



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (41.)

3 marca 2021 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat oceny efektywności pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, wdrożenia zmian systemu opieki onkologicznej, modelu badań przesiewowych i świadczeń kompleksowych.

*(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 05)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera )*

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry.

Rozpoczynamy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiejszy temat naszego spotkania to informacja ministra zdrowia na temat oceny efektywności pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej oraz wdrożenia zmian systemu opieki onkologicznej, modelu badań przesiewowych i świadczeń kompleksowych, właśnie poprzez proponowaną Krajową Sieć Onkologiczną.

Szanowni Państwo, nasze dzisiejsze posiedzenie odbywa się także w sposób zdalny, część z gości, która została zaproszona, która potwierdziła swój udział w posiedzeniu, będzie brała udział w sposób zdalny.

Chciałabym przywitać wszystkie osoby, panie i panów senatorów, stronę społeczną, ministerstwo, ekspertów, organizacje reprezentujące pacjentów, samorządy, wszystkie te osoby, które dzisiaj przybyły na posiedzenie naszej komisji albo biorą w nim udział w sposób zdalny. Nie będę czytała wszystkich nazwisk, bo ku mojemu zdziwieniu lista osób, także tych uczestniczących zdalnie, jest naprawdę bardzo długa, więc wszystkich, wszystkie osoby serdecznie witam.

Zacniemy oczywiście od wystąpienia pana ministra.

Panie Ministrze, w Senacie to już jest drugie posiedzenie dotyczące problematyki chorób onkologicznych. Pierwsze posiedzenie komisji miało na celu pokazanie przede wszystkim stanu onkologii w okresie epidemii, kiedy dostępność do świadczeń, w tym chorób nowotworowych

jednak zdecydowanie uległa osłabieniu, jeżeli chodzi o badania wstępne, o profilaktykę, o dostępność. Wiemy, jaka była sytuacja, ale mija rok, wszyscy też mamy świadomość, że problem chorób przewlekłych, w tym choroby nowotworowej staje się olbrzymim wyzwaniem dla systemu. No i państwa odpowiedź w postaci – mówię państwa, czyli rządu, ministerstwa – w postaci budowania Krajowej Sieci Onkologicznej jest państwa propozycją na rozwiązanie pewnych problemów związanych z dostępnością i problemów leczenia. Chcielibyśmy przede wszystkim dowiedzieć się od pana ministra, jakie wnioski i jakie argumenty przemawiają za tym, żeby krajowa sieć obejmowała teraz już całą Polskę, po przeanalizowaniu pilotażu, który trwał 2 lata. Pewna pula pieniędzy została przekazana na te ośrodki, które były uwzględnione w pilotażu. Przede wszystkim interesuje nas, jak te decyzje wpłynęły na świadczenia, na dostępność, ale przede wszystkim na poprawę wskaźników. Myślę, że na podstawie tego państwo wysunęliście tą hipotezę, żeby Krajowa Sieć Onkologiczna obejmowała cały kraj.

Co do propozycji, jakie państwo składacie, czyli tego projektu, a właściwie założeń, bo to przecież nie jest jeszcze projekt, to wiemy tyle, że Krajowa Sieć Onkologiczna ma obowiązywać od stycznia 2022 r. Zgodnie z założeniami ma nastąpić szybka diagnostyka, pacjenci mają być zaopiekowani poprzez osobę, która będzie ich prowadziła w tym systemie, 1 opiekun na 40 pacjentów. No, ale przede wszystkim jest to zupełnie nowy model w zbudowaniu całego systemu, bo jednak jest to system piętrowy, podległy jeden drugiemu, na czele którego stoi ten narodowy instytut czy o jakiejś innej nazwie, który ma mieć nadzór krajowy nad całością.

Chcielibyśmy poznać założenia właśnie tego projektu, no i rozpocząć dyskusję, ponieważ

środowisko pacjenckie jak również eksperckie wnosi swoje uwagi do tej propozycji. Rozumiem, że jesteśmy w tym momencie, kiedy jeszcze wiele rzeczy można rozważyć i uwzględnić i po to jest to dzisiejsze posiedzenie naszej komisji.

Panie Ministrze, oddaję panu głos.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dzień dobry państwu.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Myślę, że chciałbym podzielić moje wystąpienie na dwie części, a może poprosiłbym też panią przewodniczącą o to, żeby moją wypowiedź mógł uzupełnić pan prof. Adam Maciejczyk, którego pozwoliłem sobie zaprosić na dzisiejsze spotkanie. Pan profesor jest szefem Dolnośląskiego Centrum Onkologii, jednocześnie przewodniczym Polskiego Towarzystwa Onkologicznego...

*(Przewodnicząca Beata Małacka-Libera: Panie Ministrze, ja też zapraszałam pana profesora.)*

A, przepraszam bardzo, Pani Przewodnicząca, to zaprosiliśmy oboje, to tym lepiej.

Przechodząc do meritum, chciałbym pokazać przede wszystkim, jak pandemia – mam nadzieję – nie wpłynęła na pewne zmiany organizacyjne, które realizujemy w onkologii, ale rzeczywiście zgadzam się z tym, o co wnioskowała pani przewodnicząca, chciałbym przedstawić założenia Krajowej Sieci Onkologicznej i tutaj skierować dyskusję, i chciałbym, żeby pan prof. Maciejczyk ewentualnie uzupełnił po mnie te informacje dotyczące założeń wynikających z pilotażu, czyli pokazał, do czego przede wszystkim przybliży nas pilotaż i jakie wnioski z niego płyną.

Szanowni Państwo, już ponad 2,5 roku temu, od samego początku, od kiedy mam przyjemność być w Ministerstwie Zdrowia, nakreśliśmy sobie pewną mapę drogową zmian w onkologii, które chcielibyśmy zrealizować. Poczynając od fundamentów, takich jak Narodowa Strategia Onkologiczna, Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, ustawa o krajowej sieci, o której właśnie dzisiaj, jak myślę, głównie będziemy rozmawiać, poprzez zmiany w zakresie

patomorfologii, w zakresie finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia procedur onkologicznych i taryfikacji w tym zakresie, zmiany w zakresie refundacji leków i dostępu do nowoczesnych terapii, zmiany w zakresie koszyków świadczeń gwarantowanych z wyszczególnieniem świadczeń kompleksowych, a także inwestycje, które kierujemy na onkologię, czy kampanie społeczne, które rozwinęliśmy, czy też działalność Agencji Badań Medycznych, która w bardzo dużym stopniu obejmuje obszar onkologii. To jest pakiet zmian, który zaproponowaliśmy wtedy, ten slajd nie różni się od tych, które ja pokazywałem również w Sejmie i Senacie grubo ponad 2 lata temu. Powiedziałbym, większość tych kafelków udało nam się w dużej części zrealizować, aczkolwiek w niektórych obszarach, takich jak profilaktyka, o czym będę dzisiaj mówił, jeszcze sporo przed nami jest do zrobienia.

Narodowa Strategia Onkologiczna to jeden ze wspomnianych fundamentów. Bardzo krótko... Tak jak państwo doskonale wiedzą, już od tego roku mamy do dyspozycji 450 milionów zł rocznie, wcześniej było to 250 milionów w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. To jest ważne, ale chyba nie najważniejsze. Najważniejsze, że Narodowa Strategia Onkologiczna to jest taki drogowy wskaz, taki kierunek, w którym chcemy podążać w zakresie kompleksowych zmian w onkologii, w różnych obszarach, w obszarach związanych z kadrą, z inwestycjami, z innowacjami, z badaniami i rozwojem, z samym systemem organizacji, czyli właśnie z założeniami chociażby związanymi z Krajową Siecią Onkologii. W roku 2020, pomimo że pandemia na pewno nie pomagała nam, nie pomagała ekspertom i każdy rzeczywiście skupiał się na tych wyzwaniach dnia codziennego, to jednak udało nam się wiele wartościowych projektów, nie tylko kontynuować, ale i rozwijać.

Jednym z takich projektów są rewolucyjne zmiany w obszarze diagnostyki patomorfologicznej – projekt finansowany ze środków unijnych, związany z akredytacją dla zakładów patomorfologii, w toku, bez opóźnień, ogromne zaangażowanie środowiska pod przewodnictwem pana prof. Andrzeja Marszałka, konsultanta krajowego. Tu rzeczywiście jesteśmy na etapie dyskusji o standardach akredytacyjnych, po pierwszej fazie pilotażu, przed nami kolejna. Ten projekt – mam nadzieję – całkowicie

odmieni obszar badań patomorfologicznych w Polsce.

To, co nam się udało, to wdrożenie modelu organizacyjnego dla opieki nad chorymi w leczeniu raku jelita grubego, cancer unit, kolejny po BCU, już uwzględniający pewne doświadczenia i, można powiedzieć, drobne błędy albo nie drobne, po prostu pewne niedociągnięcia w BCU. Tuż kryteria referencyjne – wydaje się – postawiliśmy na tyle wysoko, że ograniczyliśmy dostęp niektórych ośrodków. Być może w pewnej fazie przejściowej te kryteria będziemy rozluźniać i myślę, że w pierwszym kwartale tego roku BCU będziemy zmieniać. To też kontynuacja pilotażu, aczkolwiek bardzo utrudniona, bo okres pandemii, szczególnie w tych nowych województwach, które dołączyły w tamtym roku, tuż przed pandemią, czyli podlaskim i pomorskim, na pewno nie pomógł w efektywnej realizacji.

To, co ważne i na co chciałbym zwrócić uwagę, to jest opłata, podatek cukrowy. To też działanie, które wynika z Narodowej Strategii Onkologicznej, działanie w zakresie profilaktyki pierwotnej. Mam nadzieję, że to jedno z pierwszych działań, którym zapoczątkujemy dyskusję o pewnych prozdrowotnych wyborach konsumentów, myślę, że nie ostatnie.

To, co udało nam się w tamtym roku przeprowadzić, to jest zakończenie czy w dużej części zakończenie pilotaży testu HPV DNA i testu FIT. Przedstawiając wyzwania na rok 2021, pokażę, co dalej w tym zakresie będziemy realizować.

Rok 2020 to ogromne zmiany na listach refundacyjnych. 11 nowych częsteczek w raku płuca, białaczce, czerniaku, raku piersi, tarczycy. To często duże, innowacyjne terapie, od dawna oczekiwana przez środowisko pacjentów i jestem przekonany, że tutaj te oczekiwania w ogromnej części spełniliśmy.

To był tak naprawdę pierwszy rok pełnego funkcjonowania Agencji Badań Medycznych, który pokazał, że środki płynące przede wszystkim na niekomercyjne badania kliniczne do ośrodków onkologicznych, są bardzo duże. To są środki na poziomie około pół miliarda, w roku poprzednim, one trafiły w dużej części albo w większości do onkologii. Będę przyspieszał, więc pozwólcie państwo, że nie wszystkie slajdy omówię.

Co przed nami? Co w roku 2021 jest dla nas najważniejsze? Kontynuacja prac nad Cancer Unitami. Na ukończenie Lung Cancer Unit de

facto pozostaje moja akceptacja, bo środowisko wypracowało ten model i jest co do niego, można powiedzieć, umiarkowanie zgodne. Chcemy zmienić model Breast Cancer Unitów. Chcemy, żeby ten rok był tym, w którym wypracujemy wytyczne i standardy organizacyjne dotyczące kluczowych nowotworów. To ważne, a nawet bardzo ważne, bo będzie to pewna podstawa do funkcjonowania czy oceny w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.

Profilaktyka. Mówiłem, że pokażę, co chcemy w tym zakresie zrobić. No, przede wszystkim Program „Profilaktyka 40 Plus”, który de facto jest przygotowany w ministerstwie i w pewnym sensie czeka tylko na to, aż będzie można powiedzieć, że świadczeniodawcy po pandemii czy po tej trzeciej fali pandemii będą w stanie go realizować. Chcielibyśmy, żeby w pewien sposób była taka spłata niejako długu zdrowotnego, który mamy i który pandemia wywołała.

To, co na pewno podejmiemy, a decyzje zostały już podjęte, to rozszerzenie programu badań przesiewowych w kierunku wykonywania wykrywania raka płuca. To program, który rozpoczęliśmy pilotażowo. Ten pilotaż się nie skończył, ale już na dzisiaj doświadczenia, dość pozytywne, pokazują, że warto to rozszerzyć. No więc zarówno ze środków unijnych, jak i ze środków Narodowej Strategii Onkologicznej będziemy jeszcze w pierwszym półroczu dokonywać te świadczenia.

Być może najważniejszy cel na ten rok to wzmocnienie roli lekarza rodzinnego w zwiększeniu zgłaszalności na badania profilaktyczne. Mamy na to przygotowane środki w ramach Funduszu Medycznego, w wysokości do 100 milionów zł. Chcemy je skierować jako formę motywacyjną do tych zespołów, do tych lekarzy POZ, którzy, że tak powiem, pokryją swoją populację dużą zgłaszalnością.

Chyba nie widzicie państwo prezentacji, coś mi tutaj się rozregulowało. O, na szczęście wróciłem.

Jeśli chodzi o ważny obszar ze względu na nowoczesne terapie, to również w tym roku chcemy utrzymać taką dobrą ścieżkę, zasadę, zgodnie z którą praktycznie każda lista refundacyjna zawiera nowe częsteczki z onkologii. Myślę, że – mówię to po praktycznie 2 latach intensywnej pracy nad listami – może być to trudne i nie jestem w stanie dać jednoznacznej gwarancji, że każda, ale na pewno w tym obszarze

nowe technologie będą sukcesywnie się pojawiać. Pokazaliśmy, że jest to dla nas bardzo ważny obszar. Duże nadzieje wiąże z subfunduszem terapeutyczno-innowacyjnym w Funduszu Medycznym i jeśli chodzi o dostęp do innowacyjnych terapii lekowych, i dostęp do terapii lekowych, które może nie są już innowacyjne, ale są terapiami o wysokiej skuteczności klinicznej. W tym roku na pewno rozpoczniemy działania, żeby takie terapie pojawiły się w tym nowym modelu refundacji, modelu testowym, który po 2 latach naszych własnych doświadczeń będziemy wprowadzać do procesów refundacyjnych. Środowisko ekspertów było tu zgodne, że takie metody związane z wczesnym dostępem to rzeczywiście jest coś, co jest bardzo oczekiwane przez pacjentów i przez lekarzy klinicystów.

Wraz z rosnącymi środkami w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej chcemy rozszerzyć obszar inwestycyjny. Już w tym roku 250 milionów zł chcemy przeznaczyć na inwestycje, to tyle, ile wcześniej przewidziano na cały Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Jednak przede wszystkim też chciałbym powiedzieć, że w kolejnych latach ogromna część środków inwestycyjnych ze środków unijnych trafi do obszaru onkologii, czy to w zakresie programu REACT, w którym mamy 3 miliardy zł na wsparcie w ochronie zdrowia, czy Krajowego Programu Odbudowy, z którego 20 miliardów zł jest dedykowane obszarom zdrowia. Tam na 100% zaplanujemy w ramach chociażby filaru ponadregionalnego, wsparcia ośrodków ponadregionalnych, tam podobnie jak w ostatniej perspektywie unijnej, duża część środków ma szansę trafić do ośrodków onkologicznych. Jeśli chodzi o obszar REACT, to tu wprawdzie kończymy negocjacje z Komisją Europejską, ale tu nawet enumeratywnie wskazujemy obszar onkologii, wsparcie w zakresie zakupu dużej infrastruktury typu PET, rezonanse, tutaj kończymy te negocjacje i chcielibyśmy jeszcze w tym roku uruchomić konkurs w tym zakresie.

No i to, co może jest meritum dzisiejszego spotkania, czyli Krajowa Sieć Onkologiczna i założenia związanej z nią ustawy, nad którą – mam nadzieję – już w niedługim czasie będziemy mogli pracować również w ramach posiedzeń senackiej Komisji Zdrowia czy generalnie Senatu. A plan mamy ambitny, bo do końca tego miesiąca chcemy przedstawić projekt ustawy, chcemy,

aby rozpoczęły się nad nim prace legislacyjne rządu, konsultacje. Mam nadzieję, że jeszcze w tym półroczu trafi on pod obrady parlamentu.

Krótko, zaczęło się to w roku 2018 rozpoczęciem pilotażu, który efektywnie ruszył 1 lutego roku 2019. W 2020 r. rozszerzyliśmy i wydłużyliśmy okres realizacji tego pilotażu, zakładając, że powinien skończyć się z końcem roku. Jaki był główny cel pilotażu? Powiem tu o tym celu, który był wpisany w rozporządzenie, ale też o tym celu, który był dla mnie ważny. Cel wynikający z rozporządzenia to ocena organizacji, jakości, efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej. Ale może ujmę to własnymi słowami. Najważniejsze jest to, że ten pilotaż miał być pewnym poligonem doświadczalnym do tego, czy umiemy wdrażać pewne mechanizmy współpracy między ośrodkami, czy pewien katalog mierników jakości, który zdefiniujemy, będzie tym właściwym, który potem będzie mógł stanowić pewną podstawę oceny i ewaluacji w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Czy w pewnym sensie efekty propagandowe pilotażu, czyli w szczególności stała liczba koordynatorów opieki onkologicznej na nowo wchodzących pacjentów do terapii onkologicznej, infolinia, to są te rozwiązania, który oczekiwali pacjenci i czy ich ocena satysfakcji z tego jest wysoka. To, co na pewno możemy powiedzieć... To, do czego również służył pilotaż, to są pewne doświadczenia, których nie mieliśmy wcześniej, na poziomie całego systemu opieki onkologicznej, w zakresie chociażby modeli ścieżek terapeutycznych pacjentów, które zostały wypracowane w ramach pilotażu, standaryzacji dokumentacji medycznej, przede wszystkim szablonu w zakresie raportów histopatologicznych, radiologicznych, tych dokumentów, które trafiają na konsylia lekarskie i stanowią podstawę do podejmowania dalszych decyzji terapeutycznych. To, co na pewno jest dla nas dużym, nowym doświadczeniem, ale też, jak myślę, dużą wartością to jest pewien *benchmarking*. Ośrodki, które są w sieci, w ramach pewnych spotkań, wzajemnych doświadczeń... No, rzeczywiście widzimy, że pewnym pozytywnym impulsem dla nich jest to, jeżeli widzą swoje mierniki jakości, widzą je na tle *benchmarku*, czyli całego województwa czy ośrodka referencyjnego. Wierzę w to, że ta pozytywna motywacja to również jest jeden z filarów i motorów działania Krajowej Sieci Onkologicznej.



Po co w ogóle chcemy wdrażać Krajową Sieć Onkologiczną? Myślę, że przede wszystkim po to, żeby można było z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że mamy podobny standard, albo taki sam standard, opieki onkologicznej w całym kraju, że wszędzie ta opieka oparta jest o jednolite standardy i jednolicie zdefiniowane ścieżki. Żeby móc powiedzieć z pełną odpowiedzialnością, że pacjent, niezależnie od tego, do którego ośrodka trafi w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, będzie mógł liczyć na takie same podejście, jakby trafił do ośrodka o najwyższej referencyjności. Te warunki i założenia, o których zaraz powiem, mają to z jednej strony wymusić, ale też zmotywować do tego, żeby to osiągać.

Sieć to też kryteria jakościowe i ilościowe związane z realizacją procedur onkologicznych, które z jednej strony mają być kryterium wejścia do sieci, ale z drugiej strony mają być, no, potencjalnym kryterium wyjścia z sieci. My chcemy oceniać jakość i jeżeli ona niestety okaże się zbyt niska w stosunku do benchmarku, to te ośrodki będą musiały liczyć się z konsekwencjami, tymi najdalej idącymi, związanymi z tym, że zostaną pozbawione możliwości świadczenia tych usług ze środków publicznych. To jest być może brutalne rozwiązanie, ale myślę, że takie jest oczekiwane, to jest to, czego wszyscy, jako eksperci i jako pacjenci, oczekujemy od systemu ochrony zdrowia. To też projekt dla mnie, jako finansisty, ważny z punktu widzenia pewnej optymalizacji wydatków publicznych. Myślę, że eksperci na tej sali, i nie tylko na sali, mogą powiedzieć jednym tchem: dzisiaj dublujemy część procedur, powtarzamy te procedury. Rozdrobnienie procesu diagnostyczno-terapeutycznego powoduje to, że pacjenci trafiając do różnych ośrodków, właściwą diagnozę otrzymują dopiero w którymś kolejnym z nich. To na pewno można zmienić, wierzę w to, że Krajowa Sieć Onkologiczna będzie miała mechanizmy, dzięki którym będzie można to zmienić.

Jakie są kluczowe założenia Krajowej Sieci Onkologicznej? No, przede wszystkim to, o czym mówiła pani przewodnicząca, czyli pewna zhierarchizowana struktura. Ta hierarchia, żeby było jasne, ma polegać nie na tym, że jakiś ośrodek koordynuje opieką onkologiczną na terenie kraju czy województwa. My w pewnym sensie korzystając też z doświadczeń pilotażu, widzimy, że ten ośrodek o najwyższej referencyjności raczej ma pełnić rolę takiego opiekuna

dla ośrodków o niższej referencyjności, rodzaj wsparcia, wsparcia Narodowego Funduszu Zdrowia w monitorowaniu tak naprawdę sytuacji w danym województwie, a może niekoniecznie koordynowania rozumianego jako takie ręczne sterowanie ścieżkami pacjenta. W tych założeniach na pewno nie jest to odzwierciedlone, ale sama hierarchiczna struktura ośrodków – pierwszy, drugi, trzeci poziom – jest ważna. Dlaczego jest ważna? Bo chcemy wprowadzić mechanizm polegający na tym, że na pierwszym poziomie, podstawowym, czyli tym, na którym co do zasady... W uproszczeniu tu mówię, bo kryteria będą znacznie bardziej skomplikowane, ale w uproszczeniu mówimy o jednej metodzie terapeutycznej, czy to w zakresie chirurgii onkologicznej, czy onkologii klinicznej, rzadziej pewnie radioterapii, bo to raczej występuje w powiązaniu z innymi. Chodzi o to, żeby pacjent mógł liczyć na to – tak kolokwialnie mówiąc – że kiedy trafi do tego ośrodka, ten ośrodek nie będzie dążył do tego, żeby realizować swoją, oferowaną przez siebie ścieżkę, tylko żeby rzeczywiście ta decyzja dotycząca ścieżki, dotycząca sekwencji w ramach badania, dotycząca tego, od czego zacząć, przez jakie metody przejść, była ustalona już wspólnie z ośrodkiem kompleksowym. Czyli w pewnym sensie odbieramy samodzielność w decydowaniu ośrodkom na pierwszym poziomie referencyjnym, po to, żeby ten pacjent rzeczywiście mógł liczyć na pełną, wielodyscyplinarną analizę studium jego przypadku i decyzję o tym, jak jego leczenie powinno wyglądać.

Ważne jest to, o czym mówiłem i co w pilotażu – jestem przekonany – sprawdziło się i zostało zauważone przez pacjentów, a co wynika również z pewnych badań satysfakcji, czyli wyznaczenie koordynatora leczenia onkologicznego, ale wielkości stałej, tj. 1 koordynator na 40 kolejnych pacjentów nowo rozpoczynających leczenie. Wszystko po to, żeby rzeczywiście ci pacjenci mieli możliwość z opieki koordynatora, opiekuna skorzystać i mieć możliwość być z nim w faktycznym stałym kontakcie.

To, co jest chyba najważniejsze – może od tego slajdu powinienem zacząć – sieć to przede wszystkim zwiększenie jakości leczenia. Po pierwsze, wprowadzenie kryteriów referencyjności, kryteriów wejścia do sieci i ewaluacja oraz ocena tych kryteriów co 24 miesiące... co 2 lata, tak, co 24 miesiące, związana z przynależnością do danego poziomu referencyjnego. To jedno. Ale

drugie, być może znacznie ważniejsze, czyli na podstawie wypracowanych mierników jakości klinicznej opieki onkologicznej... Tak jak mówiłem, w pilotażu było 35 takich mierników. Myślę, że w ramach sieci onkologicznej trochę przebudujemy ten zestaw mierników i na pewno dedefiniujemy je do poziomu poszczególnych, tych kluczowych nowotworów, ale co najważniejsze, nałożymy pewien benchmarking i poziomy minimalne. I tak jak mówiłem, co 12 miesięcy pomiar wartości tych mierników, benchmarking i ocena tego, czy ośrodki je spełniają, w jakim stopniu, a jeżeli nie spełniają, to co dalej. Co dalej? Wyobrażam sobie to w ten sposób, że gdyby ten poziom niespełnienia był wysoki, to na taki ośrodek byłaby nakładana konieczność przygotowania i wdrożenia pewnego planu naprawczego celem poprawy jakości, a jeżeli ten plan by nie poskutkował, to wtedy byłoby konieczne ostateczne rozwiązanie, czyli ośrodkom, które nie wypełniły minimalnego poziomu, byłoby odebrane kontraktowanie ze środków publicznych. Brutalne, ale myślę, że absolutnie oczekiwane.

To są, co do zasady, najważniejsze założenia związane z Krajową Siecią Onkologiczną. Warto wskazać, że widzimy to w ten sposób, że Krajowa Sieć Onkologiczna ma skupić wszystkie podmioty, które będą realizowały świadczenia gwarantowane z zakresu opieki onkologicznej, czyli w pewnym sensie wejście do sieci jest równoważne z finansowaniem ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ten proces kwalifikacji ma być oparty na pewnych obiektywnych, mierzalnych, wystandaryzowanych kryteriach wejścia, tu nie będzie subiektywności oceny. Te kryteria w dużej części zostały wypracowane już w ramach programu unijnego, poprawy jakości w onkologii. W trybie konkursowym... Polskie Towarzystwo Onkologiczne podjęło się czy wygrało konkurs na przygotowanie takich założeń, one zostały przygotowane, na nich będziemy bazować, pewnie jeszcze modyfikując je w ramach dalszych prac. Ale tak jak mówię, automatyzm, standaryzacja i obiektywizm kryteriów. Ten pilotaż w ogromnej części chcemy oprzeć właśnie na analizie danych jakościowych, to ma być podstawa. Medialnie wielokrotnie była mowa o pewnej koordynacji, o ręcznym sterowaniu siecią. Absolutnie nie, rzeczywiście duża transparentność tego projektu ma być związana z tym, że on właśnie ma się opierać na określonych – pewnie nie w ustawie, pewnie w rozporządzeniach

ministra zdrowia, bo tak wyobrażam sobie tę konstrukcję – miernikach i kryteriach referencyjności.

Jak widzimy Krajową Sieć Onkologiczną? Mniej więcej tak, aczkolwiek już dzisiaj mówię, że być może to ulegnie drobnym zmianom. Na czele krajowej sieci ma stanąć Krajowa Rada Onkologiczna, która ma mieć trochę inne funkcje niż dzisiejsza rada, bo dzisiaj minister zdrowia oczywiście wspiera się Krajową Radą do spraw Onkologii, ale ta rada ma funkcje opiniodawcze, rekomendujące. Tutaj rada ma mieć pewne funkcje wykonawcze, związane właśnie z kwalifikacją do sieci, z oceną mierników jakości, z możliwością nakładania planów naprawczych i rekomendowania ministrowi zdrowia, ewentualnie innych rozwiązań projakościowych.

Kluczową rolę – i to jest odejście od tego, co w pilotażu sobie wyobrażaliśmy – kluczową rolę w zakresie monitorowania wskaźników jakościowych i w ogóle monitorowania danych ma mieć Narodowy Fundusz Zdrowia. On ma się wspierać ośrodkami monitorującymi w każdym województwie, które w pewnym sensie będą być może pomagać mu, tak kolokwialnie mówiąc, zrozumieć dane kliniczne, czyli zrozumieć dane z tych mierników jakościowych i pomóc krajowej radzie wyciągać z tego stosowne wnioski. Fundamentalne w Krajowej Sieci Onkologicznej są Ośrodki Opieki Onkologicznej – o tym mówiłem – na 3 poziomach referencyjnych, ale też zdefiniowanie w ustawie ośrodków satelitarnych, ośrodków diagnostyki i centrów kompetencji tych współpracujących z siecią. Chcemy to unormować w ramach założeń ustawowych, bo dzisiaj mamy dobre przykłady takiej współpracy, filie... Aczkolwiek jest pewna trudność co do odnalezienia ich w porządku prawnym, bo na poziomie różnych województw różne jest podejście do filii czy tych ośrodków satelitarnych. Chcemy więc w ustawie to zdefiniować.

To, o czym już mówiłem na początku, czyli projekt ustawy. Intensywnie nad nim pracujemy, założenia, o których mówiłem przed chwilą, zostały już poddane takim prekonsultacjom przez Krajową Radę do spraw Onkologii, poznali je eksperci zasiadający w radzie, poznali je przedstawiciele organizacji pacjenckich, zgłosili pewne uwagi, dużą część tych uwag już uwzględniliśmy w czasie prac nad ustawą. Do końca miesiąca chcemy przygotować projekt ustawy



i ambitnie zakładamy, że ta ustawa weszłaby w życie od 1 stycznia następnego roku. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, rozumiem, że chciałby pan uzupełnić tę swoją wypowiedź poprzez wypowiedź pana prof. Maciejczyka, więc oddaję panu profesorowi głos.

Chciałabym jeszcze tylko przekazać taką informację, że mamy ponad godzinę na dyskusję. Chciałabym zacząć od dyskusji osób, które przybyły na dzisiejsze nasze spotkanie bądź też uczestniczą w nim zdalnie, ekspertów, lekarzy, środowiska pacjenckie. Proszę o zwarte wypowiedzi z tego względu, że pewnie każdy chce, będzie chciał zadać jakieś pytanie panu ministrowi, a chodzi o to, żeby był jeszcze czas na to, żeby pan minister mógł na te pytania odpowiedzieć.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Proszę bardzo.

*(Brak nagrania)*

**DYREKTOR NACZELNY DOLNOŚLĄSKIEGO  
CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU  
ADAM MACIEJCZYK**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowny Panie Marszałku! Szanowni Państwo!

Chciałbym przedstawić prezentację – tu, powyżej, bardzo dziękuję – która pokazuje... Mam nadzieję, że ona będzie widoczna, chyba w takim formacie będzie lepiej, o tak. Prezentacja pokazuje wyniki pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, który, jak państwo wiecie, odbywał się najpierw na poziomie 2 województw... Nie wiem, czy to jest widoczne...

*(Głos z sali: Przeładować trzeba.)*

*(Brak nagrania)*

**DYREKTOR NACZELNY DOLNOŚLĄSKIEGO  
CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU  
ADAM MACIEJCZYK**

Dobrze, do mikrofonu...

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej trwa od 2 lat i jeśli chodzi o to, co jest wiadome, to

już nie będę się nad tym zatrzymywać, pan minister sporo powiedział na temat wyzwań i oczekiwań, również oczekiwań środowiska pacjentów. To dla nas wszystkich jest bardzo ważne, ja jestem od 26 lat onkologiem, więc wiem, jak ten problem pacjentów onkologicznych jest istotny. Ale też chcę jasno podkreślić, że idea sieci ośrodków onkologicznych to nie jest nowa idea, ona powstała w Polsce już w latach sześćdziesiątych i tak naprawdę rozwija się w całym świecie, co najlepiej prezentuje ten slajd. Również w ramach współpracy z Komisją Europejską i Europejskiej Strategii Walki z Rakiem, o czym wiem najlepiej, bo uczestniczę w pewnych projektach, o których państwu za chwilę opowiem.

Same dokumenty koncepcyjne powstały już w 2018 r., a pilotaż rozpoczął się po rozporządzeniach i po tym procesie, o którym już mówił pan minister, w 2019 r. W 2020 r. dodatkowo 2 województwa, pomorskie i podlaskie, przystąpiły do pilotażu. Chcę podkreślić, że pilotaż to jest tylko wstępna ocena projektu Krajowej Sieci Onkologicznej, nie obejmował on całego, kompleksowego procesu opieki onkologicznej pacjentów, tylko miał sprawdzić pewne założenia. Oczywiście koncepcja stworzenia samej Krajowej Sieci Onkologicznej musi być przejrzysta w zakresie i strukturalnym, i w zakresie procesów koordynowanej opieki onkologicznej, którą monitorujemy, głównie opierając się na pojęciu, które jest powszechnie znane w zakresie opieki onkologicznej, czyli pojęciu ścieżek postępowania z pacjentami. Zostało wytypowane 5 nowotworów, głównie to są te najczęstsze nowotwory plus szczególnie wymagający koordynacji nowotwór jajnika. No i to, co dla nas wszystkich było bardzo ważne, to to, że po raz pierwszy zaczęliśmy mierzyć na taką skalę jakość opieki onkologicznej, którą realizujemy.

Sama Krajowa Sieć Onkologiczna poza tą referencyjnością obejmuje w swoim zakresie możliwości tworzenia unitów narządowych, zajmuje się zakresem tworzenia rejestrów medycznych. Istotne jest też to, że dzięki takiemu szczegółowemu zbieraniu danych możemy śledzić środki finansowe, które są wydawane na opiekę onkologiczną.

Cele ogólne, które zostały jasno zdefiniowane, to przede wszystkim zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej. Standardowym tekstem, który powtarzamy, jest taki: nie może być tak, że kod zamieszkania decyduje

o tym, jaki jest wynik naszego leczenia – z tym chcemy absolutnie walczyć. Chcemy też wprowadzić właściwe kryteria doboru oceny jakości. Ale żeby zrealizować cele ogólne... No, ważne są cele szczegółowe i tu jasno zdefiniowaliśmy, co chcemy osiągnąć, co jest naszym może wygórowanym w pewnych aspektach, ale optymalnym celem do osiągnięcia.

Główne determinanty tej sieci to oczywiście organizacja i poprawa tej organizacji, lepsze jej zdefiniowanie oraz monitorowanie koordynacji i kompleksowości, i ta jakość. I pierwsze, co się okazało przy stworzeniu struktury pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej na Dolnym Śląsku, bo skupię się głównie na naszych danych z uwagi na to, że te dane mam w 100% dostępne, to fakt, że jest duża dysproporcja. Na poziomie realizacji pakietu onkologicznego aż 80 podmiotów na Dolnym Śląsku ma dostęp do realizacji opieki onkologicznej, a najniższe możliwe kryteria, które wybraliśmy do pilotażu, spełniło tylko 16. Jak spełniło, to jeszcze to w pełni państwu pokazę.

