SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**93.**)
w dniu 14 kwietnia 2015 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja ministra zdrowia na temat funkcjonowania pakietu onkologicznego w pełnoprofilowych centrach onkologicznych.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dzień dobry państwu. Witam serdecznie.

Rozpoczynam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Jak państwo wiecie, tematem naszego dzisiejszego posiedzenia jest informacja pana ministra na temat pakietu onkologicznego.

Witam pana ministra Piotra Warczyńskiego ze współpracownikami. Dzień dobry, Panie Ministrze.

Witam pana prezesa NFZ Tadeusza Jędrzejczyka ze współpracownikami. Dzień dobry, Panie Prezesie.

Witam wszystkich gości, panie, panów profesorów, wszystkich dyrektorów oraz panie i panów senatorów. Witam wszystkich państwa.

Szanowni Państwo…

Panie Ministrze, poprosimy pana o krótkie wprowadzenie. Czy wolałby pan, żebyśmy na początku my o tym opowiedzieli?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński*: Jak pan…)

Panie Ministrze, w takim razie bardzo proszę o parę słów.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Wszyscy Zaproszeni Goście!

Chciałbym powiedzieć dosłownie kilka słów, które uzmysłowią państwu, jak w tej chwili wygląda sytuacja, jaka jest analiza tego, co się dzieje. Sprawozdawczość świadczeniodawców napływająca do NFZ jest realizowana z półtoramiesięcznym opóźnieniem, więc wszystkie dane, o których będę mówił wspólnie z panem prezesem, dotyczą de facto sprawozdania mniej więcej z połowy lutego. Czyli przedstawię informację o tym, co wydarzyło się przez półtora miesiąca. Z oczywistych względów półtora miesiąca jest stanowczo zbyt krótkim okresem na to, żeby podjąć jakieś ważne decyzje albo przedstawić jednoznaczne wnioski. Jest prowadzona analiza, oficjalnie zostanie ona przedstawiona jeszcze w kwietniu, tylko musi być zaakceptowana przez panią premier, do której zostanie ona złożona w pierwszej kolejności. Myślę, że dosłownie lada dzień będziemy mogli przekazać państwu znacznie bardziej szczegółowe informacje.

Dzisiaj chciałbym powiedzieć, że konkretnie na dzień 8 kwietnia wydano już ponad dziewięćdziesiąt tysięcy kart diagnostyki i leczenia onkologicznego. Może liczba wydanych kart nie jest dobrym wskaźnikiem, ale jest to wskaźnik, o którym mogę spokojnie mówić. Oczywiście na początku roku wskaźnik wydawania kart bardzo rósł, w tej chwili stabilizuje się, będzie spadał i ustabilizuje się na ściśle określonym poziomie. Wiąże się to z tym, że pacjenci, którzy zostali już zdiagnozowani i byli leczeni, również otrzymali karty diagnostyki. Mamy dane ze wszystkich centrów onkologii i ze wszystkich szpitali, które prowadzą kompleksowe leczenie. Jeżeli są państwo ciekawi, to możemy udostępnić te tabelki.

Z tych ponad dziewięćdziesięciu tysięcy kart trzydzieści cztery tysiące kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wydano w pełnoprofilowych centrach onkologii, w tym osiem tysięcy kart wydano w AOS – musimy pamiętać, że są to pełnoprofilowe centra, o czym państwo goście wiecie lepiej ode mnie – a dwadzieścia sześć tysięcy kart wydano w szpitalach. Aż dwadzieścia jeden tysięcy pacjentów były to osoby leczone przed 1 stycznia 2015 r. W centrach onkologii odbyło się ponad dziewięć tysięcy konsyliów.

Jeżeli chodzi o karty, to najwięcej kart zostało wydanych w Centrum Onkologii w Warszawie i jego filii w Gliwicach, wydano tam ponad osiem tysięcy kart. Dużo kart wydano również w Wielkopolskim Centrum Onkologii i w łódzkim szpitalu imienia Kopernika. Jeśli chodzi o pozostałe jednostki, to utrzymuje się w nich poziom poniżej dwóch tysięcy kart wydanych w danym podmiocie.

Jeśli chodzi o konsylia, to sytuacja wygląda podobnie. Centrum Onkologii w Warszawie oraz jego filia w Gliwicach mają ogromną przewagę nad innymi, jeśli chodzi o liczbę zorganizowanych konsyliów, pod tym względem podmioty te wyraźnie przodują. Z oczywistych względów wiąże się to z liczbą kart, bo jest to kolejny krok, kolejny etap.

Jeżeli chodzi o sprawy finansowania i statystyki dotyczące realizacji świadczeń onkologicznych, to poprosiłbym pana prezesa o bardziej szczegółową informację na ten temat.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Proszę, Panie Prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Patrząc na tę kwestię pod względem operacyjnym, przede wszystkim warto zwrócić uwagę na to, że przy wprowadzaniu pakietu onkologicznego zostało założonych kilka dodatkowych, mniejszych celów. Jednym z nich było między innymi to, żeby więcej świadczeń było udzielanych w trybie ambulatoryjnym. Ja państwu… Udało się już zebrać pełne dane w zakresie chemioterapii za styczeń i luty, nie mamy jeszcze pozostałych danych dotyczących tego, jak to wygląda w skali kraju. Można powiedzieć, że wniosek jest… Oczywiście wiemy, jak trudne jest to do zrealizowania pod względem organizacyjnym, na pewno jest to wyzwanie dla świadczeniodawców, ale absolutnie widać efekty. W 2014 r. średnio 10% pacjentów chemioterapii było leczonych w trybie ambulatoryjnym, a w ciągu tych dwóch miesięcy osiągnęliśmy wskaźnik na poziomie 20%.

Jeśli chodzi o hospitalizację, to w zeszłym roku zwykła hospitalizacja była na poziomie około 64–65%, a w tym roku spadło to do 37%, nawet do 35% w lutym. Oczywiście znowu zastrzegamy, że są to dane za dwa miesiące, I kwartał pokaże pełny obraz. Warto również zwrócić uwagę na to, że w przypadku województwa pomorskiego, które akurat pod tym względem miało najlepsze wyniki, wskaźnik liczby pacjentów hospitalizowanych w związku z chemioterapią spadł do poziomu 9%. 52% pacjentów podlegało hospitalizacji jednodniowej, a prawie 40% było hospitalizowanych w warunkach ambulatoryjnych.

Myślę, że zachęty do tego, żeby leczyć w warunkach ambulatoryjnych, a dla pacjentów potrzebujących… Na koniec roku wycena została zmodyfikowana w tym kierunku, a jednocześnie został określony i zaczyna funkcjonować degresywny system finansowania, który zniechęca do dłuższych hospitalizacji. W przyszłym roku… Jeśli chodzi o wycenę, czyli kwestię rzeczywistych kosztów, to od 1 stycznia… Chcę podkreślić, że nie leży to w kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko Agencji Oceny Technologii Medycznych, która będzie mogła ewentualnie zweryfikować tę wycenę, jeśli chodzi o rzeczywiste koszty ponoszone przez podmioty. Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia pozostawił wycenę dotyczącą onkologii i hematologii dziecięcej ze względu na specyfikę leczenia. Na szczęście tych pacjentów jest mało, ale ich leczenie na pewno wiąże się ze zdecydowanie większymi kosztami jednostkowymi.

Pan minister mówił o kartach DiLO. W tej chwili oczywiście pracujemy nad tym, jest zespół, który sprawdza to od strony technicznej, od strony możliwości ułatwienia pracy, ułatwienia weryfikacji. Częściowo już to zrobiliśmy, ale jeszcze dalej będziemy pracować nad tym, w jaki sposób można byłoby korygować dane w systemie, żeby zapewnić adekwatność informacji i bezpieczeństwo, a jednocześnie uniknąć takich pojedynczych sytuacji, które są w tej chwili zgłaszane. W tej chwili, po tych trzech miesiącach, badamy to również przez oddziały wojewódzkie. Myślę, że w tym przypadku również zostaną wyciągnięte wnioski. Tak jak mówiłem, jeśli chodzi o radioterapię, nastąpiły podobne zmiany, niestety jeszcze nie mam danych dotyczących tej kwestii.

Kolejny ważny temat to pakiety diagnostyczne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W tym przypadku rzeczywiście cel nie został jeszcze do końca osiągnięty. W tej chwili trudno nam mówić o tym, co jest robione w ramach tych pakietów, dopiero pogłębiona analiza pozwoli na to, że będziemy mogli powiedzieć, co jest realizowane i w jaki sposób można byłoby to modyfikować. Potem na pewno będziemy to modyfikować razem z Agencją Oceny Technologii Medycznych. Myślę, że prace zaczną się jeszcze w II kwartale bieżącego roku. To tyle w dużym skrócie…

Chciałbym jeszcze dodać, że jeśli chodzi o ogólne liczby, to w porównaniu z analogicznym czasem ubiegłego roku nieznacznie przybyło pacjentów onkologicznych. Dane dotyczące wykonania, które państwu przekazałem… Co prawda, jest nieco mniej świadczeń rozliczonych przez centra onkologiczne, ale wartość sprawozdanych świadczeń globalnie nie odbiega… Rzeczywiście istnieją różnice pomiędzy poszczególnymi podmiotami, ale myślę, że kwestia dostosowania rozliczeń i nauczenia się tego systemu będzie postępować. Oddziały wojewódzkie są też zobowiązane do tego, żeby na bieżąco współpracować, szkolić, spotykać się i jak najszybciej rozwiązywać bieżące problemy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Jeżeli państwo pozwolicie, to chciałbym, żeby teraz zabrała głos pani senator Alicja Chybicka, bo za chwileczkę będzie musiała nas opuścić.

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Chciałabym się wypowiedzieć, odnosząc się do dwóch aspektów. Jeden z nich jest aspektem ogólnym, chodzi o sam pakiet onkologiczny. Dla mnie trochę przerażające są te wszelkie krytyki, które co najmniej w 90% nie dotyczą tego, co dzieje się z chorym, tylko tego, co dzieje się z lekarzami, ze szpitalami albo z finansowaniem. To, co dzieje się z chorym, jest w końcu w rękach lekarza i zależy od niego. Zanim zostaną wprowadzone poprawki… Nie ma wątpliwości co do tego, że nie wszystko funkcjonuje tak, jak powinno funkcjonować, i że część kwestii wymaga wprowadzenia zmian. O ile wiem, Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, żeby zmiany zostały wprowadzone jak najszybciej. Można to zrobić tak, jak zrobiliśmy to w onkologii dziecięcej. Pacjenci są prowadzeni tak, jak powinni być prowadzeni, zgodnie ze światowymi standardami, a kwestie poprawek i finansów stoją na dalszej pozycji. Można zatem powiedzieć, że wskutek wprowadzenia pakietu żadne polskie dziecko nie poniosło najmniejszej szkody, a nie można już tego powiedzieć o szpitalach.

Mam zaszczyt kierować kliniką, jedną z największych w Polsce, należącą do szpitala, który, moim zdaniem, poniósł szkodę o tyle, że za styczeń… Wypełniliśmy karty DiLO dla dzieci, nie bardzo zgadzam się z tym, że ich wypełnianie zajmuje tak strasznie dużo czasu. Problem

polegał na tym, że system nie zaakceptował ani jednej karty za styczeń, więc dyrektor podjął decyzję wzięcia pieniędzy po staremu, bo za coś musiał kupić dzieciom leki na luty i marzec. Oczywiście pewnie te środki nie są takie same – dobrze mówię, Panie Prezesie – prawdopodobnie w pakiecie dostalibyśmy więcej pieniędzy. W tej chwili mówię już w imieniu dyrektora szpitala, w którym pracuję. Mam nadzieję, że będzie taka możliwość, aby do końca… Trzeba pamiętać, że rozliczenie jest zawsze roczne. Ja uważam, że do końca roku trzeba po prostu wszystko wyrównać, system zacznie funkcjonować i akceptować karty.

Ja jako onkolog dziecięcy cieszyłam się z pakietu w związku z dwoma aspektami. Jeden jest taki, że może wreszcie nowotwory będą szybciej rozpoznawane na pierwszej linii diagnostycznej, nie będzie w Polsce samych trzecich i czwartych stadiów zaawansowania nowotworów u dzieci – podejrzewam, że u dorosłych jest podobnie – tylko tych stadiów będzie trochę więcej, bez względu na to, czy będą to dzieci posiadające zieloną kartę, czy nie. Jest nam naprawdę *ganz egal*, czy dziecko przychodzi z zieloną kartą, czy bez tej karty, bo my i tak wdrażamy takie samo leczenie, przede wszystkim taką samą diagnostykę, która musi być błyskawiczna. Tak jak powiedzieli pan minister i pan prezes, to nie mieści się w pakiecie onkologicznym, bo dla dziecka tydzień to za długo. Białaczkę rozpoznajemy w ciągu dwudziestu czterech godzin, to też jest za długo. Najlepiej jest wtedy, gdy można ją rozpoznać w ciągu paru godzin. Jak dziecko przychodzi, wykonuje się punkcję, dostajemy wynik i wiadomo, jaka jest sytuacja. Podobnie szybko rozpoznaje się chłoniaka. Jeśli chodzi o guzy lite, trwa to dłużej, a najdłużej trwa to w przypadku guzów kości, bo trochę trwa sama procedura opracowania fragmentu kostnego. Dla nas siedem tygodni to za długo, bo w tym czasie następuje wyższe stadium zaawansowania choroby u dziecka, my po prostu nie możemy wejść w te standardy.

Drugi aspekt jest związany z tym, że wreszcie nie będzie nadlimitów, czyli tego, co było do tej pory. Muszę powiedzieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia od początku istnienia płaci za każdy nadlimit, ale zawsze trzeba występować z prośbą o to itd., nie jest to tak zwana oczywista oczywistość, jaka będzie w przypadku pakietu, przynajmniej ja tak to sobie wyobrażam.

