

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 158)

z dnia 13 grudnia 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 158)

13 grudnia 2018 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO-KO)**, przewodniczącego Komisji, na posiedzeniu zwołanym w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu, na wniosek grupy posłów, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– „Informacja Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego na temat projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. n. med. **Ryszard Gellert** dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego ze współpracownikiem, **Agnieszka Wernik** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Anna Andrzejczak**, **Lubomir Jurczak** i **Wiktor Masłowski** eksperci Business Centre Club, **Beata Ambroziewicz** członek Zarządu i **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Ewa Borek** prezes Fundacji MY Pacjenci, **Nikola Jennek** dyrektor ds. relacji zewnętrznych Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dr n. med. **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Renata Mizerska** prezes Polskiej Rady Psychoterapii ze współpracownikiem, dr hab. n. med. **Rafał Stec** przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, **Andrzej Śliwczyński** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, prof. dr hab. n. med. **Paweł Śliwiński** prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc wraz ze współpracownikami, ks. dr **Stanisław Tokarski** prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich, **Tadeusz Włodarczyk** prezes Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty GLADIATOR, **Wojciech Wiśniewski** dyrektor ds. relacji zewnętrznych Fundacji Onkologicznej ALIVIA ze współpracownikiem, **Marek Wójcik** pełnomocnik Związku Miast Polskich oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji .

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Bardzo proszę wszystkich członków naszej Komisji oraz gości o powstanie i uczczenie pani poseł Szczypińskiej minutą ciszy. Dziękuję.

Mamy w składzie Komisji Zdrowia nowego posła, pana Rychlika. Czy jest na sali pan poseł Rychlik? Witamy w zespole.

Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Ten przepis regulaminu stanowi, że na pisemny wniosek 1/3 liczby posłów, członków komisji, przewodniczący jest zobowiązany zwołać posiedzenie komisji w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, czyli od dnia 7 grudnia 2018 r. Proszę o ciszę.

Zgodnie z wnioskiem grupy posłów, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje informację ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego na temat projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę pana ministra o informację nt. rozporządzenia, które – w naszej ocenie, czyli posłów wnioskodawców – wprowadza nieczytelne zasady finansowania niektórych ośrodków onkologicznych.

Mam propozycję. Panie ministrze, prośba jest taka, bo doszły mnie słuchy z korytarza, jaki jest plan, więc skoryguję. Nie rozmawiamy ogólnie o onkologii, nie rozmawiamy ogólnie o pakiecie, tylko rozmawiamy o rozporządzeniu, w którym – wedle naszej oceny – w sposób nieuzasadniony zwiększacie cenę usługi onkologicznej w dwóch ośrodkach, a w pozostałych nie. Chcemy znać przyczyny, zasady i wiedzieć, dlaczego tak robicie. Potem oddam głos stronie społecznej, która właściwie była głównym motorem napędowym tego posiedzenia, a następnie odbędzie się dyskusja posłów. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, sprawnie, jak zwykle. Postaram się przejść przez pewne kwestie dość ogólne. Jestem otwarty na dyskusję. Aczkolwiek nie do końca zechcę realizować ten plan korytarzowy – jak pan przewodniczący powiedział – to jednak nie sposób przynajmniej kilku zdań wstępu w tym zakresie przedstawić.

Pilotaż, czy projekt rozporządzenia dotyczący pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, jest faktycznie tylko jedną ze zmian, które składają się na wiele zmian w onkologii. Mam wrażenie, i dlatego to podkreślam, że po konsultacjach społecznych, po uwagach przekazanych przez wiele stron, tak naprawdę jest to chyba odbiór tego, że my już wdramy sieć onkologiczną i w ten sposób realizujemy *expose* premiera, nazywając to krajową siecią czy Narodowym Instytutem Onkologii. Otóż, stanowczo, nie. Jest to, tak naprawdę, tylko jeden z elementów, tylko jedna z cegiełek, istotna skądinąd, bo stanowiąca pewien fundament, ale jednak tylko jeden z elementów. Do kluczowych elementów tych całościowych zmian należą przede wszystkim prace legislacyjne i prace analityczno-wykonawcze, związane z opracowaniem Strategii Walki z Rakiem, w porozumieniu z Kancelarią Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Mam nadzieję, że jeszcze w tym roku do Sejmu trafi projekt ustawy w zakresie opracowania cancer planu.

Drugim elementem, bardzo ważnym, jest właśnie projekt ustawy, czy ustawa i prace legislacyjne w tym zakresie, o Krajowej Sieci Onkologicznej, ale – żeby jasno to wybrzmiało – prace w tym zakresie *de facto* jeszcze się nie rozpoczęły. Po pierwsze, chcemy zebrać pierwsze doświadczenia z pilotażu, a po drugie, dopiero z nowym rokiem chcemy zacząć prace nad ustawą.

Zmiany, o których mówiłem, dotyczą wielu różnych obszarów. Nie chciałbym przeznaczać na to czasu, ale są to działania w zakresie profilaktyki, zmiany programów – chociażby jelita grubego – które mamy zamiar wprowadzić od 2019 r., certyfikowanie laboratoriów patomorfologii, zmiany zasad finansowania, zmiany zasad koszykowych. W szczególności, jeszcze w tym roku chcielibyśmy skierować do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia w zakresie *breast cancer* unitów. Mam nadzieję, że najpóźniej w drugim kwartale następnego roku, jeżeli tylko będą pozytywne rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, projekt rozporządzenia w zakresie kompleksowej opieki w raku płuca. Mówię to dlatego, że wiele uwag w ramach konsultacji jakby podawało w wątpliwość, że my nad tymi produktami będziemy dalej pracować.

Tak naprawdę, zaistniało takie wrażenie, że ten pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej zamyka tamte tematy. Otóż, absolutnie nie. Unity narządowe mają być istotnym elementem uzupełniającym w docelowej sieci i nie tylko nad nimi pracujemy, ale i intensyfikujemy prace w zakresie tych unitów.

Nie będę opowiadać o całokształcie tych zmian, bo mam nadzieję, że jeszcze kiedyś będziemy mieli okazję o tym porozmawiać, więc przejdę do meritum, czyli do pilotażu i do tych rozwiązań pilotażowych. Przede wszystkim, bardzo krótko o samym pilotażu.

Pilotaż, faktycznie w dwóch województwach – na dzisiaj w dwóch, dolnośląskim i świętokrzyskim – ma na celu przetestowanie rozwiązań docelowych, aczkolwiek – podkreślam to po raz któryś – pilotaż to jest pewne działanie próbne, którego celem jest sprawdzenie czegoś. Choćby w myśl definicji z Wikipedii, jest to realizacja projektu wstępnego, mająca na celu tak naprawdę rozpoznanie podstawowych barier wdrożeniowych, zebranie know-how niezbędnego do realizacji projektu. Ja to jasno powtarzam – to nie jest docelowa sieć onkologiczna. To jest w jakimś sensie pole próbne do przepro-

cedowania pewnych zmian i zobaczenia, jak my, ośrodki koordynujące, ośrodki w sieci, w tym okresie sobie z tym poradzą.

Może od razu odniosę się do tego – bo to ważny wątek dotyczący finansowania – dla czego zmiany w dwóch ośrodkach. To nie jest tak, panie przewodniczący. Zmiany dotyczą wszystkich ośrodków w tych dwóch województwach, które do sieci wejda. Wyodrębniamy ośrodki najwyższego poziomu, czyli ośrodki koordynujące. Wyodrębniamy ośrodki drugiego poziomu. Warto wskazać, że ta korekta finansowania w tych ośrodkach o drugim stopniu referencyjności to jest plus 17,5%. To jest istotna korekta w stosunku do zadań, które dla tych ośrodków są przewidziane. Dodatkowo, na pierwszym poziomie referencyjnym tych podstawowych ośrodków realizujących świadczenia w zakresie onkologii, jest również korekta na poziomie plus 5% do obecnej wyceny. Nie chciałbym więc utrwalać wrażenia, że jedynymi beneficjentami finansowymi tych zmian są dwa wojewódzkie ośrodki koordynujące, bo ja nawet mam wrażenie – a jestem finansistą, więc wydaje mi się, że na liczbach dość dobrze się znam – że to ośrodki pierwszego i drugiego poziomu w stosunku do zadań, które mają, mają bardziej korzystne finansowanie w zakresie tego pilotażu niż ośrodki koordynujące, których liczba zadań dodatkowych, związanych chociażby z systematycznym przeprowadzaniem badań satysfakcji pacjentów, z uruchomieniem infolinii – co jest ogromnym kosztem w całym tym pilotażu – szeregiem koordynatorów, którzy mają zostać zatrudnieni właśnie do koordynacji na poziomie województwa, powoduje koszty, które, tak naprawdę, w ogromnej mierze ponoszą właśnie te ośrodki.

Chciałbym jeszcze odnieść się, bo wydaje mi się, że to posiedzenie Komisji Zdrowia zostało zwołane w dużej mierze z powodu powszechnego wrażenia, że ogromne rzesze towarzystw naukowych, organizacji pacjenckich i generalnie rynku czy sektora onkologii, kwestionują te rozwiązania. Nie chciałbym wymieniać wszystkich listów poparcia, ale, tak naprawdę, warto wskazać przede wszystkim jeden – stanowisko Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, zrzeszającej kilkadziesiąt organizacji pacjenckich, które zaczyna się od zdania: „Pragniemy przekazać poparcie Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych dla koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej oraz formuły pilotażu...”. Jeżeli dzisiaj jest wrażenie powszechnego poparcia, to ja z tym zgodzić się nie mogę.

Oprócz Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, wyrazy poparcia złożyło Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwa: Chirurgii Onkologicznej, Onkologii Klinicznej i Radioterapii Onkologicznej, konsultanci krajowi w dziedzinie chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, patomorfologii, wiele uczelni, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie wraz z oddziałami. Warto również wskazać, że szeroka krytyka na etapie konferencji uzgodnieniowej i uzgodnień wychodziła od ośrodków pulmonologicznych, które stawiały znak zapytania, czy podejście do raka płuca może być identyczne jak do innych nowotworów. Dodam, że chociażby dyrekcja Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, który to ośrodek wchodzi do pilotażu na drugim poziomie referencyjnym, również wyraziła poparcie dla pilotażu, zgłaszając oczywiście pewne uwagi, aczkolwiek wyrażając dużą otwartość i dużą wolę do przetestowania tego w praktyce, czemu właśnie ma służyć pilotaż.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę – bo w apelu, który pojawił się w obiegu medialnym bodajże dwa dni temu, znalazły się wyrazy kwestionujące czy jakby zarzucające nietransparentny proces uzgodnień tego rozporządzenia – że my dzisiaj spotkaliśmy się, żeby omówić pewne kwestie związane z rozporządzeniem ministra zdrowia. Rozporządzeniem, które, de facto, po pierwsze, nie musi być uzgadnianie z organizacjami pacjenckimi, ale naszą intencją było jego powszechne uzgodnienie. Nie musi być uzgadnianie z szeregiem organizacji, do których wysłaliśmy projekt do konsultacji. Nie musi być organizowana konferencja uzgodnieniowa, którą zrealizowaliśmy i na której przez ok. 3 godziny starałem się jednak osobiście wszystkie wątpliwości rozwiązać. Dlatego nie mogę zgodzić się z tym, że proces konsultacji był nietransparentny. Ze środowiskiem pulmonologów, poza procesem konsultacji, spotykałem się i w ubiegły piątek, i wczoraj, i na wielu spotkaniach roboczych w trakcie konsultacji, żeby jednak przekonać do tego pilotażu.

Kończąc i podsumowując, tak naprawdę, widzimy absolutną wartość dodaną tego pilotażu. Co więcej, my naprawdę wsłuchaliśmy się w głosy różnych środowisk podczas uzgodnień. Tak naprawdę, do pierwotnego projektu rozporządzenia ministra zdrowia wprowadziliśmy 80% uwag zgłoszonych czy to na etapie konsultacji, czy po konferencji uzgodnieniowej. Są to duże zmiany. Wysłuchaliśmy przede wszystkim głosów pacjentów i rozszerzyliśmy krąg osób objętych pilotażem o pacjentów bez karty DiLO, co było jednym z głównych postulatów. Zmieniliśmy mierniki, zmieniliśmy wskaźniki realizacji pilotażu. Doprecyzowaliśmy zakres i sposób przetwarzania danych. Tak naprawdę, zmieniliśmy pewne merytoryczne aspekty w zakresie nadzoru ośrodków koordynujących, które budziły wątpliwości, a w szczególności związane z realizacją wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych. Wydaje mi się, że 80% uwag wprowadzono – przy tym trzeba podkreślić, że część z tych uwag, które nie zostały wprowadzone, to były, tak naprawdę, alternatywne projekty rozporządzenia albo pomysły alternatywne – to bardzo dużo. Wierzę, że ten proces uzgodnień i konsultacji był aż nader skrupulatny i zdecydowanie wykraczający poza ramy związane z konsultowaniem projektów rozporządzeń. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Już oddaję głos stronie społecznej. Momencik. Panie ministrze, kopiować też trzeba umieć. Wy wprowadzacie w tym rozporządzeniu, m.in. w § 7, konsylia, koordynatora procesu leczniczego. Panie ministrze, czy w ogóle czytaliście ustawę o świadczeniach? W ustawie to wszystko jest zapisane...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Może bez tego typu uwag, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Ja jestem wnioskodawcą, panie przewodniczący, i będę uzasadniał, dlaczego to posiedzenie Komisji jest zwołane. Pan będzie brał udział w dyskusji. Jestem wnioskodawcą i mam do tego prawo. Wprowadzacie... Czy to pan będzie oceniać, jakie mam robić uwagi w czasie posiedzenia Komisji zwołanego w trybie art. 152? Czy pan regulaminu nie zna? Proszę więc dać się wypowiedzieć.

Wprowadzacie w rozporządzeniu, szanowni państwo, rzeczy zapisane dawno w pakiecie onkologicznym, w ustawie. Mam do pana kolejne pytanie. To pytanie stawiam jako wnioskodawca... Czy może pan słuchać?

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Ja, panie przewodniczący, zawsze słucham.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

To dziękuję. Czym różnią się pacjenci w województwie podlaskim od pacjentów w województwie świętokrzyskim, że ci będą liczeni wg wskaźnika 1,3, a tamci wg wskaźnika 1. Czym się różni koordynator powołany funkcjonującą ustawą w całym pakiecie onkologicznym, we wszystkich szpitalach onkologicznych, które dzisiaj są w sieci onkologicznej, od tych szpitali, tych koordynatorów i tych konsyliów, które powołujecie tym rozporządzeniem? To są pytania, na które trzeba odpowiedzieć...

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

To jest niewłaściwie postawione pytanie, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Ja na razie nie pytam...

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Nie dotyka sedna problemu...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Uzasadniam zwołanie posiedzenia Komisji. OK.? Mam do tego prawo.

To są pytania – czym różnią się pacjenci w całym kraju od pacjentów w świętokrzyskim i dolnośląskim. Pojawia się jeszcze jedno pytanie, panie ministrze. Wskazujecie, że kolejnym ośrodkiem, który będzie w tej sieci w kolejnym etapie, będzie mazowieckie centrum onkologii. Czy tak? Jest napisane, że planujecie tak zrobić.

Przede wszystkim, pan jest oddelegowanym czy urlopowanym dyrektorem tego ośrodka, centrum onkologii. Czy pan nie widzi tutaj...?

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Prostuję. Nie jestem urlopowany. Zakończyłem stosunek pracy przechodząc do Ministerstwa Zdrowia.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dobrze, że pan to wyjaśnił...

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Te informacje medialne są dalece niesprawdzone.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Jeśli coś jest łatwe do wyjaśnienia, to szybko można to wyjaśnić, a jeśli coś jest trudne, to wymaga dłuższej rozmowy. Oddaję głos stronie społecznej. Bardzo proszę zgłaszać się, przedstawiać i informować Komisję, kogo państwo reprezentują. Bardzo proszę.

Dyrektor ds. relacji zewnętrznych Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Pięknie dziękuję, panie przewodniczący. Wojciech Wiśniewski, Fundacja Onkologiczna ALIVIA. Przede wszystkim dziękuję członkom Komisji za to, że przychylił się państwo do naszej prośby o zwołanie nadzwyczajnego posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia. Dziękujemy za to, że możemy w końcu porozmawiać na temat pewnego rodzaju zastanawiających wydarzeń, których ten projekt, niestety doświadczył. Jednak, chyba w myśl tego, co powiedział na początku pan przewodniczący, chciałbym jednoznacznie zasygnalizować, że my mówimy o słabym projekcie rozporządzenia. Nie mówimy o koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej. Zanim przystąpimy do dyskusji, powinniśmy ustalić, czego ta dyskusja dotyczy.

Kiedy opublikowano w październiku projekt rozporządzenia, my, wspólnie z naszymi przyjaciółmi z siedmiu organizacji pacjenckich, złożyliśmy swoje propozycje poprawek. Byliśmy bardzo krytyczni wobec tego projektu, dlatego, że ten projekt nie realizował tych założeń, które pan minister Łukasz Szumowski podczas konferencji na początku sierpnia komunikował jako istotne, o czym za chwilę. Nie tylko my złożyliśmy te uwagi, dlatego że było ich łącznie 120 stron. Przed dzisiejszym posiedzeniem pozwoliłem sobie przesłać państwu raport z konsultacji publicznych. W tym uwagi dotyczyły tego – i to jest uwaga podpisana przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – że projekt jest nierealizowalny z punktu widzenia zbierania danych określonych w jednym z artykułów, bo NFZ potrzebuje 3 miesiące na dostosowanie systemu informatycznego. Wyjątkowo krytyczną opinię, odnośnie do tego projektu, a także sposobu finansowania, przedstawił wiceminister finansów, pan Tomasz Robaczyński. Uwagi złożyły też środowiska pulmonologów, torakochirurgów, a także Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Chwila na to, dlaczego to budzi tyle emocji, bo wydaje mi się, że to jest clou tego wszystkiego. Kiedy 2 sierpnia pan minister Łukasz Szumowski, czyli przełożony pana ministra Gadomskiego, powiedział, że chce ujednoczyć ścieżkę postępowania pacjenta onkologicznego, co jest intencją nas wszystkich, to oczekiwanie zostało przekute w art. 7 ust. 2 pkt 2 tego projektu mówiący o tym, że wojewódzkie ośrodki koordynujące będą rekomendować wytyczne postępowania, co w naszej opinii jest złamaniem art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Poza tym, chciałbym Wysoką Komisję, poinformować, że 1 lipca – ta ustawa przechodziła przez Wysoką Izbę i przez tę Komisję – minister nałożył sam na siebie – bo to było przedłożenie rządowe – obowiązek publikacji wytycznych postępowania powszechnie obowiązujących dla onkologii. Do dzisiaj z tego obowiązku minister się nie wywiązał. Nie widzimy więc tego, dlaczego należy dublować to rozwiązanie.

Druga rzecz. Bardzo dużo emocji wzbudziła kwestia koordynacji diagnostyki i leczenia raka płuca na terenie Dolnego Śląska. Ja jestem patriotą dolnośląskim. Moi rodzice urodzili się w Bielawie i Dzierżoniowie, więc mam dość osobisty stosunek do sprawy, dlatego że DCO w 2017 r. nie dokonało diagnozy żadnego pacjenta. Co więcej, z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że nie przeprowadzono tam żadnego zabiegu torakochirurgicznego.

Trzecia rzecz. Jesteśmy w przedziwnej sytuacji, w której istnieje bardzo duża determinacja do tego, żeby ten pilotaż wprowadzić. Kłopot polega na tym, że nie mamy żadnych danych, do których wyniki tego pilotażu będziemy mogli odnieść. Efekt będzie taki, że po 1,5 roku – bo na tyle jest zaplanowany ten pilotaż – będzie można równie dobrze bez żadnych danych uznać, że jest to albo wielki sukces, albo wielka porażka. Ponadto...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Ja muszę panu na sekundę przerwać. Proszę o ciszę na sali.

Dyrektor ds. relacji zewnętrznych Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Ostatnia rzecz, jeżeli chodzi o uwagi merytoryczne. Nie podano żadnego uzasadnienia wskazania tych, a nie innych ośrodków jako koordynujących, już nie wspominając o przedziwnym systemie finansowania, który będzie premiował udzielanie tych świadczeń tam, gdzie zysk jest największy. Nie muszę mówić, że największy jest w hospitalizacji, która jest zmorą polskiej onkologii. Chciałbym też zasygnalizować – nie ukrywam, że czuję się trochę sprowokowany do tego, bo my też podpisaliśmy ten apel ekspertów – że dzisiaj dołączył się do tego Związek Zawodowy Anestezjologów, i nie jest to koniec.

To, na czym nam zależy, bo pan minister był uprzejmy powiedzieć, że spływają zewsząd pochwały dla tego projektu... Wydaje mi się, że należy jednak zaznajomić się z tymi dokumentami, które pojawiają się, chociażby na stronie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dlatego, panie ministrze, że poparcie ze strony Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych pochodzi od Zarządu tej organizacji, którą bardzo szanujemy i cieszymy się, że możemy tutaj być. Dlatego zadałem sobie trud dotarcia do poparcia ze strony pana prof. Andrzeja Marszałka – to jedno zdanie, więc chyba można zacytować: „W związku z zaproponowaniem rozwiązania polegającego na wprowadzeniu stopnia referencyjności jednostek prowadzących diagnostykę patomorfologiczną w ramach projektu Krajowej Sieci Onkologicznej, popieram wspomnianą inicjatywę”, co jako żywo nie jest poparciem projektu rozporządzenia.

Tym, do czego my chcemy doprowadzić – jeszcze raz dziękując Komisji za zainteresowanie – jest to, że chcemy uratować ministra i ministerstwo jako całość przed realizacją sprzecznych, jak się wydaje, projektów. Dlatego że to nie jest tak, że my, czyli sygnatariusze tego apelu – organizacje pracodawców, Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i wiele innych środowisk, uważamy, że wszystko jest źle, należy to wszystko zakopać i pójść do domu. Nie. Od 2,5 roku toczą się prace nad świadczeniami kompleksowymi w onkologii, wytycznymi postępowania, wskaźnikami jakościowymi.

W przyszłym roku pojawią się w budżecie państwa pieniądze na rejestry. Mamy do czynienia z sytuacją, w której minister realizuje dwa projekty o zupełnie przeciwnych wektorach i musimy się zdecydować, w jaki sposób je ze sobą pogodzić. Jeżeli zbudujemy przewagę pierwszych ośrodków nad drugimi bez żadnego uzasadnienia merytorycznego, to mamy poważne wątpliwości, czy ten projekt przyniesie pozytywną zmianę w polskiej onkologii. A z tym, że trzeba wprowadzić działania szybko, zgadzamy się.

Ja osobiście jestem wnioskodawcą świadczenia kompleksowej diagnostyki i leczenia raka piersi. Dzisiaj mija 860 dni od czasu, kiedy my ten wniosek złożyliśmy i mija dokładnie rok od czasu, kiedy dostałem wynik pracy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w tej sprawie. Nie do końca więc chwytam argument – może to jest defekt mojego intelektu czy charakteru – że trzeba zrobić coś szybko, bo na stole mają państwo mnóstwo dokumentów, które mogą zmienić sytuację pacjentów. Bardzo więc proszę, abyśmy wstrzymali się na chwilę i wprowadzili takie zmiany do rozporządzenia, żeby wartość tego pilotażu została przywrócona. Być może jest tak, że koncepcja Krajowej Sieci Onkologicznej jest zbawieniem polskiej onkologii, jednak wprowadzenie rozporządzenia w tym kształcie sprawia, że za 1,5 roku i wydaniu znacznych pieniędzy nie będziemy w stanie ocenić, czy faktycznie tak jest. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Kto z państwa jeszcze? Może pan. Po kolei. Proszę się przedstawić i poinformować, kogo pan reprezentuje.

Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert:

Ryszard Gellert, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Pozwolę sobie abstrahować od celowości sieci, nie sieci... Ja chcę zwrócić uwagę na jeden aspekt, o którym w ogóle nie ma mowy w tym rozporządzeniu, tj. o szkoleniu studentów i szkoleniu lekarzy onkologów i lekarzy w dziedzinie onkologii. Nie można wyłączyć jednego dużego województwa nie rozwiązując sprawy szkolenia onkologicznego w zakresie zarówno podyplomowym, jak i przeddyplomowym. O tym nie ma nawet wzmianki. Sama informacja o tym, że to będzie rozwiązane później, w ramach całej sieci, w skali ogólnopolskiej, mnie ani KRAUM-u, czyli Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, nie zadowala. Jest to nie tylko uwaga CMKP, ale również opinia całej KRAUM. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję. Bardzo proszę, pan. Proszę się przedstawić.

Ekspert Business Centre Club Lubomir Jurczak:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Lubomir Jurczak, przewodniczący podzespołu do spraw ochrony zdrowia w Radzie Dialogu Społecznego.

My jako zespół przyjęliśmy stanowisko dotyczące programu pilotażowego w sprawie opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Chciałbym zwrócić uwagę na jedną rzecz, że chyba wciąż za mało podkreślamy to, że powinniśmy rozmawiać bardzo merytorycznie. Zespół jest gremium bardzo merytorycznym i zajmuje się wyłącznie zagadnieniami konstrukcji pilotażu, bo tylko do tego w tej chwili się odnosimy...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Przepraszam pana na sekundę. Proszę wyłączyć drugi, nieużywany mikrofon, bo te spięcia powstają przez to, że kilka mikrofonów jest włączonych. Po prawej stronie widzę włączony mikrofon. Może być włączony jeden mikrofon. Wtedy jest lepsza słyszalność. Proszę.

Ekspert BCC Lubomir Jurczak:

Bardzo dziękuję. Stanowisko w praktyce dotyczy tylko jednego. My nie negujemy zagadnienia wprowadzania pilotażu, a w szczególności nie negujemy zagadnienia konieczności reformowania polskiej onkologii np. poprzez wprowadzenie sieci onkologicznej. W ogóle niczego nie negujemy. Prosimy tylko o więcej czasu na dyskusję, żebyśmy byli w stanie wprowadzić wspólnie – my chętnie w tym pomożemy – takie wskaźniki tego pilotażu, które po jego zakończeniu dadzą odpowiedzi na kluczowe pytania dotyczące tego, jak powinniśmy reformować tę sieć onkologiczną.

Mógłbym nawet sytuację odwrócić. Jeżeli rozmawiamy o pilotażu, to czy powinniśmy rozmawiać o koncepcji samej sieci onkologicznej czy w ogóle reformy onkologii. Jeżeli ten sposób reformowania onkologii byłby znany, to wtedy pilotażowi można by było postawić takie zadania, które rozstrzygną, czy tego typu rozwiązania są prawidłowe, czy należy je jeszcze udoskonalić po to, żeby w rzeczywistości docelowy system funkcjonował prawidłowo. Myślę, że system ochrony zdrowia niereformowany przez tyle lat już nie zasługuje na to, żeby kolejny raz wprowadzać przypadkowe zmiany. Pilotaż jest bardzo dobrym pomysłem, pod warunkiem że jest usytuowany w ramach określonego pełnego programu, w którym zostaną uwzględnione zarówno szkolenia onkologiczne, jak i wiele innych elementów, których nie będę tutaj wymieniał. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani. Wszyscy zabiorą głos. Nikomu nie będziemy odbierać głosu.

Prezes Fundacji MY Pacjenci Ewa Borek:

Ewa Borek, Fundacja MY Pacjenci. Z perspektywy pacjentów sytuacja, w której ten pilotaż tak bardzo podzielił środowiska onkologów i specjalistów, jest fatalna dlatego, że pacjentom zależy na współpracy. Ten pilotaż należy poprawić w taki sposób, żeby wszystkie środowiska czuły się z nim dobrze i żeby on był wygodny w realizacji dla wszystkich.

My jako *think thank* działający w ochronie zdrowia zwracaliśmy uwagę na wadliwość metody logicznej pilotażu. Pilotaż będzie niekonkluzywny w tym kształcie dlatego, że on nie porównuje niczego z niczym ani nie ma żadnej grupy referencyjnej, do której będzie można odnieść efekty pilotażu. Nie ma też porównania ze stanem zastanym. To jest poważna wada, która skazuje ten pilotaż i możliwość wnioskowania na jego podstawie, jeśli chodzi o dalsze zmiany, na niepowodzenie. Poza tym przyjęty okres obserwacji, okres pilotażu, jest zbyt krótki, bo w onkologii pierwsze efekty będziemy widzieć dopiero po kilku latach. Jeden rok to jest zbyt krótki horyzont czasowy. Każdą inicjatywę, a zwłaszcza tak ważną, która ma charakter reformowania onkologii, warto przeprowadzać też w pewnej kulturze informatycznej, tzn. zaopatrzyć pilotaż w system informatyczny, który będzie umożliwiał i pomagał...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Muszę panią przeprosić. Szanowni państwo, naprawdę nie da się pracować. To jest bez sensu, jeżeli cała sala buczy, a jedna osoba próbuje się przebić głosem. Jeśli naprawdę macie jakieś sprawy, to wyjdźcie na zewnątrz. Są tam warunki, można porozmawiać. Proszę.

Prezes Fundacji MY Pacjenci Ewa Borek:

W związku z tym, sugerujemy, zgłaszamy propozycję – i bardzo proszę, żeby pan przewodniczący pomógł nam w przeprowadzeniu tego – żeby nad pilotażem pochyliła się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która już niejedną beznadziejny i nieudany projekt poprawiła i doprowadziła do jego merytorycznej sensowności. Obawiamy się, że bez tej analizy środki publiczne wydane na pilotaż mogą być środkami zmarnowanymi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani. Posłowie za chwilę, tylko wysłuchamy tych, którzy prosili o zwołanie posiedzenia Komisji.

Członek Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Beata Ambroziewicz:

Dzień dobry państwu. Dzień dobry, panie przewodniczący, szanowni państwo. Beata Ambroziewicz, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych.

Z jednej strony, czujemy się, wywołani, ale z drugiej strony, czujemy się w obowiązku zająć stanowisko podczas dzisiejszej dyskusji. Zgadza się z tym, że tak ważne rozwiązania w polskim systemie ochrony zdrowia powinny powstawać w formule dialogu. Niestety, taką szansę odebrano nam już na początku, gdyż wspomniana dzisiaj organizacja, która wносиła o spotkanie, sama opublikowała projekt koncepcji, który jeszcze nie został upubliczniony i rozpoczęła nagonkę medialną. Przez to nie był możliwy normalny dialog nad tak ważnym rozwiązaniem. Apelowaliśmy o to, aby cofnąć się o krok, spokojnie porozmawiać i dojść do porozumienia, bo na tym nam wszystkim zależy. Nie na tym, żeby bronić pana ministra – jak już dzisiaj było wspomniane – czy, żeby być jego rzecznikiem, tylko na tym, żeby bronić interesów pacjentów.

Przez ostatnich kilkadziesiąt lat podjęto się tak naprawdę jedynej reformy onkologii – był to wspomniany wcześniej pakiet onkologiczny. Oczywiście byliśmy uczestnikiem tego procesu i również to wspieraliśmy, bo pacjenci już dłużej nie mogą czekać w kolejkach i w chaosie na to, że za kilka lat pojawi się rozwiązanie, które może zmienić sytuację. Jeśli chodzi o pakiet onkologiczny, pamiętamy, jaka była nagonka, jak rozgrywano interesy, ponieważ uderzał w interesy grup i osób, natomiast głównym celem, jaki sobie wszyscy wtedy stawialiśmy, było to, żeby pacjent z wczesną diagnozą trafił jak najszybciej do ośrodka onkologicznego.

Wtedy, z różnych przyczyn – myślę, że wszyscy uczymy się nie tylko na błędach, ale i poprzez doświadczenie – zabrakło szerszej dyskusji. Mówimy więc, że warto jednak takie rozwiązanie przetestować w pilotażu, bo pojawiają się różne aspekty, m.in. wspomniany aspekt informatyczny, czy aspekt koordynacji pomiędzy ośrodkami. Chodzi o to, żeby sprawdzić, jak to można zorganizować w praktyce, żeby później pojawiła się legislacja, która będzie umożliwiała realizację tych zapisów, bo nie chcemy tworzyć rzeczy,

które będą tylko zapisane na papierze, hucznie ogłosimy nową zmianę, a potem wszyscy będziemy się martwić, co z tym zrobić i jak temu pacjentowi ostatecznie pomóc.

Jesteśmy po wnikliwych analizach samej koncepcji rozporządzenia nt. pilotażu. Pilotaż czy najpierw przetestowanie koncepcji sieci, czy sama sieć nie stoi w sprzeczności z takimi rozwiązaniami jak kompleksowe ośrodki czy udział ośrodków akademickich, są to rozwiązania, które mają się wzajemnie uzupełniać. W pilotażu sieci chcemy przetestować współpracę i koordynację pomiędzy ośrodkami i przepływ informacji, natomiast liczymy na to, że przyspieszą prace, takie jak ministerstwo zapowiedziało, nad kompleksowymi ośrodkami i w tym roku, i w przyszłym, będą one już wdrażane, tak aby przetestować modele kompleksowego leczenia nowotworów. Tym, co jest bardzo ważne...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Proszę pilnować dyscypliny czasowej. Dobrze?

Członek Zarządu PKPO Beata Ambroziewicz:

Dobrze. Dlatego uważamy, że zmarnowaliśmy tyle czasu, że jeżeli będziemy każdą inicjatywę wstrzymywać... Zgadza się, że w pilotażu znalazła się część zapisów, które ewidentnie wymagały poprawy. Bardzo się cieszymy, że tych uwag było tyle i że zostały one uwzględnione. Liczymy na to, że pełną listę tych uwzględnionych uwag wszyscy otrzymamy do wiadomości publicznej, bo w tej chwili mamy różny poziom wiedzy na ten temat. Pracujemy po prostu merytorycznie nad poprawieniem czegoś...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję bardzo.

Członek Zarządu PKPO Beata Ambroziewicz:

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Bardzo proszę gości o trzymanie się dyscypliny czasowej. Uprzedzałem na początku, że mamy ograniczenia czasowe ze względu na salę. Muszą wypowiedzieć się wszyscy posłowie, którzy czują potrzebę wypowiedzenia opinii w tej sprawie.

Proszę pilnować czasu. Zwracam się w tej sprawie do gości. Czy ktoś jeszcze z gości? Bardzo proszę, pani. Proszę się przedstawić.

Rzecznik PKPO Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Ja powiem, że ta dzisiejsza sytuacja jako żywo przypomina mi sytuację przełomu lat 2014 i 2015. Kiedy był wprowadzany pakiet onkologiczny, była taka sama sytuacja bardzo dużej krytyki, zarzucano brak dialogu. To wszystko się powtarza.

Chciałabym natomiast powiedzieć, że ja od początku obserwowałam dialog, który toczył się, jeśli chodzi o samą koncepcję sieci, jak i dotyczący pilotażu. Powiem tak, że zauważyłam, iż zarówno ministerstwo, jak i autorzy projektu, na bieżąco stosowali się do wnoszonych uwag. Jeśli mówiono o tym, że nie ma w sieci szpitali klinicznych i akademickich, natychmiast była odpowiedź, że te szpitale, te ośrodki i placówki są uwzględnione. Tak samo, jeśli padały inne zarzuty i inne uwagi, to uwagi te natychmiast były korygowane i wprowadzane.

Na ostatnim spotkaniu pojawiało się grono pulmonologów, bo onkolodzy nie wiedzieli, że jest takie spotkanie. Pan Wojtek zaprosił bardzo szerokie grono pulmonologów, a onkologów nie powiadomił i nie zaprosił. Przyszli więc pulmonolodzy, którzy zgłosili swoje zapotrzebowanie. Uważali, że w projekcie powinni być uwzględnieni w osobnym pilotażu i to też zostało uwzględnione. Kiedy biorę apel, to widzę, zostaje w nim niewiele uwag, poza jakimiś ogólnymi.

Chcę tylko zwrócić uwagę na to, że pod stanowiskiem PKPO podpisał się Zarząd, natomiast nie widzę pod apelem podpisu organizacji PKPO. Widzę tylko dwie organizacje. Tak więc, Wojtku, wykonałeś bardzo dużą pracę, niemniej jednak nasze organizacje, jak widać, nie podpisały się pod apelem...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Prosiłbym panią o jedną rzecz. Prosiłbym, żeby nie zwracać się do siebie na zasadzie „pan Wojtek”, bo nie jesteśmy na debacie publicystycznej, tylko na merytorycznym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Każdy ma prawo przedstawić swoje opinie w tej sprawie, ale proszę o uszanowanie formuły pracy.

Czy ktoś jeszcze z gości? Proszę, pan. Proszę się przedstawić.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc Rafał Krenke:

Dzień dobry. Rafał Krenke. Ja reprezentuję Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Pulmonolodzy już kilkakrotnie byli tu wspomniani, a ja pozwalam sobie zabrać głos z uwagi na to, że rak płuca jest bardzo poważnym problemem i jeśli porównalibyśmy go z pozostałymi nowotworami, które mają być włączone do pilotażu, to w Stanach Zjednoczonych zgony z powodu raka płuca równoważą wszystkie inne zgony z powodu wszystkich innych nowotworów i jeszcze moglibyśmy do tego dołożyć jeden.

Tym, co nas bardzo niepokoi i skłania ku temu, żebyśmy wyrazili obawę o skuteczność tego pilotażu, to brak zwrócenia uwagi na wczesną diagnostykę. W pierwszych paragrafach jest opiniowane, co to jest opieka onkologiczna i wówczas mówi się o świadczeniach diagnostyki onkologicznej, ale później, współczynniki korygujące dotyczą tylko świadczeń leczniczych. W raku płuca jest akurat inaczej niż w wielu innych nowotworach, ale większość pacjentów ma rozpoznaną chorobę w późnym stadium zaawansowania. Jeśli nie skierujemy odpowiednich środków i uwagi na to, aby diagnostyka była odpowiednia, to obawiam się, że efektywność leczenia nie poprawi się. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze? Jeszcze dwa głosy. Bardzo proszę, w dyscyplinie czasowej. Proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych dr hab. n. med. Rafał Stec:

Rafał Stec. Ja reprezentuję Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Chciałbym przede wszystkim podkreślić, że w 1980 r. – jak zapewne państwo pamiętają – mieliśmy ok. 78 tys. zachorowań na nowotwory. W 2016 r. prognozowana liczba to 160 tys. Nawet najlepszy projekt, powiedzmy pilotaż, który ma obowiązywać w całej Polsce, jest tak dobry jak najsłabsze jego ogniwo. Najsłabszym ogniwem są niestety onkolodzy, jeśli chodzi o liczbę osób, które mają specjalizację.

W Polsce, jak państwo wiedzą, zgony z powodu nowotworów w niektórych grupach wiekowych przewyższają zgony z powodu chorób układu krążenia. Onkologów mamy 2,5 razy mniej – ok. 800 aktywnych onkologów. Pacjenci doskonale wiedzą, że onkolodzy dziennie muszą przyjmować od 30 do 80 chorych. Jaki więc, tak naprawdę, jest poziom przyjmowania takiego chorego? Moim zdaniem, konieczne jest, aby zarówno w programie pilotażowym, jak i w Krajowej Sieci Onkologicznej, uwzględnić istotny głos ze strony szpitali uniwersyteckich i kształcenia podyplomowego, bo tylko w ten sposób możemy zachęcić młodych ludzi do specjalizowania się w onkologii i zwiększyć liczbę onkologów, którzy są jak najbardziej centralnym punktem MDT – *Multidisciplinary Team*, czyli zespołów multidyscyplinarnych – i tak naprawdę ośrodków koordynujących. Apel jest o to, aby rzeczywiście wzmocnić głos ze strony uniwersytetów i kształcenia podyplomowego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Panie profesorze, przepraszam. Rozumiem argumentację merytoryczną tego, co pan mówi, ale posiedzenie Komisji jest zwołane w sprawie rozporządzenia, więc proszę trzymać się tematu. Oczywiście, problem, który pan poruszył, jest jasny i oczywisty.

Czy ktoś jeszcze? Ostatni głos, bardzo proszę. Proszę przedstawić się.

Ekspert BCC Anna Andrzejczak:

Dzień dobry, Anna Andrzejczak, Fundacja Onkologia 2025. Nasza organizacja zgłosiła dość obszerne uwagi do projektu rozporządzenia. Zaproponowaliśmy formułę pilotażu alternatywnego. Jesteśmy też sygnatariuszami apelu, który ukazał się w poniedziałek.

Chciałabym zwrócić uwagę na jedną rzecz, ponieważ dość uważnie obserwujemy dyskusję wokół tego rozporządzenia, wokół Krajowej Sieci Onkologicznej. Dla mnie uderzające są postulaty dotyczące tego rozporządzenia, takie jak to, żebyśmy mieli: mierniki, dane, standard powszechnie obowiązujący, żeby była tam zaadresowana profilaktyka i żeby to było transparentne, mierzalne itd.

Moje spostrzeżenie jest takie, że my nie recenzujemy w tej chwili Krajowej Sieci Onkologicznej. My recenzujemy to, na ile to rozporządzenie realizuje te postulaty, odnośnie do których – jak sądzę – my się zgadzamy. Myślę, że na tej sali nie ma takiej osoby, która byłaby przeciwna kompleksowości czy koordynacji. Jest tylko pytanie, na ile to rozporządzenie to realizuje. W naszej opinii, nie realizuje. Z tego wynikały te uwagi i ten apel o gruntowną zmianę i przemyślenie tego rozporządzenia...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję bardzo. Panie i panowie posłowie, proszę bardzo. Po kolei. Pan poseł, bardzo proszę. Pan poseł Latos za chwilę.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, faktem jest, że tematem posiedzenia jest dyskusja o rozporządzeniu ministra zdrowia, natomiast nie da się dyskutować tylko o rozporządzeniu bez szerszego kontekstu. Tym szerszym kontekstem jest to, że wskaźniki wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia w Polsce, nazwijmy to delikatnie, odbiegają od norm europejskich.

Podstawowy wskaźnik oceniający opiekę onkologiczną – państwo go doskonale znają – tj. pięcioletnie przeżycie, jest u nas średnio o kilkanaście procent mniejszy niż w krajach Unii Europejskiej w podstawowych nowotworach, takich jak rak płuc, piersi czy jelita grubego. Jaka jest tego przyczyna? Przyczyna jest taka, że jest zła organizacja opieki onkologicznej. Przejdę potem do tego, co pan minister proponuje, ale pozwolę sobie jeszcze przeczytać dosłownie trzy zdania – wnioski z raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2007 r., które oceniają przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego, czyli to, co aktualnie funkcjonuje.

Wniosek jest taki: „Realizacja pakietu onkologicznego skróciła wprawdzie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń dla pacjentów z wystawioną Kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego...” – czyli, to słynne DiLO – „...jednakże nie doprowadziła do znaczącej poprawy w obszarach determinujących skuteczność leczenia onkologicznego, czyli wykrycia choroby w możliwie wczesnym jej stadium, postawienia precyzyjnej diagnozy, kompleksowości i jakości udzielenia świadczeń”. Ostatnie zdanie: „System diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych był rozproszony i nie zapewniał pacjentom kompleksowego leczenia”. Tu ukłon w stronę pana ministra, że zdecydowaliście się na zmianę, na propozycję. Wiem, że to nie była doraźna propozycja przygotowana ad hoc. Specjaliści pracowali prawie rok nad tą propozycją.

Dlaczego pilotaż? Ja bardzo się cieszę, że to pilotaż, bo pamiętam, że kiedy pan minister Arłukowicz wprowadzał pakiet onkologiczny, to właśnie tego pilotażu zabrakło, a zmiana była bardzo szeroka. Zachwiała finansami nie tylko wielkich szpitali onkologicznych, ale niejako całym systemem opieki onkologicznej, bo właśnie wtedy brakowało pilotażu. Jeśli mamy zmianę tak podstawową, tak głęboką jak ministerstwo proponuje, to myślę, że pilotaż jest właśnie bardzo dobrą formą, żeby pewne niedociągnięcia, o których państwo mówią, przetestować.

Chcę powiedzieć, jeśli chodzi o Krajową Sieć Onkologiczną, że przecież kraje wiodące w Europie, jak Niemcy, Francja czy Holandia, mają takie sieci onkologiczne. Jest istotne, aby ośrodki ze sobą współpracowały, a nie rywalizowały, jak było do tej pory. Rywalizowały o pacjenta. Poza tym, takie rozwiązanie, jak – może to złe słowo – centralizacja chirurgii, to jest coś, co przecież jest potrzebne, żeby poprawić wyniki leczenia chirurgicznego. To wszystko wiemy.

Ja mam nadzieję, panie ministrze – już kończę – może to jest najtrudniejsze, ale jest taki zamysł, że celem tego pilotażu i tego rozporządzenia jest też to, żeby poprawić transparentność i przejrzystość pewnych działań onkologicznych, żeby była lepsza

analiza danych. Myślę, że tak naprawdę to jest główny powód tego, że jest taka obawa i protest środowisk onkologicznych. Tak więc, gratuluję rozwiązania i jestem za.

Państwo mówią – poprawić pilotaż. Poprawić pilotaż, przekładając na prosty język, oznacza to, żeby wstrzymać to, co ministerstwo proponuje, petryfikować stan obecny, czyli ten brak przejrzystości i słabe wyniki leczenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję. Poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, najpierw słowo komentarza odnośnie do tego, co było kilka lat temu, kiedy był wprowadzany pakiet onkologiczny. Rzeczywiście wtedy też były różnego rodzaju napięcia i dyskusje. Pamiętam doskonale, jak to było w Komisji Zdrowia. Za tym poszły korekty, również te dotyczące konsyliów, bo nie w każdej sytuacji te konsylia są przecież niezbędne. Dyskutowaliśmy o tym. Rozumiem, że dlatego zostały one przywołane w rozporządzeniu nie jako coś nowego, ale nawiązanie do tamtej dyskusji, gdzie i w jakich okolicznościach te konsylia są potrzebne.

Natomiast, fakty mamy następujące. Przyjęto pakiet onkologiczny, zresztą, przy różnego rodzaju napięciach i dyskusji ze środowiskiem onkologicznym, które bardzo protestowało przeciwko tamtym rozwiązaniom. Wiemy z praktyki, że pewnie w jakimś zakresie to usprawniło dostęp tych osób, u których po raz pierwszy stwierdzono nowotwór czy podejrzenie nowotworu, natomiast w dalszym ciągu mamy wiele do nadrobienia. Dlatego już wtedy – przypominam – pojawiła się kwestia wprowadzenia sieci onkologicznej. Na ten temat w przeszłości już dyskutowaliśmy. Dlatego, po pierwsze, dobrze, że ma być sieć onkologiczna. Pojawia się tutaj, bo niestety, taka jest specyfika, pewne napięcie pomiędzy ośrodkami akademickimi i nieakademickimi, ponieważ sieć onkologiczna jest dość specyficzna w tym zakresie i jest mocna pozycja ośrodków pozaakademickich, jeżeli chodzi o onkologię w Polsce. Powiedzmy sobie wprost, nie byłoby pewnie wielu tych napięć, gdyby nie ten fakt, plus kwestia związana z finansowaniem. Można tu rzeczywiście mieć pewne wątpliwości i warto wyjaśnić, dlaczego wprowadza się takie, a nie inne zasady związane z finansowaniem tych ośrodków, które w pilotażu będą brały udział.

I wreszcie, kolejna sprawa. Jeżeli jest potrzeba dialogu – a jak widać, być może część postulatów nie została uwzględniona lub brakowało dyskusji – to przypominam, że rozporządzenie jest takim aktem prawnym, który można w relatywnie prosty sposób nowelizować. Być może należy je nowelizować. Być może należy również poszerzyć zakres tego pilotażu o inne podmioty, aby mieć pełne spektrum, bo myślę, że odnośnie do tego, że pilotaż należy przeprowadzić przed wprowadzeniem całej sieci, jesteśmy zgodni. Czyli, tak naprawdę, istota sprawy dotyczy zakresu pilotażu – rzeczywiście, czy pulmonologia i w jaki sposób ma być ujęta, czy ma być wyłączona – jakie jeszcze inne ośrodki mają ewentualnie brać w tym udział. I jest kwestia finansowania. Być może należałoby zwiększyć finansowanie całej onkologii, a nie tylko tych ośrodków, które biorą udział w pilotażu. W moim przekonaniu – tak jak powiedziałem – nie da się wprowadzić sieci w sposób racjonalny bez pilotażu. Proponuję, żebyśmy ewentualnie w przyszłości rozmawiali po raz kolejny na temat rozporządzenia ze stosowną korektą ze strony ministerstwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Proszę bardzo, poseł Kaczorowska.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, drodzy goście, dziękuję za głos. Chciałabym zapytać pana ministra o to, bo padło takie pytanie, jaka jest różnica pomiędzy pacjentami, którzy przynależą do tych ośrodków wyznaczonych do pilotażu, a innymi. Panie ministrze, czy jest różnica? Jeżeli jej nie ma, to nie sądzę, żeby to pytanie było zasadne, bo nie ma różnicy, jaki ośrodek zostanie do tego pilotażu wybrany.

Drugie moje pytanie. Czy jest koncepcja tego pilotażu? Wydaje mi się, że jest, dlatego, że oparta jest na trzech rzeczach: na decentralizacji leczenia chemicznego i radioter-

peutycznego, a centralizacji leczenia chirurgicznego, które jest bardzo istotne, żeby było wykonane dobrze i żeby to robili lekarze o najwyższym doświadczeniu w tej dziedzinie. Po trzecie, że fundament opiera się przede wszystkim na koordynacji tego leczenia.

Padło też pytanie, czy ten pilotaż jest konkluzyjny. Wydaje mi się, że jest, bo wystarczy wyniki porównać z systemem, jaki mamy teraz i już mamy konkluzję.

Natomiast, jeśli chodzi o szkolenie w Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych, to wydaje mi się, że to nie jest ten zakres. Czy mam rację, panie ministrze? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję. Poseł Pawłowicz. Przypominam, panie pośle, o dyscyplinie czasowej.

Poseł Zbigniew Pawłowicz (PO-KO):

Panie ministrze, mam krótkie pytanie formalne. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2018 r., na które państwo się powołują w uzasadnieniu do projektu o pilotażu, mówi o koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii. W związku z tym, jest pytanie, dlaczego państwo zrezygnowali z realizacji tych wytycznych, które zawarł minister zdrowia w tym zarządzeniu, natomiast to zarządzenie przywołujecie jako uzasadnienie do projektu pilotażu sieci onkologicznej. To zarządzenie, z punktu widzenia formalnego, 1 lipca 2018 r. straciło moc prawną, więc nie powinno być w tej chwili przywoływane w żadnych dokumentach. Jednak moje pytanie jest takie, dlaczego ministerstwo zrezygnowało z powołania Narodowego Instytutu Onkologii. Takie było złożenie do powołania tego zespołu, o którym tutaj mówimy, a ten zespół, zamiast opracować wytyczne do powołania Narodowego Instytutu Onkologii, opracował wytyczne do sieci onkologicznej. To jest różnica. Proszę pana ministra o wyjaśnienie...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję. Poseł Chybicka.

Poseł Zbigniew Pawłowicz (PO-KO):

Jeszcze nie koniec, panie przewodniczący. Mam drugie pytanie.

Pytanie jest następujące. Wybór ośrodków do pilotażu. Dwa ośrodki – dolnośląski i świętokrzyski. Panie ministrze, pytanie. Czy w Polsce nie ma ośrodków onkologicznych, które gwarantują skojarzone, na najwyższym poziomie, leczenie tych pięciu nowotworów, o których państwo mówią w swojej propozycji rozporządzenia? Nie byłoby wtedy takiej sytuacji, jaka jest na Dolnym Śląsku, gdzie ośrodek dolnośląski nie prowadzi pewnych procedur w leczeniu nowotworów z tych pięciu grup. W związku z tym, jest pytanie, jakie były kryteria doboru tych ośrodków do pilotażu.

I trzecie, krótkie pytanie. Jakie były kryteria doboru wskaźników finansowania poziomów pierwszego, drugiego i trzeciego? Jeżeli bowiem w poziomie trzecim widzimy różnice między ośrodkiem wrocławskim i świętokrzyskim, to Komisja chciałaby usłyszeć, dlaczego te różnice finansowania powstały i jakie były kryteria. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Poseł Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (PO-KO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, ja chciałabym zapytać o onkologię dziecięcą. W onkologii dziecięcej taka sieć istnieje od dawna. Każdy nowotwór ma swojego koordynatora. Wprowadzenie czegokolwiek nowego jest tylko utrudnieniem, nie jest żadną pomocą. Jak w tej sieci mają funkcjonować placówki onkematologii dziecięcej, które najczęściej są pełnospecjalistyczne, mają swoje programy, a koordynacja leczenia poszczególnych nowotworów znajduje się w 13 ośrodkach w całej Polsce? Czyli, np. ośrodek Przylądek Nadziei, którym ja kieruję, ma 6 koordynacji ogólnopolskich, więc naprawdę w dzisiejszych czasach, kiedy brakuje lekarzy, pielęgniarek i „szarego personelu” medycznego, przypisywanie czegoś, co funkcjonuje znakomicie – podkreślam, że wyleczalność nowotworów u dzieci wynosi ponad 85%... Nie wyobrażam sobie, żebyśmy my wypełniali jeszcze dodatkowe papiery, żebyśmy robili...

Pytanie do pana ministra. Jaką widzi pan korzyść z sieci dla dzieci walczących o swoje życie, podczas gdy nowotwór u dziecka nie jest taki, jak u dorosłych, że jest czas na wypeł-

nianie papierów, na robienie niewiadomo czego? Decyzja musi być błyskawiczna i leczenie musi być błyskawiczne. Najlepiej byłoby, gdyby nie mieszać się do tego, co w Polsce funkcjonuje naprawdę bardzo dobrze i od wielu lat. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję. Pani poseł Czech, proszę.

Poseł Anna Czech (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowna Komisjo, ja chciałabym zapytać, ponieważ zespół ds. organizacji ochrony zdrowia zajmował się sprawą zarówno sieci, jak i tego rozporządzenia, i na ten temat napisaliśmy wnioski – pod tym podpisało się wielu posłów. Mam pierwsze pytanie do pana ministra. Byliśmy zaproszeni na konferencję uzgodnieniową, za co serdecznie dziękuję, ale akurat nikt z nas nie mógł tam być. W związku z tym, mam pytanie, czy te wnioski przez nas sformułowane, i w jakiej części, zostały uwzględnione.

Drugie pytanie. Jaka jest opinia Narodowego Funduszu Zdrowia nt. projektu tego rozporządzenia? I trzecie pytanie. Na jakim etapie są prace nad wdrożeniem *breast cancer unit*, nad którym zespół też pracował, za co dziękuję pani dyrektor Rorant, bo znaleźliśmy tam odpowiednie rozwiązania? Na jakim jest to etapie i czy to będzie rozwiązanie, które zapewni pacjentom jednorodną dostępność w całym kraju?

A na podsumowanie dyskusji, który ośrodek wybrano, powiem, że któryś trzeba wybrać. Na ten temat zawsze jest dyskusja. Przypominam sobie, jaka była dyskusja nt. wybrania ośrodków, jeśli chodzi o pilotaż psychiatrii...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję. Poseł Furgo.

Poseł Grzegorz Furgo (PO-KO):

Panie ministrze, mam do pana następujące pytanie. Pilotaż w dwóch ośrodkach wojewódzkich będzie kosztować 48 mln zł. W I kwartale przyszłego roku ma być uruchomiony w kolejnych dwóch, w tym, w dużym województwie mazowieckim. Jaki jest całkowity koszt pilotażu, bo te środki będą pochodzić z puli świadczeń gwarantowanych, która w 2018 r. już jest niewystarczająca? Oddziały NFZ informują, m.in. świadczeniobiorców, o braku możliwości zapłaty za DiLO. Czym są uzasadnione tak wysokie koszty pilotażu i czy tych środków nie można było wykorzystać lepiej? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Jeszcze poseł Hok się zgłaszał.

Poseł Marek Hok (PO-KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, oczywiście wszyscy czekamy na pilotaż, który jest niezbędny, potrzebny. Dobrze, że on dotyczy tych pięciu najczęściej występujących nowotworów, czyli raka piersi, raka płuca, raka jelita grubego, raka gruczołu krokowego i raka jajnika.

Tak jak powiedział pan poseł Pawłowicz – czy nie bardziej zasadne byłoby przeprowadzenie pilotażu w zakresie tych pięciu najbardziej dramatycznych nowotworów w ośrodkach, które się tym zajmują. Nie może być tak, że ośrodek świętokrzyski czy dolnośląski, który nie ma w swoich możliwościach diagnostyki i leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii w tych wszystkich nowotworach, stał się jakby wyrocznią dla pozostałych ośrodków i wskazaniem do leczenia. Należałoby przeprowadzić pilotaż właśnie w tych centrach kompleksowego leczenia onkologicznego – to wtedy rzeczywiście byłby pilotaż – w pięciu ośrodkach, które tym się zajmują.

Na koniec, chciałbym jeszcze przypomnieć, że uwagi do tego rozporządzenia zgłaszali nie tylko pulmonolodzy, jeśli chodzi o środowisko lekarskie, ale również urolodzy dołączyli się do tego. Oni też nie godzą się z zapisami tego rozporządzenia...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Panie pośle, przepraszam...

Posel Marek Hok (PO-KO):

I proszę o powstrzymanie prac. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Proszę o ciszę na sali. Poseł Kaczorowska, widziałem. Pula pytań ze strony posłów zamknięta.

Ja mam do pana ostatnie pytanie. Proszę wytłumaczyć mechanizm tworzenia algorytmu dochodzenia do stawki wyceny tych świadczeń medycznych. Czym różni się i dlaczego Wrocław ma mieć płacone – mówiąc wprost – wg wskaźnika 1,35, a świętokrzyskie, wg wskaźnika 1,3? Myślę o ośrodku koordynującym. Proszę pokazać algorytm. Jak do tego doszliście? Pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za pytania. Jest ich sporo. Mam nadzieję, że jakoś syntetycznie odniosę się do wszystkich podniesionych kwestii.

Chciałbym zacząć od kwestii, która pojawiała się w wielu wypowiedziach, a dotyczyła pewnej krytyki czy uwag zgłoszonych do projektu rozporządzenia, czy to w zakresie określania przez ośrodek koordynujący rekomendacji czy wytycznych, czy też w zakresie finansowania hospitalizacji, co pojawiło się ze strony ALIVII. Ja bym chciał podkreślić to, co już mówiłem – 80% uwag uwzględniliśmy. Akurat te aspekty, zostały uwzględnione. Odstąpiliśmy od rekomendowania ścieżek postępowania przez wojewódzki ośrodek koordynujący. Odstąpiliśmy – mimo że nigdy nie było takiego zamysłu – od niefortunnego zapisu dotyczącego finansowania hospitalizacji, o czym zresztą mówiłem na konferencji uzgodnieniowej. Co więcej – bo to finansowanie budzi wątpliwości – dobrze wiemy, że w onkologii motorem napędowym, tą lokomotywą, są procedury radioterapii. Dzisiaj jest takie wrażenie, że nie dość, że one są pewną lokomotywą finansowania onkologii, to my jeszcze tym ośrodkom, które robią tego dużo, będziemy dokładać. Stanowczo nie. Procedury radioterapii, w myśl projektu rozporządzenia, są wyłączone z finansowania wskaźnikiem korygującym, podobnie jak wyłączone są substancje czynne czy już znacznie bardziej drobne kwestie. Podkreślam jednak – radioterapia jako procedura nie wchodzi do wskaźnika. To nie są aż takie kokosy, jak wydaje się niektórym.

Pojawił się ważny aspekt kształcenia, niezwiązany wprost z pilotażem, ale nie sposób się do niego nie odnieść. Ja odwołuję się, po pierwsze, do wyników prac zespołu ekspertów, powołanego przez ministra zdrowia zarządzeniem – o czym była mowa – które, jak pan poseł uważa, straciło ważność. Ja uważam, że ono nie straciło ważności, bo z formuły prac zespołu powstał jego wynik. Powstała koncepcja sieci onkologicznej. Koncepcja, która już wtedy mówiła o pilotażu pewnych rozwiązań, i która mówi również o funkcjonowaniu dydaktyki w zakresie onkologii. Ta koncepcja – powtarzam to po raz kolejny – będzie dyskutowana na poziomie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, a dzisiaj mówimy o rozwiązaniach pilotażowych samej sieci.

Warto też podkreślić, że w zakresie kształcenia onkologów są podejmowane działania. Rośnie liczba onkologów, lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie onkologii – chirurgii, ginekologii, onkologii klinicznej. Od 2015 r. wzrosła liczba tych specjalistów. Co więcej, są to dziedziny priorytetowe wskazane w rozporządzeniu. Wiąza się z tym wyższe stawki dla lekarzy rezydentów, wyższy bon patriotyczny czy lojalnościowy. Ciężko więc powiedzieć, że akurat w zakresie onkologii nie są prowadzone działania, żeby zwiększyć liczbę lekarzy czy studentów.

Jeszcze jedna kwestia. Ze strony Fundacji MyPacjenci pojawiła się taka teza, że pilotaż podzielił środowisko. Ja na początku wymieniałem – środowisko, moim zdaniem, w ogóle nie jest podzielone. Co więcej, środowisko onkologów jest jednomyślne. Wszystkie kluczowe towarzystwa – chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii itd., co wspominałem – jednoznacznie popierają ten projekt. Zatem, środowisko onkologii, w mojej ocenie, nie jest podzielone, a pewne dyskusje, które tak naprawdę prowadzone są ze środowiskiem pulmonologii, mam nadzieję będą dalej prowadzone. Dopóki nie wdrożymy pewnych rozwiązań w zakresie kompleksowego leczenia raka płuca, to ja dalej jestem otwarty na dyskusję i rozmowy. Mam nadzieję, że również przekonają

się do tego pilotażu, tak jak przekonały się ośrodki, które dzisiaj realizują pulmonologię czy torakochirurgię w województwie dolnośląskim.

Jeszcze raz podkreślę – mówił o tym pan poseł Ostrowski i przedstawicielki Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych – naprawdę ten pilotaż to pewna lekcja, która jest przed nami. To jest próba. To jest, tak naprawdę, pole manewrowe. Ja namawiam do tej otwartości, do takiego traktowania tego pilotażu. My chcemy się nauczyć. My również chcemy zobaczyć – odnosząc się do finansowania – jakie będą realne koszty tego pilotażu. Ośrodki zostały zobligowane do tego, żeby nam to przedstawić. Jeżeli tylko okaże się, że te wskaźniki korygujące są zbyt wysokie albo zbyt niskie, to my na tym realnym rachunku pilotażu będziemy się opierać i to rozporządzenie – o czym mówił pan poseł Latos – możemy w dość prosty sposób nowelizować. Co więcej, będziemy planować je nowelizować, chociażby w związku z wejściem kolejnych ośrodków do sieci.

Odnosząc się do onkologii dziecięcej, pani poseł, ja wracam jakby z tym materiałem kompleksowym, który wypracował zespół. Tam jest wyraźny podział na 3 sieci onkologiczne – na onkologię dorosłych, w której właśnie robimy pilotaż, na hematatoonkologię i właśnie onkologię dziecięcą. Pragnę przypomnieć, że przewodniczącym zespołu był onkolog dziecięcy i wydaje się, że jednak zadbał w jakiś sposób o ten obszar. Jednak ten obszar jest na drugi etap. Tak naprawdę, na etap wdrożenia czy usankcjonowania pewnych działań. Zgadzam się, raczej liftingu tej sieci, która dzisiaj funkcjonuje, a nie wywracania jej do góry nogami.

Algorytm. Może najpierw różnice w województwach, bo to też jest charakter pilotażu. Gdybyśmy chcieli to wprowadzić powszechnie w całym kraju, to już nie byłby to pilotaż. Moglibyśmy powiedzieć – wprowadzamy Krajową Sieć Onkologiczną. Po to robimy pilotaż, dzisiaj na poziomie dwóch województw, kolejnych dwóch, aczkolwiek jednoznacznie chcę powiedzieć, że ja dzisiaj nie wiem, czy mazowieckie... Moja sympatia kieruje się do całej onkologii, a nie tylko do Centrum Onkologii – Instytutu. Generalnie nie ma to żadnego znaczenia. Wyobrażam sobie, że to wcale nie musi być województwo mazowieckie. Rozmawiam z różnymi dyrektorami z różnych jednostek realizujących świadczenia onkologiczne w innych województwach o tym, żeby może tam uruchamiać kolejne, ale to nie jest temat... Już, jasne.

Dlaczego finansowanie w tych województwach jest różne? Wynika to z kilku rzeczy. Przede wszystkim, ze struktury sieci, z liczby jednostek, które weszły na drugim poziomie, na pierwszym, z liczby obowiązków sprawozdawczych, raportowych i tak naprawdę pracochłonności w tym projekcie. Spójrzmy na sakłę realizowanych świadczeń w pierwszym województwie i w drugim. Spójrzmy na liczbę ośrodków, które weszły do sieci. Ośrodek koordynujący w województwie dolnośląskim musi zrealizować znacznie więcej pracy związanej z koordynacją kilkunastu ośrodków niż ośrodek w województwie świętokrzyskim. Takie było od razu założenie pilotażu, że wybieramy 2 województwa w pewnym sensie różne – województwo prostsze, w którym ten pilotaż można przeprowadzić w sposób prostszy, i województwo trudne. Co więcej, w kolejnym kroku również wybierzemy ten sam algorytm województwa prostszego i województwa bardziej skomplikowanego z punktu widzenia struktury sieci, liczby realizowanych świadczeń i liczby ośrodków, które tak naprawdę wchodzi...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Jak doszłicie do 1,3 i 1,35?

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

1,3 i 1,35 – to wynika z naprawdę długich dyskusji. Z dyskusji z Narodowym Funduszem Zdrowia, bo to nie jest tylko 1,3 i 1,35. To jest również 1,175 w zakresie drugiego poziomu, 1,05 w zakresie pierwszego. To jest, tak naprawdę, wynik – szacunek pracochłonności tych zadań, które te ośrodki muszą realizować. Zadania są wymienione w rozporządzeniu. Zadania są wymienione w OSR. Te zadania zostały wstępnie ocenione i na tej podstawie został określony przybliżony wskaźnik. Podkreślam jednak jeszcze raz, panie przewodniczący, że za pół roku otrzymamy raport z kosztochłonności, a może nawet szybciej, żeby przed nowelizacją i przed wprowadzeniem kolejnych ośrodków

do sieci móc to zweryfikować. Jeżeli tylko te wskaźniki będą w jakiś sposób odchyłały się, to będziemy to korygować. To jest pilotaż i mamy taką możliwość.

Pani poseł Czech pytała o BCU. Szybciutko się odniosę. Na początku mówiłem – absolutnie nie zamykamy prac w tym zakresie. Mamy nadzieję, że *breast cancer unit* jeszcze w tym roku zostanie skierowany do konsultacji publicznych.

48 mln zł – koszty pilotażu. Pragnę zauważyć, że to są szacunkowe koszty wynikające z OSR, koszty maksymalne przez nas przyjęte bardzo ostrożnie, z dużą górką. Wolę się w tę stronę nie pomylić i nie przekroczyć tych kosztów. Natomiast, one dzisiaj zakładają, że każdy pacjent wejdzie do pilotażu. Zakładają migrację z innych województw, która jest dzisiaj. Jestem jednak przekonany, że te koszty będą znacznie niższe od określonych przez nas w OSR, ale ten szacunek po prostu jest bezpieczny...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Co więcej, te koszty idą za pacjentem. Te koszty będą wynikały z liczby realizowanych świadczeń przez poszczególne ośrodki. To nie jest budżet, który my realizujemy w formule ryczałtowej, czy w formule przekazania ich dzisiaj do tych ośrodków. One będą szły za pacjentem i tak naprawdę od tego zależy też, jak ten rachunek się zamknie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO-KO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, w związku z licznymi dyskusjami i rozbieżnościami w opiniach, chciałbym przedstawić projekt dezyderatu Komisji Zdrowia do Ministra Zdrowia w sprawie tego rozporządzenia. Przeczytałem jego treść. Ona jest bardzo prosta. Proszę o ciszę na sali.

„Komisja Zdrowia wnosi do Ministra Zdrowia o wycofanie projektu rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej oraz podjęcie ponownych konsultacji ze środowiskiem medycznym oraz organizacjami pacjentów w celu wypracowania rozwiązania akceptowalnego dla wszystkich stron”.

Głosujemy bez kart, bo to nie jest ustawa. To jest dezyderat generalnie mówiący o tym, żeby minister zrobił krok do tyłu w sprawie tego rozporządzenia, usiadł do stołu ze wszystkimi i wypracował rozwiązanie satysfakcjonujące każdą ze stron.

Kto z państwa jest za przyjęciem tego dezyderatu? Kto jest przeciw przyjęciu dezyderatu? Kto się wstrzymał? Nie ma. Proszę podać wyniki głosowania.

Za 7 posłów, przeciw 13, nikt się nie wstrzymał. Dezyderat nie przeszedł. Dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.