

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 29)

z dnia 12 czerwca 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 29)

12 czerwca 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, na wyjazdowym posiedzeniu w Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy, rozpatrzyła:

- informację o dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii. Onkologia polska – rozwój i bariery.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Leszek Szalak** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej i **Andrzej Śliwczyński** zastępca dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Tomasz Pieczka** dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, **Ewa Mes** wojewoda kujawsko-pomorski, **Maciej Świątkowski** przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz dr **Zbigniew Pawłowicz** dyrektor Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopeć** - z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł **Bolesław Piecha (PiS)**:

Bardzo serdecznie witam na pierwszym w tej kadencji wyjazdowym posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Dzisiejsze posiedzenie będzie w całości poświęcone bardzo ważnemu problemowi, jakim jest polska onkologia w różnych kontekstach. W związku z tym, nie przez przypadek, jesteśmy w tym miejscu, gdzie onkologia polska ma duże dokonania i ma dużo do pokazania.

Chciałbym serdecznie powitać na naszym spotkaniu przede wszystkim gospodarza, pana dyrektora Pawłowicza. Chciałbym też powitać panie i panów posłów oraz pana ministra – miło mi, bo pierwszy raz widzimy się oficjalnie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Pan minister Igor Radziewicz-Winnicki jest podsekretarzem stanu bodajże od dwóch czy trzech tygodni. Od zeszłego tygodnia, a więc jeszcze krócej. Witam oczywiście przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Witam gospodarzy tego terenu – przedstawicieli Urzędu Wojewódzkiego i Marszałkowskiego.

Sądzę, że bez zbędnych ceregieli – bo czas nas goni, a czas jest wyjątkowy, bo jest EURO, a dzisiaj mamy szczególnie ważny mecz – przystąpimy do procedowania. Przedtem jednak powiem, że miło mi również powitać przewodniczącego senackiej Komisji Zdrowia, pana dra Rafała Muchackiego. Panie senatorze, proszę o kilka zdań, przynajmniej odnośnie do drugiej części naszego posiedzenia. Dziękuję bardzo.

Senator **Rafał Muchacki**:

Dziękuję. Witam serdecznie państwa. Bardzo dziękuję, panie przewodniczący, za powitanie gości. Ja również wszystkich państwa witam w imieniu senackiej Komisji Zdrowia.

Senacka Komisja Zdrowia nie jest tak licznie reprezentowana jak sejmowa Komisja Zdrowia, a to z tego względu, że w Senacie jest nas po prostu mniej - ale są to naprawdę same perełki. Tak więc, serdecznie wszystkich państwa witam.

Przewodniczący poseł **Bolesław Piecha (PiS)**:

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, dzisiaj przed nami duże wyzwanie, bo czas krótki, a spraw dużo. Chciałbym zaproponować taki oto porządek dzisiejszego spotkania. Sprawy formalne, które sejmowa Komisja zawsze ma do rozstrzygnięcia - a więc, przyjęcie

protokołu i przyjęcie porządku obrad - mam nadzieję, że, jeśli nie usłyszę sprzeciwu, uznam za przedyskutowane. Sprzeciwu nie słyszę. W związku z tym, przystępujemy do realizacji programu.

Proponuję, żeby najpierw pan senator – dyrektor Pawłowicz – przedstawił nam osiągnięcia tego Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy. Panie dyrektorze, panie senatorze - krótki rys historyczny i krótko o zamiarach oraz planach na przyszłość. Później poprosiłbym przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o jakąś informację dotyczącą perspektyw i dokonań polskiej onkologii – głównie chodzi o ostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Poproszę również o krótkie wystąpienie przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, bo to właśnie od tych dwóch instytucji zależy funkcjonowanie systemu w zakresie onkologii. Później otworzę dyskusję, po czym nastąpi podsumowanie i ewentualne wnioski. Bardzo proszę, panie dyrektorze, panie senatorze.

**Dyrektor Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy
dr Zbigniew Pawłowicz:**

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz serdecznie, jako gospodarz, z tego miejsca witam państwa. Przepraszam za zaciemnienie, ale dzięki temu prezentacja będzie lepiej widoczna. Będę mówić bez mikrofonu, ale mam donośny głos, myślę więc, że dotrze do wszystkich państwa...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie dyrektorze, musimy skorzystać z mikrofonu, ponieważ od pewnego czasu mamy taką procedurę, że każde słowo wypowiedziane na posiedzeniu Komisji Zdrowia, z różnych przyczyn, jest rejestrowane w sposób fonetyczny i w zapisie stenograficznym. Bardzo bym więc o to prosił, panie dyrektorze. Można na siedząco, żeby...

**Dyrektor Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy
dr Zbigniew Pawłowicz:**

Nie przewidziałem tego, przepraszam najmocniej.

Szanowni państwo, prezentując Centrum Onkologii, chciałbym państwu pokazać kilka spraw i poruszyć sprawy, które – jak myślę – dotyczą wszystkich ośrodków i całego problemu onkologii. Nie będzie to prezentacja tylko o Centrum Onkologii.

W Centrum Onkologii – jak możemy zauważyć – funkcjonuje 11 oddziałów, 300 łóżek - nigdy nie było więcej – 12 zakładów i 22 poradnie. Nowoczesne oddziały łóżkowe, jedno- i trzyosobowe, z pełnymi węzłami sanitarnymi – komfortowe warunki dla pacjentów.

Pokazuję dane dotyczące ostatnich trzech lat. Jak państwo widzą, hospitalizujemy ponad 16 tys. pacjentów i zbliżamy się, jeśli chodzi o porady ambulatoryjne, już do 200 tys. pacjentów rocznie.

8 nowoczesnych sal operacyjnych, z pełną klimatyzacją, przepływem laminarnym powietrza, komfortowymi warunkami dla zespołu i dla pacjenta. Jak państwo widzą, wykonujemy rocznie ponad 4 tys. zabiegów operacyjnych. Zbliżamy się powoli do 5 tys.

Jeżeli chodzi o wyposażenie, to ostatni nasz zakup, którym chcemy się trochę pochwalić, to Green Laser – jedno z najnowocześniejszych urządzeń, szansa dla pacjentów z rakiem prostaty. A przyszłość, na którą czekamy, to robot da Vinci, ale zrealizujemy tę inwestycję wtedy, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia zakontraktuje takie świadczenia, ponieważ ośrodek wrocławski, który przeciera szlaki w robotyzacji, ma z tym olbrzymie problemy, jeśli chodzi o finansowanie.

Jeśli chodzi o radioterapię, posiadamy 8 bunkrów – 7 z nich jest wyposażonych w najnowocześniejszą aparaturę do radioterapii, zintegrowane linie systemu obrazowania. W najbliższym kwartale 2012 r. jest dla nas szansa, że wolny bunkier zapełni się *cyberknifem*. Dostaliśmy już pewne dofinansowanie z Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych – ono nie wystarczy. Jeżeli nie dostaniemy więcej środków, będziemy musieli podeprzeć się kredytem. Chcemy tę technologię wprowadzić do naszego ośrodka, bo jest to szansa nowoczesnej radioterapii. Jak państwo widzą, wyposażenie Zakładu Radioterapii, to 7 akceleratorów, tomograf komputerowy, 2 symulatory.

Oddział Chemioterapii - to jest zespół Oddziału Chemioterapii z jego prymariuszem, panem drem Tujakowskim, bardzo doświadczonym chemioterapeutą – dwa od-

działy z pracownikami cytostatyków i ambulatorium chemioterapii również z pracownią cytostatyków.

Chciałbym państwu przekazać kilka informacji, ponieważ w ostatnim czasie jest dużo emocji w związku z zaopatrzeniem w leki cytostatyczne dla pacjentów onkologicznych. Z pełną odpowiedzialnością mówię, że przez 16 lat, odkąd kieruję tym ośrodkiem, nie zdarzyło się, aby pacjent nie otrzymał leczenia w tym ośrodku. Jednocześnie – jak państwo widzą – przez ostatnie 3 lata cytostatyki stanowią ponad 85% kosztów zakupów leków, chemioterapia niestandardowa, która wywołuje tyle medialnych emocji - poniżej 10%, a ostatnio import docelowy – ułamki procenta. Ta tabela pokazuje, że profesjonalny ośrodek onkologiczny jest w stanie, nawet przy trudnościach z zaopatrzeniem na rynku leków, zapewnić pacjentowi dostępność do leczenia. Problem mają ośrodki, które mają się onkologii, a nie powinny tej onkologii prowadzić. Dla nich jest to problem.

Mamy podpisane z dostawcami trzyletnie umowy. Nasze umowy kończą się dopiero w roku 2013 i 2014. W związku z tym, nie widzę żadnej sytuacji, która by groziła niedostępnością do leczenia, nawet jeżeli ten lek, z różnych powodów, jest trudnodostępny na rynku, bo to jest sprawa hurtowni, która jest zobowiązana w umowie dostarczyć ten lek w tej samej cenie.

Jeśli chodzi o diagnostykę obrazową rezonansu magnetycznego i tomografu, chciałbym powiedzieć, że mamy filię we Włocławku, gdzie znajduje się całe centrum diagnostyczno-lecznicze z rezonansem i tomografem. Tam udzielamy około 30 tys. porad. Nie ma tylko łóżek – prowadzimy całą onkologię bez łóżek. Te dane obrazują całość naszych badań.

Powiem kilka słów o nowym Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej. Myślę, że po tej części oficjalnej zaproszę państwa, żeby to pokazać, ponieważ wprowadzamy nowe techniki do leczenia onkologicznego, takie jak embolizacja nowotworów, leczenie dotętnnicze czy endoskopia zabiegowa. To jest całkowicie nowoczesny zakład, finansowany z własnych środków. Sprzęt jest odnowiony. Wydaliśmy na ten sprzęt 11 mln zł z własnych środków. Nowością jest właśnie stworzony Breast Unit do diagnostyki z USG cyfrowym, mammografem i mammotomem. Kobieta w jednym miejscu przechodzi kompleksową diagnostykę i uzyskuje kompleksową usługę.

Te dane pokazują, proszę państwa, jak zadziałały, między innymi, programy profilaktyczne. Pokazujemy dane w ostatnich trzech latach - liczba nowotworów piersi i liczba wykonywanych zabiegów radykalnych w stosunku do zabiegów oszczędzających. Jak państwo widzą, wykonywanie zabiegów oszczędzających zbliża się do 50%. To zadziałały rozpoczęte 10 lat temu programy profilaktyczne.

Diagnostyka PET. Pierwszy PET w Bydgoszczy – luty 2003 r. Do tej pory wykonaliśmy prawie 29 tys. badań. W tej chwili w Polsce jest 15 znanych ośrodków PET-owskich. Z posiadanych przeze mnie danych wynika, że w roku 2011 wszystkie te ośrodki wykonały łącznie około 27 tys. badań. Widzą państwo przekrój – my w 2011 r. wykonaliśmy prawie 4700 badań, czyli nadal jesteśmy ośrodkiem wiodącym, jeśli chodzi o liczbę badań wykonywanych PET-em.

W tej chwili budujemy nowy zakład medycyny nuklearnej. Jeśli chodzi o laboratorium, w przyszłości chcemy produkować nowe znaczniki oparte na węglu C^{11} . Niektóre z nich produkujemy już w tej chwili – nie tylko FDG – i chcemy prowadzić diagnostykę celowaną poszczególnych nowotworów – już nie diagnostykę całego ciała, tylko diagnostykę narządową, bo to jest przyszłość, jeśli chodzi o leczenie nowotworów.

Kierunkiem rozwoju diagnostyki PET jest obrazowanie połączone z rezonansem magnetycznym. W Stanach Zjednoczonych są już pierwsze aparaty hybrydowe – połączenie PET-u z rezonansem. Sądzę, że w ciągu dwóch lat, jeśli uda się nam zrealizować nowoczesne laboratorium i uzyskać certyfikację GMP, taki aparat hybrydowy stanie w naszym ośrodku.

Chciałbym też powiedzieć kilka zdań o Parku Aktywnej Rehabilitacji i Sportu i jednocześnie podziękować panu marszałkowi Całbeckiemu i całemu Zarządowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego, bo to przedsięwzięcie finansowane jest w całości przez samorząd wojewódzki. To jest duże przedsięwzięcie, które tak oto będzie wyglądać docelowo. Może państwo po drugiej stronie ul. Romanowskiej zauważyli ciemny budynek. To jest

właśnie ta inwestycja. Komu będzie służyć? To widać. Poza tym, że pacjentom, będzie również służyć dydaktyce – studentom i wszystkim mieszkańcom nie tylko naszego regionu. W tej chwili wygląda to w ten sposób, a jak będzie wyglądać docelowo – widzieli państwo na poprzednim slajdzie. Tak będzie wyglądać pływalnia – 25 m z widownią, komfortowe warunki również do przeprowadzania zawodów na różnym poziomie.

Zatrzymam się przy działalności naukowej, dydaktycznej Centrum. Centrum od 1997 r. doszło do kształcenia studentów w siedmiu kierunkach – od kierunku lekarskiego, przez pielęgniarstwo, ratownictwo, do fizjoterapii. W 2011 r. łącznie kształciliśmy przez ponad 17 tys. godzin dydaktycznych prawie 1600 studentów. Jednocześnie prowadzimy 68 badań klinicznych. W ubiegłym roku były 103 publikacje naszego zespołu.

Zespół ten – jak państwo widzą – to siedmiu profesorów, w tym pięciu profesorów belwederskich, 68 pracowników z tytułem doktora nauk medycznych, biologicznych i innych. A to dorobek naukowy – *impact factor* naszego zespołu.

Jednostki naukowo-dydaktyczne Collegium Medicum. Jest to sześć jednostek. Katedry, kliniki i zakłady. Jest to bardzo duży potencjał dydaktyczny. W przyszłości chcemy go bardzo mocno rozwijać poprzez utworzenie Innowacyjnego Forum Medycznego.

Jednocześnie chciałbym powiedzieć kilka zdań o profilaktyce. Od 2000 r. działa w Centrum Zakład Profilaktyki i Promocji Zdrowia – to są programy profilaktyczne i liczba wykonanych badań. Widzą państwo, że te liczby nie są rewelacyjne. Niestety, zgłaszalność na badania profilaktyczne nadal wymaga podjęcia innych działań – to było już dyskutowane wielokrotnie. Jednak te pogromy profilaktyczne wpłynęły na efekt leczenia. Pokazuję tu porównanie – rok 2003 i rok 2011. W 2003 r. liczba zoperowanych nowotworów i liczba zabiegów oszczędzających to 10%, a w 2011 r., przy stuprocentowym wzroście ilości zabiegów nowotworów piersi – jak państwo widzą – prawie 50% stanowią zabiegi oszczędzające. To jest efekt profilaktyki i wczesnego wykrywania zmian i szansa dla kobiet.

Kilka zdań na temat edukacji w ramach programów profilaktycznych. Rozpisaliśmy własny program, który jest dofinansowany przez samorząd zarówno miasta Bydgoszczy, jak i samorząd wojewódzki – „Edukacja ponadgimnazjalna młodzieży i dorosłych”. Jak państwo widzą, tej edukacji zostało poddanych prawie 150 tys. ludzi. To stwarza szansę na to, że ci ludzie będą inaczej podchodzić w swoim środowisku do działań prozdrowotnych. Myślę, że tego w naszej populacji generalnie brakuje.

Innowacyjne Forum Medyczne – ten temat wielokrotnie jest poruszany. Na Zakładzie Teleradioterapii chcemy wybudować piętro. Taki projekt został złożony do pana ministra zdrowia w styczniu. Oczekujemy, że mimo wszystko pan minister rozważy to pozytywnie i da szansę na utworzenie całego piętra, które będzie poświęcone edukacji. Jak państwo widzą, poza modulem edukacyjnym jest Zakład Fizyki Medycznej, Telera-dioterapia, Radiobiologia, Genetyka i Onkologia Molekularna. Tam nie będzie wchodzić pacjent. Tam będą wchodzić tylko studenci lub absolwenci w ramach dydaktyki podyplomowej. To jest szansa dla tych 1600 studentów rocznie, którzy przechodzą przez ten ośrodek, bo dzisiaj ich kształcimy w tego typu salach, jak ta, w której się znajdujemy, a to już nie jest ten standard. Będą możliwości bezpośredniego połączenia z salą operacyjną. Tworzymy specjalny serwer wiedzy onkologicznej, więc student w każdej chwili będzie mógł obejrzeć operację ponownie, będzie mógł ją przegrać i otrzymać kopię na nośniku elektronicznym. To są całkowicie nowe wyzwania. O takie wsparcie bardzo mocno prosimy Wysokie Komisje, żeby mimo wszystko te założenia IMF-u, o których tu mówiłem, a z którymi mogą się państwo w tej chwili zapoznać – bo współpracujemy nie tylko z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika i Collegium Medicum, ale również z Uniwersytetem Technologiczno-Przyrodniczym w Bydgoszczy... Bo art. 3 pkt 8 ustawy o Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych mówi, że podejmuje się działania rozwoju, upowszechniania nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Myślę więc, że po tylu latach można stworzyć pilotażowy program w ramach tej ustawy właśnie w Bydgoszczy, gdzie mamy zezwolenie na budowę, gotowy projekt i przyrzeczenie sfinansowania 2/3 tego projektu. Projekt opiewa na 30 mln zł. Oczekujemy dofinansowania przez 2 lata w wysokości 20 mln zł,

czyli po 10 mln w roku 2012 i w roku 2013, i zobowiązujemy się na przełomie roku 2013 i roku 2014 zaprosić państwa na otwarcie Innowacyjnego Forum Medycznego i pokazanie nowej jakości kształcenia lekarzy i innego wyższego personelu medycznego, jeśli chodzi o szkolenie, szczególnie o profilu onkologicznym.

Kilka słów o naszej działalności. Pokazuję specjalnie dane dotyczące lat 2000 i 2011, żeby państwo zobaczyli, jaki jest przeskok. Liczba porad wzrosła o 75%, o prawie 80% - liczba hospitalizacji, procedury radioterapii. Jednak jednocześnie chciałbym podkreślić, jak wzrosła liczba lekarzy, że to nie jest wynik dociążenia personelu, ale wypracowania nowej organizacji i zatrudniania nowych lekarzy. My nie mamy problemów z pozyskiwaniem nowych lekarzy na specjalizację, czy specjalistów. Dlaczego? Dlatego, że od 1997 r. kształcimy studentów. Ci studenci to najczęściej są nasi przyszli pracownicy, dobrze wykształceni, którzy chcą pracować w tym szpitalu i aplikują o przyjęcie do tego szpitala na specjalizację. Podobnie się dzieje, jeśli chodzi o pielęgniarki.

Kilka zdań o finansowaniu. Finanse zawsze są problemem. Jak państwo widzą, w 2009 r. kontrakt na dzień 31 grudnia wynosił 187 mln zł. Słupek w ciemniejszym kolorze oznacza wykonanie, a kolor czerwony – na górze – oznacza niezapłacone nadwykonania. Uważamy, że za 2009 r. rozliczyliśmy się z Narodowym Funduszem Zdrowia *fair*. Tę ilość nadwykonań skreślamy. Natomiast słupki oznaczone kolorem pomarańczowym, czy żółtym – według uznania – oznaczają wykonane świadczenia dla pacjentów z innych oddziałów. Średnio kształtuje się to na poziomie 45 mln zł rocznie. Jeśli popatrzymy na lata 2010 i 2011, to słupki na wykresie oznaczone kolorem czerwonym pokazują niezapłacone do tej pory świadczenia. Jeżeli porównamy słupki czerwone z żółtymi, to gdybyśmy dostali środki z refundacji za tak zwaną migrację, nie byłoby nadwykonań. W związku z tym, dzisiaj po raz kolejny zwracam się do państwa parlamentarzystów z apelem. I apelowałem jako senator poprzedniej kadencji do prezesa Funduszu, który deklarował, że sprawa tak zwanej migracji w onkologii będzie załatwiona, a ona nie jest załatwiona. Widzą państwo wyraźnie na tym przykładzie, że za lata 2010-2011 Oddział Kujawsko-Pomorski nie zapłacił Centrum Onkologii za świadczenia prawie za 60 mln zł. To wszystko są świadczenia dla pacjentów z innych oddziałów. Nie jest sprawą świadczeniodawcy dochodzenie tych pieniędzy. To jest sprawa płatnika – innego rozliczania migracji. Proszę więc państwa parlamentarzystów o podjęcie działań, bo zapłacenie migracji jest zapewnieniem pacjentowi dostępności do leczenia. Pacjent dzisiaj wybiera ośrodek, w którym chce być leczony, bo wie, że w tym ośrodku ma szansę, ale płatnik powinien za niego zapłacić. Nie ma bowiem znaczenia, gdzie pacjent jest leczony, a że powinien być leczony w ośrodku profesjonalnym, referencyjnym, świadczą dane opracowane przez zespół specjalisty krajowego, prof. Hermana, i prezesa Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, pana prof. Zegalskiego, opublikowane w „Journal Oncology” w 2011 r., gdzie porównano wyniki leczenia z trzech ośrodków – w Warszawie, Bydgoszczy i we Wrocławiu, w których pięcioletnie przeżycia w przypadku raka odbytnicy wynoszą prawie 65%, a w szpitalach nie onkologicznych pełnoprofilowych - 36%. Proszę państwa, to są konkretne dane. Te dane są takie same, jak publikowane dane z innych ośrodków. To jest dzisiaj dramat tych pacjentów.

Dramatem pacjenta jest to, dlaczego trafił do szpitala, w którym nie dano mu większej szansy wyleczenia. Dzisiaj muszą się nad tym pochylić organizatorzy ochrony zdrowia, bo pacjent tej informacji nie ma. Trzeba zmienić system. Jak go zmienić? Propozycja jest bardzo prosta. Trzeba w onkologii podjąć wysiłek pilotażowego wybrania ośrodków referencyjnych trzeciego stopnia. My na wszystkich spotkaniach mówimy o jakości, referencyjności, o wielu rzeczach, ale nie idziemy o krok do przodu. Dziś mamy konsultantów krajowych, mamy towarzystwa onkologiczne, które mają opracowane standardy, więc można dzisiaj, nawet jeżeli będzie to pewna ułomność, wybrać ośrodki w Polsce – obojętne jaką liczbę: 5, 6 czy 7, na pewno poniżej 10 – które nazwiemy ośrodkami referencyjnymi trzeciego stopnia. One wypracują dalsze standardy organizacyjne, ale płatnik zapewni w tych ośrodkach pełne finansowanie dla pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową - powtarzam, z rozpoznaną chorobą nowotworową – a nie tak, jak dzieje się dzisiaj, że ze środków publicznych do centrów onkologii wpływają duże pieniądze

– tak, jak do naszego ośrodka – a płatnik mówi, żeby pacjenta z rozpoznanym nowotworem zapisać w kolejkę. To jest dramat tych pacjentów.

Zwracam się do państwa z apelem w dwóch sprawach – już kończę moje wystąpienie. Po pierwsze, apeluję o dydaktykę, o podjęcie wysiłku państwa parlamentarzystów w sprawie Innowacyjnego Forum Medycznego. I po drugie, apeluję o pilne podjęcie działań – zwracam się szczególnie do pana ministra, który niedawno podjął wysiłek pracy przy ul. Miodowej. Proszę, żeby ten temat stał się na najbliższym posiedzeniu Kolegium Ministra tematem do dyskusji – ośrodki referencyjne w onkologii. To jest dzisiaj pilna potrzeba. Do tego nie potrzeba więcej pieniędzy, potrzeba tylko innej organizacji po stronie Ministerstwa Zdrowia i płatnika. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Mamy pogląd dotyczący działalności i struktur Centrum, Onkologii w Bydgoszczy. Oczywiście, gratuluję takiego ośrodka i takich wyników. Polska onkologia bardziej „skrzeszy” niż to pan dyrektor przedstawił.

Proponowałbym, żebyśmy w tej chwili przeszli do bardziej merytorycznych spraw związanych z onkologią. Przede wszystkim chciałbym usłyszeć informację ze strony Ministerstwa Zdrowia, dotyczącą świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, kompatybilną z potrzebami polskich pacjentów i dodatkowo z możliwościami Narodowego Funduszu Zdrowia.

Państwo posłowie otrzymali przygotowany materiał z Ministerstwa Zdrowia. Składa się on z dwóch części. Pierwsza dotyczy Ministerstwa Zdrowia, a druga - prac konsultantów w zakresie onkologii, głównie chodzi o Krajowy Rejestr Nowotworów, bo przecież najpierw trzeba wiedzieć, jak opisać ten problem, żeby się nim zająć. Szefem tego zespołu był pan prof. Zatoński i oczywiście znakomita część tego tekstu dotyczy podziału schorzeń nowotworowych na grupy, podgrupy – pięcioletnie przeżycia, sposób leczenia itd. Oczywiście, na zakończenie będzie przedstawiona informacja Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chciałbym jeszcze przywitać pana dyrektora Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, który akurat przybył na nasze spotkanie.

Panie ministrze, proszę o skrótkowe przedstawienie informacji dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii w całej Polsce. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, panie i panowie senatorowie, panie dyrektorze, szanowni państwo, panie i panowie, dziękuję bardzo za zaproszenie. Pokrótkę chciałbym przedstawić działania i realizację świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń onkologicznych, które są u nas realizowane w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz w ramach świadczeń finansowanych na bieżąco przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Odnosnie do świadczeń w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, jak wszyscy wiemy, program wprowadza, co do zasady, główne cele, takie, jak: zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory, dążenie do osiągnięcia europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, osiąganie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia chorób onkologicznych, stwarzanie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępów wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych oraz tworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach kraju.

W zakresie działań profilaktyki pierwszej fazy, w latach 2006-2011 wydano łączną sumę 4 mln zł, a na rok bieżący, 2012, zaplanowano wydatki na poziomie 2 mln 100 tys. zł. To są środki finansowe, z których głównie finansowane są działania z zakresu promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, organizacji konferencji, budowania świadomości populacji ogólnej, upowszechnianie wiedzy oraz kolportaż i dystrybucję Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, w szeregu innych działań realizowanych zarówno na poziomie centralnym, jak i bardzo modnym i nowoczesnym podejściu promocji zdrowia – w podejściu siedliskowym.

Zakres profilaktyki drugiej fazy obejmuje głównie działania z zakresu chorób nowotworowych. Tu prowadzimy program wczesnego wykrywania raka piersi, który jest dedykowany do kobiet między 50 a 69 rokiem życia. Liczba badanych – od kiedy program ten ruszył w 2006 r. – sukcesywnie wzrasta. Wystartowaliśmy z pozycji 572 tys. wykonanych badań, czyli od objęcia populacji zdefiniowanej zaledwie w 23%. I tak, sukcesywnie, z roku na rok, skuteczność tych działań się poprawia i w roku 2011 wykonano już 1 mln 113 tys. badań, co oznaczało objęcie programem 43,5% populacji. Sukcesywnie zwiększało się także finansowanie tego programu. W związku z tym, w tym roku przewidziano większą kwotę w porównaniu z latami poprzednimi.

Populacyjny program profilaktyki wczesnego wykrywania raka szyjki macicy od początku borykał się z problemem znacznie gorszej odpowiedzi ze strony populacji docelowej. I tak, rozpoczynaliśmy w 2006 r. z sukcesem na poziomie 12,7% odpowiedzi pozytywnych, czyli uczestnictwa ze strony osób objętych programem, a w zeszłym roku przebadano 803 tys. kobiet, czyli dwukrotnie więcej, co stanowiło blisko 24,5% osób zaplanowanych do badania. Przy tym trzeba zwrócić uwagę na fakt, że to są dane wyłącznie dotyczące programu profilaktycznego, natomiast badania w kierunku raka szyjki macicy wykonywane są również w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W związku z powyższym, szacuje się, że liczba osób objętych badaniem jest większa o około 15% - dotyczy to świadczeń poza systemem publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Kolejny program wczesnego wykrywania, który realizujemy, to program badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego, obejmujący osoby między 50 a 65 rokiem życia, niezależnie od wywiadu rodzinnego, osoby 10 lat młodsze, czyli od 40 roku życia, u których krewnego pierwszego stopnia rozpoznano raka jelita, oraz osoby pomiędzy 25 a 65 rokiem życia - w przypadku rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością.

Badania w 2011 r. były realizowane przez 91 jednostek w całej Polsce, a od tego roku rozpoczęto realizację tego badania profilaktycznego w ramach tak zwanych zaproszeń, czyli, analogicznie jak we wcześniejszych badaniach, zaproszeń imiennych wysyłanych do beneficjentów programu. Szacuje się, że jednostek badających będzie ponad 100 – blisko 108.

Sukcesywnie zwiększamy kwotę wydatkowania środków publicznych również na ten program. W roku 2006 wydano kwotę 11 mln 466 tys. zł, co pozwoliło wykonać 32 tys. badań kolonoskopowych i wykryć 249 przypadków choroby nowotworowej. Ta liczba sukcesywnie wzrastała i w roku 2011 r. wydano 15 mln 900 tys. zł, wykonując 40 tys. badań kolonoskopowych i wykrywając 422 przypadki raka jelita. W bieżącym roku 2012 zaplanowano na ten cel kwotę 15 mln 950 tys. zł.

Kolejny program, to program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego, ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – albo raka piersi lub jajnika, albo raka jelita grubego lub błony śluzowej trzonu macicy. Poziom finansowania tego programu wzrasta od roku 2006, kiedy wydatkowano 3,4 mln zł, do roku 2012, kiedy to zaplanowano 10 mln 800 tys. zł. Warto zauważyć, że w roku 2011 rozpoczęła się realizacja modułu trzeciego tego programu, dotyczącego wykrywania dziedzicznej predyspozycji siatkówczaka, rozlanego raka żołądka i choroby Hippel-Lindau.

Kolejnym celem programu zwalczania chorób nowotworowych jest standaryzacja procedur leczenia napromienianiem i utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej. Na ten cel wydatkowano w poszczególnych latach kwoty od 162 mln zł w roku 2006, poprzez różne finansowanie, do kwoty 127 mln zł zaplanowanej na rok 2012. Dzięki temu programowi zwiększyła się liczba chorych korzystających z metody leczenia napromienianiem z około 40 tys. w roku 1999 do 76 tys. w roku 2011, a zatem jest to blisko dwukrotny wzrost osób objętych tym rodzajem świadczenia. Skrócił się także średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia - z 8-10 tygodni w roku 1998 do 4-5 tygodni w roku 2011.

W ramach uzupełnienia i rozbudowywania infrastruktury zakupiono akcelerator. W roku 2005 mieliśmy ich w kraju 70, a 112 w roku 2011, co powoduje, że zbliżamy się do standardów europejskich, zgodnie z którymi na jeden aparat przypada 300 tys. po-

pulacji. W Polsce w zeszłym roku było do dokładnie 338 tys. populacji. Nastąpił również wzrost dostępności badań rezonansem magnetycznym, a także badań tomografii pozytronowej. W tej chwili mamy w kraju już 7 urządzeń PET... Przepraszam...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie ministrze, to są szczegółowe dane, ale pewnie ministerstwo nie ma danych dotyczących prywatnych PET-ów, natomiast my, w sejmowej Komisji, o tym wiemy. Jest ich więcej - 14 czy 15.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak. Warto zauważyć, że wzrosła dostępność świadczeń. Na przestrzeni ostatnich lat w Polsce trzykrotnie wzrosły nakłady na leczenie z zakresu świadczeń onkologicznych. Jest to wzrost nakładów na leczenie dokładnie o 337%. Między rokiem 2004 a rokiem 2012 nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia wzrosły o blisko 100%. W tym czasie o 337% wzrosły nakłady na świadczenia z zakresu leczenia onkologicznego.

Myśląc o dostępności i osiągalności świadczeń z zakresu onkologii, warto zauważyć, że wydaje się, iż ciągle w kraju mamy niewystarczającą liczbę profesjonalnie przygotowanej kadry, czyli lekarzy specjalistów onkologów. Mamy blisko 700 lekarzy wykonujących zawód onkologa, licząc łącznie onkologów leczących osoby dorosłe i hematologów dziecięcych. Szkolimy w tej chwili 237 osób z zakresu onkologii dorosłych, czyli około 250 wszystkich lekarzy, którzy są w trakcie szkolenia. Sytuacja w zakresie dostępności do świadczeń, a szczególnie czasu oczekiwania na świadczenia wydaje się jednak lepsza w zakresie onkologii dziecięcej. Tu problem nie polega na dostępności do wysoko-specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Dotyczy on raczej wczesnego wykrywania, a więc, tak naprawdę, budowania świadomości lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i braku lekarzy pediatrów w podstawowej opiece zdrowotnej, bo nie ulega dzisiaj wątpliwości, że system POZ-owski, oparty na lekarzach specjalistach medycyny rodzinnej, pod względem świadomości onkologicznej, szczególnie w przypadku dzieci, i wczesnego wykrywania, jest nieco gorszy.

Z innych spraw problemowych warto wspomnieć jedynie w przypadku onkologii dziecięcej problem – tu proszę ewentualnie o wsparcie panią prof. Chybicką – ograniczonej dostępności do programów terapeutycznych czy lekowych w przypadku nowotworów u dzieci, typowych dla osób dorosłych. Dostępność do programów terapeutycznych jest uwarunkowana dokumentowaniem badań randomizowanych, których nie ma do 18 roku życia. Najczęściej jest to kwestia dotycząca zaledwie kilku pacjentów w ciągu roku, niemniej jednak jest ona na tyle istotna, że powoduje znaczące nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. 17-latek z nowotworem wątroby nie ma dostępu do takich procedur świadczenia, które ma obywatel starszy o półtora roku.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zapytam teraz, czy jest przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, bo nikogo nie widzę... Rozumiem, że jest pan dyrektor z Centrali. Proszę o krótką informację o finansowaniu świadczeń zdrowotnych dotyczących nowotworów. Trzeba skorzystać z mikrofonu. Bardzo bym prosił o skrótową wypowiedź, bo mamy materiał, a dyskusja pewnie będzie gorąca.

Zastępca dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Śliwczyński:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, witam serdecznie. Narodowy Fundusz Zdrowia – Andrzej Śliwczyński, dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia onkologiczne zarówno w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów, czyli świadczenia chirurgiczne, które pan dyrektor szpitala wskazywał, jak i świadczenia w ramach chemioterapii, czyli przede wszystkim cząsteczki leków i programy onkologiczne. W 2011 r. na świadczenia chemioterapii wydaliśmy około 1 mld 200 tys. zł. Dochodzą do tego programy onkologiczne – około 1 mld zł. Czyli w sumie około 2,5 mld zł kosztuje Narodowy Fundusz Zdrowia leczenie lekami w ramach świadczeń chemioterapii jednodniowej, ambulatoryjnej oraz w ramach świadczeń hospitalizacyjnych.

Mamy programy terapeutyczne onkologiczne, które rozwijają się. Co roku są nowe programy. W tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia jest w trakcie podpisywania umów na drugie półrocze. W ramach chemioterapii i programów terapeutycznych finansować będziemy również te cząsteczki, które zostały umieszczone w obwieszczeniu ministra zdrowia, między innymi, w przypadku raka płuc. Wszystkie nasze działania, które zmierzają do podpisania kontraktów, powinny zakończyć się 29 czerwca. Tak więc, od 1 lipca wszystkie szpitale w Polsce powinny już mieć podpisane umowy na drugie półrocze tego roku na finansowanie świadczeń onkologicznych.

Panie przewodniczący, jeżeli będą jakieś pytania, odpowiem na nie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję za lakoniczność. Pewnie nie ucieknie pan od odpowiedzi, bo ta lakoniczność świadczy o dużej niepewności, panie dyrektorze, odnośnie do pytań.

Poprosiłbym jeszcze pana przewodniczącego Komisji Zdrowia Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pana dra Macieja Świątkowskiego, o kilka zdań z ramienia marszałka. Proszę bardzo.

Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego Maciej Świątkowski:

Panie przewodniczący, panie i panowie senatorowie oraz posłowie, panie wojewodo, panie prezydencie, szanowni państwo, szpital onkologiczny Centrum Onkologii jest perłą w koronie szpitali marszałkowskich. Dbamy szczególnie o ten szpital, między innymi, nadając mu ostatnio statut, który zawiera również pewne elementy szpitala klinicznego, a nawet instytutu badawczo-rozwojowego. Takie ma zapisy statutowe. Dbamy też o finanse tego szpitala. W latach 2007-2011 przeznaczono na ten szpital 50 mln zł z budżetu województwa.

Chciałbym podzielić się też pewną uwagą. Samorząd województwa podjął taką oto decyzję, że zamiast dofinansowywać swoje szpitale w wysokości 100-200 mln zł rocznie, utworzy spółkę Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne. Jest to kwota około 1,5 mld zł. Modernizujemy wszystkie szpitale w województwie kujawsko-pomorskim, a potem dyscyplinujemy dyrektorów, żeby nie było zadłużeń. Będziemy potem oddawać pewien dług, ale szpitale będą zmodernizowane i przystosowane do nowych warunków. Ten szpital także korzysta z tej możliwości na poziomie 50-60 mln zł. Chciałem tylko podkreślić, że dbamy też o ten szpital, a jest on naszą perłą w koronie i będziemy o niego nadal dbać. Tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za te krótkie, ale treściwe informacje, zwłaszcza w wymiarze finansowym, bo dla jednostek ochrony zdrowia mają one decydujące znaczenie, przynajmniej w tej sytuacji. Oglądaliśmy potężną inwestycję w Szpitalu Uniwersyteckim i wiemy, jakie tam są problemy. Wiemy też, jakie tam będą problemy, związane chociażby z okresem modernizacji w kontekście zderzenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Panie dyrektorze, ma pan szczęście, że pan nie ma takiego problemu, bo jakby panu przyszło remontować pół szpitala, to oznaczałoby, że „wyparuje” pół kontraktu. Jak później zasypać tę dziurę? To zadanie stoi pewnie przed rektorem i przed ministrem zdrowia – jest to bardzo poważny problem, jeśli chodzi o szpitale kliniczne. Zresztą na posiedzeniach Komisji Zdrowia, w momencie przyjmowania ustawy o działalności leczniczej, było to podkreślane.

A teraz przejdziemy do dyskusji. Otwieram dyskusję. Przypomnę, że będziemy mówić o tym, co, z jednej strony, przedstawił pan minister, a z drugiej - dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę bardzo, pani poseł Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Panowie przewodniczący, zaczynając od dzisiejszej wizyty, którą pan skomentował - w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza - chciałabym powiedzieć, że pewnie to wymaga oddzielnej rozmowy zarówno tu, w środowisku województwa, jak i na poziomie ogólnopolskim, bo występują tu dwa problemy – inwestycji centralnych i tego, jak wyglądają

finanse tego szpitala. To jest rzecz niezwykle ważna, która mówi o przyszłości tego Szpitala Uniwersyteckiego.

Natomiast, wracając do tego, co przedstawił pan dyrektor, chodzi o sprawę zapłaty za migrację. Ten temat pojawia się na posiedzeniu Komisji Zdrowia wielokrotnie odnośnie do poszczególnych województw i jako problem ogólnokrajowy, nie tylko w dziedzinie onkologii. Warto byłoby o tym powiedzieć.

Zwracam się więc z pytaniem do przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, jakie metody i jakie instrumenty zastosowali, aby pieniądze za migrację zostały zapłacone ogółem, i w zakresie onkologii, na przykładzie tego Centrum. To jest rzecz ważna.

Pan dyrektor przedstawił także sprawę skuteczności profilaktyki i wyleczalności. Myślę, że to jest oddzielny problem. Dzisiaj pewnie trudno byłoby na to pytanie odpowiedzieć, ale wydaje się, że ośrodki specjalistyczne takie, jak to Centrum, mają wyższą wyleczalność. A zatem, pytam – jest to pytanie do ministra zdrowia – czy minister planuje przeprowadzić w tym zakresie specjalną analizę, jak wygląda wyleczalność w różnych ośrodkach?

Nawiążę jeszcze do dwóch spraw. Po pierwsze - inwestowania w takie urządzenia, jak PET, na przykładzie tego ośrodka. Otrzymaliśmy informację dotyczącą wysokiego wykorzystania urządzeń w ochronie zdrowia. W jaki sposób racjonalizować wydatki na urządzenia medyczne, aby można było przeznaczyć część środków albo mieć wyższe wykorzystanie środków na same procedury, a nie tylko na sprawy dotyczące diagnostyki, bo, biorąc pod uwagę, ile jest PET-ów na terenie Polski, okazuje się, że w tym ośrodku liczba przeprowadzonych badań jest wysoka?

Odniosę się teraz do wypowiedzi pana ministra, dotyczącej szkolenia – to jest ostatnia część mojej wypowiedzi – i przygotowania lekarzy specjalistów. Jest 700 lekarzy w zawodzie, 250 się szkoli. Został przedstawiony program przez pana dyrektora Pawłowicza w resorcie zdrowia. Jakie są możliwości zrealizowania tego rozwiązania, które jest proponowane czy przedstawione jako plan działania, i pokonania wszystkich barier, które wiążą się, między innymi, ze szkoleniem lekarzy?

Poza tym, chciałabym pogratulować panu dyrektorowi tej prezentacji, bo to, jak to robicie, na przykładzie wskaźników pokazuje, że jest to doskonała placówka. Na pewno warto pogratulować tym wszystkim, którzy pracowali nad tym sukcesem, a także pacjentom, że mogą leczyć się w takim ośrodku, gdzie czas oczekiwania na świadczenie jest krótszy niż gdzieś indziej w Polsce. Myślę, że o szczegółach i innych rzeczach związanych z samym programem będziemy jeszcze rozmawiać powielekroć. Tak więc, na tym chciałabym skończyć moje wystąpienie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Katulski, później pan przewodniczący Latos, pani przewodnicząca Małecka-Libera, pan poseł Hoc, pan marszałek Karczewski. Zapraszam również do dyskusji senatorów. Proszę bardzo, panie przewodniczący.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja oczywiście bardzo się cieszę, że pierwsze wyjazdowe posiedzenie Komisji Zdrowia, i że w ogóle posiedzenie sejmowej Komisji odbywa się w Bydgoszczy, w Centrum Onkologii. Poza wszystkimi szczegółami technicznymi dotyczącymi Centrum, warto zwrócić uwagę na to – jest to ogólna uwaga – że jest to szpital, który wielokrotnie był liderem rankingu najlepszych szpitali w Polsce. Nie wieloprofilowy duży szpital uniwersytecki, tylko sprofilowany szpital onkologiczny. Wydaje mi się, że jest to szczególne osiągnięcie, tak więc miejsce jest wymarzone do tego, żeby dzisiejsze posiedzenie Komisji dotyczące onkologii przeprowadzić właśnie w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Jednak teraz przejdę do sedna mojej wypowiedzi. W prezentacji pana dyrektora Pawłowicza – moim zdaniem – dwa elementy są kluczowe i najważniejsze. Pierwszym jest to, co już było przywoływane, a więc jakość leczenia i tym samym możliwość wyleczenia pacjenta w ośrodku, który jest w stanie zapewnić kompleksowe leczenie onkologiczne. Wydaje się, że jest to kierunek, w którym trzeba dążyć. Panie ministrze, to jest właściwie mój apel, żeby tym się zająć. Moim zdaniem, ośrodki, które nie są w stanie leczyć

kompleksowo chorób nowotworowych, nie powinny właściwie mieć takiej możliwości. Jestem jak najdalej od tego, żeby administracyjnie zabraniać komukolwiek leczenia, ale - moim zdaniem - powinno być jasne, że finansowanie poprzez publicznego płatnika procedur onkologicznych powinno odbywać się wyłącznie tam, gdzie można zapewnić kompleksowość leczenia zgodną z aktualną, najnowocześniejszą wiedzą medyczną. Przecież było to jasno pokazane na jednym slajdzie. Jeśli w najlepszych ośrodkach, które leczą kompleksowo, pięcioletnie przeżycie w przypadku raka odbytnicy przekracza 60% - czy dobrze zauważyłem? - a w innych ośrodkach z całej Polski nie osiąga 40%, to, moi państwo, jest to najlepszy argument, już następnego nie musimy mieć. To naprawdę trzeba zmienić.

I druga, bardzo pozytywna rzecz w tej prezentacji. Przecież nie tak dawno zajmowaliśmy się oceną przez Komisję Zdrowia – zresztą Wysoka Izba głosowała w tej sprawie – realizacji ustawy pn. „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Zwracaliśmy na to uwagę – ja sam sprawozdawałem tę ustawę – że zbyt mało nakładów w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych przeznaczają się na dydaktykę, szkolenie, edukację. Wydaje mi się – wiemy to doskonale – że w tej chwili w Polsce edukacja w zakresie dydaktyki przeddyplomowej i podyplomowej w zakresie onkologii - przeddyplomowej szczególnie, a podyplomowej mniej – jest w rozsypce. Tak naprawdę, ta dydaktyka jest rozproszona. Wszyscy zajmują się fragmentarycznie a to chirurgią onkologiczną, i uczą studentów w zakresie chirurgii onkologicznej, a to radioterapią. Mało jest miejsc, gdzie można to zrobić kompleksowo, tak, jak leczenie. Na razie kompleksowej dydaktyki nie ma.

Wydaje mi się, że propozycja pana dyrektora, żeby to było Forum Innowacyjno-Dydaktyczne – tak to zostało nazwane; według mnie, bardzo ładnie – które będzie się zajmować – jak rozumiem – organizacją dydaktyki przeddyplomowej i podyplomowej w zakresie całej onkologii, jest wymarzona. Jeśli do tego potrzeba kilku lub kilkunastu milionów złotych wsparcia, to wydaje mi się, że jako komisje sejmowa i senacka powinniśmy zabiegać o to, żeby takie pieniądze znalazły się w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, bo one tam są. Przypomnę, że ten program od lat nie wykorzystuje wszystkich środków. Ważne jest, żebyśmy postarali się to tak zmienić. Zresztą o tym mówiliśmy, że chcielibyśmy uzyskać takie zapewnienie ze strony Ministerstwa Zdrowia, że ten program ulegnie modyfikacji. A sądzę, że pożądanym kierunkiem byłby właśnie ten, o którym mówię. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja również chciałbym wyrazić radość i zadowolenie z tego wyjazdowego posiedzenia senackiej i sejmowej Komisji Zdrowia, z obu części tego posiedzenia, zarówno tej pierwszej - wizytacji w Uniwersyteckim Szpitalu wieloletniego programu inwestycyjnego, który przecież przy głosach posłów i senatorów jest realizowany już od kilku lat, i w dalszym ciągu będzie finansowany, jak i drugiej części, niezwykle ważnej, dotyczącej problemów onkologii. Przy okazji spieszę z informacją dla pani poseł, że kwestie finansowe, również zadłużenie szpitala, były bardzo szeroko omawiane podczas tej pierwszej części posiedzenia. Między innymi, pan przewodniczący o to pytał. Uzyskaliśmy tam pełną informację, mogę więc tylko żałować, że nie wszyscy członkowie Komisji Zdrowia wzięli udział w tej pierwszej części posiedzenia.

A jeżeli chodzi o kwestie związane z onkologią, interesowałyby mnie na początek dwie sprawy. Po pierwsze, panie ministrze i panie dyrektorze, mamy wyszczególnione przez państwa na str. 11 programu terapeutyczne, które, w wyniku jednej z ustaw przyjętych w maju ubiegłego roku, przestały obowiązywać – wchodzi programy lekowe. Chciałbym zapytać o przygotowanie, zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia, do realizacji programów lekowych - tym razem nie programów terapeutycznych - tak, abyśmy odnośnie do tego, co jest wymienione w tych 12 programach plus 13, dotyczącym chemioterapii niestandardowej, wiedzieli, na ile płynnie i w jaki

sposób przejdzimy w tę realizację, jednak w jakimś sensie przez ustawę zmodyfikowaną i zmienioną.

Druga sprawa dotyczy tej ważnej informacji, którą przedstawił pan dyrektor, dotyczącej skuteczności leczenia - w sensie obliczeń i przedstawiania w formie pięcioletnich przeżyć - zaawansowanych nowotworów. Warto byłoby czegoś więcej się dowiedzieć. A więc, po pierwsze, zostały połączone trzy ośrodki – Warszawa, Bydgoszcz, Wrocław. Dobrze byłoby wiedzieć, jak to się rozkłada pomiędzy tymi ośrodkami, czy one mają bardzo podobne czy niemal identyczne wyniki. Chciałbym dowiedzieć się czegoś więcej.

Po drugie, jak to wygląda, jeśli chodzi o całą resztę, bo wkłada się tutaj wszystkich do jednego worka. Jak, na przykład, wygląda ta kwestia w Poznaniu, gdzie te tradycje są bardzo dawne, w Krakowie czy na Śląsku? Warto by się czegoś więcej dowiedzieć. To pytanie kieruję przede wszystkim do pana ministra, dlatego, że realizujemy wieloletni program w zakresie onkologii – skuteczność jest tu niezwykle ważna. W związku z tym, jeżeli część ośrodków, czy – jak się okazuje – większość ośrodków w Polsce odstaje, to warto by wiedzieć, na ile odstaje, który i dlaczego. Czy to rzeczywiście jest kwestia braku kompleksowego leczenia, sprzętu, odpowiedniej kadry, a być może i przypadku, z wyszczególnieniem ośrodków, bo takie łączenie w grupy może zamazywać ten obraz?

Na zakończenie dołączam się do gratulacji, bo rzeczywiście ośrodek bydgoski ma ustaloną renomę nie tylko w regionie, ale i w kraju. Mogę tylko się z tego cieszyć, i życzyć zarówno temu ośrodkowi, jak wszelkim innym, jak najlepszego finansowania w przyszłości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodnicząca Beata Małecka-Libera. Proszę uprzejmie.

Posel Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Ja nie jestem z Bydgoszczy, ale również bardzo się cieszę, że tutaj przyjechałam i będę mogła obejrzeć tutejsze Centrum Onkologii. Wiele słyszałam, jeszcze w poprzedniej kadencji, w rozmowach z panem senatorem, a teraz rzeczywiście chyłę czoło przed tym, co tu widzę.

Natomiast w odniesieniu do słów pana posła, mojego poprzednika, chcę tylko powiedzieć, że w porządku obrad dzisiejszego posiedzenia naszej Komisji mamy temat onkologii.

Posel Tomasz Latos (PiS):

To proszę zapytać pana przewodniczącego, bo ja mam inne informacje...

Posel Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę mi nie przerywać, panie posle.

A propos materiału, który otrzymaliśmy i tematu wiodącego, chcę odnieść się do wszystkich wypowiedzi, podsumowując je w ten sposób. Otóż, na kilku ostatnich posiedzeniach Komisji Zdrowia rozmawialiśmy o problemach onkologii, między innymi, z tytułu realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i przyjętego sprawozdania, i wszyscy byliśmy zgodni, że należy dokonać zmian w tym programie. Dlaczego? Dlatego, że jego wyniki w stosunku do oczekiwań, jakie mamy w stosunku do tego programu, nie są zadowalające. Uważamy, że wskaźniki, zarówno dotyczące wykrywalności, jak i leczenia, powinny ulec poprawie, tym bardziej, że ilość wydatkowanych pieniędzy jest z roku na rok coraz większa. Tak się stało i – w moim odczuciu – powinniśmy zrobić dwie rzeczy. Jest to również decyzja po stronie pana ministra. Powinniśmy mianowicie dokonać zmian w obszarze profilaktyki. Oczywiście, zgadzam się z panem ministrem, że z roku na rok te wskaźniki są nieco lepsze, jeśli chodzi o zgłaszalność na badania, niemniej jednak, jeżeli porównamy je z ilością wydatkowanych pieniędzy, mamy wątpliwości, czy te pieniądze są efektywnie wydawane.

I druga rzecz – czy w ramach środków finansowych, jakimi dysponujemy, nie dokonać zmian po stronie organizacyjnej. Zgadzam się całkowicie z panem posłem Katulskim, i z panem dyrektorem, że przede wszystkim powinniśmy postawić na kompleksowość opieki nad pacjentem. Z tego, co pamiętam, pan minister zdrowia Arłukowicz na pierwszym posiedzeniu Komisji Zdrowia w swoim wystąpieniu powiedział, że kompleksowa

opieka nad pacjentem jest jego priorytetem. Proponuję więc, panie ministrze, aby zacząć właśnie od onkologii.

Tutaj macie świetnie przygotowane i doskonale działające ośrodki, które wymagają wyłącznie zmian organizacyjnych. Proszę pamiętać, że w tym momencie nie mówimy o finansach, tylko o zmianach organizacyjnych, i właśnie o tym, o czym mówił pan dyrektor, czyli o referencyjności i kompleksowości. Uważam, że oprócz profilaktyki, która zawsze będzie dla mnie najważniejsza, potrzeba tej zmiany organizacyjnej powinna wybrzmieć z posiedzenia naszej Komisji Zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan marszałek Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, również chcę wyrazić swoją radość z obecności naszej Komisji w Bydgoszczy. Jechałem tu z wielkim zainteresowaniem, bo chcę obejrzeć ośrodek, który znany jest nam z prasy i przekazów telewizyjnych jako najlepszy ośrodek, wielokrotnie wyróżniany w różnych konkursach. Serdecznie gratuluję panu dyrektorowi i wszystkim tym, którzy w tym ośrodku pracują.

Przyjechaliśmy tutaj nie tylko po to, żeby obejrzeć ten ośrodek, ale i porozmawiać o problemach onkologii patrząc przez pryzmat tego ośrodka. Wiem, że ten ośrodek pracuje dobrze, że ma dobre wyniki leczenia, natomiast mamy pewne dane – nawet dziś w nocy czytałem ostatni raport OECD, w którym analizowana jest sytuacja zdrowotna i sytuacja systemów opieki zdrowotnej w Europie w krajach OECD, i zwraca uwagę właśnie na problem onkologii w Polsce, która stoi na bardzo niskim poziomie. Są bardzo długie kolejki i bardzo złe ogólne wyniki leczenia.

Zastanawiamy się, co należy zrobić z Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych. On nie przyniósł oczekiwanych efektów, ale co by się działo, gdyby tego programu nie było? On na pewno pomógł, wsparł onkologię, i to jest niewątpliwym sukcesem tego programu. Na pewno należy program modernizować, wzmacniać onkologię w Polsce.

Na marginesie powiem, że jedna z uwag z tego raportu OECD mówiła również o złym zarządzaniu szpitalami. Jestem przekonany, że nie dotyczy to akurat tego szpitala, ale widać też, jak wielki wpływ ma dobre zarządzanie szpitalem na wyniki leczenia i osiągnięte efekty.

Prosiłbym pana dyrektora o wyjaśnienie, bo nie powiedział pan o sytuacji finansowej. Powiedział pan o niepłaconych nadwykonaniach. Mam nadzieję, że niezapłacone nadwykonania – oznaczone kolorem czerwonym na wykresie – i migracja nie sumują się jako niezapłacone procedury przez Narodowy Fundusz Zdrowia, że niezapłacone są tylko nadwykonania, ale one niejako pokrywają się z liczbą leczonych pacjentów z innych regionów Polski.

Chciałbym również zapytać pana dyrektora o ośrodki referencyjne pierwszego i drugiego stopnia. Jeżeli bowiem to będą ośrodki referencyjne trzeciego stopnia, to które będą ośrodkami pierwszego i drugiego stopnia?

Natomiast jako chirurg, który operuje również jelito grube, i moi pacjenci znajdują się w tej grupie 36%, muszę się do tego odnieść. Panie profesorze, onkolodzy wielokrotnie przedstawiają ten slajd. Prosiłbym, żeby państwo mniej epatowali tymi danymi, bo ja operuję same powikłania, a państwo nie przyjmują żadnych powikłań - jelita grubego nie operujecie. Jedyne, w czym się z panem dyrektorem nie zgadzam, to ten slajd, bo wyniki, które pan podaje, dotyczą przede wszystkim operacyjnego leczenia chorych – są to operacje planowe – a my przyjmujemy chorych w trybie pilnym niedrożności, które zawsze rokują dużo gorzej.

Oczywiście, problemy onkologii to nie tylko szpitale, to również POZ. To również ustawa o zdrowiu publicznym – brakuje tej ustawy. Zachowania prozdrowotne i badania profilaktyczne to są te elementy, które powinny wpłynąć na poprawę leczenia chorób nowotworowych.

Jeszcze raz serdecznie gratulując panu dyrektorowi, czekam na obejrzenie ośrodka. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym jeszcze usprawiedliwić moje *faux pas* – jest to oczywiście moja wina. Nie przywitałem na naszym posiedzeniu wojewody kujawsko-pomorskiego, pani Ewy Mes. Bardzo serdecznie witam, i bardzo przepraszam za to *faux pas*.

Proszę bardzo o zabranie głosu pana posła Hoca, a później panią senator Chybicką.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, dzisiaj opozycja nierzadko będzie mieć w tych kwestiach podobne zdanie, a może nawet jeszcze lepsze, bo rzeczywiście wykład pana senatora, pana dyrektora... Mówi się, że najlepszą mową świata jest sukces. Panie dyrektorze, ten szpital to jest sukces, a najbardziej cieszy fakt, że zwycięzcą tego sukcesu jest pacjent, i to pacjent bardzo cierpiący. Z tego powodu jesteśmy zadowoleni, usatysfakcjonowani i gratulujemy panu dyrektorowi, załodze, władzom oraz Urzędowi Marszałkowskiemu, że szpital może tak funkcjonować i tak pięknie pomagać w tak dramatycznych i dramatycznych momentach dla człowieka bardzo cierpiącego.

Oczywiście, będę mieć kilka pytań, natomiast powiem, że dane dotyczące pięcioletniego przeżycia robią potężne wrażenie. Wydaje się, że takie dane muszą być opracowane w sposób naukowy, więc nie chce mi się wierzyć, żeby tu były popełnione jakieś wielkie nieprawidłowości, aczkolwiek jest to wskaźnik wręcz porażający w sensie pozytywnym. Jeśli wiemy, że pięcioletni okres przeżycia w przypadku chorób nowotworowych w Polsce wynosi 30-35%, podczas gdy na Zachodzie wynosi on 50-60%, to rzeczywiście bardzo odstajemy od tego poziomu. Natomiast ten wynik cieszy. I nawet, gdyby były pewne nieprawidłowości, należy z tego wyciągnąć poważne wnioski, żeby do tego celu dążyć.

W tym aspekcie będę mieć kilka pytań, przede wszystkim do pana dyrektora. Jak jest z dostępnością? Jak jest z kolejkami? Jeśli jest tak dobrze - a my wiemy z doniesień prasowych, że dostępność jest jednak ograniczana, są kolejki - czy pan dyrektor ma tutaj kolejki, czy dostępność jest dobra? Jak jest z tą dostępnością?

Druga sprawa. Bardzo ważny wskaźnik – okres oczekiwania od momentu rozpoznania histopatologicznego choroby nowotworowej do momentu włączenia nowoczesnej terapii onkologicznej. Jaki ten okres u państwa jest? Czy jest zgodny ze standardami europejskimi, czy tak, jak w Polsce, jest bardzo, bardzo długi, nawet kilkumiesięczny, co oczywiście przekreśla szansę wczesnego rozpoznania? Jest to bardzo poważny mankament, a więc błąd.

Po trzecie, dowiedziałem się z informatora, że są państwo jednym ośrodkiem w kraju, gdzie robi się badanie PET przed operacją raka żołądka. To jest metoda nie tylko innowacyjna, ale i bardzo korzystna, bo przecież wiemy, co oznacza operacja raka żołądka, najczęściej źle rokującego. Jeśli stosowana jest taka metoda, to myślę, że od razu są tego efekty. Może pan profesor mógłby powiedzieć o tym kilka zdań – bo chyba to nadzoruje pan prof. Zegarski – czy rzeczywiście jest to metoda bardzo efektywna. Jeśli tak, to powinniśmy to promować, zwrócić się zarówno do ministra zdrowia, jak i do Narodowego Funduszu Zdrowia, bo rozpoznanie raka żołądka i operacja w tym zakresie to naprawdę ciężka sprawa.

Kolejne pytanie. Jak współpracujecie ze szpitalem uniwersyteckim? Pytam, bo byliśmy wcześniej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. Była też pani dyrektor szpitala nr 2. Jak układa się ta współpraca?

Pozwolę jeszcze sobie na dygresję w kierunku pana przewodniczącego Komisji Zdrowia. Oczekuję, że pan albo prezydium Komisji Zdrowia wyjaśni, już w Sejmie, dlaczego część posłów i senatorów nie pojechała... praktycznie nie wykonywała programu naszej dzisiejszej wizyty. Tam właśnie usłyszeliśmy, że ta współpraca jest różna na różnych etapach, i nie zawsze jest wzorowa.

I następne pytanie. Czy państwo w 2013 r. „pójdą w komercjalizację”, czyli przekształcą się w spółkę prawa handlowego, czy też wszelkimi metodami... jak pan poseł Świątkowski przed chwilą powiedział, założyliście specjalną spółkę po to, żeby finansować długi. Mam nadzieję, że między innymi po to, aby w 2013 r., po roku obrotowym, naprawiać ujemny wynik finansowy i nie przekształcać szpitali w spółki prawa handlowego. Myślę, że takie macie założenia. A więc, mówiąc krótko - czy zamierzacie iść

w kierunku komercjalizacji tego Centrum Onkologii, bo wiem, że organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski?

I jeszcze raz serdeczne gratulacje. *Chapeau bas!*, panie dyrektorze, za tę modernizację, bo na tym przede wszystkim zyskuje pacjent, a to jest najważniejsze, tym bardziej, że podejmujecie kształcenie. To Innowacyjne Forum Medyczne to rzeczywiście – jak mi się wydaje – innowacja na cały kraj. Jeśli ona będzie bardzo efektywna, to warto się temu przyjrzeć, a potem to naśladować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani senator Chybicka.

Senator Alicja Chybicka:

Wielce szanowny panie przewodniczący, państwo posłowie, państwo senatorowie i przemili gospodarze z Bydgoszczy, a przede wszystkim, panie dyrektorze, naprawdę, jestem pod wielkim wrażeniem tego, co pan pokazał. Nie widziałam jeszcze Centrum „na żywo”, ale to, co przeczytałam w folderze i dostałam jeszcze w materiałach, jest imponujące. W Polsce w onkologii dziecięcej i dorosłych dokonał się ogromny postęp. Chcę zacząć raczej od pozytywnego przesłania – mianowicie, wyleczalność w przypadku nowotworów u dzieci w latach 70. była rzędu 15%, a w tej chwili jest 80%. I to wszystkie ekipy, które po kolei tym krajem sterowały, dążyły do tego, aby w onkologii dziecięcej dokonał się ten postęp. I również, z tego, co wiem, wszystkie ekipy po kolei starały się poprawić te wyniki także w onkologii dorosłych.

Chcę podkreślić jedno – w onkologii dziecięcej pięcioletnie przeżycie oznacza mniej niż zero. Bo to oznacza, że roczne dziecko będzie żyć 6 lat. Nas interesuje tylko wyleczenie pacjenta. Samo przedłużenie życia w wieku dziecięcym nie ma specjalnie sensu. Jednak – tak jak powiedziałem – teraz udaje się wyleczyć ponad 80% dzieci.

Takie są moje przemyślenia po tym, co dzisiaj usłyszałam, że oczywiście takich centrów, jak to, powinno być w Polsce więcej, i tylko takie centra powinny leczyć pacjentów dorosłych. W onkologii dziecięcej – nie uwierzą państwo – udało się nam to zrobić. Są określone centra w Polsce i – mam nadzieję, że tak jest – żadne dziecko nie trafia do innego miejsca niż takie centrum, które stawia rozpoznanie od A do Z. Nie jest jeszcze tak, że wszystkie centra posiadają oddziały przeszczepowe. Rzeczywiście, w niektórych, nawet w wielkich miastach, ich nie ma. Bardzo ważny przykład – Warszawa nie posiada centrum przeszczepowego, tylko musi kierować do innych. Jednak większość prowadzi diagnostykę ogólnoprofilową.

Tym, co się rzuca w oczy, jest to, że w onkologii dorosłych brakuje standardów. W onkologii dziecięcej jest tak, że europejski standard leczenia danego nowotworu – transferujemy to na nowotwór dorosłych, raka jelita grubego – jest przywożony najczęściej z Unii Europejskiej lub ze światowych zjazdów, a następnie przepracowany przez Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej, aktualnie zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia i obowiązuje we wszystkich tych centrach onkologii, które leczą dzieci. I tak powinno się stać w onkologii dorosłych. Natomiast ja z przerażeniem słucham, że, na przykład, we Wrocławiu, w Dolnośląskim Centrum Onkologii, mogą zastosować program X, a w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, kierowanym przez pana dyrektora - program Y, i że one się różnią. Jak w tym ma się znaleźć pacjent, który ma prawo wyboru ośrodka, który go będzie prowadzić? To powinno być jasne. I my tak mamy w naszych programach, że przychodzi dziecko, robimy badanie, takie, takie, takie i takie, i jeszcze do tego powinna być wyznaczona cena - nie od Sasa do Lasa, tylko każde z tych badań jest wycenione. Następnie jest zabieg chirurgiczny, w tym, a nie w innym dniu. Wiadomo jest bowiem, że w przypadku nerczaka zarodkowego błędem jest, jeżeli chirurg wejdzie do brzucha od razu. Stawiamy rozpoznanie na podstawie USG i jest chemioterapia. Natomiast w przypadku nefroblastomii, która jest bardzo podobna w brzuchu, najpierw otwieramy brzuch, stawiamy rozpoznanie histopatologiczne i dopiero stosujemy chemioterapię. To samo trzeba zrobić w przypadku nowotworów u dorosłych. Po pierwsze, płatnik będzie mógł wycenić dokładnie, ile procedura kosztuje. Ja widziałam też takie przeżrocza, na których pokazano, że leczenie tego samego stadium raka jelita grubego w jednym miejscu kosztuje ileś pieniędzy, a w drugim - dwa razy tyle. Toż to jest mar-

notrawstwo publicznych środków. Bo dlaczego za takiego samego pacjenta, za taki sam problem, płatnik ma płacić dwa razy tyle tylko dlatego, że ten szpital – nie wiem – jest bardziej kosztochłonny? Trudno mi ocenić, w czym jest problem. Jednak w momencie, kiedy jest standard, możliwość popełnienia błędu jest dużo mniejsza. Ja, kiedy się denerwuję w pracy, że coś nie jest tak zrobione jak trzeba, pierwszą rzeczą, którą mówię, jest to, że jest to napisane w protokole, w którym dniu, co, gdzie i jak zrobić. To, czego do tej pory brakowało płatnikowi – wielokrotnie rozmawiałam z panem prezesem Paszkiewiczem na ten temat – to kontroli jakości. Ale nie kontroli jakości w sensie certyfikatu – bo to jest bardzo potrzebne – tylko kontroli jakości w sensie wyników leczenia, czyli oceny, ilu pacjentów dany ośrodek traci, i dlaczego, ilu pacjentów przeżywa, i jaka jest wyleczalność, bo to pacjent ma być najważniejszy. Niestety, z tego, co wielokrotnie słyszałam od onkologów dorosłych, jest tak, że są ośrodki, które tracą bardzo wielu pacjentów. Być może, mają akurat bardzo trudne i skomplikowane... Oczywiście, problem tkwi w szczegółach, ale to powinien stworzyć minister zdrowia – minister Arłukowicz, wsparty teraz przez bardzo prężną i energiczną młodą kadrę. Niewątpliwie sobie z tym poradzi, bo jednym z priorytetów Ministerstwa Zdrowia jest onkologia.

To, co powinno być zrobione, to, po pierwsze, kontrola jakości przeżyciem, jakości względem pacjenta – to najważniejsze. Oczywiście, wszelkie certyfikaty to w tej chwili jest norma europejska. Przecież prędzej czy później będziemy musieli te normy spełnić, również te dotyczące warunków lokalowych, bo niektóre kliniki mają tragiczne warunki – jak ta, którą mam zaszczyt kierować, mimo tego, że ma pierwszą lokatę w kraju.

Wracając do tematu, z powodu którego żeśmy się tu znaleźli, wydaje mi się bezdyskusyjne, że projekt pana dyrektora - rozwoju w kierunku lepszej edukacji - jest jak najbardziej godny poparcia. Po prostu musimy zjednoczyć siły i prosić pana ministra, żeby to poparł w ministerstwie, żeby pieniądze na ten cel się znalazły. Co więcej, inne regiony kraju powinny pójść w ślady Bydgoszczy, bo jak młodzież będzie wykształcona, taka będzie później onkologia w naszym kraju. Taka jest prawda. Jeśli się ich dobrze wykształci w dobrym ośrodku, pokaże się dobre wzorce, to potem jest inna jakość pracy. Klinika, którą mam zaszczyt kierować, ma personel wykształcony w całości za granicą. Stwierdzam to z przykrością. Dlaczego? Bo nie było się gdzie wykształcić w naszym kraju. Naprawdę, nie było co pokazać. W tej chwili sytuacja się odmieniła, bo jest co pokazać. Dzieci, które potrzebowały badania PET, jeździły do Berlina. Jeszcze Bydgoszcz nie śniła się o PET-cie, kiedy nasi mali pacjenci mieli to badanie robione. Dlaczego? Dlatego, że zespół został wykształcony za granicą i wiedział, że trzeba zrobić badanie PET, że tomografia jest często niewystarczająca, i rezonans też. A zatem to, jak się wykształci lekarza, to jest *clou* tego, co potem dzieje się z pacjentem, i to, czy pacjent ma dane 100% szans na uratowanie swojego życia, czy nie. Wiercie mi państwo, że często drobny błąd, drobny *drag*, źle zrobione badanie lub nie takie, jak być powinno, może skutkować tym, że dziecko natychmiast straci życie, bo nowotwór u dziecka rośnie jak burza. Myślę jednak, że onkolodzy dorosłych też mnie poprą, że jest też część takich nowotworów u dorosłych, które proliferują stosunkowo szybko i też, jeśli się popełni błąd, pacjenta może to kosztować życie. A zatem, jestem bardzo „za”, i mam nadzieję, że pozostali członkowie obu Komisji również są za tym, aby to jak najszybciej powstało. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Będziemy się różnić, pani senator. Ja nie wierzę w to, że ministerstwo robi tu jakiś przełom, ale jestem opozycjonistą i mam prawo tak myśleć. Natomiast prosiłbym, ponieważ jest jeszcze kilka osób chętnych do zabrania głosu, żebyśmy jednak, doceniając to, czego dokonano tu, w Centrum, bo to jest rzeczywiście bardzo ważna rzecz, pamiętali, że w Polsce tak dobrze nie jest, jak tu mówicie. Powiem, że jest źle. Polska, jeśli chodzi o wykrywalność i przeżywalność, jest jednym z najgorszych krajów w Europie. To, po pierwsze. Dobrze, że są centra, tylko, że to są rodzinny w tym cieście, a reszta – za przeproszeniem – jest zakalcowata.

Myślę, że przed województwem kujawsko-pomorskim stoi ogromne zadanie, bo, biorąc pod uwagę polski rejestr nowotworów z 2009 r. – nie chciałem tego mówić przy go-

spodarzach – ma ostatnie miejsce ze wszystkich województw. Proszę też pamiętać o tym, że chodzi nie tylko o te spektakularne osiągnięcia – one, być może, są i satysfakcjonują lekarzy, ale nas, posłów, interesuje cały kraj. Interesują nas pewne programy, które mają wymiar zdrowia publicznego. Trzeba o tym pamiętać. Tak więc, duże zadanie stoi przed tym województwem. Sądzę, że ten ośrodek musi promieniować. Jeżeli on nie będzie promieniować w inne rejony, to tu będą świetne wyniki, a gdzieś obok ktoś tę statystykę będzie psuć. Mówimy o tym od wielu miesięcy. Tu wspomniał o tym chociażby pan przewodniczący Katulski. I mówimy, że źle jest sporządzony Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych – nie ma nic o dydaktyce, która dotyczy i studentów, i szkolenia podyplomowego, że nie wspomnę o lekarzach pierwszego kontaktu. Przecież to od nich zależy to, co się dobrego wydarzy. Lekarz ma gdzie kierować – do Centrum. Pacjent też wie, gdzie przyjdzie – do Centrum w Bydgoszczy, tylko musi wiedzieć, że jest chory nowotworowo i musi być właściwie skierowany. Jeżeli w to nie włożymy wysiłku, to kupno każdej aparatury wprawdzie poprawi wyniki leczenia... Pani senator, wyniki leczenia z lat 70. i obecnych nie są porównywalne, bo nie było wielu leków. Pani to przecież doskonale wie. Pani leczy głównie chemioterapią, a to są nowości. Natomiast rolą Ministerstwa Zdrowia, i naszą, jest stały nacisk na to, żeby trochę przeprofilować Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych właśnie w kierunku zdrowia publicznego, informacji kierowanej w dół. Taki ośrodek, jak bydgoski ośrodek pana dyrektora Pawłowicza, sam się obroni. Nie mam żadnych wątpliwości. Natomiast mniejsze miejscowości z województwa kujawsko-pomorskiego się nie obronią. Tam ta robota jest ważniejsza.

Przepraszam za tę dygresję, ale musiałem trochę schłodzić nastrój fiesty. Bardzo proszę, pan przewodniczący, senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo posłowie, senatorowie, szanowni goście, najpierw dwie smutne uwagi. Po pierwsze, Zbyszek, bardzo nam Ciebie brakuje w Senacie. Żalujemy, że już nie startowałeś, ale wiem, że kochasz onkologię bydgoską i dlatego tutaj jesteś.

A druga smutna rzecz – wizytowaliśmy jako senacka Komisja Zdrowia ośrodek pani prof. Chywickiej we Wrocławiu, i zderzenie tego, co jest w Bydgoszczy, tej infrastruktury, warunków pacjenta, z tym, co jest u pani profesor, niestety, napawa smutkiem, że dzieci we Wrocławiu mają takie, a nie inne warunki. Tamtejsze warunki są bardzo marne, więc jako senacka Komisja Zdrowia też będziemy się starać w ministerstwie o to, żeby te warunki naszym dzieciom poprawić, zwłaszcza, że ośrodek pani prof. Chywickiej jest największym ośrodkiem dokonującym przeszczepów szpiku u dzieci.

Natomiast, jeżeli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, proszę państwa, problem migracji - już wiemy - jest fatalnie rozwiązywany. Niby powstał fundusz migracyjny, ale – jak widzimy na przykładzie slajdów – on niczego nie załatwia. 60 mln zł dla ośrodka onkologicznego to jest masa pieniędzy. Ten problem musi być rozwiązany.

Następna sprawa. Zapewne niewielu z państwa pamięta, że w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych bodaj od trzech lat – pewnie pan minister Piecha mnie poprawi – jest więcej pieniędzy, dlatego, że wprowadzono 15% współfinansowania. Na przykład, jeżeli ośrodek dostaje 10 mln zł, to półtora miliona musi dać od siebie. A półtora miliona kosztuje jeden tomograf komputerowy. Jednak to współpłacenie zostało trzy lata temu wprowadzone.

Szkolenie. Jeśli chodzi o województwo, z którego pochodzę, czyli śląskie, de facto szkolenia studentów w dziedzinie onkologii praktycznie nie ma. Taka jest prawda. A to wyłącznie dlatego, że jest konflikt na poziomie rektor uniwersytetu medycznego – dyrektor Centrum Onkologii. Tak to wygląda. Zatem, pomysł Innowacyjnego Forum Medycznego bardzo mi się podoba, ale tu też dużo zależy przede wszystkim od ludzi, żeby się dogadali, bo jest to wyłącznie kwestia umów pomiędzy dyrektorem Centrum Onkologii a rektorem.

Wprowadzanie ośrodków referencyjnych jest zdecydowanie koniecznością. Prosta i zasadnicza sprawa – leczenie onkologiczne jest interdyscyplinarne. Każdy chory

z chorobą nowotworową powinien najpierw mieć określone warunki leczenia przez radio-, chemioterapeutę i chirurga, czyli komisja musi podejść do pacjenta jednoosobowo i określić, jak on ma być leczony, a nie tak, że chirurg decyduje o tym, jak ten pacjent ma być leczony. Dlatego ośrodki referencyjne muszą zaistnieć.

I jeszcze jedna rzecz, na zakończenie, bardzo istotna. W niektórych chorobach nowotworowych jeden dzień zwłoki z leczeniem zmniejsza o 1% szansę na wyleczenie. A więc, w przypadku rozpoznania *Ca* kolejek być nie może. Chorzy z rozpoznaniem *Ca* nie mogą stać w kolejce. Mogą stać z tłuszczakiem, kaszakiem, ale chory z rozpoznaniem *Ca* nie, i za to musi być absolutnie zapłacone. Tyle z mojej strony. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani senator, pan senator i później - pani poseł.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję. Panie przewodniczący, państwo parlamentarzyści, gospodarze, goście, mam okazję po raz drugi być w tym Centrum – pierwszy raz z komisją senacką w 2001 r. Dzisiaj, tak jak wtedy, jestem pod wrażeniem wizji pana dyrektora. Wtedy miał wizję, przedstawiał nam ją, a dzisiaj jest to w realizacji. Dzisiaj ma następną wizję. To centrum rehabilitacji jest oszałamiająco wspaniałe, pozostaje tylko życzyć, aby to wszystko panu dyrektorowi się udało.

Mam pytanie do pana ministra. Panie ministrze, mówimy dużo o programach profilaktycznych. One oczywiście kuleją również dlatego, że ministerstwo czy rząd nie daje tyle pieniędzy, ile powinno być. Gdybyśmy bowiem chcieli przebadac całą populację kobiet w wieku 50-69 lat, to takich pieniędzy nie ma.

Chciałabym zapytać o kobiety spoza wieku skriningowego. Czy pan minister ma wiedzę, jaki dostęp do bezpłatnej mammografii profilaktycznej i diagnostycznej mają w Polsce kobiety niebędące w wieku skriningowym, czyli między 40 a 50 lat – a liczba nowotworów piersi w tej grupie wzrasta z roku na rok – i kobiety po 70 roku życia?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan senator Gogacz.

Senator Stanisław Gogacz:

Chciałbym zapytać przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, jakie są powody, dla których brak jest zapłaty za pacjenta migracyjnego. Czy to są te same powody, dla których brak jest zapłaty za nadwykonania, czy też inne?

Pytam dlatego, że problem jest bardzo poważny, ponieważ w obszarze ubezpieczeń zdrowotnych wypracowaliśmy jednak taką wartość, jaką jest swobodny wybór świadczeniodawców przez pacjenta. Obawiam się w tym momencie – oby moje obawy były płonne – że podmioty, które nie otrzymują wynagrodzenia za pacjenta migracyjnego, będą uruchamiać różne mechanizmy zniechęcające tego pacjenta do wyboru akurat takiego, a nie innego świadczeniodawcy.

I drugie pytanie, do pana dyrektora Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Pan w swojej merytorycznej prezentacji stwierdził, że nie chciałby, aby płatnik stawiał pacjenta zdiagnozowanego onkologicznie w kolejce. Chciałbym więc zapytać pana dyrektora, czy dzisiaj pacjent zdiagnozowany onkologicznie musi stanąć w kolejce, czy jest przyjmowany na *cito* i od razu jest leczony? A jeżeli tak, to jaka jest skala tego problemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, proszę uprzejmie.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Ja również chciałabym się przyłączyć do wcześniejszych głosów. Jestem bardzo zaskoczona poziomem ośrodka. Prezentacja pana dyrektora jest naprawdę imponująca. Myślę, że wszyscy tu obecni, i wszyscy członkowie Komisji Zdrowia, również są pod wrażeniem. Powinniśmy sobie życzyć, aby tego typu ośrodków było w Polsce coraz więcej, i aby pan dyrektor – życzę mu tego z całego serca – zrealizował swoją misję do końca.

Myślę, że postulat dotyczący wprowadzenia ośrodków onkologicznych z trzecim stopniem referencyjności jest jak najbardziej słuszny i pański ośrodek powinien być jednym z pierwszych tego typu ośrodków w Polsce. Sądzę, że mamy już kilka takich ośrodków, które powinny uzyskać ten trzeci stopień referencyjności. To chyba jest też zgodne z polityką realizowaną przez Ministerstwo Zdrowia – mówił o tym minister Arłukowicz – o kompleksowym diagnozowaniu i leczeniu pacjenta onkologicznego.

Chciałabym tu poruszyć problem, o którym również mówił pan profesor, związany z migracją i powstawaniem nadwykonań. Po pierwsze, chodzi o definicję świadczeń ratujących życie. Wciąż borykamy się z tym, że, tak naprawdę, jeśli chodzi o pacjenta onkologicznego, takiej definicji nie ma. W zasadzie powszechnie się uważa, że onkologiczne świadczenia medyczne - bez wyjątku - są świadczeniami ratującymi życie, choć niektóre terapie długoterminowe mogą należeć do świadczeń planowych. Chodzi o kwestię rozliczania tych świadczeń, bo Narodowy Fundusz Zdrowia swego czasu prowadził taką politykę, że zobowiązany jest płacić za świadczenia będące świadczeniami ratującymi życie. Za pozostałe świadczenia planowe, wykonane ponad umowę, nie ma obowiązku zapłaty. Pytam w związku z tym, czy za świadczenia onkologiczne nie powinno być płacone w stu procentach?

Druga sprawa - migracji, którą tu też poruszali państwo posłowie i mówił o tym pan senator. Ja kilkakrotnie w poprzedniej kadencji zgłaszałam postulat, aby migrację rozliczać na szczeblu centralnym, nie na poziomie oddziałów NFZ-u, żeby stworzyć specjalną komórkę w Centrali, wydzielić fundusz i rozliczać uznaniowo. Jest to możliwe, ponieważ... Nie, uznając rachunki. Chodzi mi o ekonomiczny sposób rozliczenia, bo jest to kwestia sprawozdawania świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia dokładnie wie, jak wygląda bilans migracyjny w poszczególnych województwach. Oddziały wojewódzkie doskonale wiedzą, jakie świadczenia zostały wykonane na rzecz ich pacjentów przez inne ośrodki, i jakie ich ośrodki wykonały na rzecz pacjentów z innych województw. Gdyby to udało się realizować i rozliczać w Centrali, to myślę, że bardzo by to usprawniło obieg pieniądza i nie byłoby takich perturbacji, że któryś oddział odmawia zapłaty za pacjentów migracyjnych.

Jeszcze jedna bardzo ważna sprawa – mówił o tym też pan profesor. To jest kwestia sposobu rozliczania, tak zwana alokacja środków. W materiałach mamy zestawienie przedstawione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczące rozliczeń świadczeń ponadumownych i tak zwanych niedowykonań. Część ośrodków, mając zawarte umowy na określone świadczenia, z różnych powodów ich nie wykonuje. W tym momencie powstaje nadwyżka środków. Gdyby Narodowy Fundusz Zdrowia spowodował, że w tym zakresie okresowo, obligatoryjnie dokonywana jest tak zwana alokacja, to bardzo by to usprawniło i upłynniło środki. Nie byłoby wtedy środków, które są niewykorzystane, bo z jakichś powodów nie udało się zrobić alokacji.

Ostania sprawa, to – mówiła o tym pani profesor – leczenie dzieci onkologicznych. Też chciałabym zwrócić uwagę na sposób rozliczania tak zwanych ośrodków opieki długoterminowej nad dziećmi onkologicznymi. Na pewno pani profesor zgodzi się z tym – pani profesor to wie – że to są szczególni pacjenci, dla których opieka domowa świadczona przez ośrodki zajmujące się opieką domową nad dziećmi onkologicznymi jest bardzo ważna i powinna być ona bardzo skoordynowana z ośrodkiem wiodącym.

Jednocześnie powinniśmy... Tu prosba do ministerstwa, bo zetknęłam się z tym, że procedury dotyczące wyceny świadczeń w opiece domowej nad dziećmi bardzo się różnią w poszczególnych województwach. Bardzo często te ośrodki odmawiają opieki dzieciom z tak prozaicznego powodu, jakim jest stawka kilometrowa związana z dojazdem do tych pacjentów z małych miejscowości. Po prostu ta stawka jest zbyt niska, żeby można było profesjonalnie opiekować się tymi pacjentami, a wiadomo, że stawka dzienna w przypadku hospitalizacji dziecka jest wielokrotnie wyższa niż w przypadku opieki nad dzieckiem w systemie opieki domowej. Proszę więc o pomyślenie nad tym, żeby efektywnie i racjonalnie gospodarować tymi środkami i może zwiększyć środki na opiekę domową nad małymi pacjentami. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że zakończymy już dyskusję, bo czas nas goni.

Pani poseł, bardzo się cieszę z tych opinii, jednak to trzeba wdrażać - to pierwsza sprawa - natomiast nie obarczać wszystkim Centrali. To dyrektorzy oddziałów wojewódzkich mają uprawnienia dotyczące przesunięcia środków wewnątrz systemu. Zastanawiam się, skąd nagle u pani poseł tyle chęci do centralizacji. Ja, to rozumiem, ale pani poseł... Dziękuję.

Proszę bardzo, żeby pan minister krótko odpowiedział na pytania, które tu były zadawane. Wydaje mi się, że poruszyliśmy spory zakres spraw. Jednak nadal będę podzielać opinię, że trzeba się przyjrzeć Narodowemu Programowi Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Nie chciałbym wyciągać z kontekstu wyłącznie referencyjności szpitali, bo to jest jeden z elementów. Mnie interesuje opieka skoordynowana nad pacjentem, to znaczy, od momentu A, czyli w szkole, w pracy, w miejscu zamieszkania, poprzez określoną sieć, itd. Na świecie jest to zorganizowane tak, że pacjentka z rakiem piersi wie, gdzie ma trafić, i wcale nie jest pod opieką głównie takiego ośrodka, jak tutaj, w Bydgoszczy, bo tu jest ona tylko leczona wysokospecjalistycznie, natomiast jej opieką i kierowaniem po systemie musi się zająć ktoś blisko miejsca zamieszkania. To jest opieka skoordynowana. I to jest ważne, a referencyjność jest częścią tej opieki.

No i oczywiście sprawa, która jest tu podkreślona – zadanie i dla pana dyrektora, i pewnie dla Ministerstwa Zdrowia – poziom dydaktyki. Rzeczywiście, poziom dydaktyki w Polsce jest skandalicznie niski. Mamy wybitnych specjalistów i nic. Przepraszam, że tak mówię. Poziom wiedzy lekarza ogólnego, poziom wiedzy studenta o chorobie nowotworowej... Jest przygotowany na egzamin z interny, to wie, co jest z interny. Jeśli mówimy o chirurgii, to chirurgia, jeśli o laryngologii, to laryngologia, natomiast onkologia – tak mi się wydaje – powinna być określoną dziedziną medyczną, tym bardziej, że wyrasta na numer dwa w przyczynach zachorowań i zgonów w krajach wysoko cywilizowanych.

Bardzo proszę, panie ministrze, króciutko. Później - przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia. Chciałbym – bo to takie małe podsumowanie – żeby pan dyrektor powiedział jeszcze kilka słów. Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, odniosę się do kilku kluczowych kwestii, które wielu z państwa poruszało. Pierwsza sprawa dotyczy szkoleń specjalizacyjnych lekarzy i dostępu do szkoleń, bo rozumiem, że to jest ta kwestia.

Jak państwo zapewne wiedzą, ministerstwo w tej chwili już kończy przygotowanie nowego rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków. Zdecydowanie konsekwentnie będziemy dążyć do budowania modułowego trybu specjalizacji, do ułatwienia specjalizacji z różnych dyscyplin, w tym również z onkologii, a także do wprowadzania pewnych mechanizmów, które zwiększą efektywność tego kształcenia, a przede wszystkim poprawią nadzór nad jakością szkolenia specjalizacyjnego.

W pełni się zgadzam z tym, co mówił pan przewodniczący, że mamy bardzo duże dysproporcje w jakości czy kompetencji specjalistów z tych samych dziedzin w różnych miejscach kraju. A to, między innymi, wynika, w pewnym stopniu, z niedoborów finansowych i kadrowych rodzimych szpitali. Z tego względu proces specjalizacji, a szczególnie przebieg staży cząstkowych lekarzy specjalizujących się, powoduje, że nierzadko są oni zaniedbani pod względem dydaktycznym, a często wykorzystywani do funkcji, których nie powinni pełnić, na przykład, pomocniczo-sekretaryjnych, co często się dzieje. Jak wynika ze spostrzeżeń młodych lekarzy, blisko 40% z nich ma utrudniony dostęp do szkolenia specjalizacyjnego. Tak więc, ministerstwo już podejmuje intensywne działania zmierzające do poprawy tej sytuacji.

W zakresie różnic w jakości leczenia, o których państwo niejednokrotnie mówili, proszę pamiętać, że trudno definiuje się wskaźniki jakości czy efektywności leczenia onkologicznego, ponieważ są one wielowymiarowe. One zależą od bardzo wielu czynników. Jeśli chodzi o dane, które przytaczał pan profesor, posługuję się danymi Centrum

Onkologii, które sugerują, że różnice w kraju dotyczące pięcioletniej przeżywalności są na poziomie 11,5 punktu procentowego w przypadku mężczyzn, i nieco mniejszej dysproporcji w przypadku kobiet, porównując strukturę wojewódzką przeżywalności pięcioletniej. Natomiast, rzeczywiście, wydaje się w praktyce, że nie jest tu istotną kwestią zróżnicowanie terytorialne, wojewódzkie, tylko zróżnicowanie wielkości ośrodków - tych ośrodków bardzo wysokospecjalistycznych, które są wzorcowe, jak ten, i tych, w których wyleczenie jest jednym z elementów szerokiego spektrum leczenia i gdzie, być może, zarządzający takim ośrodkiem niedostatecznie koncentrują się na wspieraniu jakości leczenia onkologicznego. Czyli, bez wątpienia, potrzebujemy podjęcia działań w kierunku ustanowienia pewnej standaryzacji w kraju - o czym mówiła pani prof. Chybicka - wprowadzenia wspólnych procedur i oczekiwania pewnej struktury jakości.

Jak państwo wiedzą - nie jest to tajemnicą - od pewnego czasu ministerstwo pracuje nad ustawą dotyczącą jakości opieki zdrowotnej. Bez wątpienia implementacja standardów w kraju będzie tą drogą, która pozwoli wyrównać jakość leczenia - w znaczeniu pozytywnym - czyli podnieść poziom jakości leczenia w ośrodkach, w poszczególnych miejscach.

Warto też zwrócić uwagę na to, że na pięcioletnią przeżywalność wpływa także stan zaawansowania choroby; nie jest to tylko kwestia jakości leczenia w samym ośrodku leczenia onkologicznego. Jest to też kwestia skuteczności mechanizmów wczesnej identyfikacji osób chorych i kierowania ich do ośrodków właściwych do potwierdzenia diagnostyki. Zatem, mówimy tu o nierówności w dostępie do świadczeń w kraju, i to nie do świadczeń wysokiego stopnia referencyjności, a przede wszystkim dotyczących świadomości lekarzy świadczących opiekę podstawową.

Padają jeszcze pytania dotyczące zmian w obszarze profilaktyki i kompleksowości leczenia onkologicznego. Wydaje się, że podejmujemy wiele działań z zakresu profilaktyki, szczególnie profilaktyki pierwszej fazy. Należy jednak pamiętać, że nie leży to ostatecznie i wyłącznie w gestii Ministerstwa Zdrowia, bowiem profilaktyka pierwszej fazy, czy edukacja zdrowotna - a, mówiąc najszerzej, promocja zdrowia - jak postulują wszystkie dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia, musi być działaniem międzysektorowym, a więc tutaj nie możemy mówić o polityce zdrowotnej państwa, tylko o prozdrowotnej polityce publicznej. Te działania dotyczą praktycznie wszystkich sektorów państwowych, a zatem, musimy tu budować - przepraszam za nieładne sformułowanie - transsektoralność podejścia do prozdrowotnej polityki publicznej.

Pan marszałek Karczewski był uprzejmy posłużyć się - jak zrozumiałem - skrótem myślowym, mówiąc, że Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych nie przyniósł skutków. Przyniósł skutki, bez wątpienia. Być może, oczekiwania były większe niż udało się zrealizować.

Nie chciałbym być postrzegany - jak mówi pewien brytyjski slogan - jako człowiek jednej z dwóch kategorii: ludzi szklanki w połowie pustej lub ludzi szklanki w połowie pełnej. Ja raczej pozytywnie odczytuję tę progresję i wzrost sukcesów tych programów, które podejmujemy, bo, rzeczywiście, z roku na rok coraz większa część populacji objęta jest tymi badaniami, i uzyskujemy ewidentne, wymierne efekty. Po pierwsze, umieralność z powodu raka szyjki macicy w naszym kraju się zmniejsza. Po drugie, sukcesywnie poprawiamy dostępność do leczenia. Po trzecie, wyposażyliśmy centra leczenia w nowoczesną aparaturę, która już nie odbiega od standardów europejskich tak znacząco, jak 20 lat temu. A zatem, są ewidentne postępy w leczeniu.

Rzeczywiście, istnieje konieczność zastanowienia się nad dopasowaniem programu albo jego doprecyzowaniem w niektórych obszarach. Państwo słusznie zwracają uwagę na konieczność poprawienia działań z zakresu edukacji i promocji zdrowia. Jednak odnośnie do postulatów, które się tu pojawiły, dotyczących finansowania świadczeń edukacji przeddyplomowej, proszę pamiętać, że leży to w gestii wspólnej, ale w większym stopniu po stronie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Nie tak dawno weszły nowe standardy nauczania dla kierunków lekarskich, do których rodzime uczelnie teraz się dostosowują.

Zerkam na nasze notatki. O szkoleniach lekarzy i programach profilaktycznych mówiliśmy. Odnośnie do opieki domowej i wyceny świadczeń, powiem, proszę państwa, że

nie ulega wątpliwości, iż znajdujemy się obecnie w sytuacji konieczności podejmowania działań zmierzających – jak zapowiada pan minister Arłukowicz – do zmian w zakresie organizacji czy struktury rodzimego systemu opieki zdrowotnej. Bez wątpienia, dotychczasowa formuła NFZ-u będzie wymagać modyfikacji. W związku z powyższym, mamy nadzieję, że będzie możliwe sformułowanie takiej metody prawnej, która pozwoli na wycenę świadczeń, w tym również tych, o których mówiła pani poseł, leczenia domowego, w sposób niezależny od płatnika. Trudno jeszcze mówić, jaka to będzie formuła prawna, ale bez wątpienia stoimy przed takim wyzwaniem.

Padło jeszcze pytanie dotyczące przygotowania do terapii lekowych. O odpowiedź poproszę pana naczelnika...

Senator Dorota Czudowska:

Jeszcze było pytanie o mammografię grup pozaskriningowych.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak - mammografia grupy pozaskriningowej. Wiek w programie został przyjęty na podstawie danych epidemiologicznych największej zapadalności. To wynika z kryteriów włączania każdego testu skriningowego, żeby on miał sens...

Senator Dorota Czudowska:

Ale my to wiemy, panie ministrze, tylko kobiety...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani senator, ja wiem, że pani w gościnnej konwencji, ale utrzymujmy pewien porządek. Może najpierw pan minister, a później pani uzupełni pytanie. A jeżeli odpowiedź nie będzie wyczerpująca, pan minister zawsze może odpowiedzieć na piśmie. Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Co się dzieje z tymi kobietami? - pytała pani senator. One mają dostęp do świadczeń w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że pan minister, ewentualnie po analizie tego pytania, w kuluarach albo pisemnie, spróbuje odpowiedzieć pani senator.

Proszę uprzejmie, pan dyrektor. Proszę się przedstawić do protokołu.

Główny specjalista w MZ Tomasz Kuleba:

Tomasz Kuleba – Ministerstwo Zdrowia. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, odnosząc się do pytania postawionego przez pana posła Latosa, dotyczącego stanu zaawansowania zawierania umów w zakresie programów terapeutycznych – obecnie nowych programów lekowych – a także chemioterapii, powiem, że w chwili obecnej już są wydane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzenia. Już w maju został rozpoczęty proces kontraktowania albo anektowania umów o udzielanie świadczeń. W różnych oddziałach wojewódzkich różnie to wygląda. Do Ministerstwa Zdrowia cyklicznie spływają raporty na temat stanu zaawansowania zawierania umów i do chwili obecnej nie odnotowano żadnych problemów w kontraktowaniu świadczeń, tudzież w anektowaniu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Pewnie pana posła Latosa to niezadowoli, ale sądzę, że będzie to tematem innych debat, ponieważ jest to kwestia wyraźnego podziału kompetencji ministerstwa i obwieszczenia. Czy gotowe są wszystkie obwieszczenia dotyczące leków refundowanych, w myśl nowej ustawy o refundacji leków, bo jeśli nie, to trudno zakontraktować coś, co nie istnieje w sensie prawnym? Myślę, że będzie to przedmiotem naszych dociekań i badań, bo takie postulaty na posiedzeniach prezydium i Komisji już były. Zaręczam, panie ministrze, że my tego tematu nie odpuścimy.

Panie dyrektorze, proszę uprzejmie.

Dyrektor Centrum Onkologii w Bydgoszczy dr Zbigniew Pawłowicz:

Państwo przewodniczący, szanowni państwo, po pierwsze, po raz kolejny chciałbym serdecznie podziękować państwu za to, że państwo są teraz w tym miejscu i za te wszystkie

słowa, na które ja nie zasłużyłem – zasłużyła moja załoga. Te wszystkie słowa, które skierowali państwo pod moim adresem, odbieram dla mojej załogi. To jest grupa prawie tysiąca wspaniałych ludzi, którzy 16 lat temu, w tej sali mi zawierzyli. I za to im w tym miejscu również dziękuję.

Proszę państwa, przechodząc *ad rem*, odniosę się do zadanych pytań. Panie marszałku, jako chirurg, rozumiem pana. Ja te dane przytoczyłem, a zebrał je konsultant krajowy i opublikował. To, po pierwsze.

Po drugie, w nawiązaniu do przeszłości, już prof. Nowacki, kiedy był szefem konsultantów krajowych, publikował podobne dane, jeśli chodzi o Centrum Onkologii w Warszawie. W piśmiennictwie te dane nie odbiegają od piśmiennictwa europejskiego. Kraje bogatsze od nas wcześniej podjęły inną organizację onkologii - nie będę mówił, jaką, po prostu inną - żeby tę dysproporcję zmniejszyć.

Następna sprawa - pytania kierowane pod moim adresem odnośnie do dostępności do leczenia w tym ośrodku. Proszę państwa, ja w swojej wypowiedzi używałem czasami słowa „dramat”. To jest dramat nie tylko pacjenta, ale i lekarza, bo ja nie mogę mojemu lekarzowi powiedzieć, mimo że prawo mi nakazuje, że ma on przyjmować w danym mieście 1/12 pacjentów, bo tak wynika z kontraktu. Stąd biorą się te nadwykonania.

Do tej pory, czyli do roku 2009, dochodziliśmy do pełnego porozumienia z oddziałem kujawsko-pomorskim odnośnie do migracji. I jeżeli pozostawało 5-6 mln zł niezapłaconych świadczeń, w ogóle nie podejmowaliśmy tematu. Coś się stało w województwie kujawsko-pomorskim w 2010 r., że de facto tak zwane nadwykonania wynosiłyby 45 mln zł – tyle, ile migracje – ale ublażałem wtedy obecną panią marszałek, a wtedy ministra zdrowia, która była tu 12 listopada, żeby przekazała prezesowi Funduszu, żeby z rezerwy dał 19 mln zł, bo w 2010 r. zaczęlibyśmy limitować świadczenia w tym ośrodku, co byłoby skandalem i dramatem – obojętne, jakiego określenia byśmy użyli. Tu weszły ogromne pieniądze publiczne. To, co widać, jest stworzone za nasze pieniądze.

Wracając do dzisiejszej rzeczywistości, powiem, że w 2011 r. - siedzący tu przedstawiciele samorządu województwa kujawsko-pomorskiego to wiedzą - po raz pierwszy Centrum Onkologii ma ujemny wynik finansowy; myśmy się nie zbilansowali. Ale jednocześnie - dopowiadam panu posłowi - nie chcemy być spółką prawa handlowego, bo uważamy, że nasza organizacja, nasza misja leczenia pacjentów onkologicznych jest misją publiczną, a nie misją spółki, chociaż bardzo mocno mówimy, że koszt, efekt i nakład muszą się bilansować, że dokładnie liczymy każdą główkę, ale nie chcemy być spółką prawa handlowego.

Jeśli chodzi o dostępność – o co pytał mój kolega senator – to, proszę państwa, dlaczego powstają nadwykonania? Dlatego, że mimo wszystko nie limitujemy świadczeń. Dziś każdy z naszych lekarzy pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową, potwierdzoną histopatologicznie, stara się przyjąć w trybie pilnym, chociaż takiego trybu w onkologii nie ma. W radioterapii, gdzie dzisiaj kolejki są najdłuższe, są to kolejki dwu-trzytygodniowe. Jednak oświadczam, proszę państwa – przepraszam, panie dyrektorze, bo pan jest krótko dyrektorem oddziału Funduszu, ale nie kieruję tego w pana stronę – że te kolejki nie wynikają z tego, że nie jesteśmy w stanie zagwarantować świadczenia temu pacjentowi, tylko z tego, że ten pacjent mieszka 100 czy 200 km od Bydgoszczy, i on czeka na łóżko. A nie mogę go położyć w hotelu „Pozyton”, gdzie doba hotelowa kosztuje 150 zł, a doba w oddziale radioterapii – osobodzień – kosztuje 360 zł. Jako senator, przegrałem w 2010 r. debatę z ówczesnym prezesem Funduszu. Jest to moja osobista porażka. Pan marszałek był świadkiem tego, jak ostra była dyskusja z prezesem. Prezes udawał, że nie ma takiego kodu i nie można położyć pacjenta w hotelu „Pozyton”, i nadal to trwa. I z tym wiąże się dzisiejszy apel do państwa, żeby dyrektorowi oddziału dać szansę rozwiązania tego problemu, bo odpowiedzialność za tego pacjenta w hotelu „Pozyton” nadal my ponosimy, bo ten pacjent kładzie się za swoje pieniądze, proszę państwa. Wychodząc temu pacjentowi naprzeciw, bierzemy od niego 50% tej kwoty – 75 zł, bo coś musimy wziąć, ponieważ nie jesteśmy w stanie go sponsorować. Jeśli powiemy, że to jest za darmo, to wszyscy się położą, ale pewna grupa pacjentów nie jest w stanie zapłacić nawet 75 zł. To jest dramat tych ludzi. I na tym polega dostępność.

Natomiast wracam do pytania pana posła odnośnie do PET-a, za co dziękuję, bo ten mój PET to jest „wybryk” w medycynie nuklearnej sprzed 10 laty, co powiedziałem miesiąc temu na kongresie medyków - że chirurg z fizykiem zainstalowali pierwszego PET-a w Polsce, a nie medycy nuklearni. Chcę więc powiedzieć, że PET w Bydgoszczy, wykonujący dziś prawie 5 tys. badań rocznie, zmienił w ogóle standard leczenia. Za chwilę zaprosimy państwa do małego *view* naszego ośrodka. Wejdziemy na oddział chirurgii i prof. Zegarski, tu siedzący, powie o raku żołądka – nie będę zabierać mu chleba. Szanse przeżycia pacjentów po totalnej resekcji żołądka... Bo jedynym sposobem jest totalna resekcja i szeroka limfadenektomia, gdzie najpierw zostanie określone położenie wszystkich węzłów pacjenta, a nie chirurg ich szuka po omacku, mimo umiejętności i „złotych rączek”. Musi to zrobić aparat. To jest leczenie ziarnicy – kieruję to w stronę pani profesor. Nie można dzisiaj podjąć terapii pewnych schorzeń bez diagnostyki PET. Dzisiaj w raku piersi, w raku jelita grubego, diagnostyka PET jest podstawowa, ale idziemy dalej.

Jestem przekonany, że za dwa lata wybudujemy Innowacyjne Forum Medyczne. Jestem przekonany, panie przewodniczący, iż pańska pozycja spowoduje, że odbędzie się kolejne posiedzenie obu Komisji i zaprezentujemy dwie piękne inwestycje. Pierwszą, którą realizuje samorząd województwa, czyli Park Aktywnej Rehabilitacji i Sportu, i drugą, z państwa inicjatywy - Innowacyjne Forum Medyczne, a my wtedy pokażemy coś jeszcze nowszego, nad czym w tej chwili pracujemy, czyli personalizowaną onkologię. Dziś, w tej chwili, w Jerozolimie, przedstawicielka Centrum Onkologii z przedstawicielami samorządu, w dużej delegacji, przedstawia nasze rozwiązania - we współpracy ze Stanami Zjednoczonymi - personalizowanej chemioterapii. I na to spotkanie już państwa zapraszam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo za zaproszenie. Pozwolę sobie zakończyć dzisiejsze posiedzenie Komisji. Myślę, że wyciągniemy z tego wnioski. Cieszę się, że pan dyrektor ma takie plany przyszłościowe, natomiast musimy też pamiętać o podglebiu, czyli chodzić po ziemi, pamiętając, że jest wiele do zrobienia, niestety, w obszarach najprostszych. Dobrze, że są takie gwiazdy – mówiąc wprost – które mogą wskazywać drogę, natomiast przed nami potężna praca organiczna. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.