My jako onkolodzy dziecięcy widzimy wiele tych problemów, które widzą dorośli. Ja mam od naszego specjalisty krajowego… My wszyscy działamy jednolicie. Nie ma czegoś takiego, że dziecko, które trafia do ośrodka w Krakowie, Poznaniu czy gdzieś, jest leczone inaczej. Są ogólnopolskie standardy leczenia każdego nowotworu, diagnostyki, leczenia powikłań, wszystkiego od A do Z, łącznie z chirurgią, radioterapią, ze wszystkim. Jest to zresztą zawarte w europejskich protokołach, które nawet nie tyle przystosowaliśmy do polskich warunków, ile wdrożyliśmy jeden do jednego i je realizujemy.

W wielu momentach, w których jest potrzeba, by ściśle trzymać się pakietu, po prostu nie jesteśmy w stanie się go trzymać. Zostało to napisane przez naszego specjalistę krajowego i skierowane do Ministerstwa Zdrowia. Są problemy, jeśli chodzi na przykład o drugi nowotwór, jest wiele tak zwanych szczegółowych problemów, za chwilę będziecie państwo o tym wszystkim mówić. Jeśli karty DiLO i takie finansowanie mają funkcjonować, również w onkologii dziecięcej, to pewnie będą musiały być naniesione pewne poprawki. Według mnie to wszystko dotyczy głównie systemu, sposobu wprowadzenia konkretnej karty i zapewne zapisania tego, aby wszystko było tak, jak powinno być.

Reasumując, powiem, że ja osobiście uważam, że pakiet, który miał i ma na celu poprawę doli pacjenta onkologicznego, czyli przyspieszenie rozpoznania… Często rozpoznanie u dorosłych trwa skandalicznie długo, sięga takiego okresu, w którym nowotwór rozsiewa się po organizmie, zapewne z tego powodu są trzecie i czwarte stadia. Druga kwestia, która do tej pory kompletnie nie funkcjonowała, to jakiekolwiek standardy ogólnopolskie. Może nie chodzi o to, że brak jakichkolwiek standardów, bo są grupy, które wprowadziły standardy. Nie wiem, czy są one przestrzegane we wszystkich ośrodkach onkologii – mówię teraz o dorosłych – jest jednak potrzeba, aby to też zostało zunifikowane. Czyli chodzi o to, by nie było tak, jak przed funkcjonowaniem pakietu, że pacjent żył albo nie żył w zależności od tego, gdzie trafił. Taka była skala. Jeśli trafił do dużego centrum onkologii, w którym stosowana jest chemioterapia, radioterapia i wszystko razem, to żył. Jeśli zaś trafił na oddział chirurgiczny, gdzie nawet po fantastycznym, cudnym zoperowaniu dostawał kartkę i stawał gdzieś w kolejce, Bóg wie, gdzie, chodził od Annasza do Kajfasza, to… Było tak w przypadku pacjenta, który siedział koło mnie na konferencji z panem premierem Tuskiem. Pacjent ten przez osiem miesięcy czekał na chemioterapię, cudem boskim było to, że przeżył, czasem takie cuda się zdarzają. Niemniej nie powinno tak być, każdy wie, że chemioterapia powinna być zastosowana mniej więcej około miesiąca po zabiegu. Niezbędne są konsylia i jakieś planowanie, bo nie powinno być takich sytuacji.

Bardzo dziękuję. I dziękuję pięknie za udzielenie głosu.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Pani Senator.

Na tym etapie jeszcze nie będziemy dyskutować.

Poprosiłbym pana profesora Krzysztofa Warzochę o krótką prezentację.

Proszę, Panie Profesorze.

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Krzysztof Warzocha:

Szanowny Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Panie i Panowie Senatorowie, Posłowie! Szanowni Państwo!

Chciałbym posłużyć się prezentacją, dlatego że przedstawię sporo liczb. Chciałbym być bardzo precyzyjny, bo będziemy mówili o ważnej sprawie. Po pierwszych trzech miesiącach funkcjonowania pakietu onkologicznego zauważamy, że rysują się pewne tendencje, które nie są tylko trendami. Wydaje nam się, że zaczynają ugruntowywać się pewne zmiany. Przynajmniej z punktu widzenia wielospecjalistycznych ośrodków onkologii sytuacja nie do końca wygląda tak dobrze, jak słyszeliśmy na wstępie.

Mimo wszystko chciałbym podkreślić, że jest to kadencja ministra, który jako pierwszy minister w historii ostatnich dwudziestu pięciu lat faktycznie bardzo poważnie potraktował problem polskiej onkologii i podjął pewien trud. Kwestia ta jest trudna również pod względem podejmowania decyzji politycznych, społecznych, wprowadzania zmian, które były konieczne. Środowisko mówiło o nich od wielu, wielu lat, ale niestety nie działo się nic dobrego w tej kwestii.

Chciałbym również podkreślić osobiste zasługi pana senatora Muchackiego, który już w roku 2012 zainicjował cykl spotkań w izbie wyższej parlamentu. Pierwsze takie spotkanie odbyło się w grudniu 2012 r. Podczas tego spotkania po raz pierwszy zostały zgłoszone propozycje zmian między innymi przeze mnie, konsultanta krajowego, pana profesora Krzakowskiego, i pana profesora Jassema. Zainicjowały one szereg kolejnych spotkań i zmian. Skutkowało to między innymi nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i w końcu wprowadzeniem pakietu onkologicznego, który zaczął funkcjonować od stycznia 2015 r. Naszą rolą – myślę teraz o dyrektorach wielospecjalistycznych centrów, a zwłaszcza instytutów resortowych – jest to, aby nie tylko wskazywać te właściwe kierunki, ale również reagować wtedy, kiedy nie dzieje się dobrze. Dzisiaj dostrzegamy takie sygnały i o nich chciałbym pomówić.

W pierwszej kolejności powiem o tym, skąd wzięły się założenia pakietowe. Jest to przeźrocze, które pokazywaliśmy dokładnie trzy lata temu. Była wtedy taka sytuacja, że mnóstwo ośrodków mających zakontraktowane świadczenia onkologiczne z narodowym płatnikiem… Powstawanie tych ośrodków nie wynikało z mapy faktycznych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, poza tym było bardzo nierównomierne, jeśli chodzi o poszczególne regiony kraju, a kontraktacja z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rodzaju i liczby świadczeń odbywała się bez kryterium jakości i kompleksowości, brakowało jednolitych standardów i referencyjności ośrodków. Miało to bardzo poważne konsekwencje z punktu widzenia każdego pacjenta. Przed chwileczką mówiła o tym pani profesor Chybicka, a ja to potwierdzam. Większość z nas może potwierdzić, że pacjent był absolutnie zagubiony w systemie. Trzeba też pamiętać o tym, że onkologia jest dziedziną wielodyscyplinarną, na sukces nie składa się tylko jedna metoda, ale kilka metod. Ważne jest również to, w jakiej sekwencji zdarzeń zostaną zastosowane poszczególne metody i jakie dawki zostaną podane. To wszystko powinno być skoordynowane, pacjent nie powinien stać w kolejce do przypadkowego lekarza czy w przypadkowym miejscu. Taki stan rzeczy skutkował gorszymi wynikami leczenia, a także nieefektywnym wykorzystaniem środków z NFZ. Cały czas karmiono nas wtedy informacjami, że jest za mało pieniędzy w systemie, a to nie do końca było prawdą.

Proszę zwrócić uwagę na tę krzywą, rosła ona dramatycznie, jeśli chodzi o wydatki na świadczenia onkologiczne. W roku 2004 były to wydatki na poziomie 1 miliarda 100 milionów zł, już w 2013 r. było to 4,5 miliarda zł, a w roku 2015 jest to ponad 6 miliardów zł. Proszę jednak zobaczyć, co jest napisane na dole, wskaźniki wyleczalności nie ruszyły z miejsca. W związku z tym problem nie tkwił w ograniczonych środkach, ale niestety w braku optymalnego wykorzystania środków. Jasno mówią o tym również wskaźniki badania Eurocare, które pokazują, że na przestrzeni lat wyleczalność w Europie idzie do przodu. Dzisiaj średni wskaźnik wyleczeń w Europie jest na poziomie 55%, a wskaźnik wyleczeń czy przeżyć pięcioletnich w Polsce to wciąż około 40%, pomimo stale rosnących nakładów. Wciąż zajmujemy przedostatnie miejsce w Unii Europejskiej.

To również jest przeźrocze, które zostało pokazane trzy lata temu. Jego autorem jest pan profesor Maciejewski, uzgadnialiśmy to wspólnie, ale pan profesor Maciejewski to opracował. Takie były założenia pakietu. Przede wszystkim chodziło o to, że pacjent z nowotworem powinien trafić pod opiekę zespołu wielodyscyplinarnego, który przygotuje indywidualną – chcę to bardzo wyraźnie podkreślić – kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Karta ta miała być przede wszystkim kartą dla pacjenta, miała wskazywać na to, jakie metody, w jakiej kolejności, w jakim czasie i przez kogo powinny być zrealizowane. To przede wszystkim usuwa niepokój pacjenta. On od samego początku powinien być zorientowany w tym, co się wydarzy, w jakiej sekwencji i gdzie. Poza tym jest to dla niego gwarancją, że będzie optymalnie leczony, a proces leczenia nie został zaplanowany przez jednego lekarza w jednym ośrodku albo w prywatnym gabinecie, tylko został ustalony przez grupę specjalistów, co najmniej specjalistów w zakresie radioterapii, onkologii klinicznej i chirurgii.

Uważaliśmy, że jest miejsce dla każdego ośrodka wielospecjalistycznego, monospecjalistycznego czy ośrodka z dwiema specjalizacjami. Ważne było to, aby wszystko było koordynowane. Założenia pakietowe zawierają te kwestie, poszczególne ośrodki podpisują umowy o wzajemnej współpracy, ale ten problem został wypaczony. Karta diagnostyki nie jest kartą służącą pacjentowi, przede wszystkim jest systemem informatycznym sprawozdawczości do narodowego płatnika, ale o tym powiem jeszcze za chwilę. Ta współpraca również została wypaczona, bo według interpretacji NFZ ośrodkiem wiodącym nie jest ośrodek, który skupia wszystkie metody, tylko ośrodek, w którym dane świadczenie jest aktualnie realizowane. To zupełnie wypacza ideę konsylium i tego, który ośrodek powinien być ośrodkiem wiodącym. To wręcz utrudnia dzisiaj dostęp…

Panie Dyrektorze, tak jest, za chwileczkę pokażemy dane wskazujące na to, że faktycznie tak się dzieje. Nie rozumiem, jak można nazywać ośrodkiem wiodącym ośrodek, który dysponuje na przykład tylko zabiegiem operacyjnym i niczym więcej. Konsultanci jadą tam z ośrodka wielospecjalistycznego, aby mogło odbyć się konsylium i mogła być wystawiona zielona karta. To jest nieporozumienie, to jest dokładne odwrócenie wstępnej idei.

Już wtedy mówiliśmy również o tym, że ośrodki powinny mieć certyfikację, jeśli chodzi o poziom referencyjności i zakres kompetencji. Powinna powstać krajowa rada do spraw onkologii i hematologii oraz instytucja koordynująca działania w zakresie sieci ośrodków onkologicznych pod postacią narodowego instytutu onkologii i hematologii. Część tych postulatów udało się zrealizować, część czeka na realizację, a część w ogóle nie jest podejmowana.

Proszę zwrócić uwagę na to, co rozumiemy przez trzy poziomy referencyjności. Pierwszy poziom, ten najniższy, to jest poziom AOS, czyli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjent może tam trafić po poradę, ale raczej nie zostanie tam wykonane żadne świadczenie. Na drugim poziomie możemy liczyć na realizację świadczeń, ale niepełnych, tylko w zakresie niektórych technik, albo operacyjnych, albo radioterapii, albo onkologii klinicznej, i tylko w przypadku niektórych nowotworów. Na drugim poziomie możemy mówić o tak zwanych centrach doskonałości – zakład terapeutyczny jest w stanie leczyć na bardzo wysokim poziomie za pomocą jednej techniki w zakresie wszystkich nowotworów, ale oczywiście nie rozwiązuje to wszystkich problemów chorych na nowotwory. W końcu przechodzimy do trzeciego stopnia referencyjności. Przykładem może być centrum kompetencji, czyli ośrodek o poziomie referencyjności IIIA, który zajmuje się tylko jednym chorym narządem. Jest bardzo nośne hasło: „Twórzmy unity raka piersi, raka przewodu pokarmowego". Powstaje jednak pytanie: co będzie z całą resztą? Jednym pacjentom mamy stwarzać preferencje poprzez tworzenie unitów, a innych dyskryminować? Unity są potrzebne, ale nie rozwiążą problemów pozostałych chorych.

Ośrodki o poziomie referencyjności IIIB, czyli wielospecjalistyczne, ale niepełnoprofilowe, zmierzają do ideału, bo poprzez swoją aktywność, spectrum dostępnych technik i leczenie nowotworów obejmują większość chorych, ale nie wszystkich. Ideałem jest oczywiście pełnoprofilowe, wielospecjalistyczne centrum, które powinno być w każdym regionie kraju.

Panie Dyrektorze, to jest ośrodek wiodący, nie jest nim powiatowy czy miejski ośrodek zajmujący się na przykład leczeniem chirurgicznym wszystkich nowotworów. Oni tak deklarują, bo pracuje tam dwóch chirurgów onkologicznych. To nie jest ośrodek wiodący. Ten ośrodek ma prawo i powinien uczestniczyć w systemie, ale powinien znać swoje miejsce.

Szanowni Państwo, podsumowaliśmy dwa pierwsze miesiące funkcjonowania pakietu onkologicznego w wielospecjalistycznych centrach onkologii i porównaliśmy to z tym, co działo się dokładnie rok temu, czyli przed wejściem rozwiązań pakietowych w życie. Zauważyliśmy następujące kwestie: przede wszystkim nastąpił spadek wyceny hospitalizacji, przy teleradioterapii spadek wyniósł średnio powyżej 60%, przy chemioterapii – około 20%, przy badaniach PET – 20%, a przez przenoszenie różnych procedur w zakresie systemu JGP z jednych grup do drugich, gorzej wycenionych, nastąpił dalszy spadek o około 3%. Ogólnie wartość wykonanej pracy w wielospecjalistycznych centrach onkologii spadła o około 6%. Nie jest to kazus jednego czy drugiego centrum, jednego instytutu albo jego filii, generalnie dotyczy to wszystkich wielospecjalistycznych centrów z osiemnastu centrów onkologicznych w kraju. To spowodowało, że przychód tych centrów zmniejszył się z tego tytułu o 18 milionów zł w skali dwóch pierwszych miesięcy. Prognoza roczna jest taka, że spadek ten przekroczy 100 milionów zł.

To jednak nie wszystko. Mówiła o tym również pani profesor Chybicka. Mamy olbrzymie problemy wynikające ze sprawozdawczości na podstawie karty DiLO. Chcę jeszcze raz podkreślić, że karta DiLO nie jest – tak jak miało być z założenia – kartą informacyjną dla pacjenta, tylko jest systemem informatycznym sprawozdawczości do NFZ, który na dodatek nie działa. Nie ma sprzęgniętych systemów informatycznych, wszystko się zacina, nic nie zaciąga się w sposób automatyczny, a do tego wszystkiego dochodzą nowe oprzyrządowania dla czekających pacjentów. Ten system nie funkcjonuje.

Generalnie rzecz biorąc, obserwujemy, że we wszystkich centrach zdecydowanie przekraczane jest wykonywanie tak zwanych świadczeń limitowanych, w wielu przypadkach środki prognozowane na cały rok zostały wyczerpane w ciągu dwóch miesięcy, a pakiet onkologiczny czy nielimitowane świadczenia w zakresie pakietu onkologicznego nie są wykorzystywane. To nie jest tak, że cały system obraził się na założenia pakietowe, a lekarze nie chcą… Wypowiadający te słowa wie, o czym mówi. Trzeba powołać się na dane Centrum Onkologii w Warszawie, które wraz ze swoją filią w Gliwicach wystawiło najwięcej tych kart w kraju. To nie jest tak, że my narzekamy, my wiemy, o czym mówimy. My akurat wiemy o tych problemach, bo wystawiliśmy najwięcej kart w kraju.

Szanowni Państwo, niestety problemy organizacyjne pogłębiają deficyt. Tak jak mówiliśmy na początku, spadek wyceny doprowadza do deficytu w wysokości 6%, a kilkanaście następnych procent deficytu wynika z funkcjonowania systemu, który jest niewydolny. Ogólnie w ciągu pierwszych dwóch miesięcy spadek przychodów we wszystkich wielospecjalistycznych centrach osiągnął około 20% w porównaniu do zeszłorocznych przychodów, co oznacza deficyt na poziomie 55 milionów zł, prognoza roczna to deficyt na poziomie ponad 330 milionów zł. Powstaje pytanie, czy te pieniądze są do odzyskania, ale o tym będę mówił na samym końcu.

Są pewne postulaty dotyczące zmian, przede wszystkim poprawy sytuacji finansowej wielospecjalistycznych, zwłaszcza pełnoprofilowych centrów – za chwileczkę powiem, dlaczego akurat tych – poprzez poprawę wyceny świadczeń, zwiększenie wartości kontraktów limitowanych, czyli przesunięcie środków z zakresów nielimitowanych do zakresów limitowanych, i pilną modyfikację wymogów dotyczących sprawozdawczości na podstawie karty DiLO. Wydaje się, że przede wszystkim zniesienie walidacji karty w czasie rzeczywistym w sposób zdecydowany usprawni sprawozdawczość. Podkreślam, chodzi o zniesienie konieczności walidacji tej karty w czasie rzeczywistym. Oczywiście jest też wiele innych postulatów. Zostały one zgłoszone do ministra zdrowia, przewodniczącego Krajowej Rady do spraw Onkologii oraz przesłane wcześniej w wersji roboczej do dyrektorów wielospecjalistycznych centrów, którzy udostępnili nam dane do tej prezentacji.

Poza tym muszą być wprowadzone modyfikacje administracyjne dotyczące zasad współpracy i rozliczeń finansowych pomiędzy ośrodkami, które w sposób skoordynowany pełnią opiekę onkologiczną nad pacjentami. Ośrodkiem wiodącym nie może być ten, który wykonuje tylko fragment leczenia onkologicznego. Nie może być tak, że ten ośrodek ma wykazać, że w jego zasobach są pracownicy wielospecjalistycznego centrum, więc pracownik ucieka z pracy i biegnie do tego ośrodka, bo jest potrzeba zwołania

konsylium. Konsylium powinno odbywać się w ośrodku, który faktycznie jest ośrodkiem wiodącym, i tam powinno być rozliczane. Wiodący ośrodek to taki, który ma infrastrukturę i kadry specjalistyczne niezbędne do tego, żeby był wiodącym, nie tylko z nazwy, ale faktycznie.

Podczas różnych spotkań słyszymy również o tym, że wszystko może uzdrowić *cancer plan*. Ostatnio, tydzień temu odbyło się takie spotkanie Parlamentarnego Zespołu do spraw Onkologii w Sejmie. Jesteśmy również karmieni informacją, że wprowadzenie dokumentu *cancer plan* – wszystko jedno jakiego – nagle, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, odmieni naszą rzeczywistość.

Szanowni Państwo, czym są narodowe plany w innych krajach, na które powołują się osoby twierdzące, że mają przygotowany *cancer plan*? Są to strategie, które dotyczą profilaktyki, wczesnego wykrywania nowotworu, rozpoznawania, leczenia, rehabilitacji, walki z bólem i opieki paliatywnej, poszukiwania innowacyjnych rozwiązań. Wszystkie te zadania są realizowane w wielospecjalistycznych centrach.

Proszę bardzo, te osoby bardzo często powołują się na *cancer plan* przyjęty w Stanach Zjednoczonych na początku lat siedemdziesiątych. De facto był on przygotowywany już dużo wcześniej, gdy powołano do życia Narodowy Instytut Raka w Stanach Zjednoczonych w roku 1937. Proszę zwrócić uwagę na to, że ja celowo nie tłumaczyłem tych przeźroczy, są one zaczerpnięte z oficjalnej strony NCI, NCCN. Na co jest ukierunkowane działanie ośrodków publicznych i rządu Stanów Zjednoczonych? Na to, aby NCI wspierał tworzenie krajowej sieci ośrodków onkologicznych. Aby go wesprzeć powstała rada krajowa – tak samo jak u nas – skupiona oczywiście wokół prezydenta Stanów Zjednoczonych, która doradza prezydentowi w podejmowaniu strategicznych decyzji. Proszę zwrócić uwagę na to, że właśnie na początku lat sześćdziesiątych z inicjatywy Narodowego Instytutu Raka powstało pierwszych osiem wielospecjalistycznych centrów onkologicznych, które zajmowały się nie tylko diagnostyką i leczeniem chorych, ale także prowadzeniem badań naukowych.

W 1968 r. Kongres USA podjął decyzję o powstawaniu kolejnych ośrodków wielospecjalistycznych, kierując się mapą potrzeb zdrowotnych tak, aby pacjenci nie mieli do wielospecjalistycznego ośrodka onkologicznego dalej niż 80 mil. Wówczas, w latach sześćdziesiątych, w celu zorganizowania profesjonalnej opieki onkologicznej zdefiniowano, że *comprehensive cancer center*, czyli pełnoprofilowy ośrodek onkologiczny, jest najlepiej funkcjonującym ośrodkiem dla społeczeństwa, dla chorych na nowotwory.

Tydzień temu na spotkaniu Parlamentarnego Zespołu do spraw Onkologii z ust innego profesora, którego dobrze znamy przede wszystkim z mediów, usłyszałem, że nie należy ulegać magii pełnoprofilowych, tak zwanych komprehensywnych centrów onkologicznych, bo te komprehensywne centra onkologiczne w Stanach Zjednoczonych są odpowiednikami naszych szpitali powiatowych. Otóż nie, to są zupełnie inne jednostki.

W latach siedemdziesiątych w Senacie Stanów Zjednoczonych został przyjęty dokument dotyczący narodowej strategii walki z rakiem, który sprowadzał się do tego – to jest ta trzecia kolumna – aby dać wielospecjalistycznym centrom jak najwięcej pieniędzy i wsparcia organizacyjnego niezbędnych do prowadzenia badań naukowych, zorganizowania diagnostyki i leczenia chorych. W Narodowym Instytucie Raka powstała specjalna jednostka, która miała organizacyjnie wspierać powstawanie nowych ośrodków. Wzmocniono również rangę doradczej rady prezydenckiej do spraw onkologii; to jest dwudziestotrzyosobowa rada, o której wspominam na ostatnim slajdzie. Dopiero skutkiem tych zmian było podpisanie w roku 1971 w Stanach Zjednoczonych przez prezydenta Nixona ustawy dotyczącej strategii walki z rakiem, czyli dokumentu *cancer plan*. To był właśnie ten moment. Proszę zwrócić uwagę na to, co było najważniejsze w tym planie. Chodziło o przeznaczenie 1,5 biliona dolarów na to, żeby w krótkim czasie zostało utworzonych kolejnych piętnaście pełnoprofilowych ośrodków onkologicznych na terenie Stanów Zjednoczonych. Nikt tam nie mówił o żadnej szybkiej diagnostyce onkologicznej, punktach informacji onkologicznej, szybkiej terapii onkologicznej, tylko chodziło o to, by maksimum środków skupić w wielospecjalistycznych, pełnoprofilowych ośrodkach onkologicznych.

Co działo się później? Proszę zwrócić uwagę na to… Oni nazwali to *a period of expansion*, czyli okresem ekspansji ośrodków onkologicznych na terenie Stanów Zjednoczonych. W 1973 r. w Stanach Zjednoczonych tylko osiem ośrodków zostało zdefiniowanych jako pełnoprofilowe. W 1975 r. podjęto decyzję, aby w krótkim czasie powstało kolejnych trzydzieści czy trzydzieści pięć ośrodków. W 1979 r. było dwadzieścia pełnoprofilowych ośrodków, w roku 2000 było ich trzydzieści siedem, a w roku 2012 czterdzieści jeden pełnoprofilowych ośrodków onkologicznych i dwadzieścia sześć wielospecjalistycznych o niższym poziomie referencyjności.

To jest *cancer plan*, na który powołują się osoby twierdzące, że nie potrzebujemy dzisiaj pełnoprofilowych ośrodków w Polsce, tylko potrzebujemy jakichś drobnych instytucji zajmujących się fragmentem rzeczywistości chorych onkologicznych albo takich, którzy mają szansę zachorować. Dzisiaj jest sześćdziesiąt siedem takich ośrodków w Stanach Zjednoczonych. W 2004 r. ruszył program rządowy, który ma na celu zintegrowanie prywatnych ośrodków radioterapii i chirurgii onkologicznej oraz prywatnych praktyk onkologicznych z siecią rządowych wielospecjalistycznych ośrodków onkologicznych w tym kraju. W tym celu powstał również specjalny program rządowy wspomagany i organizowany przez Narodowy Instytut Raka. Czyli rządy Stanów Zjednoczonych i innych państw widzą potrzebę funkcjonowania innych jednostek, ale to nie jest tak, że wokół nich koncentruje się rzeczywistość onkologiczna. Jest odwrotnie, to one mają spełnić warunki, aby przystąpić do sieci ośrodków publicznych rozsianych po terytorium całego kraju.

Proszę zwrócić uwagę na to, że te działania konsekwentnie realizowane od początku lat sześćdziesiątych, a właściwie zainicjowane jeszcze tuż przed wojną – ale tak na dobrą sprawę to wszystko ruszyło dopiero w latach siedemdziesiątych – dopiero dwadzieścia lat później skutkowały zahamowaniem umieralności na nowotwory wśród mężczyzn i kobiet w Stanach Zjednoczonych, co jest przedstawione na wykresie. Dopiero w tym momencie, po dwudziestu latach inercji, ta krzywa zaczęła się załamywać i kierować się we właściwą stronę.

To nie jest tak, że w Polsce nigdy nie było strategii walki z rakiem. Była. Do tej pory najznaczniejszą strategią mającą największy wpływ na poprawę losu chorych onkologicznych była strategia zapoczątkowana w roku 1974 przez pana profesora Koszarowskiego, ówczesnego dyrektora Centrum Onkologii w Warszawie, który wraz z dyrektorami innych ośrodków wielospecjalistycznych w tym kraju założył, że poprzez tak zwany szósty program rządowy realizowany w latach 1976–1990 podniesie wyleczalność z poziomu 25%, jaka była w połowie lat siedemdziesiątych, do 50% w roku 1990.

Przypominam przeźrocze z początku mojej prezentacji. Dzisiaj wyleczalność wciąż jest na poziomie 40%, a te 40% osiągnęliśmy właśnie pod koniec tego programu. Program sprowadzał się do tego samego, co było realizowane w Stanach Zjednoczonych, oczywiście było to pomniejszone o skalę problemu. Były to właśnie wielospecjalistyczne centra onkologiczne. Polska została wtedy podzielona na jedenaście regionów. Wielospecjalistyczne centra stworzono przede wszystkim tam, gdzie wcześniej były akademie medyczne, jednak nie po to, żeby z nimi konkurować, jak się dzisiaj mówi. Mówi się, że nie powstały silne ośrodki onkologiczne w akademiach medycznych, bo powstały wielospecjalistyczne centra. Nie o to chodziło. Chodziło po prostu o to, aby za pomocą ograniczonych środków – dzisiaj je mamy – utworzyć na danym terenie, w najważniejszych miejscach pod względem geograficznym, silne ośrodki współpracujące ze sobą na poziomie onkologii klinicznej, chemioterapii, hematologii, radioterapii, chirurgii onkologicznej i innych pokrewnych dziedzin. To się wtedy udało. W tamtym okresie, w którym były duże trudności polityczne i gospodarcze, został osiągnięty wyraźny, kilkunastoprocentowy skok wskazujący na poprawę poziomu wyleczalności. Dzisiaj nie możemy tego osiągnąć, mimo że dolewamy oliwy do ognia.

Przechodzę już do konkluzji. Powiem, jak to się ma do obecnej sytuacji.

Szanowni Państwo, osiemnaście ośrodków i instytutów pełnoprofilowych czy wielospecjalistycznych na terenie kraju realizuje około 70% wszystkich świadczeń onkologicznych, ale otrzymuje za to tylko 50% środków. Od razu powstaje pytanie: czy to jest dobre? Z czego to wynika? Jest wyraźna dysproporcja. Można powiedzieć inaczej: ośrodki, które wykonują pracę w 30%, dostają dwa razy większe pieniądze za to samo… Jest tylko pytanie, czy dostają pieniądze za to samo. Otóż nie, mówi o tym ten wykres. Proszę zwrócić uwagę na to, że jest to analiza finansowa funkcjonowania jednostek narządowych, unitów narządowych w Centrum Onkologii w Warszawie. Mam prawo pokazywać te dane będące odwzorowaniem rzeczywistych nakładów, bo Centrum Onkologii jest jedynym ośrodkiem w tym kraju, w którym faktycznie od wielu lat funkcjonują unity narządowe. My mamy kliniki narządowe, które de facto pełnią dzisiaj funkcję ośrodków zwanych unitami narządowymi. Jest tak, że tylko zakłady terapeutyczne oferujące przede wszystkim radioterapię czy chemioterapię jednodniową przynoszą zysk. Pokazują to te kolumny zaznaczone na niebiesko znajdujące się po prawej stronie.

Generalnie rzecz biorąc i globalnie patrząc na wszystkie nowotwory narządowe, nie finansuje się… Jednak nawet taka struktura i taki podział finansowania tych świadczeń pozwalają żyć. Deficyt, który pokazują słupki oznaczone na czerwono, jest rekompensowany zyskiem, który jest pokazany po prawej stronie. Jednak chyba niecięższko państwu sobie wyobrazić taką sytuację, że jeśli nie byłbym przedstawicielem wielospecjalistycznego centrum, jednostki publicznej, to oczywiście nie byłbym zainteresowany tym, żeby robić to, co jest zaznaczone na czerwono, tylko chciałbym robić to, co jest zaznaczone na niebiesko. Ale czy to rozwiąże problemy onkologii i potrzeb onkologicznych w tym kraju? Nie.

Wracam do kwestii pierwszych przeźroczy. Pakiet onkologiczny poprzez zmianę wyceny – jest to pokazane na słupkach zaznaczonych na niebiesko znajdujących się po prawej stronie – i jednoczesne wprowadzanie degresywnych stawek w już deficytowych obszarach uderza niestety przede wszystkim w wielospecjalistyczne centra. To, co do tej pory mogliśmy sobie rekompensować większymi przychodami, niestety jest nam zabierane. Niewprowadzenie zmian musi spowodować – i spowoduje – deprecjację tych ośrodków. Rozmontujemy system, który jeszcze jako tako funkcjonuje i ratuje onkologię w tym kraju. Mimo wszystko to jest baza. Zaczyna się ona chwiać.

Kluczowa sprawa. Nie ma takiej polityki państwa, która w tym momencie zahamowałaby ten trend. To nie jest tak, że te pieniądze leżą gdzieś na półce, że nie wykorzystaliśmy tych 50 milionów zł za dwa miesiące i nie wykorzystamy prognozowanych 330 milionów zł.

Proszę zwrócić uwagę na to przeźrocze. Wielospecjalistyczne centra – zaznaczone na samej górze – mają stratę na poziomie 6% w stosunku do tego samego okresu sprzed roku, a pozostałe ośrodki zyskały ponad 11%. Powiem o poszczególnych zakresach. Jeśli chodzi o teleradioterapię, to wielospecjalistyczne centra mają około 3% straty, a pozostałe ośrodki, które wykonują to leczenie, ale tylko wybiórczo – wybierają sobie to, co chcą, inaczej mówiąc, to, co przynosi zysk, a nie straty – w ciągu tych dwóch miesięcy mają już 20% więcej przychodu. Jeśli chodzi o grupy jednorodne pacjentów, to sytuacja nie jest aż tak dramatyczna, ale różnica jest wyraźna. Wielospecjalistyczne centra są beneficjentem w zakresie 11%, a pozostałe w zakresie prawie 50%. Jeśli chodzi o hospitalizację onkologiczną związaną z chemioterapią, z wyłączeniem ceny za leki, to wielospecjalistyczne centra odnotowują straty na poziomie 15%, a inne zysk na poziomie 20%.

Inaczej mówiąc, to nie będzie tak, że na koniec roku będzie rozliczenie i ktoś wrzuci nam te pieniądze – co usłyszeliśmy od pani profesor Chybickiej – bo tych pieniędzy nie będzie. Jeśli teraz czegoś nie zrobimy, nie zahamujemy tych trendów, to nie będzie pieniędzy. A skoro ich nie będzie, to stanie się to, co jest tutaj napisane: wielospecjalistyczne centra szybko utracą płynność finansową. Ciągłe generowanie straty finansowej przez te centra uniemożliwi finansowanie pozostałych, nierentownych, ale jakże potrzebnych pod względem potrzeb społecznych, działalności związanych z szeroko pojętym rozwojem tych jednostek i rozwojem specjalistycznej diagnostyki oraz finansowanie inwestycji w zakresie infrastruktury, aparatury czy kadr specjalistycznych.

Ta niekorzystna zmiana finansowa rzutuje również na zmianę struktury, jeśli chodzi o przyjmowanych pacjentów, ten trend się konserwuje. Zaobserwowaliśmy, że w wie-

lospecjalistycznych centrach jest coraz więcej pacjentów radioterapii paliatywnej, która – jak państwo wiecie – jest objęta tak zwanym limitem i jest jeszcze gorzej wyceniona. Pacjenci kwalifikujący się do leczenia radykalnego przychodzą zaś do mniej specjalistycznych ośrodków albo takich, które dopiero powstają. Tam odbywają się konsylia, mamy wysyłać tam naszych specjalistów. Wysyłając tam specjalistów, de facto wielokrotnie pogarszamy funkcjonowanie wielospecjalistycznego centrum.

Czwarty, najważniejszy wniosek. Z wymienionych wcześniej powodów konieczne są zmiany w pakiecie onkologicznym – niektórych jego założeń, my nie jesteśmy za tym, żeby resetować pakiet do zera – a także zmiany w polityce państwa wobec wielospecjalistycznych centrów onkologii. Są one nie tylko konieczne, ale także pilne, bo inaczej będziemy mieć nieszczęście. Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Panie Profesorze, bardzo dziękuję za tę prelekcję. Jestem pod wrażeniem, bo uważam, że zrobił to pan pierwszorzędnie. Uwypuklił pan te problemy, przed którymi stoimy. Chyba każdy z nas się zgodzi, że uporządkowanie spraw dotyczących onkologii było świetną inicjatywą, wcześniej nikt tego nie zrobił.

Panie Ministrze, jest to doskonały krok. Naprawdę chapeau bas, świetnie, że ministerstwo się za to wzięło.

Kadencja Senatu dobiega końca, jest jeszcze tylko pół roku. W Senacie w Komisji Zdrowia jest trzech onkologów, którzy doskonale rozumieją te problemy, dlatego temat onkologii był przez nas wałkowany cały czas, przez prawie cztery lata. Wydaje mi się, że to, co proponuje pan profesor Warzocha, powinno być naprawdę gruntownie przemyślane przez ministerstwo.

Panie Ministrze, my jesteśmy do dyspozycji. Podobnie jak Senat Stanów Zjednoczonych Senat RP też może włączyć się i włącza się w realizację strategii walki z rakiem. Wiadomo, że kreowanie polityki jest niezwykle istotną kwestią. Chcielibyśmy, żeby w końcu naprawdę został powołany narodowy instytut onkologii i hematologii w Warszawie, mówimy o tym od dawna. Panie Ministrze, powołanie narodowego instytutu onkologii i hematologii oraz zespołu ekspertów jest naprawdę kluczową sprawą. Myślę, że – z wielkim szacunkiem dla wszystkich pań i panów dyrektorów – to dyrektorzy są tymi ekspertami. Pracujemy nad tym od wielu lat i doskonale znamy te tematy. Na pewno wszyscy bardzo chętnie się w to włączymy, zwłaszcza że zależy nam przecież na tym, żeby pacjent był godnie i godziwie leczony.

Zgadzam się z panem profesorem również w kwestii konsyliów. Wiem, jak nieprawdopodobne jest w tej chwili rozdrobnienie pracy niektórych lekarzy, którzy jeżdżą po przeróżnych szpitalach, podpisują indywidualne umowy ze szpitalami. Kilka razy wyłapałem już takie wręcz karygodne zdarzenia, że lekarz po prostu przyjeżdżał do danego szpitala, podbijał pieczątkę potwierdzającą to, że był na konsylium, i wyjeżdżał. Centra onkologii, które skupiają w sobie to, co jest najważniejsze, czyli kompleksowość, nigdy nie pozwoliłyby sobie na coś takiego, bo od lat prowadzą te interdyscyplinarne konsylia. Mało tego, muszę państwu powiedzieć, że spotkałem się z czymś, co doprowadziło mnie do zdumienia. Mianowicie jeden ze szpitali, jeden z ośrodków, który nie prowadzi pełnoprofilowego leczenia onkologicznego, rozesłał do niektórych szpitali umowy z propozycją darmowych konsyliów i gwarancją, że będą tam przyjeżdżać lekarze. Warunkiem było to, że z tego szpitala, który podpisze umowę, będą przyjeżdżali pacjenci na przykład na chemioterapię. Włos się jeży na głowie, bo jest to rozsiane po całym kraju.

Proszę popatrzeć na jeden slajd, który być może nie jest najistotniejszy, ale mówi o jednej kwestii: w Stanach Zjednoczonych leczenie onkologiczne leży w gestii państwa, nie robią tego prywatne szpitale. Jeżeli leczenie ma być naprawdę prawidłowo prowadzone, państwo musi mieć na to – użyję niemodnego słowa – monopol. Oczywiście nie jesteśmy wrogiem prywatnych ośrodków, ale de facto są one i powinny być zapleczem czy uzupełnieniem.

Mapa potrzeb zdrowotnych jest chyba sprawą podstawową, bo jakbyście państwo popatrzyli na to, ile powstaje w tej chwili przeróżnych ośrodków onkologicznych, to… Zauważyłem, że w tej chwili niemal każdy szpital ma w swojej ofercie onkologię, ośrodek urologii onkologicznej czy ośrodki dwóch… Tak jak zostało powiedziane, gdy jest dwóch chirurgów onkologów, powstaje oddział chirurgii onkologicznej. Ta onkologia jest wszędzie w ofercie. Mapa potrzeb zablokowałaby powstawanie takich wydmuszek, które nie gwarantują prawidłowego leczenia.

Panie Ministrze i Panie Prezesie, myślę, że jest to dobry moment, żebyśmy w tej chwili zaczęli uszczelniać system i prawidłowo realizować to, co państwo słusznie wprowadziliście. Podkreślam, że jesteśmy do państwa dyspozycji. W pełni rozumiemy tę kwestię i jeszcze raz dziękujemy za to, że podjęliście państwo ten trudny temat.

Wypowie się pan profesor Maciejewski.

Proszę uprzejmie, Panie Profesorze.

Dyrektor Oddziału w Gliwicach Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Bogusław Maciejewski:

Na samym początku chciałbym powiedzieć, że nie mam zamiaru być kontestatorem samej koncepcji pakietu onkologicznego. W moim przekonaniu ta idea z założenia jest słuszna. To, co usłyszałem od pani profesor Chybickiej, trochę mnie przeraziło. Jeżeli pakiet onkologiczny został stworzony po to, żeby poprawić dolę chorych, to w ogóle niczego bym nie zmieniał. W moim przekonaniu pakiet onkologiczny jest po to, żeby zwiększyć skuteczność leczenia onkologicznego, po to, żeby można było wyleczyć większą liczbę chorych na nowotwory w tym kraju. W związku z tym przedstawię państwu, panu ministrowi i panu prezesowi nie moje własne widzimisię, nie moje przemyślenia, ale informacje o polskiej radioterapii pochodzące z Europejskiej Grupy Radioonkologii przy Unii Europejskiej, której jestem członkiem, ustalone w konsultacji z konsultantem krajowym i prezesem Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej.

Często na łamach prasy spotykamy się z takimi głosami, że Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych w zasadzie nie przyniósł niczego dobrego. Chciałbym państwu przedstawić, jak to wygląda, jeśli chodzi o pieniądze inwestowane przez Ministerstwo Zdrowia; mówię o radioterapii. Proszę zwrócić uwagę na to, że liczba pacjentów leczonych promieniami w Polsce wzrosła ponaddwukrotnie, a zmniejszył się wskaźnik osób przypadających na jeden przyspieszacz. W niektórych województwach wskaźnik ten jest jeszcze bardzo wysoki, ale w innych osiąga już poziom trzystu tysięcy mieszkańców na jeden przyspieszacz. To jest już prawie górna granica w Unii Europejskiej.

Na środkowym obrazku macie państwo pokazane białe punkty, tak bym to określił. Są to miejsca w Polsce, w których mogłyby powstać nowe ośrodki onkologiczne, głównie ośrodki radioterapii, bo mieszkający tam ludzie mają bardzo mały dostęp do radioterapii.

Popatrzmy, jak w perspektywie wygląda efekt Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, spójrzmy na rok 2000 i 2015. Liczba ośrodków radioterapii wzrosła prawie dwuipółkrotnie. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że na mapie południowej części Polski jest wiele pojedynczych ośrodków radioterapii czy wielospecjalistycznych centrów, a gdy spojrzymy na mapę centralnej części Polski i dalej w kierunku północy, to zobaczymy, że regiony te są coraz bardziej ubogie w te ośrodki. Z czego to wynika? Wynika to z dzikiej polityki tworzenia ośrodków, które absolutnie nie podlegają Ministerstwu Zdrowia.

Wniosek. Jak to można naprawić? Bardzo prosto: na wzór polityki krajów europejskich. Pan minister powinien przyjąć na siebie prawo wydawania promesy na budowę nowych ośrodków na podstawie wskazówek geoepidemiologicznych danego regionu. Wojewoda nie powinien mieć tego prawa, bo on zawsze będzie chciał tworzyć nie wiadomo ile ośrodków. Pan minister będzie miał większy ogląd tego, gdzie powinny powstawać takie ośrodki. Jeśli ktoś będzie budował ośrodek za własne pieniądze, to bez takiej promesy nie będzie miał prawa uzyskania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Tak to wygląda w większości krajów europejskich.

Zobaczmy teraz, jak wygląda sytuacja, jeżeli chodzi o aparaturę. Niewspółmiernie. Bardzo wysoko wzrosła nie tylko liczba przyspieszaczy liniowych, ale również liczba poszczególnych elementów wyposażenia tych przyspieszaczy, które pozwalają na realizację bardzo wysokich technologii terapeutycznych: modulacji intensywności dawki, bramkowania oddechowego, stereotaksji. Problem jest tylko taki, że ciągle jest to wykonywane w niewielkim odsetku. Dane europejskie wskazują na to, że wskaźnik wyposażenia przyspieszaczy w najnowsze technologie w Polsce jest bardzo wysoki, bo wynosi 91% wszystkich przyspieszaczy. Wskaźnik korzystania z tych technologii przez radioterapeutów wynosi 0,65. Czyli 35% radioterapeutów nie potrafi tego obsługiwać. W takim razie po co im taka aparatura?

Patrząc na perspektywę do roku 2020, nie mamy wątpliwości co do faktu, że 50–60% wszystkich chorych na nowotwory będzie musiało być objętych leczeniem radioterapią w różnej formie, nie tylko samodzielną radioterapią. Coraz bardziej kurczy się obszar, w którym radioterapia jest samodzielną i jedyną metodą leczenia. Na co to wskazuje? Na to, że przy założeniu, że będzie od stu pięćdziesięciu do stu sześćdziesięciu tysięcy nowych zachorowań na raka, od dziewięćdziesięciu do stu tysięcy chorych będzie wymagało radioterapii. Ile osób teraz jest leczonych promieniami? Osiemdziesiąt dwa i pół tysiąca osób. Ile osób było leczonych w ten sposób piętnaście lat temu? Trzydzieści siedem tysięcy osób. W związku z tym nie chodzi o apelowanie do opinii publicznej i Ministerstwa Zdrowia – jak przeczytałem niedawno w prasie – o to, że potrzeba nam dwustu nowych przyspieszaczy. Bzdura.

Popatrzmy teraz na wskaźniki dotyczące wykorzystania tej aparatury. Mówią one o tym, jaka jest liczba przyspieszaczy na jeden milion ludności. W Polsce wskaźnik wynosi 3,55. Zajmujemy dwudzieste miejsce wśród dwudziestu ośmiu krajów, średnia europejska to 5,5. Żeby dojść do poziomu średniej, do tego, by wskaźnik wynosił, powiedzmy, 4,5 przyspieszacza na jeden milion ludności, czyli zająć tak jakby środkowe miejsce, musimy wymienić pięćdziesiąt starych, zużytych przyspieszaczy i mieć dwadzieścia pięć nowych. Gdzie powinny być nowe? Jest ewidentnie wskazane, w których województwach powinny być nowe przyspieszacze. Jest problem z wymianą starych przyspieszaczy. Muszę powiedzieć…

Bardzo przepraszam Panie Ministrze, ale z przerażeniem przeczytałem kryteria dotyczące zakupu nowych przyspieszaczy do stereotaksji w ramach narodowego programu ogłoszone przez Ministerstwo Zdrowia. Ja nie wiem, kto układał te kryteria. W Polsce 10% z osiemdziesięciu dwóch i pół tysiąca chorych podlega leczeniu z wykorzystaniem stereotaksji, jest ona wykonywana przez cztery ośrodki czy pięć ośrodków. To po co ośrodkom taki przyspieszacz? Zresztą to jest niezgodne, bo zastosowanie kolimatora wielolistkowego o grubości listków 5 mm to nie jest stereotaksja, zastosowanie 2,5 mm…

Stół terapeutyczny 6D. Dla kogo? To jest wykorzystywane przy bardzo wyrafinowanych technikach stosowanych przez trzy ośrodki w Polsce. Trzydziestodwurzędowy tomograf komputerowy do bramkowania. Ile ośrodków w Polsce wykonuje bramkowanie oddechowe? Trzy ośrodki. Tymczasem w Polsce jest wiele ośrodków, które potrzebują szybkiej wymiany przyspieszaczy liniowych. Potrzebują standardowych, nowoczesnych przyspieszaczy – ale nie rolls-royce'ów – do codziennej praktyki, codziennego leczenia chorych. Takie kryteria… To jest prośba do pana ministra, żeby zweryfikował te kryteria, dlatego że według tych kryteriów, Panie Ministrze, obecnie tylko dwa ośrodki mogą uzyskać pieniądze, wygrać taki konkurs. Tylko dwa ośrodki.

Przejdźmy dalej.

(*Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk*: W tym jeden ośrodek pana profesora.)

Ale ja nie chcę takiego przyspieszacza do stereotaksji, bo ja mam przyspieszacz do stereotaksji, ja chcę mieć zwykły, prosty, standardowy przyspieszacz.

Kadra specjalistyczna. Proszę państwa, tu tkwi problem. Jeżeli chodzi o kadrę specjalistyczną w radioterapii, to wskaźniki wskazują na, powiedziałbym, duże zapóźnienie, nie powiem, że dramatyczne. Wskaźniki wskazują na to, że wśród dwudziestu pięciu krajów zajmujemy dwudzieste

trzecie miejsce pod względem liczby fizyków medycznych, dwudzieste drugie miejsce pod względem liczby techników radioterapii, a trzynaste miejsce pod względem liczby radioterapeutów. Potrzeba nam stu trzydziestu nowych radioterapeutów, dwustu pięćdziesięciu fizyków medycznych, trzystu sześćdziesięciu ośmiu techników elektroradiologii. Jest prośba do pana ministra o zwiększenie liczby miejsc rezydenckich w ramach tych specjalizacji. Skoro rzeczywiście chcemy w pełni realizować pakiet onkologiczny, to potrzebujemy większej liczby miejsc rezydenckich.

Jeszcze gorzej wygląda sprawa z patologami. Jest czterystu patologów w Polsce, dwustu w wieku przedemerytalnym, a z pozostałych dwustu tylko sześćdziesięciu rzeczywiście zna się na onkologii. To jest najbardziej wąskie gardło przejścia przez diagnostykę do konsylium, bo musi być histopatologia… Jeszcze raz. Panie Ministrze, mówienie o histopatologii jest cofnięciem się o dwadzieścia lat, bo w zasadzie definiuje się wtedy tylko jedną metodę rozpoznawania nowotworów. Patologia obejmuje zaś cytologię, histopatologię, immunohistochemię i diagnostykę molekularno-genetyczną. Dlatego prosimy o zastąpienie słowa „histopatologia" słowem „patologia".

Realizacja radioterapii… Zapotrzebowanie na jednego radioterapeutę, na jednego fizyka, na jednego technika w Polsce nie jest większe niż w Europie. To uzmysławia nam, że rzeczywiście jak najszybciej musimy kształcić kadry.

Słyszeliście państwo o tym – i w zasadzie możecie się nad tym zastanawiać – że pan profesor Warzocha mówił o wielospecjalistycznych centrach onkologii, o instytucie onkologii, a reszta… Zapomnijmy o reszcie, niech oni robią sobie cokolwiek. Jak to wygląda, jeśli chodzi o radioterapię, w przypadku której państwo inwestuje duże pieniądze w aparaturę? Zobaczmy. Obecnie mamy do czynienia ze stu trzydziestoma sześcioma przyspieszaczami, leczonych jest osiemdziesiąt dwa i pół tysiąca chorych, jest czterystu osiemdziesięciu pięciu specjalistów z radioterapii i stu siedemdziesięciu sześciu rezydentów. Na trzydzieści dziewięć ośrodków radioterapii prawem przypadku w czternastu ośrodkach – są to wielospecjalistyczne centra onkologii – jest 70% aparatury, a ośrodki te leczą 78% chorych z tych osiemdziesięciu dwóch i pół tysiąca chorych. 110% chorych przypada na jeden przyspieszacz. Liczba specjalistów to 81% wszystkich krajowych specjalistów.

Popatrzmy teraz na grupę trzynastu ośrodków radioterapii, w których wykonanie leczenia w radioterapii było mniejsze niż tysiąc chorych na rok, choć były one wyposażone w dwa przyspieszacze. To jest rozrzutność. Pod względem liczby przyspieszaczy rzeczywiście ośrodki te spełniają normę europejską, ale pod względem leczonych chorych… Trzynaście ośrodków leczy tylko 6% osób z całej liczby chorych. Dlaczego? Dlatego, że liczba specjalistów w takich ośrodkach wynosi 8,5%. Co się dzieje? Ośrodki powstają w sposób niekontrolowany, kupują aparaturę, dostają pieniądze, prywatne albo państwowe dotacje, a potem zaczyna się nagonka, polowanie na radioterapeutów kształconych i pracujących w innych ośrodkach. Ja jako dyrektor oddziału w Gliwicach nie jestem w stanie zapłacić lekarzowi radioterapeucie 35 tysięcy zł, żeby nie przeszedł do prywatnego ośrodka, nie powiem gdzie, bo to nie ma znaczenia. Zostawmy to.

Przejdźmy do następnej kwestii. Przechodzę do konstruktywnych wniosków dotyczących rozwiązań adresowanych zarówno do pana ministra, jak i do pana prezesa NFZ.

Panie Ministrze, wszystko jest tam napisane.

Na prawo i lewo będziemy dyskutowali o tym, jakie środki są przeznaczone z NFZ na pakiet onkologiczny, a jakie na tak zwany pakiet podstawowy. W ciągu dwóch i pół miesiąca ponad 250% środków zostało przeznaczonych na pakiet podstawowy – w połowie roku już ich nie będzie – a na pakiet onkologiczny 20–40%. Nasza propozycja nie jest taka, żeby NFZ przeznaczał co miesiąc jakieś środki na ten pakiet podstawowy, ale taka, żeby przyjął strategię stałego podziału środków: 25–30% środków przeznaczonych na pakiet onkologiczny, a 70–75% środków przeznaczonych na świadczenia podstawowe. To wszystko dotyczy chorych objętych opieką paliatywną, chodzi o nowotwory łagodne i sprawy nienowotworowe. Jeżeli nagle w trakcie funkcjonowania okaże się, że pakiet onkologiczny będzie świetnie funkcjonował, to nie będzie żadnych przeszkód, żeby dane ośrodki wykorzystywały na pakiet środki przeznaczone na świadczenia podstawowe. To jest bardzo proste.

Następna sprawa. Z przykrością muszę ją poruszyć, bo niestety była ona przywoływana przez jednego profesora z północy, skądinąd uznany autorytet w zakresie chemioterapii, który, w moim przekonaniu, ma dość fragmentaryczną wiedzę z zakresu radioterapii. To właśnie ta osoba była autorem koncepcji radioterapii hotelowej. Powiem cynicznie i sarkastycznie: widocznie ten pan profesor, będąc w Stanach Zjednoczonych, z których przeniósł tę radioterapię hotelową, chodził jedynie po ulicach wokół ośrodków i oglądał to z zewnątrz. Owszem, radioterapia hotelowa istnieje w Stanach Zjednoczonych, ale jest to dziesięć hoteli skupionych wokół wielospecjalistycznego centrum onkologii, każdy hotel jest połączony łącznikiem z centrum. W takim hotelu przez dwadzieścia cztery godziny funkcjonuje opieka pielęgniarska, składa w nim wizyty lekarz z danego centrum, na przykład z Houston, San Francisco, Harvardu, Bostonu. To wszystko jest ze sobą sprzężone. W takich hotelach pokoje są dostosowane do potrzeb, mają kąt kuchenny, chory czy rodzina razem z nim mogą przygotowywać…

Ile kosztuje pokój w takim hotelu? 120 dolarów. Jakie jest pokrycie kosztów z tak zwanego *medicare*, z podstawowego ubezpieczenia? Jest to 100 dolarów. Czyli pacjent płaci 20 dolarów. Ile kosztuje łóżko w centrum onkologii? Zależy gdzie: od 900 dolarów za dobę, za radioterapię w San Francisco do 1800 dolarów w Nowym Jorku.

Czy w takim razie, skoro u nas hospitalizacja związana z radioterapią wynosiła ponad 400 zł… Oczywiście była podnoszona kwestia tego, że za dużo chorych jest hospitalizowanych w związku z radioterapią. Może. Jest jednak bardzo prosty wniosek skierowany do pana prezesa NFZ: jeżeli przyjmiemy, że średnio 1/3 chorych wymaga hospitalizacji w związku radioterapią ze względu na bardzo wysokie ryzyko ostrych odczynów – wszyscy się z tym zgodzimy – szczególnie wtedy, gdy mamy do czynienia z radioterapią i chemioterapią… 30% środków jest przyznawanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kwocie sprzed 1 stycznia 2015 r., a jeśli chodzi o wszystko, co jest ponad, to obowiązuje aktualna, obniżona stawka. Ile to wynosi? Gdy dany

ośrodek leczy tysiąc chorych, to hospitalizowanych jest trzystu pacjentów, gdy leczy trzy tysiące chorych, to hospitalizowanych jest tysiąc osób. Jeśli chodzi o wszystko, co jest ponad limitem, to obowiązuje dywersyfikacja. W moim przekonaniu jest to bardzo proste rozwiązanie.

Martwi mnie jednak to, że ten pan profesor, który był autorem pakietu i uważa się między innymi za guru pakietu onkologicznego, siedział w obecności pana ministra, pana premiera i legitymizował ten pakiet, teraz – użyję brzydkiego słowa – pluje w prasie na ten pakiet, choć sam go stworzył. To on, za przeproszeniem – powiem brzydko – wpuścił pana ministra Arłukowicza w maliny i on jest za to odpowiedzialny. Bo pan minister nie musi mieć takiej szczegółowej wiedzy, pan minister nie musi wiedzieć, czy ma to być radioterapia hotelowa, czy nie. Skoro ten pan w tej chwili dalej legitymuje swoją osobą *cancer plan* do 2020 r., to ja mam bardzo smutne przemyślenia dotyczące tego, co będzie się działo w dalszej perspektywie.

Następna sprawa. Mówimy o radioterapii jako pierwotnej metodzie leczenia, nie tylko o radioterapii. Jest niezrozumienie, przywiązuje się dużą wagę do tego, że pomiędzy konsylium a rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia musi być nie więcej niż czternaście dni.

Proszę państwa! Panie Ministrze! Panie Prezesie! We współczesnej onkologii termin rozpoczęcia leczenia może być nawet opóźniony, ale głównym kryterium, clue skuteczności leczenia jest to, że w przypadku leczenia skojarzonego powinno być ono zakończone w możliwie jak najkrótszym czasie. Dlaczego? Dlatego, że o skuteczności decyduje intensywność dawki. Jest tak w każdej metodzie: chirurgii, radioterapii, chemioterapii czy leczeniu skojarzonym. To jest clue, meritum sprawy dotyczącej zwiększenia wyleczalności chorób nowotworowych.

W związku z tym postulujemy pewną nowelizację. Zwracamy się do pana prezesa o to, żeby przyjąć termin wynoszący mniej niż czternaście dni, na przykład siedem dni w przypadku nowotworów dziecięcych – o czym mówiła pani profesor Chybicka – i w przypadku agresywnych chłoniaków u dorosłych, do czternastu dni w przypadku nowotworów układu chłonnego, nisko zróżnicowanych i dojrzałych mięsaków, a do dwudziestu ośmiu dni dla raków i wysoko zróżnicowanych mięsaków oraz czerniaka. To i tak jest połowa czasu, w którym podwaja się nowotwór lity. Średni czas podwojenia objętości i zaawansowania nowotworu litego wynosi dwa miesiące. Jeżeli będziemy mieli dwadzieścia osiem dni, będzie to połowa czasu, ciągle będziemy w dobrej sytuacji.

Następna sprawa dotyczy radioterapii i chemioterapii. Nie budzi żadnych wątpliwości to – mamy już własne, polskie dane – że radioterapia i chemioterapia stosowane jednoczasowo w oparciu o bardzo proste, tanie cytostatyki, takie jak cisplatyna i 5-fluorouracyl, zwiększają skuteczność, pięcioletnią wyleczalność chorych na raka w różnych lokalizacjach o 20%. Jest to jednak leczenie agresywne, które wymaga zastosowania bardzo dużej osłony, a leczenie wspomagające nie jest tanie. W związku z tym, według naszej analizy, wycena dotycząca osobodnia w radioterapii w przypadku takich chorych powinna wzrosnąć do dwunastu punktów. To nie są wyrzucone pieniądze, ci chorzy muszą mieć pełną osłonę, żeby nie doszło do ciężkich powikłań.

Kolejna sprawa. Nie wiemy, jak sobie poradzić w takiej sytuacji: chory ma postawioną diagnozę, ma czternaście dni do rozpoczęcia leczenia, ma nawet skierowanie do lekarza, do którego ma się zgłosić, ale nie przychodzi, bo ma swoje prywatne sprawy. Miał jakieś leczenie sanatoryjne, wyjechał z rodziną na wczasy, a potem wrócił i stwierdził, że jest później i że nikt mu niczego nie powiedział. Kto ponosi odpowiedzialność? W tej chwili karze się za to wykonawców, czyli onkologów, a tak naprawdę w zasadzie nikt nie jest winien. Jest prośba do pana prezesa, żeby w takich indywidualnych sytuacjach podejść do sprawy w bardziej ludzki sposób.

Prośba do pana ministra. Panie Ministrze, w najbliższym czasie, w tym roku i w przyszłym roku, w całej Polsce będziemy pilnie potrzebowali wymiany pięćdziesięciu wyeksploatowanych przyspieszaczy liniowych. Przyjęcie sztywnego kryterium, że zużyty przyspieszacz to taki, który jest używany powyżej dwunastu lat, może jest dobre dla Europy, ale nie dla nas. Eksploatacja i obciążenie przyspieszacza linowego w Polsce podczas pracy na dwóch zmianach powoduje to, że w ciągu roku na jeden przyspieszacz przypada od ośmiuset do dziewięciuset chorych. W Europie na jeden przyspieszacz przypada od trzystu do czterystu chorych. W Europie standardem jest to, że przyspieszacz wymienia się po dziesięciu latach. Dobrze, oni są bogaci. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wskaźnik czasu pracy przyspieszacza pomnożony przez liczbę chorych leczonych rocznie, to ministerstwo będzie mogło przyjąć, czy limitem do wymiany przyspieszacza będzie cztery tysiące chorych, pięć tysięcy chorych, czyli czy będzie to dziesięć lat razy pięćset, dwanaście lat razy trzysta osiemdziesiąt, czy piętnaście lat razy trzysta… Przy małym obciążeniu przez pacjentów przyspieszacze mogą pracować piętnaście, szesnaście lat.

Dlaczego to mówię? Bo ja mam takie przyspieszacze, które pracują szesnaście lat, były one serwisowane, początkowo było małe obciążenie, w tej chwili wymagają one wymiany. Ale nie chcę żadnych przyspieszaczy, które można porównać do ferrari czy rolls-royce'ów, ja chcę mieć prosty przyspieszacz, a nie przyspieszacz do stereotaksji, nie przyspieszacz ze stołem terapeutycznym 6D i drogim tomografem do bramkowania. Zresztą to nie jest tomograf, tylko stacja do planowania leczenia. Tego w Polsce brakuje. To jest apel do pana ministra o pilną weryfikację tej kwestii, bo, powiem szczerze, jest to trochę kompromitujące.

Wreszcie ostatnia sprawa. Chodzi o kwestię, którą poruszył pan profesor Warzocha. W centrach onkologii, w instytutach jest w pełni komfortowa sytuacja, bo na miejscu są specjaliści. W regionie są jednak takie pojedyncze ośrodki: w jednym wykonywana jest radioterapia, w jednym chirurgia, a w innym chemioterapia. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby te małe, prywatne czy państwowe ośrodki utworzyły własne konsorcja spełniające rolę wielospecjalistycznego układu konsorcyjnego. Absolutnie nie ma żadnego problemu. Miałyby wtedy wewnętrzne konsylium i dysponowałyby w zasadzie wszystkimi metodami leczenia.

Powiem jeszcze o ostatniej sprawie. W moim przekonaniu jest to najważniejsza kwestia. Dziesięć lat temu Polska została uznana na świecie za absolutnego pioniera w zakresie leczenia raka odbytnicy z intencją zachowania

zwieraczy odbytu. Wyniki naszego kontrolowanego badania, które do dzisiaj są cytowane we wszystkich światowych czasopismach, wskazują na to, że u 75% chorych można zachować zwieracz, czyli mogą mieć oni pełny komfort, nie muszą mieć wyłanianej żadnej stomii.

Ilu jest kandydatów w Polsce do takiego leczenia? Cztery tysiące. Ilu pacjentów ma zachowany zwieracz? Tysiąc. A powinno to być trzy tysiące osób. Dlaczego tak jest? Bo nie jest spełniane podstawowe kryterium związane z tym, że w ramach takiego leczenia wymagana jest wstępna agresywna radioterapia i chemioterapia, a w okresie do dziesięciu dni wymagane jest leczenie operacyjne, ale nie byle jakie, to musi być radykalne wycięcie mezorektum. Powinno być spełnione kryterium jakości, powinno to być wykonywane w ośrodku, w którym chirurg wykonuje pięćdziesiąt takich operacji rocznie. Ile jest takich ośrodków w Polsce? Dziesięć. Ilu jest kandydatów? Cztery tysiące. Ilu przypada na jeden ośrodek? Czterysta. Adresy, nazwiska… 75% chorych może być zapewnionych, że będzie miało zachowane zwieracze odbytu. To jest planowana polityka leczenia chorych. To tyle.

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze.

Myślę, że… Prośba do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia… W oddziałach NFZ spotykamy się zresztą z przychylnym podejściem do kwestii prowadzenia indywidualnych rozmów z wielospecjalistycznym ośrodkami onkologicznymi, bo w różnych ośrodkach różnie przedstawiają się te dane procentowe. Na pewno wskazana byłaby elastyczność, żeby leczenie było prawidłowe. Na pewno problemem jest kadra i podkupywanie kadry. Pan profesor Maciejewski zwrócił uwagę na to, że bardzo często proponuje się radioterapeutom kwoty wynoszące 30 tysięcy zł miesięcznie i więcej. Robią tak ośrodki monospecjalistyczne, lekarze bardzo chętnie z tego korzystają, bo każdy chce więcej zarabiać, ale kładzie to na łopatki ośrodki wielospecjalistyczne. Powtarzam, państwo powinno mieć na to monopol. Panie Ministrze, na pewno mają państwo rolę do spełnienia w tym zakresie.

Szanowni Państwo! Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zabrać głos?

Jeszcze tylko ustosunkuję się do tego, co powiedziała pani profesor Chybicka. Pamiętajmy o tym – mówię to, żeby usprawiedliwić panią profesor – że pani profesor mówiła o onkologii dziecięcej. Jeśli chodzi o dzieci, to rocznie jest tysiąc trzysta zachorowań, a jeśli chodzi o dorosłych, jest sto pięćdziesiąt tysięcy zachorowań. To już pokazuje skalę problemu, zdecydowanie łatwiej ogarnąć to w onkologii dziecięcej, a zdecydowanie trudniej w onkologii dorosłych. Trzeba zrozumieć, że pani profesor na pewno, jak zwykle, będzie bardzo dbała o dzieci.

Proszę, czy ktoś z państwa senatorów chciałby włączyć się do dyskusji i ewentualnie zadać pytania panu ministrowi lub któremuś z prelegentów?

Proszę uprzejmie, pani senator Czudowska, która również jest onkologiem. Proszę bardzo.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Z wielką uwagą wysłuchałam informacji, choć są one znane. Chciałabym zwrócić uwagę pana ministra i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia szczególnie na jedną kwestię. Myślę, że w tym momencie istotne jest właśnie przesunięcie środków limitowanych i nielimitowanych, to możemy zrobić. Z wielu ośrodków onkologicznych ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego i ośrodków szpitalnych dochodzą… My z góry założyliśmy, że w każdym ośrodku będzie tyle i tyle procent świeżo wykrytych nowotworów, czyli będących podstawą do wystawienia zielonej karty, ale tak nie jest. Jeżeli mniej więcej sto pięćdziesiąt tysięcy nowotworów pojawiających się u pacjentów w Polsce w ciągu roku podzielimy przez liczbę wszystkich lekarzy w Polsce, którzy teoretycznie mogą rozpoznać nowotwór, to wyjdzie, że jeden lekarz będzie miał do rozpoznania jeden, dwa nowotwory rocznie. To jest średnia. Nie można zakładać tej średniej i z góry zapowiedzieć danemu ośrodkowi, że musi wydać 25% środków na to, a 70% na to. Myślę, że ta granica może być płynna, bo rzeczywiście są nadwykonania w limitowanych procedurach dotyczących zgłaszalności, nie wiadomo, czy zostaną one zapłacone. Dzisiaj każdy pacjent może zgłosić się do onkologa bez skierowania, żeby rozwiać wątpliwości na temat stanu zdrowia. Dobrze byłoby, żeby tak zostało. Trzeba wykonać mu mniej lub bardziej drogie badania diagnostyczne, choćby mammografię czy USG piersi. Nie możemy przecież zlekceważyć tych chorych. Jeśli chodzi o karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, to w jednym miesiącu może być wydawanych więcej kart, a w drugim może być ich mniej.

Konkluduję. Chodzi o to, żeby jednak przywrócić czy zmienić zapis. Chodzi o to, żeby granica dotycząca rozdysponowania środków przyznanych danemu szpitalowi czy ośrodkowi na podstawie dotychczasowych doświadczeń była płynna. To dyrektor czy lekarze powinni mieć możliwość rozliczania tego zgodnie z tym, jak faktycznie jest to wydatkowane. Czyli jeśli w tym miesiącu przyjdzie dwóch nowych pacjentów z nowotworami do rozpoznania mających zieloną kartę – mówię o mniejszych ośrodkach, bo na razie jeszcze nie zlikwidujemy wszystkich – a będzie więcej tych limitowanych świadczeń, to my już sami zdecydujemy, jak postąpimy, a rozliczymy się zgodnie z prawdą, zgodnie z dokumentacją dotyczącą wykonanych badań prowadzoną w ośrodku dla każdego chorego. Czyli chodzi o luźne przesunięcia w ramach przyznanych środków, bo – tak jak mówię – środki przyznane na jedne procedury są niewykorzystywane i to narasta, a w innych procedurach są nadwykonania i nie wiadomo, czy ktoś zwróci nam poniesione koszty. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Pani Senator. Oczywiście jest to bardzo słuszna uwaga.

Proszę uprzejmie, czy ktoś z państwa senatorów chciałby jeszcze zabrać głos?

Tak? Pani?

Bardzo prosiłbym o przedstawianie się do mikrofonu. Posiedzenie jest nagrywane, chcieliśmy mieć zapisane w protokole personalia wszystkich państwa.

Dziękuję.

Dyrektor Zarządzający Polskiej Federacji Szpitali Anna Banaszewska:

Anna Banaszewska, dyrektor zarządzający Polskiej Federacji Szpitali.

Panie Przewodniczący, dziękuję bardzo.

Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Panie i Panowie Senatorowie!

Pozwolę sobie wypowiedzieć się w imieniu szpitali zrzeszonych przez naszą federację, które również udzielają świadczeń w ramach pakietu onkologicznego.

Proszę państwa, powołam się na truizm: fakt, że nadrzędnym celem podmiotu leczniczego jest po prostu leczenie pacjenta, nie wzbudza dzisiaj zaskoczenia. Owo leczenie pacjenta powinno odbywać się w granicach przepisów prawa i zgodnie z przepisami prawa. Przywołując przepisy, które obowiązują menadżera ochrony zdrowia, wypada odnieść się przede wszystkim do Konstytucji Rzeczypospolitej. Zgodnie z art. 68, który dość często jest przywoływany, mamy obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych udzielanych zgodnie z ustawą. Oczywiście mamy również obowiązek respektowania praw pacjenta, zachowania ciągłości świadczeń i dyscypliny finansów publicznych. Jeśli popatrzymy na art. 15 ustawy o działalności leczniczej, to zobaczymy, że obowiązek udzielania świadczeń spoczywa na podmiocie leczniczym w przypadku świadczeń ratujących zdrowie i życie. Dzisiaj nie wzbudza już żadnej wątpliwości fakt, że owo ratowanie zdrowia i życia pacjentów nie jest rozpatrywane na gruncie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a ugruntowane orzecznictwo sądów zalicza do tego zakresu świadczeń również świadczenia onkologiczne, traktując je jako planowe, pilne.

Ten przydługi wstęp, który poczyniłam, służy podkreśleniu tego, że na początku zeszłego roku, kiedy przyglądaliśmy się pracom nad pakietem kolejkowym i pakietem onkologicznym, mieliśmy pewną nadzieję związaną z tym, że menadżer ochrony zdrowia nadal będzie zobowiązany – tak jak w zeszłym roku – do leczenia pacjentów, również pacjentów onkologicznych, niezależnie od limitu i niezależnie od umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. To oznacza, że w przypadku, gdy do szpitala zgłasza się pacjent onkologiczny, umowa nawiązana z Narodowym Funduszem Zdrowia jest rzeczą wtórną. Dyrektor szpitala musi przede wszystkim przyjąć tego pacjenta w myśl i w świetle przepisów, które przywołałam.

W zeszłym roku oznaczało to dokładnie tyle, że gdy chcieliśmy wywiązywać się z nałożonych na nas przepisów – a chcieliśmy się z nich wywiązywać – to powstawały tak zwane nadlimity. Dlatego myśleliśmy i mieliśmy ogromną nadzieję, że pakiet onkologiczny rozwiąże tę sprawę poprzez uwolnienie limitów. Dzisiaj sytuacja jest taka, że mamy problem. Część naszych szpitali ma tak zwane niedowykonania w ramach pakietu onkologicznego, które nie wynikają z rzeczywistych niedowykonań, tylko wynikają z tego, o czym już rozmawialiśmy, czyli z problemu z raportowaniem. Nie chodzi o brak umiejętności, tylko o to, że bardzo często system do raportowania jest niewydolny.

Drugi problem, który również został już dzisiaj poruszony, to jest kwestia odpowiedzialności pacjenta za własny proces leczenia. Chodzi o to, o czym mówiliśmy, niejednokrotnie pacjent nie zgłasza się na planowe przyjęcie. To akurat nie jest problem wyłącznie pakietu onkologicznego.

W naszej ocenie pakiet onkologiczny w żaden sposób nie przyspieszył leczenia pacjenta, nie umożliwił szybszego dostępu do leczenia. Możemy zaś odnotować to, że spowodował on dość duże zaburzenie dyscypliny finansów publicznych naszych szpitali. Dlaczego? Dlatego, że z jednej strony są niedowykonania w obszarze świadczeń z tytułu pakietu, a z drugiej strony są nadwykonania w obszarze świadczeń w pozostałych zakresach, są to wykonania ponad limit, niejednokrotnie limit został już przekroczony. W związku z tym Polska Federacja Szpitali drogą oficjalną będzie zwracać się zarówno do pana ministra, jak i do pana prezesa z prośbą o rozwiązanie tego problemu, powołując się na pewne ustalenia poczynione w grudniu zeszłego roku. Wszyscy zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że może to być realny problem.

Na koniec dodam jeszcze tylko refleksję dotyczącą sposobu rozliczania, a właściwie braku możliwości technicznych rozliczania świadczeń w kontekście zawieranych umów. Patrząc na umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia jak na umowę cywilnoprawną, należy przyjąć, że obowiązuje nas kodeks cywilny. Skoro my jako świadczeniodawcy realizujemy naszą część umowy, czyli realizujemy świadczenie opieki zdrowotnej, to nie powinna zachodzić taka sytuacja, że środki nie są nam wypłacane tylko dlatego, że system do raportowania działa w sposób niewłaściwy, ponieważ nie leży to w zakresie naszej odpowiedzialności i naszych kompetencji. My zrealizowaliśmy swoje postanowienie wynikające ze wzajemnego zobowiązania.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję i przepraszam za ten przydługi wywód na początku.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Prezes.

Oczywistą sprawą jest to… Proszę państwa, proszę zwrócić uwagę na to, że my dzisiaj nie mówimy o tym, że tu jest o jeden punkt za mało, a tu jest o jeden punkt za dużo, chociaż wiemy, że w przypadku doby hotelowej to są trzy punkty, w przypadku doby na oddziale radioterapii to są trzy punkty… To są kwestie, w sprawie których na bieżąco prowadzimy rozmowy z ministerstwem.

Panie Ministrze, wiemy, że to na pewno musi się zmienić, bo jest to konieczne.

To, o czym mówiła pani prezes, przewijało się też w prelekcji pana profesora Warzochy i profesora Maciejewskiego. Chodzi o to, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględniał przesuwanie tych pieniędzy. Oczywiście są to najistotniejsze kwestie.

Wypowie się jeszcze pan senator Gogacz.

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Gogacz:

Ja mam pytanie do pana ministra w związku z informacjami, które otrzymaliśmy, wskazującymi na to, że przyszłość centrów onkologii może być zagrożona. Miałoby to wynikać z tego, że środki, które w ciągu pierwszych dwóch miesięcy od wprowadzenia pakietu onkologicznego zostały pozyskane przez centra onkologii, są o 6% mniejsze… Centra onkologii wykonują 70% świadczeń zdrowotnych w obszarze onkologicznym, a otrzymują środki w wysokości 50%.

Wszyscy wiemy o tym, jak wielką funkcję mają do spełnienia centra onkologii, jaką rangę ma osiemnaście wyspecjalizowanych, kompleksowych centrów, w których można znaleźć również pewną misyjność, posiadają one charakter publiczny. Dyskusja dotycząca centrów onkologii trwa już od kilku lat. Powstaje teraz pytanie, czy ma być osiemnaście centrów – wcześniej było szesnaście – czy może ma być ich więcej. Czy należy pozwolić organom założycielskim, na przykład marszałkom, na to, żeby tworzyli nowe centra, co bardzo często doprowadza do tego, że jakość wykonywanych świadczeń jest mniejsza z racji rozproszenia sprzętu, aparatury czy kadr?

Mam pytanie w kontekście ustawy dotyczącej narodowej strategii walki z rakiem czy innych strategii. Czy ministerstwo będzie dążyło do tego, żeby utrzymać rangę tych centrów, czy nie? Jeżeli ministerstwo miałoby do tego dążyć, to oznaczałoby, że trzeba byłoby uporządkować relację pomiędzy limitowanymi świadczeniami onkologicznymi a nielimitowanymi świadczeniami. Chodzi o to, żeby nie było tak, że w wyniku funkcjonowania pakietu onkologicznego, który oczywiście jest wskazany jako cel, mogą ucierpieć te świadczenia, które teraz są limitowane, a w pakcie są nielimitowane.

Jeżeli według ministerstwa centra onkologii mają zajmować ważne miejsce na mapie ośrodków leczenia, walki z rakiem, to prosiłbym o informację, jaka będzie przyszłość centrów onkologii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Czy pan minister chciałby zabrać głos na tym etapie?

Proszę uprzejmie, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Czas, żeby pan przewodniczący udzielił mi głosu, za co bardzo dziękuję.

Chciałbym powiedzieć, że mówicie państwo o wielu działaniach, które już zostały podjęte albo zostaną podjęte w niedalekiej przyszłości. Zostały dokonane znaczące zmiany systemowe, których początek funkcjonowania jest naznaczony na przyszły rok. Zaraz chciałbym o tym powiedzieć.

Najpierw chciałbym odnieść się do wypowiedzi pani z federacji, która stwierdziła, że nie osiągnęliśmy efektu skrócenia kolejek w onkologii. Absolutnie nie mogę się z tym zgodzić. Nie pozostaje mi nic innego, jak zacytować informację. Media cytują informacje tylko wybiórczo, cytują negatywne, a zupełnie nie dostrzegają pozytywnych informacji. Wydaje się, że Fundacja Watch Health Care jest instytucją, która obiektywie patrzy na kolejki i prowadzi zupełnie niezależne badania. Bardzo dobrze, że to robi. Gdy dane są złe, stymuluje wszystkich, a szczególnie ministra zdrowia, do tego, żeby coś z tym zrobić.

Dane dotyczące kolejek… Fundacja ta wydaje „Dodatek onkologiczny do Barometru WHC". W kwietniu 2015 r. napisano takie stwierdzenie: „Jak pokazuje analiza etapowości leczenia, minister zdrowia Bartosz Arłukowicz osiągnął zapowiadany efekt skrócenia kolejek od momentu podejrzenia choroby nowotworowej do czasu wdrożenia leczenia poniżej dziewięciu tygodni. Miejmy nadzieję, że osiągnięty efekt będzie trwały oraz że wkrótce norma ta stanie się powszechna i obejmie również pacjentów bez kart diagnostyki i leczenia onkologicznego". To à propos kolejek.

Chciałbym tutaj wspomnieć o istotnych zmianach. Mówiliście państwo o mapach. Wszyscy zgadzamy się z tym, że mapy są pewnym kluczem do rozwiązania ogromnej liczby problemów, między innymi problemu alokacji odpowiednich środków poprzez kierowanie ich do odpowiednich ośrodków oraz odpowiedniej diagnozy dotyczącej białych i czerwonych plam pokazujących, gdzie czegoś nie ma i gdzie jest czegoś za dużo. Chciałbym przypomnieć, że nowelizacja ustawy o świadczeniach wprowadziła takie mapy. Zaraz pozwolę sobie oddać głos pani dyrektor Więckowskiej, która trochę więcej powie na temat tych map i realizowanego projektu, ponieważ jest to niezwykle istotna sprawa. Projekt będzie dostępny dla państwa już w czerwcu tego roku. Tak że za chwilkę będziemy mówić na temat map oraz opinii wojewody dotyczącej inwestycji. Ta opinia jako instytucja będzie funkcjonowała od 1 stycznia. Ma ona wskazywać na zasadność realizowania inwestycji w ochronie zdrowia, nie tylko inwestycji w zakresie onkologii.

Chciałbym państwa zapewnić, że rzeczywiście nadszedł czas na to, żeby trochę krytycznie spojrzeć na własny projekt. W tym momencie… Poza tym, że przyszykowaliśmy stosowny raport, to tenże projekt na pewno będzie korygowany w pewnych zakresach. Będziemy chcieli to poprawić i usunąć wszystkie kłopoty, jakie państwo mają, dotyczące między innymi systemu informatycznego oraz funkcjonalności karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Analiza będzie dotyczyła również wyceny pakietów onkologicznych. W tej chwili trwają nad tym bardzo intensywne prace. No i także działania konsylium… Te wszystkie uwagi, które państwo zgłosiliście, naprawdę zostały przeanalizowane. Myślę, że efekt tych prac, który niedługo zostanie pokazany, przynajmniej w części państwa usatysfakcjonuje, a co najważniejsze, poprawi normalne, codzienne funkcjonowanie tego projektu.

Chciałbym również przypomnieć o tym, że od tego roku funkcjonuje Krajowa Rada do spraw Onkologii. Część państwa jest przecież członkami tejże rady. Opracowuje ona kolejną edycję programu zwalczania chorób nowotworowych. Nie robią tego urzędnicy, ale rada, onkolodzy. Oczywiście mają być na to przeznaczone kolejne pieniądze. Środki zostaną przeznaczone przede wszystkim na te kwestie, o których państwo mówiliście,

czyli na profilaktykę i wymianę zużytego sprzętu na nowy. To są główne obszary, na które będą kierowane pieniądze z kolejnego programu.

Chciałbym przypomnieć o tym, że również w tym roku podjęto decyzję o podwojeniu liczby wszystkich rezydentur. W przypadku takich specjalizacji jak onkologia, patomorfologia i nie tylko, bo także innych deficytowych, zapewniono stuprocentowe wypełnienie zapotrzebowania. To nie znaczy, że potrzeby i braki natychmiast zostaną wyrównane, ale chcę powiedzieć, że 100% wszystkich zainteresowanych dostało rezydentury, czyli dostali je wszyscy chętni, którzy chcą specjalizować się w tych deficytowych obszarach.

Pani Dyrektor, teraz informacja na temat…

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Panie Ministrze, chciałbym tylko zadać jedno proste, jasne pytanie. Czy ministerstwo przewiduje powołanie narodowego instytutu onkologii i hematologii na bazie Centrum Onkologii w Warszawie? To jest bardzo istotna kwestia. Chodzi o wprowadzenie standardów leczenia onkologicznego obowiązujących w całej Polsce, które są bardzo istotnym elementem prawidłowego leczenia. Będę drążył ten temat. Wie pan, że rozmawiamy o tym już od wielu miesięcy. Jest taki pomysł, wydaje mi się, że naprawdę jest on warty przedyskutowania i przemyślenia.

Oczywiście potem udzielę głosu pani doktor Więckowskiej.

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Od razu odpowiem panu senatorowi na pytania dotyczące polityki i centrów. Oczywiście nie wyobrażam sobie funkcjonowania polskiego systemu bez takich jednostek, jest to po prostu niemożliwe. Nie bez powodu mówiłem tutaj o korekcie wyceny i zmianie podejścia pana prezesa do kontraktów dotyczących centrów, tak że to też naprawdę jest analizowane.

Jeśli chodzi o narodowy instytut, to myślę, że w krótkim czasie usłyszycie państwo nasze zdanie, wydaje się, że jest ono po prostu pozytywne. To mogę powiedzieć w tym momencie, na tym etapie. Oczywiście ostateczną decyzję podejmie minister zdrowia.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Proszę bardzo, Pani Doktor.

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia Barbara Więckowska:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o mapy potrzeb zdrowotnych, to trzeba mówić o dwóch aspektach dotyczących map. Pierwszy aspekt jest związany z efektywnym wykorzystaniem środków finansowych z budżetu płatnika publicznego. Innymi słowy, w następnym kontraktowaniu… Ustawa narzuca obowiązek wykorzystania map potrzeb zdrowotnych do konkursów już od roku 2016. Pierwsze mapy mają być stworzone najpóźniej do 1 kwietnia 2016 r. Mapy te będą również wykorzystywane przez wojewodów. Wojewoda otrzyma takie narzędzie, jakim jest ocena zasadności inwestycji, która będzie dodatkowym czynnikiem branym pod uwagę podczas konkursów. To jest ta część związana z elementami dotyczącymi środków publicznych.

Nie należy jednak zapominać, że mapy potrzeb zdrowotnych będą także elementem oceny Komisji Europejskiej. Spełnienie warunkowości *ex ante* przez Polskę będzie warunkiem uruchomienia środków w ramach konkursów i projektów unijnych. Dlatego Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia podjął kroki, które dałyby możliwość jak najszybszego uruchomienia tych środków. Departament jest realizatorem projektu, którego tytuł brzmi: „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia". Dotyczy on onkologii i kardiologii. Nie bez przyczyny zostały wybrane te dwie dziedziny. Jak państwo wiecie, departament przygotował model mikrosymulacyjny dla przeprowadzenia reformy finansowania świadczeń onkologicznych w Polsce. Wyniki prognozy zostaną zamieszczone na platformie, która będzie dostępna dla państwa już od czerwca tego roku. Od czerwca rozpoczną się też szkolenia z zakresu zasad korzystania z map potrzeb zdrowotnych, będzie także tworzony proces konsultacji wyników.

Proszę państwa, trzeba zdać sobie sprawę z tego, że prezentowane dzisiaj wyniki badań Eurocare są niewystarczające, ponieważ metodyka zbierania danych w Polsce jest taka, że informacje są zbierane tylko z trzech rejestrów KRN, co obejmuje 13% populacji. Równocześnie należy zdawać sobie sprawę z tego, że sam rejestr nie jest doskonały, jeżeli chodzi o sprawozdawczość. Z tego względu tworzone są obecnie prace, które mają na celu połączenie danych z rejestru KRN z danymi z bazy NFZ i analizą liczby przypadków onkologicznych leczonych w Polsce.

Dla przykładu mogę powiedzieć, że w przypadku nowotworów płuc jest obecnie dwadzieścia jeden tysięcy chorych zarejestrowanych w KRN. Gdybyśmy zaś uwzględnili także chorych leczonych ze środków publicznych znajdujących się w bazie NFZ, to okazałoby się, że niedoszacowanie będzie wynosiło 17%, ponieważ rocznie przybywa dwadzieścia sześć tysięcy takich osób. W przypadku nowotworów piersi KRN mówi o siedemnastu tysiącach osób, NFZ o dziewiętnastu tysiącach osób. Największe niedoszacowanie jest w przypadku nowotworów prostaty, bo z liczby dziesięciu tysięcy przypadków przeskakujemy na liczbę piętnastu tysięcy przypadków. Jeżeli będziemy mówić o efektach leczenia i będziemy próbowali oceniać poszczególne jednostki, to trzeba będzie wziąć pod uwagę wszystkie osoby leczone w tych jednostkach, a dobrze wiemy, że w przypadku NFZ występuje *upcoding*. Stosując

modele decyzyjne w radioterapii i chemioterapii ze Szkocji, Australii, w konsultacji z profesorem Bartonem, który jest ekspertem, jeżeli chodzi o radioterapię, przygotowujemy model radioterapii i chemoterapii. Rzeczywiście będzie można stwierdzić, gdzie należy uzupełnić bazę sprzętową i jakiego rodzaju leczenie jest stosowane. Dla każdego pacjenta badamy pięcioletnią przeżywalność. Nie zgodzę się… Jeżeli chodzi o tę przeżywalność, to ona wzrosła w Polsce. Gdybyśmy brali pod uwagę informację NFZ na temat osób leczonych i zbili te dane z bazą zgonów, to zobaczylibyśmy, że przeżywalność w Polsce jest wyższa niż ta, którą prezentuje Eurocare, przynajmniej o 10–15%. Wszystkie dane dotyczące modelowania potrzeb zdrowotnych w Polsce będą dla państwa dostępne. Tak jak mówię, dwie pierwsze bazy dotyczące onkologii i kardiologii będą dostępne dla szerokiej opinii publicznej do poziomu podmiotów. Innymi słowy, będzie można sprawdzić, jak wygląda standard leczenia w placówkach.

Ja już teraz mówię: konsultujemy się ze specjalistami, bo są takie przypadki, w których… W przypadku niektórych nowotworów radioterapia nie powinna być stosowana, a jest rozliczana. Zostaną zaprezentowane wszystkie informacje z ostatnich pięciu lat, będzie można zrobić analizę do poziomu jednostki. Wydaje mi się, że proces planowania rozdziału środków publicznych oraz pieniędzy unijnych, jeżeli chodzi o inwestycje, będzie bardziej klarowny i bardziej adekwatny do potrzeb. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Doktor.

Nie będę się spierał, czy 40%, czy 60%… Są chyba dwie różne definicje: wyleczalności i przeżywalności. Bo czym innym jest wyleczalność, a czym innym przeżywalność.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Zgodzimy się z tym, że jedno może nie mieć niczego wspólnego z drugim.

Proszę państwa, bardzo dziękuję.

Panie Ministrze, przygotujemy krótkie *résumé* z naszego dzisiejszego posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia. Jeśli pan minister będzie łaskaw wyznaczyć nam wspólnie z panem prezesem termin na któryś dzień, żebyśmy się spotkali i jeszcze przedyskutowali te sprawy w wąskim gronie, to bardzo proszę.

Czy pan prezes chciałby jeszcze…

(*Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk*: Tylko słówko…)

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Chciałbym, żeby była pełna świadomość w zakresie tych danych, które przekazaliśmy komisji. Rozliczenie… Chcę jeszcze raz podkreślić, że rzeczywiste wykonanie świadczeń zrealizowanych przez centra onkologiczne jest praktycznie takie samo jak w trzech kwartałach poprzedniego roku. Jest to różnica między 448 milionami zł a 450 milionami zł. Jeżeli zaś chodzi o część, która nie została zapłacona, to prawda jest taka, że połowa tego jest wykazana w limicie. Praktyka pokazuje, że rzeczywiście chodzi głównie o kwestie natury technicznej i sprawozdawczej, na przykład wpisanie Z zamiast C, co powoduje brak możliwości rozliczenia przez NFZ.

Po kilku krótkich spotkaniach – mam raporty z oddziałów – wiem, że udaje się to błyskawicznie załatwić. Chcemy promować… Chcemy, żeby kolejki dla pacjentów się zmniejszyły, gwarantuje nam to rozliczenie w ramach pakietu. W związku z tym chcę powiedzieć, że w pierwszej kolejności zrobimy wszystko, żeby rozliczyć te pieniądze z pakietu, potem będziemy mogli zająć się drugim etapem.

Czyli teraz czeka nas duży wysiłek związany z tym, żeby rzeczywiście dostosować się pod względem organizacyjnym i zapewnić, żeby efektem był sukces. Chodzi o to, żeby pakiet był sukcesem w znaczeniu dostępu do szybkiego wdrożenia leczenia dla pacjentów. A na drugim etapie… Oczywiście nie będziemy zapominać o tych działaniach, które nie zmieściły się w pakiecie. Chciałbym to gorąco i mocno podkreślić.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Prezesie. Jest to dla nas bardzo istotna informacja.

Panie i Panowie, dziękuję za…

(*Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Zyta Kaźmierczak-Zagórska*: Mam pytanie…)

A, Zyta, proszę bardzo. Przepraszam.

Pani doktor Zagórska.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Zyta Kaźmierczak-Zagórska:

Dziękuję bardzo.

Zyta Kaźmierczak-Zagórska, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ja mam apel do pana ministra dotyczący szkolenia. Przy okazji wprowadzenia pakietu onkologicznego pojawił się problem, który jest nieustannie przez nas podnoszony. Chodzi mianowicie o to, że w Polsce brakuje wyszkolonych i kształcących się lekarzy, jest także problem rezydentur.

Pan minister powiedział, że będzie dużo rezydentur, oczywiście w tym roku zostanie rozdanych te sześć i pół tysiąca rezydentur. Ja mam taki apel… Pan minister powiedział, że każdy, kto będzie chciał… Pytanie jest takie: czy pan minister przewiduje możliwość naboru na rezydentury jesienne w sytuacji, kiedy ktoś nie otrzyma, powiedzmy, wymarzonej rezydentury z kardiologii? Chodzi o to, aby w ramach tego samego rozdania mógł wybrać inną rezydenturę, na przykład z radioterapii. Czy ministerstwo przewiduje…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Właśnie, to jest następny problem. Czy ministerstwo przewiduje jakieś dodatkowe bonusy wynikające z wyboru tych deficytowych specjalności? Ja już nie mówię o… Pan profesor Maciejewski zwrócił uwagę na to, że nie należy mówić o histopatologach, ale w rejestrze jest czterystu sześćdziesięciu siedmiu histopatologów, wśród nich są pewnie również patolodzy.

(*Dyrektor Oddziału w Gliwicach Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Bogusław Maciejewski*: Ja nie mówiłem o histopatologach, tylko o tym, że podstawowym kryterium nie powinno być rozpoznanie histopatologiczne.)

Tak, oczywiście.

(*Dyrektor Oddziału w Gliwicach Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Bogusław Maciejewski*: Podstawą jest rozpoznanie patologiczne.)

No właśnie, ale jest problem kształcenia w ramach tego rodzaju specjalności.

Panie Ministrze, jest gorący apel izby o to, aby ułatwić szkolenie, z jednej strony przyznając rezydentury, a z drugiej strony znajdując miejsca szkoleniowe, czyli zwiększając liczbę miejsc szkoleniowych. Jest to mój gorący apel dotyczący kształcenia lekarzy w Polsce i zatrzymania ich w kraju. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję pani prezes za ten konstruktywny głos.

Panie Profesorze, proszę mówić króciutko, bo musimy już kończyć.

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Krzysztof Warzocha:

Ja może odpowiem za pana ministra. CMKP prowadzi szkolenie w zakresie radioterapii. Jest prowadzonych siedemnaście kursów specjalistycznych z radioterapii na poziomie europejskim. Mało tego, dla specjalizujących się są przewidywane bonusy za wyjątkowe osiągnięcia. Naszym zdaniem bonusy te powinny trafić do tych ośrodków, które nie mają własnych środków finansowych, żeby w trakcie specjalizacji wysyłać rezydentów na przykład na kursy międzynarodowe. W każdym razie jest pełne obłożenie w zakresie onkologii, radioterapii onkologicznej, a do rezydentur może przystępować tylu lekarzy, ilu chce.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Panie Profesorze, dziękuję bardzo za to, że wyręczył pan pana ministra.

Dziękuję też w imieniu pana ministra.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Przepraszam, chcę tylko dodać, że w ramach rezydentur deficytowych lekarze mają wyższe wynagrodzenie od innych, więc to też jest bonus.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo! Dziękuję za udział w posiedzeniu komisji.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 59)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii