku lat ministerstwo mocno wspiera, jeżeli chodzi o doposażenie sprzętowe. Myślę, że widoczny jest także wzrost aktywności, jeżeli chodzi o diagnostykę. Proszę państwa, sukcesy chirurgów onkologów mogą się brać także stąd czy przede wszystkim stąd, że pacjent został odpowiednio wcześniej zdiagnozowany. Do tej dziedziny w programach ministerstwa przywiązujemy dużą wagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Pani Minister.

Gratuluję pani pierwszego wystąpienia w takim szacownym gronie. Dla nas to również zaszczyt.

Może poprosimy pana prezesa o zabranie głosu.

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chirurgii Onkologicznej Krzysztof Herman: Przepraszam. Czy można jedno krótkie zdanie ad vocem, związane z tym, co powiedziała pani minister?)

Tak, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chirurgii Onkologicznej Krzysztof Herman:

Chciałbym się tylko odnieść do kwestii rozporządzeń koszykowych oraz do ewentualnego problemu na styku chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej. Otóż według mnie nie ma żadnego problemu ani żadnego konfliktu pomiędzy chirurgami ogólnymi a chirurgami onkologicznymi i żaden zdrowo myślący chirurg onkolog nie ma takiego pomysłu, żeby ograniczyć możliwość wykonywania zabiegów u chorych na nowotwory chirurgom ogólnym, tym, którzy są do tego odpowiednio przygotowani, to znaczy mają odpowiednie doświadczenie, pracują w odpowiednim miejscu, mają odpowiednią wiedzę.

Chcę powiedzieć, że już ponad rok temu nasza grupa chirurgów ogólnych i onkologicznych łącznie z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, my wszyscy przedstawiliśmy i zaakceptowaliśmy propozycje, które miały być uwzględnione w rozporządzeniach koszykowych, a które obejmowały elementy kontroli jakości leczenia chorych na nowotwory. Niestety żaden z tych elementów w obecnym rozporządzeniu koszykowym

nie został uwzględniony i nie obowiązuje. W związku z tym nie ma żadnej kontroli jakości.

Myśmy się bardzo napracowali, wspólnie to uzgodniłyśmy i nie było tam żadnych restrykcji co do tego, kto ma wykonywać dany zabieg, czy chirurg onkolog, czy chirurg ogólny, ale było opisane, co dany ośrodek musi wiedzieć, co musi umieć, co musi posiadać, żeby dany zabieg wykonywać. Obecnie nie można operować, zajmować się leczeniem operacyjnym raka piersi, jeżeli nie ma się możliwości i umiejętności weryfikacji węzła wartowniczego, bo szkodzimy chorym. To jest taki najbardziej banalny, typowy przykład.

W związku z tym wydaje mi się, że kwestia rozporządzeń koszykowych była w większym stopniu dopracowana, niż to, co mamy w tej chwili. Niestety to nie prowadzi w dobrym kierunku. Jak wynika z naszych wspólnych rozmów, tego typu elementy kontroli jakości czy uwarunkowań organizacyjno-logistycznych dla różnych oddziałów, elementy, które miały się znaleźć w tych rozporządzeniach, w żaden sposób nie ograniczyłyby dostępu do leczenia chorym na nowotwory, a jedynie spowodowałyby niewielką, choć pewną centralizację tego leczenia, ale z efektem poprawy wyników leczenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, już czuję, że będzie ostra dyskusja, ale powolutku.

Teraz pan prezes.

Bardzo proszę.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Medycznych Maciej Dworski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Myślę, że dyskusja zawsze nabiera rumieńców wtedy, kiedy mówimy o wycenach, o finansowaniu. Zanim do tego dojdę, chciałbym pozwolić sobie na kilka zdań bardziej ogólnych. Mianowicie, biorąc pod uwagę to, iż w perspektywie czasowej ostatnich kilku lat udział nakładów na chirurgię ogólną i chirurgię onkologiczną w ogólnej wartości umów dotyczących leczenia szpitalnego jest mniej więcej stały, czyli w przypadku chirurgii ogólnej około 9,5–9,6%, w przypadku chirurgii onkologicznej na 2012 r. to jest 1,4%, i w aspekcie tego, co mówił pan profesor Krawczyk w swoim wystąpieniu, że wiek emerytalny zaczyna dotyczyć chirurgów, to faktycznie jest to bardzo istotna informacja. Może się okazać, że w pewnej perspektywie czasowej nie będzie realizatorów, którzy byliby w stanie niejako sprostać wymaganiom i zrealizować tę liczbę procedur, świadczeń, zgodnie z nakładami finansowymi, które utrzymują się wskazanym poziomie, a w ogólnym rozrachunku wprawdzie powoli, ale rosną.

Jeśli chodzi o nakłady jednostkowe, to chciałbym powiedzieć – zresztą państwo zapewne znacie te dane z wcześniejszych publikacji, zarówno naszych, jak i innych – że to, co jest pozytywnym elementem również porządkowania systemu w postaci wprowadzenia, adaptacji systemu

DRG, systemu jednorodnych grup pacjentów w polskim szpitalnictwie, zaprocentowało tym, że przy utrzymującej się mniej więcej na podobnym poziomie liczbie hospitalizacji tak w zakresie chirurgii ogólnej, jak i chirurgii onkologicznej praktycznie od połowy 2008 r. do końca ubiegłego roku, a ten trend jest nadal utrzymywany, średnia wartość hospitalizacji w tych zakresach uległa podwojeniu, dokładnie podwojeniu. To jest na pewno pozytywny element, aczkolwiek nie zawsze, nie w każdym przypadku satysfakcjonujący.

Powiedziano kilka słów na temat jakości, bardzo ważnych słów. Ja jestem głęboko przekonany o tym, że nowoczesne, takie europejskie podejście do problemów jakości jest bardzo ważnym elementem oceny funkcjonowania szpitali i wszystkich świadczeniodawców. Nowocześnie rozumiana jakość, w tym rozumiana między innymi jako uzyskanie efektów i poszukiwanie wskaźników faktycznych efektów, to jest sprawa nieunikniona i będzie ona niezwykle pomocna dla wszystkich uczestników systemu, również dla każdego płatnika, w tym dla płatnika publicznego.

Parę słów na temat wycen. Oczywiście wiem, że nie zawsze są one satysfakcjonujące. Z punktu widzenia zarówno płatnika, jak i pewnych doświadczeń, o których mówiła pani minister – ja też miałem przyjemność zarządzać placówką, która miała te elementy, zresztą z wykształcenia jestem chirurgiem ogólnym, więc są to sprawy mi bliskie również pod względem, jak to się ładnie czy nieładnie mówi, asortymentowym – trzeba mieć świadomość tego, że jest ogromne zróżnicowanie w realizacji tych świadczeń. Myśmy rozpoczęły publikację niektórych wyników sprawozdawczości związanych z realizacją jednorodnych grup pacjentów. Na razie są to dane ogólne, dostępne na stronie internetowej centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, która też wskazuje już pewne zróżnicowanie, jeśli chodzi o wykazywane rozpoznania. Pokazujemy tam między innymi czasy pobytu, są to czasami zdecydowanie krótkie okresy, nie zawsze usprawiedliwiające roszczenia wysokich wycen. Zapraszam państwa wszystkich do obejrzenia tego, co mamy zamiar opublikować w najbliższym czasie, mam nadzieję, że to się stanie w ciągu najbliższych kilku tygodni, a mianowicie pogłębionej i rozszerzonej informacji na temat finansowania świadczeń w szpitalach, w różnych szpitalach, w różnych województwach, z rozbiciem na poszczególne jednorodne grupy pacjentów, z pokazaniem rozpoznań, czasów pobytu i wykazywanych procedur.

To jest bardzo ważne, gdy mówimy o wycenie, ponieważ nie jest tajemnicą – i ja również zawsze to potwierdzałem w licznych rozmowach i kontaktach, także z obecnymi tu osobami – że problem, który mamy i który odróżnia nas w niektórych sytuacjach od innych krajów, polega na tym, że jest zbyt małe zróżnicowanie wyceny procedur, wyceny między procedurami, które faktycznie są drogie i muszą być drogie, a procedurami, które są zdecydowanie tańsze i dzisiaj są wycenione powyżej ponoszonych kosztów, bo takie również są.

Problem jest ważny i trudno go rozwiązać sposobem intuicyjnym czy powiedziałbym, bardziej emocjonalnym. To jest to, o czym mówiła też pani minister, to jest również

to, z czym spotykamy się w kontaktach z dużą grupą świadczeniodawców czy wtedy, kiedy rozmawiamy o konkretach dotyczących wyceny świadczeń. Ażeby zrobić to w sposób sprawiedliwy, poprawny, potrzebna jest zarówno wysokiej klasy informacja, dotycząca tego, co jest realizowane w ramach konkretnej hospitalizacji, konkretnego pobytu każdego pacjenta, jak i bardzo konkretna informacja, wiarygodna informacja kosztowa, informacja zebrana w odpowiedni sposób, przyjęty i akceptowalny metodologicznie, tak to można określić.

Myślę, że wszyscy oczekujemy, nie ma żadnego fałszu w tym, co powiem, bo również Narodowy Fundusz Zdrowia oczekuje – zresztą myślę, że był jednym z inicjatorów, można powiedzieć, paradoksalnie – uporządkowania sprawy, tego, żeby powstała w Polsce instytucja, która w sposób obiektywny zacznie dokonywać wyceny świadczeń zdrowotnych, bo tego nam w systemie brakuje. Myślę, że działania agencji, której utworzenie jest zapowiedziane, czy urzędu taryfikacji, bez względu na to, jaka będzie nazwa tej instytucji, będą podstawą do racjonalizacji w zakresie wyceny świadczeń. Sądzę, że wszyscy będziemy oczekiwali na jej powstanie i pierwsze efekty jej pracy.

My ze swojej strony oczywiście musimy podejmować ten trud, bo taka jest nasza rola. Wiadomo, że liczba tych informacji jest tak ogromna, że naszymi skromnymi zasobami nie jesteśmy czasem w stanie usatysfakcjonować wszystkich naszych partnerów w tym zakresie. To musi trwać.

Dlatego myśmy parę miesięcy temu udostępniłi nieco bardziej uporządkowaną ścieżkę czy drogę do dyskusji. Chodzi o to, że zaproponowaliśmy pewien rodzaj procedury, która polega na tym, że w przypadku wątpliwych wartości wycen przyjmujemy wnioski dotyczące zmiany zarówno zakresu grup jednorodnych, jak i wartości poszczególnych elementów tych grup albo całych grup w sposób uporządkowany, żeby to było porównywalne. Podstawą tej procedury są karty kosztowe. Wiem, że na początku wzbudzały one pewne emocje, ale chcę powiedzieć, że powstawały one w sposób przemyślany. Są one oparte nie tylko na polskich doświadczeniach, były konsultowane ze specjalistami w zakresie ekonomii i ekonomiki w ochronie zdrowia, zawierają one elementy doświadczenia wynikające z udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w kilkuletnim projekcie Euro DRG, który z kilku czy kilkunastu krajów Europy zbierał również informacje kosztowe w określony sposób, podobny do naszych kart kosztowych, oraz związane są i podobne do tych formatów, które obowiązują w tym zakresie w innych krajach Europy. Żaden świadczeniodawca, który realizuje rachunek kosztów dla celów zarządczych, czyli prowadzi rachunkowość nie tylko księgową, ale również zarządczą, i obracał się, tak to nazwę, wśród wymogów określonych w już uchylonym, ale obowiązującym do połowy ubiegłego roku rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, nie powinien mieć problemu z tym, żeby takie dane przygotować, przedstawić. One będą i są uwzględniane. Takie wnioski zaczęły już do nas wpływać i są one w trakcie opracowywania.

