

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 196)**

z dnia 7 maja 2015 r.



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 196)

7 maja 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Czesława Hoca (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, na posiedzeniu zwołanym w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu, zrealizowała następujący porządek obrad:

### – „W sprawie realizacji przepisów dotyczących tzw. pakietów kolejkowego i onkologicznego”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Warczyński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Milena Szuchnik** starszy specjalista w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Anna Banaszewska** dyrektor zarządzający Polskiej Federacji Szpitali, prof. dr hab. n. med. **Jacek Fijuth** przewodniczący Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego wraz ze współpracownikami, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia ze współpracownikiem, **Marek Jędrzejczak** wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Romuald Krajewski** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej ze współpracownikiem, **Agnieszka Krzyżanowska** ekspert Pracodawców RP, prof. dr hab. n. med. **Tadeusz Pieńkowski** prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, **Agata Polińska** wiceprezes Zarządu Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA oraz **Krystyna Wechmann** prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki.

W posiedzeniu udział wzięli lobbysta **Wojciech Wiśniewski** z Viewpoint Group.

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

### Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dzień dobry.

Otwieram posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia, zwołane na podstawie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu RP, w aspekcie tak zwanych pakietów onkologicznego i kolejkowego. W uzasadnieniu grupa posłów napisała, że realizacja tych przepisów pokazuje, iż system opieki nad pacjentami onkologicznymi był wprowadzony pośpiesznie a, w związku z tym, zawiera liczne nieprawidłowości i niedociągnięcia. Między innymi, po pierwsze – według środowisk medycznych usprawnienia wymaga system wypełniania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, tak zwana karta DiLO.

Po drugie – istotny problem wywołało przeznaczenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia znacznej ilości środków na procedury w ramach pakietu. Trudności z rozliczeniami doprowadziły do tego, że szpitale realizowały część procedur poza pakietem, co powoduje w niektórych jednostkach wielokrotne przekroczenia kontraktów w części limitowanej.

Po trzecie – brakuje procedur dla chorych po zakończonym leczeniu. Są oni traktowani gorzej niż pacjenci w trakcie leczenia onkologicznego.

Po czwarte – kontrowersje wywołuje też wymóg organizacji konsyliów w każdym przypadku.

Po piąte – niewiele kart DiLO wydanych chorym, którzy diagnostykę i leczenie rozpoczęli przez 1 stycznia 2015 r., zostało rozliczonych przez NFZ w ramach pakietu. Przez pierwsze dwa tygodnie obowiązywania ustawy nie wystawiano kart, ponieważ system nie działał sprawnie i te osoby nie trafiły do rozliczeń w ramach pakietu.

Również bardzo istotną sprawą jest to (dodam od siebie), że nadal są limitowane świadczenia w opiece hospicyjnej. Można powiedzieć, że obecnie hospicja umierają. Ponadto, w marcu 2015 r. zarządy siedmiu naukowych towarzystw onkologicznych oraz konsultanci krajowi w dziedzinie onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej i patomorfologii wystosowali list do pani premier Ewy Kopacz oraz do pana ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza a także – do pana prezesa NFZ Tadeusza Jędrzejczyka, że są wysoce zaniepokojeni funkcjonowaniem tego pakietu i żądali odpowiedzi.

Z tego, co wiem, odpowiedź do tej pory nie przyszła.

Jeszcze raz witam serdecznie wszystkich przybyłych, a więc wszystkie panie posłanki i panów posłów. Witam pana ministra Warczyńskiego, przedstawiciela Ministra Zdrowia, witam prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Tadeusza Jędrzejczyka. Witam panie z sekretariatu Komisji Zdrowia oraz wszystkich zaproszonych gości.

Otwieram dyskusję, prosząc o głos pana ministra Warczyńskiego, w aspekcie, o którym powiedziałem wcześniej.

### **Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:**

Dziękuję bardzo.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, zbliżę się do państwa...

Chciałbym za prezentować państwu naszą analizę, którą sporządziliśmy nieco przedwcześnie. Dlaczego tak stwierdzam? Dlatego, że całkowita sprawozdawczość dotycząca systemu ochrony zdrowia napływa mniej więcej z półtoramiesięcznym opóźnieniem. Wobec tego, te informacje, które państwu przekażę, pochodzą z drugiej połowy marca.

Uważamy, że – aby w pełni i obiektywnie ocenić pakiet onkologiczny – należy takiej pierwszej dogłębnej oceny dokonać po pół roku funkcjonowania tego pakietu. A właściwie, nie tyle należy, ile można jej wtedy dokonać w sposób obiektywny. Niemniej jednak, ze względu na zainteresowanie tymi zagadnieniami, między innymi Komisji (zresztą, trudno się temu dziwić) przygotowaliśmy tę analizę, którą dzisiaj pozwolę sobie państwu zaprezentować. To jest nie tylko analiza, ale i krótkie przypomnienie wszystkich zasad i organizacji samego pakietu onkologicznego. W drugiej części powiem również o tym, jak funkcjonuje ta część zmian, którą nazywamy pakietem kolejkowym, w przypadku którego ta ocena powinna być dokonana akurat po roku jego funkcjonowania. Jednak taka pierwsza ocena będzie dokonana po półrocznym okresie.

Z tego względu, że wszystkie te zmiany zaczęły funkcjonować i obowiązywać od 1 stycznia, ocenianie po tak krótkim czasie nie może być prawidłowe i obiektywne.

Jak mówiłem, chciałbym zacząć mówić o pakiecie onkologicznym. Ponieważ często pojawia się pytanie, dlaczego onkologia stała się tą pierwszą częścią, którą objęła reforma organizacyjna, odpowiem, że z oczywistych względów (przynajmniej dla lekarzy), ale wynika to z dwóch podstawowych faktów. Mianowicie, o dobrych efektach leczenia onkologicznego można mówić w przypadku, kiedy mamy do czynienia z szybką diagnozą i odpowiednio wcześniej podjętym leczeniem. I im wcześniej te dwa warunki są spełnione, tym lepsze mamy efekty kliniczne. A również – co istotne – minimalizujemy koszty całego leczenia a, w związku z tym, więcej pieniędzy możemy przeznaczyć na leczenie większej liczby przypadków.

Po prawej stronie widzą państwo odzwierciedlenie tych faktów, o których mówię. Jeżeli chodzi o współczynnik rzeczywisty zgonów na 100 tys. ludności, na górze widzą państwo czerwoną kreskę, która obrazuje ten współczynnik dotyczący układu krążenia. Patrząc od dołu, trzy prawie poziome, ale jednak opadające do dołu kreski, obrazują współczynniki inne niż dotyczące układu krążenia i nowotworów, bo to są przyczyny zewnętrzne – układ oddechowy, układ trawienny. Niebieska kreska obrazuje, że w przypadku nowotworów ten współczynnik utrzymuje się na stałym, na razie niezmiennym się zbyt poziomie. Jest to kolejny powód tego, że zaproponowaliśmy leczenie koordynowane w zakresie onkologii.

Jeżeli spojrzymy na Krajowy Rejestr Nowotworów i porównamy rozkład częstości zachorowań oraz rozkład częstości zgonów to zobaczymy, że najczęstsze są nowotwory

złośliwe oskrzela i płuca. Na drugim miejscu jest nowotwór złośliwy piersi a na trzecim – gruczołu krokowego.

Jeżeli chodzi o częstość zgonów to ten rozkład się zmienia. Na pierwszym miejscu nadal pozostaje nowotwór złośliwy oskrzela i płuca, ale na drugim jest nowotwór złośliwy jelita grubego a na trzecie miejsce przesuwa się nowotwór piersi.

Równie istotnym i ważnym elementem są wydatki na obszar onkologii, które w Polsce wynoszą ponad 6 mld zł (to jest 6,3 mld zł) i, co bardzo istotne, stanowią one 6% całkowitych wydatków na zdrowie. Jak widzimy na wykresie, jest to proporcja porównywalna z pozostałymi krajami Unii Europejskiej. Tak więc, proporcjonalnie wydajemy na onkologię tyle samo co w Wielkiej Brytanii i więcej niż we Francji czy w Norwegii – oczywiście, proporcjonalnie a nie w kosztach całkowitych.

Założenia pakietu onkologicznego. Te założenia są zgromadzone w dwóch grupach. Pierwsza grupa to jest to, co jest realizowane w tej chwili w pakiecie onkologicznym a więc założenia dotyczące skrócenia diagnostyki do dziewięciu tygodni, wprowadzenie kompleksowości leczenia i zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie. I drugi etap, który czeka nas po analizie, o której mówiłem, czyli po pierwszym półrocznym funkcjonowaniu pakietu onkologicznego, to jest wprowadzenie audytu monitoringu a potem wymogów jakościowych, o czym trochę szerzej pozwolę sobie powiedzieć później.

Pakiet onkologiczny opiera się na ścieżkach diagnostycznej, leczniczej a później – obserwacyjnej pacjenta. Idealną ścieżką jest wędrówka pacjenta a właściwie prowadzenie pacjenta... Ponieważ, jak wspominałem, jest to opieka koordynowana, znikło ryzyko, że pacjent na którymkolwiek poziomie opieki będzie pozostawiony sam sobie. Ta opieka polega na tym, że droga od podstawowej opieki zdrowotnej poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne i z powrotem do opieki ambulatoryjnej a, w idealnym rozwiązaniu – do podstawowej opieki zdrowotnej, odbywa się w sposób kontrolowany i zorganizowany tak, że pacjent jest prowadzony za rękę przez wszystkie etapy diagnostyki, leczenia i obserwacji.

Zatem, najlepszy jest model, który prowadzi od POZ, gdzie pacjent w przypadku podejrzenia nowotworu ma wstępne badania diagnostyczne w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej. Przypominam, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej został wyposażony w dodatkowe możliwości diagnostyczne, nie tylko w obszarze onkologicznym, ale również w obszarach innych chorób, w tym przewlekłych. W przypadku podejrzenia takiego nowotworu pacjent jest kierowany do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Oczywiście, w zależności od tego podejrzenia kierowany jest do specjalistów, nie tylko onkologów, ale też neurochirurgów, chirurgów, ginekologów czy urologów, w zależności od umiejscowienia i podejrzanego choroby nowotworowej.

Lekarz POZ za każde wypełnienie karty i skierowanie pacjenta na ścieżkę onkologiczną jest odpowiednio gratyfikowany. Dostaje wynagrodzenie w zależności od wskaźnika, który reprezentuje to wynagrodzenie. Waha się ono od 14 zł przypadku złych efektów do ponad 100 zł w przypadku, kiedy ta czujność onkologiczna jest wysoka i prawidłowa.

Po wystawieniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjent trafia do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie realizowana jest wstępna diagnostyka. Tam mamy nowe produkty i nowe rozwiązania, które dedykowane są wyłącznie ścieżce onkologicznej. Tam mamy stosowne stawki ryczałtowe, które są różnicowane w zależności od umiejscowienia nowotworu.

Na poziomie wstępnej diagnostyki, po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego, pacjent kierowany jest na diagnostykę pogłębioną, która określa stadium rozwoju nowotworu, jego umiejscowienie, rozległość czy też występowanie przerzutów lub ich brak. Tu w zakresie finansowania mamy dodatkowe pakiety ryczałtowe.

Pokazując następne slajdy powiem więcej na temat tych pakietów.

Oczywiście, kolejnym krokiem po diagnostyce pogłębionej jest pierwsza terapia. W związku z tym, pojawiają się kolejne dwa istotne elementy pakietu onkologicznego a mianowicie: konsylium i koordynator opieki.

Podstawowymi zadaniami konsylium jest ustalenie rodzaju terapii, terminów kontynuacji leczenia a koordynator jest odpowiedzialny za udzielenie informacji pacjentowi oraz zadbanie o to, by te świadczenia były wykonywane w określonych, zaplanowanych

terminach. Później, jeżeli jest to potrzebne, mamy kolejne terapie, po czym pacjent dochodzi do końca leczenia w ramach sieci onkologicznej i przekazywany jest do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zależności od rozwoju nowotworu, na leczenie uzupełniające lub badania kontrolne.

Oczywiście, idealnym zakończeniem tej ścieżki jest powrót pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który – jeżeli tego wymaga obserwacja – wspólnie z lekarzem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przeprowadza właściwe badania kontrolne i, jeśli jest to potrzebne, stosuje leczenie uzupełniające.

Na tym slajdzie, „w pigułce”, są przedstawione wszystkie te rzeczy, o których wcześniej mówiłem a więc cała ścieżka onkologiczna od podejrzenia nowotworu do obserwacji po leczeniu, wraz z nowymi produktami finansowymi i tam, gdzie są nowe warunki. Jest to przedstawione na dole slajdu...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Panie przewodniczący, czy mogę z wnioskiem formalnym?

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Za chwileczkę pan minister dokończy...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Ale, ja mam wniosek formalny w związku z wystąpieniem ministra.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dobrze.

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, my się na coś umówiliśmy. Zadaliśmy określone pytania.

To nie jest seminarium, panie ministrze.

W dodatku – i o tym będę szczegółowo mówić – to jest czysta manipulacja. W związku z tym, proszę nam nie mówić, jak wygląda pakiet onkologiczny, bo nikt na ten sali nie jest nieświadomy. My chcemy rozmawiać o podsumowaniu, liczbach i doświadczeniach.

W związku z tym, proszę maksymalnie skrócić swoją wypowiedź koncentrując się raczej na tym, co zostało panu zadane.

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję.

Proszę kontynuować, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Dziękuję bardzo.

Proszę panią poseł o cierpliwość – za chwilę przejdziemy właśnie do tych rzeczy, o których pani poseł mówi...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Bardzo proszę kontynuować, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Po to, żeby usprawnić finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która – przypomnam – jest realizowana całkowicie bez limitów finansowych, utworzono dwadzieścia siedem pakietów diagnostyki wstępnej i siedemnaście pakietów diagnostyki pogłębionej. Ponadto osobno finansowane jest konsylium. Jednocześnie przypomnam, że Jednorodne Grupy Pacjentów finansowane są w niezmienny, choć bezlimitowy sposób rozliczeń i na niezmiennym poziomie.

Kolejna istotna informacja jest taka, że wycena procedur napromieniowania również pozostała na niezmiennym poziomie, natomiast szczegóły zmian dotyczące finansowania hospitalizacji w radioterapii mają państwo tu przedstawione. Porównanie tych dwóch obszarów w przypadku opieki specjalistycznej i ambulatoryjnej mają państwo przedstawione po prawej stronie tego slajdu.

Na kolejnym slajdzie są pokazane szczegóły finansowania pakietu w zakresie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym. To, co chcę podkreślić, to informacja, że finansowanie wszystkich leków stosowanych w chemioterapii pozostało na niezmiennym poziomie w porównaniu z czasem sprzed pakietu onkologicznego. Jednocześnie chciałbym przypomnieć, że ta ścieżka od podstawowej opieki zdrowotnej do obserwacji po leczeniu może wyglądać różnie. Mianowicie, pacjent może być przekazywany z podstawowej opieki zdrowotnej bezpośrednio do szpitala, wtedy, kiedy to jest wymagane. Oczywiście, może być też przekazywany bezpośrednio z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do szpitala na diagnostykę pogłębioną, czy też cała ta ścieżka może się zamknąć w leczeniu szpitalnym. Ta ścieżka objęła również wszystkich pacjentów, którzy byli leczeni przed 1 stycznia 2015 r.

Chciałbym podkreślić jeszcze raz, że wycena produktów finansowych, czyli Jednorodnych Grup Pacjentów, pozostała na niezmiennym poziomie. Na niezmiennym poziomie jest także wycena radioterapii i finansowanie leków do chemioterapii.

W całej ścieżce uczestniczy w tej chwili wiele podmiotów. Jest to 6,2 tys. podmiotów w podstawowej opiece zdrowotnej, 2,3 tys. – w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz 478 szpitali, które mają umowy na skojarzony zakres leczenia onkologicznego. W tym pakiecie funkcjonują wszystkie centra onkologii.

Jeżeli chodzi o liczbę wydanych kart (przypominam, że analizy dotyczą daty 21 marca, ponieważ szczegółowe analizy są możliwe na tę datę) – jak państwo widzą, wtedy było wydanych ponad 80 tysięcy – w POZ ponad 21 tysięcy, w AOS prawie 14 tysięcy, w szpitalach również ponad 14 tysięcy. Dla pacjentów objętych leczeniem przed 1 stycznia tych kart wydano ponad 30 tysięcy. Natomiast, biorąc pod uwagę stan na 4 maja, wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego jest ponad 105 tysięcy.

Interesująco wygląda liczba wydanych kart w poszczególnych województwach. Jak państwo widzą, najwięcej kart wydano w województwie mazowieckim – ponad 14 tysięcy, najmniej – w województwie podlaskim, ponieważ niewiele ponad tysiąc, choć właściwym wskaźnikiem jest ten, który mówi o liczbie wydanych kart na 100 tysięcy ludności. Tu troszkę ta sytuacja się zmienia, jednakże – jak państwo widzą – poniżej średniej dla Polski, która jest oznaczona czerwoną kreską, wypada ponownie województwo podlaskie, ale także województwa lubelskie, podkarpackie i warmińsko-mazurskie...

#### **Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Przepraszam, panie ministrze.

Z należyтым szacunkiem, ale – bardzo proszę – albo o pewne wnioski, konkluzje (a potem będziemy dopytywać w ramach pytań) albo proszę o zwięzłość, ponieważ odnośny wrazenie...

Do kiedy mamy czas?

Do godziny 15.00.

To jest charakterystyczne działanie złodzieja czasu. Tak więc, panie ministrze, bardzo proszę o konkluzje. Natomiast, myślę, że będzie pan mógł konkretnie odpowiadać na pytania parlamentarzystów i, ewentualnie, gości.

#### **Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, jeśli mogę.

Pozwoliłbym panu ministrowi dokończyć tę prezentację, dlatego, że jak pamiętamy (a niedawno mieliśmy posiedzenie plenarne) na posiedzeniu plenarnym mieliśmy właśnie prezentowaną informację na temat pakietu onkologicznego. Jeśli sobie przypomnę pytania, jakie padały ze strony opozycji to, między innymi, takie: ile tych kart wydano, jakie są nakłady, czy nie zmieniło się finansowanie leków onkologicznych a te informacje znajdujemy w tej prezentacji.

Proponowałbym, ponieważ ta prezentacja na pewno była przygotowywana wysiłkiem wielu osób (jest bardzo profesjonalna, świetnie przygotowywana i świetnie prezentowana), żebyśmy tego wysłuchali. Oczywiście, będziemy mieć odpowiednią ilość czasu na to, żeby zadać pytania, ale być może odpowiedzi na te pytania zawrą się w tej prezentacji, więc nie będziemy... Potem padnie zarzut, że minister nie powiedział o tych rzeczach, o których tutaj, w tym momencie...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo, bo zaraz zaczniemy dyskutować.

Może w krótkich słowach powiem, panie ministrze – szpitale zadłużają się z miesiąca na miesiąc z powodu pakietu onkologicznego, towarzystwa naukowe grzmia, że pakiet onkologiczny dusi polską onkologię, hospicja umierają dlatego, że są limitowane świadczenia w opiece hospicyjnej, ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest praktycznie demontowana z powodu pakietu onkologicznego, lekarze w podstawowej opiece zdrowotnej mają obciążenia i są już dwie kolejki z tak zwanego pakietu kolejkowego i pakietu onkologicznego.

To się dzieje.

Natomiast, z opracowania pana ministra wypływa taka narracja (rozwiązana i zawołowana), że wszystko jest w porządku, wszystko jest dobrze, karty są wydawane itd. My chcemy żywej dyskusji.

Tak więc, bardzo proszę o konkluzje i zaraz przejdziemy do dyskusji...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Panie przewodniczący, ja tylko jedno zdanie.

Bardzo proszę...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Nie...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

...bo ja mam przed sobą tę prezentację i ona nie jest przygotowana specjalnie na posiedzenie Komisji Zdrowia...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Nie udzieliłem pani głosu, pani poseł...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

I nie ma tam żadnej odpowiedzi na zadane przez nas pytania...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Pani poseł, będzie pani mogła dyskutować zaraz po otwarciu dyskusji.

Dziękuję.

Jeszcze, bardzo proszę...

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Dziękuję, panie przewodniczący.

Tam naprawdę w dużej części będą informacje, o których...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

To proszę przejść do tych bardzo istotnych informacji.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Państwo zwołali posiedzenie Komisji zadając temat wprost: informacja Ministra Zdrowia na temat pakietu onkologicznego i pakietu kolejkowego, toteż staram się tę informację przekazać. Ponieważ nie było to doprecyzowane, informacja – naszym zdaniem – jest pełna na tyle, na ile możliwe jest jej przedstawienie w tym momencie, ale, oczywiście, już kontynuuję...

Według mnie, te informacje, które przedstawię właśnie w tej chwili, po tym krótkim zaprezentowaniu i przypomnieniu państwu zasad pakietu onkologicznego, są niezwykle istotne.

Ilość wydanych kart...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Panie ministrze, pacjent cierpi, czeka w kolejce, niektórzy umierają a tutaj spokojnie rozwodzimy się nad teoriami i założeniami, które wszyscy już dobrze znamy od dawna.

Jeszcze raz pana proszę, panie ministrze, o konkluzje i konkretne, istotne informacje...

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący...



**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

...jeśli nie, to przejdziemy do dyskusji.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, pragnę zaprotestować.

Zwołują państwo...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Panie przewodniczący, nie udzieliłem panu głosu...

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, jeśli mogę....

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Bardzo proszę, panie ministrze...

Nie udzieliłem panu głosu.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

To ja bym poprosił o wniosek formalny.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Bardzo proszę.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Poprosiłbym, panie przewodniczący, że – jeśli państwo w trybie art. 152 zwołują posiedzenie Komisji Zdrowia, na które zapraszają zarówno posłów, jak i gości – przesuwać rozpoczęcie tego posiedzenia o pół godziny (nie będę sugerować, że miało to jakikolwiek związek z odbywającą się konwencją wyborczą)...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

A państwa przewodniczący odwołał o godzinie 9.00 posiedzenie podkomisji, więc proszę ważyć...

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Nie wiem, w jakim trybie zgłasza się teraz pani poseł, ale mam wrażenie, że państwo nie chcą wysłuchać pana ministra, nie chcą dowiedzieć się informacji dotyczącej ewaluacji pakietu onkologicznego, tylko chcą wywołać awanturę – i jestem temu przeciwny.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Bardzo dziękuję.

Proszę państwa, wśród tych wszystkich wydanych kart, i we wszystkich trybach – jak państwo widzą – najwięcej było wydanych kart z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi. Na drugim miejscu – nowotworu złośliwego oskrzela i płuca, a na trzecim – gruczołu krokowego.

92% podmiotów, które w styczniu tego roku zaczęły funkcjonować w pakiecie onkologicznym, w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizuje go do tej pory. Zrezygnowało więc z funkcjonowania w pakiecie onkologicznym 8% podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Analiza pokazuje, że większość z nich wcześniej nie zajmowała się w ogóle leczeniem pacjentów onkologicznych lub przeznaczała mniej niż 1% kontraktu na to leczenie.

W przypadku szpitali mamy trochę inne dane, ponieważ 96% wszystkich szpitali, które zaczęły funkcjonować w pakiecie onkologicznym, funkcjonuje do tej pory a więc 4% szpitali zrezygnowało z orzecznictwa w pakiecie. Analogicznie jak w pakiecie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, powodem było to, że wcześniej te szpitale w ogóle nie funkcjonowały w obszarze onkologii lub przeznaczały mniej niż 5% kontraktu na leczenie onkologiczne.

Finansowanie pakietu onkologicznego. Przypominam, że są to dane na marzec, ponieważ zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym,

podmioty lecznicze przeznaczyły na leczenie pacjentów 824 mln zł. Zgłoszono w rozliczeniach w sumie ponad 780 mln zł a NFZ zapłacił ponad 642 mln zł...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

W 2014 r. nie było pakietu...

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

To są informacje suche, krótko mówiąc. Nie porównujemy...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Proszę państwa, jeśli tak będzie, to będziemy przedłużać... Przecież automatycznie przedłużamy...

Dajmy wypowiedzieć się panu ministrowi. Zaraz będzie seria pytań.

Bardzo proszę...

Przecież przedłużamy... Wiemy, widzimy.

Jeśli przerwiemy panu ministrowi to wtedy powiedzą, że nie chcieliśmy słuchać tego, co pan minister miał do powiedzenia. Oczywiście, zdajemy sobie sprawę z zabiegu i wybiegów, ale procedury są jednoznaczne.

Bardzo proszę, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Podsumowując tę część mojej prezentacji, chciałbym powiedzieć o stanie na dzień 4 maja, ponieważ mamy te informacje.

Wydano 105.768 kart. Odbyło się 11.098 diagnostyk wstępnych, prawie 20 tysięcy diagnostyk pogłębionych i ponad 32 tysięcy konsyliów. W terminie wykonano 97,5% diagnostyk wstępnych, 87% diagnostyk pogłębionych i przeprowadzono ponad 99% konsyliów, co pokazuje, że założenia dotyczące terminowości tego projektu były słuszne i, w ogromnej większości, są realizowane a terminy dotrzymywane.

Jednakże, dyskutując ze środowiskiem i zbierając uwagi, doszliśmy do wniosku, że pakiet może być zmodyfikowany, usprawniony.

Tu widzą państwo wyszczególnione zmiany, które w tej chwili są realizowane i w niedługim czasie będą publicznie dostępne, ponieważ wymagają one w części zmian rozporządzeń a w części – zmian zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, lub jednych i drugich.

Jak państwo widzą, na pierwszym miejscu jest dopuszczenie nowych świadczeniodawców do udziału w pakiecie onkologicznym. Narodowy Fundusz Zdrowia będzie przeprowadzać uzupełniające postępowania konkursowe.

Kolejna zmiana to wprowadzenie do pakietu onkologicznego nowych rozpoznań, w niektórych przypadkach nawet nienowotworowych a mających podobny charakter przebiegu. Dotyczy to szczególnie chorób układu krwi i układu krwiotwórczego.

Wprowadzona zostanie także możliwość sfinansowania badania pozytronowej tomografii emisyjnej poza stawką ryczałtową, która w tej chwili obowiązuje w diagnostyce wstępnej i diagnostyce poszerzonej. Wprowadzona zostanie nowa możliwość zwiększenia finansowania ryczałtu w przypadku, kiedy diagnostyka onkologiczna zostanie skrócona z dziewięciu do siedmiu tygodni. W tej chwili trwają prace nad kolejnymi nowymi pakietami diagnostycznymi.

Widzimy potrzebę (i zostanie to zrealizowane) uelastycznienia konsylium w dwóch obszarach: w obszarze składu konsylium, w zależności od rozpoznania – tu chodzi głównie o choroby krwi i onkohematologię, ale nie tylko. Zostanie również rozszerzona lista świadczeń szpitalnych, które będą stosowane bez limitu. Chodzi głównie o radioterapię paliatywną, o której państwo już wspominali.

Zostanie usprawniony system informatyczny dotyczący kart diagnostyki i leczenia nowotworowego w różnych zakresach, ale dwie najistotniejsze zmiany dotyczą możliwości wypełnienia tej karty nie przy przyjęciu, ale z maksymalnym opóźnieniem o trzy dni oraz możliwość zaimplementowania karty do komputerowych systemów wewnętrznych poszczególnych świadczeniodawców, co w znaczący sposób usprawni ich funkcjonowanie, dlatego że nie będzie konieczności wpisywania tych samych danych w kolejnych etapach wypełniania karty. One będą się wpisywać automatycznie w tych systemach.

Kolejnym niezwykle istotnym etapem, który będzie zrealizowany po naszej półrocznej analizie funkcjonowania pakietu, jest stworzenie systemu referencyjności w onkologii i stworzenie, między innymi (o to często państwo pyta) tak zwanych centrów doskonałości, które będą dotyczyć przede wszystkim takich nowotworów jak rak piersi, rak trzustki czy rak jelita grubego.

I tak, panie przewodniczący, doszliśmy do końca pakietu onkologicznego. Chciałbym już znacznie krócej opowiedzieć o pakiecie kolejkowym, którego celem nadrzędnym było skrócenie czasu oczekiwania. Te zmiany miały charakter legislacyjny i organizacyjny.

W przypadku pierwszej prezentowanej zmiany chodziło o wyeliminowanie przypadków wpisywania się pacjentów na więcej niż jedną listę. Zrealizowano to poprzez obowiązek wprowadzenia oryginału skierowania czy też obowiązek zakazu wpisywania się na więcej niż jedną listę.

Przypomnę – analizy wykazały, że zdarzało się, iż nawet 40% wszystkich pacjentów wpisywało się na więcej niż na jedną listę oczekujących. I to było powodem tych zmian, o których mówiłem.

Kolejne rozwiązanie dotyczyło wyeliminowania pacjentów, którzy nie stawiali się na umówioną wizytę. W niektórych przypadkach nawet 48% zapisanych pacjentów nie przychodziło do lekarzy nie informując o tym, że nie przyjdą na wizytę. Wprowadziliśmy więc zasadę, że niezgłoszenie się w ustalonym terminie w przypadku, kiedy jest to zawinione przez pacjenta, skutkuje skreśleniem z listy oczekujących.

Kolejne zmiany dotyczyły wprowadzenia skierowania do okulisty i dermatologa z podstawowej opieki zdrowotnej. Analizy pokazywały, że większość pacjentów trafiających do okulisty i dermatologa nie musiała do tych specjalistów trafiać, ponieważ schorzeniami, które były sprawozdawane, mogli z powodzeniem zająć się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

Kolejne rozwiązanie to niezwykle ważny element – wcześniej pacjenci zapisani w kolejce u świadczeniodawcy, który – na przykład – przestał udzielać świadczeń albo stracił kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, musieli sami szukać miejsca i zapisywać się u innych świadczeniodawców. Teraz jest to rozwiązane inaczej – NFZ umieszcza tych pacjentów, w zależności od tego, czy byli to pacjenci tak zwani pilni czy stabilni, u innych świadczeniodawców nie na końcu kolejki, tylko w tych miejscach, które gwarantują udzielenie świadczenia w odpowiednim czasie.

I wreszcie zmiany dotyczące zarówno prowadzenia kolejek, jak i – co ważniejsze – wiedzy pacjentów o tym, gdzie te kolejki są najkrótsze. To jest rozwiązanie, które ułatwia dokonanie tego wyboru i dotyczy zmiany sposobu zbierania informacji o kolejkach a także zmiany sposobu informowania pacjentów. Wcześniej, jeszcze w zeszłym roku, mieliśmy przekazywane informacje o średnim czasie oczekiwania, który – oczywiście – w żaden sposób nie odzwierciedlał rzeczywistości. Od stycznia tego roku te informacje zbierane są poprzez informacje o pierwszym wolnym terminie. Te informacje są dostępne zarówno na stronach internetowych, jak i pod numerem bezpłatnej infolinii.

Tak jak mówiłem, jeśli chodzi o pakiet kolejkowy, istotna ocena będzie możliwa po roku funkcjonowania, choć otrzymają państwo pierwszą taką ocenę po półrocznym okresie jego funkcjonowania. Trudno w tej chwili mówić o sukcesie lub porażce tych rozwiązań, natomiast pewne dane pokazują, że jednak trendy są pozytywne.

Tu widzą państwo dane, które mówią o zmniejszeniu liczby osób oczekujących w kolejkach, na razie w liczbach bezwzględnych. Te dane na pewno będą bardziej szczegółowe i szersze po sześciu miesiącach funkcjonowania tego pakietu.

Panie przewodniczący, w ten sposób przekazałem te informacje...

### **Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Oczywiście, otwieram dyskusję, chociaż jeszcze powinienem zapytać, czy na tym etapie chce zabrać głos pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, ale myślę, że lepiej będzie w trakcie pytań...

Czy tak?

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:**

Żeby nie przedłużać, będę odpowiadać na pytania.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Otwieram dyskusję.

Do dyskusji zapisali się pierwsi posłowie. Pani posłanka Anna Zalewska, bardzo proszę.

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Bardzo dziękuję.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, zaproszeni goście, pozwalam panu przewodniczącemu dyscyplinować mnie, dlatego, że – rzeczywiście – najważniejsi są dzisiaj zaproszeni goście i to oni mają mówić. Natomiast, ja chcę wyrazić swoje absolutne oburzenie faktem, że pan minister zwracał nam głowę czterdzieści pięć minut, dlatego, że nie odpowiedział w swojej prezentacji na żadne zadane przez nas pytanie i nie ustosunkował się do żadnego problemu. W dodatku dokonał kilku manipulacji statystycznych chcąc odwrócić uwagę od faktu, że państwo z pakietem onkologicznym sobie nie radzą.

Wykażę to państwu.

Otóż, kiedy pan minister przedstawia wydatki na onkologię i mówi o tym, że wydajemy 6,3 mld zł w skali roku i przedstawia wykres, że tyle samo wydaje Wielka Brytania, to jest to czysta manipulacja bez podania informacji o tym, jaki jest produkt krajowy brutto w Wielkiej Brytanii i jakie są nakłady na zdrowie. Informuję więc pana, że produkt krajowy brutto *per capita* w Wielkiej Brytanii to 30 tys. dolarów (trzy razy wyższy niż w Polsce) i, uwaga!, 8% nakładów na służbę zdrowia (w 2009 r. było to nawet 8,2%).

Proszę więc nie oszukiwać i nie manipulować statystyką, bo przy jej pomocy bardzo łatwo zagadać.

Jednocześnie, kiedy pan...

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, ja protestuję, dlatego, że pan minister wyraźnie mówi, że chodzi o proporcje w stosunku do nakładów...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Proszę mi nie przerywać...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Ale pan minister potem dokładnie odpowie...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Kiedy pan minister mówił o finansowaniu pakietu onkologicznego, przedstawił trzy punkty, w których, w dodatku, też jest manipulacja.

To tak, jak z matematyką – jeżeli pan nie sprowadzi wszystkiego do jednego mianownika to niech pan dodaje ułamki... I pan każe nam dodawać ułamki bez sprowadzenia do wspólnego mianownika, w dodatku mamy podstawowe niewiadome i nie potrafimy sprowadzić wszystkiego do wspólnego mianownika. A byśmy sobie poradzili, gdybyśmy mieli te dane, o które prosiliśmy.

Proszę państwa, finansowanie pakietu onkologicznego, w przypadku którego osiągnęłam apogeum irytacji. Proszę mi powiedzieć, dlaczego pan mówi o styczniu i lutym 2014 r.? Nie było wtedy pakietu onkologicznego. Pan podaje: w styczniu-lutym 2014 r. na leczenie pacjentów onkologicznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i szpitalach przeznaczono 824 mln zł. Uwaga! Działa pakiet onkologiczny w 2015 r., ten sam okres rozliczeniowy – 785 mln zł, czyli o ponad 100 mln zł mniej. Uwaga! Narodowy Fundusz Zdrowia zweryfikował i zapłacił 642,3 mln zł, na miesiąc wypada 300 mln zł. Proszę więc powiedzieć, jak pan liczy, że wydatki na onkologię w roku osiągną 6,3 mld zł?

W związku z tym, pierwsze pytanie: proszę powiedzieć, jak wyglądają nakłady w ciągu ostatnich 3-4 lat na onkologię. I powiedzmy, że mówimy o trzech miesiącach (bo pan mówi, że taka jest sprawozdawczość) – miesiąc do miesiąca. Czyli – 2013, 2014 i 2015. I proszę, oczywiście, pokazać, gdzie są te dodatkowe środki, o których mówią, między innymi, pani premier Kopacz i pan minister Arłukowicz.

Jednocześnie proszę o informację odnośnie do porad i diagnoz – też pierwsze trzy miesiące w 2014 r. i 2015 r. Ile było porad, ile było diagnostyki w 2014 r., i ile jest w 2015 r.? Proszę też nie epatować liczbą wydanych kart onkologicznych, tylko pokazać, jaki procent z tego (bo tego też nie uzyskaliśmy) trafił do diagnostyki, jak to się ma do dalszego leczenia i jaka jest sytuacja tych, u których nastąpił nawrót choroby?

Oczywiście, podnoszę kwestię...

I proszę nie uciekać od tego pytania, bo pan nas oszukuje. Obiecał nam pan, że do końca marca spotka się pan z przedstawicielami hospicjów i zostaną zaproponowane różnego rodzaju rozwiązania. Z wieloma pan się nie spotkał, między innymi z tymi, którzy byli na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Nie znają oni wyników tych rozmów. Było źle a jest jeszcze gorzej. Jest to absolutne lekceważenie – mówienie o tym, że hospicjów w pakiecie onkologicznym być nie powinno.

Proszę powiedzieć, w jaki sposób odnosi się pan do listu i zarzutów pana prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, który mówi o dostępności do tego pakietu i również analizuje ten pakiet? Jak to się ma do wystąpień, badań i analiz wszystkich stowarzyszeń, które zajmują się dostępem do leków nowotworowych? Przypominam, że na ostatnim posiedzeniu Komisji poznaliśmy wstrząsające dane i badania Fundacji Onkologicznej Osób Młodych.

Bardzo też proszę o informację (o to już zapytałam) o procencie diagnostyki w stosunku do liczby wydanych „zielonych kart”.

Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pani poseł i profesor Józefa Hryniewicz, bardzo proszę.

#### **Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni goście, szanowne panie posłanki i szanowni panowie posłowie – pierwsza sprawa, formalna.

Otóż, art. 115 ust. 2 konstytucji stanowi, że na pytania posłów ma odpowiadać konstytucyjny członek rządu albo premier. Ja w tej sprawie, trzy miesiące temu napisałam do marszałka. Odpowiedział mi zastępca szefa Kancelarii, że oni właśnie coś doskonalią, ale już nie wiem co, bo nie czytałam do końca, bo przecież nie zwracałam się do zastępcy szefa Kancelarii, tylko do marszałka, aby w Sejmie było przestrzegane prawo – takie prawo jak konstytucja.

Wobec tego, dzisiejsze wyjaśnienia pana wiceministra nie są wiążące. Oczekujemy na odpowiedź ministra Arłukowicza, który jest członkiem konstytucyjnym rządu.

To jest pierwsza sprawa, formalna. I prosiłabym, aby prezydium Komisji zwróciło jednak ministrowi uwagę na ten temat.

Druga sprawa dotyczy mojego osobistego zainteresowania tym, jak funkcjonuje pakiet onkologiczny. Otóż, w ubiegłym tygodniu udałam się do lekarzy pierwszego kontaktu i onkologów na terenie mojego okręgu wyborczego w Rzeszowie, i w różnych miejscach. Okazuje się, że pakiet onkologiczny spowodował jedno – to, że z kolejki (mówiąc kolokwialnie) wypchnięci zostali ci, u których już stwierdzono chorobę nowotworową, ponieważ teraz jest pakiet onkologiczny i jest priorytet dla pakietu onkologicznego. Wobec tego, porównałam, ilu osobom wystawiono „zielone karty”. To 94 tys. osób – z informacji pana ministra. A ponieważ w Polsce stwierdza się chorobę nowotworową u około 140 tys. osób rocznie, oznacza to, że jeśli w tym tempie będą wystawiane onkologiczne „zielone karty” to do końca roku wystawimy ich 450 tys.

Prosto licząc, około 300 tys. kart wystawimy bez sensu, bo wystawimy je osobom, które nie są chore na chorobę onkologiczną. W ten sposób zablokujemy i diagnostykę onkologiczną i leczenie dla osób, które – rzeczywiście – potrzebują pomocy.

To wiem od lekarzy zarówno pierwszego kontaktu, jak i lekarzy onkologów na terenie województwa podkarpackiego, które być może jest słabe. Jednak, na wszelki wypadek, udałam się (i polecam Komisji tę wizytę) do Instytutu Onkologii. Może kiedyś, na przykład, o godzinie 7.30 odbędziemy posiedzenie Komisji w Instytucie Onkologii na Ursynowie. Od początku, kiedy jestem posłem, postuluję, abyśmy choć raz tam się wybrali

i zobaczyli, w jakich warunkach leczy się tam i przyjmuje pacjentów, w dodatku z całej Polski.

Teraz pytanie do pana ministra. Czy państwo, bo pan nam opowiada... Tu są fragmenty tego szkolenia, bo ja widziałam to szkolenie dla lekarzy pierwszego kontaktu z jesieni ubiegłego roku, i pan na dzisiejsze spotkanie wcale nie napracował się, bo część jest wzięta z tamtego szkolenia. Wszystkie zasady finansowania są poprzynoszone z tamtych slajdów...

Niech pan się nie wypiera, mniejsza o to, że tak się stało. Coś zostało dodane, nie jest to więc wielka praca i jeśli ktoś się tym interesował, to już to dawno widział. Nas interesuje, co państwo (zadowoleni – pan minister i szef NFZ) zamierzają z tym zrobić?

I trzecia sprawa, którą muszę państwu przedstawić. To jest prośba skierowana – przez dwanaście stowarzyszeń kobiet chorych na raka piersi – między innymi, do Sejmu. Wszystkie podpisane niżej organizacje występują w imieniu wielu tysięcy kobiet, które chorowały, chorują lub w przyszłości zachorują na raka piersi. Zwracają się z gorącym apelem o konieczne wprowadzenie w Polsce unijnych zaleceń dotyczących modelu leczenia tego nowotworu w wyspecjalizowanych ośrodkach opieki narządowej, tak zwany program Breast Cancer Unit. Kobiety chore na raka piersi apelują o powrót do prac nad wdrożeniem zarządzenia prezesa NFZ w sprawie odrębnego kontraktowania tak zwanego kompleksowego leczenia raka piersi, którego projekt został wycofany w lipcu 2014 r. Proszę o odpowiedź, dlaczego tak się stało bez żadnych wyjaśnień?

Koncepcja tak zwanego Breast Units została opracowana piętnaście lat temu. Jest to model opieki nad chorymi na raka piersi, polegający na stworzeniu sieci wyspecjalizowanych ośrodków prowadzących kompleksowe i skoordynowane leczenie według jednostkowych, standaryzowanych zasad. Taki system jest uważany za optymalny pod względem skuteczności, diagnostyki, terapii, pielęgnacji i długoterminowego monitorowania stanu zdrowia pacjentek. Taki ośrodek daje też możliwość zaspokajania pozamedycznych potrzeb chorych kobiet. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 2006 r. oraz, tak zwana, pisemna deklaracja Parlamentu nr 71 z 2009 r. stanowczo zalecają wszystkim krajom Unii Europejskiej stworzenie sieci Breast Units. Polska te zalecenia lekceważy.

Projekt zarządzenia Prezesa NFZ z marca 2014 r. w sprawie kontraktowania kompleksowego leczenia raka piersi został przyjęty z wielką nadzieją przez onkologów i środowiska Amazonek. Wydawało się, że Breast Units powstaną w końcu w Polsce. Niestety, ostatecznie projekt ten został wycofany 31 lipca bez wyjaśnień, pod – merytorycznie niezwiązanym ze sprawą – pretekstem wprowadzenia pakietu onkologicznego. Rosnąca liczba zachorowań i obniżenie wieku chorych powodują, że rak piersi staje się coraz poważniejszym problemem zdrowotnym i społecznym.

Dzisiaj Polki mają istotnie niższe szanse na zwycięstwo w walce z tą chorobą niż większość Europejki. Szanse przeżycia pięciu lat kobiet chorych na raka piersi w Polsce są już o ponad 10 punktów procentowych niższe od średniej europejskiej. W wielu krajach tysiące pacjentek żyją coraz dłużej z rakiem piersi bez degradujących życie objawów choroby. Dlaczego Polska nie może czegoś takiego wprowadzić? Proszę odpowiedzieć na te pytania, dlatego, że wycofanie się z tego programu nastąpiło wskutek wprowadzenia pakietu onkologicznego.

I moje ostatnie pytanie: czy naprawę państwa PR-owskie sztuczki są dla was ważniejsze niż życie i zdrowie tysięcy polskich kobiet, które borykają się z tą naprawą ciężką, degradującą je chorobą?

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Barbara Czaplicka, bardzo proszę.

**Poseł Barbara Czaplicka (PO):**

Dziękuję, panie przewodniczący.

Bardzo bym chciała podziękować za wystąpienie pana ministra, gdyż uważam (wbrew temu, co mówiły moje poprzedniczki), że te dane bardzo dużo dały...

Ja nie przeszkadzałam pani.

Bardzo bym prosiła pana ministra o przesłanie nam, może do skrzynek mailowych, planu tych zmian, które mają być zastosowane w pakiecie onkologicznym.

I mam konkretne pytanie: czy w przypadku nawrotu choroby onkologicznej, jeśli pacjent jest już na etapie leczenia w POZ lub AOS, otrzymuje nową kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego i czy ta nowa karta (to nowe podejrzenie czy rozpoznanie) jest ujęte jako nowe rozpoznanie onkologiczne, na przykład, w POZ?

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Krystyna Kłosin.

**Poseł Krystyna Kłosin (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Panie ministrze, bardzo dziękuję za tę wyczerpującą informację. W ostatnich dniach, w wielu szpitalach i przychodniach miałam okazję przeprowadzić kilka rozmów dotyczących pakietu onkologicznego. Tak jak pan minister powiedział, sytuacja w różnych jednostkach wygląda różnie. Są szpitale i AOS-y, w których wygląda to lepiej, i są szpitale, w których z tym problemem jeszcze sobie nie radzą. W czasie tych spotkań wynotowałam kilka uwag, które w zasadzie były podnoszone zarówno przez lekarzy szpitali, jak i menedżerów zarządzających.

Pierwsze moje pytanie, panie ministrze, dotyczy wydawania kart DiLO w centrach onkologicznych. Wiemy, że działają centra onkologiczne, szpitale onkologiczne, które specjalizują się w diagnozowaniu różnego rodzaju nowotworów. Chodzi o to, aby specjaliści tych centrów mieli możliwość wystawiania karty DiLO na każdym etapie diagnozowania pacjenta. Czy jest taka możliwość? Specjaliści mogą wystawiać kartę, gdy zdiagnozują nowotwór, jednak w przypadku niektórych nowotworów nie ma standardów ich rozpoznawalności. I tu jest pewien problem. Czy ministerstwo widzi ten problem i jak moglibyśmy go rozwiązać, bo wiadomo, że lekarze POZ mają określone kryteria i mogą wystawiać kartę, natomiast często centra onkologiczne, które powinny być absolutnym liderem w prowadzeniu pacjentów onkologicznych, a także w ich diagnozowaniu, muszą czekać na wynik badania, aby taką kartę pacjentowi wystawić? Czy możemy zmienić to tak, aby także lekarz onkolog, który podejrzewa nowotwór, mógł wystawić kartę na etapie badania i ewentualnie potem, jeżeli diagnostyka nie potwierdzi nowotworu, wycofać tę kartę?

To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie kieruję raczej do pana prezesa NFZ. Chcę zgłosić taki problem – może pan prezes potwierdzi a może nie potwierdzi, że taki problem istnieje, ale ja zetknęłam się z takim problemem – chodzi o problem alokacji środków.

Wiadomo, że szpitale, głównie onkologiczne, otrzymały limity na pakiet onkologiczny, a mają też środki na tych pacjentów z nowotworami, które na razie nie wchodzi jeszcze do pakietu, i na „starych” pacjentów, którzy kontynuują leczenie. W tej chwili sytuacja w większości placówek wygląda tak, że limity na pacjentów onkologicznych, z różnych względów (nie będę wnikać, jakich) z reguły są niewykorzystane, natomiast – w tej drugiej grupie – są bardzo mocno przekroczone. Zgodnie z rozporządzeniami NFZ, szpital ma prawo raz na kwartał alokować środki i przesuwać między zakresami z tym, że tutaj obowiązuje limit (i to podnoszą szpitale), że mogą alokować nie więcej niż 20% środków. Czy to dotyczy również pacjentów onkologicznych? I czy w sytuacji, kiedy są to pacjenci Nielimitowani, nie można by było alokować większej ilości środków z pakietu onkologicznego, jeżeli szpital uzna, że tak będzie dla niego lepiej?

Jak pan prezes to widzi, to jak można rozwiązać ten problem? Chodzi o to, żeby nie było tego limitu, w wysokości 20%, tylko żeby można było alokować bez limitu.

Na koniec, chciałabym jeszcze bardzo podziękować panu ministrowi za to, że prowadzi się prace i uwzględnia się wszystkie wnioski dotyczące zmian w pakiecie onkologicznym, bo były tam też problemy z konsyliami. \

Pan minister powiedział, że nad tym pracujecie.

Chciałabym jeszcze zgłosić małą uwagę, którą zgłaszano mi w czasie tych spotkań, żeby rozważyć większą rolę koordynatora. Jeżeli koordynator pacjenta onkologicznego prowadzi tego pacjenta, to on jest najbardziej zorientowany, jak go kolejno kierować i do jakich konsultacji. Czy w niektórych przypadkach ten koordynator nie mógłby podejmować decyzji o skierowaniu go na indywidualne konsultacje bez konieczności zwoływania konsylium?

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Teraz pani poseł Ewa Czeszejko-Sochacka a przygotowuje się pani poseł Bożena Sławiak.

**Poseł Ewa Czeszejko-Sochacka (PO):**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Panie ministrze, mam krótkie pytanie. Ponieważ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej i zwykła ludzka solidarność oraz przyzwoitość mówią o prawie do ochrony zdrowia, moje pytanie dotyczy dostępu do leczenia, zwłaszcza w zakresie pakietu. Dlaczego leczenie pacjentów z rakiem płaskonabłonkowym i rakiem podstawnokomórkowym jest realizowane na dotychczasowych zasadach, czyli poza pakietem? Czy jest szansa na zmianę?

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Bożena Sławiak a przygotowuje się pani poseł Jolanta Szczypińska.

**Poseł Bożena Sławiak (PO):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo, szpitale oceniają, że rozliczenia terapii onkologicznej powodują straty, szczególnie w chemioterapii.

Są opinie, że wycena badań PET zmniejszyła się o 1/4, więc spada liczba badań tą metodą. Mam pytanie: jak faktycznie są finansowane badania diagnostyczne w pakiecie? Czy po pół roku funkcjonowania tego pakietu ministerstwo rozważa szczegółową analizę tego rozliczania? Czy planuje jakieś zmiany i czy jest to monitorowane?

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Pani poseł Jolanta Szczypińska a przygotowuje się pan poseł Marek Rząsa.

**Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):**

Dziękuję.

Panie przewodniczący, Szanowna Komisjo, panie ministrze – to, czego wysłucha liśmy od pana jest bardzo przykre, bo – powiem szczerze – ten pakiet onkologiczny, który pan tu przedstawił (pokazał pan slajdy) to jest po prostu kpina z pacjentów chorych onkologicznie. Wystarczyłoby ten stenogram opublikować i wręczyć każdemu choremu onkologicznie, który przyjdzie do nas do biura albo poprosi nas o pomoc, z adnotacją – podać numer telefonu i adres do pana.

Czy państwo naprawdę nie wiedzą, na jakim świecie żyją? Czy nie wiecie, jakie są kolejki do badań diagnostycznych? Czy nie wiecie, że na badanie USG w przypadku podejrzenia raka tarczycy czeka się 2-3 lata? O czym my tu mówimy? O jakim pakiecie onkologicznym?

Tak nie można traktować ludzi.

Wiem, co mówię, ponieważ nie ma dnia, żeby nie zgłaszali się do mnie chorzy, którzy proszą o zainterweniowanie w jakiś sposób, żeby przynajmniej w ciągu pół roku mieli zrobione badanie rezonansowe czy diagnostykę. Oczywiście, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wydaje skierowanie, ale – co ten pacjent ma zrobić, jeżeli musi czekać ileś miesięcy, rok czy dwa. Owszem, może coś zrobić – wziąć kredyt, zapłacić i zrobić badanie prywatnie. Czy o to wszystkim nam chodzi?

Chciałam mówić na ten temat nie emocjonalnie, ale ta choroba... Chore kobiety są pozbawione takiej metody leczenia, jaka obowiązuje w Unii Europejskiej. Mówiliśmy tu o stosowaniu, między innymi, herceptyny, w momentach, kiedy decyduje o tym lekarz,



na przykład, podskórnie. To lekarz ma decydować, czy i kiedy ten lek trzeba podać. Jeżeli urzędnik z Narodowego Funduszu Zdrowia czy z Ministerstwa Zdrowia ma decydować o życiu czy śmierci chorej kobiety to ja dziękuję za takie państwo. To ja dziękuję za takiego ministra zdrowia. Tak nie może być. Ile jest takich przypadków, kiedy chory dostanie herceptynę tylko wtedy, kiedy urzędnik wyrazi na to zgodę. A kobieta musi się wtedy poddawać torturom...

Nikt z państwa, kto tego leczenia nie przeżył, nie może mówić o tym, że tak nie jest.

Dlaczego unikamy odpowiedzi na tego typu pytania? Dlaczego nie mówimy tutaj prawdy, że nasi chorzy onkologicznie są w najgorszej sytuacji? Jaki pacjent onkologiczny? Proszę państwa, żyjemy na tej samej planecie – tak mi się wydaje.

Pani poseł Hryniewicz mówi, że od momentu, kiedy jest posłanką, postuluje przeprowadzenie posiedzenia Komisji na Ursynowie, w Centrum Onkologii. Ja jestem tu od jedenastu lat i też o to proszę, i nie mogę się doprosić, żebyśmy tam poszli i zobaczyli, jak to wygląda. Może byśmy tam się przeszli a potem tu przyszli i dopiero wtedy pan minister by zrobił prezentację na temat pakietu onkologicznego.

Nie chcę przedłużać, bo przyszły tu osoby, które, tak naprawdę, powinny na ten temat mówić.

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Marek Hok...

Przepraszam, pan poseł Rząsa a potem pan poseł Marek Hok.

**Poseł Marek Rząsa (PO):**

Dziękuję.

Panie przewodniczący, panie ministrze, mam krótkie dwa pytania.

Po pierwsze, otrzymałem dzisiaj taką informację, telefonując na Podkarpacie do lekarzy z POZ: czy prawdą jest, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze specjaliści wydają karty diagnostyki i leczenia onkologicznego na innych warunkach? Jeżeli tak się dzieje to – dlaczego?

I drugie pytanie: czy są planowane zmiany w zakresie rozszerzenia pakietu onkologicznego i włączenia do tego pakietu opieki paliatywnej?

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Marek Hok.

**Poseł Marek Hok (PO):**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam wrażenie, że wysłuchaliśmy dwóch różnych wystąpień pana ministra – nie jest to chyba dla nas żadna niespodzianka...

Moja obserwacja jest taka: jeżeli z tej informacji pana ministra wynikało, że do 4 maja wydano ponad 100 tys. kart DiLO, a odbyło się już ponad 30 tys. konsultacji w ramach tego pakietu, konsyliów to znaczy, że już ponad 30 tys. ludzi ma rozpoznanie choroby onkologicznej. Konsylium musi zastanawiać się nad badaniem histopatologicznym i dalszym leczeniem pacjenta już rozpoznanego onkologicznie a nie tylko podejrzanego. W związku z tym, te 30 tys. ludzi zostało już zdiagnozowanych – takie mam wrażenie.

Wracając jednak do pytania, to mam do pana ministra zapytanie odnośnie do składu konsyliów, bo szpitale, zwłaszcza mniejsze, powiatowe, mają duże problemy. Czy jest konieczność, żeby w składzie tego konsylium byli radioterapeuci, hematolodzy czy też onkohematolodzy, ponieważ nie wszystkie choroby onkologiczne wymagają ich obecności? Jak rozumiem, inny powinien być skład konsylium w rozpatrywanym przypadku raka żołądka czy jelita grubego, a inny w przypadku spraw hematologicznych. Czy w tym kierunku będą jakieś zmiany? I czy te konsylia funkcjonują zgodnie z oczekiwaniami ustawy i rozporządzenia pana ministra?

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Teraz pan przewodniczący Czesław Czechyra, bardzo proszę.

**Poseł Czesław Czechyra (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Mam pytanie. Według założeń pakietu onkologicznego, pacjent podejrzany o chorobę onkologiczną w ciągu dziewięciu tygodni powinien mieć postawione ostateczne rozpoznanie i rozpoczęte leczenie a brakuje lekarzy pediatrów, rodzinnych, ale również patomorfologów – przynajmniej tak przekazują media.

W związku z tym, mam pytanie: czy jest wystarczająca ilość patomorfologów, którzy mogą spełniać stawiane przed nimi zadanie prowadzenia rozpoznań patomorfologicznych. Czy Ministerstwo Zdrowia ma dokładne dane, analizy, żeby, gdyby rzeczywiście brakowało patomorfologów, w jakiś sposób zwiększyć ich liczbę w Polsce?

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z posłanek i posłów?

Nie ma zgłoszeń...

Jeszcze pani przewodnicząca Dąbrowska.

**Poseł Alicja Dąbrowska (PO):**

Panie ministrze, szanowni państwo, chciałabym zadać dwa krótkie pytania.

Czy ministerstwo rozważa możliwość rozszerzenia uprawnień lekarzy POZ w zakresie diagnostyki, dodatkowe badania w ramach pakietu, na przykład, HCV?

Drugie moje pytanie jest następujące – dzisiaj podstawą rozpoznania nowotworu jest zazwyczaj badanie histopatologiczne, co w przypadku (przykładem jest białaczka przewlekła limfatyczna czy inne rodzaje białaczek lub inne choroby hematologiczne), kiedy tego badania histopatologicznego się nie wykonuje?

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Elżbieta Gelert.

**Poseł Elżbieta Gelert (PO):**

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, mam pytanie do pana, ponieważ przedstawił pan planowane zmiany, które ewentualnie mają uwzględniać wszystkie wcześniej przedstawiane postulaty. Chcę zapytać, w jakim okresie moglibyśmy się spodziewać, że zostanie to wprowadzone?

Wiadomo, że – tak jak każda zmiana – tak samo ustawa o pakiecie onkologicznym na pewno wymaga prac. Czy mają państwo jakiś harmonogram, według którego będzie się to dalej doskonalić, bo nic nie jest doskonałe od razu, niczego nie można wprowadzić od razu, bo nic nie jest doskonałe od razu? Niczego nie można wprowadzić w bardzo szerokim wachlarzu. Czy przewidują państwo jeszcze jakieś zmiany w pakiecie onkologicznym? Jeśli tak, to w jakim kierunku i czy będzie obejmować nowe programy?

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pani poseł.

**Poseł Halina Olendzka (PiS):**

Panie ministrze mam jedno pytanie.

Ze strony posłów padło tutaj dużo pytań i tak dużo problemów zostało poruszonych, że nie chcę do tego wracać, ale przed chwilą pani przewodnicząca mówiła o patomorfologach. Ja chcę zwrócić uwagę na to, że mamy małą ilość nie tylko patomorfologów, ale i wszystkich specjalistów, ponieważ wiek lekarzy praktykujących jest coraz bardziej

zaawansowany. My niedługo powypadamy ze swego zawodu z różnych powodów, ale również z tego, że lekarze zaczną wymierać. Luka pokoleniowa jest ogromna.

Czy w stosunku do wymagań, jakie w tej chwili stawiamy medycynie (może i słusznie), ale i w odniesieniu do pakietu onkologicznego, ministerstwo ma to na względzie, że za chwilę zabraknie specjalistów, którzy będą mogli tworzyć konsylia, wykonywać badania? Czy na to państwo zwracają uwagę i zabezpieczają w jakiś sposób studia medyczne i lekarzy, żeby nie wyjeżdżali za granicę, żeby zostawali w kraju i nas leczyli?

Dziękuję.

### **Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję pani poseł Halinie Olendzkiej.

Czy ktoś jeszcze z pań posłanek i panów posłów?

Nie ma zgłoszeń.

W takim razie, udzielę głosu sobie, następnie przejdziemy do pytań ze strony gości a dopiero potem, do odpowiedzi pana ministra i pana prezesa.

Proszę państwa, mój głos będzie króciutki, bo widzę bardzo dużo zgłoszeń do dyskusji ze strony zaproszonych gości.

Oczywiście, nie ulega żadnej wątpliwości, że w sytuacji, kiedy w ciągu jednego roku 150 tysięcy Polaków dowiadywało się, że ma rozpoznaną chorobę nowotworową a z tego 90 tysięcy w ciągu roku umierało, to wiadomo, że trzeba było podjąć jakieś działania. Rzeczywiście, rząd podjął takie działania pod postacią tak zwanego pakietu onkologicznego, z tym, że wyszło tak, jak wyszło, jak jest. Proszę zwrócić uwagę na to, że gdy omawiamy ten sztandarowy projekt rządu, nie ma ministra konstytucyjnego. Nie ma Bartosza Arłukowicza, czyli, jakby go nie interesowało to, co będziemy teraz mówić a pakiet onkologiczny nie sprawdza się. To każdy z nas wie.

Najlepszym dowodem tego jest to, że siedem towarzystw naukowych i konsultanci krajowi w dziedzinie onkologii napisali list do pani premier, do pana ministra Arłukowicza, do pana prezesa i mówią, że pakiet onkologiczny dusi polską onkologię. Jeśli dyrektorzy szpitali mówią, że pakiet onkologiczny doprowadza do tego, że zadłużają się miesięcznie na około 300-400 tysięcy zł tylko z tytułu pakietu onkologicznego, dlatego, że Narodowy Fundusz Zdrowia zamraża 10% rocznego budżetu każdego szpitala, to coś jest na rzeczy. Jeśli więc dotychczas mówiliśmy, że rak zabija Polaków, zabija Polskę, to teraz możemy mówić, że Polaków zabijają rak, biurokracja i nonszalancja Ministerstwa Zdrowia. Tak nie może być. Jeśli hospicja biją na alarm i są krzykliwe tytuły, że hospicja umierają z powodu limitu świadczeń i niewęjsia w pakiet onkologiczny to coś jest na rzeczy.

Zatem, panie ministrze i panie prezesie, bardzo proszę to skonfrontować, czy pakiet onkologiczny jest spełnieniem rozbudzonych nadziei pacjentów onkologicznych, czy też jest okrutnym rozczarowaniem, bo odnosimy takie wrażenie, że jest to okrutne rozczarowanie rozbudzonych nadziei pacjentów, tym bardziej, że pacjentów podwójnie pokrzywdzonych przez los. Tu są przedstawiciele, którzy będą zaraz opowiadać o swoich troskach, różnego rodzaju bolączkach i traumatycznych wydarzeniach. Bardzo więc proszę na te pytania odpowiedzieć.

Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję zaproszonych gości.

Jako pierwszy zgłaszał się pan profesor, proszę się przedstawiać do protokołu.

### **Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi Tadeusz Pieńkowski:**

Dzień dobry państwu, nazywam się Tadeusz Pieńkowski, jestem lekarzem onkologiem, zajmuję się leczeniem głównie kobiet chorych na raka piersi.

Jeżeli przychodzi do lekarza pacjent to oczekuje, że lekarz poświęci mu swoją wiedzę, czas i uwagę. Jeżeli wiedza, czas i uwaga lekarza są absorbowane przez konieczność spełnienia szeregu wymogów administracyjnych to, siłą rzeczy, tego czasu poświęconego pacjentowi i uwagi jest mniej. Mnożenie kolejnych wymogów sprawozdawczości (przebieg fundusz wiedział, kiedy i jakie czynności są u chorych wykonywane przed wprowadzeniem karty DiLO) powoduje konieczność wykonywania wielu czynności, w których – pomimo angażowania w to personelu administracyjnego – lekarz i tak odgrywa fundamentalną rolę, gdyż odpowiada za wykonanie tych wszystkich rzeczy.

Aby lekarz mógł leczyć chorego, musi dysponować odpowiednimi narzędziami i odpowiednimi metodami leczenia. Tymi narzędziami są zarówno organizacja, jak i technologie związane z diagnostyką. Lekarz powinien móc dysponować tymi narzędziami zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i zgodnie z najlepszym interesem chorego. Wszelkiego rodzaju jawne czy ukryte limitacje powodują, że chorzy leczeni są gorzej niż potencjalnie mogliby być leczeni.

Na przykład, zakazy łączenia procedur w czasie jednego pobytu w szpitalu czy w czasie jednej wizyty. Nie jest to zakaz formalny, ale płatnik zapłaci za jedną czynność a nie – za dwie czy trzy. To jest przykład swego rodzaju działań, które w konsekwencji obracają się przeciw chorym.

Jeżeli mówimy o odpowiednich metodach leczenia to mam na myśli nie tylko dostęp do leków czy do technologii medycznych, ale także organizację. Przywołane tu zostało zagadnienie ośrodków diagnostyki i leczenia raka piersi, apeli, które zgłasza Parlament Europejski. To jest narzędzie, które jest sprawdzone, które stawia wymogi jakościowe, o którym wiemy, że tak diagnozowane i leczone kobiety żyją dłużej.

Jeżeli wiemy, że w Polsce główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia to, proszę państwa, w grupie kobiet pomiędzy 20. a 64. rokiem życia główną przyczyną zgonów są nowotwory złośliwe. Przy czym, na pierwszym miejscu są te nowotwory złośliwe, które dotyczą wyłącznie kobiet. Są to: rak piersi, nowotwory narządu rodowego i rak płuca. Jeżeli mamy świadomość takiego stanu epidemiologicznego, który, niestety, nie ulega znaczącej poprawie w ciągu ostatnich lat to myślę, że wprowadzenie takiego narzędzia, jakim są ośrodki diagnostyki i leczenia raka piersi, leży absolutnie w interesie społeczeństwa, tych wszystkich, którzy chorują teraz, zachorowali w przeszłości i, niestety, zachorują w przyszłości.

Jeżeli mówimy o liczbach to w Polsce zapada na choroby onkologiczne około 140 tysięcy osób rocznie, ale choruje około pół miliona, czyli onkolodzy opiekują się liczbą chorych, która wynosi około 650 tys. Natomiast, jeżeli mówimy o kartach DiLO, to są one wystawiane także osobom, u których podejrzewa się nowotwór. I o ile wiemy, że liczba nowych zachorowań wynosi około 140 tysięcy to nie sądzę, żeby istniały dane, które mówią o tym, ile osób jest diagnozowanych z powodu podejrzenia nowotworu a myślę, że liczba ta jest znacząco większa. Zatem, wśród tych wystawionych kart DiLO są na pewno i takie, w przypadku których ci ludzie na szczęście na nowotwór nie zachorowali. Natomiast, wszystkie procedury, które związane były z koniecznością wystawienia tych kart i odbycia pewnych badań diagnostycznych, zostały przeprowadzone.

Myślę, że najbardziej ogólnym i dolegliwym problemem jest przeregulowanie tego systemu, jego ogromne uszczegółowienie, brak elastyczności wynikającej z materii, którą się zajmujemy. Przecież potrzeby leczenia 80-letniego mężczyzny chorego na raka prostaty są kompletnie inne niż piętnastolatka leczonego z powodu ostrej białaczki. To są dwie zupełnie inne choroby, chociaż obie można umieścić na tej samej liście chorób nowotworowych.

I jeżeli mamy dokonać zmiany to zarówno od strony zwiększenia nakładów finansowych, poprawy organizacji, jak i doprowadzenia do sytuacji takiej, w której autonomia lekarza w podejmowaniu decyzji byłaby znacznie większa.

Dziękuję państwu.

#### **Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Kto z zaproszonych gości?

Bardzo proszę. Może pan? Tak, pan.

Proszę się przedstawić.

#### **Przewodniczący Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Jacek Fijuth:**

Jacek Fijuth, Polskie Towarzystwo Onkologiczne.

Proszę państwa, pakiet onkologiczny – muszę to powiedzieć z pewnym rozczarowaniem – nie uzdrowi polskiej onkologii. Pakiet onkologiczny jest wycinkowym działaniem, którego założenia są oczywiście słuszne i trudno z nimi dyskutować. Skrócenie czasu diagnostyki, przyspieszenie czasu do rozpoczęcia leczenia to jest to, o co walczyliśmy

i co postulowaliśmy. Nikt nie dyskutuje z założeniami pakietu, ale realizacja tych rozporządzeń i zarządzeń, niestety, jak tu już dziś zostało powiedziane – dusi polską onkologię.

Nie będę wchodzić w szczegóły, bo przedstawiliśmy je i w formie pisemnej i w trakcie konferencji prasowej, która odbyła się w połowie marca. Uzyskaliśmy odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia, podpisaną przez pana ministra Neumanna w imieniu pana ministra Arłukowicza, że wszystko jest jak należy, pakiet jest przemyślanym i szeroko dyskutowanym dokumentem, który dobrze funkcjonuje.

Niestety, tak nie jest. Z jednej strony, poprzez wszystkie utrudnienia administracyjne, formalne, przede wszystkim, nieodpowiedni system informatyczny dotyczący sprawozdawczości, powoduje olbrzymie zadłużenie ośrodków, które idzie w dziesiątki milionów złotych.

W Centrum Onkologii (to są informacje z posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia) wartość pracy wykonanej przez trzy oddziały (warszawski, krakowski i gliwicki) w porównaniu z pierwszym kwartałem ubiegłego roku była większa o kilka procent. Wartość wyceniona – mniejsza o 5 mln zł a zapłacona – mniejsza o ponad 20 mln zł.

Jak przyznał pan prezes Jędrzejczyk, nie rozliczono w ramach funkcjonowania pakietu ponad 70 mln zł a 1/4 kart DiLO nie była zwalidowana – jak to się określa – czyli, nie było możliwości ich rozliczenia. Przesunięcia płatności z części nielimitowanej do limitowanej, pozapakietowej, są wielkim problemem. I, proszę państwa, niestety, chociaż minęły już prawie dwa miesiące od naszego wystąpienia (listu i konferencji) te wszystkie zapowiedziane zmiany, które wychodzą naprzeciw naszym postulatam, nie zostały zrealizowane. Informacja, jaką na dzień dzisiejszy uzyskałem od mojego szpitala jest taka, że nie nastąpiły żadne zmiany administracyjne usprawniające funkcjonowanie pakietu. Może nieco łatwiej jest zalogować się do systemu NFZ, ale utworzono nowe aplikacje, zresztą na dzisiaj niedziałające.

Proszę państwa, nie chcę przedłużać mojej wypowiedzi. Przecież państwo mają tego świadomość, że jest ogrom problemów dotyczących funkcjonowania polskiej onkologii i wszystkie te problemy powinny być załatwione poprzez dokument, który byłby polskim „Cancer Planem”, strategią całościową, obejmującą zarówno organizację diagnostyki, leczenie, profilaktykę pierwotną i wtórną, organizację samego leczenia, opiekę dla chorych hospicyjnych, naukę, zwłaszcza w zakresie badań podstawowych i szkolenie lekarzy.

Jeśli chodzi o specjalistów onkologów – jest ich w całym kraju około dwóch tysięcy i to sytuuje nas w końcówce państw europejskich. Patologów jest około pięciuset przy zróżnicowanym rozmieszczeniu w kraju. Jeżeli nie stworzy się zachęty do szkolenia większej liczby specjalistów, jeżeli nie poniesie się nakładów i nie podejździe się kompleksowo do tego zagadnienia to ta niekorzystna różnica pomiędzy Polską a krajami Europy Zachodniej, dotycząca kilkunastu punktów procentowych na niekorzyść w zakresie wyleczalności, nie zostanie zmniejszona.

Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pani, bardzo proszę.

**Dyrektor zarządzający Polskiej Federacji Szpitali Anna Banaszewska:**

Dziękuję bardzo.

Anna Banaszewska, dyrektor zarządzający Polskiej Federacji Szpitali.

Panie przewodniczący, dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, panie ministrze, panie prezesie, Polska Federacja Szpitali zrzesza około stu szpitali w Polsce i prawie większość z nich ma podpisane umowy na pakiet onkologiczny, zgodnie z danym przedstawionymi dzisiaj przez pana ministra, jest to prawie 1/4 szpitali uczestniczących w leczeniu pacjentów.

Proszę państwa, my jako menedżerowie ochrony zdrowia możemy powiedzieć, że nasi lekarze będą przyjmować pacjentów onkologicznych bez względu na limity i bez względu na zawarte umowy w ramach pakietu, dlatego, że taki mamy obowiązek. Pacjent ma konstytucyjne prawo dostępu do świadczeń a ten rodzaj to świadczenia planowe pilne. Niewątpliwie kłopotem jest brak możliwości rozliczenia i przesunięcia środków z „niewy-

konań” w zakresie pakietu onkologicznego. Nie będę już tu wracać do przyczyn tych „niewykonań”, bo je znamy, już je kilkakrotnie dzisiaj wypowiedzieliśmy.

„Nadwykonania” w pakiecie podstawowym – nie dalej niż kilka tygodni temu prowadziliśmy tę samą dyskusję i to samo pytanie kierowałam zarówno do pana ministra, jak i do pana prezesa w ramach posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia. Zwróciliśmy się również jako federacja z prośbą i z pytaniem o rozwiązanie systemowe w tym zakresie. Rozumiem, że to rozwiązanie jest wypracowywane, ponieważ do dzisiaj nie otrzymaliśmy odpowiedzi a przynajmniej ja o takiej oficjalnej odpowiedzi nie wiem. Złożone zostały deklaracje, że na wniosek szpitala takie przesunięcia będą się odbywać w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. I znowu podniosę tę samą kwestię, że to się nie dzieje. To znaczy, nasze szpitale (i podejrzewam, że nie tylko nasze, ale te, które zwracają się z takim wnioskiem) niejednokrotnie otrzymują odpowiedź taką, że nie ma środków lub nie ma zgody na te przesunięcia.

Z tego wynika moje pytanie i ponowna prośba o podjęcie takich systemowych rozwiązań, żebyśmy chcąc zrealizować nasze zobowiązania wobec pacjentów nie generowali długów szpitalnych, bo to, niestety, nie jest bezpieczne ani zgodne z zasadami dysponowania środkami publicznymi.

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę...

Przepraszam, pani pierwsza.

**Prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki Krystyna Wechmann:**

Krystyna Wechmann, Federacja Stowarzyszeń Amazonki.

Wymienia się tu dzisiaj wiele problemów związanych z pakietem onkologicznym a w związku z tym, ja do pana ministra skieruję jedno pytanie: czy ze strony pacjentów, nas, może być propozycja utworzenia grupy eksperckiej, która byłaby podwaliną do stworzenia kompleksowego leczenia raka piersi, bo tego typu stowarzyszenia kobiet reprezentuję?

Byłoby to na dzisiaj najbardziej przez nas oczekiwane.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Romuald Krajewski:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Romek Krajewski, Naczelna Rada Lekarska.

Ponieważ jesteśmy w trybie zadawania pytań, nie będę już mówić o rzeczach, o których zwykle się mówi, natomiast, mam trzy pytania do pana ministra.

Pierwsze, dotyczy planowanych działań, możliwości – po pierwsze – wyrównania sytuacji pacjentów onkologicznych a także lekarzy. Jak państwo wiedzą, złożyliśmy w tej sprawie skargę. Sądzymy, że mamy do czynienia z nieprawidłowościami. Jest to wsparte rozległą i szczegółową analizą prawną, ale w tej sprawie wypowie się trybunał, albo się nie wypowie (to potrwa) – natomiast, ten problem istnieje. On dzisiaj już był podkreślany. I jest pytanie, czy ministerstwo ma jakieś plany, żeby to wyrównać.

Drugie pytanie dotyczy możliwości ograniczenia uciążliwości związanych z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Te uciążliwości są niewątpliwe i jeżeli mówimy, że wypełniono tych kart 100 tysięcy to sto tysięcy razy wykonano czynności, które potrzebne są tylko do sprawozdawania.

Przypomnę tu posiedzenie Komisji Zdrowia Senatu, na którym przedstawiciele centrów onkologii dokładnie to mówili: karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest narzędziem sprawozdawczym płatnika, ale nie służy specjalnie leczeniu chorych.

Może więc potraktować ją, panie ministrze, onkologicznie, radykalnie: zlikwidować a jeżeli nie to przynajmniej, w dużym stopniu, ograniczyć i uprościć.

Trzecie pytanie dotyczy możliwości zniesienia limitów. O tym też było mówione. I to było zapowiadane. Kiedy wchodził pakiet kolejkowy, zapowiadaliśmy, że zniesiemy limity w onkologii, a więc, panie ministrze, może są jakieś plany ministerstwa, żeby te limity znieść.

One rzeczywiście są zniesione częściowo w odniesieniu do chorych, którzy mają kartę, ale słyszymy (i to coraz częściej) o chorych, którzy takiego szczęścia nie mają z bardzo wielu różnych powodów. Tak więc, naprawdę znieśmy te limity.

I ostatnia rzecz. Dużo tutaj mówiliśmy o demografii, opublikowaliśmy szczegółowe dane dotyczące demografii lekarzy, one są dostępne na stronach Naczelnej Rady Lekarskiej. Za dziesięć dni będzie konferencja, podczas której będziemy o tym mówić szczegółowo. Wszystkich zapraszam a jednocześnie chcę podkreślić, że to jest duży problem. Demografia specjalistów i, w ogóle lekarzy, w Polsce jest powodem do niepokoju, bo jest nas mało a będzie jeszcze mniej i, naprawdę, będzie trudno temu przeciwdziałać. A jeżeli byśmy chcieli, trzeba to natychmiast zacząć robić.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Innych zgłoszeń już nie widzę...

Tak, bardzo proszę.

**Wiceprezes Zarządu Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA Agata Polińska:**

Dzień dobry. Agata Polińska. Reprezentuję Fundację Onkologiczną Osób Młodych ALIVIA. Jestem również pacjentką onkologiczną od siedmiu lat.

Chciałabym zadać kilka pytań w imieniu pacjentów.

Bardzo dziękuję za dobrą wolę polityczną a przynajmniej – za wrażenie tej dobrej woli. Jeżeli pakiet onkologiczny był faktycznie dobrze przemyślanym projektem, to rozumiem, że mają państwo absolutną świadomość tego, że karty szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego nie otrzymało bardzo wielu pacjentów, którzy żyją z chorobą nowotworową i, niestety, osiągnęła ona stadium, które nie rokuje wyleczenia. To daje takie wrażenie, że państwu zależy na tych obywatelach, którzy jeszcze mogą zapłacić podatek i trochę popracować, natomiast na tych, którzy już tego podatku nie zapłacą, za bardzo nie zależy.

Mam w związku z tym pytanie: czy jest planowane rozszerzenie pakietu onkologicznego również o pacjentów, którzy są leczeni paliatywnie, nie tylko w hospicjach, również w centrach onkologii. Czy to leczenie bezlimitowe (bo widziałam na slajdzie pana ministra, że ma to dotyczyć radioterapii) będzie dotyczyć również chemioterapii?

Już dotyczy?

Świetnie.

Drugie pytanie, jakie mam: czy mają państwo rozeznanie, jak to wygląda w przypadku diagnostyki raka piersi? Otrzymuję bowiem sygnały, że pacjentki przychodzą do lekarza POZ ze zmianą w piersi, o której nie wiedzą, czym jest (może być to zmiana złośliwa albo łagodna) i lekarz na podstawie badania palpacyjnego nie jest w stanie określić charakteru tej zmiany. Natomiast, jeżeli chodzi o częstotliwość występowania zmian łagodnych w piersiach, jest ona bardzo duża i prawdopodobieństwo, że jedna na dziesięć, czy jedna na trzysta z tych zmian będzie złośliwa, nie jest oczywiste. W związku z tym, zdaje się, że lekarze trochę obawiają się skierować pacjentkę na szybką ścieżkę diagnostyki na podstawie badania palpacyjnego, co powoduje, że pacjentka dostaje skierowanie na USG lub mammografię piersi, w zależności od wieku, i musi na to badanie czekać w zwykłej kolejce. Dopiero ewentualnie po wstępnym rozpoznaniu, które może wskazywać na taki lub inny charakter zmiany, jest kierowana (lub nie) na tę szybką ścieżkę diagnostyczną.

Trzecie moje pytanie dotyczy takiego pojęcia: „szybka diagnostyka i szybkie leczenie onkologiczne”. Chcę zapytać, czy w obliczu tego, że procesy refundacyjne trwają w Polsce średnio dwa lata i jest to jeden z najgorszych wyników w Europie, mają państwo jakieś plany, projekty, zamiary skrócenia tej ścieżki decyzyjnej lub zadbania o to, żeby to nie wynosiło średnio dwa lata?

Ostatnie moje pytanie dotyczy centrów doskonałości. Czy jest to idea sprzeczna z Breast Cancer Units? Dlaczego Breast Cancer Units nie mogły zostać w projekcie i jakie są różnice pomiędzy referencyjnością centrów doskonałości a referencyjnością Breast Cancer Units? Czy jest w tym jakaś rozbieżność?

Dziękuję pięknie.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, jeszcze pan.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Jędrzejczak:**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, odbiegnę trochę od tego pakietu, od „zielonej karty”. Chciałbym przypomnieć – mówimy na temat pakietu...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Proszę się przedstawić.

**Wiceprezes NRA Marek Jędrzejczak:**

Marek Jędrzejczak, Naczelna Izba Aptekarska, przepraszam bardzo.

Mówimy na temat pakietu antykolejkowego. My, Naczelna Izba Aptekarska, zgłaszaliśmy w swoim czasie propozycję do tego pakietu antykolejkowego, związaną z wystawianiem recept powtarzających ordynację lekarską. Znalazła ona wtedy akceptację ministra zdrowia (choć nie została uwzględniona), którą wyraził pan minister Igor Radziejewicz-Winnicki mówiąc, że w przypadku nowelizacji ustawy refundacyjnej ten wniosek zostanie uwzględniony. Dzisiaj lekarz może wystawić receptę dla pacjenta na leki wystarczające na 180 dni, ale ta recepta najczęściej nie jest realizowana przez pacjenta ze względów finansowych – nie stać go na wykupienie recepty na tak długi okres. Co więcej nie wykupywane są również recepty na trzymiesięczny okres terapii.

My, aptekarze, wystawiamy dzisiaj tak zwane odpisy recept stuprocentowych, natomiast, nie ma takiej możliwości prawnej wystawiania odpisów recept refundowanych. Przy takiej możliwości, jak zaznaczaliśmy w naszym wniosku, bardzo szybko znikłyby kolejki przed gabinetami lekarskimi POZ, w których pacjenci czekają tylko na powtórzenie recepty na terapię jednomiesięczną.

Chciałbym więc złożyć pytanie na ręce pana ministra, czy państwo pamiętają o naszym wniosku i o regulacji obiecaną przez ministra zdrowia, która by od razu efektywnie zmniejszyła kolejki przed gabinetami lekarzy POZ, gdyby farmaceuci mogli wystawiać odpisy recept na 180 dni lub na 90 dni. Pacjent by przychodził do apteki i realizował swoje zapotrzebowanie na okres terapeutyczny, na przykład, trzydziestu dni. Zaznaczam jeszcze raz – byłoby to efektywne rozwiązanie. A dzisiaj stoimy przed kwestią przeszkolenia 40 tysięcy pielęgniarek i trudno ocenić, jaki będzie tego rezultat.

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Czy z zaproszonych gości ktoś jeszcze chciałby zabrać głos?

Proszę państwa, celowo nie ograniczałem wypowiedzi pań posłanek, panów posłów i zaproszonych gości (choć mam świadomość, że o 14.45 musimy opuścić tę salę) dlatego, że poproszę pana ministra i pana prezesa o to (i nasze panie z sekretariatu), żeby na wszystkie pytania zaproszonych gości odpowiedzieć pisemnie. Proszę przesłać je do sekretariatu naszej komisji a my to dokładnie przeczytamy, bo sprawa jest bardzo poważna i jest wielki rozdźwięk pomiędzy tym, co mówi pan minister i niektórzy posłowie (że jest dobrze dość dobrze albo bardzo dobrze) a tą okrutną rzeczywistością, z którą się zderzamy się po drugiej stronie.

Dlatego, że sprawa jest bardzo poważna, jest duży rozdźwięk, będę wnosić – i poproszę o to pana ministra i pana prezesa – o pisemną, szczegółową i wyczerpującą odpowiedź na wszystkie pytania zaproszonych gości i na wybrane pytania pań i panów posłów – tych, którzy będą chcieli.

Jeszcze pan poseł Piontkowski, który nie zabierał głosu, bardzo proszę.



**Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym wrócić do aspektu ekonomicznego pakietu onkologicznego.

Tutaj lekarze zwracali uwagę na zmianę sposobu wyceny świadczeń i straty finansowe, jakie w tej chwili ponoszą szpitale. Jest jeszcze jeden element z tym związany – wskazują również na zjawisko przechodzenia przynajmniej części świadczeń, tych najbardziej rentownych, do niepublicznych placówek służby zdrowia, które w ten sposób częściowo zabierają kontrakty szpitalom publicznym. To wiąże się z elementem, który pojawił się przy pakiecie onkologicznym, który państwo nazwali mapami zdrowotnymi. Czy Ministerstwo Zdrowia już pracuje nad pierwszymi mapami zdrowotnymi, bo to przecież ministerstwo w pierwszym etapie, jako pierwsze, ma takie mapy zdrowotne wstawić i czy państwo w tych planach uwzględniają również sytuację wysokospecjalistycznych centrów onkologicznych?

A jeżeli nie rozpoczęliście jeszcze prac nad mapami zdrowotnymi to, kiedy macie zamiar to zrobić, bo – z tego, co pamiętam – od roku 2016 takimi mapami mają się zająć wojewodowie, ale oni muszą nad czymś pracować – nad dokumentem czy mapą, która będzie istnieć.

Prosiłbym więc o szczegółową informację, co dzieje się z mapami zdrowotnymi, i również w tym kontekście, co będzie się dziać z onkologią.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do odpowiedzi. Dołączam tylko, panie ministrze i panie prezesie...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Panie przewodniczący, ja z wnioskiem formalnym.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Zaraz, chwileczkę.

Panie prezesie, dołączam jeszcze dwa pytania. One już padły, ale widzę, że jest tu liczna reprezentacja Amazonek. Dołączam pytanie dotyczące trastuzumabu i oczekujemy poważnej odpowiedzi (interpelowałem w tej sprawie), dlaczego polskie kobiety chorujące na raka piersi nie mogą na pierwszym etapie skorzystać z trastuzumabu, co jest normalnością w krajach Europy Zachodniej? Dlaczego polskie kobiety mają umierać albo krócej żyć? Czy dlatego, że prowadzicie jakiś eksperyment medyczny czy próbę biologiczną, co jest zupełnie niezrozumiałe?

I drugie pytanie, też prosiłbym o pisemną odpowiedź. Na początku pan minister Arłukowicz i pan premier Tusk w marcu 2014 r. powiedzieli – dziewięć tygodni... To jest, od momentu podejrzenia choroby nowotworowej do momentu włączenia ukierunkowanego leczenia onkologicznego, ma upłynąć dziewięć tygodni. Natomiast teraz państwo dokonali – w mojej ocenie – perfidnej manipulacji informacyjnej, że od momentu, kiedy pacjent zostanie wpisany na listę oczekujących na konsultację u specjalisty, do postawienia diagnozy nie może być mniej niż dziewięć tygodni. Czyli, straszna rzecz, dziewięć tygodni od momentu konsultacji specjalistycznej do momentu ostatecznej diagnozy, a początkowo miało to być dziewięć tygodni od momentu podejrzenia choroby nowotworowej do włączenia ukierunkowanego leczenia onkologicznego.

To jest myśl, zasada, piękny projekt, ale już w trakcie tego zmanipulowaliście, że jest to dziewięć tygodni tylko do ustalenia diagnozy. To co z tego, że ustalimy diagnozę, jeśli za pół roku włączymy leczenie? W chorobach tarczycy potrafimy rozpoznać nowotwór w ciągu kilku dni. Nie potrzeba dziewięciu tygodni a ile jeszcze potem trzeba czekać na włączenie ukierunkowanego leczenia.

Dziękuję bardzo...

Ale króciutko, pani poseł.

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Tak, panie przewodniczący.

Ja z wnioskiem formalnym, ponieważ mniej więcej wiem, jak będzie przebiegać odpowiadanie na nasze pytania – piętnaście minut na to, żeby odnieść się choćby połowicznie do 1/5 tego, o co pytaliśmy, to abstrakcja.

W związku z tym, stawiam wniosek, panie przewodniczący (i proszę o rozważenie), abyśmy potraktowali to posiedzenie komisji jako początek, przerwali je i zawezwali ministra Arłukowicza. Proszę wybaczyć...

A pan, który siedzi obok pana wiceministra, to w związku z czym tak się zachowuje?

Coś nieprawdopodobnego, panie przewodniczący, ale to może za moment. To są niegrzeczności. Pan jest urzędnikiem, proszę pana i oficjalnie strzelane fochy są po prostu nieprawdopodobne, kiedy mówimy o tak poważnej sprawie...

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, prosiłbym, żeby jednak panować nad tym, co się dzieje na posiedzeniu Komisji...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Pani poseł, prosiłbym...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Nie pozwolę na to, żeby urzędnicy Ministerstwa Zdrowia lekceważyli...

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Pani poseł, tak, ale...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Proszę mi nie przerywać, nie skończyłam składać wniosku formalnego.

W związku z tym, składam wniosek, aby przerwać to posiedzenie komisji. Z szacunku dla poruszanego tematu, z szacunku dla gości i posłów, którzy zadawali szczegółowe pytania, wnoszę o to, żeby przedstawiciel ministerstwa w osobie pana ministra zjawiał się na kontynuacji tego posiedzenia Komisji, dlatego, że on ponosi pełną odpowiedzialność za to, co się dzieje, łącznie z tym, że po zmianie ustawy zmieniła się również podległość prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który kompletnie stracił samodzielność, jak i straciły samodzielność poszczególne oddziały.

Te sprawy są zbyt poważne, abyśmy przez piętnaście minut wysłuchali ogólnikowych wystąpień pana wiceministra, bo takie były też seminaryjne wykłady...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Pani poseł...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Bardzo proszę o przerwanie tego posiedzenia i zawołanie pana ministra Arłukowicza.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Pani poseł, dokładnie to sugerowałam, że będzie kontynuacja tego tematu, bo jest to temat zbyt poważny, żebyśmy go zakończyli na jednym powiedzeniu.

Dlatego prosiłem, żeby pan minister i pan prezes odpowiedzieli pisemnie. My te odpowiedzi dokładnie przeczytamy, przeanalizujemy i będzie ciąg dalszy. Na pewno będzie jeszcze niejedno posiedzenie komisji w tym zakresie a będziemy mogli wtedy odnieść się do pisemnej formy odpowiedzi.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, ponieważ padł wniosek formalny, ja stawiam wniosek przeciwny, o to, żebyśmy doprowadzili to posiedzenie Komisji do końca, zgodnie z planem.

I apeluję do pana przewodniczącego (ponieważ moje apele do pani poseł Zalewskiej raczej mijają się z celem) chociaż o minimum przyzwoitości w debacie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Już naprawdę nie chcę komentować wypowiedzi przewodniczącego o eksperymencie medycznym, o niezależności lub zależności od Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wiem, że państwo mogą mieć inne zdanie, ale w swoich wypowiedziach, również w stosunku do państwa wypowiedzi, staramy się państwa personalnie nie obrażać a, szczerze powiedziawszy, znalazłoby się wiele tematów, jak chociażby – prosta rzecz – nakłady procentowe przeznaczane na onkologię w latach państwa rządów, jak i to, o czym mówiła

pani poseł Szczypińska. Jeśli o to chodzi, to Instytut Onkologii istniał również wtedy, kiedy państwo mieli władzę a nie przypominam sobie, aby wtedy funkcjonował idealnie. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Skorzystam zatem z tego, że jestem przewodniczącym i prowadzę tę debatę i *ad vocem* powiem, po pierwsze, że jeśli chodzi o eksperyment medyczny, to odnoszę takie wrażenie, ale – proszę, opiszę to zjawisko.

W całej Europie, jeśli kobieta ma guza piersi HER2-plus to od razu dostaje trastuzumab plus chemioterapię, natomiast polska kobieta dostaje najpierw tak zwaną czerwoną chemię, a dopiero potem, ewentualnie, w drugim rzucie, dostaje trastuzumab.

Jak można to interpretować? Jak można to ogólnie nazwać, jeśli kobiety zachodnie mają guza piersi – mówię o guzie HER2 dodatnim, a więc agresywnym, które daje natychmiastowe przerzuty i bardzo ciężkie rokowanie – mają od razu, w pierwszym etapie... Jak można to traktować, że polska kobieta dostaje najpierw agresywną "czerwoną chemię" – i tak to można interpretować, że – jeśli przeżyje – to ewentualnie dostanie trastuzumab a jeśli nie przeżyje, to już nie zdąży na trastuzumab, a w Europie Zachodniej wszystkie kobiety dostają trastuzumab w pierwszym etapie? Czy nie ma powodu, żeby to tak określić, panie przewodniczący? Dlatego tak mówię: odnoszę takie wrażenie, że jest to próba eksperymentu biologicznego, próba biologiczna. Rzeczywiście, być może nieuzasadniona, ale takie wrażenie polskie kobiety mają. Przecież przychodzą do biura poselskiego i o tym mówią.

Dziękuję bardzo. I bardzo proszę.

**Wiceprezes Zarządu Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA Agata Polińska:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Jeszcze raz Agata Polińska z Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA.

W związku z tym tematem chciałabym jeszcze dodać, że program lekowy dotyczący leczenia trastuzumabem wyłącza również pacjentki, które są w stadium IIIc leczenia. Co to oznacza? To, że pacjentki we wcześniejszym stadium dostają ten lek, i w późniejszym stadium też dostają ten lek, a w stadium środkowym III C tego leku nie dostają.

Ten program lekowy powstał około siedmiu lat temu – tak myślę, ale mogę się mylić. Od tamtej pory nie został zaktualizowany, pomimo że wpływały w tej kwestii wnioski do ministerstwa. W związku z tym, może warto byłoby uzyskać od Ministerstwa odpowiedź na pytanie, dlaczego te wnioski na zaktualizowanie programu lekowego dotyczącego leczenia trastuzumabem i lapatinibem nie zostały zaktualizowane?

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję.

Panie ministrze, panie prezesie, bardzo proszę o krótkie i lapidarne odpowiedzi.

Bardzo też proszę (powiedziałem to poprzednio) o odpowiedzi na wszystkie pytania, które nadesłamy, według stenogramu z sejmowej Komisji Zdrowia.

Dziękuję bardzo.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Dziękuję, panie przewodniczący.

Zacząłbym od nakładów na onkologię i udzielenia odpowiedzi pani poseł, bo – rzeczywiście – nie mówiłem o środkach całkowitych na onkologię, tylko o proporcjach środków, jakie są wydawane na onkologię z całego systemu ochrony zdrowia. I nie ma tu żadnej manipulacji, ani krztyny. Wydajemy mniej więc tyle samo...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Pani poseł, bardzo proszę...

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Oczywiście, możemy mieć inne zdanie, ale ja panią przekonuję, przekazuję dane. To są dane, nie...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Ja mówię tylko o zasadach...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Panie ministrze, bardzo proszę kontynuować.

Pani poseł, bardzo proszę o...

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Rzeczywiście, poruszono tutaj kilka obszarów tych zagadnień, nie tylko z zakresu pakietu onkologicznego, ale również z zakresu kształcenia, na przykład, lekarzy, i niedoborów tych lekarzy. Mało o tym mówimy, więc chciałbym skorzystać z tej okazji i krótko powiedzieć, bo – oczywiście – na wszystkie pytania nie da się odpowiedzieć...

Ponieważ ostatnio w tym zakresie dużo się zdarzyło, chcę zwrócić uwagę na to, że wydarzyły się dwie istotne rzeczy, jeśli chodzi o kształcenie lekarzy.

Pierwsza, to zmiana sposobu realizacji specjalizacji na system modułowy, który umożliwia w wielu przypadkach znaczące skrócenie procesu specjalizacyjnego dla lekarzy, którzy już mają specjalizację z innych dziedzin. To jest ogromne skrócenie, bo o trzy a nawet cztery lata można skrócić ten proces kształcenia, oczywiście, bez szkody dla jakości kształcenia, co należy podkreślić.

Drugi, równie istotny obszar, to zwiększenie ilości rezydentur. Liczba rezydentur w tym roku wzrośnie dwukrotnie w stosunku do liczb z lat poprzednich.

Tu skromnie przypomnę, że państwo polskie jest jednym z nielicznych państw Europy, które finansuje specjalizacje lekarskie z budżetu państwa. Jak ogromne są to środki, nie trudno sobie wyobrazić. A ponieważ sytuacja (jak słusznie zaznaczał pan profesor) jest dość zła, jeżeli chodzi o liczbę lekarzy to uważamy, że należy takie środki podjąć i te specjalizacje finansować z budżetu państwa.

Odnośnie do tego, że liczba lekarzy maleje, nie zgodzę się, ponieważ ona powoli, systematycznie wzrasta. Natomiast, rzeczywiście, część lekarzy wchodzi w wiek emerytalny i robi się z tego problem.

Jeśli państwo pozwoli to chciałbym odpowiedzieć, przede wszystkim, gościom na pytania, które zadali. Państwo posłowie i tak dostaną odpowiedzi na piśmie.

Pani z Fundacji ALIVIA pytała o chemioterapię i radioterapię bezlimitową w przypadku stosowania ich w leczeniu paliatywnym. Chemioterapia jest w tej chwili bezlimitowa w leczeniu paliatywnym a radioterapia – będzie. Cały pakiet leczenia paliatywnego-hospicyjnego nie może być połączony z pakietem onkologicznym, natomiast będzie bezlimitowy, tylko w osobnym rozwiązaniu... Dlatego (i to jest prosta odpowiedź), że pacjenci paliatywni...

Ależ oczywiście, że tak, tylko że pacjenci paliatywni to nie są wyłącznie pacjenci onkologiczni. To jest jasne. Prawda...? Właśnie w tym celu tu się spotkaliśmy...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Proszę włączyć mikrofon, bo pani ma w tej chwili ważniejszy głos niż inni.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Oczywiście, że tak.

Dlaczego pani uważa, że oni nie mogą mieć tej diagnostyki?

**Wiceprezes Zarządu Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA Agata Polińska:**

Bo nie są objęci pakietem onkologicznym. Pacjentom leczonym paliatywnie odmawia się wystawienia karty szybkiej diagnostyki i leczenia, ponieważ ich choroba nie rokuje dobrze.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Zupełnie nie rozumiem, dlaczego nie mieliby mieć wystawianej karty...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Bo nie mają...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dlatego poprosimy o pisemną odpowiedź...

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Oczywiście, pani też udzielimy pisemnej dopowiedzi...

**Wiceprezes Zarządu Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA Agata Polińska:**

Proszę o wskazanie przepisów, według których wszyscy pacjenci onkologiczni ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową mają prawo do szybkiej diagnostyki i leczenia bez wyjątku?

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Oczywiście, mówią o tym regulacja ustawowa i rozporządzenia...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

W której nie ma hospicjów...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Obiecuję, że dostanie pani odpowiedź na piśmie.

Bardzo proszę, panie ministrze, o dalsze odpowiedzi, chociaż zdaję sobie sprawę z tego, że czas nam umyka...

Bardzo proszę, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Kolejny obszar, częściowo wiążący się z pakietem onkologicznym a bardziej z kolejkowym, poruszony był przez Naczelną Izbę Aptekarską: obszar recept. Mówiono o czymś, co już funkcjonuje.

Od 1 stycznia można wystawić receptę na rok, wstawiając na recepty (bo na leży ich wypełnić co najmniej trzy) odpowiednie daty ich realizacji. Nie ma żadnych problemów... W związku z tym, pacjenci nie mają żadnych kłopotów z wykupieniem tych recept, ponieważ data realizacji określa ich ważność i mogą je wykupywać etapowo. Od stycznia naprawdę są bardzo elastyczne przepisy dotyczące wystawiania recept.

Dlatego bardzo zdziwiłem się, że NIA postuluje coś, co funkcjonuje od 1 stycznia.

Panie przewodniczący, chyba na resztę...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

To znaczy, jeszcze raz – osobiście...

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Oczywiście.

Jeszcze – przepraszam – pominąłem panie z Federacji Amazonek. Jak najbardziej zapraszamy do współpracy. Obiecuję, że zaprosimy panie do Ministerstwa na spotkanie, na pewno niejedno. Natomiast, jeśli chodzi o Breast Cancer Units, jak zaznaczałem w prezentacji, one są również centrami doskonałości dotyczącymi nowotworów piersi. Jest to więc ten drugi etap.

W tej chwili, po doświadczeniach związanych z wprowadzeniem pakietu onkologicznego, kolejnym etapem będzie wprowadzenie regulacji dotyczących centrów doskonałości. I oczywiście, ponieważ gotowe rozwiązania już są, w pierwszym etapie będą wprowadzone Breast Cancer Unit-y, żeby już nie tłumaczyć tego na polski. Chcielibyśmy, żeby to wydarzyło się w pierwszej połowie tego roku. Oczywiście, ten proces będzie trwać, dlatego, że podmioty lecznicze – świadczeniodawcy, będą musieli zorganizować się tak, żeby spełnić te warunki. Wiąże się to, oczywiście, z nowym produktem finansowym.

Przypomnę tylko, że nawet dzisiejsze regulacje nie ograniczają możliwości tworzenia Breast Cancer Unit-ów. Jeden taki działa a drugi, według mojej wiedzy, dzisiaj zaczął działać. Oczywiście, istotnym elementem jest to, aby te wymagania były określone co najmniej przez zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i były jednolite, bo można się tak nazwać nie spełniając warunków Breast Cancer Unit.

I jeszcze, jak rozumiem, pan prezes dwa zdania.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Jeszcze pan prezes króciutko, bardzo proszę.

**Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:**

Dosłownie dwie minuty, panie przewodniczący.

Oczywiście, celami pakietu była dostępność i przyspieszenie diagnostyki – można powiedzieć, że są to bardzo krótkie dane, natomiast w obydwu przypadkach wyraźnie

widać z danych, że te cele są realizowane, ale także racjonalizacja wydatków, ponieważ jednym z celów było to, żeby formy leczenia były dostosowane do standardów europejskich, z którymi tak lubimy się porównywać.

Wyniki z pierwszego kwartału przekroczyły nasze oczekiwania. Udało się choćby zmniejszyć liczbę hospitalizacji do chemioterapii z 65% pacjentów, w tej chwili hospitalizowanych jest tylko mniej niż 1/3 pacjentów a dwukrotnie zwiększyła się liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Dla pacjentów jest to forma dogodniejsza, również dla ich samopoczucia – co jest bardzo ważne – i skuteczna terapeutycznie, także w formach jednodniowych. Oczywiście, oznacza to dostosowanie się potencjału szpitala. To rozumiemy, i to jest kwestia czasu.

A przechodząc do punktu drugiego. Jak powiedzieliśmy, regulacje systemowe są gotowe, bo są ogólne warunki umów, które obowiązują. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich na bieżąco alokują środki na podstawie wniosków zgłaszanych przez świadczeniodawców, w ramach oddziału wojewódzkiego, czyli tych 20-procentowych a w uzasadnionych przypadkach – więcej.

Tyle, żeby nie przedłużać. Na pozostałe pytania, które tu były zadane, odpowiemy na piśmie.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Ponieważ, Wysoka Komisjo i szanowni zaproszeni goście, musimy kończyć posiedzenie komisji, deklaruję (chyba też w imieniu prezydium Komisji Zdrowia), że dopilnujemy tego – wszystkie państwa pytania będą przesłane do ministerstwa.

Czy tak, panie ministrze i panie prezesie?

I dostaną państwo pisemną odpowiedź...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Proszę o określenie czasu dostarczenia, ponieważ ja nigdy nie dostałam odpowiedzi na piśmie.

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dostaną państwo odpowiedź i na pewno będzie dalszy ciąg tej sprawy...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Proszę pana przewodniczącego o określenie czasu dla ministerstwa...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

...bo sprawa jest bardzo poważna...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

...czy za tydzień mają państwo odpowiedzieć, czy za dwa?

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

...i jest bardzo duży rozdźwięk, dysonans poznawczy. Natomiast, na zewnątrz jest okrutna rzeczywistość i trzeba temu zaradzić.

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Panie przewodniczący, proszę określić termin...

**Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):**

Pani poseł, zakreślam termin do jednego miesiąca.

Oczywiście, my przejmujemy wszystkie pytania zaproszonych gości, stenogram będzie przesłany do ministerstwa i do pana prezesa, żeby wyjaśnienia były szczegółowe i wyczerpujące. Potem to przeanalizujemy i będziemy dalej nad tym debatować i procedować.

Dziękuję państwu.

Zamykam posiedzenie Komisji.