SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**98.**)
w dniu 10 czerwca 2015 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat funkcjonowania medycyny paliatywnej w Polsce.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dzień dobry. Witam serdecznie.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Jak państwo wiecie, tematem naszego posiedzenia komisji jest informacja ministra zdrowia na temat funkcjonowania medycyny paliatywnej w Polsce.

Witam bardzo serdecznie na naszym posiedzeniu panią minister Annę Łukasik – dzień dobry, Pani Minister – oczywiście wraz ze współpracownikami. Witam serdecznie przedstawicieli Narodowego Fundusz Zdrowia, witam panią kierownik Krystynę Łakomską. Witam oczywiście przybyłych gości. Pozwolicie państwo, że nie będę personalnie witał każdego z państwa, witam wszystkie panie i panów, panie profesor, przedstawicieli medycyny paliatywnej i przedstawicieli środowisk pacjentów, co jest istotne. Witam oczywiście również panie i panów senatorów.

Szanowni Państwo, jeżeli pozwolicie, to na początek pani minister powiedziałaby…

(*Głos z sali*: Tak.)

…na ten temat dwa słowa, a potem oddałbym głos którejś z pań profesor.

Proszę, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Łukasik:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeśli państwo pozwolicie, to pokrótce przedstawię informację dotyczącą medycyny paliatywnej w Polsce. Z danych, które są dostępne, i z atlasu opieki paliatywnej w Europie wynika, że Polska zajmuje wysokie, piąte miejsce pod względem rozwoju opieki paliatywnej, zaraz po Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji i Holandii. Jeśli chodzi o warunki udzielania i zakres świadczeń, to są one udzielane na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu paliatywnej i hospicyjnej opieki.

Jeśli chodzi o wspomniane rozporządzenie, to chciałabym powiedzieć, że w tej chwili w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji trwają prace związane z nowelizacją przedmiotowego rozporządzenia. Ta nowelizacja ma obejmować również rekomendację prezesa AOTM nr 8 z 2015 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej za pomocą leków dostępnych w Polsce" oraz drugą rekomendację, rekomendację nr 27 również z roku 2015, w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej we wskazaniu stwardnienie rozsiane poprzez włączenie rozpoznania stwardnienia rozsianego do wykazu nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, jako świadczenia gwarantowanego w zakresie tej opieki.

Ponadto chciałabym dodać, że na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2015 według planu przewidziana jest kwota 376 milionów zł i jest ona wyższa od kwoty z roku 2012 o 44 miliony zł.

Jeśli chodzi o specjalistów i kształcenie w dziedzinie medycyny paliatywnej, to według wykazu Naczelnej Rady Lekarskiej w tej chwili tytuł lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej ma trzystu siedemdziesięciu jeden lekarzy, w tym trzystu sześćdziesięciu dziewięciu wykonuje ten zawód. Chciałabym jednocześnie dodać, że minister zdrowia robi wszystko, żeby zwiększyć liczbę przyznawanych rezydentur we wszystkich dziedzinach medycyny. Na postępowanie jesienne przyznanych będzie około pięciu tysięcy rezydentur.

Jeśli chodzi o działania, które ministerstwo podejmuje na rzecz popularyzacji wiedzy na temat zasad terapii bólu, to mogę powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia nawiązało współpracę z konsultantami krajowymi z prośbą o stworzenie szczegółowego programu szkoleń na poziomie ogólnokrajowym oraz zobligowanie konsultantów wojewódzkich do zaplanowania cyklu tychże szkoleń, nawiązało też współpracę z Naczelną Izbą Lekarską i okręgowymi izbami lekarskimi z prośbą o współpracę z towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi. Współpraca z towarzystwami naukowymi została nawiązana. W ramach tej współpracy pojawiła się prośba o zorganizowanie wspólnych posiedzeń lub sesji tematycznych poświęconych terapii przeciwbólowej. Zaś do rektorów uczelni medycznych została skierowana prośba o położenie większego nacisku na kształcenie przeddyplomowe. Ministerstwo nawiązało

również współpracę z redaktorami naczelnymi czasopism medycznych z prośbą o publikację na łamach tychże czasopism cyklu artykułów na temat skutecznego i bezpiecznego leczenia bólu.

Jeśli chodzi o wspieranie tejże dziedziny i wykorzystywanie środków unijnych, to będzie taka możliwość w ramach perspektywy finansowej na lata 2014–2020. Konkretnie chodzi o wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii oraz opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej. W ramach środków unijnych przewidziane są zarówno roboty budowlane, jak i doposażenie oddziałów, które prowadzą tę działalność.

Jeszcze jedna informacja na koniec, nawiązująca do pakietu onkologicznego, bo tego typu pytań też spodziewamy się z państwa strony. Otóż w tej chwili, tak jak powiedziałam, trwają prace w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Po zakończeniu tych prac, które jest planowane mniej więcej na wrzesień bieżącego roku, po szczegółowej wycenie tychże świadczeń będą mogły być podejmowane dalsze decyzje o włączeniu ich do pakietu i o tym, czy będą to świadczenia nielimitowane. Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Pani Minister.

Domyślam się, że potem będą do pani minister pytania.

Mam przy okazji prośbę do państwa, którzy będą zabierali głos. Bardzo proszę o przedstawianie się do mikrofonu, bo to wszystko jest rejestrowane i potem będzie wydawane w formie pisemnej. Jest to dla nas bardzo przydatne.

Która z pań profesor chciałaby teraz zabrać głos?

(*Kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej w Katedrze Onkologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi Aleksandra Ciałkowska-Rysz*: Czy mogę?)

Proszę uprzejmie.

Kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej w Katedrze Onkologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz. Jestem kierownikiem Pracowni Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Byłam konsultantem krajowym przez poprzednie sześć lat.

Sytuacja w opiece paliatywnej wygląda – trudno to powiedzieć – na pewno źle, a jeżeli chodzi o tę wysoką pozycję, to ta pozycja uzyskana w 2005 r., bo to był 2005 r., czyli dziesięć lat temu, została wskazana na podstawie kryterium liczby jednostek. U nas, w Polsce były w tym czasie jednostki, które zajmowały się na przykład dwoma albo trzema pacjentami, dlatego to wyszło nam dobrze. Choć muszę powiedzieć, że i tak nie jest źle, dlatego że aktualizacja atlasu w 2011 r., która wzięła pod uwagę kryteria jakościowe i ilościowe, jednocześnie była oparta na sprawozdawczości kilku ośrodków, bo kilka osób z danego kraju wysyłało sprawozdania dotyczące sytuacji, dała nam najlepszą pozycję, najlepszą w tym sensie, że zaszeregowała nas do krajów o najlepiej rozwiniętej opiece paliatywnej.

Dzięki czemu? Zadecydowało o tym to, że posiadamy kształcenie w zakresie medycyny paliatywnej i że posiadamy centra edukacyjne i centra naukowe. Właśnie centra edukacyjne i centra naukowe, czyli to, że w części uniwersytetów medycznych są jednostki, które zajmują się opieką paliatywną, spowodowało zajęcie tej wysokiej pozycji.

Jednocześnie wszystkie dokumenty europejskie, również dokumenty do Parlamentu Europejskiego, które były w tym czasie, w ostatnich latach wydawane, pokazują, że opieka paliatywna w ogóle nie spełnia potrzeb Europy. W związku z tym kierowane są apele do wszystkich, do urzędów, do ministrów, do parlamentów, o to, ażeby w każdym kraju podnosić jakość opieki paliatywnej.

My byliśmy liderem, ale niestety mamy teraz kolejny problem, który może spowodować, że spadniemy do zupełnie innej kategorii. To jest reforma nauczania na uniwersytetach medycznych. Ja zadzwoniłam do kilku ośrodków, aby zasięgnąć informacji, i okazało się, że wszędzie następuje redukcja liczby godzin, których i tak jest niewiele z tego powodu, że zmniejsza się liczba lat nauki na uniwersytetach medycznych. A weźcie państwo pod uwagę to, że to głównie my jesteśmy tymi jednostkami, które kształcą w zakresie leczenia bólu, a i tak ze względu na małą liczbę godzin jest w tej sferze cały czas deficyt. Zostaliśmy poproszeni, ja przynajmniej, co było z mojego punktu widzenia bardzo złe, o zredukowanie liczby godzin, których i tak było już mało, i musiałam to zrobić. To jest sprawa, co do której być może jeszcze możemy interweniować. Chodzi o to, aby na wniosek ministerstwa ustalić minimalną liczbę godzin, która powinna być na wydziale lekarskim, tak aby absolwent medycyny posiadał wiedzę na temat leczenia bólu i wiedzę na temat medycyny paliatywnej, która tak naprawdę dotyczy większości dziedzin klinicznych, bo w większości miejsc, w których ci lekarze będą potem pracowali, znajdzie się pacjent z nieuleczalną chorobą.

Jeżeli chodzi o finansowanie, to sytuacja wygląda tak. Wiemy, że problem z finansowaniem polega na tym, że mimo zwiększenia się nakładów tych środków jest za mało. Owo zwiększenie nakładów o 40 milionów przy grupie pacjentów, którą się zajmujemy, a jest to ponad dziewięćdziesiąt tysięcy pacjentów, to bardzo niewiele w sytuacji niedofinansowania. To nie jest niczyja wina dzisiaj, bo to jest historyczna sprawa, my nie chcemy szukać winnych, tylko chcemy, żebyśmy podczas naszych spotkań mogli się zastanowić, jak to możemy poprawić. To jest sprawa historyczna, zawsze było mało. Tyle że jeżeli jest to dziewięćdziesiąt tysięcy pacjentów, którzy wymagają opieki domowej czy opieki stacjonarnej, to można policzyć te pieniążki i okaże się, że to wychodzi kilka złotych na pacjenta. To jest naprawdę bardzo niewiele. Nawet jeżeli to są wzrosty na poziomie kilku milionów, to jest to bardzo niewiele w stosunku do tego, co jest wydawane na onkologię.

Jednocześnie chciałabym powiedzieć, że pacjent, który trafia do opieki paliatywnej, to jest w ponad dziewięćdziesięciu procentach przypadków pacjent z chorobą nowotworową. Ja nie wiem, czy większość z państwa zdaje sobie sprawę z tego, że połowa pacjentów, którymi my

się zajmujemy, nie była leczona onkologicznie. Po prostu są to osoby, które mają rozpoznanie nowotworu, to jest nowotwór zaawansowany albo pacjent jest w podeszłym wieku i ten pacjent nie jest kwalifikowany do leczenia. W takiej sytuacji na tego pacjenta przeznaczone jest bardzo niewiele pieniędzy.

Dla nas to jest niesprawiedliwość społeczna. Jeżeli ktoś ma to szczęście, że ma nowotwór, który ktoś chce leczyć, to wtedy przeznacza się na niego nieraz grube miliony złotych. Jeśli zaś jest pacjent, który nie ma tego szczęścia, bo po prostu okazuje się, że choroba jest bardzo zaawansowana… Czasem sam pacjent ma zdecydować, bo zdarza się i tak, że dostaje od lekarza informację, że to jest nowotwór, który można spróbować leczyć, ale to leczenie będzie uciążliwe, albo można zdecydować się na opiekę paliatywną, gdzie będzie prowadzone leczenie bólu i innych objawów, będzie wsparcie. I teraz tak. Jeżeli pacjent powie, że on chce się poddać leczeniu onkologicznemu i objęty jest pakietem, to on idzie i dostaje to leczenie w ramach pakietu. Ja w tej chwili u siebie w hospicjum w Łodzi mam kolejkę oczekujących, czas oczekiwania to cztery miesiące. Połowa pacjentów nie doczekuje. Są skargi, są różne rzeczy. Tak wygląda sytuacja. Sprawozdawczość prowadzona przez NFZ, jeśli chodzi o kolejki, odbywa się, powiedzmy, na trudnych zasadach. My nie wiemy, przynajmniej w ostatnim czasie nas o to nie pytano, chyba dlatego, że te kolejki były tak duże.

W każdym razie moim zdaniem to jest świadczenie, które jest pewnego rodzaju świadczeniem humanitarnym. Nie można pozwolić, nawet nie pozwolić… W tym momencie, jeżeli to są cztery miesiące, to nie można mówić o dostępności. Różnie to wygląda w różnych województwach. W zależności od tego, czy pacjent ma szczęście mieszkać na przykład w województwie wielkopolskim czy w kujawsko-pomorskim, gdzie obejmowany jest opieką paliatywną od ręki, czy też w zachodniopomorskim, łódzkim czy mazowieckim, w którym jesteśmy, gdzie są kolejki, dostaje świadczenie albo nie. Czas oczekiwania to jest od miesiąca nawet do kilku miesięcy.

Co dalej? Załóżmy, że są nadwykonania. Ja dostałam propozycje zapłaty za nadwykonania w wysokości 25%, przy niedofinansowaniu, które wyszacowaliśmy na poziomie około 30–40%. To jest coś, co można potraktować jako jałmużnę. Myśmy się nie zgodzili, bo stwierdziliśmy, że to już jest troszeczkę za dużo.

Są chyba osoby, które w jakiś sposób odpowiadają za to, że w jednym województwie jest tak, a w drugim jest inaczej. Jeżeli czas oczekiwania to cztery miesiące, to przecież jest możliwość zwiększenia liczby kontraktów. Dla mnie to jest sytuacja tragiczna. Nie wynika to z braku jednostek. Generalnie w Polsce mamy wiele jednostek opieki paliatywnej. Oczywiście zdarzają się białe plamy, ale w większości przypadków brak dostępu do opieki paliatywnej wynika z niskiej liczby kontraktowanych świadczeń. A ludzie chcą to realizować, mimo że świadczenia nie są opłacalne. Może ktoś inny powie, jak to wygląda, jeżeli chodzi o wycenę w szpitalu.

Z takich prostych spraw, które można by było załatwić od ręki, jeżeli chodzi na przykład o opiekę stacjonarną, to jest dofinansowywanie procedur. Tym agencja się na pewno nie zajmie w najbliższym czasie, a jest to sprawa… Mamy przykład tego, co się kiedyś wydarzyło. Dwa lata temu nikt nas o to nie pytał i do opieki paliatywnej wprowadzono żywienie dojelitowe i pozajelitowe, wprowadzono możliwość niejako dosumowania takiego żywienia, jeżeli ono będzie się odbywało.

Na tej samej zasadzie można dofinansować na przykład przetaczanie krwi. Może pacjent wypowie się o tym, jak wygląda w tej chwili sprawa przetaczania krwi. My musimy pacjenta przenieść na inny oddział, żeby mu przetoczyć krew, bo my po prostu nie możemy rozliczyć krwi w oddziale. Jednocześnie w naszej grupie specjalistów medycyny paliatywnej głównymi, podstawowymi specjalizacjami są interna, onkologia, anestezjologia, chirurgia, czyli wszyscy ci lekarze mają specjalizację drugiego stopnia ze specjalizacji klinicznej, posiadają wiedzę i najczęściej w szpitalach wielospecjalistycznych jest wszystko, żeby tę krew przetoczyć. Jeżeli hospicjum znajduje się w budynku wolnostojącym, to trzeba pacjenta transportować, czyli zamawiać transport, a to wszystko jest związane z kosztami. To nie jest tak, że – nie wiem – ktoś tego pacjenta przeniesie. To wszystko tak naprawdę wymaga kilku prostych działań, możemy to zrobić łatwiej zamiast komplikować, mówiąc, że się nie da.

My cały czas spotykamy się z barierą: tego nie można albo to trzeba odłożyć. My boimy się, że to, co zostanie policzone przez agencję, to tak naprawdę wejdzie w życie nie wiadomo kiedy. Tymczasem w tej chwili grozi nam likwidacja dość dużej grupy oddziałów medycyny paliatywnej zlokalizowanych w szpitalach wielospecjalistycznych, ponieważ one są niedofinansowane na poziomie 30–40%, a wiadomo, że szpital będzie szukał lepszego wykorzystania łóżek, które są na jego terenie. Tymczasem te oddziały są bardzo potrzebne.

Wygląda to tak, tak było na przykład u mnie, że przyszli ludzie i powiedzieli: u Bonifratrów nie chcą przyjąć pacjenta z nefrostomią, z rurką tracheostomijną, z żywieniem pozajelitowym, z gastrostomią itd. Ten pacjent jest po prostu drogi. Poza tym oni twierdzą, że nie mają takich specjalistów. My też nie mamy. Oczywiście wszędzie można skorzystać z konsultacji. Nie zmienia to faktu, że ten pacjent po prostu jest pacjentem skomplikowanym. Pacjent, który trafia do opieki paliatywnej, to jest średnio w Polsce pacjent po sześćdziesiątym roku życia, średnio w Polsce ten pacjent ma dwa schorzenia współistniejące, maksymalnie było siedem – ja po prostu przeprowadziłam takie badanie – i wymaga oprócz leczenia choroby podstawowej leczenia dodatkowych schorzeń. My staramy się redukować to, co możemy, ale pewnych rzeczy nie da zredukować, na przykład cukrzycy, która bardzo często występuje, bo my nawet ją generujemy leczeniem, leczenie onkologiczne ją generuje, i ta cukrzyca po prostu jest. Jest cała masa takich skomplikowanych przypadków, na przykład pacjenci z przetokami, czasem nie z jedną, tylko z wieloma. Oni są drodzy. Oni mają zakażenia różnymi bakteriami, które również są oportunistyczne i wymagają drogich antybiotyków.

My tak naprawdę nie za bardzo jesteśmy w stanie kwotą 200 zł czy od 200 zł do 240 zł za osobodzień pokryć koszty płynów, które tym pacjentom należy podać, już nie mówiąc o standardowej liczbie opiekunów, z liczbą lekarzy nie ma problemu, ale mówię o pielęgniarkach, opiekunach, bo

wiadomo, że dużo szpitali się w tej chwili zaczyna posługiwać opiekunami, żeby obniżyć koszty. Jednak wszędzie przy liczeniu kosztów tak naprawdę to wyjdzie. Co można liczyć? Liczy się na podstawie tego, co mamy, czyli w każdym z tych szpitali będą za małe koszty personalne, wynikające z oszczędności, bo po prostu personelu nie ma. Są wolontariusze, ale z tym bywa różnie. Tak że my jesteśmy naprawdę w bardzo trudnej sytuacji i prosimy o pomoc. Właściwie staramy się dotrzeć do każdego miejsca, w którym ktoś mógłby nam pomóc, bo w przeciwnym razie opieka paliatywna, która jest fajna, która powstała na bazie ruchu społecznego – myślę, że to jest wielkie polskie osiągnięcie – za kilka lat może zniknąć, może tej opieki nie być albo będzie prowadzona na bardzo niskim poziomie. Dziękuję bardzo za wysłuchanie.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.
Proszę uprzejmie.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Medycyny Paliatywnej Wiesława Pokropska:

Wiesława Pokropska, aktualnie konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Ja chciałabym dodać parę słów odnośnie do leczenia bólu. Pani minister mówiła, że zostały przekazane informacje na ten temat, żeby ból był właściwie leczony, ale w opiece hospicyjnej o ile w hospicjach domowych nie ma takiego problemu z dostępem do leków nowoczesnych, opioidów, leków o przedłużonym działaniu, o tyle w hospicjach stacjonarnych jest z tym bardzo duży problem. Wynika to z tego, że stawka, która jest przeznaczona na osobodzień, nie wystarcza na to, żeby hospicja kupowały te drogie opioidy. W hospicjach stacjonarnych obecnie stosowana jest głównie morfina, która jest podawana podskórnie, ale to jest dużym utrudnieniem dla pacjenta, wiąże się z zadawaniem mu dodatkowego bólu oraz z większym nakładem pracy personelu. Tak że to złe wyliczenie stawki po prostu nie pozwala na oddziałach hospicyjnych właściwie leczyć bólu, tak jak ten ból powinien być leczony. Wynika to z braku dobrego finansowania.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.
Proszę uprzejmie.

Kierownik Oddziału Medycyny Paliatywnej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie Iwona Filipczak-Bryniarska:

Dzień dobry.

Iwona Bryniarska. Jestem kierownikiem Oddziału Medycyny Paliatywnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, a także konsultantem wojewódzkim dla województwa małopolskiego.

Ja chciałabym tylko uzupełnić to, co panie, moje przedmówczynie powiedziały na temat oddziału takiej opieki, ponieważ pracuję na oddziale stacjonarnym. Rzeczywiście kwota 210 zł, która obowiązuje w województwie małopolskim, jest niewystarczająca. Jeżeli chcemy zapewnić pacjentom zindywidualizowaną terapię, a jesteśmy specjalistami i do tego jesteśmy zobowiązani, jesteśmy zobowiązani do utrzymywania standardów i przestrzegania wytycznych, to nie ma możliwości, tak jak powiedziała pani doktor konsultant krajowa, zastosowania u pacjenta wszystkich opioidów. Oczywiście my je mamy, ale za cenę zadłużenia, mówię z perspektywy naszego oddziału. Jest to bardzo trudna sytuacja, ponieważ morfina nie jest w tej chwili panaceum na wszystkie schorzenia, nie jest sposobem leczenia wszelakich dolegliwości. Mamy bardzo szeroką wiedzę, mamy przygotowanych ludzi, tylko musimy mieć możliwość stosowania tych leków, nie dlatego, że mamy taki kaprys, tylko dlatego, że mamy taką wiedzę i wiemy, że chory wymaga takiego leczenia. Dotyczy to również tak zwanych leków dodatkowych, wspomagających. Jest też pewna grupa pacjentów, u których leczenie farmakologiczne nie jest wystarczające i w ich przypadku powinny być zastosowane różne inwazyjne metody, oczywiście indywidualnie, jeżeli jest taka konieczność. My mamy odpowiednich specjalistów, ale to są również zabiegi, które należą do procedur wysoko kosztowych.

W naszym oddziale oprócz leczenia stanów nagłych, bo dyżurujemy i przyjmujemy pacjentów z miasta, jeżeli jest taka konieczność, oczywiście oprócz przetaczania krwi, o czym mówiła pani doktor, jeżeli jest taka potrzeba, jest możliwość zagwarantowania pacjentom żywienia czasowego pozajelitowego.

Jest jeszcze jeden problem, problem tak zwanej paliatywnej radioterapii. Jest coraz większa grupa chorych, która kwalifikuje sią do paliatywnej radioterapii. Chorzy mogą być napromieniani, ale ośrodki radioterapeutyczne albo nie dysponują swoim zapleczem łóżkowym, albo – tak jest w większości – chcą pacjentów napromieniać, ale z zabezpieczeniem oddziałów, czyli oni mają swoją procedurę, my mamy koszty, które są przede wszystkim kosztami hospitalizacji i powikłań. To jest bardzo ważny problem.

Co więcej, kwestia wymiany rurek tracheostomijnych, nakłucia otrzewnej, zakładanie PEG. Mamy chirurgów, szpital uniwersytecki bardzo chętnie to robi, tylko my musimy kupić PEG, my musimy przygotować, wtedy jest sprawa przeniesienia do samej procedury tak zwanej gastrostomii i przy okazji wykonania zabiegu.

Także na pewno dużą trudnością, przede wszystkim dla chorych, jest to, o czym pani doktor mówiła Ciałkowska-Rysz, czyli przenoszenie chorych po to, żeby ich zdiagnozować czy wykonać jakieś badanie, jeżeli stan pacjenta pogarsza się, przyjeżdża nagle, pojawia się tamponada serca. Jesteśmy specjalistami, wiemy, co mamy zrobić, tylko przeniesienie pacjenta na kardiologię czy na kardiochirurgię jest obarczone wykonaniem w bardzo krótkim czasie kosztochłonnych procedur, a dostajemy za to 210 zł bez możliwości doliczania. To nie jest tak, że my chcemy doliczać, bo mamy kaprys, tylko taka jest konieczność. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Łukasik*: Jeśli ja mogłabym się odnieść…)

Tak, tak, już, Pani Minister.

Generalnie można powiedzieć, że opieka paliatywna jest chyba taką dziedziną niechcianą przez dyrektorów szpitali. Nie znam oddziału opieki paliatywnej…

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Łukasik*: Mówi to pan doktor…)

Ja to mówię z pełną premedytacją, bo kieruję ośrodkiem onkologicznym, w którym jest opieka paliatywna…

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Łukasik*: Właśnie.)

…i nie wyobrażam sobie, żeby opieki paliatywnej tu nie było. Myślę, że nie zdradzę wielkiej tajemnicy, jak powiem, że miałem spory zatarg z panią doktor, obecną tu panią konsultant, panią Jadwigą Pyszkowską. Pani Doktor, chociaż oboje jesteśmy bielszczanami, mieliśmy zatarg na ten temat, bo pani walczyła jak lew o tę opiekę paliatywną, a ja w pewnym momencie z pewnych obietnic się nie wywiązałem. Ale leżało mi to na sercu i w końcu się wywiązałem. Ten oddział w tej chwili jest i nie wyobrażam sobie, żeby go nie było. Ten oddział będzie się rozwijał, bo taka jest potrzeba. W każdym razie nie spotkałem, badając to i przygotowując się do dzisiejszego posiedzenia komisji, ani jednego oddziału opieki paliatywnej, który by się bilansował. Nie ma takiego oddziału. Więc nie jest to sprawa złego zarządzania, tylko jest to ogólny problem.

Potem oczywiście będzie dyskusja, a teraz proszę bardzo, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Łukasik:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Niejako na bieżąco chciałabym się odnieść do tego, co powiedziały panie profesor. Jeśli chodzi o to zjawisko, o którym pani profesor mówiła, dotyczące uczelni wyższych, to obiecuję, że zwrócimy się z zapytaniem do rektorów uczelni wyższych i sprawdzimy ten sygnał, sprawdzimy, czy to się potwierdza i w jakim zakresie. Udzielimy odpowiedzi na piśmie w tej sprawie, tak żebyśmy wszyscy mieli tę samą wiedzę.

Jeśli chodzi o sprawy związane z leczeniem naszych pacjentów i wyceną świadczeń, to wszyscy wiemy, ile jest środków w systemie, ale niezależnie od tego problemu aktualne jest to, co powiedziałam wcześniej. W tej chwili trwają prace, bo ze strony Ministerstwa Zdrowia została podjęta inicjatywa mająca na celu wycenę tych procedur. Myślę, że będziemy mogli wrócić do tej dyskusji we wrześniu, kiedy ta wycena zostanie dokonana, bo bez wyceny nie jest w tej chwili możliwe formalne podniesienie tych stawek. Jeśli więc mogłabym, to prosiłabym państwa o cierpliwość w tym zakresie do września. Wtedy na pewno tę dyskusję podejmiemy, mam nadzieję, jeszcze w tym samym składzie.

A jeśli chodzi o… Zacięłam się, przepraszam.

(*Wesołość na sali*)

(*Przewodniczący Rafał Muchacki*: Może pani…)

Nie, powiem tak. Ja rozumiem państwa doświadczenia i przyjmuję je z pokorą. Mogę obiecać, że na pewno przekażemy te informacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bo nikt tak jak państwo nie wie, jak wygląda rzeczywistość z drugiej strony. Tylko tyle chciałabym powiedzieć. Chcę podkreślić, że szanujemy te uwagi, przyjmujemy je z pokorą i przekażemy je do AOTM. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Ja mam do państwa taką prośbę. Bardzo bym prosił o to, żebyście państwo po zakończeniu posiedzenia komisji na adres e-mailowy senackiej Komisji Zdrowia przesłali swoje główne dezyderaty, dlatego że my potem do ministerstwa zwrócimy się z konkretnymi postulatami, z uwagami, które będą bardzo istotne.

Pani doktor dotknęła tu takiego problemu, który jest chyba prosty do rozwiązania. Ja rozumiem to, że nie ma pieniędzy, ale teraz nie o pieniądzach chcę powiedzieć. Jest pacjent, który leży na oddziale opieki paliatywnej, cierpi, odczuwa ból i ma skierowanie na przykład na radioterapię, którą można zrobić jednodniowo, ma iść na jeden seans, żeby go napromienić. Biurokratyczna bariera jest dość duża, bo chyba trzeba go wypisać z oddziału…

(*Głos z sali*: Nie, już nie trzeba.)

Już można bez tego? A czy to dotyczy również chemioterapii?

(*Głos z sali*: Nie.)

Właśnie, a czasem chemię też się podaje i jest ta bariera. Pacjent idzie na jeden cykl chemioterapii i wraca, a ten cykl jest na przykład trzytygodniowy. Można to po prostu rozszerzyć, Pani Minister. Załóżmy, że pacjent idzie na jeden dzień, na chemioterapię dzienną, gdzie podaje mu się chemię, i on w tym samym dniu wraca na oddział opieki paliatywnej.

(*Głos z sali*: Ale trzeba go wypisać.)

Tak, trzeba go teraz…

(*Głos z sali*: Jednocześnie ma chemioterapię.)

Mówię o chemii, tak, i trzeba go wypisać. Można by to zrobić tak, jak w przypadku radioterapii, w ten sposób, że ma seans i wraca. To jest coś, co na pewno ułatwiłoby nam pracę.

Teraz druga sprawa, która mnie interesuje. Chciałbym, żeby któraś z pań profesor albo pań doktor wytłumaczyła nam, senatorom, na czym polega różnica – ja troszkę wiem, ale to jest prowokacyjne pytanie – między opieką paliatywną, hospicjum, opieką w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym czy opiekuńczo-leczniczym a opieką długoterminową. Pytam, bo mamy do czynienia z pięcioma tytułami i można się w tym po prostu pogubić. Czy nie warto by to było jakoś uszeregować i uaktualnić?

Bardzo proszę, pani doktor Pyszkowska.

Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Jadwiga Pyszkowska:

Jadwiga Pyszkowska, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Jestem też od początku powstania dziedziny medycyny paliatywnej z uwagi na moje do-

świadczenie konsultantem wojewódzkim w tej dziedzinie w dwóch województwach, w województwach śląskim i opolskim. Ale przede wszystkim, o czym chcę powiedzieć, mam bagaż działalności w ruchu hospicyjnym od 1981 r. Potem, gdy otworzyły się drzwi w Polsce za granicę, czyli gdy nastąpiła ta cała zmiana systemu politycznego, przyjechali do nas nauczyciele z Wielkiej Brytanii i nauczyli nas programu, szerokiego programu pomocy medycznej i niemedycznej, nazywanego w języku angielskim *palliative care*, u nas zwanego opieką paliatywną. To jest specjalistyczna opieka paliatywna.

Bardzo dziękuję panu przewodniczącemu, senatorowi Muchackiemu za to, że wywołał ten temat, bo ja chciałam tym niejako zakończyć, powiedzieć w ramach podsumowania, ale bardzo dobrze się stało, że mówię o tym teraz.

Proszę państwa, gorąca bułeczka, dokument z maja 2015 r., który dostałam e-mailem z tej racji, że jestem w Krajowej Radzie do spraw Onkologii powołanej przez ministra zdrowia. Dokument, który dostałam e-mailem, nazywa się „Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje". Jest to raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Raport ten przygotowała pewna firma, ma on trzydzieści dwie strony. Na trzydziestu dwóch stronach ani razu nie pojawia się pojęcie opieki paliatywnej. Nie musi, bo nie jesteśmy dziedziną onkologiczną, tylko służymy pacjentom onkologicznym. Ale gdy w komputerze wpisałam w celu wyszukiwania hasło: hospic, bez końcówki gramatycznej, to wyszło mi jedno i prawie że dostałam zawału. Otóż, tak jest napisane w jednym z akapitów na stronie 15 tego dokumentu. Gorąca bułeczka, maj 2015 r., dokument, który będzie promowany przez środowisko onkologów, na pewno też na posiedzeniu krajowej rady itd.

Mówię o tym dlatego, że to, co pan przewodniczący, senator Muchacki powiedział, to jest właśnie źródło nieporozumień finansowych w Polsce od początku, od momentu powstania kas chorych. Gdy chodziliśmy jako samarytańska opieka, taka bezinteresowna, w ramach grup nieformalnych, jak to się nazywało, to tego nie zauważaliśmy. Nazywaliśmy się ruch hospicyjny. Ale gdy powstała opieka paliatywna, powołana przez ministra zdrowia i Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, której przewodniczącym był profesor Łuczak, było nas tam szesnastu apostołów z tej dziedziny, to się zaczęły robić miksy, które są do dnia dzisiejszego.

Proszę państwa, zespół autorów pisze w ten sposób. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia – pisze tu o świadczeniach, ile pieniędzy, to nie jest ważne – świadczeń odrębnie kontraktowanych, to jest specjalistycznych, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, to nie my, oraz świadczeń pielęgnacyjno-hospicyjnych. Proszę państwa, chcę państwu powiedzieć, wiecie o tym, ale chcę przypomnieć, że pielęgnacja to nie pielęgniarstwo. To po pierwsze. Pielęgnacją zajmuje się wnuczka, którą my uczymy, jak odżywiać, jak poić pacjenta. Pielęgniarstwo to jest dziedzina, w której się dostaje nawet tytuły naukowe, profesorskie belwederskie.

Proszę państwa, nie ma nas w tym dokumencie. Dlaczego? Bo my mamy stygmat, stygmat od lat osiemdziesiątych: ruch hospicyjny, dla umierających, więc nic nie trzeba dawać. Oni tam chodzą z dobrym sercem. Często nawet w wystąpieniach publicznych, w mediach mówię, że nas do dziś się postrzega przez wiele grup decydentów. Gdy powstawały kasy chorych w Polsce, to na Śląsku, proszę państwa, dostaliśmy 45 zł na osobodzień. Tak było, Panie Dyrektorze? Mogę tak zapytać?

(*Głos z sali*: Tak było.)

Tak było. Walczyliśmy. W Gdańsku, ponieważ mieli lepsze układy w pomorskiej kasie chorych, dostali 90 zł. Wywalczyliśmy wreszcie 210 czy 212 zł, tak jest dziś. To jest nic. To jest 40–60%. Proszę państwa, gdy ktoś robi źle, to mu wystarczy byle jaki pieniądz. Jeśli patrzę na pacjenta na zasadzie prześcieradło – przepraszam, że tak mówię, ale muszę tak powiedzieć jako prezes towarzystwa – gdy widzę prześcieradło pod pacjentem, a potem tylko prześcieradełko na nim jako całun, to nie trzeba żadnych pieniędzy.

Państwo już tu usłyszeliście od przedmówców, przedmówczyń, jakie to są potrzeby medyczne, wysokospecjalistyczne, wiecie, o co my się dobijamy. Przecież my jako lekarze, jako pielęgniarki, jako fizjoterapeuci, psychologowie z tego nie korzystamy. Dodam, że to są specjaliści, personel wysoko kwalifikowany, nawet opiekun niemedyczny musi mieć skończony czterdziestogodzinny kurs kwalifikacyjny. Tak w odpowiedzialnych zespołach opieki paliatywnej się dzieje. Tymczasem w Narodowym Funduszu Zdrowia nas się postrzega – tak tu jest podane, nieważne, czy ktoś się pomylił, czy nie, ale cały czas, tak samo jest w 2015 r., jest ten stygmat – jako świadczenie pielęgnacyjno-hospicyjne. To gdzie tu jest medycyna?

Ja jestem specjalistą medycyny paliatywnej i z pierwszego wykształcenia anestezjologiem. Gdzie tu jest pielęgniarstwo opieki paliatywnej? Nie ma. Jeśli przedstawia się takie, że tak powiem, transparenty, takie sygnały docierają do mózgu, do świadomości społeczeństwa i decydentów, to nie jest to, Pani Minister, żaden kierunek.

Pani wzbudza u mnie kolejną nadzieję. Ja żyję spotkaniami w Ministerstwie Zdrowia od 1991 r., od momentu powstania krajowej rady. Ja przeżywałam takie falowanie: zmiana, nowa twarz, nadzieja, a potem bum i po sprawie. Ja mam nadzieję, liczę na to, że doczekam tego, że z tej nadziei będą jakieś dobre efekty.

A o co mi chodzi? Studenci wydziału lekarskiego medycyny nie będą już mieli przedmiotu medycyna paliatywna. Program boloński go nie przewiduje. A przecież epidemiologia światowa, podkreślam, światowa epidemiologia pokazuje, że będzie wzrastała liczba takich pacjentów i to nie dlatego, że mamy złą medycynę i ludzie chorują, tylko dlatego, że jest nas tak dużo i tak długo żyjemy, więc będzie nas coraz więcej potrzebujących opieki paliatywnej, medycyny paliatywnej, a nie mniej, bo będziemy chorować dłużej, a przecież nie możemy cierpieć. Więc kto ma nas leczyć? Ja pytam: kto przyjdzie do mnie jako do pacjentki? Ten niedouczony lekarz, który ani nie jest nauczony postawy, ani nie ma wiedzy? Pani doktor powiedziała o tym, że to nie są nasze fanaberie.

Proszę państwa, jest ustawa o zawodzie lekarza, tak samo o zawodzie pielęgniarki. Ja przypominam, przypominam na wykładach, powiedziałam o tym na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia i przypominam to tu: jeżeli lekarz nie leczy metodą współczesną, podkreślam, metodą

współczesną, skuteczną i bezpieczną, obojętnie, czy jest chirurgiem, czy medykiem paliatywnym, to łamie ustawę o zawodzie lekarza i ma prawo być przez pacjenta lub jego rodzinę zaskarżony. W tej sytuacji możliwe jest odszkodowanie, a może nawet i sprawa prokuratorska, bo gdy pacjenta się niewłaściwie leczy, to się mu szkodzi. A skąd ci studenci medycyny mają mieć wiedzę, skoro im się okrawa te godziny? Gdy nie wiadomo, o co chodzi, to wiadomo, że chodzi o pensum.

I ostatnia sprawa, żeby skończyć z tym stygmatem opieki pielęgnacyjno-hospicyjnej. Nie wolno zgubić tego, że mamy w Polsce rzeczywiście dobrze rozwiniętą tę opiekę dzięki ofiarności, nie ofiarności finansów, lecz ofiarności lekarzy pasjonatów, do których ja też należę, to widać już po moich rumieńcach. Ale tak to jest, my wszyscy tu jesteśmy pasjonatami. Na nas czasami już patrzą nie jak na dziwaków i nawiedzone osoby, ale z podziwem, tyle że my nie mamy już na kogo patrzeć z podziwem, gdyż przychodzą ludzie, którzy teraz inaczej patrzą na medycynę, bo tak ich nauczono.

Szanowni Państwo Senatorowie! Panie Przewodniczący! Pieniędzy w kasie nie ma, ja o tym wiem, ja wiem, gdzie ja żyję, ale są kroki, które powinny zostać podjęte od serca, empatycznie i politycznie. Polityka, no, niestety nacechowana jest negatywnie, ale też może mieć ludzką twarz. Błagam i proszę po raz kolejny, to jest decyzja jednego człowieka, którego trzeba do tego przekonać. Można zmienić warunki kontraktu, konkursu itd., można. Zróbcie mnie prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, to ja to zrobię, bo mam odwagę. Proszę państwa, trzeba zlikwidować limity. Jak można powiedzieć kobiecie, która przychodzi, żeby rodzić: proszę zaczekać, bo pani już nie mieści się w limicie, nie mamy kontraktu. Proszę sobie znaleźć inne miejsce do porodu, 30 km dalej.

Jeżeli nie limituje się narodzin, tak jak powiedział kiedyś pan dyrektor Sokołowski z Wrocławia na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, to jakim prawem, powtarzam, jakim prawem państwo każe limitować obywatelowi umieranie. A my w tym bierzemy udział. I co się dzieje? Mamy serce, mamy moralność, mamy umysł. Ja jako konsultant wojewódzki często słyszę: co ja mam zrobić? Ja nie chcę odmawiać. Ja mówię: proszę odmawiać, proszę wysyłać rodziny do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i starać się o promesę. Tego już podobno nie ma. Nie wiemy, jakie są możliwości, ale proszę państwa, ci ludzie przyjmują chorych i wtedy ze stawki 80 zł robi się 40 zł w opiece domowej, a na oddziale zamiast 200 zł jest 100 zł, przy wszystkich wydatkach, czyli jeszcze się zmniejsza, idzie w dół ten budżet osobowy na pacjenta. Zatem okradamy się, robimy jakieś mizi, mizi pacjentowi, dajemy mu podskórnie morfinę, co jest skandalem, bo to jest, proszę państwa, standard z 1978 r. My już mamy inne standardy, standardy podawania doustnie, transdermalnie, tak żeby pacjent nie doznał skutków opioidowych. To jest nasz obowiązek. Rodzina ma prawo mnie osądzić, stwierdzić, że ja źle leczyłam, jeżeli ja będę stosować leki, które współcześnie mogłam stosować inaczej. Bardzo przepraszam, ale chciałam to powiedzieć.

Proszę państwa, opieka hospicyjna i hospicjum to jest filozofia oddawania posługi chorym, mówiło się: umierającym, a my posługujemy chorym, którzy mają objawy z powodu zaawansowania choroby, ale mogą wyzdrowieć, tak, mogą wyzdrowieć. W pakiecie onkologicznym nie musi nas być, ale dostęp do poradni medycyny paliatywnej powinna mieć każda kobieta, u której diagnozuje się na przykład ból w lewej piersi. Onkolog, ja go rozumiem, musi się skoncentrować na walce z nowotworem, ale jednocześnie powinien powiedzieć: kieruję panią do poradni medycyny paliatywnej, tam opanują pani ból, wymioty, zaparcia, obrzęki limfatyczne, bo panią zoperowaliśmy czy zoperujemy, bo panią naświetlimy, bo zastosujemy u pani chemioterapię. Proszę państwa, my musimy być dla pacjenta dyspozycyjni wtedy, kiedy cierpi, a nie kiedy umiera. Tak już jest na świecie. Opieka paliatywna światowa, standardy światowe to leczenie objawowe w zaawansowaniu choroby lub wtedy, kiedy zagraża to zdrowiu, o życiu też się tu mówi, ale przede wszystkim o zdrowiu. Proszę państwa, ból jest śmiertelny, tylko tego się nie zauważa. Pacjent sobie nie radzi z nowotworzeniem i onkolodzy się dziwią – przepraszam za to słowo – cholera, czemu ta chemioterapia nie pomogła, choć powinna. U innych pomaga, u tego nie. Bo cierpiał z bólu. W jednym centrum onkologii nawet wyskoczył z tego powodu przez okno. Onkolodzy mu powiedzieli: rak musi boleć. Więc wyskoczył przez okno.

(*Przewodniczący Rafał Muchacki*: Dziękuję bardzo, Pani Doktor…)

Opieka paliatywna to jest specjalistyczna opieka medyczna i niemedyczna, opieka sprawowana przez specjalistów, przez wyspecjalizowane pielęgniarki, wszystkich, nawet fizjoterapeuta musi mieć specjalne kwalifikacje, nie wystarczą mu studia. Przepraszam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Doktor, za tę wypowiedź. Ona też wiele nam dała.

Pani minister była uprzejma zauważyć, co jest niejako poparciem słów pani doktor, że Unia Europejska przeznacza teraz pieniądze na geriatrię i na opiekę paliatywną, czyli w Unii Europejskiej widać trend, tendencję do tego, żeby się tym problemem zająć. Myślę, że powinniśmy też bacznie się tym sprawom przyjrzeć.

Najpierw pan, potem pan.

Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Oddziału Dolnośląskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej Maciej Sokołowski:

Maciej Sokołowski. Jestem wiceprezesem Oddziału Dolnośląskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej i przedstawicielem Porozumienia Hospicjów Dolnośląskich.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Pani Minister! Szanowni Państwo!

Problemy i postulaty dotyczące opieki paliatywnej są tak naprawdę dwa. Pierwszy to zwiększenie wyceny finansowej. Do tego odniosła się pani minister, mówiąc o pracach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Boimy się tego, że te prace będą trwały bardzo długo i skutki po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia tej lepszej wyceny pojawią się dopiero za rok czy dwa.

Drugi postulat, który mógłby być praktycznie załatwiony od ręki, to zniesienie limitowania świadczeń. Proszę zwrócić uwagę na to, o czym mówiły panie, moje przedmówczynie. Opieka paliatywna zmieniła się, zmieniła się jej rola na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. W ubiegłym wieku opieka paliatywna była traktowana jako opieka w momencie, kiedy onkolog już nic nie może zrobić i przekazuje pacjenta. Można to porównać do swojego rodzaju sztafety: masz, teraz ty gonisz, ja już skończyłem swoją robotę. Na początku tego wieku Światowa Organizacja Zdrowia zmieniła definicję opieki paliatywnej, idąc w stronę opieki wspierającej. Opieka paliatywna jest dzisiaj opieką wspierającą i gramy w zespole ze specjalistami onkologami.

Nasze problemy, problemy środowiska opieki paliatywnej nasiliły się po wprowadzeniu pakietu onkologicznego, ponieważ pakiet onkologiczny przesuwa ciężar leczenia w stronę opieki ambulatoryjnej. Wiele procedur, które do tej pory były realizowane w ramach hospitalizacji, przesunięto do realizacji ambulatoryjnej, ministerstwo słusznie zauważyło, że lepiej będzie, jeżeli te świadczenia będą realizowane ambulatoryjnie. To powoduje, że pacjent trafia do domu, nie jest na oddziale szpitalnym, i wymaga częstszych interwencji zespołów opieki domowej w hospicjach domowych, ponieważ zadaniem opieki paliatywnej jest poprawianie jakości życia chorych i ich rodzin, opieka ta obejmuje również zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia. W skład zespołów wchodzą oprócz lekarzy i pielęgniarek psychologowie i rehabilitanci. Ta opieka jest niezwykle potrzebna właśnie w czasie trwania leczenia, intensywnego leczenia onkologicznego.

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta polscy pacjenci mają prawo do nielimitowanej opieki z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Mówi o tym art. 20 ust. 2: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień". Tu nie mówi się o jakimkolwiek limitowaniu świadczeń, a tymczasem to limitowanie ma miejsce.

Przy czym Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał tego roku sfinansował nadwykonania w wysokości 50%. Przeznaczył na to 580 tysięcy zł. To znaczy, że nadwykonania za I kwartał przekroczyły nieco 1 milion zł. Tymczasem oddział dolnośląski oddał 150 milionów zł do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia jako niewykorzystane środki z roku ubiegłego. Zobaczcie państwo, jakie to są proporcje. Tak naprawdę sfinansowanie wszystkich nadwykonań w całej Polsce wymaga kwoty kilkunastu, może kilkudziesięciu milionów złotych. My mamy niezwykłe kłopoty, odmawiając pacjentom przyjęcia na oddział. W zasadzie trudno jest odmówić pacjentom w hospicjach domowych. W hospicjach stacjonarnych ograniczeniem jest liczba łóżek, po prostu nie da się dwóch pacjentów położyć w jednym łóżku.

To, co mówię, zostało ostatnio potwierdzone również przez Najwyższą Izbę Kontroli. Właśnie zakończyła się kontrola NIK na Dolnym Śląsku dotycząca funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014. Wnioski są trzy: jakość opieki paliatywnej według NIK jest bardzo dobra, problemem jest za mała liczba łóżek i w związku z tym kolejki, ale NIK twierdzi, że ten kłopot z dostępnością wynika z niskiej wyceny świadczeń. Pan przewodniczący już zwrócił uwagę na to, że dyrektorzy szpitali czy prywatne podmioty nie zwiększają liczby łóżek opieki stacjonarnej, ponieważ jest to skrajnie nieopłacalne i nie bardzo jest z czego dokładać, tym bardziej że fundusz finansuje nadwykonania tylko w części, czyli mamy do czynienia z limitowaniem świadczeń, które również jest barierą w dostępie. Myślę, że limitowanie świadczeń możemy tak naprawdę znieść od ręki. Myśleliśmy, że na dzisiejszym posiedzeniu ministerstwo to właśnie nam zadeklaruje, ponieważ na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia w styczniu tego roku po zgłoszeniu tych naszych postulatów usłyszeliśmy z ust przedstawicieli ministerstwa i Narodowego Funduszu Zdrowia, że zostanie przygotowana nowelizacja pakietu onkologicznego po I kwartale i zapewne postulaty środowiska co do nielimitowania opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w części dotyczącej opieki nad pacjentami z chorobami nowotworowymi, będą przedmiotem zmian legislacyjnych, tak żeby tych kłopotów uniknąć. Dzisiaj ja tego jasno wypowiedzianego nie usłyszałem od pani minister, ale może pani minister jeszcze to dopowie.

Wiem, że projekty nowelizacji ustaw w tym zakresie już się pojawiły i zostały przekazane do konsultacji. Tam zapisów dotyczących nielimitowania opieki paliatywnej i hospicyjnej nie ma. My zwracamy uwagę na to, że może i nie musi ich być, skoro zapisy na ten temat są w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję panu, Panie Doktorze, za tę wypowiedź.

Rzeczywiście z pakietem onkologicznym jest trochę problem, ale już wczoraj spotkaliśmy się i rozmawialiśmy na ten temat w gronie dyrektorów wieloprofilowych centrów onkologii. Ja mogę powiedzieć tak, Panie Doktorze, że rzeczywiście dyrektorzy centrów onkologii wszędzie szukają oszczędności. Gdy na przykład u mnie w szpitalu szukaliśmy oszczędności, to jednym z pomysłów było to, żeby ograniczyć liczbę personelu, a gdzie, na oddziale opieki paliatywnej. Oczywista sprawa, że tego nie zrobię, myślę o powiększeniu tego oddziału. Trudno.

To, co pan powiedział, to jest bardzo istotne, mam na myśli nielimitowanie świadczeń w opiece paliatywnej. Przypomniało mi się takie piękne sformułowanie, zresztą wielkiego Polaka, bo naszego papieża, Jana Pawła II, który kiedyś, po spotkaniu z chorymi powiedział, że śmierć jest ostatnim momentem życia i do tego życia należy. W związku z tym pacjentowi należy się godne umieranie. My w tej chwili, mając świadomość tego, że opieka paliatywna to nie jest tylko umieranie, wiemy, jak wiele zależy od tego, żeby pacjent miał rzeczywiście godne warunki, żeby nie był w samotności, żeby miał być może osobną salę, w któ-

rej może być przy nim rodzina, w której byłby otoczony ludźmi, którzy go kochają. To jest bardzo istotne, a to nie wymaga pieniędzy jako takich, tylko wymaga stworzenia odpowiednich warunków. Trzeba będzie może skorzystać z pieniędzy unijnych, żeby maksymalnie poprawić warunki bytowania tych pacjentów.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Już, Panie Doktorze, moment.

To jest chyba podstawowa rzecz, ważne jest to, żeby te świadczenia były nielimitowane.

Proszę bardzo.

Wiceprezes Oddziału Dolnośląskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej Maciej Sokołowski:

Jeszcze tylko jedno zdanie. Proszę państwa, to już zostało tu powiedziane: nie limitujemy przychodzenia na świat, nie limitujmy również odchodzenia. A proszę zobaczyć, jeśli pacjent ma odejść i może to zrobić wśród najbliższych, pod opieką zespołu hospicjum domowego, to jest to troszkę inne odchodzenie niż wtedy, gdy nie ma dostępu do opieki paliatywnej, do opieki hospicyjnej i pacjenta trzeba zawieźć do szpitala na oddział chorób wewnętrznych, a to jest opieka zdecydowanie droższa. My wydajemy te pieniądze, tylko nie tam, gdzie one byłyby wydane efektywnie i spożytkowane odpowiednio, z korzyścią dla pacjenta.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję.

Proszę uprzejmie.

Prezes Zarządu Ogólnokrajowego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową Jacek Gugulski:

Dziękuję. Dziękuję za udzielenie głosu.

Jacek Gugulski, Stowarzyszenie PBS, inicjator Obywatelskiego Porozumienia na rzecz Medycyny Paliatywnej.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Pani Minister!

Ja chciałbym powiedzieć tak. Z naszego punktu widzenia, jeżeli chodzi o pacjenta, niedopuszczalne jest – to już wielokrotnie na tej sali padło – limitowanie świadczeń. To jest tak, jakby ktoś zadzwonił po straż pożarną, a strażak mu powiedział: proszę pana, dzisiaj to do pana nie przyjedziemy, proszę poczekać do pierwszego, bo nie mamy pieniędzy na paliwo. To trochę tak wygląda. Etyka i humanitarne podejście do człowieka – zresztą wymaga od nas tego Unia Europejska, wysokie standardy, które obowiązują w Unii Europejskiej – powinny powodować, że tymi ludźmi też będziemy się zajmować. Tym bardziej że to nie jest wina tych ludzi, że zachorowali, że znaleźli się w takiej sytuacji. Idea państwa polega na tym, po to właśnie zostało stworzone państwo, żeby wspierać tych słabszych.

Ja chciałbym tu powiedzieć o kilku kwestiach. Pani minister powołała się na sytuację wzrostu, mówiła o rozwoju medycyny paliatywnej. Ja mogę przytoczyć inne statystyki. Jesteśmy na pierwszym miejscu w Europie, jeżeli chodzi o leczenie bólu środkami typu paracetamol kupowanymi na stacjach benzynowych i w sklepach, a na szarym końcu, jeżeli chodzi o leczenie tymi wysokospecjalistycznymi, nowoczesnymi opioidami, co się tu potwierdziło, między innymi panie profesor przedstawiały dane, pokazywały, jak to wygląda, mówiły, że nie można tego stosować, bo jest niedofinansowanie.

Domyślam się też, że w części ta sytuacja tak wygląda z tego powodu, że nie ma dofinansowania i nie ma odpowiedniej liczby łóżek… Oczywiście nie każdy pacjent musi leżeć w szpitalu, bo dążymy też do tego, żeby mógł on być jak najbliżej rodziny, jeżeli to tylko możliwe, żeby dostał taką opiekę w domu. W każdym razie te szczegóły, o których panie mówiły, także to przenoszenie z oddziału na oddział, powodują, że szpital gubi pieniądze. Myślę, że pan przewodniczący, będąc jednocześnie dyrektorem szpitala, to potwierdzi. Bo wygląda to tak, że za pierwszy dzień nie zostanie zapłacone, za ostatni też nie i nagle się okazuje, że pan dyrektor przyjdzie do szefa oddziału i powie: słuchaj, musisz coś z tym zrobić, jeśli nie, to będziemy mieli stratę, a gdy będziemy mieli stratę, to ja będę miał kłopot. Tak to dzisiaj zostało ustawione, szpitale muszą się bilansować. Nie chodzi tu o to, żeby wprowadzać jakieś limity, bo przecież nie można przewidzieć, ilu będzie pacjentów w danej jednostce, ilu trafi na chirurgię czy pod opiekę paliatywną, ale diabeł tkwi w szczegółach.

Pani Minister, proszę państwa, jest tu chociażby kwestia przetaczania krwi i produktów krwiopochodnych. Stowarzyszenie hemofilików wspólnie z hematologami napisało nawet standardy w kwestii ratownictwa i zaopiekowania się tymi ludźmi. Niestety, w odpowiedzi pani kolega, pan minister Warczyński, cały czas pisze, że państwo się zastanawiają. Bodajże od trzech lat te standardy są napisane przez lekarzy i nikt tego nie chce dotknąć. A wystarczy jedno bardzo proste rozwiązanie: stworzenie karty hemofilika. O co tak naprawdę chodzi? Chodzi o jedno. Pacjent trafia do szpitala z rozciętą ręką, zaszywa mu się ranę, ale jeśli nie dostanie czynnika krzepnięcia, to może umrzeć. A często mu się tego nie robi, tylko się go gdzieś odsyła, bo szpital nie dostanie za to pieniędzy. Jeżeli nie ma na to pieniędzy… Ja nie mówię, że tych przypadków są setki. Naprawdę niewiele jest takich przypadków, a chodzi o ludzkie życie, o to, żebyśmy tym ludziom ulżyli w cierpieniu. Podałem hemofilię jako przykład, mógłbym wymieniać inne, ale nie mamy na to czasu.

Dodam jeszcze parę słów o kwestii szkolenia. Ostatnio byłem na konferencji – była ona dosyć pouczająca – w czasie której rektorzy uczelni medycznych mówili o szkoleniu młodzieży i o zmianach, które zaistniały. Główny kłopot, Drodzy Państwo, zwracam się z tym również do pani minister – szkoda, że na tej konferencji nie było nikogo z ministerstwa – jest taki, że przyspieszono szkolenie przyszłych lekarzy, ale niejako nie poszły za tym pieniądze, żeby ci lekarze byli dobrze wyszkoleni. Rektorzy podawali konkretne przykłady. Otóż, żeby ten program wdrożyć, to na ostatnim roku muszą być grupy trzyosobowe, a nie sześcio-

osobowe, jak było do tej pory, bo wtedy lekarz będzie miał tylko teoretyczną wiedzę. Zresztą panie profesor mówią, że ogranicza się czas nauki. To jest normalne, że jeżeli jest taka sama liczba godzin, ale jest pięć lat zamiast sześciu, to mamy problem. Albo róbmy tę reformę i dajmy pieniądze, albo nie róbmy jej wcale, bo za chwilę… Zresztą z panią konsultant rozmawialiśmy też o tym, że obecnie – tak jak panie powiedziały – medycyna paliatywna to jest medycyna pasjonatów. Jeżeli nie zostaną stworzone odpowiednie warunki, a liczba pacjentów będzie się zwiększać – ja apeluję o to, żeby stworzyć taki warunki – to możemy mieć do czynienia z taką sytuacją, że za chwilę będzie nam także brakować lekarzy, bo nie będą chcieli pracować w deficytowych oddziałach.

Ja nie twierdzę, że to ma przynosić zysk, bo moim zdaniem szpital, oddział nie jest po to, żeby zarabiać, ale musi mieć pieniądze na to, żeby mógł leczyć zgodnie z wiedzą medyczną. Z jednej strony szkolimy lekarzy, szkolimy studentów, oni mają wiedzę, mają drabiny analgetyczne i mogą przyporządkować leki, zadecydować, jakie leki podać pacjentowi, czy z jednej, czy z drugiej, czy z trzeciej grupy, a z drugiej strony mają oni tylko morfinę. To jest problem. Ja sam jestem pacjentem i pamiętam czasy, kiedy brałem jeden z zastrzyków. Nikt mi wtedy nie powiedział, jak to może wyglądać, że rak nie musi boleć. Ja dzisiaj to wiem. Organizuję również spotkania dla pacjentów dotyczące problemu bólu i pacjenci są zachwyceni, bo jeżeli mają ten problem, to wiedzą, że można się o to ubiegać. Jeśli jednak przyjdą do pani doktor czy do pana doktora i ktoś powie: tak, ale nie ma… Oczywiście państwo wprost tego nie powiecie, bo to jest niemożliwe.

O jeszcze jednej sprawie chciałbym powiedzieć. Powiedziano tu o pewnej bardzo ważnej kwestii, o tym, że lekarz ma leczyć według najnowszej wiedzy. Ja często z racji zajmowania się pacjentami oglądam różne programy informacyjne, śledzę bieżące wiadomości, wydarzenia i inne, i zauważam, że często pan minister, pani szef wypowiada się: tak, bo to jest wina lekarza. Proszę państwa, ja też znam te procedury, bo próbuję się w to zagłębiać, jestem pacjentem świadomym, których chce wiedzieć, jak to funkcjonuje, jak można to poprawić dla dobra pacjentów, żeby inni nie przechodzili takiej drogi, jaką się przechodzi teraz czy jaką się przechodziło kiedyś – wiele spraw udało się załatwić i za to dziękuję – ale nie można wszystkiego zganiać na lekarza, kiedy on, że tak powiem, dostaje na… Może posłużę się porównaniem. Załóżmy, że ktoś dostaje środki na naprawę jednego samochodu, a mówi mu się, że ma naprawić cztery samochody. Tego się nie da zrobić. Do tego jeszcze ma za to odpowiadać, bo jest odpowiedzialny zawodowo.

Ja mam oczywiście więcej przemyśleń – wiele spraw zostało tu poruszonych – i prześlę państwu nasze przemyślenia w tej sprawie. Jesteśmy do dyspozycji. Jako Obywatelskie Porozumienie na rzecz Medycyny Paliatywnej Będziemy prosić o wspólne spotkanie z lekarzami. Prosilibyśmy o to, aby odbyło się ono jeszcze przed wrześniem, bo ja obawiam się tego, że gdy we wrześniu rząd to wszystko poukłada, to będzie dużo rzeczy do poprawy. Myślę, że trzeba skorzystać z wiedzy specjalistów, którzy na co dzień się tym zajmują, oczywiście pań z NFZ, państwa z ministerstwa, bo państwo też wiedzą, jak to powinno proceduralnie być poukładane. Chodzi o to, żeby znaleźć jakiś kompromis. Nie może być tak, że wszystko będzie opisane, a potem się okaże, że znowu pacjenta trzeba przewozić na drugi oddział, a można to zrobić dużo taniej, w niektórych przypadkach nawet nie dokładając pieniędzy, ale tak, żeby szpital dostał za to pieniążki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie.

Z jednym się nie zgodzę. Wie pan, wszyscy czy wielu mówi, że szpital nie powinien zarabiać. Nieprawda, szpital powinien zarabiać, absolutnie szpital powinien zarabiać i to dużo zarabiać. Ja mam dość chodzenia po starostach, burmistrzach, prezydentach i padania na kolana, proszenia: kupcie mi aparat do USG albo kupcie mi rentgen. W samorządach to jest tak, *panem et circenses*, chleba i igrzysk, na sport i na inne rzeczy są pieniądze, ale najdrobniejszy sprzęt to trzeba wyszarpać im z gardła. Mnie już roznosi, gdy mam coś takiego robić.

(*Głos z sali*: Panie Przewodniczący, jedno…)

Jeden moment, sorry, jeszcze trochę to poprowadzę.

Tak po prostu być nie może. Szpital ma zarabiać, szpital też powinien o siebie zadbać. Organ założycielski niech daje na malowanie, na dachy, na ulicę, ale przecież ten sprzęt… Myśmy powinni mieć pieniądze na odtworzenie tego wszystkiego, tak jak jest w każdym normalnym zakładzie. Tak że skończmy z tym mitem, że jak medycyna, to nie można grosza zarobić. Nie. Powinno się zarabiać, lekarze nie powinni latać po czterech szpitalach, poradniach, żeby dorobić się jakichś tam pieniędzy. To jest jedna sprawa.

Jest też druga sprawa, sprawa drobna, którą poruszę, i to będzie moja prywatna sprawa. Nie wiem, dlaczego wentylowani mechanicznie są przypisani do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, a nie do opieki paliatywnej.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Dla mnie to jest takie trochę bezsensowne. Przecież mogliby być objęci opieką paliatywną.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, nie, ale to nie jest ratowanie za wszelką cenę, to…

(*Głos z sali*: …Historycznie, prawda?)

Właśnie, może historycznie, ale to się powinno zmienić. To absolutnie powinno się znaleźć w ramach opieki paliatywnej, bo tam jest opieka specjalistyczna. Przy takim chorym musi być całodobowy dyżur lekarski, pielęgniarski, musi być ktoś, kto umie odetkać rurkę, która się przytka, kto umie coś z tym pacjentem zrobić, jeżeli wystąpi jakieś zagrożenie życia. Ja bardzo bym prosił o zwrócenie uwagi na to, żeby to jednak było przypisane do zakładu opieki paliatywnej, a nie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Wydaje mi się, że to jest ważne.

Nurtuje mnie jeszcze jedna sprawa. Myślę, że to jest pytanie i do pani minister, i do NFZ. Ja przeglądałem ceny i w całej Polsce są one absolutnie zróżnicowane, one się wahają mniej więcej od 170 zł czy 180 zł do 250 zł.

(*Głos z sali*: W opiece stacjonarnej.)

Tak, mówię o opiece stacjonarnej, o kwocie za osobodzień.

W innych dziedzinach medycyny są JGP, tak jest w całej Polsce, wiemy, ile kosztuje punkt, i wszystko jest jasne. W tej sytuacji nie mogę pojąć tego, że tu są różne wyceny i to różnice są dość znaczne, tak jak powiedziałem, od 170 zł do 250 zł. Czy nie byłoby jednak dobre ujednolicenie ceny za osobodzień, ustalenie jej na pewnym poziomie? Nie wiem. To już na pewno panie musielibyśmy poprosić o wycenę osobodnia. A do tego można by doliczać już zgodnie z grupą JGP na przykład przetaczanie krwi i inne zabiegi. Prawda? Czy ujednolicenie cen nie byłoby jednak najrozsądniejsze? Naprawdę pacjent w Szczecinie i pacjent w Rzeszowie objęci opieką paliatywną są takimi samymi pacjentami, tymczasem tu jest 170 zł, a tu jest 250 zł. To jest trochę bezsensowne, więc zmiana byłaby bardzo istotna.

My wiemy, że panią minister obarczamy teraz straszną liczbą informacji, ale to będzie służyło nam wszystkim, bo kiedyś być może tam trafimy, będziemy potrzebowali opieki paliatywnej, więc działamy tu egoistycznie i w swoim interesie, tak mogę powiedzieć, oczywiście ja wcześniej, wszyscy państwo później, ale to różnie w życiu bywa.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę bardzo, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Łukasik:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Podsumowując jeszcze raz to, o czym mówiłam wcześniej, powiem tak. Jeśli chodzi o wycenę świadczeń i decyzje o tym, czy te świadczenia zostaną uznane za nielimitowane, dokonanie tego będzie możliwe po ponownym przeanalizowaniu i stworzeniu wyceny przez AOTM. Tak jak mówiłam wcześniej, ma to być we wrześniu 2015 r. Dodam, że ta wycena była planowana, uwzględniona w planie pracy AOTM na ten rok. Zakładam, że nie wydarzy się nic takiego, aby agencja nie była w stanie w tym roku zrealizować swojego planu pracy.

Jeśli chodzi o zarządzenia pakietowe, te, które w tej chwili się pojawiły i zostały przekazane do konsultacji społecznych, to rzeczywiście tam nie ma tych rozwiązań, bo nie ma wyceny AOTM. To jest logiczne, dopóki nie pojawi się wycena, dopóty decyzje nie zostaną podjęte.

Odniosę się jeszcze do zarządzania szpitalami, przepraszam, nie mogę się nie odnieść. Od dwudziestu lat pracuję w systemie, a od dziesięciu zarządzam zadłużonymi publicznymi szpitalami, nigdy nie zarządzałam innymi i wiem jedno, że tak naprawdę ogromna jest rola zarządzającego szpitalem, ogromna, jeśli chodzi o to, czy ten szpital będzie się bilansował, czy nie. Proszę mi wierzyć, że mój ostatni szpital kliniczny, którym zarządzałam, szpital z siedemdziesięciomilionowym długiem, po roku zaczął się bilansować, już się nie zadłużał, a po półtora roku i za ubiegły rok mamy 4 miliony, prawie 4 miliony zysku. I tak naprawdę jest to kwestia tylko i wyłącznie współpracy dyrekcji z całym zespołem medycznym. Zapewniam też państwa, że to, co się wydarzyło w moim szpitalu, nie było związane z likwidacją jakiejkolwiek działalności medycznej, a jedynie skupialiśmy się na tym, jak kupujemy materiały medyczne, czy pożyczamy pieniądze, które były pożyczane od takich firm, jak Magellan czy MWTrade, i na jakich warunkach. Udało nam się pozyskać kredyt z Banku Gospodarstwa Krajowego i spłacić te drogie umowy, pieniądze pożyczone od firmy Magellan i MWTrade. Naprawdę nie spotkałam się z sytuacją i też sama nigdy nie pozwoliłabym sobie na to, żeby pójść do kierownika kliniki, profesora czy jakiegokolwiek lekarza i powiedzieć mu: nie zamawiaj tego leku, bo jest drogi. Nie wyobrażam osobie takiej sytuacji, żeby odmówić pacjentowi leczenia, a już na pewno nie pacjentowi, który cierpi.

(*Głos z sali*: A był tam oddział…)

Chirurgia ogólna, gdzie też leczyliśmy pacjentów, mieliśmy pacjentów z żywieniem do- i pozajelitowym, którzy też są obciążeni chorobami nowotworowymi, pacjentów, o których mówiliśmy dzisiaj. W tej sytuacji nie mogę się też zgodzić z twierdzeniami, że dyrektor będzie chodził i zamęczał swój zespół.

Chciałabym się jeszcze odnieść do tego, co pan powiedział o pacjentach chorych na hemofilię. Jeśli chodzi o same czynniki krzepnięcia, to one nie są limitowane. Naprawdę bardzo duże środki wydawane są z przeznaczeniem dla tych pacjentów i nie ma problemu z zapewnieniem zakupu czynników krzepnięcia.

Jeśli chodzi o pismo, o którym pan mówił, ministra Warczyńskiego, to ja mogę powiedzieć jedno. Pan minister Warczyński podjął w związku z tym działania, mianowicie zawiadomił wojewodów i poprosił o szczególne traktowanie tych pacjentów, a wojewodowie zostali zobowiązani do poinformowania stacji wojewódzkich pogotowia ratunkowego, żeby szczególną uwagę zwracać na tych pacjentów. W tej chwili nowelizowane są przepisy, które pozwolą na wprowadzenie karty ubezpieczenia zdrowotnego, w której będą mogły się znaleźć zapisy dotyczące zdrowia tych szczególnych pacjentów. Nie ma w tej chwili potrzeby wydawania osobnej karty dla osób chorych na hemofilię. Skoro toczą się już jakieś prace i wydano na to środki, to trzymajmy się tego kierunku, który niejako kompleksowo umożliwi zamieszczanie informacji medycznych o pacjencie na jego karcie. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Pani Minister.

Prawdę mówiąc, to nie znam mapy oddziałów opieki paliatywnej w Polsce, dobrze byłoby, żeby powstała taka mapa oddziałów opieki paliatywnej.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

To krótkie pytanie. Ile oddziałów opieki paliatywnej jest na przykład w Warszawie albo w województwie mazowieckim?

(*Głos z sali*: W Warszawie są trzy.)

(*Głos z sali*: A onkologii?)

(*Głos z sali*: Jest w szpitalu…)

(*Głos z sali*: Ale tam nie ma…)

Dobrze, czyli potrzeby są.

Słuchajcie, teraz senatorowie, bo ja jeszcze nie oddałem głosu senatorom.

Proszę uprzejmie, pan senator Kraska, zresztą też lekarz.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Proszę państwa, od ponad godziny słucham uważnie tego, co państwo mówicie, i mam wrażenie, jakbyśmy żyli w dwóch różnych rzeczywistościach. Po mojej prawej stronie, szczególnie podkreślane to było w pierwszym wystąpieniu pani minister, słyszałem, że jeżeli chodzi o opiekę paliatywną, to mamy praktycznie europejskie standardy. Za chwilę słyszymy emocjonalne wystąpienie. Bardzo podziwiam panie – mam żonę lekarza, która też emocjonalnie podchodzi do wielu rzeczy. Panie to przedstawiły w sposób bardzo emocjonalny, ale myślę, nie ma innej metody mówienia o tych pacjentach, kiedy państwo pokazujecie, jaka jest naprawdę rzeczywistość, która zdecydowanie odbiega od tego, o czym mówiła pani minister.

Najsmutniejsze jest w tym wszystkim to, że to nie jest pierwsze posiedzenie komisji, Panie Przewodniczący, na którym strona rządowa przedstawia nam inny obraz, a lekarze praktycy, którzy na co dzień zajmują się tą rzeczywistością, przedstawiają zupełnie inny. Na wielu posiedzeniach komisji rzeczywiście dochodzimy do jakiegoś konsensusu, mówimy, co trzeba zmienić, niekiedy są to bardzo proste recepty, czasem nawet niewymagające środków finansów, ale niestety to wszystko kończy się niejako w tej sali. Rozchodzimy się wszyscy w dobrych humorach z nadzieją, że coś się zmieni, a potem, po paru miesiącach słyszymy od państwa, od różnych specjalistów, że niestety to posiedzenie komisji właściwie nic nie dało i jeżeli kiedyś coś takiego będzie, to nie przyjedziecie, bo to nie ma sensu. To jest smutna konkluzja naszych spotkań, które oprócz tego, że sobie tu pogadamy, ponarzekamy, praktycznie nic nie wnoszą.

Też dziwi mnie to – jesteście państwo konsultantami i na co dzień spotykacie się z przedstawicielami ministerstwa, a właściwie mówimy o Narodowym Funduszu, który jest płatnikiem i to do niego trzeba kierować pewne zapytania i propozycje usprawnień w tym systemie, czasem wcale nie trzeba tych pieniędzy dosypywać, wystarczy je racjonalnie wydawać – że okazuje się, że wasze postulaty, wasze głosy trafiają w próżnię, że urzędnicy w NFZ są niejako nawet bezduszni wobec tego państwa wołania, szczególnie gdy mówimy o opiece paliatywnej. Jako chirurg wielokrotnie spotykałem się z takimi ludźmi. Zajęcie chirurga, profesja chirurga w tym aspekcie polega na tym, że chirurg bardzo szybko coś robi, po czym pacjenta – mówiąc brzydko – komuś przekazuje.

Mam wrażenie, że zatrzymaliśmy się w tej epoce, tak jak pani profesor mówiła, którą symbolizują te dwa prześcieradłach, ja bym jeszcze dodał oleje i jakąś smętną muzykę, kiedy ci pacjenci naprawdę… Nam jako lekarzom chyba nie wolno powiedzieć, że pan ma miesiąc życia czy rok życia, bo to nie jest nasza rola, nie my to życie dawaliśmy i nie my będziemy je odbierać. Znam kilku lekarzy, którzy tak mówili pacjentom, a ci pacjenci przeżyli tych lekarzy.

Myślę, że to, co powinniśmy dać tym ludziom, ludziom, którzy są w pewnym sensie pod ścianą, już stracili nadzieję, oprócz tego, że obecnie potrafimy ich jeszcze leczyć, mówimy cały czas o leczeniu, a nie tylko o poprawieniu komfortu życia ostatnich dni, miesięcy czy lat, mówimy o przedłużeniu życia… W tej chwili medycyna paliatywna jest na takim poziomie, jeżeli oczywiście będą na nią przeznaczane środki, że może tym ludziom rzeczywiście pomagać.

Kolejna sprawa, która bardzo mnie smuci, to jest to, o czym już mówiliśmy jako opozycja, bo ja jestem z opozycji w odróżnieniu od pana przewodniczącego. Chodzi mi o reformę kształcenia studentów, o likwidację stażu, a co za tym idzie, o zmianę programu nauczania. Doprowadza to do tego, o czym tu państwo mówiliście. Ja jestem zszokowany tym, co słyszę, tym, że zniknęła z programu nauczania specjalizacja opieki paliatywnej, ten dział nauczania na studiach. Ja mam dwóch synów na medycynie, jeden idzie starym systemem, a drugi już nowym. Jestem tym naprawdę zdziwiony. Powiem szczerze, mam wrażenie, że ci lekarze, którzy w tej chwili kończą studia, mają już inną mentalność niż my. Ja jestem lekarzem trochę starszej daty. Oni już nie podchodzą tak asertywnie, że tak powiem, do pacjentów, bo ten system troszeczkę inaczej ich kształci. Szkoda, bo tracimy gdzieś ten zapał do leczenia, czasem bezinteresownego. Widać to też w wyborze specjalizacji. Lekarze w tej chwili wybierają specjalizacje, które są w miarę niekonfliktowe, jeśli chodzi o kontakt z pacjentem, dobrze płatne, wymagają mniejszego wysiłku fizycznego. To też nie jest dobre, że w tej chwili to kształcenie jest tak ograniczane. Mówimy tu o chorych paliatywnych. Studenci, którzy opuszczą te uczelnie, będą lekarzami, ale niestety według mnie oni nie będą potrafili się zająć tymi pacjentami.

Gdy zaczynałem pracę, nie było ani procedur, ani punktów, ani limitów. W tej chwili jestem czynnym lekarzem i gdy trafiam na oddział, to naprawdę wolę zrobić dwie dodatkowe operacje, niż zająć się tym liczeniem punktów. W tej chwili gros czasu lekarze poświęcają na to, żeby… Ja nie mówię, żeby na pacjencie zarobić, ale po prostu chodzi o to, żeby na nim nie stracić, żeby tak dopasować jego schorzenie, aby fundusz nam za to zapłacił. Tak nie powinno być, powtarzam, tak nie powinno być. Tak jak pan powiedział, limitów na urodzenia nie ma, tak samo nie powinna być limitowana śmierć. Brzmi to troszkę jak czarny humor, ale niestety taka jest rzeczywistość i to bardzo smutna rzeczywistość.

Jeżeli mogę wykorzystać swoje wystąpienie, to miałby do państwa kilka pytań. Czy państwo obserwujecie wzrost liczby tych pacjentów? Czy tych pacjentów z roku na roku przybywa? Jak to wygląda, jeśli chodzi o dorosłych i dzieci? Czy dzieci ubywa, a dorosłych przybywa? Chciałbym, żebyście państwo odpowiedzieli mi na te pytania. I jeszcze jedna sprawa. Jaka suma pieniędzy na pacjenta byłaby państwu potrzebna, abyście państwo na tych pacjentach nie tracili? Chodzi mi o oddziały paliatywne.

(*Głos z sali*: Optymalna.)

Optymalna, tak, nie taka, żeby zarabiać, choć pan przewodniczący mówi, że szpital powinien zarabiać, ale załóżmy, że taka, żebyśmy nie tracili na tych pacjentach. Jaka to jest kwota? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Muszę się jednak odnieść do tego, bo ja cztery lata prowadzę senacką Komisję Zdrowia i po raz pierwszy spotkałem się, Panie Senatorze, z tym, że pan mi wytknął to, że ja jestem w Platformie, a pan w PiS.

(*Poruszenie na sali*)

Dlatego że, jak pan wie…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, nie, powiedział, że jest w opozycji w odróżnieniu ode mnie. Nie o to chodzi. Jak pan doskonale wie, starałem się te posiedzenia komisji zawsze prowadzić w ten sposób, żeby nie było podziału na my i wy, starałem się zawsze prowadzić w ten sposób, żeby dotyczyły one problemów zdrowia, bo choroba może dopaść i pana, i mnie. I proszę mi wierzyć, że tak samo będę operował pana jak członka Platformy, nie będzie żadnej różnicy, byle pana wyleczyć. Myślę, że z panem będzie podobnie. To jedna sprawa.

Druga sprawa. Panie Senatorze, powiem panu tak. Pan uczestniczył w tych posiedzeniach i pan wie, że parę ważnych spraw tu załatwiliśmy, właśnie tu, na posiedzeniach komisji senackiej, bo one są bardziej merytoryczne, co wszyscy stwierdzamy, od posiedzeń komisji sejmowej. Tutaj nie ma tych połajanek, nie ma tego partyjniactwa, tylko mówmy o konkretnych sprawach. A we wrześniu na pewno wszyscy zostaniemy zaproszeni na oddanie do użytku pięknej nowej kliniki przeszczepu szpiku i pediatrii we Wrocławiu. To jest pokłosie działania naszej Komisji Zdrowia, Panie Senatorze, to jest również pana zasługa, to jest nasza zasługa. W ramach jednego z pierwszych posiedzeń komisji byliśmy we Wrocławiu i zobaczyliśmy, w jakich warunkach te dzieci tam bytują, w jak urągających warunkach te przeszczepy były dokonywane. Wtedy się zawzięliśmy i efekt jest. Minęło trzy i pół roku, powstała nowa piękna klinika i we wrześniu będzie jej otwarcie. To jest też nasza zasługa. Nie umniejszajmy, Panie Senatorze, naszych zasług, bez względu na przynależność. Pewnie już nie nasze dzieci, ale być może wnuki, oby nie, mogą tam trafić. Nam chodzi o to, żeby również w opiece paliatywnej umieć stworzyć odpowiednie warunki.

Ja powiem panu otwarcie – tu wspomniałem o zatargu z panią doktor Pyszkowską, która w pewnym momencie to nawet rozmawiać ze mną nie chciała – że ja jestem dumny z tego oddziału opieki paliatywnej, który teraz mam w szpitalu, jestem dumny, bo on jest piękny. Jest tu z nami pani ordynator tego oddziału, doktor Wiesia Juraszek. I powiem tak: nie wyobrażam sobie porządnego szpitala onkologicznego czy centrum onkologii bez oddziału opieki paliatywnej, bo to jest część leczenia i tak musi być.

Oczywiście zgadzam się z panią minister w tych kwestiach, że trzeba dbać o finanse, i gratuluję pani, że pani udało się to zrobić, zresztą pani z tego słynie w Polsce, muszę powiedzieć, jest pani z tego znana w Polsce, a proszę popatrzeć, jak niewielu menedżerom udaje się to zrobić. Tak że gratuluję. A po posiedzeniu komisji bardzo chętnie, jeśli pani znajdzie dla mnie pięć minut, porozmawiam z panią, bo ja borykam się z wieloma problemami, ale największym problemem dla mnie jest współpraca z samorządami. To są częste naciski niekompetentnych ludzi, którzy nam mówią, jak trzeba leczyć i na czym trzeba oszczędzać. Tak to po prostu wygląda. Gratuluję. Może po prostu pani minister mnie w pewnych kwestiach oświeci. Od razu sobie tu wpisałem jedno hasło, które mnie bardzo interesuje.

Tak że, Panie Senatorze…

(*Senator Waldemar Kraska*: Czy mogę?)

Drogi Waldku, jesteśmy chyba w tym samym obozie mimo różnic partyjnych, bo jednak coś w tej komisji udało się robić, w twoim ratownictwie medycznym też coś udało się załatwić. To tyle.

Proszę, ale to tak ad vocem, króciutko.

Senator Waldemar Kraska:

Tak, tak. My z senatorem Muchackim jesteśmy, nie wiem, chyba już trzecią kadencję razem w Komisji Zdrowia, więc znamy się nie od wczoraj. Powiem szczerze, że jeżeli państwo bywacie na posiedzeniach komisji sejmowej, to chyba widzicie pewną różnicę między komisją sejmową a senacką. Panie Przewodniczący, ja tu nigdy nie miałem zastrzeżeń, jeżeli chodzi o jakieś sprawy polityczne, ale jesteśmy w takim miejscu, gdzie polityka też jest ważna, i niestety nie możemy o niej zapominać. Ja mówiłem głównie o kwestii likwidacji stażu i zmianie systemu kształcenia. My jako opozycja byliśmy temu zdecydowanie przeciwni, państwo jako Platforma byliście za. Ja nie mogę zgodzić się do końca z tym, że to było dobre posunięcie. Jak widzimy i słyszymy, było ono złe.

A to, że akurat w tej kadencji są takie spotkania, to chwała panu przewodniczącemu, bo zaproponował taki system naszej pracy. Rzeczywiście nie jesteście państwo pierwszą grupą, która się z nami spotyka. Może chcielibyśmy, żeby te spotkania były bardziej owocne, żeby to, co państwo powiecie, od razu się spełniało, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, wiadomo, że tak nie jest, ale żeby chociaż ze strony funduszu czy ministerstwa były jakieś sygnały ku temu, że trzeba to zmieniać. Państwo mówicie, że na jesieni będzie kolejna przymiarka. Tyle tylko, że my o tym ciągle słyszymy, odwlekamy to w czasie, słyszymy, że będzie, że zrobimy itd. Pewne rzeczy trzeba robić tu i teraz, nie można ich odwlekać, bo – jak któraś z pań tu powiedziała – niektórzy nie doczekają tych zmian, po prostu nie będzie im dane. Mówimy akurat o takiej grupie ludzi, dla której czas jest bardzo ważny. Myślę, że na tej grupie nie powinniśmy oszczędzać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Proszę uprzejmie, pan senator Śmigielski.

Senator Bogusław Śmigielski:

Musiałem zabrać głos, bo usłyszałem tu o asertywności lekarzy. Może bardziej chodzi o empatię, bo teraz lekarze cechują się ogromną asertywnością i dyrektorzy dobrze o tym wiedzą.

Myślę, że takie spotkanie jak to jest to swojego rodzaju forum dyskusyjne – i tak poprowadził to pan przewodniczący, to już nie pierwsze takie posiedzenie komisji – dzięki któremu głosy praktyków docierają do

ministerstwa, pokazujecie państwo, gdzie ten system nie działa. Tego systemu nie da się zmienić od ręki, on musi być modyfikowany, on musi być dostosowywany do aktualnych potrzeb, ale trzeba też pamiętać o ekonomizacji opieki zdrowotnej, o tym, że my nie jesteśmy państwem, które może wydać na opiekę zdrowotną nieprawdopodobne pieniądze, musi gospodarować w ramach tego, co wpłynie z podatków, a zatem musimy dostosowywać to do możliwości, jakie posiadamy.

Absolutna zgoda co do limitowania, co do tego, że nie powinno go być w tych zakresach. Tyle że pewno nie jest to możliwe, żeby kontrakty tak sobie pozmieniać, AOTM musi podziałać w tym zakresie.

Cieszę się ogromnie, że państwo zauważyliście, że jest jakiś raport, który państwa nie dostrzega. Jesteście tutaj po to, żeby to zmienić, żeby ten system dostrzegł ten ważny element medycyny.

Jednocześnie chciałbym zwrócić uwagę na to, że w wielu miejscach jest ogromny nacisk na to, żeby powstawały nowe hospicja, żeby znaleźć pieniądze, angażowani są ludzie, którzy organizują zbiórki, są fundacje. Jest historia, państwo pokazaliście tę historię, przeszliście od stowarzyszeń, od ruchu dobrej woli do tego, że to stało się elementem opieki zdrowotnej, która musi być opłacona z Narodowego Funduszu Zdrowia, generalnie rzecz biorąc, przez ubezpieczyciela. Ale chcę też zwrócić uwagę na to, że wielu miejscach, w szpitalach liczba łóżek jest niedostosowana do potrzeb. Wydaje mi się, że w wielu miejscach należałoby te łóżka, które są niepotrzebne na jakichś oddziałach, bo jest ich za dużo, zamieniać na łóżka hospicyjne, a nie budować nowe, bo to jest nieprawdopodobnie kosztowne. Tworzenie nowych przestrzeni, nowej infrastruktury jest kosztowne, a jest część, którą można by zamienić. Oczywiście to nie jest proste i to też wymaga ogromnych pieniędzy.

Jeszcze jedna uwaga. Pan przewodniczący mówił o zarabianiu pieniędzy przez szpital. Zarabianie kojarzy nam się z tym, że zyskujemy, odkładamy pieniądze i przeznaczamy na jakieś cele, które są poza tym podstawowym celem. Ja myślę, że te kosztowe oceny procedur powinny być tak skonstruowane, aby uwzględniały również amortyzację sprzętu, to nie powinno być tak, że dajemy pieniądze tylko i wyłącznie na usługę medyczną. Gdy dajemy tylko na usługę medyczną, to szpitale muszą popaść w zadłużenie, jeśli dokonują inwestycji. Właściciel, czyli organ założycielski, najczęściej nie chce tego robić. Pan senator ma rację, tych pieniędzy z amortyzacji nie wystarcza nam na odtworzenie, a wtedy trzeba pójść i prosić się o to, żeby ktoś dał na to jakieś pieniądze. A zatem cena powinna być tak skalkulowana, żeby uwzględniała również amortyzację, zakupy nowego sprzętu itd. Ja rozumiem, że remonty budynków, te właścicielskie funkcje są dla właściciela. Jeśli to jest samorząd, to samorząd powinien to robić. Mamy też ogromny problem, różnicę między szpitalami prywatnymi a publicznymi. W tych prywatnych mówią: my nie dostajemy znikąd pieniędzy, a te publiczne dostają jeszcze od samorządu.

Niewątpliwie powinniśmy kalkulować ceny tak, żeby w tej usłudze, którą państwo sprzedajecie ludziom w ciężkim stanie, nie mówię już o stanie terminalnym, ale tym wcześniejszym, kiedy musi być prowadzony ten sposób leczenia, nie ten, powiedzmy, z bardzo dobrym efektem, mieścił się nie tylko pobyt, ale także różne procedury, które tym osobom są potrzebne.

Ja tu cały czas słyszę o rurkach tracheotomijnych, o wielu innych sprawach. Tu jest potrzebny ktoś z zewnątrz, to musi być specjalista, bo ja sobie zdaję sprawę z tego, jaki niepokój się pojawia, gdy zatyka się rurka, jakie wtedy panuje szaleństwo w okolicy, co zrobić, bo pacjent nagle zaczyna się dusić. A to nie jest skomplikowana rzecz, tyle że za to trzeba zapłacić. Zatem kalkulacja tej usług powinna być rzeczywista. Takie kompletne płacenie za usługę, tak jak w *for service*, jest to problem, ale w mojej ocenie w takich przypadkach, jak porody, jak elementy leczenia paliatywnego, terminalnego, powinno się płacić w podobny sposób, bez limitu. Liczę na to, że ministerstwo przy okazji analiz prowadzonych przez AOTM dokona takich zmian w systemie i tak będzie. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.

Pan przewodniczący Stanisław Gogacz. Proszę bardzo.

Senator Stanisław Gogacz:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Myślę, że najistotniejszym przesłaniem dzisiejszego posiedzenia Komisji Zdrowia, wypowiedzi państwa jest teza, że najważniejsze jest to, żebyśmy doprowadzili do likwidacji limitów świadczeń w ramach opieki paliatywnej. Myślę, że wszyscy się z tym zgadzamy, niezależnie od tego, czy jesteśmy przedstawicielami władzy, obozu rządzącego, czy też opozycji. To jest najważniejsze.

Nie wiem, czy jest przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, ale…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Właśnie. Ja byłbym ciekaw, co stoi na przeszkodzie temu, ażeby można było bezlimitowo opłacać świadczenia zdrowotne z obszaru opieki paliatywnej. Jakie to byłyby kwoty? Z jednej strony słyszę o zwrocie 158 milionów zł we Wrocławiu niewykorzystanych środków na opiekę paliatywną, a z drugiej strony o braku 0,5 miliona zł na zaspokojenie tych świadczeń, na zapłatę za nadwykonania. W tym momencie oczywiście rodzi się pytanie: dlaczego tak jest? Czy jest w ogóle jakaś symulacja w tej materii? Ile pieniędzy trzeba by było przygotować w sytuacji, gdyby pozwolono na bezlimitowe leczenie paliatywne?

Jedna z pań profesor powiedziała o tym, że od lat osiemdziesiątych opieka paliatywna nosi pewien stygmat. Jestem ciekaw, co to jest za cezura, jeżeli chodzi o opiekę paliatywną. Pytam o te lata osiemdziesiąte. Czy wcześniej… Nie chcę…

(*Głos z sali*: Wcześniej po prostu nie było.)

Aha, po prostu nie było takiej opieki.

(*Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Jadwiga Pyszkowska*: Wtedy był stan wojenny… Mogę?)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Tak, proszę.

Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Jadwiga Pyszkowska:

Wtedy był stan wojenny. To się zaczęło w Gdańsku i w Krakowie. Otóż można było chodzić do chorych o różnych godzinach i przy okazji nosić różne rzeczy. Tak to się zaczęło. Te grupy charytatywne były troszkę zbierane z opozycji, organizowane przy Kościele, w duszpasterstwie akademickim, ale to się potem rozlało jako postawa i wychowanie, których już nie ma. Proszę państwa, w medycynie nie ma już formacji zawodowej, jest tylko uczenie medykalizacji.

Senator Stanisław Gogacz:

Usłyszeliśmy tu również informacje o sposobie podawania środków przeciwbólowych, na przykład morfiny, o sposobie porównywanym do standardów z roku 1978, żeby pozostać w tej retoryce wcześniejszego okresu. Przy tej okazji chciałby zapytać, jaka jest skala tego procederu, że morfina jest podawana pod skórę, a nie jest podawana doustnie czy też w inny sposób, taki jaki jest stosowany w świecie. Jaka jest skala tego zjawiska?

Chciałbym też zapytać o wycenę osobodnia. Wydaje się, że Polska jest krajem zintegrowanym, że istotnych różnic, jeżeli chodzi o sprawy kulturowe, zachorowalność, nie ma. Dlaczego nie można tego unormować, ustalić porównywalnej kwoty za osobodzień?

Przy tej okazji chciałbym też powiedzieć coś optymistycznego à propos szeroko rozumianej opieki paliatywnej i hospicjów. Chcę powiedzieć, że mamy tu do czynienia z ogromnym entuzjazmem i z ogromną wiedzą, jaka jest udziałem szerokich rzesz społecznych. Przede wszystkim jest wielka chęć do tego, żeby pracować w charakterze wolontariuszy, ochotników, pomagać w leczeniu osób w stanach terminalnych, w stanach kwalifikujących się do opieki paliatywnej, w hospicjach domowych. Wszędzie, gdzie jako politycy jesteśmy, organizowane są jakieś zbiórki na hospicja domowe, na hospicja stacjonarne. To jest ogromny kapitał ludzki, wiele dziedzin medycyny walczy o przynajmniej porównywalny kapitał ludzki. Myślę, że na tej podstawie, na podstawie tego potencjału można optymistycznie myśleć o opiece paliatywnej w przyszłości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Ja się niemal w stu procentach zgodzę z tym, co powiedział pan przewodniczący, ale prawda jest taka, że ten ruch społeczny nie zastąpi opieki fachowej. Jedno z drugim powinno być powiązane, ale konieczna jest opieka fachowa, merytoryczna.

Ja mam do państwa taką prośbę, bo powoli zbliżamy się finału. Bardzo bym prosił o przesłanie do nas uwag – skróćmy ten czas – powiedzmy, w ciągu dziesięciu dni. W ciągu dziesięciu dni proszę w swoim gronie ustalić tych kilka najważniejszych punktów i przesłać do nas, do Komisji Zdrowia e-mailem. Ja będę już osobiście z panią minister w kontakcie.

A tak w ogóle to bardzo pani dziękuję, Pani Minister, to była pani inauguracja. Ja zapomniałem powiedzieć, że to jest pani inauguracja na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Łukasik*: Bardzo dziękuję.)

Oceniam to na piątkę, naprawdę super, jestem bardzo zadowolony z tego, że akurat pani jest tutaj, bo okazuje się, że pani ma nie tylko wiedzę, Pani Minister, ale ma pani serce, a to jest bardzo ważne.

Szanowni Państwo, Pani Minister, dziękuję wszystkim za przybycie. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 40)

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