Ja oczekuję na takie wnioski i zapraszam do współpracy w tym zakresie, ponieważ z szeroko rozumianej specjально-

ści, jaką jest chirurgia ogólna, jak do tej pory, nie wpłynął żaden wniosek. Wpłynął jeden wniosek skierowany niejako z podspecjalizacji, dotyczący nieco węższego zakresu, czyli z gastroenterologii, chodziło głównie o proktologię. Innych tego typu wniosków nie mamy. Ja serdecznie zapraszam do współpracy w tym zakresie. Mam nadzieję, że w ten sposób uda nam się konkretnie odnieść do państwa postulatów, jeśli chodzi o wycenę, i zgromadzić wartościowy materiał, tak aby poszukać oczywiście w miarę możliwości finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia takiego porozumienia i rozwiązań, które będą satysfakcjonujące. Jeszcze raz podkreślam, w szczególności chodzi o te przypadki – ja mam tego świadomość – w których procedury w szpitalach czy ośrodkach specjalistycznych, onkologicznych, o których mówił pan profesor w drugiej prezentacji, są zasadnie wysokie i powinny być w miarę możliwości w całości refundowane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie. Dziękuję również za tę deklarację z pana strony.

W imieniu senackiej Komisji Zdrowia chciałbym państwa poinformować, że nie jest tak, że my dzisiaj podejmujemy ten temat i uważamy, że sprawa jest odfajkowana. Nie, to są sprawy, które będziemy pilotować, zwłaszcza że w senackiej Komisji Zdrowia są i chirurdzy ogólni, i chirurdzy onkologiczni, tak że to jest, mówiąc otwarcie, również w naszym interesie.

Zgodnie z naszym zwyczajem teraz mogą zabrać głos państwo senatorowie, jeżeli chcą, jeśli nie, to później.

Poprosiłbym może w kolejności pana profesora, teraz wypowiedziałby się pan profesor Lampe. Mam prośbę, żebyście państwo przedstawiali się do mikrofonu, jest to konieczne do przygotowania protokołu z posiedzenia komisji senackiej.

(*Senator Dorota Czudowska: Ja bym chciała zabrać głos.*)

Aha, przepraszam, Panie Profesorze, pani senator chciałaby zabrać głos.

Proszę bardzo.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję.

Ja chciałabym, korzystając z obecności specjalistów chirurgów onkologów, zapytać o to, czy tak mała wciąż w naszym kraju liczba operacji oszczędzających piersi w związku z rakiem piersi wynika z niedofinansowania, czy z jakichś braków organizacyjnych. Wciąż jeszcze przeprowadza się u nas zbyt wiele mastektomii, nawet w przypadku wczesnego stopnia zaawansowania nowotworu.

(*Konsultant Krajowy do spraw Chirurgii Onkologicznej Krzysztof Herman: Krotko mogę odpowiedzieć pani senator...)*

Panie Profesorze, potem zbierzemy odpowiedzi. Najpierw głosy w dyskusji.

Pan profesor Lampe.

Proszę bardzo.

Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Paweł Lampe:

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Pani Minister!

Otóż chyba święty Augustyn powiedział, że biada letnim, dlatego ja być może będę mówił dość emocjonująco. Nie ma chirurgii ogólnej i onkologicznej, jest chirurgia dobra i zła, można ją różnie podzielić. W krajach Zachodu jest na przykład *visceral surgery*, które już się podzieliło na chirurgię *pancreatic* i *hepatobiliary* oraz przełykowo-żółdkową. I tak się będzie działo. W związku z tym opozycja, która tutaj wyniknęła, pewnie jest stworzona absurdalnie i sztucznie. Również w literaturze światowej nie ma mowy o centralizacji chirurgii, mówi się o centrach referencyjnych, a to jest coś zupełnie innego. Centra referencyjne powstają rzeczywiście jak grzyby po deszczu i można wykazać – nie będę państwa zanudzał prezentacją, którą mam – że to pozwala zaoszczędzić kapitałne pieniądze. Gdyby stworzono w Polsce pięć centrów referencyjnych chirurgii trzustki, to doprowadzilibyśmy do pięciokrotnego zwiększenia opłacalności tej chirurgii.

Pan prezes mówił o nadzorze jakości. Ten nadzór można bardzo prosto sprawować. Najwyżej co piąte badanie tomograficzne w Polsce jest dobrze zrobione. Gdybyście państwo odzyskali pieniądze z tych źle przeprowadzonych badań, wystarczyłoby pewnie na lepszą wycenę innych procedur. W związku z tym myślę, że te pieniądze są, tylko system jest dramatycznie rozrzutny.

Proszę państwa, poza tym to, co nas różni od innych systemów w świecie, to fakt, że nie płacimy za powikłania, ani te, które wydarzyły się w ośrodku, ani te, które przyjmujemy z zewnątrz.

Mój dyrektor do mnie mówi: drogi panie profesorze. Ja pytam: cóż mnie pan tak kochasz? Na co on: ja pana nienawidzę, tylko pan tak drogo leczy. Ja nie mogę leczyć tanio, skoro dzwoni do mnie kolega z sąsiedniego szpitala i mówi, że przeciął drogę żółciową i trzeba ją naprawić. Kto to ma robić? System, który stworzyliśmy, jest po prostu nieetyczny. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.
Pan profesor Krawczyk.
Proszę.

Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich Marek Krawczyk:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący, proszę państwa, ja odniosę się do kilku spraw, o których mówiła pani minister, także pan profesor Herman.

Pani Minister, pani mówi, że konsultanci regionalni powinni walczyć o większą liczbę specjalizacji. Czy pani wie – pani jeszcze nie było w ministerstwie – ile w ostatniej sesji było rezydentur na chirurgię? Jedna, tak, jedna w ca-

łym kraju. O co mają walczyć konsultanci regionalni, o tę jedną? Co z tym zrobić? Podzielić przez liczbę województw czy dodać? Ja wiem, że pani jest od niedawna. W każdym razie założenia były takie, że wszyscy, którzy chcą się szkolić w jakiegokolwiek specjalizacji, mieli przejść przez rezydenturę. Jeżeli w chirurgii była jedna rezydentura, jeśli w internie była jedna rezydentura itd., to w tej chwili nie jest to już tylko problem chirurgii. Musimy na to spojrzeć przez pryzmat możliwości, które mieliśmy zapewnić wszystkim młodym ludziom. U mnie w klinice jest dzisiaj trzech młodych ludzi, którzy przychodzą i mówią: proszę pana, ja chcę być chirurgiem i trudno, będę się specjalizował przez umowę cywilnoprawną. Oni wykładają własne pieniądze, a państwo miało im zapewnić rezydenturę i kształcenie zgodnie z tymi danymi.

Następna sprawa. Pani Minister, my w ogóle nie mówimy, profesor Herman chyba też tego nie powiedział, że my jako chirurgia ogólna chcemy wykonywać te zabiegi wyłącznie, my tylko mówimy o tym, że wykonujemy znaczną część zabiegów, jeśli chodzi o leczenie chorych na nowotwory. Tymczasem wytworzono sztuczność w płatności. Dlatego pan minister Religa nie napisał, że to ma być dla chirurgii ogólnej, chodziło tylko o to, żeby tak samo była traktowana płatność za operacje wykonywane w oddziałach, które mają w sztyldzie onkologię i chirurgię ogólną. Ja nie mam w sztyldzie onkologii, a mam pięciu chirurgów, którzy mają specjalizację z chirurgii. To nie chodzi o sztyldy. Pan profesor Lampe ma rację, mówiąc, że jest tylko chirurgia dobra albo zła, a sztyldy możemy sobie napisać tak albo inaczej.

To myśmy, chirurdzy ogólni – tu pani przywołała dwa programy w ramach narodowego programu dotyczącego leczenia nowotworów – wyszli z tymi inicjatywami. Ja jestem pod pani, że tak powiem, ręką, bo jestem członkiem, a pani z tego, co wiem, teraz to przejęła i będzie to prowadziła. My będziemy chcieli nadal prowadzić to szkolenie. Tak że my dostrzegamy konieczność poprawy jakości leczenia.

Teraz zwrócę się do pana profesora Hermana. Panie Profesorze, ukochanym argumentem, że źle leczycie chorych na nowotwory jelita grubego, jest to, co pan pokazał, ale pan ma świadomość tego, że gros, większość powikłań choroby nowotworowej jelita grubego jest leczona w ramach chirurgii ogólnej, dlatego że – ja nie wiem, jak jest w Krakowie – żaden chory w Centrum Onkologii w Warszawie po południu z niedrożnością czy z perforacją z powodu raka jelita grubego nie będzie przyjęty. W związku z tym pan pokazuje elektrywną chirurgię onkologiczną. Na podstawie tego nie może pan pokazywać i mówić, że jest gorzej.

Jeśli chodzi o raka piersi, to, Panie Profesorze, myśmy w szpitalu na Banacha leczyli kiedyś wielu chorych na raka. Prawie wszystkie pacjentki oddaliśmy do Centrum Onkologii. Wie pan, jaka jest sytuacja, kiedy leczymy, kiedy młoda kobieta przychodzi i mówi tak: niech pan mi pomoże, bo ja mam termin na leczenie raka piersi – to, co podniosła pani senator – za cztery miesiące, niech pan mnie zoperuje. Ja mówię: dobrze, bo ja to robiłem przez piętnaście lat i ja to umiem zrobić. Pan mówi o węźle wartowniczym. Oczywiście, ma pan rację, bo chirurgia

się zmienia, ale nie twórzmy pewnych wzorców, które są pokazywane, bo myśmy się tu spotkali nie po to, żeby sobie nawzajem robić krzywdę, tylko po to, żebyśmy mieli więcej możliwości leczenia.

Pani Minister i Panie Prezesie, we wszystkich szpitalach, nie chcę tego tak nazywać, ale niech będzie, uniwersyteckich skupiamy te najtrudniejsze zabiegi chirurgiczne, i z tak zwanej chirurgii ogólnej, jest pan chirurgiem, więc pan wie, i dotyczące nowotworów. Jeżeli my nie będziemy mieli dodatkowych płatności – i to wszystko jedno, czy to będzie klinika wiodąca profesora Dzikiego w Łodzi, który wykonuje najlepszą chirurgię onkologiczną, jeśli chodzi o jelito grube, czy to będzie profesor Śledziński w Gdańsku – to nasze szpitale nigdy nie wyjdą na swoje. Ja mam klinikę, która ma akurat bardzo dobry wynik finansowy. Dlaczego ma ona bardzo dobry wynik? Dlatego że robimy jedną procedurę w dużych ilościach, to idzie w setki, zrobiliśmy ponad sto czterdzieści transplantacji i to nam pozwala ponieść koszty innych operacji, tych, które państwu pokazałem, a które są niedoszacowane. Tak że problem referencyjności i odpowiedniego traktowania finansowego jest niezwykle ważny.

Kwestia doposażenia. Pani Minister, prawie wszystkie pieniądze w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, tego, któremu pani teraz przewodzi, szły na radioterapię, prawie wszystkie. Jeśli zaś chodzi o chirurgię, i tę onkologiczną, i ogólną, to z tych pieniędzy nie dostały one nic. Być może pani decyzje będą takie, że i tu będą kierowane pieniądze, i chwała pani za to. W każdym razie było tak, jak mówię.

Profesor Orłowski, którego pani wymieniła, jest po prostu torakochirurgiem. I bardzo dobrze, że te oddziały też z tego narodowego programu skorzystały. Ja nie wiem, czy jutro będzie pani na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, bo tam ma być omawiany ten problem. Ja przynajmniej dostałem taką informację, że mam tam się jutro stawić, choć nie wiem, czy mi się uda. Tak że taka jest prawda.

Dziękuję panu prezesowi za jedno. Panie Prezesie, pan powiedział, że szczególnie trudne procedury powinny mieć inne i lepsze finansowanie. Po pierwsze, liczba tych procedur jest stosunkowo nieduża, po drugie, ich wykonywanie skupia się w poszczególnych klinikach czy oddziałach, bo nie zawsze są to kliniki, one są różne, nie oszukujmy się. Skoro wykonywanie tych procedur się skupia, to powoduje to zadłużenie danych klinik czy oddziałów. Jeżeli państwo będziecie chcieli nam pomóc w ten sposób, aby ustalić inne finansowanie tych szczególnych procedur, to nam to na pewno pomoże, bo w sytuacji powszechności przypadku pęcherzyka żółciowego, tak to nazwę, to my to wszystko sobie jakoś zbilansujemy i sfinansujemy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.
Pan profesor.
Proszę bardzo.

Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Zbigniew Śledziński:

Zbigniew Śledziński. Jestem kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w Gdańsku, w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

Ja chciałbym powiedzieć w ten sposób. W zasadzie problemy zostały zidentyfikowane, wszyscy moi przedmówcy i panowie referenci powiedzieli o nich zgodnie z tym, jak i ja to oceniam. Dziwi jedna rzecz, mianowicie to, dlaczego do tej pory te problemy nie zostały rozwiązane. Przecież to jest proste, nie można wykonywać procedury, która jest wyceniona poniżej kosztów. Tak jak powiedział profesor Krawczyk, my to właśnie robimy, głównie w klinikach. Prawda? Stąd mamy kłopoty. Tak to wygląda z jednej strony. Z drugiej strony mógłbym przedstawić wiele przykładów wysoko przecenionych procedur, kilkakrotnie w porównaniu do kosztów. Wrażenie jest takie, że o wysokości finansowania procedur decydowały jakieś inne względy, a nie kosztowe, kosztowe na końcu albo w ogóle nie brano ich pod uwagę. Przecież nie jest trudne powołanie jakiejkolwiek organizacji zawodowej, która pójdzie i policzy koszty. Myśmy liczyli to u nas w klinice sami, amatorsko. Mamy czterdzieści wyliczonych procedur, z których dwanaście nam się opłaca, pozostałe są niedochodowe. Dlaczego nie można tego zrobić niezwłocznie, nie czekając na jakieś, nie wiem, jakie, amatorskie wyznania w ramach ankiet?

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.
Proszę bardzo.

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

Dzień dobry.

Piotr Rutkowski, jestem kierownikiem Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie.

Przede wszystkim z wielkim uznaniem chciałbym się odnieść do tego, co przygotowała pani minister, do informacji na temat finansowania leczenia w chirurgii ogólnej i onkologicznej i punktu dotyczącego referencyjności. To jest absolutnie zgodne z tym, o czym mówili profesor Lampe, profesor Herman, profesor Krawczyk. Te prace trwały ponad dwa lata i myślę, że zostało to przygotowane na bardzo wysokim poziomie, jeżeli chodzi o polskie możliwości i finansowania, i organizacji służby zdrowia. Ja przypomnę, że referencyjność oznacza konieczność konsultacji i/lub leczenia jednostek onkologicznych chorobowych w ośrodkach dysponujących wiedzą, doświadczeniem, czyli w tak zwanych ośrodkach *high volume*, co wiąże się z dostępem do diagnostyki i zaawansowanego leczenia skojarzonego.

Jest kilka jednostek onkologicznych, w przypadku których mamy bezsprzeczne dowody, to oczywiście rak trzustki, rak przełyku, mięsaki, którymi akurat ja się zajmuję, rak jelita grubego. Wiemy o tym, że leczenie skojarzone na przykład w przypadku raka jelita grubego, takie jak radioterapia przedoperacyjna, obniża możliwość wystąpienia wznowy miejscowej o 50%.

Problem nie dotyczy tego, czy to jest chirurgia ogólna, czy onkologiczna, problem dotyczy doświadczenia ośrodka i wyposażenia tego ośrodka, o czym wspominał pan profesor Herman. To zostało we wszystkich aspektach przygotowane i w gruncie rzeczy jest to zdecydowanie tańsze, bo jeżeli chory jest leczony raz i jest leczony z intencją wyleczenia w sposób skojarzony, to oczywiście obniża to koszty. A gdy najpierw jest leczony niewłaściwie, nieadekwatnie lub suboptymalnie, a następnie zostaje przekazany do ośrodka, który zajmie się leczeniem, w ramach tych samych kosztów, ale leczeniem, które jest droższe, to odbywa się to drugi raz i efektem jest mniejszy odsetek wyleczeń. To jest aspekt referencyjności, który – mam nadzieję – zostanie podjęty przez ministerstwo w dalszych pracach.

Oczywiście tam jest wiele aspektów. Do tej pory nie ma na przykład żadnych funduszy na właściwą ocenę rozpoznania histopatologicznego, chorzy są niewłaściwie diagnozowani, jeżeli chodzi o podstawowe rozpoznanie histopatologiczne, co wymaga rekonsultacji preparatów, dużo droższych badań molekularnych czy cytologicznych. Ośrodki referencyjne ponoszą koszty nie tylko leczenia, ale także dodatkowej diagnostyki.

Ja tylko wspomnę o takiej sprawie – ja się zajmuję rzadkimi nowotworami, pani profesor Chybicka dobrze wie, jaki to jest problem u dzieci, jeżeli chodzi o nowotwory lite – na przykład o problemie mięsaków. My od trzech lat dyskutujemy z Narodowym Funduszem Zdrowia na temat bardzo prostej procedury leczenia oszczędzającego kończynę, chodzi o to, żeby kończyna nie uległa amputacji w trakcie leczenia skojarzonego mięsaków. Ta procedura jest wyceniona na połowę ceny, na sześćdziesiąt cztery punkty w stosunku do amputacji. To niejako absolutnie promuje amputację jako leczenie z wyboru, mimo że w leczeniu da się w 90% oszczędzić kończynę i uratować życie chorego. To jest przykład, który... Pan prezes wspominał o karcie kosztowej. Z tym że korespondencja w zakresie niektórych procedur liczy już jakieś dwadzieścia czy trzydzieści listów, które były wysyłane przez konsultantów krajowych i na przykład Centrum Onkologii w Warszawie. W związku z tym to nie jest takie proste.

Co więcej, wspomnę o tym, że i tak wycena tych procedur w stosunku do wyceny procedur u naszych kolegów z Niemiec jest mniej więcej pięć, sześć razy mniejsza. Część chorych cały czas korzysta z możliwości leczenia za granicą, jak wiemy, jest możliwość leczenia, wykonania procedury za granicą, i wiemy, jak ta sama procedura wygląda w krajach Europy Zachodniej. To jest tylko przykład. Pan profesor Nowecki podał przykład, myślę, możliwości leczenia za zgodą płatnika w procedurach niestandardowych. Ja wspomnę tylko o tym, że praca ludzka w tych procedurach jest z reguły wyceniana na 1–3%, jeżeli chodzi o możliwość wykonania skomplikowanej procedury chirurgicznej. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Mówi pan o problemie, który też jest mi znany, to jest rzeczywiście absurd, jeśli chodzi o amputację i leczenie skojarzone, to jest prawda.

Pan profesor Herman.

Proszę bardzo.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chirurgii Onkologicznej Krzysztof Herman:

Chcę tylko i wyłącznie krótko odpowiedzieć na pytanie pani senator związane z leczeniem oszczędzającym raka piersi. Odpowiedź niestety nie jest prosta. Ogólnie liczba operacji oszczędzających na całe szczęście bardzo mocno, bardzo gwałtownie wzrasta w naszym kraju. Zróżnicowanie w różnych rejonach Polski jest duże i jest ono związane z kilkoma elementami, począwszy od oczekiwań ze strony chorych, bo to też jest pewien czynnik, nie chcę powiedzieć, że moda, ale wymaga czasu to, żeby chore wiedziały o tym, że mogą być leczone, i żeby chciały być leczone oszczędzająco, a skończywszy na tym, że rzeczywiście w niektórych sytuacjach w niektórych ośrodkach może się pojawić być może nie bardzo długie, ale istotne przesunięcie czasowe w postaci ograniczenia dostępu do leczenia wysoce specjalistycznego. Jeżeli ośrodek specjalistyczny ma niezapłacone 30%, to automatycznie musi ograniczać działania i nie jest w stanie... Nie można powiedzieć, że kolejka rośnie, ponieważ nikt świadomie nie wyznacza terminów chorych do leczenia operacyjnego nowotworów na dłużej niż za miesiąc, bo to byłoby coś naprawdę bardzo złego, ale ktoś może powiedzieć, że niestety w jego ośrodku w tej chwili wolne terminy są powyżej jednego miesiąca. Wtedy chory szuka różnych innych możliwości. Taka sytuacja może mieć miejsce.

Jeśli chodzi o raka piersi, to działania edukacyjne, działania związane z kształceniem lekarzy, kształceniem ośrodków spowodowały to, że mamy na całe szczęście gwałtowny postęp, ale boję się o to, czy ten postęp nie zostanie zahamowany, czy nie nastąpi cofnięcie z powodów, o których mówiłem wcześniej, czyli finansowania, finansowania i jeszcze raz finansowania.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Pan senator Pawłowicz.

Proszę.

Dyrektor Centrum Onkologii w Bydgoszczy Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Panie Marszałku! Pani Minister! Wysoka Komisjo!

Jestem pod dużym wrażeniem dzisiejszego spotkania i chciałbym serdecznie podziękować panu przewodniczącemu i wszystkim państwu, Wysokiej Komisji za podjęcie tego tematu.

Moja wypowiedź będzie wypowiedzią praktyka zarządzającego niedużą firmą onkologiczną w Bydgoszczy, plasującą się, myślę, patrząc na budżet, w pierwszej czwórce, bo nasz budżet to około 230 milionów zł rocznie. Chciałbym mówić o pieniądzach, brutalnie mówić o pieniądzach. Państwo mówicie o pięknej dziedzinie, jaką jest chirurgia, ja niestety jej zaniechałem, przed laty zająłem się zarządzaniem, ubolewam nad tym.

Proszę państwa, wiemy, w podręcznikach dla studentów jest napisane, przynajmniej wtedy, kiedy ja się uczyłem chirurgii u świętej pamięci pana profesora Tadeusza Orłowskiego, ojca obecnego konsultanta krajowego, było napisane, że chirurgia w leczeniu nowotworów otwiera pacjentowi drzwi do leczenia, czy powiemy, że to jest 80%, czy powiemy, że 90%, to nie ma znaczenia, ale otwiera. Co dzisiaj powinniśmy zrobić, wszyscy tu obecni i rządzący, żeby te drzwi nie zostały przed pacjentem zamknięte?

Pani Minister i Panie Prezesie, one dzisiaj są po prostu zamykane. Dlatego, Panie Profesorze, Panie Rektorze, są takie terminy w ośrodkach onkologicznych. Ja dzisiaj, zarządzając ośrodkiem w Bydgoszczy, powinienem nie przyjmować do kliniki pacjentów pana profesora, bo mam 30 milionów, 34 miliony niezapłaconych świadczeń za rok 2011 i 26 milionów niezapłaconych świadczeń za rok 2010. Jak państwo sobie to wyobrażacie? Jak można zarządzać firmą, której się nie płaci za usługi, a jednocześnie płatnik mówi: proszę tego pacjenta zapisać w kolejkę? Ja mam od płatnika pisma, w których jest napisane: proszę pacjenta z rozpoznaniem raka jelita grubego zapisać w kolejkę, bo to nie jest procedura ratująca życie.

W związku z tym, Panie Przewodniczący, mówiąc krótko, mój wniosek do Wysokiej Komisji jest taki, aby Wysoka Komisja swoim autorytetem wystąpiła do płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, o uznanie pacjenta, mieszkańca Rzeczypospolitej, z rozpoznaniem nowotworu do leczenia operacyjnego za pacjenta, który ma być poddany procedurze ratującej życie. Proszę państwa, na następne spotkanie zostawmy dyskusję o wycenie, zresztą zaraz powiem o kosztach, bo inaczej nie rozwiążemy tego problemu.

Poza tym są takie schizofreniczne sytuacje. Ja mogę państwu o tym opowiedzieć, ale nie chcę państwa zanudzać, w każdym razie mógłbym tu przywoływać fakty. Jak to się dzieje, że publiczny płatnik płaci za wszystkie procedury chemioterapii z nadwykonań w ośrodku onkologicznym, wszystkie, nawet jeżeli świadczeniodawca o to nie wnosi, płaci za wszystkie nadwykonania, a nie płaci za zabiegi operacyjne? Jak można zastosować... Chyba w niewielu procentach przypadków stosuje się chemioterapię paliatywną, kiedy to pan profesor zdyskwalifikuje, wykluczy z leczenia operacyjnego. W większości przypadków, tak jak powiedziałem, to zabieg operacyjny otwiera pacjentowi drzwi do systemu.

Kolejna sprawa to sprawa jakości, Pani Minister. Jako zarządzający Centrum Onkologii nie oczekuję 55 zł za punkt, nie oczekiwałem 52 zł za punkt, to nic mi nie dało jako zarządzającemu, ale oczekuję jednego, tego, że jeżeli jest centrum monitorowania jakości w ochronie zdrowia, jest ustawa o jakości w ochronie zdrowia... Pacjent w Polsce jest dzisiaj bardziej wyedukowany niż my, zarządzający ochroną zdrowia. Dziś pacjent lepiej wie, gdzie jest dobry

ośrodek i gdzie on powinien się leczyć. Nie musimy mu tego wskazywać. Najlepiej pokazują to parkingi przed moją firmą, gdzie przyjeżdża 30% pacjentów spoza województwa kujawsko-pomorskiego. Pytam: czy ktoś im każe przyjeżdżać? Nie, oni sami bardzo dobrze wiedzą. Skoro mówimy dzisiaj o jakości w ochronie zdrowia, to ja bardzo proszę panią minister o spowodowanie, żeby ośrodki, które mają dzisiaj akredytację, szczególnie nową, która rzeczywiście jest trudniejsza do uzyskania, nie zabiegały o 55 zł za punkt. Ja nie zabiegam o 55 zł za punkt, ja proszę płatnika, żeby mi zapłacił za wykonane świadczenie, nic więcej.

Proszę państwa, to się sprowadza do jednego. Jeżeli pacjent w Polsce jest traktowany podmiotowo, jeżeli pacjent onkologiczny jest tak traktowany, to bardzo proszę, Panie Przewodniczący, żeby podstawowym wnioskiem poprawy efektów leczenia – pan profesor Herman pokazywał, jak to się kształtuje – było potraktowanie pacjenta z rozpoznaniem nowotworu jako koniecznego do poddania procedurze ratującej życie, szczególnie w ośrodku referencyjnym. Proszę państwa, nie poprawimy wyników leczenia...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, chwileczkę, nie mówmy, że nie ma ośrodków referencyjnych. Gdy państwo zapytacie o to Narodowy Fundusz Zdrowia, to okaże się, że Narodowy Fundusz ma w pojęciach swoich ośrodki referencyjne, tylko że to jest nieprzestrzegane. W przeszłości chcieliśmy wprowadzić ośrodki referencyjne i to my – też uderzmy się w piersi – trochę to zbojkotowaliśmy, my, medycy, bo nie mogliśmy się dogadać, ale zostawmy to.

Panie Przewodniczący, reasumując, bardzo proszę, żeby podstawowym wnioskiem tego spotkania było potraktowanie pacjenta z rozpoznaniem nowotworu jako pacjenta, którego trzeba poddać procedurze ratującej życie, i zapłacenie wszystkich nadwykonań. Proszę państwa, ja dzisiaj mam absolutny dyskomfort, jako senator poprzedniej kadencji procesuję się z publicznym płatnikiem o pieniądze za leczenie pacjentów onkologicznych. Takiej sytuacji nie powinno być. Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Myślę, że chyba wszyscy się zgodzimy co do tego, aby jednym z wniosków był wniosek – generalnie tak bym to sformułował – żeby wszystkie procedury związane z rozpoznaniem nowotworu uznać za procedury ratujące życie, generalnie w chirurgii. Myślę, że państwo zgodzicie się z tym wnioskiem.

Teraz poproszę o zabranie głosu pana profesora.

Proszę uprzejmie.

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Adam Dziki:

Adam Dziki, Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Jak stwierdzili moi przedmówcy, pan profesor Krawczyk i pan profesor Herman, kluczem do poprawy

wyników leczenia onkologicznego w Polsce jest jakoś chirurgii. Ja jednak zadałbym państwu... Moim zdaniem na całym świecie chirurgia odchodzi od ścisłej specjalizacji chirurgii onkologicznej, dlatego że – zgodzą się z tym moi koledzy chirurdzy onkolodzy – nie operuje ona ani raka płuc, który jest najczęstszym nowotworem w Polsce, ani raka mózgu, ani raka rdzenia kręgowego. Cały świat idzie w kierunku chirurgii narządowej, dlatego że chirurg, widząc guz w brzuchu, w jelicie, powinien wiedzieć, jak postąpić w przypadku choroby Crohna, guza z uchyłkowatością czy nowotworu jelita grubego. Myślę, że w tę stronę powinien iść postęp i w taki sposób powinniśmy myśleć w przyszłości. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Rozmawialiśmy na temat ewentualnego płacenia za procedury onkologiczne wykonywane w niewielkiej liczbie przez niewielkie szpitale. Niestety, chirurdzy, pracując w małych szpitalach, chcą poprawić swoje finanse i podejmują się operacji, których nie powinni się podejmować. Jako konsultant wojewódzki otrzymuję w wykazie informację o tym, że ktoś wykonuje cztery operacje raka odbytnicy w roku. Nie ma żadnych narzędzi, żeby komuś zabronić płacenia za to, ale bardzo prostym narzędziem, które jest stosowane przez płatnika w innych krajach, jest ustalenie, że jeśli dany oddział nie wykona określonej liczby operacji, w przypadku raka jelita chociażby pięćdziesięciu, to płatność jest na poziomie 20%, 30% czy 40%. Wówczas lekarze podejmujący się takich operacji, mając na względzie to, że nigdy nie osiągną takiej liczby, nie będą tych chorych operowali, lecz będą ich kierowali do ośrodków, które mają większe doświadczenie. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Proszę, Panie Profesorze.

Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu Wojciech Witkiewicz:

Wojciech Witkiewicz, ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, jednocześnie zarządzający szpitalem, w którego strukturach znajduje się chirurgia onkologiczna.

Ja już nie będę mówił o wielu sprawach, o których powiedziano tu już prawie wszystko. Mam to przygotowane na piśmie.

Odpowiadając na pytanie pani senator i nawiązując do tego, co mówiła pani minister, chciałbym powiedzieć, że my musimy stale i na bieżąco monitorować wycenę procedur chirurgicznych onkologicznych, biorąc pod uwagę postęp technologiczny, jaki się dokonuje. Mianowicie w tej chwili w procedurze oddziału onkologicznego jest śródoperacyjne naświetlanie pacjenta po operacjach oszczędzających. Jest taka procedura. Założmy, że zaczynamy, są do tego aparaty, nowoczesne aparaty, takie jak *intrabeam*, które nie wymagają specjalnego pomieszczenia i mogą być obsługiwane, ale jednocześnie jest stare zastrzeżenie, obowiązujące prawo atomowe, ustanowione przed dokonaniem

się tego postępu, które mówi o tym, że aby można było się tym posługiwać, trzeba stworzyć zakład fizyki i zatrudnić dwóch radioterapeutów i dwóch fizyków. Tymczasem w zupełności wystarcza tu jeden fizyk i jeden radioterapeuta. W związku z tym mamy w Polsce takie urządzenia – myślę, że pan profesor też jeszcze o tym powie – ale nie możemy z nich korzystać, to znaczy korzystamy, ale procedura ta nie jest opłacana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bo nie spełniamy wymogu dotyczącego powołania specjalnej pracowni, co z kolei niepotrzebnie podnosiłoby koszty. W naszym przypadku ta procedura, która jest kobietom tak potrzebna i która większość tych kobiet uwalnia od następnego, długotrwałego naświetlania, teleradioterapii, nie może być wykonywana.

My musimy nadać. Ja mógłbym podać wiele takich przykładów. Ten przykład pokazuję po to, żebyśmy również w tych procedurach, w których istnieje możliwość zmniejszenia kosztów i poprawy jakości leczenia pacjentów, mogli to wykorzystywać. Potrzebna jest zmiana tego już nieaktualnego przepisu. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.
Teraz pan doktor Krajewski.
Proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Romuald Krajewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.
Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ja chcę powiedzieć o sprawach bardziej ogólnych, chociaż sam pracuję już od dłuższego czasu w wysokospecjalistycznej chirurgii onkologicznej narządowej i z tego punktu widzenia mogę potwierdzić te problemy, które dotyczą finansowania, zwłaszcza złożonych rzadkich procedur. O tym mówił pan profesor Krawczyk, z panem prezesem Dworskim rozmawialiśmy o tym parę lat temu. Chciałbym wierzyć, że nastał już czas, kiedy te problemy będą mogły zostać rozwiązane skutecznie, bo to też ogranicza dostęp chorych do świadczeń onkologicznych, zwłaszcza dostęp we właściwym czasie, w krótkim czasie, co jest na pewno wspólnym doświadczeniem wszystkich zajmujących się leczeniem tych chorych.

Chcę trochę więcej powiedzieć o problemie edukacji. Przeprowadziliśmy niedawno ogólnopolskie reprezentatywne badanie opinii lekarzy na temat możliwości kształcenia. Pewnie to państwa nie zdziwi – to są dane obiektywne – 2/3 lekarzy uważa, że dostęp do specjalizacji jest zły albo bardzo zły, szczególnie dotyczy to stomatologów. To pokazuje, jak dużo jest do zrobienia. Myślę, że ciekawostką z tego badania, którego wyniki mogą państwo znaleźć na stronach Naczelnej Izby Lekarskiej, jest także to, że środowisko lekarskie – to do państwa, którzy są chirurgami, ja też jestem chirurgiem, więc i mnie to dotyczy – uważa chirurgię ogólną za specjalizację nadmiarową. Nie znalazła się ona wśród tych specjalizacji, które lekarze chcieliby robić, gdyby mieli wybór. Myślę, że to jest dodatkowy sygnał,

wskazujący na to, że kwestie edukacji powinny znaleźć się na bardzo wysokim miejscu, bo chirurgów rzeczywiście może zabraknąć.

Chcę powiedzieć o jeszcze jednym problemie, który tutaj się przejawia i wiąże się z nim pewne emocje, jako prezes Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów widzę to na poziomie europejskim. Dotyczy on pewnej rywalizacji między specjalizacjami i podspecjalizacjami. To budzi oczywiście emocje, ale ogólnie przeważa opinia, którą tutaj pan profesor Lampe chyba bardzo dobrze wyraził, że chirurgia jest jedna, nie powinna być za bardzo rozbijana i myślę, że byłoby bardzo źle, gdyby te subspecjalności miały powstawać w opozycji do kogoś, czy ze strony specjalizacji tej ogólnej, wielkiej, czy ze strony kolejnych podspecjalizacji. Ważna jest współpraca i ważna jest jakość, o tym mówią również koledzy chirurdzy ze wszystkich krajów europejskich.

Chcę zakończyć jedną informacją, która jest pewnym przypomnieniem historii. Kiedyś na jednej z konferencji pan profesor Religa powiedział, że dzięki właściwemu finansowaniu udało się osiągnąć niewątpliwie dużo, bardzo dużo czy ogromnie dużo w kardiologii. Powiedział też, że teraz przyszedł czas, żeby to samo zrobić w onkologii. Myślę, że to wezwanie jest ciągle aktualne. Ono jest tu przedstawiane w różnych formach, w postaci różnych problemów, ale myślę, że ten problem jest problemem podstawowym, rzeczywiście przyszła na to pora. Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Prezesie.
Pan doktor Chybicki.
Proszę.

Kierownik Oddziału Chirurgicznego w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Gdańsku Janusz Chybicki:

Dzień dobry.

Janusz Chybicki, szpital MSWiA w Gdańsku.

Chciałbym zwrócić uwagę na taki aspekt, że to fundusz kształtuje politykę wobec chirurgii, wobec pewnych nawet standardów medycznych, które są realizowane w codziennej praktyce. Przykładem może być fakt, że na przykład w Gdańsku na badania endoskopowe jelita grubego czeka się około sześciu miesięcy. Przyjęcie do szpitala chorego z ewidentnie stwierdzonym guzem jest traktowane naganie, jako działanie nielegalne i nierzetelne. To prowadzi do takich sytuacji, osobiście się z tym spotkałem, że chory z rozpoznaniem guza jelita grubego trafił na operację po siedmiu miesiącach od przeprowadzenia badania endoskopowego, wykonanego w przychodni. Tak że sądzę, że właśnie fundusz kształtuje i standardy medyczne, i politykę medyczną, a nie gremia medyczne, ponieważ merytorycznie nie ma żadnego uzasadnienia takiego postępowania.

Chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz, na zasady rozdziału środków publicznych, którymi dysponuje fundusz. Chodzi o to, że te zasady – to wynika z ustawy o finansach publicznych – muszą być jawne i znane. Ja nie

rozumiem tych zasad, bo one są mi nieznane, ja nie wiem, czy ktokolwiek może odpowiedzieć na pytanie, jakie są te zasady. Wprawdzie te zasady określa rozporządzenie prezesa, które ujmuje to w system punktowy, ale wartości punktowe są podane tylko dla trzech oddziałów szpitalnych, bodajże dla chemioterapii, ratownictwa i chyba rehabilitacji, dla innych oddziałów nie ma określonych wartości punktowych. Tak że ja nie rozumiem, jak te pieniądze są dzielone. Wystarczyłoby stworzyć jasne, klarowne zasady. Odpowiedni dobór tych zasad sprawiłby, że byłyby premiiowane oddziały dobre, nazwijmy to, referencyjne, a w jakiś sposób mniej wartościowane byłyby oddziały gorsze. Nie rozumiem na przykład takiej sprawy, to też przykład z okolic Gdańska. W Wejherowie, mieście mającym czterdzieści trzy tysiące mieszkańców, jest szpital, który ma na chirurgię ogólną kontrakt w wysokości 10 milionów, a całe Trójmiasto, które ma ponad osiemset tysięcy mieszkańców, ma kontrakt o wartości około 60 milionów. Ja nie mówię, że to jest dobrze, ja nie mówię, że to jest źle, ja po prostu nie znam zasad podziału, ja tego nie rozumiem, a – tak jak mówiłem – ustawa nakazuje, żeby te zasady były jawne i znane wszystkim. Ja zwracam się do senatorów, żeby to wyjaśnili. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Doktorze.
Pan profesor Murawa.
Proszę.

Ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu Paweł Murawa:

Paweł Murawa, Wielkopolskie Centrum Onkologii, a także Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

Proszę państwa, wyniki leczenia nowotworów tylko w pewnym stopniu zależą od leczenia chirurgicznego. Przyczyny słabych polskich wyników są następujące. Są wśród nich czynniki pozachirurgiczne, a więc na przykład późne rozpoznanie. Jestem gotów stwierdzić, że nie odkryliśmy jeszcze pewnej warstwy nowotworów i gdyby nagle lekarz rodzinny zaczął spełniać rolę taką, jaką spełnia w tych państwach, o których wyrażaliśmy się z takim podziwem, mówiąc o ich lepszych wynikach, okazałoby się, że chorych na nowotwory mamy znacznie, znacznie więcej, chorych, których nie byłibyśmy w stanie zoperować. Oni są, tylko są nieodkryci. Spóźnienie do szpitala to tylko część opóźnionego leczenia, zasadnicze opóźnienie jest w miejscu zamieszkania chorego. Proszę pójść do lekarza domowego i poprosić o mammografię albo, będąc po pięćdziesiątym roku życia, o endoskopię. Nie, nie dostanie się takiego skierowania. A gdy prowadzony jest program profilaktyczny screeningowy, to tam się dostanie, tylko nie można mieć objawów. Totalny absurd. Wpływ czynników pozachirurgicznych, które moim zdaniem mają największy wpływ na wyniki leczenia, jest szalenie istotny. Tu przede wszystkim potrzebne jest szkolenie.

Następna sprawa. Nie możemy przecież porównywać wyników leczenia chirurgicznego, nie mając TNM, nie możemy mówić o jakości leczenia chirurgicznego, nie mając protokołu histopatologicznego tego leczenia. Zatem jakość leczenia chirurgicznego wiąże się ściśle z nadzorem tego leczenia i takim sumieniem niewątpliwie jest histopatolog. Jeżeli ten wynik jest solidny i odpowiedni, to możemy odpowiednio dostosować leczenie uzupełniające. Bez protokołu histopatologicznego nie może być prowadzone leczenie uzupełniające i wydawane skierowanie: proszę iść do poradni onkologicznej. Tracimy pieniądze.

Jeżeli chodzi o chirurgię, to podstawą jest jakość, jakość diagnostyczna, histopatologiczna i każda inna. Taką jakość może zapewnić *volume*. Ja jestem daleki od tego... Polska specyfika poszła w tym kierunku, że powstała chirurgia onkologiczna i chirurgia ogólna. Gdzieś indziej jest chirurgia narządowa, gdzieś indziej jest kolorekta, gdzieś indziej są *breast units*, takie są specyfiki. My znaleźliśmy się w takiej. Nagle, ni stąd, ni zowąd tego nie zmienimy, ale wiemy, że tam gdzie jest *volume*, a więc odpowiednia liczba operacji wykonywanych rocznie, tam gdzie jest odpowiednia diagnostyka, w szczególności kładłbym nacisk na histopatologiczną, tam gdzie zespół ma kontakt, nie mówię tylko o jednostkach onkologicznych, ale o MDT, *multidisciplinary teams* – to są wielospecjalistyczne spotkania, to obejmuje już 90% chorych leczonych tam, gdzie podziwiamy wyniki leczenia – tam jest jakość. W tych interdyscyplinarnych spotkaniach bierze udział histopatolog, radioterapeuta, onkolog kliniczny, dla psychiki także pielęgniarka i oczywiście chirurg. Tam w sposób dokładny analizuje się problem i sobie nawzajem zarzuca pewne nieścisłości. Tu nie chodzi o to, żeby się wyzywać, tylko o to, żeby poprawiły się wyniki. O co jeszcze? Chciałbym uspokoić również chirurgów ogólnych, bo ja tu nie rozróżniam, że nie chodzi o to, aby powiedzieć, że tylko tam, gdzie jest radioterapia, można uprawiać chirurgią onkologiczną. Nie, nigdzie na świecie nie jest powiedziane, że te specjalizacje muszą się znajdować pod jednym dachem, żeby dobrze współpracować. To tyle.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Proszę uprzejmie, Panie Profesorze.

Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie Wojciech Polkowski:

Dzień dobry.

Wojciech Polkowski, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, jednocześnie prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej.

Chciałbym poruszyć kilka spraw. Na początku chciałbym uzupełnić wypowiedź pana profesora Witkiewicza i prosić Wysoki Senat o konkretne działania, a mianowicie o podjęcie uchwały zobowiązującej Ministerstwo Zdrowia do zmiany rozporządzenia zmuszającego w tej chwili sześć

ośrodków onkologicznych, które dysponują radioterapią śródoperacyjną, a dwa dalsze będą pracowały prawdopodobnie w tym roku, do konieczności wykazania się przed funduszem równoważnikami dwóch etatów radioterapeuty. To jest abstrakcja. Nie jest potrzebny taki wymóg, wystarczy nawet ułamek jednego etatu, byleby radioterapeuta mógł uczestniczyć w tej procedurze. Dopóki ten problem nie zostanie rozwiązany, zna go bardzo dobrze konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii, pan profesor Reinfuss, i dopóki istnieje taki zapis prawny, dopóty nie możemy w tych ośrodkach nic zrobić.

Druga sprawa, o której chciałbym powiedzieć, nawiązuje do przezrocza, które był łaskaw przedstawić pan profesor Krawczyk, obrazującego smutną statystykę spadającej liczby chętnych do odbywania specjalizacji z chirurgii ogólnej. Ja mogę powiedzieć, że ta sytuacja w naszej specjalności, w specjalności chirurgii onkologicznej, jest odmienna. Z roku na rok obserwujemy tendencję wzrostową, wzrost liczby przystępujących do egzaminu i zdających egzamin z chirurgii onkologicznej. Obecnie są, tak jak mówił pan profesor Herman, siedemdziesiąt cztery oddziały chirurgii onkologicznej. Sytuacja wskazuje na to, że w przyszłości będzie coraz więcej chirurgów ze specjalizacją z chirurgii onkologicznej. Nie ukrywam – tu ukłon w kierunku ministerstwa – że z niecierpliwością oczekujemy na wprowadzenie nowego systemu specjalizacyjnego, tak zwanego modułowego, który umożliwi młodym ludziom znacznie krótszą i sprawniejszą drogę do uzyskania tej specjalizacji.

Trzecia sprawa to jest jakość w chirurgii, również w onkologii. Chciałbym zwrócić uwagę na taką sprawę, że my byśmy chcieli, aby ocena jakości była dokonywana czy przynajmniej uzależniona od autorytetów w ministerstwie, a niekoniecznie tego, żeby kreatorem polityki zdrowotnej i onkologicznej był fundusz, limitując, ograniczając wycenę procedur. W szczególności z tego względu, o czym też chciałbym powiedzieć, że dzisiejsza wycena procedur absolutnie nie obejmuje kilku elementów, które mają wpływ na jakość leczenia. Tak jak powiedział pan profesor Murawa, nie obejmuje ona coraz droższych, liczniejszych badań histopatologicznych, które dziś wiążą się już z badaniami molekularnymi, immunohistochemicznymi, badana jest znaczna liczba węzłów chłonnych. To w ogóle nie jest uwzględnione, jest chyba jedna, może dwie procedury, w których jest to wycenione. A cała reszta? W ogóle nie ma o tym mowy. Dzisiaj dyrektor szpitala jest zmuszany do ograniczania kosztów i tnie po histopatologii. To jest to, o czym mówił pan profesor Murawa. Refundacje nie uwzględniają również badań kontrolnych. Jeżeli mamy się chwalić wynikami leczenia czy wynikami, jeśli chodzi o ocenę przeżyć, a wracając do chirurgii, to chociażby ocenę powikłań, śmiertelności pooperacyjnej, to te procedury muszą uwzględniać również badania kontrolne w ambulatorium i odpowiednią wycenę zgłaszania się chorych na badania kontrolne, bo tylko w ten sposób, jak uczył nas pan profesor Koszarowski, możemy prowadzić katamnezę.

Nie wiem, jakie są plany pana przewodniczącego, czy to spotkanie ma charakter incydentalny, czy też takie spotkania będą miały charakter cykliczny. W każdym razie już dziś chciałbym członków Senatu zaprosić na XVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej do Warszawy, 24 maja

na inaugurację, na uroczystość otwarcia. Myślę, że będzie to ciekawe spotkanie, które również państwu umożliwi szersze spojrzenie na tę sprawę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Dziękuję oczywiście za zaproszenie na zjazd chirurgów onkologów. Jestem chirurgiem onkologiem, więc na pewno tam będę.

Ja całkowicie się z panem zgadzam. Na pewno sprawa tego rozporządzenia jest, delikatnie mówiąc, kontrowersyjna, bo jednak za ośrodki onkologiczne jednoosobowo odpowiada dyrektor i dyrektor wie, kto może prowadzić dane procedury, a kto nie. Takie określanie, że tu mają być dwa etaty, a tutaj mają być trzy etaty, tu w godzinach takich czy takich, a niestety takie bywają te rozporządzenia, tylko utrudnia nam pracę. One są niekorzystne tak dla pracowników, jak i dla pacjentów. Na razie tyle.

Proszę, Panie Profesorze.

Zastępca Dyrektora do spraw Lecznictwa w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie Zbigniew Nowecki:

Zbigniew Nowecki, Centrum Onkologii w Warszawie, pełnię obowiązki zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa, prezentuję ośrodek dość wysokospecjalistyczny.

Pragnąłbym zwrócić uwagę na pewną sprawę i jeszcze raz wrócić do kwestii pieniędzy, bo to jest problem, który przewijał się podczas całej naszej rozmowy. Pan prezes wspomniał o tym, że jednorodne grupy pacjentów spowodowały pewne uporządkowanie, jeśli chodzi o wycenę pewnych procedur, lecz nadal w przypadku czterdziesto- i pięćdziesięcioletniego pacjenta chorego na raka jelita grubego i osiemdziesięcioletniego pacjenta, którego musimy leczyć, a szczególnie tacy z bardziej zaawansowaną chorobą i w bardziej zaawansowanym wieku trafiają do ośrodków referencyjnych, tymczasem oni wymagają jednak większej opieki, dostajemy dwieście czterdzieści dwa punkty razy 52 zł. To jest jeden problem.

Czasem trafiają do nas pacjenci, którzy wymagają długiego leczenia, dość skomplikowanego leczenia. Wtedy posiłkujemy się przepisami i wnosimy o rozliczenie za zgodą płatnika, to jest to, o czym wspomniała pani minister. I cóż się okazuje? Gdy w Centrum Onkologii występowa- liśmy z wnioskami do Narodowego Funduszu Zdrowia o świadczenie za zgodą płatnika, gdzie zmuszeni byliśmy to wyliczać bardzo dokładnie, inna sprawa, że sposób tego liczenia jest bardzo karkołomny i dziwny, nie ma sensu, żeby to państwu teraz przedstawiać... W każdym razie ja kiedyś to liczyłem w odniesieniu do pacjenta chorego na raka trzustki, który był operowany i uległ powikłaniu, i aby nam się zwróciły pieniądze, to musiałbym go trzymać w szpitalu ponad pół roku, po to, żeby wyrównać koszty. I cóż się okazuje? Przy takim dokładnym liczeniu uzyskali- śmy zwrot w wysokości 82% wnioskowanej procedury. Całe szczęście, że tak się stało. Jednak w tym samym czasie, to znaczy w ciągu ostatniego półtora roku, okazało się, że

w przypadku dziewięciu chorych wnioski zostały odrzucone i Centrum Onkologii do leczenia tych dziewięciu chorych ze względu na dość drogie procedury musiało dołożyć ponad 0,5 miliona zł. Stąd się biorą między innymi tak zwane straty ośrodków wysokospecjalistycznych, tylko przez te dwie procedury.

I jeszcze ad vocem pana rektora. Czas oczekiwania na mastektomię w Centrum Onkologii to są cztery, maksymalnie pięć tygodni. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Proszę uprzejmie.

Pełniący Obowiązki Kierownika I Katedry Chirurgii Ogólnej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie Antoni Czupryna:

Antoni Czupryna z Krakowa, ja wypowiem się bardziej w imieniu pana profesora Jana Kuliga.

Z tego, co rozumiem, spotkanie obydwu zarządów odbyło się między innymi po to, żeby rozwiązać pewien problem kontraktowania świadczeń onkologicznych. Ja tu dysponuję bogatą dokumentacją, z której wynika, że ministerstwo jednoznacznie dało szansę chirurgom ogólnym i chirurgom onkologicznym na kontraktowanie świadczeń onkologicznych. Jednak prezes Paszkiewicz w stosownym piśmie, w rozporządzeniu w §10 utrzymuje, że kontraktowanie jest możliwe tylko w przypadku posiadania specjalizacji w zakresie chirurgii onkologicznej. Doszło do bogatej wymiany dokumentacji pomiędzy specjalistą krajowym w zakresie chirurgii a ministerstwem i prezesem Paszkiewiczem. Według tej dokumentacji jest to problem nierozwiązywalny, ponieważ ministerstwo mówi coś innego, a prezes, jak zwykle, coś innego.

Ponieważ są tu obydwie zarządy, myślę, że warto by było, aby w konkluzji pojawił się jakiś jeden wniosek. Praktyka powoduje, że liczba chirurgów onkologicznych jest niewielka, są ośrodki bogate w doświadczenie w leczeniu chirurgicznym onkologicznym bez tych specjalizacji, pozyskuje się sztucznie – przepraszam, taka jest prawda – ludzi, którzy posiadają papier onkologiczny, a nie wykonują procedur. Ja myślę, że warto by gdzieś tutaj, jeżeli już zbliżamy się do końca, w jakiś sposób dzięki wsparciu Senatu spowodować, aby pan prezes Paszkiewicz podjął jakąś jednoznaczną decyzję, bo czym innym jest doraźne zoperowanie nowotworu, a czym innym wystąpienie o możliwości leczenia onkologicznego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

To jest cenna uwaga, bo rzeczywiście zauważamy to, że często rozporządzenia ministerstwa i rozporządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia, delikatnie mówiąc, lekko się różnią.

Proszę państwa, teraz poprosiłbym może panią minister o zabranie głosu, a potem pana prezesa.

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Agnieszka Pachciarz:**

Dziękuję bardzo.

Ja chciałabym się odnieść do niektórych wątków, poruszonych przez panów senatorów, przez panów profesorów i przedstawicieli różnych towarzystw. Mam nadzieję, że chociaż do części mi się uda.

Pierwsza sprawa. Oczywiście wszyscy wiemy o tym, że najważniejsze jest zdrowie pacjentów, ale gdy zaczynamy rozmawiać o szczegółach, to potem i tak zawsze dochodzimy do pieniędzy, więc ja od tych pieniędzy chciałabym zacząć. Cieszę się, że zgadzamy się z panem prezesem co do tego, że taryfikacja przez instytucję niezależną od płatnika, która by się zajmowała wyceną świadczeń, jest bardzo wskazana. W ministerstwie nieustannie trwają nad tym rozmowy. Po pierwsze, wymagana jest do tego szczególna kompetencja, a po drugie, obiektywizm. Płatnik z istoty rzeczy jest subiektywny. Myślę, że praca nad taryfikacją jest bardzo wskazana. Myślę, że również bardzo cenna dla słuchaczy jest prośba pana prezesa o to, żeby wnioski z konkretnymi sugestiami i udowodnioną wyceną procedury... Proszę o tym pamiętać, jak państwo piszecie, bo czasami potrzeba dużo energii dużej grupy ludzi, żeby wskazać wycenę procedury, a nie wskazywać kosztów swojej działalności, bo to są dwie różne sprawy. One oczywiście są ze sobą powiązane, ale to nie jest czas na wykład o rachunkowości. Skoro Narodowy Fundusz Zdrowia wyraża taką chęć, to proszę to wykorzystywać. Taryfikacja jest przed nami. Myślę, że to jest ważny wniosek, jeżeli chodzi o tę dyskusję.

Proszę państwa, jeśli chodzi o tę podniesioną tu kilkakrotnie opozycję między specjalnościami, to chcę powiedzieć, że bardzo się cieszę, że jednak jej nie ma, mimo że pan prezes Krajewski wspomniał, iż zauważał jakieś symptomy. Ja przyjmuję do wiadomości, że jej nie ma.

Być może nadmiernie zinterpretowałam jeden ze slajdów pana profesora, mówiąc o tym, że jednak w ośrodkach chirurgii onkologicznej wyniki dotyczące długości przeżycia na to wskazują. Proszę państwa, co chciałabym powtórzyć czy podkreślić z mojej pierwszej wypowiedzi? Działania Ministerstwa Zdrowia, to, co leży w kompetencji Ministerstwa Zdrowia, zmierzały do tego, żeby możliwie zliberalizować wymogi, żeby to same ośrodki i ich ordynatorzy, mądrze zarządzając, decydowali o tym, kogo należy włączać do struktur, kogo jeszcze trzeba angażować, żeby... Proszę państwa, często zarzut był taki, że rozporządzenia koszykowe, o czym pan senator przewodniczący wspomniał, były czy są w niektórych dziedzinach zbyt restrykcyjne. A żeby tworzyć, działać i aby efektem była dobra chirurgia, trzymając się podziału na chirurgię dobrą i złą, to lekarze powinni mieć szanse wykazania się i decydowania. Dlatego teraz w wymogach koszykowych Ministerstwa Zdrowia to jest moim zdaniem wystarczające do zachowania poziomu świadczeń. Mówię o chirurgii onkologicznej i o chirurgii ogólnej, nie mówię o tym ar-

gumencie dotyczącym radioterapii, bo to jest do zbadania, rzeczywiście standardem w wielu dziedzinach są równoważniki dwóch etatów. Możliwość wykonywania procedur tak naprawdę zamiennie, czy to w ramach chirurgii ogólnej, czy onkologicznej, wydawała się z punktu widzenia ministerstwa dobra. Chodziło o to, żeby podmiotom leczącym dać możliwie dużą dyspozycyjność i nie ograniczać ich w działaniu. Tylko w tych czterech dziedzinach, które wcześniej wymieniłam, jest pewne ograniczenie, wskazanie, że tylko konkretni specjaliści mogą wykonywać te zabiegi.

Wspomniałam o tym i nie chciałabym tego powtarzać, że w materiale pisemnym były opisane prace nad ośrodkami referencyjnymi i tymi wymogami. Proszę państwa, to jest materiał, który był opracowywany w ministerstwie. Jest to na pewnym etapie prac. Myślę, że przemyślenia wymaga to, czy rzeczywiście wprowadzać w koszyku nowe rozporządzenia w odniesieniu do konkretnego leczenia narządowego, stanowiące o tym, żeby na przykład w zespołach leczących były dodatkowe osoby. Za chwilę, na następnym spotkaniu może się pojawić zarzut co do tego, że znowu kogoś chcemy mieć w zespole, a niektóre dobre ośrodki takimi osobami nie dysponują. Zatem to jest zawsze dyskusyjne. Trzeba rozważyć, czy podwyższać wymogi z myślą o jakości, czy je liberalizować, dając ośrodkom leczącym więcej swobody na decyzje indywidualne. To jest bardzo ważne. Na razie w przypadku tych dwóch dziedzin stoimy jako ministerstwo na stanowisku, żeby nadmiernie państwa nie ograniczać i zagwarantować tylko pewną podstawę, bazę do działania tych ośrodków.

Odniosę się krótko do kształcenia, bo ten wątek tu się przewija, choć nie jest dzisiaj dominujący. Mianowicie mnie chodziło o to, Panie Profesorze, że ponieważ konsultanci wojewódzcy wykazują pewną aktywność, mają pewne zadania w zakresie kształcenia i wskazują na przykład na potrzeby, wskazują liczbę osób, które widzieliby... Nie chodzi tu o rezydentury. Oczywiście niezależnie od tego, ilu by było rezydentów, zawsze będzie ich za mało i zawsze będzie mniej w sesji wiosennej niż jesiennej, bo taki jest cykl nauki, w standardowym cyklu zaczynają się one raczej jesienią. Jednak często jest tak – wiem to z własnego doświadczenia – że lekarze niekoniecznie od razu ubiegają się o rezydentury, chcą się uczyć na przykład w ramach kształcenia etatowego i są tacy pracodawcy, którzy godzą się na to, chcą, żeby ich lekarze związani z firmą kształcili się także poza rezydenturami. Jak to z wypowiedzi panów wynika, w zakresie chirurgii ogólnej jest większy problem, a liczba kształcących się w zakresie chirurgii onkologicznej jest bardziej optymistyczna. Mnie chodzi o to, że trzeba to zbadać u źródła, ponieważ także w regionach są konkretne różnice. Taką gotowość do zbadania tematu... Jak państwo wiecie, w medycynie jest tak, że najpierw trzeba postawić diagnozę. Zatem trzeba zbadać, skąd ten problem i dlaczego różnie to wygląda w różnych regionach. My oczywiście dostrzegamy problem w zakresie kształcenia, zwłaszcza w odniesieniu do chirurgii ogólnej. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Proszę pana prezesa o ustosunkowanie się do głosów w dyskusji.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Medycznych Maciej Dworski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Pierwsza sprawa, można powiedzieć, konkretna, bo dotyczy stwierdzenia na temat różnic w zarządzeniach prezesa, które zmieniają reguły gry określone w rozporządzeniach ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w różnych zakresach. Ja bardzo proszę o przesłanie na moje nazwisko do centrali tego typu uwag. Myślę, że na następne spotkanie, jeśli pan przewodniczący pozwoli, przygotowujemy dla państwa senatorów i wszystkich uczestniczących konkretną informację na ten temat, czy tak jest, czy faktycznie tak się dzieje, ponieważ moje zdanie na ten temat jest nieco inne.

Ażebym nie przedłużać, ponieważ wiadomo, że wyceny świadczeń zdrowotnych, wyceny tak zwanych procedur – może nie procedur, świat nie wycenia procedur, tylko pobyty, hospitalizacje kompleksowe itd., a to jest jednak pewna różnica – dotyczą emocje, ja chcę potwierdzić to, o czym mówiłem, co zresztą potwierdził pan profesor Kowalczyk, i sądzę, że część z państwa, osoby, które ze mną i nie tylko ze mną rozmawiały. Ten problem na tego typu spotkaniu wynika również z tego, że spotykamy się tu z państwem, reprezentantami na ogół ośrodków wysokospecjalistycznych, referencyjnych w potocznym czy każdym innym, formalnym znaczeniu tego słowa.

Ja jeszcze raz potwierdzam, że naszą intencją, a wpłynię do także na racjonalność systemu, którą ja uznaję i którą wręcz głoszę, jest to, żeby modyfikować i racjonalizować wycenę świadczeń w taki sposób, żeby te ośrodki, te szpitale, które przyjmują na siebie ciężar leczenia bardziej złożonych, trudniejszych pacjentów – mówię slangiem, czasami inaczej jest odbierane to, gdy mówimy o trudnym przypadku, ale my wiemy, o co chodzi – przypadków bardziej złożonych pod względem klinicznym i nie tylko, bardziej skomplikowanych, miały w miarę możliwości pełną, satysfakcjonującą refundację. To jest bardzo trudne, ponieważ tego typu umów... Tu na sali jest kilku przedstawicieli reprezentujących wysokospecjalistyczne ośrodki zajmujące się chirurgią ogólną, a wszystkich umów w tym zakresie mamy kilkaset, pięćset w skali kraju. Tak że jest tu pewna różnorodność, różnorodność dotycząca asortymentu, jakości i wszelkich innych zjawisk. W takiej sytuacji bardzo trudno buduje się jednolity system, który usatysfakcjonuje wszystkich, a zarazem zapobiegnie nieprawidłowościom, które w tym systemie występują.

Trzeba pamiętać o tym, że nowoczesna medycyna, jaką chcemy się szczyścić, a postęp jest w naszym kraju widoczny i ogromny, i to jest bardzo chwalebne... Osobiście mam perspektywę już trzydziestu dwóch lat pracy zawodowej i pamiętam, jak to było kiedyś, a widzę, jak jest teraz. Ze swojej strony, przynajmniej z pozycji, w której aktualnie się znajduję, chcę namawiać do tego, żeby pamiętać o tym, że wysoki poziom medycyny klinicznej, którym należy się szczyścić, i dobrze, że on taki jest, nie obejdzie się i nie będzie mógł funkcjonować dobrze, jeżeli nie osiągniemy również odpowiednio wysokiego poziomu administrowania systemu po stronie świadczeniodawców. To jest kwestia jakości zarządzania, szeroko rozumianego, zarządzania

wszelkimi zasobami, materialnymi, ludzkimi i finansowymi, to są między innymi kwestie rachunku kosztów, wymiany doświadczeń w tym zakresie. Będziemy czekali na uruchomienie w miarę niezależnej instytucji, która tym się zajmie. To jest bardzo słuszny kierunek. Ja mam nawet jakiś mały udział w promowaniu takiego rozwiązania. Przy czym proszę pamiętać o jednym – mówię o tym na podstawie doświadczeń innych krajów – o tym, że kiedy taka instytucja rusza i zaczyna dokonywać wycen, to się okazuje, że nie wszyscy są zadowoleni, bo ona obala również pewne mity, dotyczące na przykład przeszacowania, gdyż szuka takich elementów, ale wskazuje też na niedoszacowanie innych.

Dlatego, jak na razie, namawiam do wzajemnej współpracy. Ja się zobowiązuję do tego, że choć mamy ograniczone zasoby ludzkie, to nad takimi wnioskami, które do nas przyjdą i będą złożone w sposób uporządkowany, nad każdym z nich, jak to się mówi, się pochylimy. Taka działalność jest już prowadzona i już na podstawie tych wniosków są dokonywane zmiany w systemie.

Trudno tu nie dodać pewnej jednak istotnej uwagi. Wpływają do nas również wnioski – to trzeba szczerze powiedzieć w tym gronie i nie tylko – które są niechlujne, niekompletne, pełne błędów i które wskazują na to, że osoby je wypełniające nie mają żadnego pojęcia na temat wyceny świadczeń zdrowotnych, prowadzenia rachunku kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej. Takie wnioski też dostajemy. Oczywiście to nie jest 100%, ale musimy, że tak powiem, odsiać taki materiał i zajmować się tym, co jest wartościowe. W tym zakresie zobowiązuję się do współpracy i wymiany doświadczeń z państwem. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, proszę jeszcze wytrzymać parę minut. Już zbliżamy się do końca, zaraz będziemy reasumować naszą dyskusję.

Czy panie i panowie senatorowie chcieliby jeszcze zabrać głos?

Pani profesor Chybicka.

Proszę.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja nie jestem chirurgiem, ale muszę powiedzieć, że z przerażeniem słuchałam dzisiejszej dyskusji. Po raz kolejny mam takie przemyślenia, które miałam też w odniesieniu do onkologii i hematologii dziecięcej. Postęp, tak jak powiedział przed chwilą pan dyrektor, jest bardzo duży. Rzeczywiście wyleczalność wielu chorób w naszym kraju wzrosła, więc nie można powiedzieć, że wyleczalność jest coraz niższa, dostępność coraz gorsza i wszystko jest złe, bo tak nie jest. Tak naprawdę postęp we wszystkich dziedzinach medycyny, w tym w chirurgii, jest bardzo duży.

Ja mam nadzieję, że to, co powiedział pan profesor Rutkowski, to nie jest prawda. Żaden chirurg w tym kraju nie powinien zdecydować się na amputację czegokolwiek człowiekowi, któremu można zrobić zabieg oszczędzający. Na Boga, jeśli tak robi, jeśli z przyczyn finansowych

zakwalifikuje kogoś do takiego zabiegu, to jest straszne. Ja mam nadzieję, że żadnego pacjenta w naszym kraju nie takiego nie spotkało.

(Głos z sali: Ja też mam taką nadzieję.)

Mam pewne pytanie, niejako sztandarowe, ogólne. Kto kreuje w Polsce politykę zdrowotną? Czy robi to Ministerstwo Zdrowia, które za pośrednictwem wielu ministrów twierdziło, że w zakresie onkologii są świadczenia priorytetowe, ratujące życie, które muszą być w 100% zapłacone? Tymczasem słyszymy, że wielki ośrodek onkologii w Bydgoszczy ma 60 milionów zł długu. To jak to jest? To są zapewne nadwykonania, dług w jakichś firmach, którym nie zapłacił za wykonane świadczenia, leki. Każda procedura kosztuje. Zapewne zostało to wykonane, ale nie zostało zapłacone. Czy też politykę tę kreuje płatnik? Ministerstwo Zdrowia mówi swoje, mówi, że jest to procedura priorytetowa, a płatnik mówi, że nie, to nie jest procedura priorytetowa i nie należy za nią płacić.

Być może należałoby w rozporządzeniu prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia obok porodów i wielu innych spraw dodać onkologię jako zakres świadczeń nielimitowanych. Z tego, co widać, w naszym kraju priorytet nic nie znaczy, w każdym razie znaczy niewiele i chyba nie tyle, ile powinien znaczyć.

I kolejne moje przemyślenie, nie wiem, czy słuszne, czy nie. Od wielu lat mówi się o tym, że u nas w ochronie zdrowia publiczne środki są marnowane. Być może te kontrakty, które podpisuje Narodowy Fundusz Zdrowia, na dzień dobry są niedobre i dopiero po fakcie okazuje się, że brakuje pieniędzy na świadczenia ratujące życie. Być może w systemie tych środków jest jednak za mało. Może trzeba by zacząć od tego, żeby finansować te świadczenia, które ratują życie, bo wszystko na tym świecie da się poprawić, odwrócić, ale nie da się nikogo cofnąć, gdy już przejdzie na tamtą stronę. Te świadczenia muszą być tu i teraz. Nie ma czasu na to, żeby tworzyć wielkie instytucje, które zaczną wyceniać te świadczenia. Za świadczenia ratujące życie trzeba płacić teraz, w tej chwili trzeba ludziom ratować życie. Wszystko jedno, czy jest to procedura onkologiczna, czy jest to procedura chirurgiczna, czy jest to procedura internistyczna, czy jakakolwiek inna, bo w każdej dziedzinie są świadczenia ratujące życie.

Ja muszę powiedzieć, że gdy były nieopłacone nadwykonania onkologiczne, to zadałam pytanie, nie powiem komu, ale zadałam takie pytanie, czy to nie było tak, że został podpisany kontrakt na przykład na dermatologii na operację pypciów, świadczenia zostały opłacone, bo było to w kontrakcie, a teraz brakuje na zapłacenie nadwykonań onkologicznych. I usłyszałam odpowiedź, że tak właśnie było. Zatem może już na początku trzeba troszeczkę inaczej dzielić pieniądze, ażeby na koniec nie było tak, że coś, co dla wszystkich jest oczywiste, że powinno być zapłacone, nie jest zapłacone. To chyba tyle, co chciałabym powiedzieć. W systemie najważniejszy musi być pacjent. Wypowiadamy dużo słów, a pacjent ciągle się gdzieś gubi.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Helena Hatka:

Ja nie jestem lekarzem, ale w systemie działałam od trzydziestu lat, więc zverbalizuję pewną refleksję, jeżeli państwo pozwolicie, refleksję osoby, która uczestniczyła w reformowaniu ochrony zdrowia. Byłam też wojewodą.

Szanowni Państwo, jestem zdziwiona tym, że od wielu lat powtarzane są pewne zdania ze strony specjalistów, największych autorytetów w naszym kraju, jeżeli chodzi o system ochrony zdrowia. Zgadzam się z ocenami, z tym, że wiele zostało zrobione, bo rzeczywiście wiele zostało zrobione, ale nie zostało zrobione to, co najważniejsze, czyli to, aby pacjent był rzeczywiście do końca traktowany podmiotowo. Uważam, że nie jest dobrym rozwiązaniem mnożenie instytucji i tworzenie coraz bardziej szczegółowych rozwiązań bez rozwiązania problemów podstawowych.

Szanowni Państwo, zgadzam się z wami, że świadczenia związane z leczeniem onkologicznym bezdyskusyjnie powinny być traktowane przez płatnika i w polityce Ministerstwa Zdrowia jako świadczenia ratujące życia. To powinna być zasada. Oczywiście będzie to wymagało od państwa, którzy zarządzacie klinikami, mając wysoki poziom referencyjny...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wiem, Pani Profesorze, że poziomy referencyjne są potocznie... Za długo w tym siedzimy. My wiemy, że są trzy poziomy, i myślę, że to, co potocznie obowiązuje, trzeba by było sformalizować.

Ja stoję na stanowisku, że ośrodki, które realizują najwyższy poziom świadczeń, tak zwany trzeci poziom referencyjny, powinny wyszacować faktyczne koszty usług. Zgadzam się z panem dyrektorem, że trzeba policzyć, ile te usługi faktycznie kosztują. Trzeba też wyszacować koszty leczenia, które jest leczeniem powtórnym, związanym z niwelowaniem błędów poprzedników. Ale to oznacza, Pani Minister, trudną decyzję polityczną, rezygnację z pewnej fikcji, która występuje w dwóch miejscach. Uderzmy się, proszę państwa, w piersi, bo w ośrodkach klinicznych realizowane są również usługi podstawowe. Państwo realizujecie diagnostykę na oddziałach szpitalnych, zdarza się, że realizujecie usługi ambulatoryjne, realizujecie też usługi proste, które swobodnie mogłyby realizować szpitale powiatowe. Ja rozumiem, że to jest po to, aby mieć pieniądze.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Też. O tym na następnej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, ale proszę, pozwólcie mi jako reformatorowi przedstawić swój audyt sytuacji jako obserwatora. Szanowni Państwo, gdy zrobimy dobry audyt, to łatwiej będzie naprawiać rzeczywistość, a mogę sobie na to pozwolić.

Jeżeli chcemy, żeby w ośrodkach klinicznych była faktyczna wycena usług, żebyście państwo nie musieli uprawiać fikcji w zarządzaniu finansami, to trzeba po prostu dobrze to policzyć i płacić uczciwie za procedury związane z ratowaniem życia i naprawianiem błędów, które są w stosunku do pacjentów realizowane. To jedna sprawa.

Sprawa druga. Szanowni Państwo, trzeba skończyć z takim, tak to nazwę, mieleniem pacjentów, które odbywa się szczególnie w ramach pierwszego poziomu referencyjnego, myślę o szpitalach powiatowych, ale nie tylko, także na

drugim poziomie referencyjnym. Wszyscy w pogoni za pieniędzmi przyjmują pacjentów ambulatoryjnych, przetrzymują ich na oddziałach szpitalnych i robią różne zabiegi. To się dzieje, a my wszyscy udajemy, że tego nie ma.

Po trzecie, ostrzegałabym przed tworzeniem dodatkowych instytucji. W ciągu tych dwunastu lat system nadmierne się skomplikował. Powstało za dużo instytucji, które kontrolują, diagnozują, opisują, tworzą szalenie skomplikowane akty prawne w optymistycznym przekonaniu, że gdy się wszystko zapisze, to świat się poprawi. Zawsze sprawdzało się ogólne określenie rzeczywistości, a potem kontrolowanie, co z tego wynika.

Podsumowując, choć mogłabym jeszcze długo o tym mówić, powiem tak. Uważam, że system wymaga zmiany jakościowej, ale też dużej uczciwości wszystkich stron, które pracują w systemie i po stronie świadczeniodawców, lekarzy, jeżeli chodzi na przykład o liczenie kosztów, i po stronie Ministerstwa Zdrowia, i po stronie płatnika, Narodowego Funduszu Zdrowia, i nas wszystkich. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Pani Senator.
Pan senator Kraska.
Proszę bardzo.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja jako chirurg powiem króciutko, chirurdzy to są ludzie konkretni. Panie Przewodniczący, myślę, że po raz pierwszy udało nam się na posiedzeniu Komisji Zdrowia w Senacie zgrupować, nie ukrywam, kwiat chirurgii polskiej i wcale nie myślę tu o sobie...

(Głos z sali: Ale my myślimy...)

...tylko o panach profesorach, którzy są dla nas, chirurgów – mówię o sobie jako chirurgu, który pracuje w szpitalu powiatowym – autorytetami. Myślę, że z dzisiejszego spotkania powinniśmy wyjść z przekonaniem, z konkretnymi propozycjami, szczególnie dla Narodowego Funduszu Zdrowia, które by zaowocowały tym, że pracowałyby nam się po prostu łatwiej.

Nie mogę się zgodzić z panią profesor, z panią senator, że pacjenta nie traktujemy podmiotowo. W swojej praktyce lekarskiej wielokrotnie dzwonię do pana profesora Krawczyka, do profesora Krasomskiego czy Frączka i nigdy nie spotkałem się z odmową, z odpowiedzią, że ten pacjent będzie dla pana profesora za drogi, ponieważ moje powikłanie – najczęściej z takimi problemami dzwoniemy – będzie obciążało tę klinikę w sposób dramatyczny. Jako chirurdzy nie myślimy o pieniądzach, ale właściwie tylko i wyłącznie o pacjentach, co niejednokrotnie dyrektorzy naszych szpitali mają nam za złe, a niestety rachunki ekonomiczne są takie, jakie są.

Wielokrotnie w dyskusji była mowa o procedurze ratującej życie. Myślę, że to jest jakieś rozwiązanie, gdy mówimy o pacjentach onkologicznych. Każdy chirurg doskonale wie, że jeżeli w tej chwili pacjent onkologiczny ma guza jelita grubego, to w myśl Narodowego Funduszu Zdrowia nie obejmują tego procedury ratujące życie, ale za dzień,

za dwa dni może wystąpić niedrożność i wtedy konieczny jest zabieg, a jest to zabieg, który ratuje życie.

Pan prezes funduszu zaoferował, że jest otwarty na sugestie, czeka na e-maile od nas, właściwie od panów profesorów, które w jakiś sposób ukierunkują Narodowy Fundusz Zdrowia i sprowadzą finansowanie chirurgii, i chirurgii ogólnej, i chirurgii onkologicznej, na normalne tory. Myślę, że taka procedura powinna się rozpocząć. Ze swojej strony obiecuję, Panie Przewodniczący, że będę naciskał, aby to nie było ostatnie spotkanie w tym gronie, abyśmy spotkali się za jakiś czas i...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, wtedy porozmawialibyśmy już o konkretnych zmianach. Każdy, kto pracuje w służbie zdrowia, wie, że od wielu lat prowadzi się rozmowy, pisane są petycje, listy, ale to właściwie niczego nie wnosi i cały czas kręcimy się niejako wokół tego samego. Dlatego ze swojej strony deklaruje, że jeżeli nada będę senatorem, to będę naciskał, żeby te spotkania w takim gronie się tu odbywały i przynosiły konkretne owoce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Proponuję, abyśmy zrobili w ten sposób. Za chwilę pan marszałek zabierze głos, potem ja króciutko zreasumuję i na tym zakończymy nasze spotkanie.

Proszę, Panie Marszałku.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja też jestem lekarzem chirurgiem, ale również politykiem, dlatego będę mówił – chciałoby się powiedzieć – i krótko, i długo. W każdym razie mam nadzieję, że będę mówił na temat.

Proszę państwa, założeniem naszego posiedzenia komisji, naszego spotkania z państwem było wysłuchanie państwa, dlatego my wypowiadamy się na końcu. Chcieliśmy przede wszystkim państwa posłuchać, chcieliśmy poznać problemy, z jakimi państwo macie do czynienia. Problemy pacjentów znamy, bo na co dzień spotykamy się z pacjentami. Przy okazji powiem, że pacjenci, pacjentki mają wyznaczany dłuższy termin niż cztery tygodnie w przypadku mastektomii. Dla zwykłego, normalnie funkcjonującego człowieka, gdy dowiaduje się o chorobie nowotworowej, to jest dramat. Zaczynają się schody, zaczynają się ogromne schody. Jeśli pacjent jest świadomym pacjentem, czytającym prasę, to wie o złych wynikach leczenia, o złym finansowaniu procedur onkologicznych i o tym, że szanse na jego wyleczenie nie są za wielkie. My spotykamy się tu i zastanawiamy się, co zrobić, żeby szanse na wyleczenie pacjenta, u którego rozpoznaje się chorobę nowotworową, były jak największe. Jednocześnie mamy do czynienia z tym, o czym mówił pan profesor Murawa. To jest bardzo ważny element. Możemy mówić o jakimś segmencie, o jednym elemencie opieki zdrowotnej naszego systemu, ale to wszystko to są naczynia połączone. Jeśli w POZ lekarze nie będą tego rozpoznawali, jeśli będzie opóźnione rozpoznanie, to i wynik leczenia będzie ostatecznie zły, gorszy.

Założeniem naszej komisji było zapoznanie się z problemami chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej, ale tak naprawdę dziś zapoznaliśmy się tylko z problemami chirurgii onkologicznej. Jeśli chodzi o chirurgię ogólną, to pan profesor Krawczyk powiedział o głównych problemach, takich jak spadek liczby osób, które chcą robić specjalizację czy mogą robić specjalizację. Proszę państwa, pani minister – serdecznie witamy panią minister, życzymy wielu sukcesów w pracy...

(Głos z sali: Dziękuję.)

...i pani minister, i naszej wspólnej pracy – mówiła o diagnozowaniu. A żeby zdiagnozować, musimy mieć dane, ale – jak się okazuje – nie mamy odpowiednich danych, bo one są niepełne. W dalszym ciągu nie ma rejestru usług medycznych i nie wiem, kiedy on będzie gotowy. Wielu rzeczy nie wiemy. Ja bym chciał się na przykład dowiedzieć, ile w Polsce wykonuje się cholecysektomii i czy ta liczba wzrasta, ile robi się hemikolektomii i czy ta liczba wzrasta, czy maleje. Prawda? Proszę państwa, nie mamy takich danych. My takich rzetelnych, prawdziwych, ostatecznych danych nie mamy. Nie mamy, Panie Prezesie. Pan wie, za ile pan płaci, a pan nie wie, ile jest wykonywanych, bo niektóre są wykonywane poza Narodowym Funduszem Zdrowia. Jest to niewielka liczba, ale jest. Nie dość tego, pacjenci wyjeżdżają, leczą się gdzie indziej i też pan nie wie, jaka jest dokładna liczba tych świadczeń. Nie znamy dokładnej liczby chirurgów w Polsce i nie znamy dokładnej liczby procedur, jakie wykonujemy.

Jeśli chodzi o chirurgię ogólną, to muszę dodać dwa słowa na ten temat. Proszę państwa, dramatycznie spada liczba chirurgów ogólnych i za kilka lat, właściwie wtedy, kiedy my zaczniemy chorować, najprawdopodobniej nie będzie miał nas kto leczyć albo kolejki będą bardzo długie. Już w tej chwili jest taki obraz chirurga, który jest zabiegany, zmęczony, niedospany. Taki jest obraz chirurga w Polsce. Chirurg onkologiczny jest postrzegany troszeczkę inaczej, bo chirurg onkologiczny nie robi zabiegów doraźnie. O tych wynikach nie będziemy już w tej chwili rozmawiać, pan profesor Krawczyk odniósł się do tego.

W moim oddziale wykonujemy tylko i wyłącznie zabiegi ostre, z powikłaniami, zaś rozpoznania innych nowotworów, tych niezaawansowanych, wysyłamy oczywiście do kliniki. Stopień referencyjności, choć właściwie nieformalnie, ale funkcjonuje.

Proszę państwa, sytuacja jest dramatyczna, skoro mamy wyniki czwarte od końca w Europie. Jeśli nie zostanie zwiększone finansowanie, jeśli nie będzie nas więcej, chirurgów i chirurgów onkologicznych, to te wyniki niestety nie będą się poprawiały.

Kwestia możliwości finansowania i samego finansowania. Jeśli tak świetny ośrodek, ośrodek bydgoski nie otrzymał pieniędzy za nadwykonania i to tak olbrzymich kwot, to, proszę państwa, oznacza to, że może dojść do jeszcze większego dramatu i do jeszcze gorszych sytuacji.

Reasumując, bo nie chciałem długo mówić, powiem tak. My wsłuchaliśmy się w państwa głosy i będziemy się jeszcze nad wszystkimi problemami zasygnalizowanymi przez państwa zastanawiać. Brakuje pieniędzy. Pani minister

mówi, że tam, gdzie wyniki są dobre, powinno być kierowane więcej pieniędzy. My z kolei już odczuliśmy korelację między lepszym finansowaniem i dobrym wynikiem. Jeśli zatem zwiększymy tam finansowanie, to zwiększymy również różnice w wynikach leczenia. Prawda? Tak że ja myślę, że dobrze by było – i tak bym chciał – żeby specjalizacja chirurgiczna nie była priorytetowa, tylko była traktowana normalnie i żeby w Polsce była normalna liczba chirurgów. Chciałbym też, żeby służba zdrowia czy opieka zdrowotna była normalnie finansowana, nie w sposób priorytetowy, tak aby każdy pacjent mógł otrzymać odpowiednią pomoc i adekwatne do choroby leczenie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Marszałku.

Szanowni Państwo, króciutko postaram się zreasumować to, co dzisiaj usłyszeliśmy. Po pierwsze – nawiążę do tego, co mówili pan profesor Polkowski i pan senator Kraska – na pewno nie jest to spotkanie pierwsze i ostatnie, będzie kontynuacja i na pewno będziemy tę sprawę monitorowali. Bierzymy pod uwagę także to – chciałem tu państwu przypomnieć i wyjść w tej chwili z pewną inicjatywą, bo parę tygodni temu rozmawiałem na ten temat z panem marszałkiem i z panem profesorem Krawczykiem – że w 2014 r. będziemy obchodzili sto dwudziestą piątą rocznicę powołania do życia Towarzystwa Chirurgów Polskich. Pamiętacie państwo, większość z nas pewnie pamięta rok 1989, kiedy to jeszcze profesor Popieła w Krakowie zorganizował zjazd na stulecie tego towarzystwa. Uważam, że było to świetnie zrobione. Wtedy pierwszy raz dostałem skórzaną torbę. *(Wesołość na sali)* W 2014 r. będzie sto dwudziesta piąta rocznica. Chciałbym, żeby to było święto nas wszystkich, wszystkich chirurgów ogólnych, onkologicznych, kardiochirurgów itd., chciałem, żebyśmy wszyscy się włączyli w organizację obchodów tej rocznicy. Dlatego problemy chirurgii na pewno będą nam bliskie i będziemy to monitorować.

Prośba do państwa jest następująca. Ja nie potrafię w tej chwili jednoznacznie wyciągnąć wniosków wynikających z posiedzenia naszej komisji, bo było ich bardzo dużo, dlatego mam do państwa prośbę. W ciągu najbliższych dni, powiedzmy, w ciągu najbliższego tygodnia proszę o przesłanie swoich wniosków drogą e-mailową na adres naszej Komisji Zdrowia.

(Głos z sali: Koniecznie.)

My zbierzemy to w całość, skonkretyzujemy, wyślemy do ministra zdrowia, do Narodowego Funduszu Zdrowia i również do państwa, żebyście państwo wiedzieli, jakie wnioski wynikają z tego spotkania. Bardzo serdecznie o to proszę, bo to jest w naszym wspólnym interesie.

Proszę państwa, jestem dumny z tego powodu, że mogłem prowadzić dzisiejsze posiedzenie komisji. Naprawdę po trzydziestu latach pracy w zawodzie chirurga jest to być może nawet ukoronowanie tej drogi mojego życia. Był to dla mnie zaszczyt i chciałem, żebyście państwo o tym wiedzieli.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii