SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**90.**)
w dniu 12 lutego 2019 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat aktualnego stanu oraz finansowania badań patomorfologicznych w Polsce.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Witam państwa na… Które to? A, na dziewięćdziesiątym już posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiaj naszym tematem jest informacja na temat aktualnego stanu oraz finansowania badań patomorfologicznych w Polsce.

Chciałbym bardzo serdecznie powitać pana ministra Macieja Miłkowskiego razem ze współpracownikami. Chcę także bardzo serdecznie powitać pana Andrzeja Marszałka, prezesa Polskiego Towarzystwa Patologów. Myślę, że pan profesor będzie prowadził pierwszą część. Witam także pana prof. Piotra Ziółkowskiego, z Katedry Patomorfologii we Wrocławiu. Witam wszystkich zaproszonych gości – a jest państwa dość sporo… Jest Naczelna Izba Lekarska, są przedstawiciele towarzystw pacjentów. Witam oczywiście państwa, panie i panów senatorów.

Proszę państwa, nie ukrywam, że to nasze dzisiejsze posiedzenie zostało wywołane przez pana senatora Tomasza Grodzkiego, który zaproponował ten temat. Ale myślę, że wszyscy podpisujemy się pod tym, że patomorfologia jest bardzo istotną częścią medycyny. Niektórzy uważają, że jest to swoisty GPS, który wyznacza drogę, po której poruszają się specjaliści w walce z chorobą nowotworową. Wiemy też, że patomorfologia boryka się z pewnymi problemami. I myślę, że te problemy zostaną dzisiaj wyartykułowane. Dlatego chciałbym bardzo serdecznie podziękować panu profesorowi za pomysł tego naszego dzisiejszego posiedzenia komisji i oddaję mu głos, prosząc o kilka słów wstępu.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Goście oraz Panie i Panowie Senatorowie!

Ja również chciałbym, niejako zwrotnie, podziękować panu przewodniczącemu Krasce. Łączy nas chirurgia, ale chirurgia bez patomorfologii w zasadzie byłaby ułomna… no, to chyba za mało powiedziane, bo raczej byłaby niemal niemożliwa do uprawiania. I choć każda dyscyplina medyczna i specjalność jest ważna, to ogromną większość, jeżeli nie je wszystkie, spaja patomorfologia, dlatego że to wszystko, co jest źródłem chorób, wskazuje ocena cytologiczna, ocena histopatologiczna, ocena immunohistochemiczna i jakiekolwiek inne nowoczesne metody byśmy jeszcze tu wskazali. Tak że bez patomorfologii w zasadzie nie można planować terapii ani rozwijać nowoczesnej medycyny.

Jestem niezwykle rad, że udało nam się zaprosić bardzo reprezentatywne, nobliwe, szacowne grono patologów, neuropatologów, lekarzy, administratorów systemu, jak również pana ministra. Bo problemów w służbie zdrowia jest bardzo wiele, ale trochę problemów w ostatnim czasie narosło właśnie w patomorfologii. Część ich może została rozwiązana, ale co rusz pojawiają się nowe. Nie ma więc lepszego grona, z którym moglibyśmy tutaj się zgromadzić i porozmawiać. Usłyszymy więc z najbardziej wiarygodnych ust – z ust nie tylko formalnych prezesów, ale też przede wszystkim praktyków patomorfologii w jednej osobie – co zrobić, aby ta kluczowa dziedzina medycyny była nie tylko specjalnością, o którą wszyscy się martwią, ale też by była specjalnością, z której wszyscy jesteśmy dumni i którą będziemy mogli się chwalić na świecie, przede wszystkim dla dobra naszych pacjentów.

Żeby nie przedłużać – bo spotkanie jest zaplanowane na mniej więcej 2 godziny – pozwolicie państwo, że oddam głos panu prezesowi Marszałkowi, prof. Marszałkowi, który poprowadzi tę merytoryczną część. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: Panie Przewodniczący…)

Panie Profesorze, jeszcze chwileczkę.

Ja oczywiście zawsze popełniam faux pas i teraz nie wyczytałem przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia w postaci dyrektora mazowieckiego oddziału NFZ, pana Filipa Nowaka. Serdecznie witamy, Panie Dyrektorze, na naszym posiedzeniu.

I już, Panie Profesorze, oddaję panu głos.

(*Brak nagrania*)

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek:

A, to ma się nagrywać? Dobrze.

Teraz pokażę państwu wstęp, który wynika z wcześniejszych zrobionych badań i który pokazuje to, jaka jakość jest obecnie w różnych ośrodkach. Są proponowane różne formy nowej terapii. Zrobiłem bardzo prosty test: do 5 losowo wybranych ośrodków wysłałem materiał, który został przez nas przygotowany jako niebarwiony z prośbą o zabarwienie, czyli o wykonanie podstawowego elementu. I, jak państwo widzą… Mówiłem o 5 ośrodkach, choć w sumie wysłaliśmy to do 7 ośrodków, ale w 2 ośrodkach barwienia były zrobione tak, że szkiełka zniknęły, tzn. to, co tam było, niejako zniknęło.

Nie trzeba tu być żadnym ekspertem, bo, jak państwo widzą, gdy chodzi o kolory, to kolory trochę się tu różnią. Ale to może jeszcze jest mało istotne, bo ważny jest tu element oceny jakościowej i ilościowej. Fotografowałem dokładnie to samo miejsce na równoległych preparatach z tych wspomnianych 7 ośrodków i, jak państwo zobaczą, to… Laikom mogę powiedzieć, że to jest kwestia oceny tego, ile jest brązowego na danym obrazku, ale de facto trzeba to przeliczyć na procenty i na ewentualną podaż leku. A więc jest 7 ośrodków, mamy 5 przypadków. Na slajdzie jest podana wartość referencyjna, czyli ta, do której powinniśmy się odnieść. Akurat w tym przypadku leczenie jest zalecane wtedy, kiedy wartość wynosi co najmniej 5. Tu możemy powiedzieć: okay, mamy tu wartość referencyjną wynoszącą 2, czyli pacjent nie powinien dostać danego leczenia. Ale tu mamy wartości 30, 15, 10 i 5. Czyli jeżeli w danym ośrodku badanie zostało wykonane wg metody, którą ten ośrodek stosuje, to znaczy to, że pacjenci niepotrzebnie dostaliby drogie leczenie. Mamy też taki przypadek, jak państwo widzą, że wartość referencyjna wynosiła 5, a jest to ta wartość graniczna, od osiągnięcia której można by było podać pacjentowi leczenie, ale akurat żaden z 7 losowo wybranych ośrodków nie wskazał tego pacjenta do leczenia. Czyli mamy tu wahnięcia dosyć istotne, jeżeli chodzi o kwalifikacje do leczenia.

Pokażę jeszcze jedno, co wynikło z tego krótkiego oglądu. Zmieniły się zasady finansowania terapii w przypadku raka piersi i herceptyny. My byliśmy ośrodkiem referencyjnym, ale po zmianie niektóre ośrodki przeszły na własny sposób oceny materiału. Klinicystom jednak coś nie pasowało, bo oto nagle dowiedzieli się, że jest jakiś rozrzut wyników, który im nie pasuje. Przysłali więc do nas 12 kolejnych przypadków, które zostały ocenione w kontekście HER2 na tzw. dwa plusy, co oznacza element wymagający dodatkowego kroku, znacznie droższego, bo zamiast 150 zł, teraz trzeba wydać 650 zł, żeby wykonać badanie. Myśmy takie badanie powtórnie wykonali w ramach badań naukowych. A proszę zobaczyć, że w tym, co nam przysłano w odniesieniu do 17 przypadków, już w ogóle nie było materiału do oceny. Czyli w przypadku takiego materiału pacjentki zostały pozbawione możliwości jakiejkolwiek decyzji. A więc tu trzeba by było pobrać nowy materiał, czyli potrzebne byłyby nowe elementy diagnostyczne.

Kolejny element: po ponownej ocenie u 9 pacjentek wynik to było albo 0, albo +1, co oznacza, że tym pacjentkom nie trzeba wykonywać dodatkowego badania, bo one już nie kwalifikują się do leczenia, a u 2 pacjentek wyszło 3+, co oznacza, że tu już nie trzeba wykonywać żadnego badania, bo trzeba od razu zastosować leczenie. Tymczasem z tych 17 tylko u 3 wymagane było dodatkowe badanie i w przypadku 2 potwierdziło się, że wymagają one dalszego leczenia. Ta prosta analiza pokazuje, że to miejsce, do którego dany ośrodek przesyłał swoje badania… tzn. że przynajmniej w tym odsetku, tj. w 14 przypadkach na 17, było wymuszanie wykonań dodatkowego, drogiego badania za 650 zł, które było akurat w ogóle niepotrzebne. A w systemowych ujęciach to są gigantyczne pieniądze.

Dlaczego tak się dzieje? Tak jak już mówiłem, dzięki uprzejmości oraz sprawności działania ośrodka krakowskiego – i licznym telefonom w tej sprawie – udało się, po konsultacjach ze środowiskiem patomorfologów, przeprowadzić ankietę. Wynikają z tego, jak mnie się wydaje, dosyć… To znaczy myśmy tego nie opublikowali w takiej pełnej wersji, bo ja uważam, że gdybyśmy to opublikowali w wersji pełnej, to byłby to materiał, mówiąc oględnie, niebezpieczny, gdyż mówiłby on o pewnym stanie, który nie powinien w ogóle zaistnieć. Na slajdzie przedstawiona jest struktura szpitali, które zgłosiły się i wypełniły ankiety. Jak państwo widzą, są to głównie szpitale liczące do 600 łóżek. Mamy tu różne jednostki z całego kraju. Proszę popatrzeć, mamy tu uwidocznione, czy jednostka posiada własny zakład patomorfologii, tzn. czy badania patomorfologiczne, diagnostyka są wykonywane na miejscu, czy nie. Z tych jednostek, które odpowiedziały, a było ich 67, w 60% odpowiedź to „tak", w 42% – „nie". Ale diabeł tkwi w szczegółach. Tutaj mamy 58 jednostek, które mają własny zakład. I proszę zobaczyć, że na pytanie, czy badania są tam wykonywane w całości na miejscu, tylko 44% powiedziało „tak". To znaczy, że zakład, który jest na miejscu, jest niewydolny albo nie jest w pełni wyposażony, albo czegoś innego tam brakuje, skoro badania idą stamtąd gdzieś dalej. W większości są tam zawarte umowy zewnętrzne.

A to, co nas najbardziej zaniepokoiło… Bo wszyscy patomorfolodzy wiedzą, że wynik zależy też od jakości etapów przedanalitycznych i od całego procesu technicznego, który jest potem prowadzony w zakładzie. A etap przedanalityczny to pobranie materiału, który powinien być odpowiednio przygotowany, utrwalony i przekazany do badania, najlepiej w ciągu 24 godzin, najpóźniej w ciągu 48 godzin od pobrania. W przypadku dużego materiału dopuszcza się 72 godziny. Ale w przypadku małych biopsji przekazanie powinno się odbyć w ciągu 8 godzin. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że jak państwo popatrzą na te skale, które są przedstawione na slajdzie, to zobaczą państwo, że są jednostki, które mają zakłady u siebie, i te, które są poza… Tzn. one korzystają z usług obcych. I proszę zobaczyć, materiał jest przekazywany codziennie na bieżąco, jak rozumiem, ale nawet te jednostki, które mają u siebie zakład patomorfologii, przyznają się do tego, że odbiór materiału następuje co kilka dni, tzn. że nawet we własnym szpitalu materiał nie trafia od razu do obróbki. Czyli tam już z miejsca popsuła się… To znaczy powiem inaczej: mogliśmy utracić właściwą jakość materiału w przypadku tych jednostek, które korzystają z usług zewnętrznych. Proszę zobaczyć: mamy 30% przypadków, gdzie materiał odbierany jest co kilka dni i gdzie przekazywanie materiału jest rzadziej niż raz na tydzień. To znaczy, że ten materiał trafia do obróbki na pewno w stanie niepozwalającym na właściwe opracowanie.

To, co jest wskazane na dole slajdu, to jest kwestia dyskusyjna, dlatego że tu chodzi o liczbę badań patomorfologicznych. Do tej pory zostało to zdefiniowane, tzn. myśmy zdefiniowali to w rozporządzeniu, ale proszę zobaczyć, że są jednostki, które przyznają się do tego, że robią rocznie np. 200 tysięcy badań. Do wypełnienia tej ankiety nie zgłosiła się żadna jednostka tak zwana… Ja mówię na nie dosyć brutalnie, tj. „jednostki cateringowe", inni mówią na to „firmy pudełkowe", inni mówią „outsourcing", a jeszcze inni mówią „firmy sieciowe". Ale żadna taka jednostka się tutaj nie zgłosiła, a więc mówimy o jednostkach, które, jak zakładamy, są publiczne. I proszę zobaczyć, że oto jeden z ośrodków mówi, że robi powyżej 200 tysięcy badań rocznie. A ja wiem, że w tym ośrodku na pełnym etacie jest 3 patomorfologów. To oznacza – obojętnie jak oni to liczą, czy policzą bloczki, szkiełka, czy badania – że na jedną osobę przypada rocznie 60 tysięcy badań. A standard na Zachodzie to jest 4 tysiące na łeb, że tak powiem. Tak? Tyle przypada w roku na jednego patologa. Ale tu mówimy o liczbach zupełnie innych.

Liczba zatrudnionych lekarzy. Chodzi tu najczęściej o zakłady zatrudniające po kilka osób. Ale ile badań tam się wykonuje, czyli jak udaje się utrzymać gotowość danego zakładu do wykonania odpowiedniej liczby badań? Ja nie wiem, jaki jest za zakład, w którym wykonuje się 1 badanie cytologiczne albo 2 badania cytologiczne, albo też 1 badanie histologiczne w ciągu roku. Bo mówiliśmy tu o skali roku. Maksymalnie, jak państwo widzą, robi się prawie 200 tysięcy badań – przy czym, jak mówiłem, to jest jednostka, która ma 3 lekarzy.

Potem będziemy mówili o innych wartościach, więc przejdźmy dalej.

Jeżeli chodzi o badania cytologiczne, to proszę zobaczyć, że są jednostki, które mówią, iż robią ich 5 tysięcy, ale po rozbiciu okazuje się, że jednak to jest do 500 badań rocznie, czyli zakładamy, że to są 2 badania dziennie. Czy to pozwala na utrzymanie jakości? No, to jest oczywiście sprawa dyskusyjna.

Cytologia płynów. Są jednostki, które mówią, że robią do 500 badań, ale okazuje się, że większość z nich robi do 100 badań na rok, czyli znowu wychodzi, że co trzeci dzień jest 1 badanie. A tu chodzi o kwestię umiejętności, utrzymania standardu, oceny.

I teraz to, co jest sprawą powalającą. Nie wiem, czy państwo kiedyś korzystali z prywatnej służby zdrowia, z konsultacji czy z wizyty w gabinecie prywatnym. Otóż tam czasami pobiera się materiał i on też jest przekazywany do innych jednostek. Wiem, że najniższy koszt, jaki jest oferowany na rynku, to jest 20 czy 30 zł za całe badanie. Ale proszę zobaczyć, są jednostki, które mówią o tym, że za 1 badanie patomorfologiczne płacą 15 zł, przy czym za duży materiał pooperacyjny onkologiczny płacą też 15 zł. Przyznały się do tego. Myśmy wchodzili w te ankiety, sprawdzaliśmy je dokładnie, wiemy, że dyrektorzy szpitali podpisują się pod tym, że po dużej operacji, np. jelita grubego, piersi, płuca… Wysyła się taki materiał do firmy, już nie będę opowiadał jakiej, zakładamy, że zewnętrznej, która oferuje jako cenę badania 15 zł. No, obawiam się, że jakość takiego badania jest daleka od spodziewanej.

Oczywiście są też pewne dziwne wg mnie wartości – np. okazuje się, że w jednym szpitalu powiatowym, akurat właśnie tam, wykonuje się 16 intr, czyli badań śródoperacyjnych w ciągu roku, i za każde badanie płaci się 1 tysiąc zł. Czyli to jest jakby drugie ekstremum. Ale rozumiem, że to jest tak, iż czasami trzeba zoperować lokalnych notabli i wtedy każde pieniądze, że tak powiem, są potrzebne po to, żeby wykonać badanie śródoperacyjne.

Czas oczekiwania. Średni czas oczekiwania na małe biopsje powinien wynosić mniej więcej 3 dni. A proszę zobaczyć, że są jednostki, które czekają na badanie 60 dni. W przypadku dużego materiału pooperacyjnego – również 60 dni. W przypadku rozszerzonego badania immunohistochemicznego – a więc mamy pierwsze badanie i czekamy na dokończenie, czyli kolejne – do 60 dni. Oczywiście są jednostki, w przypadku których to trwa znacznie krócej, niemniej jednak ten maksymalny czas, powiem szczerze, jest dosyć przerażający. A przy tym oczekiwanie na badanie molekularne to kwestia maksymalnie dwudziestu paru dni. Dlaczego tak się dzieje? Bo badania molekularne od 2017 r. są finansowane odrębnie. Jest kasa, więc jej szybszy czas na realizację – to przełożenie jest proste.

Co teraz z tym fantem zrobić? Co zmienić? Właściwie nic nie trzeba zmieniać, tylko trzeba pójść tym tropem, który wyznaczył nam pan minister Radziwiłł. Tzn. po licznych konsultacjach ze środowiskiem udało się to, że Ministerstwo Zdrowia czy raczej minister zdrowia podpisał 18 grudnia 2017 r. rozporządzenie o standardach organizacyjnych w dziedzinie patomorfologii. I tam jest zdefiniowane, jakie elementy w tym całym systemie są potrzebne, są zdefiniowane pracownie, jest określone, co to jest rozpoznanie – że to jest ustalony i podpisany przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty wynik analizy i makroskopowej, i mikroskopowej, przy uwzględnieniu danych klinicznych, wyników badań immunohistochemicznych, histochemicznych czy molekularnych. Te wszystkie dane oczywiście powinny się znaleźć w rozpoznaniu. Po za tym są zdefiniowane poziomy, czyli jest określone, czym jest zakład, czym jest pracownia. To wszystko jest w tym rozporządzeniu. Rozporządzenie powinno zacząć w pełni działać od końca grudnia 2019 r.

Żeby dojść do tych standardów, troszeczkę wcześniej, bo pod koniec lat dziewięćdziesiątych, ówczesny zarząd Polskiego Towarzystwa Patologów wydał suplement do „Patologii Polskiej", zatytułowany „Organizacja i wyposażenie pracowni patomorfologicznych oraz zasady postępowania"… W 2004 r. została powołana komisja do spraw licencjonowania zakładów i pracowni patomorfologii, licencja jest więc przyznawana na podstawie kryteriów. W tej chwili, w celu dopasowania rozwiązań do rozporządzenia i do nowych standardów, została powołana nowa komisja, w nowym składzie – w kolejnym wystąpieniu pan prof. Ziółkowski powie o zasadach, jakie w tej mierze przyjęliśmy. Jeżeli zdefiniujemy zakłady, które mogą wykonywać badania, to, jak rozumiem, będzie to otwarta furtka do tego, żeby można było to finansować. Bo w rozporządzeniu jest bezpośrednie wskazanie, że standardy postępowania muszą być takie, jakie zaleca konsultant krajowy i towarzystwo, a to w odniesieniu do chorób onkologicznych już zostało opracowane. Czyli wszystko to,

co jest nam potrzebne, żeby to rozwiązanie wprowadzić, mamy. Teraz tylko chodzi o to, żeby słowo stało się ciałem.

Teraz pokazuję jeszcze jedno, bo jest dyskusja o rozliczeniach, tzn. czy badanie jest równoważne z bloczkiem, ze szkiełkiem, z czymkolwiek innym. Proszę pamiętać, że badanie patomorfologiczne powinno być w jakikolwiek sposób zdefiniowane, powinno być pewną procedurą. Chodzi o to, żeby nie było z jednej strony takiego ekstremum, że pobiera się wyrostek robaczkowy do 50 kasetek, po czym obejrzy się tylko jedną, a rozlicza się 50, a z drugiej strony by nie było tego, że duże badanie onkologiczne zawiera się w jednym szkiełku, bo stwierdza się, że reszta jest niepotrzebna. Pokażę tu przykład z życia wzięty. To jest jedno skierowanie, akurat u tego pacjenta usunięto 17 zmian, do 17 odrębnych słoików, i przysłano to jako jedno badanie. A oczywiście procedur tu jest 17. Ale każdy… Jeśli nie mamy pewnych rzeczy zdefiniowanych, to każda ze stron może próbować, że tak powiem, trochę kiwać. Bo praca patomorfologa to nie jest tylko ocena materiału pod mikroskopem, ale są to też pewne etapy, które są tutaj wymienione. Standardy, jak już mówiłem, zostały opracowane, one są dosyć szczegółowe, mówią, ile czego trzeba pobrać, gdzie, jak to opisać.

I dochodzimy do kolejnego elementu: czy jesteśmy w stanie zrobić to takimi siłami, jakie mamy? Pani doktor Heitzman przyniosła dzisiaj informację o tym, ilu patomorfologów jest zatrudnionych wg Naczelnej Rady Lekarskiej. Dane są trochę rozbieżne, bo w Naczelnej Radzie Lekarskiej jest ich 580, a w spisie ludności jest ich 455. Ale średni czas życia… nie, średni wiek patomorfologa to jest 56+. A kolejny element jest taki, że część badań jest wykonywana kilkakrotnie ze względu na to, że wyniki są konsultowane. A więc tak naprawdę obecna liczba patomorfologów prawdopodobnie jest wystarczająca, żeby pewne rozwiązania wprowadzić.

Na slajdzie są pokazane limity badań – ale mówimy tu o procedurze, nie o szkiełkach, tak? – przypadające na poszczególnych lekarzy w różnych krajach. To jest porównanie danych z Europy na 2017 r. My jesteśmy tu: 1 patomorfolog na 84 tysiące osób. Ale są takie kraje jak np. Norwegia, gdzie jest 1 patomorfolog na 24 tysiące. Są też takie kraje jak np. Finlandia, gdzie jest 1 patomorfolog na 35 tysięcy. Średnia europejska to jest około 33 tysięcy. Wyższej wartości niż Polska nie ma żaden inny kraj.

Jeśli chcemy mówić o dużych zakładach, to jest przed nami kwestia, ile osób powinno być tam zatrudnionych. Wg wzorcowych standardów powinno być tyle… To powinno być wg specyfiki, czyli jeżeli gdzieś mają np. dużo materiału onkologicznego i konsultacyjnego, to oczywiście tych osób zatrudnionych powinno być znacznie więcej. I myślę, że żeby to poprawić… A skoro wszystko mamy, to nie ma co, trzeba iść w kierunku odrębnego finansowania, odpowiednio zdefiniowanego, tak żeby można było za te procedury właściwie zapłacić. Myślę, że jeśli będzie to uregulowane, to oczywiście będzie przestrzeń dla nowych etatów i dla… Bo wiadomo, że tam, gdzie są pieniądze, pojawiają się też ludzie, którzy pracę wykonają.

To było moje wprowadzenie o poranku. Mam nadzieję, że pomoże to państwu w tych kolejnych etapach dyskusji. Ja na razie dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Nie ukrywam, że jestem troszkę zmartwiony pana wystąpieniem, bo jako chirurg… My zawsze wierzymy patomorfologom i ufamy, że to, co dostajemy…

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: I niech tak pozostanie.)

I niech tak pozostanie. Ale to, co pan pokazał… No, niestety, widać, że nie jest tak do końca. Oczywiście tu nie chodzi ani o patomorfologów, ani o chirurgów, ale chodzi o pacjentów, o dalsze ich leczenie.

Teraz bym poprosił następną osobę. Kto to będzie? Proszę o przedstawienie się i o referowanie.

Kierownik Katedry Patomorfologii na Wydziale Lekarskim na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu Piotr Ziółkowski:

Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja chciałbym bardzo podziękować za zaproszenie na to dzisiejsze spotkanie.

Mam przyjemność od paru tygodni być przewodniczącym komisji do spraw licencji Polskiego Towarzystwa Patologów. Ta komisja działa w zasadzie od niedawna, ponieważ na początku mieliśmy pewien problem z ustaleniem nie tylko regulaminu, ale również sensownego formularza wniosku, który jednostki chcące poddać się licencjonowaniu mogłyby kierować do nas, do komisji, a na tej podstawie my z kolei moglibyśmy te jednostki wizytować i weryfikować prawdziwość informacji po to, żeby rzeczywiście można było te jednostki potem rekomendować do akredytowania. Oczywiście każde działanie musi mieć jakiś cel i tutaj naszym głównym celem jest wsparcie jakości badań patomorfologicznych po to, żeby, tak jak pan prof. Marszałek tu wcześniej powiedział, te badania były powtarzalne, czyli żeby nie zdarzały się takie historie, że z paru ośrodków wychodzą różnego rodzaju preparaty i są one potem różnie oceniane. Musimy oczywiście dostosować nasze możliwości do systemu akredytacji, który będzie w dalszej kolejności służył finansowaniu badań patomorfologicznych, bo, tak jak też zostało już powiedziane, nasze badania stanowią część procedur zabiegowych i w związku z tym rozliczanie ich jest jednym wielkim koszmarem. Ale prawdopodobnie jeśli uda nam się ten cały dwuetapowy proces przejść, to finansowanie będzie rzeczywiście odpowiadało faktycznie poniesionym nakładom czy czasowi pracy patomorfologa.

Regulamin, który znajduje się na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Patomorfologów, zakłada jedno, mianowicie to, że proces uzyskiwania licencji jest dobrowolny. W związku z tym nie możemy nikogo zmusić do uzyskiwania jej. Ale na pewno jest to rekomendowane, dlatego że ma to doprowadzić do sytuacji, w której wszystkie jednostki będą wykonywały badania na pewnym poziomie referencyjności, w sposób powtarzalny, wiarygodny, w sposób bardzo profesjonalny.

Licencja, którą jednostka może uzyskać, będzie przyznawana na maksymalnie 3 lata. I oczywiście po tym okresie można występować o odnowienie licencji. Tak jak powiedziałem wcześniej, a także jak wspomniał już pan prof. Marszałek, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Patomorfologów będzie rekomendował te jednostki, które będą posiadały licencje. Czyli te jednostki będą w jakimś sensie preferowane po to, żeby docelowo uzyskały akredytację, a następnie możliwość otrzymania finansowania przez Narodowy Funduszu Zdrowia. Oczywiście licencja może dotyczyć zarówno jednostek publicznych, jak i niepublicznych – wszystkie funkcjonujące jednostki mają takie same prawa, by aplikować o te uprawnienia. I oczywiście licencja będzie niezależna od certyfikatów jakości ISO, jak również od innych systemów jakości kompetencji technicznych.

Wspomniane tutaj wcześniej rozporządzenie ministra zdrowia z 18 grudnia 2017 r. jest rzeczywiście dla nas podstawą do tego, żeby działać dalej, by stworzyć komisję licencji i jednocześnie nadać jej jakieś ramy administracyjne. Wspomniane również w poprzedniej prezentacji wcześniejsze opracowania w „Polish Journal of Pathology" pozwoliły doprowadzić do sytuacji, w której wniosek będący podstawą oceny poszczególnych jednostek ma umocowanie w realiach. Chodzi tu o dane, które zostały opracowane po wielu rozmowach, konsultacjach. Niejako poza tym wykładem mogę państwu powiedzieć, że spotykaliśmy się wielokrotnie po to, żeby w gronie patomorfologów opracować wzór wniosku, dzięki któremu wszystkie najdrobniejsze wątpliwości zostaną wyjaśnione. Oczywiście zdaję sobie sprawę z tego, że w tej chwili mogą jeszcze istnieć pewne niedoskonałości we wniosku końcowym. Ale uwzględniliśmy tu wszystkie typy badań, wszystkie możliwe limity badań, jak również wzięliśmy pod uwagę możliwości osobowe naszego środowiska.

Oczywiście, tak jak wspominał też prof. Marszałek, niektóre jednostki funkcjonujące w ramach zakładów czy pracowni patomorfologii wykonują badania w różnych zakresach. I najczęściej jest tak, że podstawowe badanie histopatologiczne jest wykonywane we wszystkich jednostkach, a bardzo często inne badania wykonywane są na bazie obcej. Oczywiście w takiej sytuacji nie chcielibyśmy dyskwalifikować tych, którzy nie są w stanie zrobić u siebie każdego badania, włącznie z drogim badaniem molekularnym, ale chcielibyśmy umożliwić to jednostkom, które są w stanie przedstawić, że, po pierwsze, posiadają umowę na wykonywanie tych dodatkowych badań – one są wymienione, czyli chodzi o badania immunohistochemiczne, śródoperacyjne, sekcyjne itd. – po drugie, że te badania naprawdę są robione, czyli że to nie jest fikcja, jest to dowód na to, że te badania zostały wykonane w określonej ilości, w określonym okresie.

Po to, żeby patomorfologia nie stała się czymś w rodzaju manufaktury czy fabryki, w ramach której wykonuje się bardzo dużo byle jakich produktów, musieliśmy przyjąć pewne limity co do obciążenia patomorfologów pracą. Tu jeszcze raz wrócę do twojej, Andrzej, prezentacji, ponieważ ty mówiłeś o tym, jakie są liczby badań przewidziane czy dokumentowane w innych krajach europejskich, poza Polską. Okazuje się, że rzeczywiście jesteśmy na tej liście na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o ilość obciążeń czy obciążenie patomorfologa ilością badań mikroskopowych. Na pewno nie powinno to wyglądać tak dalej, dlatego że to przekłada się na gorszą pracę, na zmęczenie, na możliwość pomyłek, czasami bardzo, bardzo drażliwych, bardzo dramatycznych pomyłek. W związku z tym wprowadzono 3 stopnie referencyjności, starając się również odnieść to do sieci onkologicznej – bo, jak państwo wiecie, prace z nią związane są w tej chwili prowadzone w ramach pilotażu w województwach świętokrzyskim i dolnośląskim. W związku z tym do tych stopni referencyjności dostosowano liczby badań patomorfologicznych, które mogą być wykonane. Jak państwo widzą na slajdzie, są one rzeczywiście znacznie niższe niż te, które wynikały z czystego, prostego podziału liczby badań przez liczbę patomorfologów w wybranych ośrodkach w Polsce. Przyjęliśmy również, że w pracowniach, które mogą stanowić pracownie cytologiczne działające samodzielnie – bo takie również są – jak też w tych, które są częścią większych zakładów, liczba badań nie powinna być fikcyjna, tzn. w tym sensie, że wykonuje się tam tyle badań, że to zagraża jakości tych badań, czyli prawdopodobieństwo pomyłek, błędów lekarskich wzrasta. W związku z tym przyjęliśmy normy, które bardziej odpowiadają naszym możliwościom i realiom, a także wynikają z faktu, że czynnych patomorfologów w Polsce rzeczywiście jest za mało do obsługi wszystkich jednostek.

Oczywiście będziemy jako komisja licencyjna zwracać uwagę nie tylko na to, ilu pracuje patomorfologów, w jakich warunkach, ale również na to, czy zapewniona jest jakość badań. Temu może służyć chociażby weryfikacja preparatów mikroskopowych wykonywanych na miejscu – włącznie z badaniami cytologicznymi, immunohistochemicznymi, histochemicznymi itd. – jak również spis procedur, czyli to wszystko, co powinno się w zakładzie patomorfologii znaleźć w widocznym miejscu, co powinno być znane pracownikom, włącznie z lekarzami. Chodzi o procedury, które są rzeczywiście stosowane, czyli takie, których opis nie wisi gdzieś na ścianie albo jest schowany w biurku, ale rzeczywiście są one na co dzień wykorzystywane.

Formalnie komisja składa się z 8 osób. Ja zostałem jej przewodniczącym. W skład tej komisji wchodzą lekarze patomorfolodzy, specjaliści patomorfolodzy, którzy będą oceniać jednostki składające wniosek o przyznanie licencji. Ten tryb postępowania trwa około 5–6 tygodni od złożenia wniosku, ponieważ składa się na to około 30 dni, które są niezbędne do zapoznania się przez przewodniczącego z wnioskiem o ocenę, ewentualnie potrzebne jest odesłanie tego wniosku do poprawek czy uzupełnień, potem jest powołanie 2-osobowej komisji, która uda się do występującej z wnioskiem jednostki po to, żeby to wszystko zweryfikować, a następnie potrzeba 2 tygodni na to, żeby została wydana ostateczna decyzja, włącznie ze świadectwem, które Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Patologów będzie podpisywał. Oczywiście istnieje możliwość odwołania się od decyzji odmownej i występowania z wnioskiem ponownie. Regulamin bardzo szczegółowo opisuje tego typu sytuacje, jak również sytuacje, kiedy ktoś podaje nieprawdziwe dane, czyli wtedy, kiedy można odmówić

licencjonowania zakładu przez dłuższy czas. We wniosku oczywiście powinny znaleźć się wszystkie dane dotyczące zakładu, osób, które tam pracują, pracowni, wyposażenia w sprzęt do badań histopatologicznych czy generalnie badań mikroskopowych, jak również posiadanych zasobów ludzkich i limitów badań.

Istotne jest to, że zakłady patomorfologii, które istnieją czy istniały do 28 grudnia 2017 r., powinny w ciągu bieżącego roku dostosować się do treści rozporządzenia ministra i możliwie szybko składać wnioski licencyjne na podany tu adres – do konta tego mają dostęp członkowie komisji. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Doktorze.

Ciągle się kręcimy wokół jakości i myślę, że to jest klucz do sukcesu w polskiej medycynie, i chyba nie tylko.

Panie Profesorze, kto będzie następny?

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek:

Teraz będzie dyrektor Kutaj-Wąsikowska, która pomogła nam w kwestii akredytacji. Bo nasz pomysł był taki, że skoro wprowadzamy pewne kryteria projakościowe, to powinien być też element sprawdzania z zewnątrz, a nie powinno być tak, że środowisko przygotowuje swoje kryteria, samo je kontroluje i samo wydaje opinie. W obecnym porządku prawnym my nie jesteśmy w stanie zrobić tego inaczej niż w ten sposób, jaki pokazał tu pan prof. Ziółkowski. Ale mamy nadzieję, że i ministerstwo, i NFZ zgodzi się na to, by w najbliższej przyszłości można było wprowadzić system akredytacji zewnętrznej. Jest do tego bardzo dobrze przygotowana jednostka. O tym, czy będą na to środki i czy zostanie to wykorzystane, będziemy mówili pewnie za chwilę, w dyskusji. Ale tak jak już mówiłem, pani dyrektor, gdy zobaczyła… To znaczy widząc w czasie akredytacji stan polskich szpitali… Chyba wcześniej nigdy nie wychodziła zbyt daleko za drzwi zakładu patomorfologii, bo nie były określone pewne kryteria i nie było to uporządkowane w sposób formalny. Ale od czasu, kiedy mamy rozporządzenie, pewne dalsze kroki możemy podjąć, bo już wiemy, czego mamy oczekiwać. I myślę, że teraz, gdy mamy możliwość licencjonowania, docelowo pewnie będzie wchodziła w grę akredytacja. I o tym powie pani dyrektor.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo, Pani Dyrektor.

Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Halina Kutaj-Wąsikowska:

Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Troszeczkę odejdę od kwestii patomorfologii i powiem państwu, jak wygląda system akredytacji w Polsce na ten moment. Ja jestem pod ogromnym wrażeniem środowiska patomorfologów, dlatego że jego przedstawiciele sami zgłosili się do nas z propozycją programu akredytacji. Tak więc kolejny raz mamy przykład tego, że środowisko samo chce oceny jakości tego, co się dzieje w dyscyplinie – w tym przypadku w patomorfologii.

Tak jak to było w XIX czy w XX w., system akredytacji dla opieki zdrowotnej stworzyli chirurdzy. Ten system powstał absolutnie z ich inicjatywy i przez wiele lat był realizowany dla ośrodków chirurgicznych. Dopiero w latach osiemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych akredytacja wprowadzona została dla wszelkiej formy sprawowania opieki nad pacjentem. Czyli to jest tak: chcesz dostać pieniądze publiczne czy federalne, to musisz posiadać status jednostki akredytowanej. Na całym świecie tych systemów akredytacyjnych jest bardzo dużo, ale są też pewne wspólne elementy, takie jak dobrowolność. Akredytacja jest dobrowolna, tak jak licencjonowanie, tzn. sama jednostka czy szpital dobrowolnie zgłasza się do programu akredytacji. Za autonomiczność decyzji… Akredytacji nie wydaje jedna organizacja, bo są szczeble wydawania decyzji akredytacyjnych w oparciu o wizyty, które są przeprowadzane w szpitalach. Na dzień dzisiejszy możemy powiedzieć, że ten system akredytacji jest najbardziej rozwinięty w Polsce.

Standardy muszą spełniać pewne określone kryteria. A mianowicie muszą być bardzo istotne dla jakości opieki i dla bezpieczeństwa pacjenta, a przede wszystkim muszą mieć pewną formę edukacyjną. Przegląd akredytacyjny we wszystkich systemach prowadzony jest przez lekarzy, pielęgniarki i administratorów. Zresztą w przypadku patomorfologii nie wyobrażam sobie tego, że przeglądu akredytacyjnego – jeżeli będziemy rozwijać ten system akredytacji – nie będą prowadzili patomorfolodzy.

W Polsce ten system funkcjonuje od 1998 r., prowadzony jest przez nasze centrum. W tej chwili mamy najbardziej rozwinięty system akredytacji dla szpitali, dla podstawowej opieki zdrowotnej. On się dopiero rozwija. Pierwsze wizyty… Wystartował program… Tzn. zainteresowanie jednostek jest dopiero od 2017 r. Program akredytacji dla jednostek chirurgii jednego dnia… Start właściwy: 2017/2018.

Jak to wygląda? Centrum monitorowania prowadzi wizyty akredytacyjne, bazując na wizytatorach zewnętrznych, czyli na ludziach na co dzień pracujących w szpitalach. Sporządzany jest raport z przeglądu akredytacyjnego, który trafia do Rady Akredytacyjnej, jak i cała dokumentacja. Rada Akredytacyjna po zapoznaniu się… Rada Akredytacyjna powoływana jest przez ministra zdrowia, składa się z przedstawicieli środowiska medycznego. Jeżeli rada zaakceptuje pewne elementy, które są w tym raporcie, to rekomenduje ministrowi przyznanie bądź odmowę akredytacji. Oczywiście obowiązuje nas przy tym ustawa, tj. ustawa z 2009 r. o akredytacji w systemie opieki zdrowotnej.

Akredytacja wydawana jest na 3 lata, pod warunkiem że jednostka, która starała się o akredytację, zdobędzie co najmniej 75% punktów możliwych do uzyskania w punktacji. Jeżeli uzyskiwana jest niższa punktacja, to akredytacja nie jest przyznawana.

Proszę państwa, oto jak wygląda zainteresowanie akredytacją w poszczególnych latach w przedziale 1998–2018. W roku 2018 104 jednostki poddały się akredytacji – mówię o szpitalach, w tej chwili mówię tylko o szpitalach, bez POZ-ów. Ale zainteresowanie w tej chwili gwałtowanie rośnie, jest dość duża lista oczekujących, jeśli chodzi o przeprowadzenie wizyt akredytacyjnych.

Oczywiście poddanie się wizycie akredytacyjnej nie jest jednoznaczne z tym, że szpital dostanie status jednostki akredytowanej. Na slajdzie na czerwono macie państwo zaznaczone szpitale, które dobrowolnie zgłosiły się do wizyty akredytacyjnej i pomimo tego tej akredytacji nie dostały. W 2018 r. takich jednostek było sporo, 22 jednostki, które po raz kolejny albo pierwszy raz przystąpiły do wizyty akredytacyjnej. Jest problem z jednostkami, że tak powiem, pierwszorazowymi, bo tutaj wskaźnik odmów akredytacji to jest około 50%.

Ustawodawca przewidział opłaty za akredytację, czyli szpital zgłasza się, płaci, a pomimo tego może uzyskać wynik negatywny.

Jak wygląda ocena? Oceniane są standardy. Na slajdzie jest opisana ocena stanu – chodzi o zabiegi i znieczulenia, dział odżywiania, zarządzanie ogólne, środowisko, ciągłość opieki, opiekę nad pacjentem, farmakoterapię, zarządzanie zasobami, prawa pacjenta, kontrolę zakażeń, laboratorium, poprawę jakości i zarządzanie informacją. Proszę zwrócić uwagę, że laboratoria analityczne, mikrobiologiczne i patomorfologiczne – jeśliby oceniać tylko samo laboratorium – uzyskują bardzo wysoką punktację, powyżej 90% w poszczególnych latach. Właściwie nie ma z tym problemu, jeśli patrzeć na średnią. Najgorzej oceniane są standardy z zakresu zabiegów i znieczuleń – to jest kwestia przygotowania pacjenta do zabiegu, pobrania materiału w trakcie zabiegu chirurgicznego, opieki nad pacjentem w okresie okołooperacyjnym. Jeżeliby oceniać sam ten dział, to średnio żaden szpital nie uzyskuje standardu akredytacji. To samo jest, jeśli chodzi o poprawę jakości. Tutaj poprawa jakości… Czego dotyczą standardy? Te standardy dotyczą przede wszystkim analizy własnej działalności klinicznej. Czyli: powiedz mi, gdzie masz problem i czy umiesz ten problem rozwiązać – jeżeli masz zgony, to zobacz, przeanalizuj, które zgony są możliwe do uniknięcia. Jakie wyciągasz wnioski? Muszę tu powiedzieć, że w przeciągu lat właściwie nie zaobserwowaliśmy pozytywnych ruchów w tej mierze, jest coraz gorzej, jeśli patrzeć na wyniki, bo prowadzi się coraz mniej analiz własnej działalności klinicznej. Związane jest to po części z formą zatrudnienia. Osoby na umowach kontraktowych de facto nie są związane ze szpitalem i trudno jest je motywować do prowadzenia tego typu ocen.

Chcę jeszcze zwrócić państwa uwagę… Na pewno jest zainteresowanie, jak wygląda kontrola w kwestii infekcji. Otóż różnie. Właściwie jest w ostatnich latach… Pomimo tego, że infrastruktura bardzo się poprawiła, kontrola infekcji i nadzór nad tym wcale tak dramatycznie się nie poprawiły. To tyle, jeśli chodzi o średnią. Ale patrzcie państwo, jak to wygląda w poszczególnych szpitalach. Mamy tutaj laboratorium z bardzo wysoką średnią, ale w niektórych szpitalach są skrajnie niskie punktacje, właściwie zero jakości. W tym szpitalu ani jeden standard nie został pozytywnie oceniony. Tak samo jest tutaj, tzn. nie wiem, czy choć jeden ze standardów, które są w danym dziale, został w ten sposób oceniony. Spójrzmy na kwestię zabiegów i znieczuleń. Są szpitale, gdzie średnia nie jest najwyższa, bo jest dość niska, ale są też szpitale, które właściwie nie spełniają żadnych kryteriów jakości. Przypominam: szpital zgłosił się dobrowolnie do akredytacji, chciał być zweryfikowany, była chęć poddania się bardzo dokładnej weryfikacji. My zresztą obserwujemy w trakcie wizyt akredytacyjnych ogromny potencjał do poprawy, zwłaszcza jeśli chodzi o pobieranie materiału, transport i przechowanie – to wyszło w naszym badaniu i pan prof. Marszałek potwierdzał. Ale materiał jest odbierany raz w tygodniu, czasami raz na 2 tygodnie jest przekazywany do pracowni patomorfologicznej.

Literatura światowa podaje bardzo różne dane dotyczące błędów diagnostycznych, bełdów, jeśli chodzi o diagnostykę, bo dotyczy to i patologii, i radiologii, i diagnostyki laboratoryjnej – jest to między 2% a 5%. Oczywiście w wielu przypadkach błędy prowadzą do szkody pacjenta, czasem prowadzą do zgonu włącznie. I literatura tak to opisuje. Wcześniejsze badanie, bo z 2005 r., mówi, że w patologii zdarza się około 5% błędów. Dzieli się to na błędy w fazie przedanalitycznej – czyli chodzi o, po pierwsze, pobranie materiału od właściwego pacjenta, i to pobranie go właściwie, właściwe przekazanie do pracowni patomorfologicznej… Proszę państwa, jest XXI w., a wciąż wielokrotnie obserwujemy, że materiał biologiczny przekazywany jest do pracowni w słoiczkach po majonezie, po jakichś środkach dezynfekcyjnych, jest upchany, niezalany, nie…

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

To wręcz przerażające odkrycia – bo tylko tak to mogę nazwać.

Jest problem z identyfikacją pacjenta, również z przypisaniem na bloku operacyjnym materiału do konkretnego pacjenta. Ja nie wiem… Zdarza się tak, może nie często, ale zdarza się tak, że ciężko zestawić pobrany materiał z konkretnym pacjentem, z jego ID. Światowa literatura mówi tu o 2% błędów. Nie ma polskich danych na ten temat, ale obawiam się, że tu tych procent jest trochę więcej.

Faza analityczna. W to nie będę wchodziła, bo prof. Marszałek dość dużo na ten temat mówił. Ale my obserwujemy kwestię wyników histopatologicznych, które są w historii choroby pacjenta. Otóż tam tak naprawdę nie ma wyniku. Albo jest konieczność dodiagnozowania, albo wynik jest niediagnostyczny. I to jest w historii choroby. Lekarz dostaje taki wynik i wówczas, jak się wydaje, trzeba na nowo robić badania, powtarzać je, co jest oczywiście związane z czasem, który jest istotny dla pacjenta. Oczywiście to jest już faza postanalityczna, ale my to obserwujemy, dlatego że to jest też kwestia informowania pacjenta. Pacjent dostaje wynik, wynik idzie do ambulatorium, ale nikt tych wyników nie przegląda, nawet jeżeli one wskazują, że jest wymóg kontynuacji leczenia, bo jest to wynik nowotworowy. Często się zdarza tak, że w jednym zbiorze wyników histopatologicznych są wyniki prawidłowe i nieprawidłowe. Jeśli pacjent przyjdzie, to wynik dostanie, a jeśli nie przyjdzie, to nie dostanie. Oczywiście problem tych błędów dotyczy przede wszystkim leczenia nowotworów.

No i teraz mamy kwestię akredytacji patomorfologii, o której tu mówimy. Mamy już formę licencjonowania, jest to przygotowane. Brakuje nam standardów fazy analitycznej. Ale rozumiem, że towarzystwo by to dopracowało albo porozmawiamy, w jaki sposób to dopracować.

W Szwecji i Danii mówi się w tej chwili bardzo dużo o rejestrach klinicznych, o rejestrach nowotworów piersi, jelita grubego itd. Zresztą ogólnie bardzo głośno jest o tym. Wszystkie rejestry zachodnie bazują na podstawie, czyli na rejestrze badań patomorfologicznych. Podstawą do tego, żeby oceniać skuteczność i jakość leczenia poszczególnych typów nowotworów, jest rejestr klinicznych wyników badań patomorfologicznych. Najlepiej, gdy jest on z obrazem, tak by można było czasami zrobić tzw. drugą diagnozę, wydać drugą opinię. I właśnie o tym od tygodnia rozmawiamy. Koncepcja akredytacji dla patomorfologii to są te wszystkie 3 etapy: licencjonowanie, ocena standardów fazy analitycznej i rejestr wyników patomorfologicznych – tak żeby można było ocenić wiarygodność tego wyniku. I oczywiście chodzi o wystandaryzowany wynik, bez tego nie mamy o czym mówić. A więc jeżeli udałoby się na początek… Właściwie te 2 pierwsze punkty już są, to już się dzieje. Pozostaje nam kwestia rejestru klinicznych wyników badań patomorfologicznych. Ale myślę, że dzięki dobrej woli środowiska, determinacji i pacjentów, i nas wszystkich, uda się nam to zrobić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Dyrektor.

Proszę państwa, czas nas goni. Jeszcze jedna prezentacja. Tak, Panie Profesorze?

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek:

My zaplanowaliśmy również głos pacjentów w tej dyskusji, tak że będziemy czekali na informacje od pacjentów.

Ja jeszcze tylko powiedziałbym, tak na gorąco, o jednej sprawie, która wynika z tego, o czym mówili i pan profesor, i pani dyrektor. Bo jest pytanie: dlaczego… Skoro wiemy, jak coś zrobić, bo mamy tę fazę opisaną i mamy określone standardy, to jak to jest, że okazuje się, iż to nie zawsze tak dobrze działa? Jest na to bardzo prosta odpowiedź. Jeżeli mamy szpital, który zajmuje się chirurgią, ale nie zajmuje się dalszym losem pacjenta onkologicznego – a badanie patomorfologiczne jest włożone w procedury chirurgiczne – to ten szpital nie będzie chciał, żeby to badanie było wykonane w pełnym zakresie, bo on z wyniku tego nie skorzysta. Tak? Po prostu ten, kto zapłaci za wynik, nie skorzysta z tego wyniku. I to jest, jak myślę, taki trochę systemowy błąd polegający na tym, że ta procedura po badaniu patomorfologicznym jest niejako zaszyta w procedurze i nie ma ona jakby konsekwencji. Z kolei w ośrodkach, które są ośrodkami onkologicznymi, ponad 50% pacjentów, którzy tam trafiają, wymaga niestety rescreeningu, czyli ponownego wykonania badania, dlatego że pewne elementy trzeba dopisać do rozpoznania. A u mniej więcej 30% pacjentów jest jeszcze inny kłopot, tzn. polegający na tym, że opracowanie materiału w sposób – powiem to elegancko – suboptymalny powoduje… Badanie wykonane w sposób suboptymalny nie może być uzupełnione do standardu pozwalającego na wdrożenie leczenie spersonalizowanego, dlatego że brakuje pewnych elementów, które są potrzebne, np. danych o marginesie czy wielkości zmiany, czy o pobranej odpowiedniej liczbie węzłów chłonnych. I to są problemy, które trafiają, niestety, rykoszetem w pacjenta. Pacjent ponosi więc koszt niewłaściwego dystrybuowania pieniędzy. Bo gdybyśmy… Ja powiem tak: wiem – bo tak wieść gminna niesie – że część klinicystów mówi, iż boi się tego, że te badania patomorfologiczne zostaną wyciągnięte z procedur chirurgicznych, tzn. że jakość zostanie dramatycznie obniżona. Ja się obawiam, że… Koszty badań patomorfologicznych, które są zaszyte w procedurach, są na tyle niskie i są tak dawno temu określone, że należy o nich zapomnieć, spuścić na to zasłonę milczenia, bo wyciąganie tych 5 zł czy 10 zł z procedury klinicznej żadnego efektu nie przyniesie.

Trzeba za to określić – i my jesteśmy do tego przygotowani w szerszym gronie, i w gronie patologów, i w Towarzystwie Medycyny Personalizowanej, wraz z różnymi organizacjami pacjenckimi, także we własnym gronie wielokrotnie do tego podchodziliśmy – w jaki sposób należy zdefiniować badanie i jak je należy wycenić, żeby zostało ono realnie i rzetelnie wykonane. Będąc kiedyś na posiedzeniu Krajowej Rady do spraw Onkologii w Ministerstwie Zdrowia my nawet podjęliśmy taką… To też było opracowane ze środowiskiem, czyli to był głos wspólny, wskazujący, że oczywiście w 100% badań nie da się dać stuprocentowy wynik, ale nie powinno się płacić za procedurę, która mówi tylko o tym, czy jest rak, czy nie ma raka, bo to tak naprawdę nie jest żaden wynik. A pani dyrektor wie, że takie wyniki niestety się pojawiają. Ja, będąc szefem zakładu w centrum onkologii, obserwuję, że przychodzą przedstawiciele ośrodków zewnętrznych i mówią tak: my chcielibyśmy u państwa zrobić badania patomorfologiczne, ale tylko do etapu określającego, czy jest rak, czy nie ma raka, a więc chodzi o to, żeby państwo już nic więcej nie pisali. I mówią: umówmy się, że my zrobimy wstępną diagnostykę, państwo napiszą nam, czy jest rak, czy nie ma raka, my tę pacjentkę wyposażymy w ten wynik, ona przyjdzie do was i wy wtedy dorobicie jej na swój koszt te pozostałe elementy, bo być może zarobicie na leczeniu. Ale wiadomo, że na chemioterapii się nie zarabia. Na radioterapii już też się nie zarabia. Czyli tak naprawdę przerzuca się te koszty na jednostkę, która generalnie ma być publiczna i ma pomóc pacjentowi.

Ja pomijam jedno, mianowicie to, że jeżeli badanie jest robione w kilku etapach, to przy drobnej biopsji czy żołądka, czy wątroby, czy w przypadku raka piersi lub raka płuca, niestety tracimy materiał na samym etapie przygotowania kolejnego badania. I wtedy tak naprawdę generowane są niepotrzebnie koszta, bo są konieczne dodatkowe badania. I tak nawiązując do tej akredytacji i do tych procedur… My to wszystko mamy, prosimy tylko o jedno: żeby nacisnąć guzik, żeby powiedzieć, że okej, są procedury, są zasady… I jeżeli uda się to wyodrębnić, to – wierzę w to – po pierwsze, będziemy wykonywali o 65% mniej badań, bo one nie będą musiały być powtarzane, nie będą musiały być

przesyłane przez całą Polskę, a po drugie, jeżeli pacjent dostanie od razu taki wynik, jak należy, to nie będzie kłopotu z wdrożeniem właściwego leczenia. Przypominam to, co wynikło z ankiety: oczekiwanie na badanie trwa 60 dni, na badania dodatkowe – kolejne 60 dni. Czyli tak naprawdę to są 4 miesiące życia. I czasami przez to pacjent z takim opracowaniem suboptymalnym trafia do leczenia paliatywnego. Taki jest tak naprawdę efekt. My tu opowiadamy o systemie, ale tak naprawdę musimy tu myśleć o pacjencie, który przez to najbardziej cierpi.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Poruszył pan problem, który na posiedzeniach naszej komisji wielokrotnie był poruszany, tzn. to, że może to nie chodzi o brak pieniędzy, tylko o złą dystrybucję tych pieniędzy.

Proszę, jeszcze o jedno wystąpienie, a potem przeszlibyśmy do dyskusji, bo myślę, że to będzie dla nas najciekawsze, najbardziej interesujące.

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: Poprosilibyśmy przedstawicieli pacjentów…)

Tak, poprosimy, tylko w miarę krótko.

Proszę o przedstawienie się.

Prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia” Beata Ambroziewicz:

Dzień dobry państwu.

Beata Ambroziewicz. Reprezentuję Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych i Polskę Unię Organizacji Pacjentów. Chciałabym potwierdzić, co tu powiedziano, bo tak naprawdę nasze spostrzeżenia są bardzo podobne do tych tu przedstawionych. Oczywiście gratulujemy też podjęcia inicjatywy, wdrożenia wreszcie standardów organizacyjnych i dziękujemy za to. Ale martwi nas trochę stan przygotowań do wdrożenia tych standardów, to, na ile zakłady, szpitale dostosowują się do tego, abyśmy na koniec grudnia faktycznie mogli już powiedzieć, że w całym kraju te standardy obowiązują. Niemniej jednak gratuluję państwu tej inicjatywy, bo naprawdę ogromna robota została zrobiona i tak naprawdę dzięki temu mamy gotowe rozwiązanie.

To, co my obserwujemy, to faktycznie… Badania patomorfologiczne są kluczowe z punktu widzenia pacjenta i rokowań w jego sprawie. W onkologii bez tych badań nie może być postawione pełne rozpoznanie i określony plan leczenia – a niestety takie rzeczy się dzieją. Obserwujemy, prowadząc pacjentów po systemie, koordynując też ich ścieżkę leczenia, że bardzo często padają pytania właśnie o to, w jakim czasie wyniki danego badania powinny wrócić do pacjenta, powinny być zrealizowane, ale często odpowiedzi na to nie daje się uzyskać od szpitala. Widzieliśmy też, że te czasy w różnych ośrodkach bardzo się różnią.

W rozmowach z patomorfologami widzimy też problem, jeśli chodzi kartę DiLO, bo ona z jednej strony pozwala na szybkie rozpoczęcie diagnostyki, a z drugiej strony – tak wynika z naszych rozmów – później, już na etapie przeprowadzania badań, to, co trafia do zakładu… Cała ta onkologia wpływa do jakiegoś jednego wielkiego worka i pewna część osób z kartą DiLO ma wykonywane badania szybciej, a część nie. A więc tu też nie ma jakiegoś określonego standardu.

I na to, jak mówił pan prezes, nakłada się kolejna sprawa, czyli pewne zaniedbania organizacyjne. Bardzo często jest tak – wiemy o tym – że wyniki leżą po 3–4 tygodnie w szpitalu, ale pacjent nie jest wzywany na wyznaczenie planu leczenia. Tymczasem kiedy chodzi o raka płuc, to opóźnienie o miesiąc czy 2 miesiące może spowodować to, że pacjent w ostateczności się nie zakwalifikuje.

Kolejną sprawą jest to, o czym państwo już mówili, tzn. to, że wiele zakładów jest prywatnych, korzysta z formuły outsourcingu, przez co są one uzależnione od swoich kontrahentów. Otrzymujemy bardzo często takie informacje, że nie ma zgody na wykonywanie kolejnych badań, zwłaszcza immunohistochemicznych, materiał wraca, informacja jest niepełna, więc trudno podjąć dalsze leczenie.

Bardzo też często do badań trafia materiał – pewnie przez to, że leży jakąś liczbę dni – wysuszony, w bardzo złym stanie. Gdy patomorfolodzy zgłaszają taką nieprawidłowość, niestety otrzymują od szpitali informację: trudno, badanie ma być zrobione i już. Tak więc bez standardów akredytacyjnych, jakościowych nie poprawimy sytuacji.

Mamy oczywiście pewne ograniczenia obiektywne, jeśli chodzi o liczbę patomorfologów. I to jest takie ograniczenie, które wpływa również na te standardy ilościowe, które powinniśmy wprowadzić. Pytanie, czy jeśli patomorfolodzy będą wykonywać właśnie te 2–3 tysiące badań, zgodnie ze standardem, to będziemy w stanie wykonać ich tyle, na ile jest zapotrzebowanie. Wiemy, że liczba zachorowań na nowotwory, ale też na inne choroby cywilizacyjne, rośnie z roku na rok, a więc to jest tak naprawdę ostatni moment, kiedy możemy przeciwdziałać tej sytuacji.

Dostajemy wiele informacji ze szpitali, ale też od patomorfologów, że szpitale nie chcą zatrudniać patomorfologów, chociaż jest wiele chętnych osób. I materiały trafiają do tych zakładów rozrzuconych po całym kraju, gdzie jest bardzo trudna sytuacja, jeśli chodzi o dystrybucję, przechowywanie, transport. Tak jak tutaj mówił pan prezes – my też to potwierdzamy, wiemy o tym od pacjentów, od szpitali, od patomorfologów – materiały są niekiedy wysyłane zwykłym kurierem. Nie są respektowane żadne zasady przechowywania tej tkanki. Nasi pacjenci mają też często do czynienia z taką sytuacją, że ich materiały są wysyłane za granicę. Ten materiał, który wraca, najczęściej już się do niczego nie nadaje, nawet jeśli na samym początku był dobrej jakości, i nie da się już na tym materiale wykonać kolejnych badań. Tak więc problem jest tak naprawdę złożony.

Jeśli chodzi o DiLO, to zaobserwowaliśmy też, że to działa tak jakby w dwie strony. Z jednej strony mamy do czynienia z taką pozytywną sytuacją, że materiał szybko trafia do diagnostyki, z drugiej strony dostajemy też takie sygnały, że są pewne ośrodki, pewne osoby, które non stop wysyłają materiały i wystawiają karty DiLO przy rozpoznaniach, które ewidentnie nie są nowotworowe. I to się powtarza z miesiąca na miesiąc. Jakieś proste tłuszczaki są wysyłane np. z podejrzeniem sarkomy, co też ewident-

nie zabiera czas osobom, które powinny zbadać kolejne wycinki.

Tak więc jeśli chodzi o standardy jakości, to jak najbardziej wspieramy te starania. Mamy nadzieję, że uda się już w tym roku dostosować te rozwiązania, tak żeby one mogły zacząć obowiązywać w roku przyszłym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.

Teraz, zgodnie z tradycją, poprosiłbym pana ministra Miłkowskiego o zabranie głosu i ewentualne ustosunkowanie się do tych wystąpień.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie za zorganizowanie tego spotkania i za te wszystkie głosy. Temat jest niesamowicie istotny, bo dotyczy on samych podstaw, jakości i sposobu leczenia. No i widać, że dużo patologii jest w tej patologii.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Organizacyjnej. To jest wyłącznie błąd organizacyjny, systemowy błąd organizacyjny.

Pan minister Radziwiłł zrobił pierwszy, olbrzymi ruch, no i teraz jesteśmy przed tym kolejnym. Agencja pracuje nad przygotowaniem wycen w zakresie patomorfologii, chociaż te prace nie są jeszcze bardzo zaawansowane. Z tego materiału, który państwo otrzymali, wynika, że niektóre… Procedura jest taka, że wszystkie nowe rzeczy agencja powinna wprowadzić. No i oczywiście nasuwa się pytanie o środki. No, w dniu dzisiejszym to wszystko jest zrobione. Cała diagnostyka patomorfologiczna jest w wycenie jednorodnych grup pacjentów, w całym leczeniu finansowanym i w AOS, i w DiLO. I tam tych świadczeń nie ma, te świadczenia nie są wyodrębnione. Rozmawialiśmy wielokrotnie o tym, że dopóki coś nie jest wyodrębnione, nie możemy dbać o jakość, nie możemy zmusić świadczeniodawców do dbania o jakość. Wiem, że prezes Jacyna jest tego zdania, że należy to wyłączyć. Co do zasady my się nie zgadzamy na to, żeby wyłączać poszczególne badania laboratoryjne, jakieś poszczególne drobne rzeczy, ale ponieważ to jest sprawa krytyczna w odniesieniu do całej onkologii, w tym przypadku się zgadzamy, że należy to systemowo wyodrębnić i finansować odrębnie, oczywiście w zamian za określoną jakość, czyli za jakość, której oczekujemy, która jest akceptowalna, zgodna z wytycznymi. No, tak że trwają prace nad wyceną.

Później nasuwa się jeszcze pytanie, jak to sfinansować i czy zmniejszyć wyceny. No, problemy ze zmniejszaniem wycen są zawsze trudne, w szczególności w onkologii, ale to dotyczy najprawdopodobniej roku przyszłego –na to powinniśmy się nastawiać. A w przyszłym roku dochody, środki NFZ mają po raz pierwszy istotnie wzrosnąć, tak że mam nadzieję, że dzięki temu będzie można zapewnić to finansowanie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos, Panie Ministrze.

Myślę, że teraz będzie dość ciekawa dyskusja. No, niestety pierwszeństwo mają senatorowie.

Kilkakrotnie wymienione zostało nazwisko pana senatora Radziwiłła jako ministra, który położył podwaliny pod kontrolę jakości w patomorfologii, tak więc, Panie Senatorze, proszę o zabranie głosu.

Senator Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Jeżeli państwo pozwolą, to kilka takich luźnych, nieuczesanych uwag czy refleksji chciałbym przedstawić. Myślę, że nawet jeśli wyodrębnienie badań patomorfologicznych z tego finansowania rzeczywiście jest jakimś rozwiązaniem, to docelowo powinniśmy na to patrzeć wyłącznie jako na sposób na to, żeby doprowadzić do poprawy sytuacji w tym zakresie, bo to, o czym pan prof. Marszałek mówił, pokazuje, że problem jest gdzieś indziej. Przede wszystkim z tej najważniejszej perspektywy, tzn. z perspektywy pacjenta, istotna jest kwestia jakości. I to jest zupełnie fundamentalna sprawa.

Ciekawe są te dane dotyczące różnic w jakości. No, w ogóle szokujące są te dane dotyczące jakości. Muszę powiedzieć, że pierwszy raz widzę coś takiego. Myślę, Panie Profesorze, że to niestety nie zostanie w tej sali. To jest nasz wspólny problem.

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: Te dane…)

No, pan wyraził taką nadzieję, prawda? Myślę, że tak nie będzie.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek:

Ja o tym opowiadam już od dłuższego czasu i nawet mówiono mi, że jak będę za głośno o tym mówił, to będę musiał uważać, bo komuś, kto jeździ często samochodem, różne rzeczy mogą się wydarzyć.

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Nie, tu nie o to chodzi.)

Tak było w jednym z gabinetów.

Chciałbym zwrócić uwagę na inną rzecz, a mianowicie na to, że jeśli chodzi te dane wynikające z ankiety, z panią dyrektor przeprowadzonej, to my pokazaliśmy tylko część. To, czegośmy nie pokazali, jest jeszcze bardziej szokujące, dlatego żeby, że tak powiem, pozostawić państwa przy życiu po posiedzeniu komisji… Nie wiadomo, jak te dane pokazać, żeby one…

Senator Konstanty Radziwiłł:

No tak, ale tym bardziej, Panie Profesorze, wydaje się, że po prostu trzeba zrobić coś natychmiast. No bo jeżeli mamy do czynienia z taką sytuacją, że na 9 czy 10 badań

3/4 z nich albo jeszcze więcej to po prostu złe badania, to można powiedzieć: na czym my się opieramy? Jeżeli panowie na początku mówili tutaj o tym, że patomorfologia jest np. podstawą do decyzji o finansowaniu bardzo drogiego leczenia, które nie jest uzasadnione w danym przypadku, tak jak pan pokazał, no to rzeczywiście zaczynamy się poruszać po bardzo śliskim podłożu. Prawda? I coś trzeba zrobić natychmiast, tak żeby, po pierwsze, ratować tych ludzi, których to dotyczy, a po drugie, nie wydawać bez sensu pieniędzy. No, to też jest istotne, ale na pierwszym miejscu są pacjenci. To jest zupełnie oczywiste.

Myślę, że mamy już w tej chwili dosyć dobre podstawy do tego, żeby podjąć jakieś tam decyzje i na tę jakość zwrócić uwagę. Panie Ministrze, przy okazji powiem tak: gdyby pan jeszcze się wypowiadał, to ja bym bardzo prosił o jakąś informację dotyczącą projektu ustawy o jakości. No, myślę, że my jednak dotykamy tego problemu. Nie jest tak, że można bez niczego rozwijać kwestie akredytacji, standardów itd. Ta ustawa jest po prostu potrzebna. Jakiś tam zrąb takiego projektu ustawy w ministerstwie jest, no więc myślę, że to jest naprawdę najwyższa pora, żeby przy okazji tej sprawy znowu do tego nawiązać.

I ja też chciałbym tutaj pokazać pewien zrąb, który na bazie istniejących przepisów moim zdaniem można by już zrobić: pierwszy etap – licencjonowanie, drugi – akredytacja. Prawda? I to jest coś, co w odniesieniu do istniejących przepisów od biedy można by stosować. Bo jeżeli spojrzymy na rozporządzenie, o którym pan tak ciepło mówił, rozporządzenie w sprawie standardów organizacyjnych w patomorfologii, no to zobaczymy, że jedną z rzeczy, które tutaj są zapisane, jest to, że w zakładzie patomorfologii wykonuje się czynności z zakresu patomorfologii zgodnie z wiedzą opartą na dowodach naukowych oraz z rekomendowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów, Stowarzyszenie Neuropatologów Polskich, konsultanta krajowego w dziedzinie patomorfologii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie neuropatologii wytycznymi lub zaleceniami dotyczącymi sposobu postępowania itd. Jeżeli tak jest, to ja sobie wyobrażam, że… Bo to, co pan nazwał licencją, jest, można powiedzieć, pańską prywatną koncepcją. Tego nie ma w przepisach, prawda? To byłby taki dokument, który wydawałby… No, nie wiem jeszcze dokładnie kto. Załóżmy, że np. Polskie Towarzystwo Patologów wydawałoby pracowni zaświadczenie, że ona po prostu działa według tych zaleceń. Prawda? Tak to sobie wyobrażam. I to byłaby ta licencja. Krótko mówiąc, jej otrzymanie byłoby warunkiem tego, żeby taka pracownia w ogóle mogła funkcjonować. Moim zdaniem ten przepis jest… Tak do końca nie jestem pewien, bo jestem tylko lekarzem, a nie…

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: To ja powiem tak: to już się dzieje. Taka jest intencja tego…)

O, to dobrze, dobrze…

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: I tu pan prof. Ziółkowski, że tak powiem…)

No, mam wątpliwość…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

No tak, ale ten przepis już obowiązuje…

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: Tak.)

…a z całą pewnością nie ma jeszcze takich dokumentów. Prawda? A więc trzeba to jak najszybciej nadrobić. To jest pierwsza rzecz.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Panie Profesorze, ja tylko proponuję.

A drugi etap to kwestia akredytacji, tzn. przyznawania, że tak powiem, poświadczeń wyższych lub niższych poziomów jakości.

No i, Panie Ministrze, kolejna rzecz, która moim zdaniem jest do wykorzystania, to rozporządzenie, w którym tego co prawda nie ma, ale… To by była stosunkowo nieduża zmiana, zmiana dotycząca rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ryczałtu. Krótko mówiąc, to by było rozwiązanie analogiczne do tego, jak jest z laboratorium zwykłym i laboratorium mikrobiologicznym, za które można dostać o 0,5% większy ryczałt. Moim zdaniem mogłoby być tak – i to stosunkowo szybko można by zrobić – że ta pracownia, która zgodnie z przepisami dotyczącymi standardu organizacyjnego opieki dostanie taki certyfikat, będzie miała po prostu o 0,5% większy… No, ten szpital będzie miał o 0,5% większy ryczałt.

Przy okazji chcę zaproponować, Panie Ministrze, żeby zrobić to analogicznie do tego, jak jest z tamtymi laboratoriami. Bo moim zdaniem dane, które przedstawił pan prof. Marszałek, są bardzo mocne. Chodzi o to, gdzie jest ta pracownia – czy ona jest w szpitalu, czy poza nim. Prawda? Można powiedzieć, że to jest kolejny punkt analogiczny do tamtych zapisów dotyczących laboratoriów. A więc własne laboratorium z certyfikatem…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Prawda? I tutaj tak samo chodziłoby o własną pracownię patomorfologiczną z certyfikatem Polskiego Towarzystwa Patologów. Jeżeliby za to można było dostać dodatkowe punkty, to automatycznie podniosłaby się jakość. Prawda? I to jest moim zdaniem coś zupełnie fundamentalnego, jeżeli chodzi o możliwości działania.

Oczywiście, w dalszej kolejności, jeżeli rozwinąłby się ten system akredytowania, można by – zresztą analogicznie do tego, jak jest w przypadku tej akredytacji ogólnej, za którą też są punkty w ryczałcie – jakoś tam to rozdzielić, tak żeby za niższy poziom akredytacji było troszkę mniej punktów czy tam mniejszy procent ryczałtu, a za wyższy poziom większy procent. I ja myślę, że można by z tego skorzystać, tzn. zacząć od tego, co już jest, nie zmieniając przepisów. Niezależnie od wszystkiego uważam, że trzeba iść w tym kierunku.

Panie Profesorze, Szanowni Państwo reprezentujący tę dziedzinę, jeszcze przy okazji, tak jak w przypadku każdej innej dziedziny… Wiem, że dla niektórych jestem już nudny pod tym względem, ale chciałbym przypomnieć o tym, że po znowelizowaniu przepisów dotyczących – no, tak w skrócie mówię – standardów w onkologii czy pakietu onkologicznego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest taki zapis, który mówi, że te wytyczne, o których pan profesor i pozostali panowie wspominali… No, jak to panowie mówili, one są. Otóż są i nie są, bo one są wytycznymi prywatnego towarzystwa. Jakkolwiek by patrzeć, towarzystwa naukowe

są stowarzyszeniami o charakterze prywatnym. Chodziłoby więc o to, żeby podnieść te wytyczne nieco wyżej, o szczebel wyżej. Zgodnie z ustawą o świadczeniach towarzystwa naukowe mogą przedstawić ministrowi wytyczne do, można powiedzieć, rekomendacji. Dzieje się to w taki sposób: towarzystwo przedstawia wytyczne, minister kieruje je do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, agencja wydaje opinię i następnie minister prezentuje te wytyczne w postaci obwieszczenia. W języku ustawy są to zalecenia postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, zresztą nie tylko w onkologii. W onkologii jest to obowiązkowe, a w innych dziedzinach dopuszczalne. I moim zdaniem warto z tej drogi skorzystać, tak żeby mieć takie wytyczne, które nie są już tylko środowiskowym zaleceniem, ale mocną rekomendacją ministra zdrowia. I bardzo bym namawiał do tego, żeby ten obszar patomorfologii był tutaj, że tak powiem, w forpoczcie. Niestety nie ma jeszcze ani jednego towarzystwa, które by skorzystało z tej drogi, a myślę, że to jest coś naprawdę ważnego. No, warto byłoby przetrzeć tę drogę. Dziękuję.

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: Przepraszam…)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Momencik, momencik. Panie Profesorze, za chwileczkę. Dobrze? Jeżeli ktoś jeszcze z senatorów chciałby zabrać głos, to oczywiście… O, pani senator. I potem oddam panu głos, dobrze?

Senator Bogusława Orzechowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja patrzę na to od strony pacjenta i powiem szczerze, że jestem przerażona tymi wynikami, bo jeżeli tylko w 30% wiarygodne są te badania, które są robione – a tak w niektórych wynikach wyszło – no to pacjent jest praktycznie skazany na to, że… No, nie wiadomo, czy on będzie leczony, czy nie będzie leczony. Jeżeli ja wystawiam pacjentowi kartę DiLO i kieruję go do specjalisty, po czym on jest rzeczywiście w tej szybkiej ścieżce diagnostycznej oceniany i wraca do mnie z rozpoznaniem, że albo ten nowotwór jest, albo go nie ma, to wychodzę z założenia, że to wszystko zostało zrobione wiarygodnie. Myślę, że ta dokładność, ta certyfikacja tych badań histopatologicznych, które są…

Ale widzę, że również badaniach laboratoryjne, o których my tu nie mówimy w tej chwili, też wykonywane w systemie outsourcingowym, robione są różnie. Nie wiem, czy informatyzacja, która właściwie już wiele lat temu powinna zostać wprowadzona – ciągle są jeszcze ogromne problemy z informatyzacją służby zdrowia – nie byłaby sposobem na to, żeby te badania, po pierwsze, były robione dokładnie, a po drugie, szybko docierały i do lekarza, i do pacjenta. Dziękuję bardzo.

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: Przepraszam, Panie Przewodniczący…)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

(*Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek*: Muszę zareagować na jedną kwestię.)

Jeszcze jeden głos i wtedy przejdziemy…

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek:

Ale chodzi o te 30%. To nieprawda, że tylko 30% badań jest robionych dobrze. Myślę, że te odsetki, o których mówiłem, trzeba traktować w ten sposób, że badania są wykonywane właściwie, niemniej jednak ok. 30% wymaga dodatkowych informacji. Chodzi o badania, które trafiają do centrów onkologii. A co do tego, jaka jest dokładnie ta proporcja, to odsetek niezgodności na całym świecie jest mniej więcej taki sam. To jest ok. 2–3%. Tak jak pokazywałem…

(*Głos z sali*: Do 5%.)

Do 5%. Ale to wynika z wielu elementów. Nie chodzi o to, że lekarz patomorfolog się pomylił, tylko o to, że jest wiele etapów ludzkiej pracy…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, ja mówię o procentach dotyczących…

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pan profesor troszkę łagodzi nasze obawy. Wyjdziemy stąd z troszkę lżejszym sercem.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Rozumiem.

Pan senator Grodzki. Proszę bardzo.

(*Brak nagrania*)

Senator Tomasz Grodzki:

…Bo te dane były mi w dużej mierze znane, a musiałem iść na inne zebranie.

Trzeba pamiętać o jednym. Państwo macie niezwykle wysoką reputację wśród zabiegowców. Jak przychodzi wynik, to nikt w ogóle nie dyskutuje o tym, że on może być zły. Bardzo rzadko coś nam się nie zgadza. Bardzo rzadko jest tak, że coś makroskopowo wygląda jak nowotwór, a okazuje się, że nie jest nowotworem. Reputacja jest bezcenna, tak więc na etapie przedanalitycznym, analitycznym i postanalitycznym należy o nią dbać jak o źrenicę oka.

Dziękuję, bo to jest jedno z najbardziej szczerych posiedzeń senackiej komisji. Z tego powinny się urodzić jakieś owoce, bo kierunki wytyczone tu w obecności pana ministra są jasne: certyfikacja i akredytacja. Ale trzeba to robić mądrze, żeby nie wylać dziecka z kąpielą, żeby raptem się nie okazało, że część patomorfologów niesłusznie zostanie wykluczonych z tego biznesu. Żeby nie zostały nam z tego posiedzenia tylko miłe wspomnienia i trochę szokujących danych, możemy, Panie Przewodniczący, poprosić, żeby państwo… no, może nie zasypali nas dokumentami, ale zaczęli przygotowywać te kluczowe dokumenty. Przypomnę,

że oprócz inicjatyw rządowych – a myślę, że tu nie będzie kłopotów – mogą być podejmowane inicjatywy poselskie, inicjatywy parlamentarne. Jesteśmy zgodni, że z jednej strony patomorfologia nie jest może na krawędzi, ale z drugiej strony nie mamy zbyt wiele czasu, żeby wyprowadzić tę dyscyplinę na prostą. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

No, po takich posiedzeniach tematycznych rzeczywiście namawiamy zawsze stronę, która przedstawia dany problem, żeby w kilku punktach zawarła swoje propozycje. I my, jako przekaźnik, przekazujemy to zawsze ministrowi, który ewentualnie może się do tego ustosunkować. I o to rzeczywiście prosimy, żeby nie było tak, że przez 2 godziny rozmawiamy między sobą i nic konkretnego z tego nie wynika.

Ja bym jeszcze wrócił do pana profesora, który chciał zabrać głos. Proszę bardzo.

Kierownik Katedry Patomorfologii na Wydziale Lekarskim na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu Piotr Ziółkowski:

Ja chciałbym nawiązać do wypowiedzi pana ministra Radziwiłła. Tak naprawdę jesteśmy dopiero na początku pewnej ścieżki – mam nadzieję, że uda się to wszystko szybko zorganizować – która doprowadzi nas do tego, że te zakłady patomorfologii w Polsce rzeczywiście będą funkcjonowały na określonych zasadach. Na razie jest tak, że… No, w poprzednich latach tylko osiemdziesiąt parę zakładów w całej Polsce uzyskało licencję. To wynikało z faktu, że to nie było przymusowe, tylko dobrowolne. W związku z tym najczęściej te licencje były wymuszane przez poszczególne szpitale. Szpital, który chciał zakontraktować usługi patomorfologiczne, wymagał, żeby pracownia patomorfologii posiadała licencję PTP. W większości jednak w ogóle tego nie wymagano. W związku z tym wpływało to na pewno w sposób znaczący na jakość tych badań, na jakość pracy patomorfologów. I dlatego ja bym chciał zwrócić na to uwagę. My jesteśmy dopiero na początku tej ścieżki i na pewno skorzystamy z rad pana ministra i senatorów.

Z kolei druga kwestia, którą chciałbym jeszcze…

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Dlatego mówię, że trzeba za to płacić, bo wtedy…)

Oczywiście.

Chciałbym jeszcze odpowiedzieć pani ze środowiska pacjentów. Mianowicie problem polega na tym, że nas jest rzeczywiście bardzo mało. Ja akurat jestem z województwa dolnośląskiego. Nie wiem, czy koledzy, obecni tutaj patomorfolodzy, również mają takie problemy, jakie są na Dolnym Śląsku, ale w każdym razie my mamy problem tego typu, że w zasadzie wszyscy patomorfolodzy na Dolnym Śląsku są zgrupowani w jednym mieście, tzn. we Wrocławiu, a inne duże miasta typu Legnica, Wałbrzych, Jelenia Góra, Zgorzelec nie mają w ogóle patomorfologów, nie mają nawet pracowni patomorfologii. W związku z tym posyłają materiał do ośrodków diagnostycznych zlokalizowanych na drugim końcu Polski. Ten materiał pooperacyjny wędruje czasami – znam takie przypadki – ze Świnoujścia do Łodzi, a to jest sytuacja, w której siłą rzeczy wynik badania nie jest możliwy do uzyskania w krótkim przedziale czasowym.

I powiem szczerze, że nie wiem, jak rozwiązać od strony czysto technicznej ten problem, który znam ze swojego podwórka. Muszę powiedzieć, korzystając z okazji, że reprezentuję ośrodek akademicki, czyli Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Mogę stanąć za chwilę przed takim problemem, że nie będę miał patomorfologów już nie tylko do diagnostyki patomorfologicznej, ale i do prowadzenia ćwiczeń ze studentami. Oni nie chcą zostawać na uczelni, dlatego że mają tam tak małe pensje. Jeżeli do tego brakuje zakładów patomorfologii, w których oni mogliby dorobić, to kto pójdzie na tę specjalizację? To jest podstawowe pytanie. I ja również mogę to potwierdzić. W ciągu ostatnich 6 lat, od 2012 r., na terenie Dolnego Śląska specjalizację z patomorfologii rozpoczęły 3 osoby. W ciągu 6–7 lat znalazły się 3 osoby. To naprawdę trochę za mało, żeby sprostać oczekiwaniom nie tylko naszego środowiska, ale przede wszystkim pacjentów. Przecież my to robimy właśnie dla pacjentów, prawda? To tyle tytułem komentarza. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Mamy jeszcze kilku chętnych do zabrania głosu. Może teraz z tej strony. Pani się zgłaszała jako pierwsza. Bardzo proszę o przedstawienie się. Tylko prosiłbym o bardzo syntetyczną, krótką wypowiedź.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Neuropatologii Wiesława Grajkowska:

Dobrze.

Wiesława Grajkowska, jestem konsultantem krajowym do spraw neuropatologii. Jestem również patomorfologiem i zajmuję się problematyką dziecięcą, czyli trudną problematyką patomorfologii wieku rozwojowego. Specjalistów – czy to neuropatologów, czy to patologów – zajmujących się tą tematyką prawie nie ma.

Chciałabym wrócić do jakości naszych badań, głównie neuropatologicznych – do tego właśnie się odniosę – czy tych dotyczących przypadków dziecięcych. Proszę państwa, prawidłowe rozpoznania są tam, gdzie mamy komfort pracy. To nie zależy tylko od naszej wiedzy. Musi być zapewniony ścisły kontakt z klinicystą, z radiologiem. To musi być cały team. Efektem tego będzie prawidłowa diagnoza. W sytuacji, kiedy my pracujemy w podmiotach, jak to pan prof. Marszałek nazywa, cateringowych, nie mamy właściwie żadnej wiedzy o obrazie radiologicznym, o tym, jaki to jest materiał. Dostajemy po prostu preparaty do obejrzenia i stawiamy diagnozy. Proszę państwa, mimo że moja wiedza jest wszędzie taka sama, kiedy diagnozuję

nowotwory mózgu, pracując dla podmiotu zewnętrznego, mogę przedstawić jedynie naprawdę proste rozpoznanie. No, np. w tej chwili rozpoznania neuropatologiczne to rozpoznania histopatologiczne i molekularne. Jeżeli ja zdiagnozuję śmiertelną chorobę, glejaka złośliwego, to postawię diagnozę glioblastoma NOS, czyli *not otherwise specified*. Jeżeli państwo dostaniecie takie rozpoznanie dotyczące waszego krewnego lub jeżeli to się przytrafi komuś z państwa, to będziecie ode mnie wymagali, żebym ja doprecyzowała to rozpoznanie, żebym powiedziała, jaki to jest typ molekularny i czy jest metylacja promotora genu MGMT. W firmie zewnętrznej ja tego zrobić nie mogę. Mogę to w tej chwili zrobić właściwie tylko w jednym ośrodku w Polsce, czyli w Centrum Onkologii, a jeżeli chodzi o nowotwory dziecięce – w Centrum Zdrowia Dziecka. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Panie Wojciechu.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej Osób Młodych „Alivia” Wojciech Wiśniewski:

Pięknie dziękuję, Panie Przewodniczący.
Wojciech Wiśniewski, fundacja „Alivia”.

Przyłączam się do głosów wszystkich państwa. Mam nadzieję, że ani pani dyrektor, ani pana profesora nie muszę przekonywać, że gramy do jednej bramki.

Chciałbym odnieść się do propozycji zwiększenia ryczałtu dla tych ośrodków, które osiągnęły pewną doskonałość w tej dziedzinie. Pamiętacie państwo slajd pokazywany przez panią dyrektor, na którym była liczba tych szpitali, które ubiegają się o akredytację. Otóż ona ostatnio wzrosła. Jest to ściśle skorelowane z tym, że w sieci jest pewien bonus. Z analiz Narodowego Funduszu Zdrowia wiemy jednak, że najmniejszy wskaźnik jakościowy jest właśnie w onkologii, bo ryczałt w onkologii to od kilku do kilkunastu procent. Poszukajmy więc jakiegoś troszkę bardziej zaawansowanego sposobu zastosowania motywacji finansowych. Ta motywacja może być po prostu zbyt mała z uwagi na to, że ryczałt w onkologii jest po prostu niewielki.

Zgadzam się w pełni z panem ministrem, że wyceny, szczególnie jeśli są obniżane, budzą wiele emocji. Jeżeli mnie pamięć nie myli, ostatnio o 5%, za sprawą współczynnika korygującego, obniżyły się one w radioterapii. Skoro uwolniono, jak rozumiem, dodatkowe środki, może moglibyśmy je wykorzystać inaczej. Jeżeli nie wydamy ich w przyszłości, to może dajmy je na ten cel.

Chciałbym zadać panu ministrowi jedno pytanie. Mianowicie bardzo leży nam na sercu standaryzacja raportów patomorfologicznych. Istnieją pewnego rodzaju techniczne możliwości – co tu dużo mówić – wymuszenia stosowania tych raportów, które towarzystwo już jakiś czas temu, w sposób całkowicie doskonały, przygotowało. Tak więc chcielibyśmy zapytać, czy istnieje szansa na sprawne i szybkie zestandaryzowanie tych raportów patomorfologicznych, które są w systemie publicznym przygotowywane. My za każdym razem, kiedy konsultujemy projekty świadczeń gwarantowanych – np. jutro w AOTMiT jest spotkanie na temat *colorectal cancer unit* – o tym właśnie mówimy. Pytanie, czy nie moglibyśmy, biorąc pod uwagę… Chodzi o to, żeby nie myśleć o przyszłym roku, bo przyszły rok będzie za rok. Czy nie moglibyśmy pomyśleć o standaryzacji tych raportów jeszcze w tym roku? Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za zabranie głosu.
Teraz z tej strony, proszę bardzo.

Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej w Naczelnej Izbie Lekarskiej Jolanta Orłowska-Heitzman:

Jolanta Orłowska-Heitzman, tym razem reprezentuję Naczelną Izbę Lekarską. Jestem patomorfologiem.

Jak z tej całej dyskusji wynika, problemów jest ogromnie dużo. Myślę, że w pewnej części zaczęło się to od tego, że zupełnie nieszczęśliwie pracownie i zakłady patomorfologii zostały wrzucone do jednego worka z laboratoriami analitycznymi. My nie pracujemy w laboratorium. My tworzymy rozpoznania, a jako patomorfolodzy pracujemy w zespole, bardzo szeroko pojętym zespole. W jego skład wchodzą zarówno koledzy klinicyści, którzy kierują do nas materiały… I tutaj na jeszcze jedną rzecz chciałabym zwrócić uwagę. Oprócz tego, że materiał powinien być odpowiednio pobrany, zabezpieczony, utrwalony, zastanówmy się, jak powinno wyglądać skierowanie. Potrzebujemy jak najwięcej informacji klinicznych, bo my mamy tylko drobny wycinek od pacjenta, a koledzy klinicyści mają całego pacjenta. I my chcielibyśmy wiedzieć, co oni podejrzewają u tego chorego.

A drugą grupą są nasze laborantki. My bez laborantek nie istniejemy. Bardzo źle się stało, że zostały zlikwidowane szkoły przygotowujące laborantki do pracy w laboratorium… No, nie w laboratorium, tylko w zakładzie patomorfologii i pracowni patomorfologii. Ja jestem z Krakowa i pracuję na uniwersytecie, w katedrze patomorfologii. Do nas bardzo często przychodzą panie po wyższych studiach – po chemii, po biologii, po diagnostyce. Ale co z tego, skoro one nie są praktycznie przygotowane do zawodu? Efekt tego jest taki, że do zawodu przygotowują je osoby, które pracują u nas już kilkanaście, kilkadziesiąt lat. No, są i takie osoby, które od 40 lat pracują. Nie mają wyższego wykształcenia, studiów, ale mają praktykę, mają to praktyczne przygotowanie. I takich osób nam brakuje, bo te, które są przygotowywane, zaczynają pracować, po czym idą do jakichś innych zakładów pracy czy po prostu wyjeżdżają za granicę.

Chciałabym także zwrócić uwagę na to, że szpitale nie chcą przyjmować patomorfologów. I ja im się nie dziwię, bo za patomorfologią idą nie tylko słuchawki czy recepty, ale i całe potężne wyposażenie laboratoryjne. Specjalizacje rzeczywiście podejmują nieliczne osoby, ale tu jest jeszcze

jedna kwestia. Ministerstwo Zdrowia – i chwała mu za to – zaliczyło patomorfologię do deficytowych specjalizacji. Ja mam tylko takie pytanie: kto po skończonej specjalizacji, idąc do pracy, na etat w szpitalu, dostanie 4,5 tysiąca na rękę jako pierwszą pensję? Żaden dyrektor szpitala za takie pieniądze nie przyjmie lekarza do pracy, a to jest mniej więcej wysokość wynagrodzenia na ostatnich 2 latach specjalizacji. Tak więc tu jest pewna przepaść. Taki człowiek tuż po specjalizacji rzadko kiedy od razu podejmuje dodatkowe zatrudnienie w jakiejś korporacji czy w tych zakładach, które mogłyby zaproponować mu dodatkową pracę, bo po prostu nie ma doświadczenia.

A jeżeli chodzi o jakość i o te zakłady, to myślę, że to rozporządzenie, które pan senator Radziwiłł podpisał w ubiegłym roku, powinno w jakiś sposób wyeliminować przynajmniej część, jak to pan prof. Marszałek mówi, pudełkowych – my mówimy: garażowych – pracowni. Oczywiście od tego nie przybędzie patomorfologów, ale może te pracownie, w których jakość preparatów pozostawia bardzo dużo do życzenia… Ta jakość jest po prostu fatalna. I my dostajemy te preparaty do rediagnozy, do konsultacji, a to podnosi koszty szpitali.

Tak więc myślę, że jest tutaj parę rzeczy, na które trzeba by było jeszcze zwrócić uwagę – przede wszystkim na tę grupę zatrudnioną w laboratoriach, na tych naszych techników. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.

Jeszcze jeden głos i pan minister odpowie na pytania. Proszę bardzo.

Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Barbara Wójcik-Klikiewicz:

Barbara Wójcik-Klikiewicz, zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ.

Odpowiadając na uwagę pana Wojciecha z „Alivii", od razu mówię, że rzeczywiście została obniżona wycena świadczeń radiologicznych, ale równocześnie podwyższona została wskaźnikiem korygującym wycena dla ośrodków specjalizujących się w dużych zabiegach chirurgicznych z zakresu wybranych rozpoznań onkologicznych. W związku z tym nie jest tak, że coś zostało zabrane, a nic nie zostało dodane. Tak więc to od razu wyjaśniam.

Jest jeszcze jedna kwestia. Proszę państwa, to, że myśmy swego czasu, w 2017 r., zdecydowali się oddzielne finansowanie badań genetycznych na 3 różnych poziomach, zresztą we współpracy z konsultantem krajowym zajmującym się badaniami genetycznymi, panią prof. Sąsiadek, nie rozwiązało problemu jakości badań. Owszem, te badania są lepiej wycenione, odpowiednio do kosztów wykonania, niemniej nadal nie rozwiązało to problemów związanych z tym, że pewien odsetek badań, a nawet duża ich część, do niczego się nie nadaje. W związku z tym potrzebne są tu pewne rozwiązania dotyczące nie tylko certyfikacji ośrodków, ale również audytów w tychże ośrodkach. Jak wiemy, papier wszystko przyjmie. Informatyka również tego nie załatwi. Komputer nie pójdzie i nie sprawdzi, jak to jest wykonywane. Za finansowaniem musi iść – właściwie powinno być to robione jednocześnie – system nadzoru nad jakością, pozwalający na sprawdzanie tego, co wychodzi z laboratoriów.

W jednym z programów lekowych pojawiła się taka zajawka pewnego rodzaju wymuszania jakości. Po prostu jest takie zastrzeżenie odnoszące się do świadczenia gwarantowanego, że badania, które nie pochodzą z ośrodka certyfikowanego, nie są brane pod uwagę. Jest to stosowane w jednym programie, w programie leczenia nowotworów płuca. Zobaczymy, czy to cokolwiek w tej kwestii zmieni. Miejmy nadzieję, że pan minister wprowadzi takie samo zastrzeżenie do innych programów lekowych, i być może w ten sposób – no, brzydko to zabrzmi – wymusi na dyrektorach szpitali… Proszę państwa, to jest niestety kwestia świadczeniodawcy, czyli tego, kto gdzie kupuje wykonanie badania. Oczywiste jest, że w sytuacji, kiedy te firmy garażowe oferują takie samo badanie – ono oczywiście jest takie samo tylko na papierze – za 30 czy 15 zł… Wiadomo, że świadczeniodawca, który ma problemy – może nie tyle o zbilansowanie, ile o uzyskanie pozytywnego efektu finansowego tu chodzi – wybierze takie właśnie badania. No, sytuacja, w której my, odgórnie w pewnym sensie, określalibyśmy w koszyku świadczeń, że takich badań nie bierzemy pod uwagę, pośrednio wymuszałaby na dyrektorze szpitala zakontraktowanie czy też kupienie badań w ośrodku renomowanym. Dopóki to nie jest usystematyzowane, samą wyceną nie osiągniemy sukcesu w tej kwestii, tak jak nie osiągnęliśmy sukcesu w badaniach genetycznych. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

No, niestety…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Minutkę.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Największą bolączką pacjentów onkologicznych, jeśli chodzi o badania – to jest też związane z ogromnym postępem w medycynie i wkroczeniem medycyny personalizowanej, o czym mówił troszeczkę pan minister Radziwiłł – jest sekwencyjność badań. No, np. w przypadku raka płuca mamy w tej chwili do czynienia z 3 różnymi mutacjami i jednocześnie z 3 różnymi lekami, które można stosować. Wiemy, że czas w przypadku raka płuca i w ogóle w przypadku większości nowotworów bardzo się liczy. Zamiast wykonać panelowe badanie, w trakcie którego można by przebadać pacjenta jednocześnie pod kątem tych 3 zmian, wykonuje się poszczególne badania po kolei. Mało tego, tak jak pan profesor mówił, ten wycinek jest tak malutki,

że później, jeżeli wychodzi na to, że pacjent ma być może zmianę ROS, nie ma już na czym zrobić badania. I dlatego powinniśmy starać się robić takie właśnie badania. Jak będziemy to w AOTMiT wyceniać, musimy postarać się, żeby to było takie podejście panelowe. No, np. pani tutaj mówiła o glejaku. W przypadku glejaka jest cała masa mutacji, tak że można by wręcz mówić o mutacjach, a nie o glejaku. Prawda? I to jest w tej chwili bardzo ważne. Chodzi o tę sekwencyjność.

I teraz druga rzecz, która też jest ważna w tym momencie. Jeśli nie wykona się pewnych badań… No, np. w przypadku raka piersi jest tak, że badamy, czy jest hormonozależny, czy nie hormonozależny, HER i koniec. Nie badamy BRCA1 i BRCA2. Poza tym niewykonanie pewnych badań… No, np. w przypadku raka żołądka jest tak, że jeśli tego HER nie zrobimy, to pacjent dostaje chemię i jest już później wykluczony z leczenia celowanego. Nie może dostać leczenia celowanego, bo tak są ułożone nasze programy rakowe. We wszystkich dziedzinach – i w profilaktyce, o której się teraz tak dużo mówi, i w patomorfologii – jest postęp i musimy po prostu nadążać za tym postępem.

I ostatnia kwestia, kwestia prawna. Otóż te tkanki są po części własnością pacjenta. Rozumiem, że pacjent nie może ich przechowywać w biblioteczce w domu, ale powinien wiedzieć, gdzie ten materiał jest. Za kilka lat może się okazać, że nastąpiły znowu jakieś zmiany, odkryto jakąś nową mutację, a wtedy można by wrócić do tego materiału. A kobiety, które kiedyś były leczone na raka piersi? Po iluś latach odkryto, że jest zmiana HER, więc one też mogą z tych swoich starych bloczków korzystać i sprawdzać, czy tego nie mają. Tak więc chodzi też o te sprawy prawne i o przechowywanie.

(*Głos z sali*: To jest uregulowane.)

Jest uregulowane?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

No, to jest…

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo za ten głos.

Trzy zdania, Panie Ministrze. O podsumowanie może już poprosimy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie za propozycje i uwagi, w szczególności panu ministrowi, ponieważ to są rzeczy… Jeśli chodzi o ryczałt, to oczywiście pan Wojciech Wiśniewski szybko policzył, że zmiana rozporządzenia w sprawie tego wzoru i wrzucenie tej dodatkowej części na akredytację laboratoriów faktycznie kosztowałyby niewiele pieniędzy. No, to jest trochę inne rozwiązanie, ale będziemy nad tym pracować i szukać możliwości rozwiązania tego problemu. Faktycznie, założenie w przypadku sieci szpitali było takie, że te 5% ma być przeznaczane na jakość, różnie rozumianą. Na razie, właściwie w większości przypadków, jest to jakość ustalona w odniesieniu do całego ryczałtu, no ale jest wiele specyficznych dziedzin. Właściwie ten wzrastający ryczałt można by w pewien sposób przekazywać na onkologię czy na inne dziedziny, gdzie są różne schematy jakości i różne sposoby monitorowania tej jakości, ale założenie było takie, że w tych 5% będzie się mieścić wszystko, cała część jakościowa dla podmiotów leczniczych. No, o tym będziemy rozmawiali.

Jeśli chodzi o ustawę o jakości i te założenia, to wiem, że minister Szumowski w tym tygodniu nas wezwał, żeby przeanalizować całą dotychczasową procedurę dotyczącą ustawy o jakości. Chcemy procedować nad tym dalej, bo to jest bardzo ważny temat.

No, jeśli chodzi o wytyczne w formie obwieszczenia, to czekamy bardzo niecierpliwie na informację, gdzie wrzucić całą dokumentacją medyczną. Jest rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej, ale tam zostało zdjęte… W pewnym momencie były dokładnie sformalizowane wzory skierowań. Tak było kiedyś, jeszcze 15 lat temu. Teraz tego nie ma. To mogłyby być wytyczne w formie obwieszczenia, wtedy to by było w pewnym sensie prawo. My też się zastanawiamy, gdzie to można dookreślić, ponieważ takie dokumenty są w różnych miejscach. Jest statystyka państwowa, ale jest też rozporządzenie w sprawie zakresu przekazywanych danych. Tam też są te karty. To chyba dotyczy resuscytacji, systemu ratownictwa. No, są różne miejsca. Zastanowimy się, gdzie takie wytyczne umieścić. Wiadomo, że i skierowania, i wyniki są bardzo istotne. Jeśli byłoby dookreślone, co to wszystko ma zawierać, to już byłby to jakiś częściowy sukces, ale to jest element dużo szerszego zagadnienia, o którym tutaj rozmawialiśmy.

Kiedyś rozmawialiśmy z panem prof. Marszałkiem o tym, że jeśli chodzi o jakość, to ewentualnie moglibyśmy spróbować poszukać finansowania dla medycznych systemów dziedzinowych w zakresie patomorfologii, poszukać jednolitego finansowania na cały kraj, tak żeby to był system dziedzinowy, a jednocześnie system rejestru medycznego, do którego podmioty medyczne miałyby dostęp i w którym pacjent miałby swoją dokumentację patomorfologiczną. Do tego momentu jeszcze tego nie popchnęliśmy, ale myśleliśmy o jakimś rozwiązaniu, żeby znaleźć na to finanse.

Jeśli chodzi o programy lekowe, o badania w licencjonowanych ośrodkach patomorfologii, to wydaje mi się, że to… Nie wiem, czy to jest jeszcze dosyć mocno kontrolowane przez NFZ, czy faktycznie wszystkie badania przyjętych pacjentów są… Nie wiem, w jaki sposób to jest zorganizowane. Zastanowimy się i ewentualnie dokonamy kontroli, czy te wszystkie podmioty mają podpisane właściwe umowy i czy realizują w tym zakresie programy lekowe dotyczące nowotworów płuca.

Sekwencyjność badań. No, to też to jest zawsze temat… Było ustalone, czy od razu robimy pełny panel, czy sekwencyjnie badamy. No i tu powinien być konsensus w danym schemacie postępowania, to powinno być uzgodnione z konsultantem krajowym. Wszystkie programy lekowe są konsultowane, załączniki do programu lekowego są omawiane z właściwymi konsultantami, no i jest to zatwierdzane, oczywiście w zakresie danego leku. W związku z tym trzeba by było ewentualnie tę diagnostykę wyodrębnić, nie odnosić się do danego programu lekowego, tylko wyodrębnić jakąś część w kontekście finansowania

tej diagnostyki, tego kwalifikowania pacjenta. Tak że trzeba nad tym pomyśleć.

Właściwie to tyle. Ja na pewno oczekiwałbym, tak jak pan przewodniczący mówił, współpracy. Doceniając to, co państwo robią, chciałbym, żebyśmy współpracowali, żebyśmy część rzeczy jeszcze w tym roku wprowadzili, no i przygotowali się na 1 stycznia 2020 r. Widać, że jeszcze bardzo dużo pracy jest przed wszystkimi stronami.

No i oczywiście pytanie, co zrobimy… Ja oczywiście nie wiem, jak to wygląda, ale trudno mi sobie wyobrazić, że jakość wyników badań genetycznych jest dramatycznie zła. Trudno uwierzyć, że widzi się coś zupełnie innego, że te wyniki są inne niż stan faktyczny. No, będziemy rozmawiali. Nie wiem, na jakiej podstawie wyciągnięto wniosek, że poszło finansowanie, a jakość nadal pozostawia wiele do życzenia, że te wyniki są niewiarygodne. My tej sytuacji w diagnostyce genetycznej nie znamy.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek:

Ja tylko ad vocem – króciutko, 32 sekundy. Pan przewodniczący na mnie kiwa, ale ja tego nie widzę, bo mi okulary spadły.

(*Wesołość na sali*)

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Rozumiem.)

Jeżeli chodzi o genetykę, to różnica jest dosyć istotna. Wprowadzono finansowanie badań, a nie wprowadzono systemu kontroli jakości. Dopiero po wprowadzeniu finansowania zaczęto się zastanawiać, jak to zrobić. My jesteśmy na takim etapie, że proces licencjonowania w naszym środowisku już funkcjonuje. Te standardy są dostosowane, jeżeli chodzi o rozporządzenie, a więc patrzymy na to tak jakby z innej strony. Wiemy gdzie, wiemy co i teraz tylko pytamy, za ile.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Chciałbym wszystkim państwu podziękować za uczestnictwo w dzisiejszym posiedzeniu naszej komisji. Myślę, że dyskusja była bardzo ciekawa. Dziękuję panu prof. Marszałkowi za przedstawienie stanu polskiej patomorfologii w pigułce, chociaż ta pigułka była być może gorzka.

Myślę, że kluczem do polepszenia tej sytuacji – nie tylko w patomorfologii, ale w całej polskiej służbie zdrowia – jest jakość. Ta jakość była odmieniana przez wiele przypadków, więc myślę, że ustawa o jakości będzie kluczem do tego, żeby poprawić sytuację w polskiej służbie zdrowia.

Jeszcze raz bardzo państwu dziękuję.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 55)

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