Referencyjność leczenia określa też dostęp do 3 podstawowych sposobów leczenia. Te wskaźniki, które tutaj pokazujemy, które określają ten dostęp, to są wskaźniki, które są powszechnie dostępne i uznane przez środowisko specjalistów. Powiem więcej, one nawet są z tej niższej półki, tak, żeby nikomu nie zamykać dostępu do Krajowej Sieci Onkologicznej. Ale podstawą jest tak naprawdę koordynacja i współpraca między ośrodkami. Potrzebna potrzebne są takie ośrodki jak Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, to są bardzo ważne ośrodki, one zapewniają wsparcie dla wszystkich szpitali, które znajdują się w regionie – w moim przypadku 15 takich szpitali – ale też współpracują w zakresie koordynacji pionowej, bo to jest bardzo istotne, żeby współpracować również z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, no i z innymi jednostkami, które zajmują się np. diagnostyką wstępną, a niekoniecznie całym procesem leczenia. Koordynować opiekę onkologiczną to oznacza nie tylko leczenie onkologiczne, ale również profilaktykę i kontrolę po leczeniu. Organizacja to też umożliwia, co nie było może jasno sprecyzowane wcześniej, tworzenie unitów narządowych, które nie obejmą oczywiście całej populacji pacjentów, chociaż tego byśmy sobie życzyli.

Różnice między siecią onkologiczną a pakietem onkologicznym są zasadnicze. Przede

wszystkim zdefiniowaliśmy rolę koordynatorów, bo do tej pory była ona niezdefiniowana, była tylko wymieniona taka instytucja. Wprowadziliśmy bardzo intensywną infolinię onkologiczną, która bardzo pomagała pacjentom, szczególnie w czasie pandemii, w poszukiwaniu pomocy u onkologów. Bardzo ważnym procesem jest tworzenie standardów, o czym pan minister już wspomniał, standardów opisów radiologicznych. Te standardy, które wprowadziliśmy, były oparte na rekomendacjach międzynarodowych i polskich towarzystw naukowych. No i te ścieżki pacjentów, na ten temat za chwilę dopowiem. Istotne jest to, że w ciągu całego procesu realizacji pilotażu oceny satysfakcji pacjentów były realizowane.

W zakresie działalności koordynatorów oczywiście próbowaliśmy zdefiniować, skąd się wzięła liczba 1 na 40 pacjentów. To wynika z doświadczenia naszych koordynatorów w Breast Unicie, którzy od 2016 r. są w naszym szpitalu, i ta liczba się w mojej ocenie sprawdziła. To, co jest bardzo istotne: wprowadziliśmy pełną automatyzację pozyskiwania danych. Te dane kliniczne to nie były dane ręcznie przenoszone, dane z dokumentacji ręcznej przenoszone do naszej hurtowni danych. Została wprowadzona pełna automatyzacja tego procesu i to jest jedno z większych osiągnięć. Również nastąpiła automatyzacja oceny realizacji ścieżek pacjentów. To jest przykład – na tym slajdzie – jednej z takich ścieżek, która pokazuje, gdzie pacjent utknął, na jakim etapie. Tak że cały czas te narzędzia są rozwijane. Ale możemy powiedzieć też, że te dane, tzw. surowe dane, są dobrej jakości, ponieważ wprowadziliśmy checklisty badań diagnostycznych, również checklisty oceny diagnostyki, nie tylko histopatologicznej, ale również radiologicznej i mierzymy, czy te checklisty są wypełniane i czy te raporty są rzetelnie budowane. To jest bardzo ważny element, mamy dostęp, zresztą stały do tego procesu, również do baz danych. Jeden z przykładów takiego rozwiązania: monitorowaliśmy na nowo nie tylko jakość badania, np. radiologicznego, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, ale też czas oczekiwania, tylko nie na wykonanie badania – tak jak to monitoruje Narodowy Fundusz Zdrowia – ale czas oczekiwania na wynik badania. Tutaj punktem odniesienia dla nas były bardzo dobre, zdefiniowane kontrole, a ściślej wnioski z kontroli NIK, które wskazywały na takie problemy

jak właśnie długi czas oczekiwania na wyniki badań obrazowych, na niepełność konsyliów, jak również na niezdefiniowanie koordynatorów. Do tych wszystkich uwag się bardzo rzetelnie odnieśliśmy i znaleźliśmy możliwości mierzenia postępów w tych zakresach, szczególnie w zakresie oceny efektów leczenia w postaci chociażby krótkoterminowej śmiertelności pacjentów. Te wszystkie mierniki udało się zebrać.

Chcę jasno podkreślić, że w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej udało nam się stworzyć, co może nie było pierwotnym założeniem, pierwsze rejestry narządowe – w moim województwie to jest już blisko 10 tysięcy pacjentów, oczywiście dotyczy to tych 5 nowotworów – które mogą stanowić podstawę do kreowania dalszej polityki zdrowotnej nie tylko w zakresie organizacji, ale również chociażby dostępności do nowych terapii. Tak że sieć onkologiczna to jest kolejny etap w dostępie do koordynacji opieki onkologicznej. Uważam, że czas najwyższy na przekroczenie tego etapu.

W jaki sposób monitorujemy tę analizę danych? W oparciu o mierniki, dodatkowo mierniki, które są dostępne w analizach szkockich, w analizach iPAAC, które są bardzo popularne w Niemczech. W ten sposób tworzymy tzw. value best healthcare. System monitorowania jakości, tak jak powiedziałem państwu, w dużym stopniu jest w tej chwili już zautomatyzowany i tu chcę podkreślić, że stosujemy te same mechanizmy automatyzacji pobierania danych i te same metody prezentacji, czyli te same dane prezentujemy we wszystkich 4 województwach. To jest naprawdę, uważam, bardzo dobre osiągnięcie. No, ale zbieramy dane surowe, nie zbieramy danych o miernikach, tylko zbieramy dane o czasie oczekiwania, o stopniu zaawansowania choroby pacjenta, o jego stanie ogólnym też, które są bardzo ważnymi determinantami kwalifikacji do leczenia, i zbieramy cały czas ankiety z satysfakcji pacjentów. To jest przykład narzędzi, które do tego stworzyliśmy, bo to jest cały pakiet narzędzi informatycznych. I tu chcę jasno podkreślić, że zbieramy dane z paru źródeł, po pierwsze, ze szpitala, który realizuje opiekę onkologiczną i przekazuje te dane do nas, właśnie te dane kliniczne, po drugie, dane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Łączymy je i w ten sposób patrzemy, w jaki sposób pacjenci z danym stopniem zaawansowania są leczeni. Jest jeszcze taki dosyć istotny element, że wyliczenie mierników

nie było proste, ponieważ w rozporządzeniu te mierniki nie były jasno zdefiniowane i w efekcie z 35 mierników tak naprawdę mamy 305 wyliczeń. To było znacznym wyzwaniem, ale tak jak powiedział pan minister, mierniki muszą być co pewien czas aktualizowane, zresztą tak samo się dzieje w systemie szkockim, jeżeli jakiś miernik nie spełnia już swojej roli systemowej, to już nie jest mierzony.

Przykład checklisty, czyli bardzo ważny element, schemat pobierania danych, szablon rozpoznania histopatologicznych, zgodnych z rekomendacjami międzynarodowymi, czy też raport radiologiczny, który zgodnie jest w tej chwili z rekomendacjami zapisu strukturalnego takich badań radiologicznych. To jest spory postęp i to wszystko jest spięte w tych ścieżkach pacjentów. Na tym slajdzie jest pokazany przykład ścieżek pacjentów europejskich, które też wdramy w zakresie niektórych nowotworów, nowotworu jelita grubego i trzustki akurat w naszym szpitalu. To wszystko można wprowadzić.

A tu – kolejny slajd – jest przykład uproszczonej ścieżki pacjenta, którą wprowadziliśmy na czas pandemii w zakresie przyspieszenia diagnostyki raka płuca. Po prawej stronie... tego może dobrze nie widać, ale tu są przykłady, krótko mówiąc, już wyznaczonych interwałów odstępu między poszczególnymi etapami, po to, żeby jak najlepiej monitorować przebieg opieki onkologicznej, przebieg diagnostyki, ale również dostępu do leczenia dla tych chorych. To wszystko jest absolutnie możliwe dzięki temu, że poprawiliśmy komunikację z pacjentami. I tu chcę jasno podkreślić, że to nie jest komunikacja oparta tylko i wyłącznie na telefonie i takiej klasycznej infolinii, ale również na formularzach dostępnych na stronach internetowych, na specjalnej bramce internetowej, nawet udostępniliśmy dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej osobny adres email i oni z tego korzystają, jak mają jakieś pytania o konkretnego pacjenta, wprowadzamy też tych pacjentów do naszej bazy. Wprowadziliśmy dodatkowo Mobilne DCO i tu polecam tę aplikację, można ją ściągnąć, bo jest dostępna w każdym zestawie aplikacji, na każdym smartfonie. Dzięki tej aplikacji wskazujemy pacjentom, w których miejscach powinni realizować dobrej jakości badania profilaktyczne, a wkrótce też tą drogą będziemy mogli wydawać pacjentom wyniki leczenia, tylko po to, żeby pacjentom w czasie pandemii nie musieli niepotrzebnie do

nas po te wyniki przyjeżdżać. Liczba połączeń w infolinii zdecydowanie wzrosła, w 2020 r. ta liczba wzrosła o ponad 30%, a poza tym ta liczba pacjentów w ogóle włączonych do krajowej sieci jest bardzo duża – tu widzicie państwo aktualną liczbę sprzed kilku tygodni.

Niektóre wyniki, które osiągnęliśmy... Ten slajd przedstawia przykład czasu oczekiwania na badanie histopatologiczne, to też przedmiot oceny krytycznej raportu NIK. W Dolnośląskim Centrum Onkologii jest to stale mierzone, jak państwo widzicie na slajdzie, a pokazujemy to w przedziale kwartalnym, mieścimy się w czasie do 10 dni. Jeśli chodzi o resztę szpitali, to też nie jest wcale bardzo źle, bo do 18 dni, aczkolwiek zakładaliśmy, że ten termin powinien być nie dłuższy niż 14 dni.

Kolejny slajd. Tu jest czas oczekiwania na badanie rezonansu magnetycznego, w innych szpitalach, jak widzicie państwo szybciej można się doczekać na ten rezonans, to znaczy na wynik – chodzi o wynik – nie na badanie, czyli od skierowania do otrzymania wyniku. W moim szpitalu to trwa aż 18 dni, ale to dlatego, że w moim szpitalu jest tylko jeden rezonans, pracujemy od poniedziałku do soboty i nawet do 23.00 te badania są wykonywane, a jeszcze do tego badania biopsji piersi chociażby, które zabierają mnóstwo czasu.

To jest bardzo ważny slajd, który... tylko nie wiem, dlaczego u mnie jest, a tu nie jest.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Coś się zacięło, tak?

*(Głos z sali: Już, już.)*

Już chyba ruszyło, dobrze, odświeżyć się musiało.

No więc to jest... Moment, chwila... o, jest, dobrze.

To jest przykład miernika dziewiątego, który pokazuje odsetek pacjentów z trzecim i czwartym stopniem zaawansowania choroby w różnych typach nowotworów. Widzicie państwo, możemy to stale monitorować, nawet w czasie pandemii, czy ten trzeci stopień i czwarty już rośnie, czy nie. Delikatny wzrost zaznaczony za pomocą tej czerwonej linii to jest rak jajnika, tu pacjentki bardzo często mają problem z dotarciem do specjalistów, po prostu gdzieś tam na SOR-ach giną nam z systemu, ale już w innych typach nowotworów na Dolnym Śląsku nie odnotowaliśmy wzrostu, ale będziemy stale to monitorować, bo oczywiście ten wzrost może się pojawić w trakcie pandemii.

Przykład, który pokazuje, ile tak naprawdę mamy pacjentów w tych najwyższych stopniach zaawansowania, jak mało skuteczna albo bardziej skuteczna jest profilaktyka onkologiczna. Jak widzicie państwo, w przypadku pacjentek z rakiem piersi blisko 80% pacjentek to są pacjentki z pierwszym, drugim stopniem zaawansowania klinicznego, a w przypadku raku płuca tylko 27%, na Dolnym Śląsku, ja mówię o Dolnym Śląsku. Oczywiście możemy to monitorować miesiąc po miesiącu i na bieżąco monitorować efektywność wprowadzanego mechanizmu profilaktyki, bo te mechanizmy też się zmieniają.

Tu jest przykład porównania na wykresie radialnym kompletności badania histopatologicznego, jak wygląda w tych centrach, które mają większe doświadczenie, lepsze pracownie, od tych, które mają tylko sporadycznie tych pacjentów. Takie niekompletne badanie histopatologiczne właściwie uniemożliwia nam podjęcie terapeutycznej decyzji i wydłuża cały proces dostępu do leczenia. To jest w mojej ocenie nie do przyjęcia i trzeba to bardzo ściśle monitorować.

A tu jest przykład dostępności do badania molekularnego, które otwiera pacjentom drogę do dostępu do leczenia, nowego leczenia w ramach programów lekowych. Wprowadziliśmy programy lekowe, a nie wszyscy mają dostęp do tych programów, bo nie mają wykonywanych badań genetycznych. Na Dolnym Śląsku to jest bardzo wysoki poziom. Uważam, że nigdy tu nie osiągniemy 100%, bo część tych pacjentów po prostu nie kwalifikuje się do tego programu lekowego, chociażby ze względu na zły stan ogólny, ale mamy możliwość monitorowania tej grupy pacjentów, tej grupy mniejszej, która nie miała takiego badania, dlatego tak się stało.

Tu to samo, w raku jajnika, dostęp do badań BRCA1, zresztą w ramach modułu w Narodowej Strategii Onkologicznej finansowanego przez ministra zdrowia, no i udało się osiągnąć to, co wydawało nam się niemożliwe: aż 90% naszych chorych z rakiem jajnika ma ocenione BRCA1.

I tu pokazujemy dostęp do nowoczesnych technik operacyjnych, tych laparoskopowych, on jest zróżnicowany, w różnych szpitalach... Pacjenci chcieli mieć dostęp do takich informacji i dostęp jest, trzeba się zastanowić oczywiście, jak je prezentować, w jakiej formie i gdzie. Ale w pilotażu przećwiczyliśmy, że taki dostęp jest. Tu jest z kolei przykład dostępu do radioterapii przedoperacyjnej w raku odbytnicy, który też



wymaga... nie jest dostępny we wszystkich szpitalach.

Ankieta satysfakcji. Bardzo istotne, z punktu widzenia pacjenta... Zresztą ocenialiśmy tę ankietę dzięki uprzejmości Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych i we wsparciu Narodowego Funduszu Zdrowia. Jaka jest ocena przydatności tej infolinii. Pacjenci wysoko to ocenili, zielony kolor to jest ocena pozytywna. Cały czas mierzymy tę przydatność, jak państwo widzicie, miesiąc po miesiącu, patrząc, jaki wpływ miała pandemia na ich ocenę. Kolejny slajd to jest ocena czasu przyjęcia do szpitala, niebieski kolor oznacza czas zadziwiająco krótki, zielony – odpowiedni, a te czerwone obszary to czas raczej długi i zdecydowanie za długi.

Tu jest przykład liczby pacjentów, którzy są nowymi pacjentami w naszym regionie, na poziomie referencyjności szpitali, tutaj ta szara linia to jest linia naszego szpitala onkologicznego, gdzie w drugiej fali pandemii udało się zapobiec spadkowi liczby pacjentów onkologicznych, nawet jest lekki wzrost liczby tych pacjentów. Za to szpitale drugiego stopnia referencyjności, które mają też SOR-y, które częściowo zostały zamienione na szpitale covidowe, nie mogły się zająć pacjentami onkologicznymi, stąd tu taki spadek, zresztą policzony w kontekście trendów w KRN i łatwy do zdefiniowania. Ale mimo wszystko udało się we wszystkich szpitalach – to już jest Dolny Śląsk – osiągnąć terminowość, znaczy utrzymać tę samą terminowość realizacji diagnostyki i w ramach karty DiLO jak w 2019 r. Te spadki są największe, jak widać, są wyraźne w przypadku raku płuc. I to jest poważny problem, chociaż liczba tych pacjentów spada. Liczba konsyliów na Dolnym Śląsku, bo to są dane z całego Dolnego Śląska, jak państwo widzicie, jest mniejsza niż w 2019 r. Tutaj jest to pokazane w rozbiciu na poszczególne typy nowotworów, bo każdy pacjent ma swoją ścieżkę, inna jest ścieżka w przypadku raka jajnika, inna w przypadku jelita grubego i inna w przypadku innych poszczególnych nowotworów.

Ważne jest również to – już kończę – że jako dodatkowy efekt wprowadziliśmy centralny system badań, automatyzację tworzenia wzoru badań z takim wynikiem, który jest tutaj widoczny po prawej stronie – opis badań z sygnaturami, możemy wystandaryzować opis radiologiczny, opis histopatologiczny w całej Polsce, ponieważ

jest to oparte na standardzie międzynarodowym, a przy okazji zdecydowanie skraca czas pracy lekarza z dokumentacją. Lekarz u nas pracuje nad tym zdecydowanie mniej i najlepiej jest lekarzy spytać o efekt tego działania w zakresie pełnej informatyzacji procesu opieki onkologicznej. Współpraca z lekarzami rodzinnymi, szczególnie w zakresie profilaktyki, jest bezwzględnie niezbędna i my też o to staramy się dbać.

Jeszcze powiem tylko o naszej współpracy z Unią Europejską. W ramach projektu iPAAC wdrażamy jako szpital pilotażowy, obok Charité z Berlina, taki projekt dla całego szpitala plus specjalną ścieżkę dla pacjentów z rakiem jelita grubego i trzustki. Jest to szeroko publikowane, te publikacje na pewno są dostępne. Opieramy się na takich rekomendacjach wymienionych w tych dokumentach, które przygotowała organizacja iPAAC. Istotne jest to, że tutaj jest wskazane mnóstwo mierników, które możemy wykorzystać w tworzeniu Krajowej Sieci Onkologicznej. Będziemy o tym już niedługo dyskutować, też na forum międzynarodowym. Ważne jest, że te publikacje międzynarodowe również wskazują, że Polska nie jest wcale w takim ogonie, jeżeli chodzi o koordynację opieki onkologicznej. Chcę jeszcze jasno podkreślić, że w Polsce już wielokrotnie prezentowaliśmy wyniki pilotażu, przede wszystkim oczywiście na Krajowej Radzie do spraw Onkologii – chociaż ona ma ograniczony zasięg – ale również na konferencjach w Polsce, właściwie na wszystkich konferencjach towarzystw onkologicznych, i na konferencjach międzynarodowych.

Dziękuję bardzo za możliwość zaprezentowania dzisiaj w tak szacownym gronie przynajmniej części wyników. Uważam, że sukcesów pilotażu nie można pominąć. Na pewno sukcesem jest wdrożenie infolinii onkologicznej, w ogóle komunikacji, poprawy komunikacji onkologicznej, skrócenie czasu oczekiwania na wszystkie badania, na przyjęcie. Już samo monitorowanie usprawniło proces opieki onkologicznej, jeśli chodzi o koordynatorów, kompletność i standaryzację procesów. I co najważniejsze, nie da się tego zrobić bez sprawnej informatyzacji i konsekwentnego działania. Chcę jeszcze podkreślić, że nie udałoby się tego zrobić bez szerokiego wsparcia całego personelu. To ich zaangażowanie jest kluczowe, to nie jest praca jednej osoby. Dziękuję pięknie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Rozpoczynamy dyskusję.

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Będę udzielała państwu głosu, ale proszę o zwarte wypowiedzi z tego względu, że naprawdę mamy mocno ograniczony czas.

Może zaczniemy od zaproszonych gości, jeżeli państwo senatorowie pozwolicie. Są na sali 3 osoby... 4 osoby, które chcą zabrać głos.

Pan profesor, proszę bardzo.

**KIEROWNIK KLINIKI ONKOLOGII  
I CHORÓB PIERSI CMKP  
TADEUSZ PIEŃKOWSKI**

Proszę państwa, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że organizacja leczenia jest lekiem i w zależności od tego można osiągnąć wyniki lepsze i gorsze. Polski system organizacji leczenia onkologicznego wymaga zmian niezależnie od tego, co się dokonało w czasie pandemii, z całą pewnością powinien być on zmieniony. I tak jak tutaj padło, kod pocztowy nie może być czynnikiem rokowniczym, na pewno nie w takim stopniu, w jakim w tej chwili w Polsce się znajduje. Jestem pod dużym wrażeniem zaprezentowanych danych, szczególnie tego ostatniego przezrocza, które pan zaprezentował, jeśli chodzi o to, co się udało zrobić. Ale czy można by było dowiedzieć się więcej na temat tego pilotażu? To znaczy jeżeli mamy do czynienia z pilotażem, to na początku się określa, co będziemy badać, jakie są pożądane czy akceptowane wartości, które uzyskamy, i czy te wartości zostały uzyskane. Tu wielokrotnie mówiono o mierniku jakości. Dowiedzieliśmy się, że czas różnych... że interwały czasowe uległy poprawie czy są w pełni akceptowalne. Ale chciałbym się dowiedzieć, jakie były inne mierniki jakości i jak one zachowały się w okresie wprowadzania tych zmian.

I wreszcie lekarze rodzinni. Mówiono tutaj o konieczności współpracy z tym środowiskiem. Oczywiście jest to absolutnie fundamentalne zagadnienie, ale problemem jest to, że każdy z nas, klinicystów, doskonale wie o tym, że szczególnie w specjalizacjach zabiegowych ogromna część pacjentów leczona jest – i jest dobrze leczona – w instytucjach, które nie mają w sztyldzie onkologii.

Przecież wielu chorych czy większość chorych na raka płuca, na nowotwory regionu głowy i szyi, ginekologiczne, urologiczne leczona jest w instytucjach, które w tytule mają: laryngologia, ginekologia, torakochirurgia itd., itd. Zatem jeżeli do tej sieci mają być włączane szpitale, to co z tymi oddziałami, które obecnie zapewniają chorym leczenie. No, trudno powiedzieć, żeby było ono złe, bo myślę, że w większości przypadków ono jest dobre. Czy wtedy taka sytuacja nie doprowadzi do ograniczenia dostępu? Ja jestem onkologiem klinicznym i moja miłość do tej dziedziny jest ogromna, ale chirurgia odgrywa fundamentalną rolę, zarówno jeśli chodzi o zabiegi diagnostyczne, jak i jeśli chodzi o zabiegi o znaczeniu podstawowym dla dalszego życia chorych. Oczywiście leczenie powinno być dla większości chorych leczeniem skojarzonym, czyli wypracowanie współpracy między tymi środowiskami jest absolutnie niezbędne, ale ogromna część chorych leczonych chirurgicznie jest leczona nie w miejscach, które mają tabliczkę z napisem „onkologia” na ścianie.

I jeszcze mierniki jakościowe. Jakie mierniki państwo badaliście? Jakie były założenia dotyczące ich pożądaných wartości? Czy te założenia zostały osiągnięte? Wiem, że z całą pewnością pandemia wpłynęła na cały przebieg tych wszystkich wydarzeń, niemniej jakieś wyniki, myślę, takiego zdarzenia są. Sądzę, że te wszystkie dane mówiące o rosnącym finansowaniu, o rosnących możliwościach realizacji różnych działań są bardzo zachęcające. Oby to się udało zrealizować.

Jeśli chodzi o BCU, to myślę, że konieczne jest pilne wprowadzenie zmian, żeby te ośrodki mogły funkcjonować zgodnie z istniejącymi międzynarodowymi standardami. W każdym razie gratuluję i dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo. Tutaj pani się zgłaszała. Proszę się przedstawiać.

**PREZES ZARZĄDU OGÓLNOPOLSKIEJ  
FEDERACJI ONKOLOGICZNEJ  
DOROTA KORYCIŃSKA**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.



Dziękuję bardzo. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna.

Szanowni Państwo! Szanowny Panie Senatorze! Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze!

Dziękuję za możliwość zabrania głosu. Postaram się mówić bardzo krótko. Myślę, że nie zajmę więcej niż 10 minut.

(Przewodnicząca Beata Małecko-Libera: Chyba za długo.)

(Głos z sali: 5 minut.)

Dobrze. Niech będzie 5 minut.

Organizacje pacjentów zrzeszone w federacji uznają, że idea Krajowej Sieci Onkologicznej jest dobra i oczywiście w pełni akceptowalna. Uważamy, że całe przedsięwzięcie i jego skuteczność zależy od dopracowania każdego szczegółu. I nie ukrywam, że jesteśmy rozczarowani pewnymi brakami, które w moim odczuciu można nazwać grzechem pierworodnym. Nie mamy sprawozdania z realizacji pilotażu. W kwietniu i w maju federacja prosiła zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia o sprawozdanie z realizacji pilotażu i do dzisiaj tego sprawozdania nie otrzymaliśmy. Poprosiliśmy również Dolnośląskie Centrum Onkologii o sprawozdanie z realizacji pilotażu, no i w odpowiedzi otrzymaliśmy definicję, czym jest pilotaż oraz wyciąg z kilku stron – tutaj to mam – rozporządzenia. W związku z tym to, co w tej chwili słyszymy, jest bardzo imponujące, ale to są slajdy, natomiast my nie mamy danych, o które się dopominamy już od wielu miesięcy. Chcę tylko zauważyć, że jeżeli są oczekiwania, że pacjenci poprą Krajową Sieć Onkologiczną, to my musimy wiedzieć, co popieramy i jak to rzeczywiście, że tak powiem, wyszło. Te fragmentaryczne dane, które otrzymujemy, nie pozwalają w żadnym momencie na ocenę całego pilotażu. Jednym z grzechów pierworodnych było to, że była fatalna metodologia, gdzie nie porównano ośrodków pilotażowych z innymi ośrodkami. W związku z tym my tak naprawdę nie wiemy, co wyszło, co nie wyszło, co się poprawiło, co się nie poprawiło. Otrzymujemy szczątkowe informacje i właściwie zostajemy postawieni w sytuacji, w której musimy te informacje zaakceptować. Jak pan minister dzisiaj zauważył – co oczywiście popieramy – wszystko ma być transparentne, a tutaj brakuje tej transparentności już na samym starcie. Nie ma transparentności. Oczekujemy, że jednak ten błąd zostanie naprawiony i sprawozdania z Krajowej Sieci

Onkologicznej będą systematycznie aktualizowane i umieszczane na stronie albo Ministerstwa Zdrowia, albo Narodowego Funduszu Zdrowia, że będą oczywiście aktualizowane w taki sposób, żeby każdy mógł je po prostu sprawdzić. Mamy też nadzieję, że te wytyczne i standardy, zgodnie z obietnicą Ministerstwa Zdrowia, zostaną opracowane do końca 2021 r. Jeżeli tak się nie stanie, to uważamy, że wprowadzenie sieci jednak powinno być wstrzymane aż do momentu ich opracowania. Mamy również w tym aspekcie pytanie do pana ministra: gdzie możemy znaleźć sprawozdanie z realizacji pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej? My na to pytanie w dziesiątkach pism do tej pory nie otrzymujemy odpowiedzi. Prezentacje wyglądają imponująco, ale my oczekujemy konkretnego sprawozdania.

Drugie pytanie, a właściwie taki nasz wniosek, że nie wiemy, kto ponosi odpowiedzialność za realizacją zadań Krajowej Sieci Onkologicznej. Uważamy, że tę odpowiedzialność powinien przejąć płatnik, np. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia.

I trzeci punkt, który również jest kluczowy wedle organizacji pacjentów, to jest ocena jakościowa i merytoryczna Krajowej Sieci Onkologicznej. W trakcie debaty w instytucie praw pacjenta – to był początek lutego – pan minister Gadowski powiedział, że finansowanie ośrodków sieciowych będzie uzależnione od jakości leczenia. Element konkurencyjności jest przez nas bardzo oczekiwany i wyrażamy podziękowanie za uznanie go za ważny czynnik. Jednocześnie niepokoi nas sposób dokonywania oceny merytorycznej i jakościowej, tak samo jak ma to miejsce w pilotażu. Pilotaż, przypomnę, ocenił się sam. Sytuacja, w której sieć ma się sama oceniać, jest dalece niewłaściwa. Zauważyliśmy też ogromne różnice między ocenami dokonywanymi przez pacjentów, którzy się do nas zgłaszają, i relacjami tych pacjentów, a tymi cząstkowymi relacjami zarządzających siecią. Domagamy się wręcz powołania niezależnego, zewnętrznego zespołu, który będzie złożony z osób i instytucji niebędących w konflikcie interesów z ośrodkami sieciowymi. Ta zewnętrzna kontrola jest niezbędna i powinna być w interesie zarządzających siecią, aby uniknąć podejrzeń o stronniczość i nierzetelność w przedstawianiu danych. Przegląd literatury na temat determinantów efektywności sieci wykazał, że istnienie organu sprawującego kontrolę zewnętrzną ma wpływ

na zdolność sieci do osiągnięcia celów. Pilotaż, jak również Krajowa Sieć Onkologiczna, przypominę, są finansowane ze środków publicznych i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa obywatele mają prawo do pełnej informacji o sposobach wydatkowania tych środków. Dlatego domagamy się społecznej kontroli sieci. Oczekują tego i pacjenci, i ich bliscy.

Podsumowując, są 3 kluczowe punkty. Po pierwsze, jest to sprawozdanie. Cały czas czekamy na sprawozdanie z pilotażu KSO, nie w formie prezentacji, tylko konkretnego sprawozdania. Po drugie, chcemy żeby odpowiedzialność za sieć przejęło Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Po trzecie, oczekujemy powołania zespołu niezależnych ekspertów, którzy będą dokonywać oceny realizacji założeń oraz celów KSO w sposób niekonfliktowy z realizującymi sieć.

Dziękuję państwu bardzo. Skróciłam swoją wypowiedź. Mam nadzieję, że się zmieściłam w czasie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście czas nas bardzo goni.

Następną osobą zapisaną do głosu jest pan prof. Jassem, zdalnie.

Proszę bardzo.

**KIEROWNIK KATEDRY  
I KLINIKI ONKOLOGII I RADIOTERAPII  
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU  
MEDYCZNEGO JACEK JASSEM**

Dzień dobry państwu.

Dziękuję za zaproszenie na posiedzenie komisji...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Proszę troszeczkę głośniej, Panie Profesorze.)

Słuchać mnie?

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Słuchać, tylko proszę mówić troszkę głośniej.)

Będę mówił głośno, bo nie wiem, jak zrobić, żeby było słychać głośniej.

Proszę państwa, ja od początku – to nie jest tajemnica – jestem krytycznie nastawiony do pomysłu sieci i do pilotażu, do jej wprowadzenia.

Niestety dzisiejsze posiedzenie utwierdza mnie w tym przekonaniu. Nie wiem, jak można oceniać sieć, jeżeli nie wprowadzono kryteriów tej oceny. Nie ma raportu otwarcia. Ta ocena wzdłużna, która była pokazana w czasie, pokazuje, że się nic nie zmieniło. Te wszystkie krzywe, które były pokazane, są poziome, tutaj żaden z tych wskaźników nie poprawił się, a niektóre się pogorszyły, np. czas oczekiwania na badanie histopatologiczne w województwie dolnośląskim, które jako pierwsze razem z województwem świętokrzyskim weszło do sieci. Nie ma oceny opieki w ośrodkach, które realizują pilotaż, versus tych, które nie realizują pilotażu. Nie ma oceny chorych, którzy w poszczególnych województwach realizujących pilotaż znaleźli się w sieci, versus tych, którzy się nie znaleźli w sieci. Nie ma tutaj ani jednego miernika jakościowego. Jeśli wśród tych 34 są jakieś zwalidowane międzynarodowe wskaźniki jakościowe, to ich tutaj nie pokazano. Takie wskaźniki są. Sam opracowywałem na prośbę Ministerstwa Zdrowia wskaźniki dla raka piersi. Ani jeden z nich tutaj nie został zastosowany. Takie wskaźniki zwalidowane istnieją dla wielu innych nowotworów. Przecież sieć, z tego, co słyszeliśmy, ma zmniejszyć nierówności, ma poprawić wyniki leczenia, wprowadzić wytyczne. Ale tutaj żaden z tych celów w sieci nie został pokazany ilościowo, to są tylko słowa, że coś się poprawiło, że lepiej zbierane są dane. Dobrze, ale lepiej zbierane dane powinny się przełożyć na osiągnięcie tych celów, o których mówiłem. To jest tylko środek, który wcale nie wiadomo, czy temu służy temu. Te dane zresztą – od samego początku to mówię – powinien zbierać ten, kto za to płaci, za opiekę zdrowotną: NFZ. Państwo mówią, że sieć została dobrze oceniona. Przez kogo? Chyba przez realizatorów. Czy NFZ ocenił wyniki pilotażu? Jaka jest opinia NFZ? Czy możemy ją poznać? No, nie ma żadnego raportu. Nie wiadomo... Słyszę tutaj, że NFZ ma przekazywać wyniki koordynatorom, a koordynatorzy mają przekazywać je NFZ. No to kto komu ma je przekazywać? Monitorować zawsze powinna niezależna instytucja. Powinien to być NFZ czy Centrum Monitorowania Jakości. Nie może jedna instytucja monitorować instytucji, która jest jej podległa, a która równocześnie jest jej konkurentem.

Proszę państwa, tu jest zbyt dużo pytań. Nie wiem... Skoro się robi pilotaż, no to robi się go po to, żeby mieć opinię, czy te założenia należy

wprowadzić w całym kraju. Nagle ten pilotaż się przerywa. On na pewno nie dał odpowiedzi, bo realizowaliśmy go w skrajnie trudnych warunkach pandemii. Jak można powiedzieć, że ten pilotaż się udał czy nie i ten eksperyment na żywej tkance wprowadzać w skali całego kraju? Ja chcę powiedzieć, że moje województwo, województwo pomorskie, przystąpiło w drugim etapie do sieci. Proszę mi wierzyć, że kompletnie tego nie zauważyłem. Nic się nie zmieniło, pracujemy tak jak poprzednio, szpital jest ucyfrowiony chyba w najwyższym stopniu w Polsce. Zdaje się, że jest siedmiostopniowa skala cyfryzacji. Był ucyfrowiony i jest ucyfrowiony. Infolinia działa od lat, niepotrzebna była do tego sieć. Konsylia działają wspaniale, praktycznie wszyscy chorzy otrzymują konsylia. Mamy koordynatorów leczenia, bo wprowadził je pakiet onkologiczny. Doskonale spełniają one swoją rolę. Pytam: do czego jest potrzebna ta sieć?

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

Dziękuję bardzo.

Udzielam głosu państwu senatorom po kolei. Pani senator jako pierwsza, później 2 panie senator i pani wiceprzewodnicząca. Proszę o krótkie wypowiedzi. Bardzo proszę, bo czas rzeczywiście nam się kończy.

**SENATOR**  
**DOROTA CZUDOWSKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja mam 3 krótkie pytania. Rzeczywiście największym zarzutem w odniesieniu do pilotażu... może nie do pilotażu, ale do obecnej sytuacji, jaka jest w świadczeniu usług związanych z onkologią, jest nadmierne rozdrobnienie. Pan profesor tu przedstawił, że w województwie dolnośląskim zostało policzone, ile ośrodków takie usługi świadczy, ile jest naprawdę takich, którym można przyznać referencję, bo spełniają standardy. Pan prof. Pieńkowski też o tym mówił. Teraz pytanie: jaka jest droga? Czy my do końca roku zdążymy policzyć wszystkie miejsca – bo to nie zawsze są ośrodki, to mogą być oddziały, to mogą być przychodnie – które udzielają świadczeń z dziedziny onkologii, czy to profilaktycznych,

czy diagnostycznych? I jak to włączyć do sieci? Bo moje doświadczenia wskazują na to, że jest taka potrzeba. Zawsze pracowałam jako, można powiedzieć, samotny biały żagiel, oczywiście we współpracy z ośrodkami, z lekarzami i dolnośląskim centrum, i z wojewódzkim szpitalem, ale na zasadzie długotrwałych powiązań i kontaktów. Cieszyłabym się, gdyby w końcu taka moja zależność w kontekście uzyskiwania pomocy i kierowania pacjentów była usankcjonowana, bo chociaż mój ośrodek jest fundacją, to spełnia swoją funkcję, mam kontrakt z NFZ, więc standardy są zapewnione. Chciałabym, żebym też mogła współuczestniczyć i żeby moi pacjenci mogli korzystać z tego, że będzie sieć. Czy zdążymy do końca roku to wszystko policzyć i ogarnąć?

Drugie moje pytanie właściwie już zostało omówione, więc już nie będę pytała o inwentaryzację. Ale jeszcze chciałabym zapytać, jak w tym systemie, jeśli chodzi o profilaktykę, znajdziecie państwo miejsce dla mammobusów, do których jestem... Do tej akcji mam wiele zastrzeżeń. Co będzie z mammobusami? Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Proszę bardzo, pani senator Gorgoń-Komor.

**SENATOR**  
**AGNIESZKA GORGON-KOMOR**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Ja też się postaram skrócić swoją wypowiedź, dlatego że tutaj już wiele moich wątków było poruszonych. Co do intencji... Po wykładzie pana profesora przekonałam się do takich zmian, bo generalnie wszystko, co poprawi jakość opieki nad pacjentami, np. wykrywalność nowotworów czy poprawy rokowania, jest dobre. Co do transparentności, to myślę, że tutaj też zbieranie danych, wprowadzenie rejestrów, bo to rejestry w każdej dziedzinie medycy służą do tego, żeby wyciągać wnioski... Jedyna rzecz, która mnie bardzo zastanawia, to mierniki jakości, które mają służyć, jak rozumiem, wiedzy, aby wdrażać te problemy pilotażowe w całej

Polsce. I teraz tak. Wiem, że te mierniki jakoś się rozdrobniły w trakcie analizy. Przekonuje mnie to, jeśli chodzi o tę wczesną 30-dniową śmiertelność. Chciałam zapytać, czy w tych miernikach... Tak prosto... Bo chcemy wiedzieć, co dla pacjenta przyniesie ta sieć, czy ona będzie dobra. Jak słyszeliśmy tutaj w wypowiedzi jednego z ekspertów, nie mamy żadnych danych, czy rzeczywiście poprawiła się jakość opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową. Ja jako lekarz, który pracuje w centrum onkologii, w Beskidzkim Centrum Onkologii, i bierze udział w ocenie pacjentów onkologicznych w programach lekowych, czy to herceptyny, czy jeśli chodzi o nowotwór piersi, mogę powiedzieć, że chciałabym, aby te nowotwory były rozpoznawane dużo wcześniej. I tu rzeczywiście profilaktyka powinna być największym tematem, żeby rozpoznawać wczesne stadium nowotworu i nie doprowadzać do tej całej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, często drogiej, która często jest za późno. Dlatego pytam: czy przeżycie na danym terenie będzie takim miernikiem, czy ilość zdiagnozowanych nowotworów będzie miernikiem, czy ilość pacjentów włączonych do leczenia? Mam tutaj taki jeden komentarz co do tych mierników, że ocena w skali roku to jest zbyt mała ocena. Raczej chodzi mi o trendy, o wieloletnie obserwacje. Państwo wiedzą, że to może być wysoko krzywdzące dla ośrodków, które prowadzą taką terapię, że my po roku im powiemy: nie, tutaj nie spełniliście w automatyzacji jakichś kryteriów, więc my wam odbieramy pieniądze publiczne i nie będziecie leczyć kolejnych pacjentów. I będziemy centralizować, pacjent będzie musiał dojechać gdzieś dalej do innego ośrodka. To mnie bardzo tutaj... Takie mam pytanie.

Jeszcze mam 3 krótkie pytania, jeśli chodzi o koordynatorów. Rozumiem, że w ramach DiLO mamy koordynatorów. Oni może nie są zdefiniowani, więc należy ich zdefiniować – kim jest taki koordynator, jakie ma wykształcenie, czym się zajmuje, jak prowadzi pacjenta za rękę. Chociaż uważam, że w moim ośrodku to nieźle działa. Co do wypełnienia kart DiLO, co do tego, że w 18% one nie były dobrze wypełnione, no to pewnie były jakieś zaniedbanie może personelu. Nie wiem, jak to... I tutaj automatyzacja się przyda. Czy państwo szacowali, jakie będą koszty w ramach tego programu, ilu tych koordynatorów mamy zatrudnić, żeby tych 40 pacjentów prowadzić za przysłowiową rękę? I kto to będzie? Czy

to będą pracownicy medyczni, czy to będzie... Jakie ci koordynatorzy będą mieli wykształcenie? Już więcej pytań nie będę zadawać, bo część wypowiedzi, które tutaj padły, mnie usatysfakcjonowała. Część nie, ale myślę, że jak będziemy procedować ustawę, to będziemy zadawać bardziej szczegółowe pytania. Dziękuję bardzo.

#### PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ja myślę, że będziemy jeszcze przed procedowaniem ustawy jednak się spotykać, bo tych pytań jest mnóstwo.

Pan marszałek prosi o głos. Proszę bardzo.

#### SENATOR TOMASZ GRODZKI

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

O pilotażu, zwłaszcza w zakresie unitów nowotworowych, z panem ministrem wielokrotnie rozmawialiśmy. Pewnie nie ulega wątpliwości, że trzeba unowocześnić leczenie onkologiczne w Polsce czy nadążać za trendami itd. Chciałbym pozwolić sobie na tak dość bolesny komentarz. Rzeczywiście brak rzetelnego czy dużego sprawozdania z pilotażu jest rzeczą, która musi być uzupełniona, ale dane bardziej zagregowane wskazują, że w listopadzie tego roku zmarła straszna ilość pacjentów. Nie wszystko można wytłumaczyć COVID, zapewne oni zmarli z powodów onkologicznych i krążeniowo-oddechowych, bo to są najczęstsze inne przyczyny, nie mówiąc o urazach. Ale chciałem rzucić dość kontrowersyjną tezę. Zanim zaczniemy wdrażać sieć szpitalną, musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy przemodelowanie onkologii, nawet przemyślane, wydyskutowane i zaakceptowane przez wszystkie strony, nie będzie oznaczało przejściowego spadku jakości opieki onkologicznej i utraty części pacjentów. Bo to, co proponujemy, wpisuje się w pewnej części, że tak powiem, w istniejący system, jakkolwiek on by był kulawy, ale w części proponuje przemodelowanie systemu, który wymaga inwestycji, zmiany mentalności lekarzy, zmiany mentalności pacjentów i może spowodować przejściową zapaść, która będzie kosztowała tego czy owego pacjenta zdrowie i życie. Jeżeli jesteśmy na to

gotowi, możemy nad tym pracować. To jest początek drogi. Dziękuję pani przewodniczącej, że zapowiedziała, że zanim wpłynie ten projekt do Senatu, jeszcze pewnie parę razy nad nim podyskutujemy, bo on jest ważny, ale obecnie ma zbyt dużo znaków zapytania i niewiadomych, które wymagają rozstrzygnięcia, jeżeli mamy przygotować coś rzetelnego i dobrego dla zdrowia Polek i Polaków. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję.  
Pani senator Matecka.

**SENATOR**  
**EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo.

Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, jak bardzo ważnym i palącym problemem jest zachorowalność na raka, szczególnie w Polsce, kiedy to odnotowuje się ponad 250 zachorowań na 100 tysięcy mieszkańców. Jesteśmy w tych niechlubnych statystykach w Unii Europejskiej niestety na końcu. Każda zmiana, każde działanie jest niezwykle pożądane, ale nie mam pewności na podstawie zaprezentowanych wyników przeprowadzanego pilotażu, czy te zmiany, które zostały zaproponowane, będą skutkowały oczekiwanymi rozwiązaniami. Czy pilotaż, który był prowadzony przez parę lat na tym terenie, spowodował, że nastąpił spadek zachorowań? Czy ten pilotaż – o tym wielokrotnie mówiliśmy – spowodował, że nastąpił wzrost wykrywalności? Czy ten pilotaż w końcu, jeżeli przestanie być pilotażem, a stanie się rozwiązaniem systemowym, doprowadzi do takiej sytuacji, że będzie tak dobrze rozwinięta profilaktyka, która nie dopuści do trzeciego i czwartego stopnia zaawansowania nowotworów w Polsce? A do tego doszła już Europa Zachodnia, mając wysokie standardy leczenia i opieki nad pacjentem onkologicznym.

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

Dziękuję bardzo.

Pani senator Alicja Chybicka.

Tylko, Pani Senator, króciutko, bo będę niestety musiała kończyć.

**SENATOR**  
**ALICJA CHYBICKA**

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja po wysłuchaniu zarówno tego sprawozdania pilotażowego, jak i tego, co pokazał pan minister, uważam, że my wcale nie jesteśmy przygotowani do tego, żeby w tej chwili tą sieć wdrożyć. Ja tutaj spisałam pytania szczegółowe. Ja je tylko przeczytam, bo to będzie trwało chwilę.

Co będzie z pacjentami, jak jakiś ośrodek wypadnie? Przecież tego niczym się nie zastąpi. My w ogóle jesteśmy na taką sytuację nieprzygotowani. Nie daj Boże, jak to będzie jeszcze większy ośrodek.

Co z pozostałymi nowotworami? Tylko 5 znajduje się w tej grupie. A co z resztą?

Kolejne pytanie. Ja mało ze stołka nie spałam, jak usłyszałam, że w przypadku pilnego rezonansu czas oczekiwania wynosi 70 dni, a w przypadku tomografii – do 24 dni. Panie Ministrze, np. w onkologii dziecięcej to jest wyrok śmierci. Ale ja głowę daję – chociaż nie jestem onkologiem dla dorosłych, może mnie onkolog poprawi – że to dla innych chorych też jest dramatycznie długo, to jest coś strasznego. Po pierwsze: kto to wszystko będzie robił, kto to robi w tej chwili? Kto robił to u pana dyrektora? Jesteśmy z jednego ośrodka, mam na myśli Wrocław. Kto robił ten pilotaż przy braku personelu? Jak to było zrobione technicznie? Badania molekularne to w tej chwili jest podstawa prawidłowej diagnostyki nowotworów. Tak naprawdę nie ma dobrego leczenia bez dobrej diagnostyki molekularnej, bo za tym idą nie programy, za tym idą protokoły. Stąd bierze się pytanie do pana ministra i do pana Adama, z którym się doskonale znamy: skąd wzorce, z Europy, ze świata, czy każdy sobie rzepkę skrobie? Czy Polska będzie wywierać otwarte drzwi, podczas gdy w tej chwili może się „pochwalić” wynikami, jeśli chodzi o onkologię dla dorosłych, gorszymi niż te, które są w Europie czy na świecie? Według mnie to wszystko, Panie Ministrze, dzieje się za szybko. Jak pan teraz, w dobie pandemii, chce



procedować tę ustawę... To znaczy pandemia niczemu nie przeszkadza. Przy czym jeszcze chcę podkreślić, że same założenia są super, bo coś trzeba zrobić i poprawić, tylko to według mnie jest robione za szybko. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, pytań i wątpliwości jest jednak sporo. Nie jestem pewna, czy pan będzie w stanie dzisiaj odpowiedzieć na wszystkie, bo, tak jak zapowiedziałam, niestety muszę kończyć, bo mamy jeszcze drugie posiedzenie komisji. Jest mi bardzo przykro, że nie mogę wszystkim państwu udzielić głosu, ale zobowiązuję się, że wkrótce, za miesiąc, za półtora miesiąca, będzie jeszcze jedno posiedzenie komisji po to, żebyśmy odpowiedzieli na te kwestie, które padły dzisiaj.

Po pierwsze, Panie Ministrze, stawiam wniosek, o ile to jest możliwe – to musi pan odpowiedzieć – aby sprawozdanie z tego pilotażu trafiło do Komisji Zdrowia, żebyśmy mogli się z nim zapoznać i żebyśmy na następne posiedzenie Komisji Zdrowia mogli jeszcze do tego wątku wrócić. To jest rzecz, która będzie wnioskiem z naszego dzisiejszego posiedzenia komisji.

Co do krajowej sieci, myślę, że wszyscy mamy szereg wątpliwości, czy to jest aby dobry czas. To po pierwsze. Poza tym Krajowa Sieć Onkologiczna jest budowana już dla pacjentów z rozpoznany nowotworem. Pytanie: co z pacjentami, w jakim stopniu zaawansowania oni trafiają? To jest nasze wyzwanie. To jest nasze wyzwanie: profilaktyka. Pan profesor, pan minister mówił tutaj o subfunduszach rozwoju profilaktyki. Patrząc na to, jaki procent środków jest przekazany na profilaktykę, można powiedzieć, że tworzenie teraz jeszcze w ramach tej puli skierowanej na profilaktykę na subfundusze... Jak państwo chcecie to podzielić? To jest naprawdę bardzo ciekawy wątek. Dlatego też stawiam wniosek: żebyśmy otrzymali jako Komisja Zdrowia sprawozdanie, żebyśmy mogli się dowiedzieć, jakie środki finansowe zostały dotychczas przekazane na te pilotaże, jakie rzeczywiście zostały zastosowane mierniki i jakie są wskaźniki po 1,5 roku czy 2 latach obserwacji i wrócili do dyskusji nad założeniami tej krajowej sieci.

Co do sieci w ogóle, w szczególności sieci krajowej, która ma obowiązywać za pół roku, mamy wątpliwości, ponieważ już jedną sieć przetestowaliśmy i wiemy, jakie niedobre efekty po wprowadzeniu jej mamy. Mimo że zdajemy sobie z tego sprawę, to też żadnej ewaluacji, żadnych wniosków z wprowadzania tamtej sieci nie wyciągamy.

Mam prośbę, żeby pan teraz krótko odpowiedział na część tych pytań, na które jest pan w stanie w tej chwili odpowiedzieć, a na resztę pytań poprosimy o pisemną odpowiedź na posiedzenie Komisji Zdrowia wraz z przekazanym sprawozdaniem.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Odpowiem rzeczywiście ekspresowo. Już po raz pewnie któryś odniosę się do tego, jak możemy oceniać pilotaż, bo wszyscy trochę jak mantrę powtarzają jedno, że nie mamy danych porównywalnych na początku. No więc ja jak mantrę powtórzę, że nie mamy, bo nigdy ich nie zbieraliśmy, nie mamy, bo nie zbieraliśmy mierników jakości, nie mamy, bo nie budowaliśmy rejestrów narządowych w onkologii, nie mamy, bo nigdy tego nie zbieraliśmy. A jak nie zbieraliśmy, no to też nie oczekujemy, że dzisiaj wyjmemy jako rezydent zdrowia wcześniejsze dane i pokażemy, jak to wygląda, że np. kompletność, co pokazywał pan prof. Maciej, opisu radiologicznego, kompletność badania histopatologicznego będziemy w stanie porównać do tego, co było przed pilotażem. Pilotaż miał nam pokazać właśnie to, czy my te dane będziemy umieli zbierać, czy będziemy umieli z nich wyciągać wnioski, czy są właściwie zdefiniowane do pewnej oceny opieki onkologicznej w danym regionie itd., itd. To chcieliśmy zbadać. Nie zakładaliśmy w założeniu nigdy porównywania do stanu sprzed. No, muszą to państwo zaakceptować, bo tych danych nie ma, nigdy system ochrony zdrowia w Polsce tych danych nie zbierał. Podobnie nie jesteśmy w stanie porównać dzisiaj sytuacji w województwach, w których jest pilotaż, do sytuacji w województwach, w których nie ma pilotażu, z prostej przyczyny. Żeby to zrobić, musielibyśmy na wszystkie ośrodki onkologiczne w tym kraju narzucić reżim zbierania de facto 309



mierników, które narzuciliśmy w pilotażu. No, tu już nie mówimy o pilotażu, tylko mówimy właśnie o wdrożeniu tego systemowo w całym kraju. Ja jestem przekonany, że pewne doświadczenia, o których mówił pan profesor, z pilotażu mamy i na ich podstawie chcemy zbudować tę sieć, na ich podstawie chcemy zbudować ocenę jakości, te mierniki. Wreszcie faktycznie zaczniemy je porównywać. Nie jestem w stanie sprostać państwu oczekiwaniu, że przedstawię raport, który pokaże nam stan przed godziną zero i stan dzisiaj. Nigdy te dane nie były zbierane.

A jeśli chodzi o te mierniki jakości, to pan prof. Jassem o tym wspominał. Czy one faktycznie są miernikami jakości? No są. Być może pan profesor dzisiaj nie pokazał wszystkich i nie pokazał kompletu oceny tych 309 możliwości, które dzięki tym danym mamy, ale tych danych jest więcej: kompletność badań genetycznych, właśnie histopatologia, radiologia, zgony pooperacyjne, powikłania – to są dane, które faktycznie zbieramy. Czy to uniemożliwia ocenę pilotażu? Ja stawiam tezę, że absolutnie nie i odnoszę się do założeń Krajowej Sieci Onkologicznej, bo to jest najważniejsze. Ja chętnie wysłucham krytyki, czy te założenia, które przyjęliśmy, czyli referencyjność ośrodków i ich ewaluacja, to słuszny czy niesłuszny kierunek, czy mierniki jakości i oparcie na nich nawet systemu finansowania świadczeń publicznych w onkologii to słuszny czy niesłuszny kierunek. Ja absolutnie dwiema rękami podpisuję się pod tym, że jest to słuszny kierunek. W ramach pilotażu zrobiliśmy pewien poligon doświadczalny, zobaczyliśmy, czy możemy te dane zbierać, czy ośrodki to raportują i co z tego wynika. Pan prof. Jaseem mówi, że jest to prosta linia, która nie pokazuje progresu. Ja się tutaj przychyliam do tego, co mówiła pani senator Gorgoń-Komor. Po prostu na to potrzebujemy więcej czasu, nie pilotażu, bo ten pilotaż musiałby trwać pewnie 5 albo 7 lat, a na to dzisiaj nas nie stać. Opiekę onkologiczną w Polsce trzeba zmienić i myślę, że co do tego jest pełna zgodność.

Jestem otwarty na kolejne posiedzenie. Jestem otwarty na to, żeby o tych założeniach dyskutować. Ja myślę, że jeżeli będziemy w stanie poświęcić więcej czasu, to również pan prof. Maciejczyk... czy wspólnie będziemy w stanie przedstawić nawet pełen zakres tych mierników i faktycznie pokazać, jakie są oceny jakościowe, bo to jest dla nas zdecydowanie najważniejsze.

Bardzo słuszna była uwaga pana marszałka Grodzkiego co do tego przemodelowania, czy nie

spowoduje to częściowej utraty dostępności. Wyobrażam sobie, że ustawa może narzucać pewne okresy przejściowe. To, na czym nam najmniej zależy, to to, żeby została faktycznie zaburzona dostępność świadczeń. Ale też musimy przyjąć pewien czas, kiedy powiemy: wysoka jakość świadczeń onkologicznych jest dla nas ważniejsza od pseudodostępności. Bo czy zależy nam na tym, żeby w województwie dolnośląskim faktycznie 80 ośrodków realizowało świadczenia onkologiczne, czy zależy nam na tym, żeby było ich być może nieco mniej, ale żeby robiły to w sposób perfekcyjny, jeśli chodzi o jakość? Stawiam tezę, że nam zależy na tym drugim i że na tym zależy również pacjentom. Chętnie wysłucham przedstawicieli pacjentów w tym zakresie.

Bardzo słuszna była tutaj uwaga pani senator Gorgoń-Komor dotycząca kwestii związanej z krótkim 12-miesięcznym okresem. Przemyślimy to sobie rzeczywiście dość mocno. Faktycznie w przypadku nowotworów rzadszych, przy mniejszych grupach pacjentów, możemy liczyć się z tym, że te wyniki będą zaburzone, ale też chciałbym zwrócić uwagę, że później widzimy ocenę jakościową jako pewien panel różnych mierników. I to też nie jest tak, że 1 czy 2 mierniki będą decydowały o ostatecznej ocenie. Zakładam, że to jednak wielokryterialna analiza będzie o tym decydowała.

Przemyślę dzisiaj poruszone wątki na następne posiedzenie komisji. Jak rozumiem, dzisiaj nie mamy czasu, więc nie odnoszę się do każdego pytania szczegółowo. Rzeczywiście przemyślę te kwestie. Nie mogę zapewnić na 100%, że przedstawimy sprawozdanie z pilotażu, bo taki pełen kompletny raport w ramach pilotażu, w myśl rozporządzenia, obiecaliśmy sporządzić na jego koniec, więc to też musi być jasne. Pewne okresowe raporty dotyczące włączenia pacjentów do pilotażu, ilości osób i ilości zgłoszonych przypadków w poszczególnych nowotworach oczywiście mamy. Ale – jeszcze do tego wracam – nie pokażemy danych, porównując te sprzed godziny zero do tych, bo niestety ich nie mamy. Ja bym bardzo chciał objąć urząd ministra 2,5 roku temu i mieć te dane, i dzisiaj faktycznie pokazać pewien progres... Pokażemy je, mam nadzieję, za 2 lata, w ramach tej ewaluacji, pokażemy je wtedy w sposób kompletny w całej Polsce. Mam nadzieję... My nie tylko je pokażemy, ale także na ich podstawie wyciągniemy wnioski, które będą propagacyjne. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

W takim razie jednak oczekuję przynajmniej częściowej odpowiedzi pisemnej na zadane tutaj pytania i poruszone wątpliwości, szczególnie te o sprawozdawczość z pilotażu. Zobaczymy, co pan minister będzie mógł nam pokazać, a co nie. Prosimy o pisemne ich przedstawienie. Na pozostałe pytania, jeżeli by pan minister mógł, również prosimy o odpowiedzi, żebyśmy na kolejnym posiedzeniu już poszli krok dalej. Do kiedy pan minister zakłada przygotowanie założeń do tej ustawy?

PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**SŁAWOMIR GADOMSKI**

Założenia de facto już mamy przygotowane i, tak jak mówiłem, przedyskutowane na

ten moment na forum Krajowej Rady do spraw Onkologii. My już założeń nie będziemy przedstawiać. Do końca miesiąca chcielibyśmy przedstawić projekt ustawy czy przygotować projekt ustawy i, mam nadzieję, w kwietniu... no, w końcu kwietnia skierować go do konsultacji publicznych.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

W końcu kwietnia. Rozumiem, że my spróbujemy zorganizować jeszcze jedno posiedzenie, zanim ten projekt będzie kierowany do konsultacji.

Dziękuję bardzo. Dziękuję wszystkim za obecność. Przepraszam, że nie udało mi się być może wszystkim państwu udzielić głosu, ale niestety dzisiaj mamy ograniczony czas, bo mamy kolejne posiedzenie.

Zamykam posiedzenie komisji. Bardzo dziękuję wszystkim za obecność.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 43)*



**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy