



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (48.)

27 kwietnia 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 (cd.).

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry.

Rozpoczynamy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Jest to kontynuacja posiedzenia komisji, na którym omawialiśmy szczegóły pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej i jego efektywność, a także założenia do wprowadzenia ustawy, która ma niedługo obowiązywać, dotyczącej Krajowej Sieci Onkologicznej.

Witam wszystkich państwa, którzy przybyli dzisiaj do budynku Senatu.

Dziękuję, Panie Ministrze, za obecność, bo wiem, że pan miał troszkę inne zdanie; była propozycja, żebyśmy zrobili tę kontynuację w maju. Robimy ją jednak w tym czasie, ponieważ mamy nadzieję, że pewne sugestie, uwagi i wnioski, które wypłyną z komisji, będą dla pana ministra cenne jeszcze przed wdrożeniem ustawy. W momencie, kiedy pojawi się już projekt zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia i przez Radę Ministrów, będzie się odbywała debata już nad gotowym projektem, a teraz wszystkie nasze uwagi są związane przede wszystkim z pilotażem, a więc jest to jeszcze ten moment, żeby ewentualnie ten projekt doprecyzować.

Witam przedstawicieli organizacji pacjentów, rzecznika praw pacjenta i wszystkie osoby uczestniczące zdalnie. Jak państwo widzicie, jestem tutaj dzisiaj osamotniona, ale koleżanki i koledzy senatorowie są podłączeni zdalnie. Tak że możemy rozpocząć obrady naszej komisji.

Rozpocznę może od przypomnienia 2 kwestii. A mianowicie na poprzednim posiedzeniu dotyczącym Krajowej Sieci Onkologicznej

omawialiśmy pilotaż, który dotychczas obowiązywał, i na podstawie którego, jak rozumiem, są wyciągane wnioski będące podstawą budowania ustawy. Zatrzymaliśmy się na ocenie efektywności, która rodziła nasz niedosyt, jeśli mogę w ten sposób powiedzieć. Mieliśmy wątpliwości, czy aby na pewno mierniki przyjęte w tym pilotażu są odpowiednie i wystarczające do tego, żeby zbudować na tej podstawie fundament sieci onkologicznej. A ponadto, ponieważ to posiedzenie zostało przerwane, nie rozmawialiśmy na temat profilaktyki. Jak rozumiem – to moje pytanie jest także do pana, Panie Ministrze – Krajowa Sieć Onkologiczna, oprócz tego, że będzie chciała leczyć jak najlepiej, że będą odpowiednie standardy, procedury, instytucje, dostęp do świadczeń, obejmie także bardzo istotny obszar, jakim jest profilaktyka, wszelkiego rodzaju badania przesiewowe, badania profilaktyczne? Przede wszystkim ten obszar ma spowodować zmniejszenie zachorowalności, z którą również Polska się boryka.

Dlatego dzisiaj będziemy rozmawiać także o tej części, jak również o odpowiedzi, jaką otrzymaliśmy od pana ministra na temat efektywności. A w tej odpowiedzi pan minister ewidentnie stwierdza, że mierniki, które zostały zastosowane w pilotażu, i ocena efektywności nie mogą być porównywane do danych sprzed pilotażu, bo takowych nie ma i nie było, co w jakimś sensie jest dla mnie zrozumiałe, aczkolwiek dziwne, że takich danych nie mamy. Jednak zastanawialiśmy się, ja także, nad tym, czy efektywność tego pilotażu i mierniki, które zostały dobrane, pokazują absolutnie najważniejsze wyzwania, i czy na podstawie tych mierników powinna być zbudowana i cała ustawa, i Krajowa Sieć Onkologiczna. W ocenie ekspertów, bo z nimi przede wszystkim rozmawiałam, dobór tych mierników i badanie tej efektywności... no, jest to niestety

źle dobrane, niemiarodajne. A więc będziemy się skupiać głównie na tym temacie, a także na tej części dotyczącej profilaktyki.

Jeżeli pan minister chciałby na początku coś dodać do tej mojej wypowiedzi i ewentualnie do tego pisma, które zostało skierowane na moje ręce – zostało upublicznione, jest oczywiście do publicznej wiadomości – to teraz jest ten moment. A później otwieram dyskusję.

Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Dzień dobry. Witam wszystkich państwa serdecznie.

Tak, faktycznie, zgłosiłem postulat po otrzymaniu informacji o dzisiejszym posiedzeniu komisji, żebyśmy przesunęli je o ok. miesiąc po to, żebyśmy faktycznie mogli podyskutować nad czymś, co nazwalibyśmy gotowym tekstem projektu ustawy, gotowym w takim sensie, że jeszcze przed pracami rządowymi, bo taką obietnicę złożyłem. My finalizujemy te prace, ale z oczywistych względów dzisiaj jeszcze nie jesteśmy w stanie pokazać projektu ustawy. Chcielibyśmy uzyskać przynajmniej wpis do wykazu prac rządu, żeby rzeczywiście rozpocząć pewną dyskusję o tym materiale. Wydawało mi się, że ta dyskusja będzie mogła być efektywnie przeprowadzona za jakiś miesiąc. I wtedy o tych kwestiach, o których mówiła pani przewodnicząca, o podejściu do mierzenia jakości, do mierzenia efektywności, do pewnej struktury sieci, do roli profilaktyki, moglibyśmy faktycznie podyskutować w taki sposób bardziej namacalny i być może pracując już na pewnym projekcie dokumentu.

Myślę, że faktycznie nie będę wracał do oceny pilotażu, do tego, co przedstawialiśmy na ostatnim posiedzeniu komisji, bo dosyć dużo czasu poświęciliśmy – ja, a chyba jeszcze więcej prof. Maciejczyk – na przedstawienie pewnego merytorycznego, powiedzmy, efektu pilotażu i tego, co udało się wypracować, jakie dane udało się zgromadzić i jakie pierwsze wnioski z nich płyną. Myślę, że dyskusja o miernikach jakości w pilotażu to dyskusja, którą będziemy toczyć pewnie jeszcze przez kilka miesięcy. My de facto rzeczywiście, widząc doświadczenia w pilotażu,

widząc ten katalog mierników, który tam został wdrożony... Pan profesor pokazywał tutaj państwu, że de facto mówimy o 35 miernikach w pilotażu, ale one po rozciągnięciu na poszczególne grupy nowotworów, po pewnej dezagregacji, stanowią katalog prawie 300 różnych mierników. Zdajemy sobie sprawę, że nad tymi miernikami trzeba jeszcze dodatkowo popracować. Z jednej strony mamy pewne doświadczenia z pilotażu i wiemy, że nie wszystkie mierniki, być może, są adekwatne do tej oceny, którą chcemy wprowadzić w myśl postulatów czy w myśl założeń ustawy, ale chcielibyśmy też, żeby za każdym miernikiem szedł wskaźnik. I to jest takie nasze fundamentalne założenie – takie, żeby każdy miernik benchmarkował się do pewnego standardu.

Oczywiście chcemy prowadzić pewien benchmark i pewne porównywanie między podmiotami w sieci, cennym doświadczeniem będzie też porównanie danych, które będziemy zbierać już w trybie ustawowym, do danych z pilotażu. Jednak to, na czym rzeczywiście najbardziej nam zależy, to określenie katalogu nie tylko mierników, ale i benchmarków do ich wskaźników, które będą podstawą oceny jakości w danej placówce onkologicznej. Uznaliśmy jednak, że na tym polu musimy jeszcze wykonać sporo pracy i zadanie właśnie z zakresu opracowania katalogu mierników i wskaźników zlecamy, jesteśmy w trakcie procedury zlecenia Narodowemu Instytutowi Onkologii, który ma charakter państwowego instytutu badawczego. Korzystając z tej zmiany formuły prawnej instytutu, mamy możliwość w takim trybie bezprzetargowym, bezkonkursowym zlecić to zadanie tej jednostce z zastrzeżeniem, że ma być ono zrealizowane w konsensusie przynajmniej z Polskim Towarzystwem Onkologii, a najlepiej, jeżeli będzie wypracowane w konsensusie z innymi towarzystwami onkologicznymi w Polsce. Najważniejsze są dla nas te wskaźniki... To znaczy nie da się powiedzieć, że najważniejsze, ale rzeczywiście chcemy później osiągnąć taki efekt, żeby możliwe było dokonanie pewnej wystandardyzowanej oceny całej placówki. Na podstawie katalogu kilku, kilkunastu mierników ze wskaźnikami będziemy w stanie zagregować tę ocenę i powiedzieć, może w pewnym uproszczeniu, że dana jednostka ma 75% jakości i że jest to np. poziom wyższy niż minimalny określony przez nas.

Myślę, że tutaj już koledzy z instytutu onkologii i z Polskiego Towarzystwa Onkologicznego wykonali pewien przegląd, korzystając chociażby ze wzorców międzynarodowych, jeśli chodzi o takie właśnie katalogi mierników ze wskaźnikami, bo te wskaźniki rzeczywiście są najtrudniejsze. One oczywiście będą podlegać pewnej ewaluacji w związku z wdrożeniem tego jako standard ustawowy. Takie mierniki ze wskaźnikami funkcjonują gdzie indziej; są dosyć dobre wzorce brytyjskie, szkockie. Również teraz trwa analiza tych standardów międzynarodowych. Myślę, że uda nam się wypracować ten wstępny, pierwszy katalog mierników do momentu wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej, czyli do 1 stycznia 2022 r., chociaż jest to założenie ekstremalnie optymistyczne. Powiem za chwilę, dlaczego tak uważam.

To, co jeszcze jest niezwykle ważne w obszarze mierników jakości i wskaźników... Jestem przekonany, że pilotaż pokazał nam pewien poziom benchmarku, ale, stety albo niestety, będziemy musieli dokonać pewnej ewaluacji na całej, powiedzmy, populacji jednostek. Dlatego, po skorzystaniu również z pewnych sugestii, które padły na ostatnim posiedzeniu Komisji Zdrowia, kiedy mówiłem o tym, że zakładany przez nas cykl oceny mierników jest 12-miesięczny... Jak pamiętam, to chyba pani senator Gorgoń-Komor zwracała uwagę, że jest to zbyt duża częstotliwość. No to wyszliśmy z założenia, że przynajmniej ta pierwsza ocena na pewno będzie w cyklu 24-miesięcznym: 12 miesięcy na pewną ewaluację, na zebranie danych całościowych ze wszystkich jednostek Krajowej Sieci Onkologicznej, potem właśnie ewaluacja czy walidacja mierników i wskaźników, a dopiero po kolejnych 12 miesiącach ocena skutkująca już działaniami zarządczymi, działaniami związanymi z oceną jednostek onkologicznych i ewentualnie nakładaniem planów naprawczych, o czym mówiłem, czy... no, w pierwszym kroku.

Dlatego powiedziałem o tym, że ten 1 stycznia 2022 r. jest terminem bardzo optymistycznym? Ogromnym wyzwaniem w przypadku pilotażu, a myślę, że jeszcze większym obecnie, przy okazji wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej, jest wypracowanie, dopasowanie, dostosowanie systemów informatycznych, w których te dane będziemy agregować. Chcemy to zrobić w sposób jak najmniej obciążający świadczonych. Bo oczywiście pewne narzędzie do

zbierania danych moglibyśmy podstawić bardzo szybko, ale byłoby to kolejne obciążenie, pewne dublowanie zakresów tego, co już dzisiaj jest zbierane w systemach szpitalnych. Od 1 lipca tego roku ma obowiązywać elektroniczna dokumentacja medyczna – i to jest coś, co de facto pokazuje nam, że pewien poziom dojrzałości systemów i pewnego przygotowania powinien być osiągnięty. Jednak już dzisiaj otrzymujemy sygnały, że wdrożenie takiego systemu w sposób rzeczywiście jak najmniej obciążający, połączonego z systemami szpitalnymi agregującymi te dane w sposób, można powiedzieć, automatyczny albo chociażby półautomatyczny, to zadanie, na które potrzebujemy, jak mówią przynajmniej niektórzy ze strony informatycznej, przynajmniej 12 miesięcy. I dlatego ten termin 1 stycznia jest bardzo optymistyczny. Być może będzie możliwy do osiągnięcia dzięki zastosowaniu pewnych protez czy jakichś rozwiązań hybrydowych.

Chcę jeszcze odnieść się do profilaktyki, bo nie chciałbym, być może, rozczarować ustawą o krajowej sieci, która de facto będzie skupiała się głównie na procesach diagnostycznych i terapeutycznych. Myślę, że obszar profilaktyki w sposób systemowy, jeśli chodzi o to, co chcemy osiągnąć w profilaktyce, jakie zadania mamy nakreślone, jakie wskaźniki chcemy osiągnąć, został dookreślony w Narodowej Strategii Onkologicznej. Tam mamy katalog wyzwań, które są przed nami, tam mamy katalog zadań, które chcemy realizować, tam pokazaliśmy rzeczywiście te obszary, które wydają nam się krytycznie istotne z punktu widzenia profilaktyki. Bo nie sposób nie zgodzić się z tym, co powiedziała pani przewodnicząca, że profilaktyka, a w szczególności profilaktyka po pandemii, w tym momencie, w którym znajdujemy się teraz, jest kluczem do tego, żeby również zasypać pewną lukę covidową czy spłacić pewien dług zdrowotny. Z tego względu pewne działania, nawet doszczegóławiające czy rozszerzające Narodową Strategię Onkologiczną, podjęliśmy już dzisiaj. Wielu klinicystów wskazywało nam, że największa potrzeba wczesnej diagnostyki, rozszerzenia profilaktyki występuje w przypadku raka płuca. I tutaj zostały już przez nas podjęte działania nad tym, żeby rozszerzyć ten program pilotażowy, który wdrożyliśmy w 2019 r., czyli program pilotażowy przesiewu czy profilaktyki za pomocą tomografii komputerowej niskodawkowej;

wtedy on był stworzony dla 6 województw, wyodrębniliśmy 6 ośrodków pilotażowych. I mimo tego, że nie ma jeszcze ewaluacji tego projektu, nie ma ostatecznych decyzji, czy on rzeczywiście spełnia tę rolę i czy sprawdzają się te mierniki, które określiliśmy na początku, zdecydowaliśmy się w oparciu o sugestie klinicyistów rozszerzyć ten pilotaż. Z jednej strony zwiększyliśmy zaangażowanie tych ośrodków, które są w tym pilotażu i które ze środków unijnych go realizują, dokładając do, jeśli dobrze pamiętam, pierwotnych 20 milionów pilotażowych kolejne 5 milionów na rozszerzenie tego zakresu...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Okej.

No i sfinalizowaliśmy właśnie w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej procedurę konkursową jako takie zadanie dodatkowe, którego nie przewidywaliśmy wcześniej, żeby dokontraktować w każdym województwie przynajmniej 1 ośrodek, który działania z zakresu profilaktyki będzie realizował. Szacujemy na to zadanie 60 milionów zł w cyklu 3-letnim, po ok. 20 milionów zł rocznie, czyli wielokrotnie więcej niż w tym zadaniu pilotażowym w ramach krajowej sieci.

Ale oczywiście to nie koniec zmian w profilaktyce. Tak jak mówię, trochę może przydługo, one będą niezależne od krajowej sieci. Może rzeczywiście nie będzie warto wtedy powtarzać tej dyskusji, może rzeczywiście dzisiaj jest dobry moment na tę dyskusję. Otóż planujemy też zmianę w programie przesiewowym raka jelita grubego. Odbyliśmy już cykl spotkań, warsztatów ze specjalistami w tym zakresie, przede wszystkim z ośrodkiem koordynującym zarządzanym przez pana prof. Regulę, pana prof. Kamińskiego, i rzeczywiście widzimy potrzebę kompleksowego być może przemodelowania tego programu. Chodzi o trudną zmianę z punktu widzenia merytorycznego, z punktu widzenia wyszkolenia personelu medycznego, natomiast zmianę, która miałaby być ukierunkowana na znacznie powszechniejszy przesiew za pomocą testu na krew utajoną w kale, testu FIT, a dopiero potem byłoby kierowanie – może już mniej przesiewowych, a bardziej z zakresu wczesnej diagnostyki – procedur kolonoskopowych do tych grup ryzyka, do tych grup, u których test FIT wskazuje na pewne potencjalne objawy. Ta dyskusja ma zakończyć się przede wszystkim istotnym zwiększeniem zgłaszalności do tego

projektu, bo rzeczywiście po 10 latach ewaluacja tego programu pokazuje, że udało się osiągnąć nawet wyższe cele jakościowe niż zakładane w 2011 r., że tutaj rzeczywiście program szkoleniowy, program wyodrębnienia tych jednostek, program wsparcia przez ośrodek koordynujący zrealizowany został dobrze albo nawet bardzo dobrze, natomiast nie zostały osiągnięte cele przede wszystkim związane ze zgłaszalnością na te badania. Jest ona trzykrotnie niższa, niż wtedy zakładana, ponad trzykrotnie niższa, niż wtedy zakładano. Wierzmy w to, że ta odmiana, zresztą zgodna z pewnymi standardami europejskimi, może to zmienić i rzeczywiście nad taką zmianą programu intensywnie pracujemy, aczkolwiek trzeba też pewnie mieć na uwadze, że będzie potrzebny pewien okres przejściowy, żeby nie zmarnować potencjału jednostek, które dzisiaj realizują zadania z zakresu przesiewowej kolonoskopii.

Dużym zadaniem na ten rok, określonym w Narodowej Strategii Onkologicznej, a w mojej ocenie rzeczywiście mogącym przynieść chyba największe efekty, jest większe albo ogromnie większe zaangażowanie lekarzy POZ w profilaktykę. Na to zadanie, określone w Narodowej Strategii Onkologicznej jako przygotowanie pewnego katalogu działań motywacyjnych premiujących dbanie o własną populację, czyli zapewnienie, że w populacji pacjentów, która jest pod danym POZ, zgłaszalność na określone badania osiąga pewne określone poziomy, tj. minimalny, nazwijmy to, jako wymóg konieczny i poziom optymalny, powyżej którego faktycznie chcielibyśmy premiować w istotny sposób takie jednostki, które te zadania tak realizują, mamy przewidziane duże środki odłożone w Funduszu Medycznym. Mam nadzieję, że w ramach tego recovery planu, który przedstawimy niedługo, i w ramach, mam nadzieję, już wyjścia z pandemii i pewnej spłaty długu zdrowotnego te działania przyniosą istotny efekt właśnie w zakresie zgłaszalności na badania profilaktyczne.

Myślę, że to tyle tytułem wstępu, być może długiego. Jestem oczywiście otwarty na pytania, w szczególności pewnie z zakresu profilaktyki – bo tych działań, które tutaj realizujemy czy które mamy w zamierzeniach w związku z recovery planem, jest więcej – ale również w zakresie założeń do Krajowej Sieci Onkologicznej, bo, tak jak pani przewodnicząca powiedziała, rzeczywiście wsłuchujemy się w różne głosy i chętnie

korzystamy z każdej wiedzy. Ja oczywiście deklaruje też ze swojej strony... Bo pani przewodnicząca tutaj mówiła, że jak ten projekt ustawy trafi na etap uzgodnień rządowych, a potem do parlamentu, to będzie już nieco za późno. Ja ze swojej strony, Pani Przewodnicząca, deklaruje, że jak tylko ten projekt ustawy trafi do uzgodnień publicznych, to ja jestem otwarty na to, żeby przyjść wtedy na posiedzenie Komisji Zdrowia ze współpracownikami, i podyskutować jeszcze o kształcie tej ustawy i rozwiązań, które w niej proponujemy. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze. Myślę, że skorzystamy z tej pana propozycji. W momencie, kiedy projekt będzie już przygotowany, to komisja senacka na pewno znajdzie na niego czas i na pewno będzie zainteresowana dyskusją jeszcze na tym etapie. Ale na ten moment mogę powiedzieć tylko tyle: to, że dzisiaj po raz drugi rozmawiamy na temat Krajowej Sieci Onkologicznej... Mnie osobiście cieszy, że właśnie tutaj, w komisji zwróciliśmy uwagę na bardzo istotną kwestię, jaką są wskaźniki i mierniki. A pan minister jasno w tym swoim piśmie i tej odpowiedzi przyznaje, że one jeszcze nie zostały precyzyjnie określone. To, że tutaj, na posiedzeniu Komisji Zdrowia zwracaliśmy na to uwagę jako na bardzo ważne i kładliśmy na to nacisk, spowodowało... Pan minister w tej chwili też potwierdza, że ta kwestia staje się bardzo ważna.

Chciałabym, Panie Ministrze, odnieść się jeszcze do kilku kwestii, które padały na poprzednim posiedzeniu komisji, ale także w dzisiejszej pana wypowiedzi. Otóż myślę, że na pewno my wszyscy obecni na posiedzeniu Komisji Zdrowia jesteśmy zainteresowani tym, żeby ustawa była przede wszystkim dobrze zbudowana i służyła pacjentom; mamy ten sam jeden cel. Nasze wątpliwości, które wyrażaliśmy w czasie pierwszego posiedzenia komisji, wynikały przede wszystkim właśnie z tego, że budowana jest sieć instytucjonalna. Podkreślane były takie kwestie jak np. jakość, jak właśnie te mierniki, wskaźniki, ale była mowa także o centrach narządowych, czyli bardziej wyspecjalizowanych. To są naprawdę ogromnie ważne tematy, które były podnoszone przez ekspertów, przez onkologów, mających wiedzę

i doświadczenie w postępowaniu z pacjentami. Dostępność tych centrów dla pacjenta jest jednym z najważniejszych elementów. Moje polityczne doświadczenie z siecią szpitali każe mi być bardzo ostrożnym, a ponieważ jest tu budowana kolejna sieć instytucjonalna, dlatego też bardzo możliwe... Właśnie dlatego szczególnie zwracamy uwagę na to, w jaki sposób do tej sieci, do tych ośrodków, do tych instytucji będzie trafiał pacjent i co w tej sieci będzie miał zagwarantowane. To, co pan powiedział, Panie Ministrze, o przesunięciu terminu... Rozumiem, że być może to jest dobre posunięcie, że przesuwacie ten termin. Nawiązał pan również do tego, że Narodowa Strategia Onkologiczna gwarantuje całą część profilaktyczną, badania przesiewowe, tylko proszę zwrócić uwagę na jeden delikatny, ale ważny element. Otóż Narodowa Sieć Onkologiczna wprowadzana jest ustawą, która również powinna być realizowana. Tak się złożyło, że miałam okazję dość wnikliwie przepatrzyć założenia tej ustawy, i niestety, Panie Ministrze, już na ten moment macie dużą obsuwę w czasie, jeżeli chodzi o realizację tejże strategii. I nie mówię tutaj tego złośliwie, absolutnie, tylko z obawą o to, czy na pewno będziecie państwo w stanie ją zrealizować zgodnie z zapisami ustawowymi. Bo rok 2020 to miał być ten rok, kiedy miały właśnie być różnego rodzaju zmiany np. legislacyjne, które mogłyby rozpocząć i wdrożyć kolejne etapy. Ale to tak tylko i wyłącznie celem rozważań... No, warto zerknąć również na harmonogram, który został rozpisany w Narodowej Strategii Onkologicznej.

To na razie tyle moich odniesień. Cieszę się bardzo, że Komisja Zdrowia przyczynia się do tego... że jednak ministerstwo zwraca uwagę na te wszystkie głosy, które padają tutaj, i na wnioski, które były podnoszone zarówno ze strony pacjentów, jak i ekspertów.

Otwieram dyskusję.

Zgłaszał się w tej chwili zdalnie... Zgłasza ją się: pan prof. Jacek Jassem i pani senator Agnieszka Gorgoń-Komor. Może najpierw pan profesor.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**KIEROWNIK KATEDRY  
I KLINIKI ONKOLOGII I RADIOTERAPII NA  
GDAŃSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM  
JACEK JASSEM**

Panie Ministrze!

Podczas poprzedniego posiedzenia senackiej komisji poproszono pana o przygotowanie sprawozdania z realizacji pilotażu sieci onkologicznej, co pozwoliłoby komisji podjąć decyzję o ewentualnym wsparciu lub odrzuceniu pomysłu wprowadzenia sieci w skali całego kraju. Ja oczywiście zapoznałem się z tym pana sprawozdaniem. Jestem ogromnie rozczarowany, ponieważ to, co znalazło się w sprawozdaniu, to jest opisanie tego, co państwo zrobili, a nie tego, co państwo w ramach sieci osiągnęli. Oczywiście może pan argumentować, że jest za wcześnie, żeby to ocenić, chociaż nie wyobrażam sobie, żeby po 2,5 roku realizacji projektu nie można było ocenić przynajmniej części tych mierników w liczbie 35, które państwo wymienili, żeby powiedzieć, czy rzeczywiście to przedsięwzięcie przynosi pacjentom jakiegokolwiek korzyści.

Te mierniki, jak zresztą sam pan przyznał, w wielu miejscach są źle dobrane, o czym wspominaliśmy w momencie ich tworzenia. Można było skorzystać z mierników międzynarodowych, zwalidowanych. Państwo wymyślili 35 mierników, zresztą zupełnie niepotrzebnie, dlatego że np. w przypadku raka piersi takie mierniki istnieją, od 2 lat są w oficjalnym obiegu zgodnie z obwieszczeniem ministra zdrowia, jeszcze pana ministra Szumowskiego. Nie bardzo wiem, dlaczego to ma być jakiś równoległy świat i dlaczego dwa razy zbierane są mierniki. Zresztą tamte mierniki są zwalidowane, przejęte z biblioteki międzynarodowych wskaźników i mierników oraz oparte na danych, które są w zasobach NFZ, czyli w ogóle nie trzeba ich ręcznie wprowadzać itd., itd. Państwo zdecydowali się tworzyć cały ten system od nowa i okazało się to porażką, bo nie są w stanie państwo tych mierników ocenić. A ja mam możliwość obejrzenia, jak wyglądają te mierniki, z poziomu jednego z ośrodków koordynujących, ponieważ mój szpital jest ośrodkiem koordynującym dla województwa pomorskiego. Pozwoliłem sobie nawet przekazać te mierniki pani przewodniczącej komisji, bo one... Z nich nic nie wynika. To jest kompletny śmietnik, to jest po prostu... Tych danych w ogóle się nie da analizować.

Proszę państwa, celem pilotażu była ocena, czy Krajowa Sieć Onkologiczna jest dobrym rozwiązaniem. A teraz chcę państwu przypomnieć, jakie były cele nie sieci onkologicznej, tylko pilotażu. Miało to przynieść np. zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej.

Czy udało się to osiągnąć? Nie wiadomo. Miało to być wydłużenie czasu przeżycia chorych. Przypominam, że nie ja to wymyślam, tylko państwo to wymyślili i to miał wykazać ten pilotaż. Oczywiście osiągnięcie tego celu było z założenia nierealne – w pilotażu nie da się określić wydłużenia czasu przeżycia chorych, bo to jest efekt odłożony w czasie, no, ale ktoś wymyślił, że pilotaż to wykaze. Miało nastąpić wprowadzenie wytycznych leczenia i wskaźników efektywności oraz wprowadzenie obowiązku ich raportowania. Owszem, wprowadzono obowiązek raportowania, ale mierników, które są zupełnie nieprzydatne, z kolei wprowadzenie wytycznych leczenia dotyczy wyłącznie jednego nowotworu, mianowicie raka piersi. Tak się akurat składa, że jestem autorem tych wytycznych. Te wytyczne powstały przed rozpoczęciem pilotażu; zostały wprowadzone rzeczywiście w momencie rozpoczęcia pilotażu, ale nie miały nic wspólnego z samym pilotażem. Miał on też przynieść zmniejszenie liczby powikłań. No, proszę mi pokazać, jak ten pilotaż zmniejszył liczbę powikłań. To się da policzyć, proszę państwa. I proszę tutaj nie podawać argumentu, że jest za wcześnie na ocenę, bo po pół roku można ocenić, czy zmniejsza się liczba powikłań, czy nie. Miało nastąpić obniżenie kosztów całkowitych terapii poprzez wyeliminowanie dublowania świadczeń. Proszę państwa, koszty są wyższe. Pilotaż kosztował 48 milionów, a z tego ok. 30 to jest koszt wynikający z zastosowania współczynników korygujących, czyli na pilotażu zarobiły ośrodki, które go realizowały, jednak nie wiadomo, czy to podniosło poziom opieki nad chorymi. Miało też być urealnienie wyceny kompleksowych procedur onkologicznych – no nie wiem, w jaki sposób się mogłaby służyć temu urealnieniu. Miała być ponadto płatność za efekt i wyższą jakość procedur. Byłoby fantastycznie, gdyby w sieci się udało osiągnąć tę płatność za efekt – tak na całym świecie się robi – ale kompletnie nie podjęto nawet próby stworzenia tego instrumentu.

Proszę państwa, to, co myśmy zobaczyli, to jest opisanie tego, co państwo zrobili, ale nie tego, co państwo osiągnęli. Ja bym powiedział, tak trochę parafrazując wypowiedź z „Kubusia Puchatka”: im bardziej Puchatek zaglądał do środka, tym bardziej Prosiaczka tam nie było. Proszę państwa, jest wielostronicowe sprawozdanie, z którego naprawdę nic nie wynika. Ja nie wiem, jak państwo chcą na podstawie takich



wyników pilotażu sieci wprowadzić od 1 stycznia 2022 r. sieć onkologiczną w całej Polsce. Państwo piszą, że pełne sprawozdanie ukaże się po zakończeniu realizacji pilotażu. To ja pytam: to po co ten pilotaż był? Jeżeli na podstawie pilotażu ma być podjęta decyzja o wprowadzeniu sieci w całej Polsce, to jak można wprowadzać sieć w całej Polsce, jeśli w ogóle nie znamy podstawowych wyników pilotażu? W dodatku, proszę państwa, pilotaż ocenia jakiś komitet sterujący, który składa się głównie z realizatorów tego pilotażu, w związku z tym ta ocena – nie mam tu żadnych wątpliwości – będzie pozytywna. Moim zdaniem powinien to oceniać NFZ, bo przecież to NFZ płaci za ten pilotaż, a więc, że tak powiem, klient płaci – klient wymaga. Tego nie stworzono. Proszę państwa, jestem zdecydowanie... Moja ocena jest zdecydowanie negatywna. I żadnej satysfakcji nie mam z tego, że od samego początku krytykowałem ten projekt w mediach i w mojej korespondencji z ministerstwem. On nie miał szansy się udać i się nie udał. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze, za to krytyczne, ale bardzo eksperckie spojrzenie na pilotaż.

Myślę, że Komisja Zdrowia również przyczynia się tutaj po części do tej refleksji, bo pan minister już dzisiaj zapowiada, że jednak najprawdopodobniej będzie przesunięcie wprowadzenia tej sieci na 2023 r.

A tak nawiasem mówiąc: czy jest podłączony ktoś z Narodowego Funduszu Zdrowia? Bo chciałabym zaapelować również do osoby, która Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentuje, żeby może zechciała zabrać głos i odniosła się do kwestii pilotażu.

Kolejną osobą, która prosi o głos, jest pani senator Agnieszka Gorgoń-Komor. Później zabierze głos pani senator Alicja Chybicka.

Proszę bardzo.

**SENATOR  
AGNIESZKA GORGON-KOMOR**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Będzie króciutko, bo słyszeliśmy już tutaj rekomendację pana ministra co do tej sieci, jak też głos ekspercki, który ją krytykuje. Chciałabym być dosyć obiektywna, ale... Jestem przeciwna mnożeniu bytów, które nie służą pacjentowi. Jeżeli pilotaż wykaże nam, że jest konkretna efektywność w leczeniu pacjentów, to wtedy możemy się przekonać do wprowadzenia reformy i wprowadzenia tej sieci ogólnopolskiej. Dziękuję panu ministrowi, że państwo się pochyliło nad moim wnioskiem, żeby oceniać działanie szpitala czy jednostki będącej w sieci po 24 miesiącach, ale to i tak jest krótki czas na wykazanie trendów i tego, czy te mierniki jakości są... One mogą rzeczywiście mierzyć twarde punkty końcowe, jakimi np. jest zmniejszenie liczby zgonów, zwiększenie liczby diagnozowanych nowotworów; tych mierników jest bardzo dużo. Gdybyśmy jednak mieli konkretny raport z tego pilotażu, który pokazywałby nam efektywność i...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Pani Senator, prosimy mówić troszeczkę głośniej.)

Dobrze.

...I to, że te pieniądze nie zostały zmarnowane, to wtedy środki publiczne, jakimi niewątpliwie są środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, bo one będą alokowane, nie przybędzie pieniędzy na pilotaż... Chodzi o to, żeby instytucja nie skonsumowała tych finansów, tylko żeby skorzystali z nich pacjenci, którzy potrzebują konkretnej pomocy, zwłaszcza w dobie po COVID. Ja już nie będę rozwijać tego wątku, bo wiele zostało powiedziane. Myślę, że powinniśmy jako komisja... Na ręce pani przewodniczącej powinien być złożony konkretny raport, który pokazywałby: pilotaż pomógł w opiece nad pacjentami, pilotaż nie ma wpływu albo nie pomógł. I wtedy zdecydujemy, czy wprowadzamy taką reformę. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani senator Alicja Chybicka.

**SENATOR  
ALICJA CHYBICKA**

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja się uważnie przysłuchiwałam temu, co państwo powiedzieli. Byłam na poprzednim posiedzeniu Komisji Zdrowia; sytuacja nie pozwoliła mi być teraz razem z państwem. Mam jednak pewne przemyślenia. W większości zgadzam się z tym, co powiedział przed chwilą pan prof. Jassem. Ale jeśli państwo mimo wszystko – mimo że tak naprawdę na obecną chwilę nie ma wyników tego pilotażu – zdecydują się na tworzenie ustawy, to apeluję o następujące działania w odniesieniu do onkologii dziecięcej.

Apeluję, po pierwsze, o to, żeby do współpracy zaprosić Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej, którego przewodniczącym jest prof. Tomasz Szczepański z Zabrze. Po drugie, gorąco apeluję o poproszenie specjalisty krajowego do spraw onkologii i hematologii dziecięcej, prof. Jana Styczyńskiego z Bydgoszczy. Bardzo ważnym zapisem będzie plan czy program profilaktyczny dla dzieci, ażeby wyłapać wszystkie nowotwory, które wskutek pandemii nie zostały rozpoznane. I to jest plan na tzw. cito. Po czwarte, w onkologii dziecięcej mamy koordynatorów do spraw poszczególnych nowotworów wieku dziecięcego; jest ich tyłu, ile jest tych nowotworów. No, oczywiście takie najbardziej rzadkie są pogrupowane, jest to grupa rzadkich nowotworów. Nie będę tu wymieniać wszystkich koordynacji, ale takie ośrodki się mieszczą w różnych miastach. Na ich czele stoją samodzielni pracownicy. Mogę powiedzieć, że w przypadku RMS-ów, czyli mięsaków tkanek miękkich i chłoniaków typu B, koordynatorem w skali ogólnopolskiej jest pani prof. Bernarda Kazanowska z Wrocławia, a w przypadku chłoniaków T i chłoniaków ALK, czyli tzw. wielkomórkowych – to jest tylko przykład – prof. Grażyna Wróbel. Gdyby była taka potrzeba, to zarówno specjalista krajowy, jak i pan prof. Tomasz Szczepański mają wszelkie dane na ten temat tego, kto sprawy jakiego nowotworu koordynuje. To jest ważne, bo tak naprawdę – to jest to, co powiedział pan prof. Jassem – wyniki leczenia w onkologii dziecięcej to tak naprawdę jest wyleczalność, do której my w tej chwili dodajemy jakość życia po wyleczeniu. Strategia jest taka, żeby wyleczyć chore dziecko jak najmniejszym kosztem, ma wyrosnąć zdrowy, dorosły człowiek, nawet jeśli dziecko, które choruje, rodzi się z nowotworem czy też pojawia się on u niego w bardzo wczesnym wieku dziecięcym. To wymaga ogromnej ekwilibrystyki

– z podawaniem cytostatyków, z dokładnym rozpoznaniem stadium, z typowaniem według najwyższych technik. I tylko wtedy... I tylko ta wyleczalność się liczy, a nie cała reszta. U dzieci nie ma czegoś takiego jak przedłużenie życia i liczenie *event-free survival* na 5 lat czy na 10 lat, jak to było jeszcze parę lat temu.

A zatem jest gorąca prośba od wszystkich onkohematologów dziecięcych, żeby to wszystko się znalazło w tym nowym dziele, które pan minister tworzy, i to w zupełnie innych rozdziałach aniżeli onkologia dorosłych, bo my już od dawna idziemy zupełnie innymi ścieżkami. Każde dziecko w Polsce jest leczone według tego samego schematu, a rozliczamy się w postaci wyleczenia. I mamy w tej chwili grupę tzw. onkomocnych, czyli ozdrowieńców. I ważne jest, jakim kosztem dziecko ma uratowane zdrowie. A niezależnie od tego, jakie to jest stadium, walczymy o to, ażeby z dziecka wyrósł zdrowy dorosły człowiek. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Następnym mówcą jest pani Anna Andrzejczak, prezes zarządu fundacji onkologicznej.

Proszę bardzo.

**PREZES ZARZĄDU FUNDACJI  
ONKOLOGIA 2025  
ANNA ANDRZEJCZAK**

Pani Przewodnicząca! Szanowna Komisjo! Panie Ministrze!

Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Dziękuję za stworzenie platformy do rozmowy na temat sieci onkologicznej.

Krótko powiem, czego będzie dotyczyła moja prezentacja. Została ona przygotowana wspólnie z kilkoma innymi organizacjami pacjentów, którym bardzo leży na sercu kwestia przyszłości onkologii w Polsce. Przygotowaliśmy ją dzięki temu, że otrzymaliśmy, że udostępniono nam materiał przygotowany przez pana ministra, materiał, który podsumowuje na chwilę obecną pilotaż sieci onkologicznej. Na początku powiem... Koledzy mnie poprosili, żebym bardzo mocno to tutaj podkreśliła. My wszyscy, którzy

przygotowywaliśmy ten materiał i podpisaliśmy postulaty na sam koniec, chcielibyśmy mocno podkreślić, że jako organizacje, które od wielu lat zabiegają o poprawienie sytuacji w onkologii w Polsce, popieramy absolutnie koncepcję koordynacji ścieżki pacjenta onkologicznego w Polsce, również w formie usieciowienia. Pytanie, jaką formę przyjmie ta sieć. I druga sprawa. Absolutnie popieramy – i uważamy, że to jest bardzo potrzebne – monitoring standardu, jawność i zarządzanie przez dane. A więc absolutnie jesteśmy za tymi koncepcjami. To, co chciałabym zrobić, to wspólnie z państwem jakby przeczytać ten raport, który przygotowało Ministerstwo Zdrowia, i skonfrontować go z informacjami, jakie znajdujemy w oficjalnych raportach, zgodnie z rozporządzeniem składanymi kwartalnie przez ośrodki do NFZ, z raportami samego NFZ, ze wszystkim tym, co oficjalnie jest częścią sprawozdawczą pilotażu sieci onkologicznej, a także z informacjami, które są podawane w debacie publicznej. Wydaje nam się, że będzie fair to wszystko uwzględnić, w tym np. prezentację, którą mieliśmy okazję zobaczyć przy okazji poprzedniego posiedzenia. Pewną część tego poniekąd już omówił prof. Jassem, więc nie będę tego powtarzać.

Chciałabym zwrócić uwagę państwa na kwestię celów, które zostały opisane w tym dokumencie. Rozporządzenie określa jako cel pilotażu ocenę organizacji, jakości, efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej. Część tych celów, które zobaczyliśmy tutaj w tym dokumencie, tak naprawdę widzimy po raz pierwszy, ale to nie jest aż tak bardzo istotne. To, na co chciałabym bardzo zwrócić państwu uwagę, to jest to, że w reszcie tego dokumentu – mimo że pisała to, jak rozumiem, ta sama osoba, że pisał to ten sam zespół – nie ma potwierdzenia realizacji tych celów. Jesteśmy 2 lata po realizacji pilotażu i na takim etapie, że mówimy o ustawie, w związku z tym spodziewalibyśmy się raczej tego, że zobaczymy, jak wygląda realizacja tych celów. Poza tym w dyskusji publicznej pojawiały się również innego rodzaju sformułowania dotyczące tego, po co jest pilotaż. Podnoszono m.in. kwestię uniezależnienia jakości leczenia od kodu pocztowego, zmniejszenia rozproszenia chirurgii onkologicznej czy samego zbierania danych na potrzeby oceny jakości i efektywności.

Przechodząc jakby przez 10 spraw stanowiących pewnego rodzaju kłopot z punktu widzenia

organizacji, które reprezentuję, organizacji pacjentów...

(Głos z sali: Odblokowało się...)

Tak, tak.

...Króciutko powiedzmy o tym, czego nie wiadać i czego już nie poruszamy, ponieważ ten temat został za nami bardzo dawno temu, tzn. na etapie, kiedy projektowany był pilotaż.

Teraz, kiedy widzimy te wyniki, pamiętajmy o tym, że w momencie, kiedy tworzono pilotaż i kwalifikowano ośrodki, to tak naprawdę poza siecią zostali ci pacjenci, którzy są leczeni w ośrodkach... którzy nie spełnili kryteriów wejścia do pilotażu. W wystąpieniach, które słyszeliśmy w ostatnich miesiącach, pojawił się taki wątek, że ośrodki, które nie realizują odpowiedniego wolumenu zabiegów czy też świadczeń związanych z onkologią, docelowo zostaną odcięte od możliwości realizacji tych świadczeń. Jest to niejako rozwiązanie problemu związanego z rozproszeniem np. chirurgii. Ten problem rzeczywiście w Polsce występuje. Jednak to, na co zwracamy uwagę, to jest to, że w pilotażu jakby odcięliśmy część pacjentów od monitorowania ich losu, przez co my de facto w ogóle ich nie widzimy. W ogóle nie widzimy tych osób, które tak naprawdę najbardziej potrzebują koordynacji i o których sprawne przejście przez tę ścieżkę powinniśmy szczególnie zadbać. A to oznacza, że jeśli grubą kreską odetniemy pewną grupę ośrodków, to w przyszłości w ogóle nie będziemy wiedzieć, jakie są losy ich pacjentów. Pilotaż był tym etapem, na którym można było ocenić, przetestować sposób przeprowadzenia tego rodzaju zmiany, ale to się nie zdarzyło. Pacjenci, których nie widzimy w sprawozdaniach, to są pacjenci, którzy albo odmówili udziału w pilotażu, albo nie zostali zakwalifikowani do projektu, mimo że byli leczeni w tych ośrodkach, które w pilotażu uczestniczą. My szacujemy – i to jest ostrożny szacunek, piszemy „co najmniej” – że ok. 25% pacjentów z leczonych w 5 rozpoznaniach my po prostu w ogóle nie widzimy, w ogóle nie uwzględniamy w tych podsumowaniach.

Druga sprawa. Zaczęliśmy dzisiaj od rozmowy o wskaźnikach i miernikach, ale myślę, że musimy pamiętać, że tym, co tak naprawdę jest kluczowym rozwiązaniem w pilotażu sieci onkologicznej i jego, że tak powiem, sercem, jest trójstopniowa hierarchiczna struktura administracyjna, która przypisuje ośrodki do określonego poziomu referencyjnego na podstawie

kryterium zasobów. Zostało to potwierdzone również w piśmie, które towarzyszy sprawozdaniu Ministerstwa Zdrowia. W związku z tym mamy tutaj ewidentny konflikt informacji, bo albo idziemy w stronę mierzenia zasobów, przypisywania ośrodków do określonego poziomu i premiowania ich za przynależność do określonego poziomu z tytułu posiadanych zasobów, albo premujemy jakość. Te dwie opcje właściwie się wykluczają. My zawsze apelowaliśmy o to, żeby ten system – i właściwie wszyscy co do tego się zgadzaliśmy – zaczął migrować w stronę tego, żeby oceniać kryteria wyjścia, czyli efekty, zamiast utrzymywać system, który jest oparty o kryteria wejścia. Pilotaż był oczywiście realizowany w oparciu o kryteria wejścia; przypisanie ośrodków do określonych poziomów było zrealizowane na podstawie liczby i rodzaju świadczeń, jakie realizowały ośrodki, które w tym pilotażu uczestniczyły.

Trzecia sprawa, która już była wspomniana, to jest kwestia tego, czego nie zobaczymy, czyli chodzi o punkt odniesienia w przeszłości. Początkowo w rozporządzeniu było jeszcze sformułowanie, które mówiło o tym, że trzeba porównać wyniki pilotażu do okresu przed nim, ale to nie zostało zrobione. Docelowo być może jakoś wstecznie można byłoby to zrobić, ale teraz już to się nie zdarzy.

Teraz kwestia sprawozdań, czyli przechodzę do tych raportów, które dla państwa przejrzelismy i które chcielibyśmy jakoś podsumować. To, co jest ważne i o czym trzeba pamiętać, to jest to, że wszystkie ośrodki w pilotażu nie sprawozdają danych, tylko sprawozdają wskaźniki, i każdy sam wylicza te wskaźniki. Tak więc od początku była to kwestia dosyć kontrowersyjna, bo wiąże się to oczywiście z ogromnym ryzykiem błędów. Jak się tak patrzy na te raporty z perspektywy czasu, to widać, że one są przekazywane narastająco, nie można za bardzo dostrzec trendu, zmiany na przestrzeni tych 2 lat. Poza tym dochodzą kwestie czysto techniczne, np. niekompletność. To wygląda np. w taki sposób jak na slajdzie – pokazuję państwu jeden z przykładów, bo tych raportów jest bardzo dużo. To naprawdę nie jest jakiś wyjątkowy, pojedynczy raport, takie luki w tych danych naprawdę się zdarzają. Tutaj akurat pokazujemy państwu mierniki, które powinny być wypełnione niezależnie od liczby pacjentów, jaka jest przyjęta w danym ośrodku. Mówimy tutaj o medianie czasu oczekiwania na

wynik diagnostyki obrazowej albo patomorfologicznej, ocenie satysfakcji pacjenta albo liczbie danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta. Widzimy więc na poziomie tych raportów pewne braki danych. Ten tutaj to jest raport za IV kwartał 2020 r., czyli ostatni aktualny.

Druga kwestia to jest kwestia niespójności i braku kompletności. Podam państwu tutaj przykład, który jest dosyć istotny. Chodzi właśnie o miernik czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania pacjenta na badanie diagnostyczne do otrzymania wyniku tego badania. Ośrodki mają obowiązek sprawozdać, przekazać informację o badaniu realizowanym albo wewnątrz, albo zewnątrz; zakładamy, że co najmniej jedna z tych informacji dla każdego badania powinna się pojawić.

Pokazujemy tutaj państwu zestawienie dla jednego województwa; tam jest dużo ośrodków, więc widać, że to jest województwo dolnośląskie. I tam, gdzie jest zaznaczone na czerwono, są te miejsca, gdzie tak naprawdę nie ma żadnej informacji o czasie oczekiwania dla danego badania, ani o realizowanym zewnątrz, ani wewnątrz. Tak naprawdę tylko 2 województwa w tym zestawieniu, w tym sprawozdaniu na koniec 2020 r. zrobiły to w sposób spójny, tzn. dla każdego badania sprawozdały albo czas wewnętrzny, albo czas zewnętrzny, a pozostałe mają tu braki, jak państwo widzicie. Podsumowując, powiem tak: widzimy, że brak informacji na poziomie województwa dotyczy np. w przypadku tomografii komputerowej tylko 2 ośrodków, ale już w przypadku histopatologii, co jest dosyć szokujące, aż 7 ośrodków, scyntygrafii – 8 ośrodków... itd., itd.

To, co jest dosyć zaskakujące, muszą powiedzieć, to jest to, że te raporty, mimo że minęły 2 lata od uruchomienia pilotażu, nadal nie są wypełniane w sposób spójny. To jest taki banał, ale proszę spojrzeć: puste pole albo „0” albo „brak”; sposób wypełniania tych raportów jest cały czas bardzo różny. To znaczy, że w przeciągu 2 lat nie udało się wypracować jednolitego sposobu raportowania tak podstawowego miernika. A ponieważ ten wskaźnik – a może nie ten wskaźnik, nie jestem pewna – pojawia się również w informacji ministra zdrowia dla senackiej Komisji Zdrowia... To jest ten dokument, o którym mówiliśmy na samym początku. Tylko jest pytanie: czy to ten sam wskaźnik? Bo w tym dokumencie, o którym mówiliśmy, jest mowa o średnim

czasie oczekiwania na badanie diagnostyczne, a w pilotażu raportowana jest mediana czasu oczekiwania. I druga kwestia. Czy to jest mediana czasu oczekiwania do uzyskania wyniku, czy do przeprowadzenia badania? Tego nie wiemy. Komentarz przy raporcie jednego z ośrodków raczej wskazuje, że jest to czas oczekiwania do przeprowadzenia badania.

Tutaj widzimy dane sprawozdane w podziale na rozpoznania, a tam widzimy dane sprawozdane w podziale na rodzaj badania, co jest jakby bardziej logiczne. Pojawia się zaskakujący podział na WOK i pozostałe ośrodki, który nie do końca rozumiemy. No, ale taką formułę przyjął tutaj zespół, żeby to sprawozdać.

Drugi wskaźnik, tj. dotyczący czasu oczekiwania, również jest zaskakujący, bo jego tak naprawdę na liście tych wskaźników – możecie to państwo sami sprawdzić, bo one są literalnie wymienione w tym sprawozdaniu – po prostu nie ma. Czyli w informacji ministra zdrowia pojawiły się 2 wskaźniki dotyczące czasu oczekiwania, które nie są monitorowane w pilotażu. Jest to, muszę powiedzieć, zaskakujące. To znaczy ja nie wiem, dlaczego tak jest, a myślę, że powinniśmy wiedzieć.

Kwestia tego, czy mierniki...

Przepraszam, znów się zablokowało.

Kwestia tego, czy mierniki analizują standard kliniczno-organizacyjny, została już omówiona, więc ja nie będę się na ten temat...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, dziękuję.

A więc ja nie będę już na ten temat się rozwodzić. Potwierdzę tylko, że z naszego doświadczenia wynika, że rzeczywiście jest tak, że jeśli spróbujemy popatrzeć na mierniki przez pryzmat np. rozpoznania, a tak zwykle patrzą pacjenci, to widzimy, że tak naprawdę w pilotażu nie jesteśmy w stanie czegokolwiek stwierdzić na temat opieki onkologicznej świadczonej przez dany ośrodek. Te mierniki zostały tak dobrane, że jest to po prostu niemożliwe. Mamy doświadczenie z analizą mierników dla tzw. *breast unit*, czyli ośrodków, które specjalizują się w leczeniu raka piersi, i wiemy, że da się skonstruować takie mierniki, które pokazują całe kontinuum leczenia.

Podsumowując kwestię mierników i tematu tego, czego nie zobaczymy, powiem tak: na pewno nie zobaczymy finalnie porównania sytuacji przed pilotażem i tej po, bo nie było takiego

porównania. Nie zobaczymy porównania pacjentów w sieci i pacjentów poza siecią, bo nie monitoruje się tych pacjentów, którzy są poza siecią. Nie zobaczymy porównania np. do innego województwa, ponieważ nie monitoruje się innego województwa i nie ma takiego pomiaru kontrolnego. I wreszcie prawdopodobnie nie da się stworzyć raportu, który pokazywałby sytuację na początku pilotażu w ramach tych ośrodków, które zostały do niego zakwalifikowane, i pod koniec tego pilotażu. Nie za bardzo można też porównać te ośrodki do siebie, i to ze względu na takie braki, luki w informacjach, jakie pokazaliśmy państwu na przykładzie mediany czasu oczekiwania. Po prostu te braki i niespójności są bardzo duże. My dokładnie to chcieliśmy zrobić, to znaczy chcieliśmy spróbować pokazać, jak zmieniła się np. kompletność danych albo jak zmieniły się te czasy, jak było wcześniej i jak jest teraz, ale tego po prostu odpowiedzialnie nie da się zrobić, naszym zdaniem.

W związku z tym... Kolejna kwestia, która tak naprawdę jest dla nas bardzo istotna, to kwestia tego, czy w ogóle zaistniała sieć, czy można mówić o sieci, bo obraz nie jest jednoznaczny. Jak popatrzymy na bardzo podstawową sprawę, czyli na liczbę pacjentów zakwalifikowanych do pilotażu, to wygląda to bardzo różnie. I tak np. na Dolnym Śląsku znaczącą część, bo ponad połowę, stanowią pacjenci z innych ośrodków niż WOK. Na drugim krańcu tego obrazu jest np. województwo świętokrzyskie, gdzie przez 2 lata tylko 142 takich pacjentów zostało zakwalifikowanych do pilotażu przy ponad 3 tysiącach pacjentach z ośrodka, którym jest WOK. Czy w takim razie w ogóle można to nazwać siecią? W pozostałych 2 województwach sytuacja wygląda podobnie, aczkolwiek nie aż tak skrajnie.

Ale jest jeszcze jedna kwestia – kwestia tych konsyliów pilotażowych, czyli tego, co miało być wprowadzone jako innowacja i co jako jedyne rzeczywiście jakby buduje mosty między ośrodkami. Dla przypomnienia: oczywiście konsylia wielodyscyplinarne odbywają się normalnie w ramach pakietu onkologicznego, zgodnie z przepisami od roku 2015 określona grupa specjalistów musi być obecna na takim konsylium, także specjaliści, którzy np. nie są reprezentowani w danym ośrodku, muszą przyjechać i zostać, że tak powiem, dokooptowani do takiego konsylium. Ale my tutaj mówimy o konsyliach pilotażowych, tych, które ośrodek typu WOK

miał realizować dla ośrodków niższego poziomu. W sprawozdaniu, które zostało przekazane komisji senackiej, mamy informację z wszystkich 4 województw na ten temat. Ja ujęłam na slajdzie tylko to województwo, z którego są jakiegokolwiek dane, czyli to jest województwo dolnośląskie, gdzie zrealizowano 82 takie konsylia. W pozostałych województwach takich konsyliów po prostu nie było. Na tej podstawie twierdzimy, że jest w ogóle wątpliwe, czy zaistniała sieć, a jeśli tak, to w jakiej formie.

Inne kwestie... Ponieważ nie ma dużo czasu i nie chciałabym państwa zanudzać, przygotowaliśmy całe podsumowanie w formie dokumentu, gdzie szerzej mówimy o tych wszystkich kwestiach. Chętnie go państwu przekazemy.

A pozostałe kwestie, które są dość istotne, to np. pominięcie profilaktyki, o której już oczywiście mówiliśmy. Jest to też taka bardzo istotna kwestia, że koncepcja pilotażu – podkreślam, w obecnej formie, w obecnej formie – absolutnie wyklucza się z koncepcją unitów, dlatego że unit to samodzielna jednostka, która skupia się na doskonaleniu wewnętrznym i na tworzeniu środowiska łączącego specjalistów z różnych dziedzin po to, żeby zapewnić kompleksową, skoordynowaną opiekę nad pacjentem. W momencie, kiedy mamy sytuację, że tworzymy strukturę, w ramach której inny ośrodek decyduje o ścieżce pacjenta danego ośrodka, i to nawet nie w oparciu o kompetencje danego ośrodka, tylko o jego zasób... No, to się po prostu ze sobą kłóci.

Kolejne kwestie były już omawiane na poprzednich posiedzeniach. To np. kwestie nadzoru, ograniczenia roli NFZ i kwestie konfliktów interesów, które są jakby zaszyte w tym projekcie.

Ostatnia kwestia to jest oczywiście pewna niejawność. My te informacje dostaliśmy i jesteśmy za nie bardzo wdzięczni – dostaliśmy je w trybie dostępu do informacji publicznej – ale uważamy, że informacje powinny być publikowane na bieżąco.

I jeszcze kwestia finansowania, którą już omówił prof. Jassem. A w kontekście niejawności zwrócę uwagę na to, że my tak naprawdę nie wiemy, jakie świadczenia objęte są współczynnikami. Finansowanie w pilotażu jest oparte na współczynniku korygującym do określonych świadczeń, ale nie wiemy, jakie to są świadczenia.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

A teraz, bo nie chciałabym, żeby... Zakładam, że państwo macie jakby dysonans poznawczy, jeśli chodzi o to, co ja mówię, i co było prezentowane na poprzednim posiedzeniu. Chciałabym podkreślić, że my staramy się dostrzec i dostrzegamy pozytyw, które zostały zrealizowane w tym projekcie. My je widzimy. Właśnie dlatego włączyłam kwestię debaty publicznej w obszar dokumentów czy też informacji, które analizujemy, bo te pozytyw się pojawiają w prezentacjach podsumowujących pilotaż sieci onkologicznej. I to są bardzo ważne kwestie, więc chcielibyśmy na to zwrócić uwagę.

Przede wszystkim wypracowano, opracowano, zgodnie z informacjami przekazywanymi przez pana ministra i prof. Maciejczyka, dokumenty ścieżki pacjentów, wzory kart, wzory wytycznych, protokoły itd., aplikacje i innego rodzaju materiały, które są i mogą być pomocne w codziennej pracy oraz sprzyjają standaryzacji pracy na ścieżce pacjenta onkologicznego. Oczywiście jest pytanie, w jakiej skali i na ile one są upowszechnione, choćby w sieci. Tego nie wiemy. Apelujemy po prostu o to, żeby doszło do ich publikacji. Skoro to jest wartościowe, to niech każdy może z tego skorzystać.

Druga kwestia to jest kwestia koordynatorów, którzy zostali dostrzeżeni w pilotażu. Jak wynika z tego, co słyszymy, uzyskali wsparcie. I to jest doskonale. Popieramy w całości tę koncepcję, absolutnie.

I jeszcze kwestia pomiaru satysfakcji pacjenta. Nie chcę się rozwodzić na ten temat, ale pomiaru satysfakcji pacjenta dotyczy ten sam problem, co wszystkich mierników, czyli nie zrobiono tego wcześniej i nie ma grupy porównawczej, niemniej jest to duże przedsięwzięcie, które właściwie po raz pierwszy w tej skali, jak rozumiem, jest realizowane. W związku z tym zasługuje ono na to, żeby je dobrze podsumować i wyciągnąć z niego wnioski.

I ostatnia bardzo ważna rzecz, która być może umyka, a nie chciałabym, żeby ona umykała w tej całej analizie, także we wszystkich prezentacjach i dyskusjach dotyczących pilotażu. W tym projekcie, który zrealizowano, potencjalnie kryje się potężna i bardzo ważna innowacja organizacyjna. To jest ta kwestia, którą pokazuje pomiędzy slajdami prof. Maciejczyk, czyli kwestia tego, że u niego w ośrodku zorganizowano pracę w ten sposób, że pobierane są w sposób automatyczny, gromadzone i analizowane pod

kątem jakości dane z jego własnego ośrodka i on, jako dyrektor tego ośrodka, jako zarządzający, może bezpośrednio wpłynąć na to, jak w przyszłości są reformowane, zmieniane określone rzeczy. To jest być może ukryty potężny benefit z tego pilotażu. Zwróćmy tu uwagę na to, że te kwestie nie wymagają tworzenia dodatkowej struktury i wielu innych rzeczy, które w tym pilotażu zrealizowano.

W związku z tym w ramach podsumowania powiem, że naszym zdaniem, bazując na tym dokumencie i na raportach, na chwilę obecną nie potwierdzono poprawy jakości w wyniku wprowadzenia tego rozwiązania, które testowane było w pilotażu.

Przejdę szybko do postulatów, bo chciałabym w ten sposób dojść do rzeczy najważniejszej. To miała być inna reforma. To miała być reforma, która wchodzi w życie w oparciu o sprawdzone rozwiązania. I wydaje mi się, że to jest platforma, na której można się spotkać. Tak długo, jak długo zgadzamy się co do tego, że wdramy rozwiązania, które zostały sprawdzone i których skuteczność potwierdzono, będzie w porządku. A wierzę, że w tym projekcie kryją się takie rozwiązania. I to jest właśnie kwestia koordynatorów, kwestia oceny satysfakcji pacjenta, upowszechnienia tych narzędzi, które pomagają w codziennej pracy, wreszcie analizowania i mierzenia jakości. Absolutnie i w całej rozciągłości popieramy to, żebyśmy analizowali dane, starali się o to, żebyśmy dążyli do określonego standardu postępowania klinicznego i organizacyjnego, i to, żeby temu wszystkiemu towarzyszyła jawność. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo za tę wnikliwą ocenę pilotażu. Mam nadzieję, że pan minister również wyciągnie z tego wnioski.

O głos prosiła jeszcze pani senator Ewa Matecka.

Proszę bardzo.

**SENATOR  
EWA MATECKA**

Dzień dobry.

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.  
Szanowni Państwo!

Z dyskusji naszej jawi nam się taki oto obraz, że w Polsce nie ma kompleksowej strategii walki z rakiem i to ani w sferze organizacyjnej, ani w sferze finansowania. Są wprowadzane programy, ale o bardzo niskich budżetach, jest sieć szpitali onkologicznych, która ciągle działa w ramach programu pilotażowego, co do którego funkcjonowania są duże zastrzeżenia, no i jest Fundusz Medyczny, który ma być temu dedykowany – przypomnę, w tym roku ma być na to przeznaczone 6 miliardów zł, bo z ubiegłego roku zostały 2 miliardy i 2 miliardy zaplanowane są w budżecie na ten rok – i który też, o ile wiem, nie wystartował, nie ruszył i nie spełnia swoich celów ani zadań, które zostały mu postawione.

Rozproszone środki na różnego rodzaju programy i brak jednolitej strategii powodują brak oczekiwanych efektów. Wszystkie statystyki w Polsce są nadal zatrważające. Mówię tu o ciągłej bardzo licznej zapadalności na choroby nowotworowe oraz umieralności na choroby nowotworowe. Daleko nam jeszcze do krajów Europy Zachodniej, które radzą sobie z tym problemem o wiele, wiele lepiej.

Posłuchajmy głosu ekspertów. Eksperci, którzy piszą do nas, senatorów, zwracają uwagę na wiele kwestii. Ja przytoczę tylko kilka rekomendacji, z którymi miałam możliwość zapoznania się nie tak dawno. Eksperci wskazują, że należałoby przywrócić publiczne finansowanie badań przesiewowych z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej. Zwracają też uwagę na szerokie finansowanie i pełen dostęp do programów profilaktycznych. Zwracają również uwagę na potrzeby kadrowe w onkologii, które powinny być priorytetem. Mówią również o takiej bardzo ważnej zmianie, o zmianie zasady podejścia przez lekarzy w POZ – przywołam dosłownie – aby promować zasadę: najpierw wykluczyć nowotwór. Chodzi o poszerzenie całej bazy różnych możliwości diagnostycznych, co doprowadzi do tego, że w pierwszym rzędzie zostaną wykluczone u pacjentów choroby nowotworowe. I oczywiście cały czas należy mocno dbać o to, aby były dobrze finansowane i zwiększony był dostęp do nowoczesnych terapii onkologicznych, takich, które są do dyspozycji obywateli w Europie Zachodniej, i takich, które spowodują, że lekarz czy student odbywający praktykę nigdy nie zobaczy np. trzeciego

stadium zaawansowania nowotworu. A stanie się to wtedy, kiedy będzie szeroko i dobrze finansowana profilaktyka, diagnostyka, dobrze wykształcona, przygotowana i liczna kadra znakomitych onkologów i szeroki dostęp do badań przesiewowych. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

To wszystkie osoby, które dzisiaj zgłaszały chęć zabrania głosu w debacie. Liczyłam jeszcze na głos ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, ale niestety nie ma zgłoszenia.

Panie Ministrze, bardzo proszę o ewentualne odniesienie się do tych wypowiedzi.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

To może zacznę od końca, bo pani senator Matecka bardzo szeroko podeszła do zagadnienia i kompletnie nieprawdziwie. Pani Senator, brak kompleksowej strategii to jakaś fikcja. My właśnie od 3 lat tę kompleksową strategię realizujemy, wdrażając pilotaż KSO, opracowując wreszcie po iks latach Narodową Strategię Onkologiczną, której w Polsce nigdy nie było, wprowadzając istotne zmiany w obszarze jakości w patomorfologii, wdrażając do funkcjonowania kolejne centra kompleksowe, tzw. cancer unity, przeprowadzając kompleksowy projekt taryfikacji, który w ostatnim okresie został ustanowiony, a wyceny w onkologii istotnie wzrosły, wprowadzając pewne standardy i wytyczne, czy to w ramach pilotażu, czy w ramach projektów unijnych itd., itd. To jest to, czego brakowało nam w onkologii. To jest właśnie ta kompleksowa strategia, którą realizujemy.

Pani senator wskazała tutaj 5 postulatów ekspertów. Cieszę się z tych postulatów, bo rzeczywiście, jak widać, wszystkie realizujemy. Dostęp do tomografii niskodawkowej, o tym mówiłem we wstępie, istotnie rozszerzyliśmy, a pragnę też przypomnieć, że my tę metodę wdrożyliśmy w 2019 r. jako pilotaż, bo wcześniej tej metody nie było. Szeroki strumień finansowania

profilaktyki. Pragnę przypomnieć, że finansowanie profilaktyki jest bezlimitowe i ten szeroki strumień finansowania we wszystkich funkcjonujących programach jest zapewniony i nigdy żadne potrzeby dodatkowe czy jakieś kłopoty z finansowaniem nie były nam sygnalizowane.

Potrzeby kadrowe – sprawa bardzo ważna, zgadzam się, Pani Senator. Proponuję lekturę Narodowej Strategii Onkologicznej. Cały filar, cały rozdział, 1 z 5 rozdziałów, jest poświęcony tylko temu. Jest on poświęcony właśnie zwiększeniu kompetencji lekarzy, czujności onkologicznej wśród lekarzy POZ, wśród pielęgniarek i położnych POZ, zwiększeniu znaczenia onkologii w cyklu egzaminacyjnym, np. rozszerzeniu katalogu pytań na egzaminach LEK czy LDEK itd. O ile dobrze pamiętam, przynajmniej kilkanaście zadań, które określa narodowa strategia, wiąże się właśnie z budowaniem potencjału kadrowego. Budowanie tego potencjału określiliśmy jako konieczne już na etapie kształcenia przeddyplomowego i w tym roku ruszamy z kampanią informacyjno-promocyjną wśród studentów medycyny dotyczącą właśnie wyboru dziedzin onkologicznych i pokazania pewnych benefitów z tego zakresu. O innych działaniach motywacyjnych dla POZ też mówiłem we wstępie.

To, co miało być kłamrą, czyli dobra wycena i zwiększenie dostępu do innowacji, też realizujemy, Pani Senator. Zwiększona wycena w onkologii: 200 milionów w chirurgii onkologicznej, prawie 300 milionów w hematologii to tylko ostatnie wyceny, wyceny z tego roku.

Środki w Narodowej Strategii Onkologicznej. Pani senator mówiła o jakichś nikłych środkach. Pani Senator, od wielu lat w Polsce środki przeznaczone na Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych to było 250 milionów, teraz jest 450 milionów, w następnym roku będzie 500. No, jeżeli to są nikłe środki, to jakie były wcześniej? A jeżeli już o Funduszu Medycznym mowa, to 4 miliardów zł rocznie też nie oceniałbym w kategoriach nikłych środków, a dostęp do innowacyjnych terapii jest nie tylko na poziomie funduszu. Naprawdę zachęcam wszystkich do lektury chociażby list refundacyjnych z ostatnich 2 lat, z których prawie każda zawierała nowe, innowacyjne cząsteczki w onkologii. Odwołuję się do listy kwietniowej – naprawdę zachęcam do lektury – tam są 4 kolejne innowacyjne terapie dla pacjentów z chorobami



nowotworowymi. Zwiększyliśmy wartość programów lekowych, rocznie zwiększamy ją o setki milionów złotych. Tak więc kompletnie nie mogę się z tą wypowiedzią zgodzić.

Przejdę może już bardziej do szczegółów pilotażu. Pan prof. Jassem rzeczywiście prezentował głos krytyczny od samego początku. Ja nie wiem, Panie Profesorze, jak pan przekonać do jakiegoś bardziej ciepłego spojrzenia na ten pilotaż. Może spróbuję użyć takich argumentów, jakich do tej pory nie używałem, i może to przekona również innych chłodno nastawionych, aczkolwiek wśród klinicystów tych chłodno nastawionych jest niewielu, bo ten pilotaż jest wspierany przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne, przez wielu klinicystów, przez ogrom naukowców z obszaru onkologii. Potwierdzeniem na to, a może nawet wyjściem poza nasze polskie podwórko, jest to, że pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej otrzymał właśnie międzynarodową nagrodę w konkursie Dragon's 2021, w konkursie Value Based Health Care Dragon's Grant and Endorsement, w konkursie, w którym jury i kapituła były międzynarodowe i doceniły wdrożenie tych rozwiązań organizacyjnych, doceniły ten kształt pilotażu, który zaproponowaliśmy. A to, co – mam nadzieję – pana profesora nieco bardziej przekona, to fakt, o ile mnie pamięć nie myli, że pana żona również otrzymała nagrodę w takim konkursie, z zakresu koordynacji w POChP. Tak więc mam nadzieję, że tę nagrodę doceni i pan profesor, i Wysoka Komisja w sposób szczególny.

Onkologia dziecięca – bardzo ważny wątek. My od samego początku, od momentu rozpoczęcia prac związanych ze zmianami w onkologii jesteśmy w stałym kontakcie zarówno z panem prof. Styczyńskim, jak i z panem prof. Szczepańskim. Myślę, że faktem, który jednoznacznie pokazuje, jak dalecy jesteśmy od jakiejś marginalizacji onkologii dziecięcej, jest to, że pewne zmiany koncepcyjne w onkologii zainicjował nie kto inny, jak prof. Czauderna, który stanął na czele zespołu związanego ze zmianami organizacyjnymi w onkologii jeszcze w roku 2018, jakkolwiek na to patrzeć, onkolog, chirurg dziecięcy, więc myślę, że te tematy są mu bardzo bliskie. Również w trakcie prac nad Narodową Strategią Onkologiczną z dużą wrażliwością podchodziliśmy do wyzwań związanych z onkologia dziecięcą, chociażby wypracowania, nawet szybszego, niż wcześniej wskazywali eksperci, standardów przejścia.

A jeśli chodzi o dalszy kształt Krajowej Sieci Onkologicznej, to myślę, że pani prof. Chybicka bardzo celnie pokazała, że te rozwiązania, które dzisiaj funkcjonują w onkologii dziecięcej i które zostały wypracowane w ciągu wielu lat, są adekwatne, są wystarczające do tego, żeby powiedzieć, że ta organizacja jest na wysokim poziomie, a merytoryczna jest na bardzo wysokim poziomie. Rozmawialiśmy o tym nie dalej jak miesiąc temu z panem prof. Szczepańskim i uznaliśmy, że ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej nie będzie wkraczała organizacyjnie w obszar onkologii dziecięcej. Być może w czasie pracy w ramach Krajowej Rady do spraw Onkologii pomyślimy o innym obszarze wsparcia w tym zakresie. Myślę, że mamy pewne infrastrukturalne białe plamy na poziomie krajowym i wiemy, że nie ma np. ośrodka – przykład pierwszy z brzegu – w województwie pomorskim, który zapewniłby kompleksową opiekę nad małymi pacjentami onkologicznymi. Jest to tam rozproszone. Być może tego typu programy pomogą bardziej niż zmiany organizacyjne w tym obszarze, które rzeczywiście, jak się wydaje, wszyscy oceniają bardzo wysoko.

Odnosząc się do tej prezentacji, bardzo ciekawej prezentacji oceny pilotażu przygotowanej przez „Onkologię 2025”, moim zdaniem na kilka rzeczy warto zwrócić uwagę. Po pierwsze, był postulat: nie zasoby, tylko jakość. Ja absolutnie się z tym zgadzam, to jakość ma być fundamentem w Krajowej Sieci Onkologicznej. Pamiętajmy też o tym, że pilotaż był wdrażany w momencie, kiedy de facto poza pewną oceną strukturalną... No, trudno było o inną, bo nie było wcześniejszego benchmarku. Dzisiaj, dzięki pewnym doświadczeniom z pilotażu co do kwalifikacji do sieci, ale również wykorzystaniu projektu jakościowego czy projakościowego realizowanego ze środków unijnych, we współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologii wypracowane zostały kryteria referencyjne, już nie tylko infrastrukturalne, ale też w inny sposób, jakościowy, referencyjny różnicujący te jednostki, które będą niejako wsadową do zmian legislacyjnych związanych z Krajową Siecią Onkologiczną.

Teraz to, co jest rzeczywiście bardzo słusznym wnioskiem z tej oceny. Już na poziomie zmian legislacyjnych, które będziemy teraz przeprowadzać, na twardo wpisujemy wymogi raportowe niejako w 2 aspektach. Po pierwsze: raportowanie danych kompletnych i prawidłowych... Albo

inaczej. Finansowanie świadczeń onkologicznych będzie uzależnione od kompletnego i prawidłowego raportowania danych. To jest jedno. I drugie: będą raportowane surowe dane. To są właśnie efekty pilotażu. Ja wiele razy mówiłem: uczmy się na błędach, uczmy się na doświadczeniach. Doświadczenie rzeczywiście wskazuje na to, że trzeba zbierać te surowe dane. Co więcej? Te surowe dane my w pilotażu w dużej części zbieramy. To nie jest prawda, że zbieramy tylko wystandaryzowane wskaźniki. Podczas prezentacji była mowa o tym, że rzeczywiście tym know-how organizacyjnym, innowacyjnym może być system zbierania danych, system gromadzenia i przetwarzania danych. Ten system nie funkcjonuje tylko w DCO. On został udostępniony wszystkim ośrodkom koordynującym, on został udostępniony wszystkim ośrodkom, które się do niego podłączyły, czy w województwie dolnośląskim, czy w innych.

Tak że...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak. Pilotażowo testujemy to rozwiązanie, bo chcemy je wdrożyć w całej Polsce. Zdecydowanie chcemy taki system agregacji danych zapewnić na poziomie ogólnopolskim.

Mówiliśmy dziś dużo o miernikach. I ja się niejako z tym zgadzam, mierniki i wskaźniki będą fundamentem tego, co chcemy potem wykorzystać do oceny zarządczej. Ale trochę nie mogę się zgodzić, nie mogę się zgodzić z tym, co było pokazane w prezentacji, że mierniki zostały zaprojektowane błędnie. Mierniki zostały zaprojektowane do pilotażu, do testowania. Zaprojektował je nie kto inny jak przedstawiciele środowiska onkologicznego, co więcej, podlegały one konsultacjom. Do tego, o ile pamiętam, a odświeżyłem swoją pamięć, do samej konstrukcji mierników, w szczególności do ich błędnego skonstruowania, nie było zbyt wielu uwag na poziomie tworzenia pilotażu, do innych rzeczy było ich więcej. Ale absolutnie tak, testujemy to w ramach pilotażu. Teraz wyciągniemy wnioski, przeprowadzimy walidację i, tak jak mówiłem we wstępie, we współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii wypracujemy ostateczne kryteria.

Zakres świadczeń finansowanych jest określony w rozporządzeniu, więc myślę, że to nie jest tajemnica, można wrócić do rozporządzenia i zobaczyć, jakie to są świadczenia. W szczególności, jeśli dobrze pamiętam, chociażby procedury

radioterapii nie były ujęte, ale nie tylko, substancje lekowe nie są objęte wskaźnikiem. Rzeczywiście jest to zdefiniowane w rozporządzeniu.

Co być może ważne? Tu wracam do tego, od czego rozpoczęła pani przewodnicząca. Myślę, że zależy nam wszystkim na tym, żeby wypracować pewne kompleksowe rozwiązania. Same mierniki jakościowe nie mogą funkcjonować bez wystandaryzowanych ścieżek pacjenta, bez wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych. To jest również efekt pilotażu. I to, co udało się wypracować w takiej formie uproszczonej, pilotażowej, teraz w ramach różnych projektów, czy projektu unijnego, czy projektu związanego z przekształceniem instytutów PIP, przenosimy na kolejne grupy narządowe i takie ścieżki pacjenta, takie wytyczne, takie algorytmy wypracowujemy właśnie po to, żeby sukcesywnie dokładać do nich mierniki i wskaźniki.

Jeśli chodzi o centra narządowe, bo to też dwukrotnie się tu pojawiło i pani przewodnicząca mówiła, że bardzo ważne jest ich tworzenie, a jednocześnie „Onkologia 2025” wskazywała, że to się wyklucza... Dla mnie to się nie wyklucza, ani w pilotażu się nie wyklucza, ani w krajowej sieci się nie będzie wykluczało. Dla mnie utworzenie centrów kompleksowego leczenia, tzw. cancer unitów, jest czymś dodatkowym. To jest wisienka na torcie, wyróżnienie najlepszych ośrodków, które tę kompleksową opiekę od samego początku do samego końca będą w stanie zapewnić. My oczywiście nadal będziemy wspierać tworzenie tych centrów kompleksowych, będziemy to wspierać poprzez system rozporządzeń ministra zdrowia, poprzez zmiany koszyka świadczeń gwarantowanych. O ile dobrze pamiętam, ponad miesiąc temu skierowaliśmy sprawę kolejnego cancer unitu w zakresie raka jelita grubego do konsultacji i do wdrożenia. Tak więc zgodnie z wcześniejszymi deklaracjami nadal nad tymi świadczeniami kompleksowymi pracujemy. One będą uzupełniać strukturę sieci, można powiedzieć, pewną hierarchiczną strukturę sieci, a nakładką na to będą te wisienki na torcie, czyli ośrodki leczenia kompleksowego. Dziękuję serdecznie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze, za odpowiedź.

Bardzo dziękuję organizacjom pacjenckim za przygotowanie bardzo ciekawej i wnikliwej analizy tego pilotażu.

Mam nadzieję, Panie Ministrze, że cele Krajowej Sieci Onkologicznej, które państwo założycie, będą jednak bardziej realne niż to, co było przygotowane w pilotażu, i że pilotaż jest dla państwa pewnego rodzaju doświadczeniem i wyzwaniem.

Chodziło nam głównie o to, aby tutaj, na posiedzeniu Komisji Zdrowia, bardzo jasno podkreślić, że jednak wiele rzeczy w tym pilotażu rozminęło się z rzeczywistością.

Rozumiem również, Panie Ministrze, że jesteśmy umówieni mniej więcej za miesiąc na

spotkanie w Komisji Zdrowia, kiedy to będziemy już mieli przed sobą projekt Krajowej Sieci Onkologicznej. Tak jak wszyscy tutaj podkreślaliśmy, dla nas bardzo ważne jest to, aby dostępność dla pacjentów się zwiększyła, żeby jakość usług, jakość świadczeń również się zwiększyła, ale najważniejsza jest poprawa wskaźników zdrowotnych, które w ostatnim czasie naprawdę poszły bardzo gwałtownie w dół.

Bardzo dziękuję wszystkim osobom, które dzisiaj zabierały głos, za te ważne, bardzo ważne uwagi, również krytyczne, a może przede wszystkim krytyczne, bo przecież o to chodzi, aby wypracować jak najlepszy projekt. Bardzo dziękuję.

Zamykam posiedzenie komisji.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 11 minut 25)*

**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy