



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

XI kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (6.)

5 marca 2024 r.

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne (druk senacki nr 53, druki sejmowe nr 185, 197 i 197-A).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (druk senacki nr 52, druki sejmowe nr 199, 200 i 200-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dzień dobry.

Proszę o zajmowanie miejsc.

Rozpoczynamy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiaj w porządku obrad mamy 2 punkty: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, druk senacki nr 53, oraz rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, druk senacki nr 52.

Witam bardzo serdecznie na naszym posiedzeniu senatorów, witam państwa, witam panią minister Izę Leszczynę, którą gościimy po raz pierwszy na posiedzeniu komisji w Senacie, ale mam nadzieję, że nie ostatni, Pani Minister. Jesteśmy zaszczytzeni i bardzo się cieszymy, że pani osobiście dzisiaj do nas przyszła. Witam także wszystkie osoby, które przybyły na dzisiejsze posiedzenie. Tematy są intrygujące, ciekawe, bardzo się cieszę, że państwo tutaj z nami jesteście.

W takim razie od razu przystępujemy do rozpatrywania punktu pierwszego.

Pani Minister, oddaję pani głos.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pierwszy punkt dotyczy tabletki „dzień po”, nie sieci.

MINISTER ZDROWIA
IZABELA LESZCZYNA

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Wysoka Komisjo!

Pierwszy punkt to nowelizacja ustawy – Prawo farmaceutyczne. W gruncie rzeczy ta nowelizacja ma bardzo wąski zakres, dotyczy ona dostępności antykoncepcji awaryjnej, którą w 2015 r. EMA, czyli Europejska Agencja Leków, dopuściła jako lek z grupy OTC, czyli wydawany bez recepty. 26 państw, w tym Polska, dostosowało się do tej rekomendacji. Rzeczywiście tabletką, której substancją czynną jest octan uliprystalu, jest dostępna w tych państwach bez recepty, tzn. była w 26 krajach, oprócz Węgier. Niestety, chyba w 2017 r., o ile dobrze pamiętam, w Polsce prawo w tym zakresie zostało zmienione i ta tabletką została wpisana jako lek na receptę. Zatem w gruncie rzeczy chcemy wrócić do prawa, które obowiązywało w 2015 r.

Chciałabym Wysokiej Komisji przekazać informacje, które, przygotowując tę nowelizację, zebrałam od konsultantów do spraw ginekologii, perinatologii, od Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, z prof. Sieroszewskim jako przewodniczącym, że ta tabletką, substancją czynną, którą ona zawiera, nie jest substancją wczesnoporonną. Jej działanie polega na tym, że ona nie dopuszcza

do połączenia się gamet, do powstania zygoty, tzn. nie dopuszcza do powstania zarodka. Dlatego nadużyciem czy wręcz zakłamaniem jest mówienie o niej, że jest tabletką wczesnoporonną.

W 2015 r. ta ustawa stanowiła o wprowadzeniu tej tabletki jako tabletki bez recepty i zawierała także ograniczenie wiekowe. Tu znowu na podstawie rekomendacji lekarzy uznajemy, że 15-letnia dziewczyna jest dojrzała nie tylko płciowo, ma już dojrzałość reprodukcyjną i oczywiście wszyscy chcielibyśmy, żeby współżycie seksualne młodzież rozpoczynała później, wtedy gdy jest bardzo dojrzała także emocjonalnie, ale nie możemy zamykać oczu na to, jaka jest rzeczywistość. Ponieważ w polskim prawie współżycie z osobą nieletnią do piętnastego roku życia jest karalne, uznaliśmy, że wprowadzenie tej tabletki bez recepty od piętnastego roku życia będzie zasadne.

Jednocześnie chcę Wysoką Komisję zapewnić, że już prowadzę rozmowy z farmaceutami, z przedstawicielami aptekarzy, z pielęgniarkami medycyny szkolnej i z panią minister edukacji, bo z pewnością będziemy chcieli przeprowadzić bardzo szeroką akcję edukacyjną. Choć mówi się, że czasem młodzi ludzie wiedzą więcej od swoich rodziców, to jednak chcemy przeprowadzić akcję edukacyjną, która przede wszystkim zwróci uwagę na to, że antykoncepcja awaryjna nie jest tą antykoncepcją hormonalną, którą można i którą się stosuje systematycznie. Gwarantuję Wysokiej Komisji, że taką akcję przeprowadzimy. To chyba wszystko. Jestem do państwa dyspozycji. Bardzo dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Bardzo dziękuję, Pani Minister.

Rzeczywiście oczekiwanie na to, aby ta tabletką, tzw. tabletką „dzień po”, była bardziej dostępna na rynku, wypływało i wypływa z wielu środowisk. Jest również poparcie środowiska naukowego i lekarzy w tym temacie.

Wątek, o którym pani minister powiedziała, związany z działaniem tej substancji, tej tabletki, jest ogromnie ważny i chciałabym, żebyśmy tutaj, na posiedzeniu Komisji Zdrowia położyli na to szczególny nacisk, ponieważ w przestrzeni publicznej pojawiają się różne fałszywe zdania na ten temat, takie, że jest to tabletką poronna, to raz, ale również padają takie stwierdzenia, że jest to lek, który zawiera ogromną ilość hormonów, a te hormony później mogą wpływać na zdrowie kobiet itd. Dlatego też wątek typowo medyczny, związany z działaniem tego leku, jest ogromnie ważny. Ja osobiście uczestniczyłam w kilku konferencjach z udziałem lekarzy, lekarzy ginekologów, doświadczonych praktyków, którzy ten temat bardzo mocno podnosili.

Otwieram dyskusję.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos?

Zanim udzielę głosu, chciałabym powiedzieć, że na posiedzeniu naszej komisji jest kilka osób z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, to są studenci, którzy postanowili przysłuchać się obradom w czasie posiedzenia komisji w Senacie. Bardzo miło was widzieć. Mam nadzieję, że będziemy się spotykali częściej.

Proszę bardzo, kto z państwa chce zabrać głos? Pani senator?

Proszę bardzo.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Ja króciutko. To jest rzeczywiście dobra nowela, która uporządkuje nam pewne sprawy związane z antykoncepcją awaryjną.

W przestrzeni medialnej pojawiają się informacje o tym, że to jest tabletką hormonalna. Ja chcę powiedzieć państwu przede wszystkim jako lekarz, że wiele tabletek hormonalnych jest aplikowanych przez specjalistów, a jeśli chodzi o wpływ na nasze zdrowie, to wiadomo, że ulotka zawiera opis wielu działań niepożądanych, jeżeli jednak to jest pod kontrolą, to jest to bezpieczne. Jeśli nawet zostanie ona użyta bez recepty i wystąpią działania niepożądane, to przecież wtedy też jest udzielana pomoc medyczna.

Tak że bardzo dziękuję, że właśnie teraz, kiedy zbliżają się wybory samorządowe, kiedy jest wiele dyskusji w przestrzeni medialnej, także dyskusji politycznej o aborcji... Właśnie od tego powinniśmy zacząć, żeby nie dopuszczać do niechcianych ciąż, żeby zapobiec tym czasem bardzo ciężkim skutkom przedwczesnego współżycia. Oczywiście nie możemy być hipokrytami, nie możemy zamiatać tematu pod dywan. Uważam, że jest to bardzo ważne, że właśnie teraz temat tabletki „dzień po” dostępnej bez recepty się pojawia. Myślę, że co do tego jesteśmy dosyć zgodni. Namawiam jako lekarz wszystkich państwa, wszystkich senatorów do tego, żeby głosować za tą nowelą. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Ja jeszcze chciałabym poprosić o opinię naszego legislatora.
Panie Mecenasie, proszę bardzo, oddaję panu głos.

GŁÓWNY LEGISLATOR W BIURZE LEGISLACYJNYM W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Dziękuję uprzejmie.
Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Pani Minister! Szanowni Państwo!
Biuro Legislacyjne nie zgłasza uwag do rozpatrywanej ustawy. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, kto z państwa chce zabrać głos?
Proszę bardzo, pan senator.

SENATOR
WALDEMAR KRASKA

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.
Pani Minister, ja mam takie pytanie. Mam przed sobą charakterystykę produktu leczniczego, czyli tzw. ChPL, która jest wydawana przez firmę dla każdej substancji dopuszczanej do obrotu, i w tej ChPL jest określony wpływ na płodność, ciążę i laktację. Może przywołam kilka zdań z charakterystyki produktu leczniczego. Produkt EllaOne jest przeciwwskazany do stosowania w ciąży i w przypadku podejrzenia ciąży. Dostępna jest ograniczona liczba danych dotyczących stanu zdrowia płodu, noworodka w przypadku narażenia ciąży na działanie octanu uliprystалу. Mimo że nie stwierdzono wpływu teratogenego, wyniki badań na zwierzętach są niewystarczające, aby ocenić toksyczny wpływ na reprodukcję. Moje pytanie jest takie, Pani Minister. Czy jednak nie byłoby lepszą drogą takie rozwiązanie, żeby tabletki „dzień po” była dostępna w przypadku, gdy młoda osoba zostanie zbadana przez lekarza i zostanie wykluczona ciąża? Pytam o to, ponieważ, jak widzimy, w ChPL nie ma mowy o dostatecznych badaniach, które by potwierdzały, że ona jest bezpieczna dla ewentualnego zdrowia płodu. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Pani Minister, proszę bardzo.

MINISTER ZDROWIA
IZABELA LESZCZYNA

Bardzo dziękuję.
Już odpowiadam.

Panie Przewodniczący, Panie Senatorze, wie pan doskonale, że gdyby pan przeczytał charakterystykę produktu leczniczego jakiegokolwiek innego leku, to też znalazłby pan tam szereg takich uwag, informacji o tym, że to może być zagrażające, niebezpieczne, zgodnie z zasadą, że właściwie nic nie jest trucizną albo wszystko jest trucizną.

Chcę wyraźnie powiedzieć, że wszystkie rekomendacje lekarzy w czasie przeprowadzanych przez nas konsultacji jednoznacznie wskazywały na to, że im wcześniej ta tabletką zostanie zażyta, tym jej skuteczność działania, czyli niedopuszczenie do zapłodnienia, jest większa. Tak jak pan przewodniczący przeczytał, ona nie wpływa na ciążę. Gdyby się okazało, że kobieta...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, w tej charakterystyce jest napisane, że ona nie ma takiego skutku, nie niesie takiego skutku. Tak więc wydaje mi się, że to, co możemy zrobić, żeby – tak jak pani przewodnicząca powiedziała – uniknąć niechcianych ciąż, to edukować społeczeństwo, edukować szczególnie młodych ludzi, zapewnić im dostęp do antykoncepcji i to chcemy zrobić tą ustawą.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Pani senator, a później pan senator.
Proszę.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Ja chciałabym powiedzieć, że nie dalej jak wczoraj miałam taki problem. W tej chwili bardzo szybko można nabyć tę tabletkę na receptę w tzw. receptomatach. Tak że to w ogóle... Ta uwaga nie jest taka bardzo celna, bo w tej sytuacji też nikt nikogo nie bada i w receptomacie komercyjnie możemy nabyć receptę na tabletkę „dzień po”. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

A tak przy okazji, Pani Minister, to myślę, że temat receptomatów też powinniśmy w najbliższym czasie podnieść jako ogromnie ważny.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

SENATOR
ANDRZEJ KALATA

Ja chciałbym zapytać, czy ta tabletką, ten lek wcześniej był bez recepty, czy od momentu wprowadzenia na rynek był na receptę lekarską. Jeśli tak, to z czego wynikało to, że był wydawany na receptę. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo, Pani Minister.

MINISTER ZDROWIA
IZABELA LESZCZYNA

Tak jak mówiłam, w 2015 r. Europejska Agencja Leków, EMA, dopuściła ten lek właśnie z taką kwalifikacją, jako lek dostępny bez recepty. Wtedy, właśnie w 2015 r., w Polsce przeprowadziliśmy taką legislację i lek był dostępny bez recepty. Niestety później, sądzę, że przede wszystkim ze względów ideologicznych, to prawo, polski porządek prawny został zmieniony i tabletką została wprowadzona do grupy leków na receptę.

Szanowni Państwo, chyba słuszne jest to, co panie przewodniczące podniosły, mianowicie to, że ta tabletką jest dostępna na receptę. Tyle że czas ma tutaj znaczenie, więc wizyta u lekarza, konieczność zdobycia recepty sprawia, że staje się ona... To jest przeciwnie skuteczne, to po pierwsze. Po drugie, zagrożenia związane z receptomatami, które nam wyrosły jak grzyby po deszczu. Bardzo dziękuję za chęć podjęcia tego tematu. Jestem absolutnie otwarta, żeby o tym rozmawiać i to patologiczne zjawisko zlikwidować, w zasadzie tak, nawet nie ograniczyć, tylko zlikwidować. Co to powoduje? To powoduje, że ta tabletką jest dostępna dla wszystkich, tylko trzeba dodatkowo, oprócz tych ok. 100 zł, zapłacić jeszcze ponad 60 zł za tę tzw. usługę, o której przecież wszyscy wiemy, że tak naprawdę jej nie ma. W gruncie rzeczy tą ustawą, tą nowelizacją zrzucamy z siebie odium ewidentnej hipokryzji.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ja jeszcze pozwolę sobie doprecyzować to, co powiedziała pani minister, ponieważ zetknęłam się z takimi opiniami, z takimi pytaniami: dlaczego jest to regulacja ustawowa? Otóż dlatego, Panie Senatorze, tu właściwie panu chcę odpowiedzieć, że również ustawowo zostało to zakazane. Lek był dostępny...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, więc warto to sobie wyjaśniać.

Lek był dostępny, był zarejestrowany w Europie i również u nas był bez recepty, a właśnie rząd PiS ustawowo tego zakazał.

Proszę bardzo, kto jeszcze z państwa?

Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR
EWA MATECKA

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Pani Minister, wobec tego opresyjnego prawa aborcyjnego, jakie funkcjonuje w Polsce, i z myślą o takim elementarnym poczuciu bezpieczeństwa kobiet ta zmiana jest bardzo ważna, ona jest bardzo oczekiwana przez wszystkie kobiety. Proszę mi powiedzieć, czy mamy może w dyspozycji jakieś dane statystyczne, które obrazowałyby aktualny stan formalnoprawny, jeśli chodzi o kobiety i ich brak elementarnego poczucia bezpieczeństwa w tym zakresie. Czy wiemy, jakie ewentualne decyzje, jakie skutki wywoływał aktualny stan prawny, jak wpływał na życie kobiet? Pytam o strach przed zachowaniem w ciąży, strach przed samym faktem zajścia w ciąży i brak możliwości odpowiedniego zabezpieczenia na terenie naszego kraju.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo, Pani Minister.

MINISTER ZDROWIA
IZABELA LESZCZYNA

Pani Senator, odpowiedź na pani pytanie jest bardzo trudna, powiedziałabym, wręcz niemożliwa. Przede wszystkim z tego powodu, o którym pani senator powiedziała. Mamy opresyjne prawo, prawo anty... Tyle że chciałabym zdecydowanie oddzielić tę ustawę od tego, o czym teraz

mówię, Powtórzę jeszcze raz: octan uliprystalu, substancja czynna nie jest substancją poronną, a ta tabletką jest tym bardziej potrzebna, że nasze prawo antyaborcyjne jest bardzo restrykcyjne. Nie mamy takich danych. Dlaczego? Dane oficjalne mówią o ok. 1 tysiącu aborcji w Polsce rocznie, zaś dane organizacji broniących praw kobiet są kompletnie inne, wielokrotnie wyższe, nieporównywalne. Przy tym na pewno wszyscy musimy się zgodzić co do tego, że pokątne, nielegalne aborcje albo aborcje wykonywane poza granicami kraju, a więc dostępne dla osób zamożnych bądź takich, które korzystają z pomocy różnych organizacji pozarządowych, po prostu są.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby zabrać głos?

Proszę bardzo, ponownie pan senator.

SENATOR

WALDEMAR KRASKA

Mam jeszcze jedno pytanie.

Pani Minister, ja pytam nie ideologicznie, ale czysto medycznie. Jeżeli mogłaby mi pani odpowiedzieć na to pytanie... Wiemy, że ta tabletką działa na przysadkę mózgową. Prowadzi do tego, że zmienia się produkcja hormonu luteinizującego, to hamuje owulację. Czy prawdą jest, że tabletką powoduje to, że dochodzi do tzw. odchudzenia endometrium macicy, co prowadzi do tego, że zarodek, który już powstał, gdy przyjmujemy tabletkę, nie może się zagnieździć w macicy? I drugie moje pytanie. Jaki dokument będzie wymagany od piętnastoletniej dziewczyny, która zgłosi się do apteki po ten preparat? Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Proszę bardzo.

MINISTER ZDROWIA

IZABELA LESZCZYNA

Panie Senatorze, ja dlatego mówiłam o tym, że czas jest tutaj tak ważny, bo zasada działania octanu uliprystalu właśnie nie jest zasada, która powoduje to, że zarodek nie może się zaimplementować, tylko powoduje, jak pan sam powiedział, opóźnienie owulacji lub zniszczenie komórki jajowej. Nie możemy oczywiście wykluczyć tego, że tabletką zażyta późno, bo ona powinna być zażyta właściwie w okresie do 72 godzin – im później, tym gorzej – spowoduje to, że powstały zarodek rzeczywiście się nie zagnieździ. Jednak z badań wynika – nie pamiętam, czy jest to opisane w charakterystyce produktu leczniczego, ale na pewno na posiedzeniu komisji sejmowej pan prof. Sieroszewski o tym mówił – że to nie przekracza 1–2% przypadków. Zatem tym bardziej apeluję: przeprowadźmy tę legislację tak, żeby tabletką była dostępna jak najszybciej, wtedy tego problemu nie będzie.

A drugie pytanie? Przepraszam...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Aha. Legitymacja szkolna.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Tak, legitymację ma każdy.

Proszę bardzo.

PREZES ZARZĄDU ZWIĄZKU PRACODAWCÓW APTECZNYCH PHARMANET
MARCIN PISKORSKI

Dzień dobry.

Marcin Piskorski, Związek Pracodawców Aptecznych.

Ja chciałbym tylko o jednej sprawie powiedzieć. Pani minister przed chwilą powiedziała, że ministerstwo wypracuje takie miękkie wytyczne dla farmaceutów związane z wydawaniem tego preparatu. Chciałbym powiedzieć, że w krajach, w których jest on wydawany, też jest opatrzony tego typu instruktażem, takim rodzajem wywiadu farmaceutycznego i my – ja nie jestem farmaceutą, więc przepraszam, że powiedziałem „my” – w każdym razie farmaceuci są jak najbardziej gotowi coś takiego zrobić.

Chciałbym też powiedzieć, że w krajach, w których ta tabletką jest dostępna, tego wywiadu nie przeprowadza się w kolejce do okienka, tylko w pokojach opieki farmaceutycznej, które w krajach Europy Zachodniej są standardem, a i w Polsce zaczyna się to organizować. Pandemia COVID spowodowała, że utworzono ponad 2 tysiące aptecznych punktów szczepień i mniej więcej połowa z tych punktów już się zamieniła w takie pokoje opieki farmaceutycznej. Wczoraj w Ministerstwie Zdrowia odbyło się na ten temat spotkanie, podczas którego ministerstwo zapowiedziało rozwój usług farmaceutycznych w aptekach, bo to, że tych pokoiów dzisiaj jest 1 tysiąc, a mamy 12 tysięcy aptek, to właśnie wynika z tego, że w tych pokojach nie za bardzo jest co robić. Tak więc chciałbym powiedzieć, że nam jako środowisku wydaje się, że liczba takich miejsc, gdzie kobieta będzie mogła w intymny sposób porozmawiać z farmaceutą i przejść tę procedurę, nazwijmy to umownie, wywiadu farmaceutycznego, jak najbardziej wzrośnie i za chwilę w Polsce będą one w 100% dostępne. Tak jak mówię, środowisko bardzo chce to rozwijać, chce organizować pokoje opieki farmaceutycznej, tylko, jak mówię, musi być opieka, a wczoraj dowiedzieliśmy się o tym, że ministerstwo zapali tu zielone światło. Tak że wydaje nam się, że za chwilę to wszystko połączy się w 1 system. Bardzo dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Cieszę się, że przy okazji rozmowy o tej tabletkę poruszamy także te wątki, które dotychczas nie zostały do końca omówione, jak np. opieka farmaceutyczna, o której wielokrotnie mówiliśmy przy okazji szczepień, m.in. o tym, że należy ją poszerzyć. Cieszę się, że pani minister też już o tym wie, że dostrzeża ten problem, i myślę, że tu też będzie jakiś postęp w pracach.

Pani senator jeszcze raz.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Pan mnie natchnął do zadania pani minister jeszcze 1 pytania, bo powiedział pan, że gdy kobieta przyjdzie do apteki i będzie chciała tę tabletkę otrzymać... Czy mężczyzna też może dostać taką tabletkę? Tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Gdy skończy 15 lat, to tak. Dopytałam, bo trochę mnie to zaniepokoiło, chciałam doprecyzować. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos?

Jeżeli nie, to przystępujemy do kolejnego etapu procedowania.

Poddaję projekt ustawy pod głosowanie.
Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem tego projektu? (2)
Kto jest przeciw? (2)
Dziękuję bardzo.

**GŁÓWNY LEGISLATOR W BIURZE LEGISLACYJNYM W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo!
W omawianej sytuacji zastosowanie ma art. 68 ust. 2a Regulaminu Senatu, zgodnie z którym, jeżeli żaden z poddanych pod głosowanie wniosków nie uzyskał większości, w sprawozdaniu komisji zamieszcza się wszystkie te wnioski albo ten jedyny wniosek. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
I tak będzie, będą... w tym przypadku będzie ten jeden i on zostanie zgłoszony do głosowania na sali plenarnej.
Sprawozdawcą będzie pani senator Gorgoń-Komor.
Ten punkt wyczerpaliśmy.
Przystępujemy do rozpatrzenia ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.
Bardzo proszę, Pani Minister, oddaję pani głos.

**MINISTER ZDROWIA
IZABELA LESZCZYNA**

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.
To druga ważna ustawa, choć dotycząca zupełnie innej materii. O Krajowej Sieci Onkologicznej od pewnego czasu mówimy bardzo dużo. Na początku chciałabym państwa zapewnić, że Krajowa Sieć Onkologiczna w ocenie Ministerstwa Zdrowia i mojej osobistej jest bardzo potrzebna i Ministerstwo Zdrowia zrobi wszystko, żeby ona została wprowadzona jak najszybciej. Dlatego sama nowelizacja, którą państwo być może macie przed oczami, która daje nam możliwość odłożenia na okres do roku wejścia pewnych elementów w życie, na pewno nie będzie dla mnie zobowiązaniem do tego, żeby to wszystko zrobić dopiero za rok. Wręcz przeciwnie. Powołaliśmy w Ministerstwie Zdrowia w zasadzie oddzielny wydział, który zajmuje się teraz tylko wprowadzaniem w życie – z jednej strony jak najszybciej, a drugiej strony jak najlepiej, najefektywniej – Krajowej Sieci Onkologicznej. Jednocześnie chcę przypomnieć wszystkim państwu, że pan przewodniczący, ówczesny wiceminister zdrowia, pan senator Kraska po wejściu w życie ustawy 20 kwietnia 2023 r. do wszystkich podmiotów, które prowadzą świadczenia z zakresu opieki onkologicznej, wysłał informację o tym, że po pierwsze, są w Krajowej Sieci Onkologicznej, a po drugie, mają obowiązek powołać koordynatora. Co to znaczy? To znaczy, że wszyscy pacjenci, tak to określe, są zaopiekowaniu, powiem więcej, koordynatorzy powinni już działać, choć z tym bywa różnie. I zaraz powiem, wyjaśnię państwu, dlaczego bardzo proszę Wysoką Komisję o pozwolenie na wydłużenia terminu wejścia w życie tych przepisów.

Otóż wdrożenie tej ustawy nie zostało przygotowane w sposób właściwy i efektywny. W gruncie rzeczy jest 9 aktów wykonawczych, czyli rozporządzeń do tej ustawy, a 15 grudnia było przyjęte tak naprawdę tylko 1 rozporządzenie, rozporządzenie w sprawie nadania statutu Krajowej Rady Onkologicznej. Ta rada, oczywiście we współpracy z pracownikami Ministerstwa Zdrowia, we współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii i jednostkami, które brały udział w pilotażu, przede wszystkim miała przygotować kolejne akty wykonawcze.

Teraz to, co jest konieczne, żeby sieć weszła w życie efektywnie, a czego nie ma. Otóż nie ma systemów informatycznych, które dotyczą sprawozdawczości do Krajowej Sieci Onkologicznej, nie ma też przepisów ustawowych, które pozwolą prawidłowo wdrożyć te systemy. Po pierwsze, projekty rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia dotyczące wskaźników jakości opieki onkologicznej wymagają pozyskania danych ze źródeł, których de facto nie mamy. Oprócz tego, że one nie są gotowe od strony technicznej, nie są one też wskazane w ustawie. Mówię o pozyskiwaniu danych z elektronicznej karty DiLO oraz danych z NFZ, danych rozliczeniowych. Przepisy ustawy właściwie nie pozwalają na wdrożenie karty e-DiLO, ponieważ zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami ten dokument ma postać papierową. Niezbędne są poza tym zmiany w systemach IT NFZ i w systemach gabinetowych, tzn. w aplikacjach IT, z których korzystają placówki w swojej codziennej pracy.

Jeden z artykułów tej ustawy, art. 5, stanowi, że w chwili wejścia w życie tych artykułów, co do których proszę Wysoką Komisję o przedłużenie terminu, inne niż zaliczone do sieci podmioty lecznicze de facto nie mogą prowadzić opieki onkologicznej. Zgodnie z informacją z Narodowego Funduszu Zdrowia znaczyłoby to, że 259 takich podmiotów leczniczych wypada z tego grona, nie może świadczyć opieki onkologicznej, czyli nie wchodzi do sieci. Oznaczałoby to, że ok. 7,5 tysiąca pacjentów jest pozbawionych opieki onkologicznej w tych jednostkach, no i oni musieliby, co naturalne, przesunąć się do tych innych jednostek, co wydłużyłoby nam kolejki. I tu jedna uwaga. Ja absolutnie nie chcę dyskutować z intencją ustawodawców, oczywistą i dla mnie bardzo słuszną, że opieka onkologiczna powinna być prowadzona w podmiotach najwyższej klasy, to znaczy tam, gdzie się realizuje najwięcej danych procedur. Ćwiczenie czyni mistrza, wszyscy o tym wiedzą. Absolutnie takiej ostatecznej wersji sieci chcemy i taką będziemy wprowadzać. Jednak nie tylko musimy przygotować do tego systemy informatyczne, nie tylko musimy stworzyć możliwość przekazywania tych wskaźników jakości, nie tylko przygotować tę legislacyjną stronę, czyli umożliwienie, danie podstawy prawnej do wprowadzenia takich rozwiązań, ale także musimy zapewnić jakby dyslokację tych pacjentów i zapewnić to, że nigdzie nie będziemy mieli takiego wąskiego gardła. Myślę tu także o szkoleniu koordynatorów, którzy żeby w ogóle dobrze wykonywać tę swoją pracę, muszą tak naprawdę korzystać z centralnej e-rejestracji; żeby móc przesunąć terminy, żeby dobrze zaplanować tę ścieżkę pacjenta, musimy mieć centralną e-rejestrację i musimy mieć centralną infolinię, która umożliwi zapisywanie pacjentów na świadczenia onkologiczne. Tym wszystkim się zajmujemy, opracowujemy kryteria, które...

Nasz pomysł jest taki. Ponieważ ustawa jest wpisana do Krajowego Planu Odbudowy, to nam bardzo zależy na tych miliardach, które chcemy przecież przeznaczyć właśnie na funkcjonowanie szpitali, w tym tych centrów onkologicznych i w ogóle szpitali onkologicznych. A żeby to było możliwe, to de facto do połowy tego roku chcemy ogłosić rozporządzenie – mimo że w ustawie zapisaliśmy sobie ten dłuższy termin, to chcemy to zrobić do połowy tego roku – o kryteriach zaliczania podmiotów na poszczególne poziomy tych specjalistycznych ośrodków leczenia onkologicznego, ale chcielibyśmy, żeby te kryteria, takie wstępne, które nie wykluczają tak dużej liczby i podmiotów leczniczych, i pacjentów z sieci, obowiązywały do końca tego roku. W ten sposób chcemy dać szansę szpitalom. Bardziej rygorystyczne kryteria chcemy wskazać od 1 stycznia 2025 r., żeby szpitale, oddziały onkologiczne, tam, gdzie jest prowadzona czy chemioterapia, czy radioterapia, czy chirurgia onkologiczna, miały czas, taki realny czas, znając kryteria docelowe, na dostosowanie się i spełnienie kryteriów wymaganych na poszczególnych poziomach.

To tyle tytułem wstępu. Bardzo proszę o przyjęcie tej nowelizacji.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Ja troszkę rozszerzę te wątki, o których pani powiedziała, Pani Minister, ponieważ Komisja Zdrowia w Senacie zajmowała się Krajową Siecią Onkologiczną jeszcze w poprzedniej kadencji i my kilkakrotnie robiliśmy posiedzenia komisji, bardzo wnikliwie przypatrując się zarówno postępowi,

jaki krok po kroku miał następować w związku z pilotażem zleconym przed przyjęciem ustawy, jak również w momencie, kiedy już wdrażaliśmy ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej... Mieliśmy wiele wątpliwości, czy aby na pewno idziemy dobrą drogą. Bo co do tego, że Krajowa Sieć Onkologiczna jest potrzebna, że ma pomóc w koordynacji, że ma pomóc przede wszystkim w podniesieniu jakości opieki nad pacjentami, to nikt z nas nie miał naprawdę żadnej wątpliwości, ale tak naprawdę nie widzieliśmy żadnego zysku i efektu, jeśli chodzi o przeprowadzony pilotaż. Zresztą bardzo trudno było dowiedzieć się czegokolwiek, jeżeli chodzi o wyniki pilotażu, bo on dziwnym trafem był taki trochę poufny, trochę niepoufny i do nas docierały cząstkowe informacje. Teraz już, z perspektywy, kiedy nowelizujemy tę ustawę, moglibyśmy powiedzieć: no a nie mówiliśmy? Przecież my w Komisji Zdrowia mówiliśmy wtedy: zastanówmy się, czy na pewno będzie taki efekt, o jaki naprawdę w sieci onkologicznej chodzi, czy na pewno te placówki są przygotowane, czy koordynatorzy są odpowiednio przeszkoleni i czy mają odpowiednie narzędzia do pracy. Ale przede wszystkim mieliśmy wątpliwości co do równomierności tych rozszerzanych placówek i dostępu do SOLO I, SOLO II, SOLO III. Dlaczego? Dlatego że ciągle nie mieliśmy odpowiedzi na pytanie, na podstawie czego ten pilotaż budował późniejszą ustawę. Wielokrotnie sięgałam do tego pilotażu, który do dzisiaj budzi wiele wątpliwości... Będę już może pomijała kwestie finansowania, aczkolwiek to także jest bardzo ważny wątek, bo wiem, że sam pilotaż to 130 milionów wydanych ze środków budżetowych, ale też pewnie są...

(Głos z sali: Na nowy fundusz zdrowia...)

Nasze wszystkie publiczne pieniądze. Oprócz tego na pewno były jeszcze inne, dodatkowe źródła finansowania, o których do końca jakoś nigdy się nie dowiedzieliśmy. Ale pomijając już kwestie pilotażu i pomijając to, że oczywiście jeżeli kilka instytucji dotuje się dużym zasobem finansowym, no to wiadomo, że te instytucje się rozrastają, że one mają jakiś potencjał, w związku z tym mogą powiedzieć, że dostępność się zwiększa, wszystko jest okej, nikt co do tego nie ma żadnych wątpliwości... Większą wątpliwość budzą zasady, a właściwie brak zasad doboru i dopasowywania do tego pilotażu pozostałych placówek. Z tego, co pani minister powiedziała, wynika, że jeżeli ta ustawa weszłaby w życie w tym układzie, który jest – a ona już teraz wyklucza dużą liczbę tych podmiotów leczniczych i zmniejsza dostęp do nich pacjentów – oznaczałoby to, że ona nie będzie odgrywać takiej roli, jaką miała odgrywać. I ktoś, kto w tej chwili w ogóle zastanawia się nad tym, czy przedłużyć ten okres o rok, czy nie, niech sobie odpowie na pytanie, co się wydarzy, jeżeli my tego okresu nie wydłużymy. Niestety nasze placówki w większości nie są przygotowane do tego, żeby do tej sieci wejść. Uważam, że mniejszym złem jest wydłużenie okresu do momentu wejścia do sieci, bardzo dobre przygotowanie placówek i przygotowanie całej sieci, aniżeli forowanie na siłę tego, co ta ustawa nam teraz oferuje.

I jeszcze jedna sprawa. Pilotaż trwał 5 lat.

(Głos z sali: 4.)

4.

(Głos z sali: Ponad.)

Ponad, prawie 5. A tu w ciągu roku wszystkie podmioty nagle mają wejść do sieci, mają być gotowe i jeszcze mają być poddane kontroli. Czy to jest w porządku? Zastanówmy się naprawdę... Ja już słyszę te emocje: dlaczego my chcemy to... Bo to jest ważne, bo to opieka dla pacjenta onkologicznego, a my znowu coś marudzimy i wydłużamy. Nie, my chcemy, żeby ta sieć, która będzie zbudowana, była rzeczywistą siecią, i żeby ona pomogła pacjentom, a nie instytucjom, bo nie chodzi o to, żeby się nam rozbudowywały instytucje i, wiadomo, w każdej z tych placówek wszyscy byli zadowoleni. Najważniejszy tutaj ma być dostęp do leczenia onkologicznego dla pacjenta. A jeżeli jest takie zagrożenie, o jakim pani minister teraz mówi, tzn. nie jest przygotowany ani system informatyczny, ani dostęp koordynatorów do tego systemu, część placówek z tego wypada, część placówek nie zna nawet... Tak naprawdę nie znamy kryteriów dostępu do tej sieci. To na podstawie czego te placówki mają być w tej sieci? Mówię o tym tak troszkę dłużej, ponieważ my o tym wszystkim mówiliśmy. Nie jesteśmy osobami, które przewidywały nie wiadomo co, tylko po prostu analizowaliśmy i wiedzieliśmy, że nie został dokładnie przeanalizowany ani potencjał szpitali, ani przeprowadzona ocena epidemiologiczna, a mimo wszystko na siłę tę ustawę forowano i niepotrzebnie w tak szybkim tempie została ona przyjęta.

Pan Mecenase, proszę bardzo.

GŁÓWNY LEGISLATOR W BIURZE LEGISLACYJNYM W KANCELARII SENATU

PIOTR MAGDA

Dziękuję uprzejmie.

Wysoka Komisjo!

Wątpliwości natury systemowej budzi art. 1 pkt 2 rozpatrywanej ustawy. Przepis ten zmierza do zmiany terminu, od którego podmioty wykonujące działalność leczniczą zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej będą obowiązane do przekazywania do systemu teleinformatycznego KSO danych o sprawowanej opiece onkologicznej. O ile w aktualnym stanie prawnym obowiązek ten ma być realizowany już od dnia ogłoszenia przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wykazu podmiotów wchodzących w skład sieci, o tyle art. 1 pkt 2 rozpatrywanej ustawy zmierza do wskazania sztywno dnia 1 kwietnia 2025 r. jako dnia, od którego ma nastąpić realizacja tego obowiązku, niezależnie od daty ogłoszenia wykazu przez prezesa NFZ. Skoro pierwsza kwalifikacja na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej KSO ma zostać przeprowadzona do dnia 31 marca 2025 r., to prezes NFZ może jej rzecz jasna dokonać w tym dniu, ale również w okresie wcześniejszym. Tytułem przykładu powiem tak. Gdyby prezes NFZ ogłosił ten wykaz dnia 1 marca 2025 r., to podmioty te nie tylko nie byłyby obowiązane do przekazywania do systemu teleinformatycznego KSO danych o sprawowanej opiece onkologicznej za marzec 2025 r., lecz również nie byłyby do tego uprawnione z własnej inicjatywy, ponieważ niektóre z danych zawartych w tym systemie mają charakter danych osobowych, a te są objęte ochroną na podstawie art. 51 konstytucji, zwłaszcza w odniesieniu do tzw. danych wrażliwych, do których należy zaliczyć informację o stanie zdrowia pacjenta onkologicznego. Mając zatem na uwadze potrzebę zapewnienia kompletności gromadzonych w systemie teleinformatycznym KSO danych o sprawowanej opiece onkologicznej, należałoby rozważyć skreślenie pktu 2 w art. 1 rozpatrywanej ustawy. Skutkiem uchwalenia takiej poprawki byłoby utrzymanie obowiązującej zasady, wedle której podmioty wchodzące w skład systemu KSO są obowiązane do przekazywania do systemu teleinformatycznego danych od dnia ogłoszenia przez prezesa NFZ wykazu podmiotów wchodzących w skład tej sieci. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Mecenasiu.

Będę prosiła panią minister o to, aby wypowiedziała się w kwestii ewentualnej poprawki.

Proszę bardzo.

MINISTER ZDROWIA

IZABELA LESZCZYNA

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Panie Mecenasiu!

Jako posłanka od wielu lat zbyt często byłam świadkiem przesuwania kolejnych dat wejścia w życie danych systemów informatycznych. Przykładem chyba najjaskrawszym jest ustawa, która weszła w życie w 2014 r., a mówiła o karcie zgonu. Jej wejście w życie było wielokrotnie przekładane, aż w końcu musiałam podpisać rozporządzenie w 2023 r., chyba 16 grudnia, bo okazało się, że co roku przedłużaliśmy wejście w życie, ponieważ system nie był gotowy, i oczywiście nie był gotowy też w grudniu. A więc rozporządzenie, które podpisałam musiałam podpisać tylko po to, żeby rodziny mogły chować zmarłych. Wprowadziło to mnóstwo zamieszania. Dlaczego przydługoo odpowiadam? Konsultowaliśmy się z Centrum e-Zdrowia i wiem, że może się okazać, że ten system nie będzie gotowy wcześniej niż na 1 kwietnia 2024 r. Ale chciałabym uspokoić pana mecenasa, a przede wszystkim Wysoką Komisję, że ten sprawozdawczy obowiązek, bardzo konkretnie wpisany jako konkretna data, jest obowiązkiem, ale nie uprawnieniem, i jeśli tylko ten system będzie gotowy wcześniej, to będziemy testować to w środowisku rzeczywistym. Nie

chciałabym do państwa przychodzić i prosić, żebyśmy ten termin wydłużyli raz jeszcze, dlatego bardzo proszę o pozostawienie tego w ten sposób. Konsultowaliśmy to z RCL, z naszymi prawnikami i jestem przekonana, że powinno to pozostać w tej wersji. Dziękuję.

**GŁÓWNY LEGISLATOR W BIURZE LEGISLACYJNYM W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Wysoka Komisjo!

Pozwolę sobie podtrzymać zgłoszoną uwagę i zwrócić uwagę na to, że przedmiotowa uwaga została również zgłoszona przez Biuro Legislacyjne Kancelarii Sejmu, oraz zwrócić uwagę na istotę podnoszonej uwagi. Gdyby okazało się, że wykaz ogłoszony przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie podmiotów wykonujących opiekę onkologiczną nastąpi wcześniej niż 31 marca, to dane za okres do dnia 31 marca nie będą mogły być zgodnie z prawem przekazane do systemu teleinformatycznego. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Mecenasie.
Otwieram dyskusję.
Proszę bardzo.

**SENATOR
ANDRZEJ KALATA**

Czy wejście w życie tej sieci oznacza, że karta DiLO zostanie zlikwidowana? A konkretnie chodzi mi o to, czy np. szpitale powiatowe będą mogły dokonywać operacji onkologicznych właśnie w ramach tej karty. Chodzi o to, że takie operacje są inaczej rozliczane.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Czy jest ktoś jeszcze z pytaniami? Proszę bardzo, może pani.

**WICEDYREKTOR „ALIVIA – FUNDACJA ONKOLOGICZNA”
JOANNA FRĄTCZAK-KAZANA**

Dzień dobry państwu!
Joanna Frątczak-Kazana, fundacja onkologiczna „Alivia”.
Szanowni Państwo! Szanowna Pani Minister!

Ja chciałam zwrócić uwagę na jeszcze jeden bardzo ważny element dotyczący Krajowej Sieci Onkologicznej, a mianowicie wyniki pilotażu. My wciąż mamy pewien niedosyt, jeżeli chodzi o informacje i potwierdzenie faktu, że ten pilotaż faktycznie przyniósł poprawę sytuacji pacjentów. W raporcie, który został przedstawiony, nie wykazano, czy w ramach pilotażu doszło do skrócenia czasu realizacji świadczeń w zakresie diagnostyk i leczenia onkologicznego, czy możemy mówić o lepszej współpracy i lepszej koordynacji pacjentów pomiędzy ośrodkami, czy poprawiła się jakość konsyliów i czy każdy pacjent był objęty opieką koordynatora, czy nastąpiła poprawa zgodności leczenia z zaleceniami diagnostyczno-terapeutycznymi. To, co wiemy, to wiemy, że jest pomysł na to, jak zbierać dane i które dane zbierać, ale wciąż nie mamy odpowiedzi na pytanie, czy cel w postaci poprawy dostępu do opieki diagnostyczno-terapeutycznej i leczenia pacjentów onkologicznych został osiągnięty. Dlatego też w dniu 23 lutego zwróciliśmy się do pani minister z apelem o odtajnienie raportu z prac

Komitetu Sterującego do spraw monitorowania programu pilotażowego. Moje pytanie jest następujące: czy jest szansa na to, że ten raport zostanie odtajniony? To pierwsze. A drugie: czy będzie zdjęty nakaz zachowania poufności nałożony na członków tego komitetu sterującego? I dlaczego... Dziękuję.

A, i jeszcze jedna bardzo ważna. Chciałabym dodać, że jako organizacja jak najbardziej popieramy przedłużenie tego okresu i wprowadzenie tych zmian do ustawy, ponieważ uważamy, że wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej w obecnym kształcie mogłoby przynieść znacznie więcej szkód niż pożytku. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Ja chciałabym poprzeć ten wniosek, który pani tutaj zgłasza, tę prośbę o odtajnienie. My jako senatorowie także jesteśmy bardzo zainteresowani tym całkowitym, kompleksowym raportem, który powstał po pilotażu.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

SENATOR

WALDEMAR KRASKA

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Pani Minister, ja mam na początku jedno krótkie pytanie. Potem, pod koniec posiedzenia odniósłbym się już do pilotażu, bo myślę, że jest troszeczkę przekłamań i pewne rzeczy trzeba wyjaśnić. Na początku chciałbym zapytać panią minister, na podstawie jakich analiz dokonaliście państwo oszacowania tej liczby podmiotów, które zostały zakwalifikowane czy też miały być zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej, i tych podmiotów, które zostały wykluczone. Jakie były kryteria? I skąd się pojawiła liczba 259 szpitali?

Chciałbym się także dowiedzieć, jak państwo oceniliście i jaka analiza została wykonana, jeżeli chodzi o tych 7,5 tysiąca pacjentów, którzy ewentualnie mogliby się nie znaleźć w tym systemie Krajowej Sieci Onkologicznej. Ja tylko przypomnę – to wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia – że obecnie mamy 512 podmiotów, które świadczą świadczenia onkologiczne. Tutaj byłoby wykluczonych 259 szpitali i 7,5 tysięcy pacjentów. Ja tylko przypomnę, że ta druga połowa, czyli te drugie 50%, obecnie opiekuje się prawie 90% wszystkich pacjentów. Moje pytanie jest także takie: czy państwo wiecie, jakie procedury są wykonywane w tych szpitalach? Warunkami, które były w przygotowanym rozporządzeniu – a wiem, że gdy odchodziłem z ministerstwa, to rozporządzenie było już gotowe... Te kryteria warunkujące przynależność podmiotu do Krajowej Sieci Onkologicznej były 3 podstawowe. Pierwszy warunek to liczba i kwalifikacje personelu medycznego. Myślę, że ten warunek jest nie do dyskusowania, każdy podmiot, który chce udzielać takich świadczeń, musi taki personel posiadać. Drugi warunek to jest potencjał diagnostyczno-terapeutyczny. Myślę, że ten, kto się podejmuje leczenia pacjenta onkologicznego, musi mieć sprzęt do leczenia, ale także sprzęt do diagnostyki tego schorzenia. Trzecim warunkiem tej kwalifikacji była liczba i rodzaj wykonanych procedur medycznych. Jeżeli ktoś przeczytał ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej, to zobaczył, że w art. 15 jest tzw. tryb kwalifikacji warunkowej, zgodnie z którym prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dopuścić podmiot do udzielania świadczeń na 2 lata, jeżeli np. liczba zabiegów wymagana co do kwalifikacji jest zdecydowanie mniejsza. Moje pytanie, Pani Minister, jest takie. Dlaczego państwo zasialiście wśród pacjentów taki niepokój, że jeżeli ta kwalifikacja by nastąpiła 1 kwietnia czy 31 marca, to te szpitale nie mogłyby udzielać tych świadczeń? Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Czy ktoś jeszcze? O, jest dużo pytań. To może jeszcze jedno pytanie, potem pani minister odpowie i znowu będziemy...

Proszę bardzo.

PREZES ZARZĄDU OGÓLNOPOLSKIEJ FEDERACJI ONKOLOGICZNEJ
DOROTA KORYCIŃSKA

Dzień dobry.

Nazywam się Dorota Korycińska, jestem prezeską Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną sieć miała być wprowadzona w 2022 r. Nie została wprowadzona, co wiemy. W 2023 r. podpisana została ustawa, ale sieci nadal nie wprowadzono. A więc nie można mówić, że wprowadzenie sieci teraz się przedłuża, tylko że ona już ma spore opóźnienie i ono wynosi już 2 lata. Nadal niestety nie jest przygotowane wprowadzenie tej sieci i organizacje pacjentów onkologicznych, które zrzesza Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, jak najbardziej uznają, że jest oczywiste, że nie można wprowadzić czegoś, czego nie da się wprowadzić. Problemem jest też naszym zdaniem brak przygotowania podmiotów onkologicznych. W poprzednich latach bardzo często pytałam w Sejmie, czy została dokonana symulacja przypisania poszczególnych podmiotów do poszczególnych SOLO. Nigdy nie uzyskałam żadnej odpowiedzi, prawdopodobnie w ogóle nie było zrobionej takiej symulacji. Z naszych analiz wynikało, że były takie obszary Polski, gdzie żaden z podmiotów nie spełnił kryteriów np. SOLO III. Chciałabym zapytać, czy obecnie są zrobione jakieś przymiarki związane z tym, które podmioty medyczne kwalifikowałyby się do których poziomów SOLO, jakby to mogło wyglądać i czy te podmioty ewentualnie wymagają jeszcze dopracowania czegoś, nie wiem, dofinansowania czy uzupełnienia, żeby mogły spełniać te wszystkie kryteria, które są określone w ustawie. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Jeszcze pani senator. Proszę.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Ja tylko króciutko. Rzeczywiście, tak jak pani przewodnicząca raczyła powiedzieć, w tamtej kadencji dosyć mocno pracowaliśmy nad tą ustawą. Chcę powiedzieć, że jestem dużym zwolennikiem raportów, analiz i rejestrów. Tym pilotażem objęto 36 tysięcy pacjentów, proszę państwa. Raport jest utajniony i my musimy podjąć decyzję, kiedy nie mamy konkretnych wniosków. Jest jeszcze jedna wątpliwość... To jest doskonały materiał, żeby te wnioski wyciągnąć, żeby na tej podstawie podejmować jakiegokolwiek decyzje. Nie będę już rozwijać wątku, bo pani przewodnicząca fundacji „Alivia” powiedziała troszkę o tym, o czym ja chciałam powiedzieć, ale powiem, że należy mieć też na uwadze, że pilotaż w swoich założeniach nie obejmował wszystkich pacjentów, to było dobrowolne zgłoszenie się, nie obejmował także wszystkich jednostek chorobowych. A więc nie da się ekstrapolować wszystkich danych na jakieś końcowe wnioski. Chcę o tym powiedzieć i wnieść o to, żebyśmy dokładnie poznali ten raport, żeby z tego raportu wypłynęły jakieś wnioski, bo podejmujemy bardzo ważną decyzję. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Może pani minister na razie odpowie w sprawie tych kilku wątków, a później będziemy dalej zadawać pytania.

Proszę bardzo.

MINISTER ZDROWIA
IZABELA LESZCZYŃSKA

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Pierwsze pytanie dotyczyło karty DiLO. Karta DiLO jest właściwie takim fundamentem wszystkiego i nie wyobrażamy sobie, żeby jej w opiece onkologicznej nie było. Ona jest, obecnie jest w wersji papierowej, i ona pozostanie, choć zmienimy ją na kartę e-DiLO. Rzeczywiście, ma pan senator rację, że gdyby w szpitalu powiatowym, który będzie poza siecią, wykonano operację onkologiczną u pacjenta nieprzyjętego w trybie ostrym, to ona nie będzie rozliczona jako operacja onkologiczna. Taki szpital poniósłby stratę, więc nie będzie takich operacji wykonywał. Jedynie przyjęcie w trybie ostrym jest tutaj uwzględnione. Tu od razu powiem, że lekarze ze szpitali powiatowych i dyrektorzy też mają co do tego sporo obaw, ponieważ do nich bardzo często trafiają pacjenci zaniedbani, pacjenci, których leczenie jest czasem wręcz trudniejsze niż pacjenta zdiagnozowanego w miarę wcześniej, gdy określimy, jaki to jest typ raka, i kierujemy go do odpowiedniej, wyspecjalizowanej jednostki. Ten problem też będziemy musieli oczywiście rozwiązać. Czasem mam wrażenie, że cała sieć powstaje po to, żeby lepiej wycenić procedury onkologiczne i żeby to był wskaźnik 1,25. No, być może to jest potrzebne, choć obecnie procedury onkologiczne wcale nie są źle wycenione. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że SOLO III miałyby monitorować czy wręcz koordynować ścieżkę pacjenta dla SOLO I, organizować e-konsylia, to rozumiemy, że wtedy ta wycena pewnie powinna być większa. Nie będę się dzisiaj odnosiła do zasadności takiego podziału kompetencji pomiędzy poszczególnymi SOLO, ponieważ na pewno w Krajowej Radzie Onkologicznej i w zespole, który funkcjonuje w ministerstwie... Ale zaraz do tego dojdę, bo będę chciała trochę poszerzyć jego skład i doprosić inne organizacje pacjenckie. A więc pewnie się jeszcze nad tym trochę zastanowimy. To, o co ja dzisiaj państwa proszę, to czas, żebyśmy nie popełnili błędu, żebyśmy nie wprowadzili w leczeniu onkologicznym chaosu. Razem z Krajową Radą Onkologiczną i z tym Zespołem do spraw Krajowej Sieci Onkologicznej przy ministrze zdrowia musimy jeszcze wypracować jak najlepsze rozwiązania i najprawdopodobniej wrócimy do państwa choćby z tym, żeby wprowadzić kartę e-DiLO. Nie mogłam dzisiaj przyjść z taką poprawką, ponieważ nasi informatycy z Centrum e-Zdrowia wspólnie z Narodowym Instytutem Onkologii dopiero opracowują, jak ta karta powinna wyglądać, bo to, co jest w ustawie, w ocenie Narodowego Instytutu Onkologii nie jest rozwiązaniem optymalnym, użyję takiego eufemizmu. To jest odpowiedź na pierwsze pytanie.

Drugie. Ja zleciłam już odtajnienie raportu, zaraz sprawdzę, czy on już jest na stronie Ministerstwa Zdrowia... To jest ponad 1 tysiąc stron. Ale proszę nie oczekiwać nie wiadomo czego, bo z raportu naprawdę niewiele wynika. Ale oczywiście liczę na współpracę organizacji pacjenckich, przede wszystkim tych, które zajmują się opieką onkologiczną. I już dzisiaj zapraszam państwa do wspólnej pracy. I oczywiście to też sformalizujemy w miarę szybko, bo zależy mi tutaj naprawdę na czasie.

Pytanie pana senatora, to pytanie do NFZ... Nie wiem, czy jest z nami przedstawiciel NFZ...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To jeśli zechce pani uzupełnić, to poproszę. Niemniej jednak pan przewodniczący oczywiście ma rację pod tym względem... Znaczący ma rację, gdy mówi, że były brane pod uwagę 3 kryteria, czyli liczba procedur, liczba lekarzy czy, szerzej, personelu medycznego z odpowiednimi kwalifikacjami i potencjał diagnostyczno-terapeutyczny. Tylko, Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, no, podmioty lecznicze nie mogły dostać... Jeśli rozporządzenie, projekt rozporządzenia był gotowy mniej więcej pod koniec grudnia, ja go wtedy otrzymałam... Naprawdę, nikt nie jest w stanie w ciągu 3 miesięcy przygotować się do tego, żeby zakwalifikować się na taki poziom SOLO, który odpowiada rzeczywistemu potencjałowi i aspiracjom. I powtórzę: gdybyśmy to tak zrobili, to – zgodnie z informacjami z NFZ – tych 259 szpitali byłoby poza siecią. To są dane, które otrzymałam od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. I wydaje się, że takie kryteria podmioty lecznicze muszą znać przynajmniej pół roku wcześniej. To jest jakieś minimum. Bo właściwie to powinny dostać rok. Dlatego chcę wprowadzić 2-stopniowe kryteria, żeby rzeczywiście dać szpitalom szansę na poprawę jakości.

Pani prezes mówiła o tym, że to rzeczywiste opóźnienie jest spore. No, i zrobimy wszystko, żeby ten czas oczywiście nadgonić. Nie znam... Znaczący nie tyle nie znam, ile nie było żadnych symulacji przyporządkowania. To był też jeden z powodów, dla których uznaliśmy, i to nie ja, jako urzędnik, tylko przede wszystkim także pani prof. Jagielska, pan prof. Rutkowski z Narodowego

Instytutu Onkologii, że... W gruncie rzeczy nie było symulacji przyporządkowania poszczególnych SOLO do poszczególnych poziomów. I nie było wzięte pod uwagę także pewne wykluczenie komunikacyjne. My mamy bardzo różne województwa, to nasycenie szpitalami jest bardzo różne. Nie można od tego abstrahować i teoretycznie wymyślić sobie jakiegoś modelu, trzeba to nałożyć na mapę Polski i na mapę potrzeb. W tej chwili prof. Jagielska z grupą ekspertów onkologów z NIO przeprowadzają taką analizę. Mamy symulację dla kilku województw, musimy to zrobić dla całej Polski.

To chyba wszystko. Pani senator mówiła o pilotażu, to już nie będę się do tego odnosić. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Proszę bardzo, pan senator.

SENATOR

ANDRZEJ KALATA

Ja przepraszam panią minister, ale troszeczkę pomęczę. W zasadzie powielam pytanie pana senatora: czy mam rozumieć, że jeżeli w tej sieci onkologicznej będzie 250 szpitali, a w tej chwili mamy 500, to wszyscy pacjenci zdiagnozowani i leczeni w tych 500 szpitalach na pewno znajdą miejsce w tych 250? Ministerstwo zrobiło taką symulację? To jest moje pytanie.

A wracając do tych operacji, Pani Minister, to ja pytałem o... Znaczy to jest sytuacja z tego okręgu, w którym ja mieszkam. Mamy szpital powiatowy, nowy, który wykonuje bardzo dużo operacji onkologicznych właśnie w ramach DiLO. I wykonują to chirurdzy, onkolodzy, z tego jeden uznawany chyba za jednego z najlepszych tego typu chirurgów. I jest to na pewno obciążenie, jeżeli chodzi o nasz szpital onkologiczny w Bielsku-Białej, za który trzymam kciuki i który wspieram, bo bardzo dobrze się rozwija. Nowoczesny sprzęt, teraz ma być kupione urządzenie PET, wspaniała radioterapia, jest oddział chemioterapii. I znowu to pytanie: czy ten szpital będzie w stanie zoperować i wyleczyć taką liczbę pacjentów? A to, co się dzieje w tej chwili, u ilu pacjentów są diagnozowane choroby onkologiczne, to naprawdę jest... Jedni mówią, że to jest efekt COVID... Naprawdę, to jest olbrzymia skala. I tutaj jedynie moja obawa, czy to jest na pewno dobrze wyliczone. Żeby nie było sytuacji, w której ci pacjenci nie uzyskają nigdzie pomocy, bo będzie po prostu ograniczenie dostępności. I tutaj pod tym względem uważam, że to, że można było operować i to rozliczenie było o wiele... Znaczy, no, na pewno inaczej były rozliczane operacje onkologiczne niż operacje na normalnej chirurgii, ogólnej. Tak że tutaj też proszę o zastanowienie. Bo chodzi głównie o pacjentów, o to, żeby nie było takiej sytuacji... Podobna sytuacja jest w tej chwili w kardiochirurgii, że pacjenci nie są przyjmowani, bo nie ma miejsc. I często jest tak, że nie ma operacji i pacjent umiera, bo jest ograniczana dostępność. Nie chcę już wchodzić bardziej w szczegóły, ale jest to niestety obserwowane również w naszym rejonie. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Senatorze, pozwolę sobie jednak na taką małą dygresję. No, właśnie po to m.in. przesuwamy te terminy, żeby do takich sytuacji nie doszło.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak więc ja się bardzo cieszę, Panie Senatorze, że mam pana głos.

Proszę bardzo.

PEŁNOMOCNIK DO SPRAW LEGISLACYJNYCH ZARZĄDU ZWIĄZKU MIAST POLSKICH

MAREK WÓJCIK

Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie! Pani Minister! Szanowni Państwo!

Marek Wójcik, Związek Miast Polskich.

Ośmielam się zabrać głos dlatego, że ta ustawa była procedowana zgodnie z procedurą, która nie obejmowała Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Tak więc chcę powiedzieć kilka słów w imieniu środowiska samorządowego.

Po pierwsze, gorąco popieram te głosy, które zmierzają do tego, aby ujawnić wspomniany raport. My także chcielibyśmy wiedzieć, jakie są jego skutki. I to wydaje się zupełnie oczywiste, że to może być dobry materiał do właściwego przygotowania się do pełnienia chociażby roli SOLO I, SOLO II lub SOLO III.

Po drugie, no, zdajemy sobie sprawę, że życie jest sztuką kompromisu, trzeba więc szukać jakichś rozwiązań, które pozwolą na to, żeby jak najszybciej objąć w pełni skoordynowaną opieką pacjentów onkologicznych. Chcielibyśmy, żeby, tak jak pani minister mówiła, termin końcowy zapisany w tej ustawie był absolutnie końcowym. I gdyby się udało rzeczywiście wprowadzić wszystkie rozwiązania od 1 stycznia 2025 r., to z przyczyn także czysto zarządczych byłoby to bardzo dobre rozwiązanie.

Niemniej jednak ja chcę się upomnieć zarówno o tych, którzy będą SOLO, jak i o tych, którzy stracą możliwość udzielania świadczeń. Dlatego ucieszyła mnie wypowiedź pani minister i deklaracja, że informacja o tym, kto będzie SOLO, a kto nie... Być może gdyby wszystkie akty wykonawcze pojawiłyby się z wyprzedzeniem półrocznym – to jest absolutne minimum – to pozwoliłoby to nam to na dobre przygotowanie się do poszczególnych ról, z jednej strony w przypadku SOLO, szczególnie SOLO I, z racji, no, dosyć szczególnych relacji, które będą miały z SOLO II i SOLO III... To na pewno będzie pewien wrażliwy moment. Tak więc w związku z tym im szybciej to się uda... On się będzie zresztą opierał o personalia, o pojedyncze spojrzenie pojedynczych osób. Tak więc dobrze by było, gdybyśmy mogli z wyprzedzeniem wiedzieć o tym, kto będzie SOLO.

A jeżeli chodzi o tych, którzy wypadną z leczenia onkologicznego, to też jest prośba o to, żeby przyjrzeć się i być może znaleźć jakiś mechanizm wsparcia ich w dokonywaniu restrukturyzacji rynkowej. Bo to by był dobry moment, żeby to wszystko nie skończyło się tylko tym, że dany podmiot przestaje świadczyć określone świadczenia zdrowotne. Może dobrze byłoby, gdyby równocześnie zaczynał świadczyć inne, potrzebne nam już teraz, a jeszcze bardziej potrzebne za chwilę, ze względu chociażby na zmiany demograficzne. Tak że ośmielam się prosić o to, aby może rozważyć też jakiś element wsparcia – deklarujemy tu pełną współpracę – który przyspieszy procesy restrukturyzacyjne dotyczące chociażby opieki długoterminowej czy geriatrycznej.

I ostatnia kwestia to prośba też do pani minister o to, aby przy tej okazji zweryfikować krajowe i wojewódzkie plany transformacji. Dlatego że większość SOLO będzie musiała podejmować w najbliższym czasie także przedsięwzięcia o charakterze inwestycyjnym, a wiele z nich nie jest w tej chwili wpisanych w krajowy czy też wojewódzki plan transformacji. I dobrze byłoby pod kątem umożliwienia rozwoju SOLO i także w kontekście tego, że będą rzeczywiście musiały mieć nieco szerszą paletę usług, dokonać tu niezbędnej korekty, tak, żeby mogły się przygotować do inwestycji. A wiadomo, że te inwestycje to wieloletni proces. Bardzo dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo.

WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

KLAUDIUSZ KOMOR

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Prezydium samorządu lekarskiego, opiniując projekt ustawy procedowanej dzisiaj przez państwa, początkowo było zaniepokojone tym proponowanym przesunięciem czasowym.

Niemniej jednak odpowiedzi udzielone tutaj przez panią minister na zadane pytania rzeczywiście wydają się uzasadniać tę konieczność. Myśmy już na etapie początkowym, tak jak pani przewodnicząca tutaj mówiła... I senacka Komisja Zdrowia w poprzedniej kadencji, i my, jako samorząd lekarski, mieliśmy bardzo dużo zastrzeżeń co do sposobu wprowadzania, założeń i tego braku znajomości pilotażu. Chciałbym tylko zaapelować teraz, żeby, jeżeli rzeczywiście to przesunięcie, które wydaje się uzasadnione, wejdzie w życie, wykorzystać ten czas na to, żeby jeszcze raz rzetelnie i skrupulatnie zweryfikować te wszystkie założenia reformy. Być może będzie to wymagało jeszcze zmian w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej. Bardzo byśmy prosili, żebyśmy tutaj zostali, że tak powiem, wykorzystani, z naszą wiedzą, doświadczeniem lekarskim, jeżeli będziemy mogli być pomocni. Oczywiście mając wgląd do wyników pilotażu. Być może one niewiele wniosą, ale jednak po coś ten pilotaż był zrobiony i ileś tysięcy lekarzy, pracowników medycznych wzięło w nim udział. I, jak myślę, należy nam się też to, aby wiedzieć, co z tego pilotażu dla naszych pacjentów wynikło. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, Pani Prezes.

PREZES ZARZĄDU POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
KRYSTYNA WECHMANN

Panie Przewodnicząca! Pani Minister! Szanowni Państwo!

Ja dziękuję pani minister za tę wypowiedź, również za to poszerzenie, jeżeli chodzi o organizację pacjenckie w Krajowej Radzie Onkologicznej. Ja w niej uczestniczę, uczestniczyłam również od początku jako przedstawicielka Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych... Kiedy pilotaż się rozpoczął, byliśmy jakby partnerem w tym pilotażu. Moje informacje na temat całości... Bo przez lata się pojawiały pytania o raport, raport, jak zresztą pani minister wskazała, to 1 tysiąc stron, to jest faktycznie kolos. Ja byłam przekonana, że ten raport jest złożony w Ministerstwie Zdrowia. Z tego...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie?

(Głos z sali: Nie, nie, jest...)

Tak.

Z tego, co wiem od prof. Adama Maciejczyka, który koordynował ten cały pilotaż, również wynika, że wszystkie sprawy, jeżeli chodzi o moje pytanie dotyczące właśnie wdrożenia krajowej sieci, leżą po stronie Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia. Taką ja mam informację. Moja informacja również na temat satysfakcji pacjentów, której badanie było przeprowadzone w pilotażu... Byłam zaskoczona taką dobrą opinią. Ale później usłyszałam głosy, że niekoniecznie to była dobrze przeprowadzona ankieta, że, no, pacjent bał się lekarza, jeżeli lekarz wręczał taką ankietę, żeby...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Głos z sali: Nie, lekarz...)

Ja wiem, ale mówię, że takie głosy dochodziły. I, no, czułam się niekomfortowo w niektórych sytuacjach. A więc dołożenie może do Krajowej Rady Onkologicznej... Tutaj moje koleżanki z innych organizacji będą miały większą wiedzę na temat... bo moja wiedza jest taka, że wychodzą wytyczne, zalecenia np. co do pewnych nowotworów, co do diagnostyki. Karta DiLO... Karta DiLO została dostarczona do ekspertów i też wywołuje pewne niepokoje, że lekarz znowu będzie miał dużo roboty. Według mnie, jako przedstawiciela pacjentów, ta karta jest teraz może nie doskonała, ale zdecydowanie lepsza. Bo ona jest jakby autentyczna, prawdziwa dla pacjenta, że te wyniki i rokowania, i te

wszystkie właśnie po konsylium... Ta ścieżka leczenia w tej karcie DiLO jest, wszystko już wszystko musi być prawidłowo prowadzone.

Padło też pytanie, czy w czasie pilotażu wszyscy byli objęci opieką koordynatora. Też uważam, że to dla nas, dla pacjentów, jest coś niebywale ważnego, koordynator prowadzący pacjenta, który naprawdę przez lata był zagubiony w tej całej ścieżce onkologicznej. Dlatego mojego zdanie może tutaj jest, no, inne od zdania koleżanek, ponieważ nie jestem ekspertem medycznym. Ale na pytanie o przedłużenie terminu wdrożenia krajowej sieci... Sama monitowałam, bojąc się, że może... Przecież kiedy jest taka decyzja, to jeszcze musi pan prezydent tutaj swój... Że tak powiem, jego udział w tej decyzji też będzie. I żeby nie wetował, chcąc jak najbardziej, żeby faktycznie, jak państwo mówicie... Żeby ta sieć była faktycznie dla pacjenta, żeby była tak doprecyzowana... A nie jak karta DiLO kilkanaście lat temu, która wywoływała tyle emocji. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Pani Prezes, karta DiLO wywoływała emocje, a teraz okazuje się fundamentem ustawy. No, tak to bywa. Tak więc też proszę o rozwagę.

Druga kwestia. Koordynatorzy są – i co do tego nikt nie ma wątpliwości – bardzo ważnym elementem systemu. Ja osobiście też mam kontakt z koordynatorami i oni opowiadali mi, jak wiele mają problemów, chociażby właśnie z brakiem możliwości dostępu do informacji o pacjencie. Jak koordynator ma koordynować ruchy, jak nie ma dostępu do danych pacjenta?

I trzecia kwestia: opinia pacjentów, ankieta dotycząca satysfakcji. Wiecie państwo, ja bardzo szanuję pacjentów, a ich zdanie na temat leczenia jest bezcenne źródło wiedzy, bo oni bardzo często piszą w tych ankietach rzeczy, o których dyrekcja czy lekarz nawet nie mają pojęcia. I to jest bardzo istotne. Ale pokażcie mi taki podmiot leczniczy, taki ośrodek, który jest w centrum pilotażu, który ma dodatkowe pieniądze, dodatkowe możliwości... I w takim ośrodku, który jest w centrum pilotażu, miałyby się jeszcze pokazać negatywne opinie o tym, że inwestuje się w ten ośrodek? No, wiadomo, że w takim miejscu zawsze będą to w większości opinie pozytywne. Dla mnie to ważna informacja i bardzo istotna z punktu widzenia pacjentów, ale niestety nie najważniejsza.

Pani Minister, czy pani chciałaby coś jeszcze dodać?

Jeszcze jedno pytanie, dobrze? I pan senator. I może pomalutko będziemy kończyć. Bo my dzisiaj tylko, proszę państwa, przedłużamy termin wejścia ustawy w życie, a nie rozpatrujemy całej ustawy jako takiej. Myślę, że do tego tematu będziemy i tak jeszcze niejednokrotnie wracać.

Bardzo proszę.

RZECZNIK STOWARZYSZENIA NA RZECZ WALKI Z CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI
„SANITAS”
ALEKSANDRA RUDNICKA

Powiem tak: ja chyba jestem jedyną tutaj osobą, która reprezentuje zespół prowadzący pilotaż. Tak się złożyło, że na moich barkach to spoczęło. Przede wszystkim uważam, że absolutnie należy odtajnić wszystkie wyniki i dokumenty z pilotażu. Aczkolwiek, jak powiedziała pani minister, jest to 1 tysięcy stron wymagających specjalistycznej analizy i interpretacji. To jest podobnie jak z genomem człowieka. My możemy sobie bardzo szybko zrobić badanie genomu człowieka, ale później jego interpretacja i analiza wymagają specjalistycznej oceny. I ja kiedyś na jednym posiedzeniu komisji sejmowej mówiłam o potrzebie takiej grupy analitycznej w NFZ. Podobno ona w tej chwili istnieje. I powinni się tym zająć rzeczywiście specjaliści. Albo wręcz nawet lepiej byłoby, gdyby zrobiła taką ocenę tego jakaś niezależna jednostka, gdyby to był niezależny audyt.

Powiem tak: kiedy wchodził pakiet onkologiczny, była zupełnie odwrotna sytuacja. Wszyscy krytykowali, że nie ma pilotażu. Było odwrotnie, wtedy mówiono: dlaczego nie ma pilotażu, dlaczego się wprowadza kartę DiLO... Tak więc to są... No, już trochę żyję, trochę spraw poznałam.

Następna kwestia. Oczywiście... No, ja spędziłam 4 lata... I była to moja społeczna praca, bardzo trudna dla mnie, bo ja nie jestem medykiem i czytanie tych dokumentów było bardzo uciążliwe i trudne. I przecież – państwo chyba już o tym zapomnieli – była pandemia i ta pandemia też miała ogromny wpływ na pracę zespołu pilotażowego. Były ośrodki, które dołączyły później. I to nie jest tak, że to były 4 wiodące ośrodki, tylko to były ośrodki plus dodatkowo inne szpitale. Tylko jeśli chodzi o świętokrzyskie, to tam był akurat jeden ośrodek. I to były całe... I teraz tak: ja się czułam odpowiedzialna za ankietę pacjenta. Ona ma takie wyniki, jakie ma. Proszono mnie o ocenę samej przygotowanej ankiety. Ja tam dołożyłam pewne uwagi. Później poproszono mnie o to, żebym wskazała... nie tyle wskazała, ile wyraziła swoją opinię na temat tego, kto ma te wyniki ocenić. No, i oczywiście zrobiła to niezależna firma audytowa, nawet nie polska, tylko zagraniczna. Oni to ocenili i potwierdzili, że ankieta została zrobiona prawidłowo, zgodnie ze sztuką statystyki, analiz itd. I chcę powiedzieć, że mnie jest bardzo przykro słuchać, że ta ankieta niejako była stymulowana czy... Ja byłam ostatnio na spotkaniu koordynatorów i zapytałam panie koordynatorki z Gdańska, jak ankieta przebiegała. I one powiedziały, że ankieta była przeprowadzana anonimowo, że był specjalny pokój, że one, owszem, jako koordynatorki – no, bo to było ich zadanie – prosiły o wypełnianie ankiety, a nawet wręcz prosiły o to, żeby wnosić uwagi, które będą na temat... no, powiedzmy, niekorzystne dla pilotażu, informacje, czy coś jest nie tak. I z tej ankiety wcale nie wychodziło, że wszystko jest idealnie i dobrze. Wyglądało to w ten sposób, że prawie wszyscy pacjenci narzekali i źle oceniali wyżywienie w szpitalach.

Następna kwestia, która się pojawiła: ja np. pytałam prof. Maciejczyka... Bo były takie szpitale, gdzie cały czas narzekano, źle oceniano dostępność porady psychologa i dietetyka. No, i pytałam, dlaczego akurat ten szpital. Profesor mi odpowiedział, że przede wszystkim nie może mi powiedzieć, co to za szpital, bo to jest objęte tym... ale są to szpitale wielospecjalistyczne, gdzie są już tylko same oddziały onkologiczne, gdzie nie ma tej pełnej opieki. Tak więc to też dawało jakiś obraz.

I powiem tak: no, byłoby bardzo dobrze, gdyby ten zebrany z trudem, bardzo obszerny materiał rzeczywiście ocenili specjaliści. I tutaj, Pani Minister, postuluję, żeby to była jakaś niezależna grupa audytowa, która by się tym zajęła. Bo wtedy zobaczymy ten obraz. Tam jest zebranych naprawdę dużo danych i to są bardzo trudne analizy. Np. ja byłam w zespole, który porównywał dane na ten sam temat dostarczane z NFZ i z tych placówek. No, i wychodziły bardzo różne dziwne rzeczy, z którymi myśmy... ręce nam opadały, kiedy zastanawialiśmy się, jak to ocenić. Tak więc absolutnie uważam, że to, o czym tu mowa, to nie są żadne zafałszowane dane, przekręcone dane. I warto, żeby ktoś do nich zajrzał i obiektywnie się im przyjrzał. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Jeszcze ktoś z państwa?

Proszę.

SENATOR

WALDEMAR KRASKA

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Pani Minister, ja nie usłyszałem odpowiedzi na pytanie, na jakiej podstawie zostały wykonane te analizy. Chyba nikt z narodowego funduszu się tutaj do tego nie ustosunkował. Tak więc ja bym poprosił może na piśmie o odpowiedź, na podstawie czego właśnie odbywało się kwalifikowanie do tej sieci lub wykluczanie. I na jakiej podstawie dokonano oszacowania wspomnianej liczby pacjentów.

No, z mojej praktyki lekarskiej, ja jestem chirurgiem... Doskonale państwo wiecie, że zamysł sieci onkologicznej był taki, aby ten dostęp do najwyższej jakości i jednakowych procedur był w każdym miejscu naszego kraju jednakowy. Myślę, że jeżeli dana procedura w danym szpitalu

jest wykonywana 3 lub 4 razy w roku, to nie jest wykonywana dobrze. Nasza idea była taka, żeby tych pacjentów koncentrować, nie centralizować, ale koncentrować w ośrodkach, które mają i kadre, i duże doświadczenie. Wszystkim nam zależy, żeby pacjent onkologiczny, który nie ma czasu, bo choroba niestety postępuje niejednokrotnie dość szybko, był zaopiekowany na najwyższym poziomie. I tylko dlatego chcieliśmy, żeby ośrodki, które wykonują dane procedury rzadko, nie były w sieci, żeby pacjenci byli zaopiekowani w tych ośrodkach wyższego stopnia. I to jest tylko i wyłącznie tym podyktowane. Ale, jak mówiłem już wcześniej, art. 15 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej dawał wspomnianym ośrodkom możliwość, żeby przez kolejne 2 lata... Bo po 2 latach będzie ponowna weryfikacja przez NFZ tych świadczeniodawców. Tak więc, jak myślę, ten czas był optymalny. No, decyzja jest inna. Myślę, że trzeba ją także, Pani Minister, uszanować. I idziemy dalej, jak to mówi w tej chwili młodzież.

Proszę państwa, tutaj padło wiele zdań na temat pilotażu. Ja przypomnę, że pilotaż rozpoczął się 1 lutego 2019 r. Początkowo do pilotażu zostały włączone 2 województwa: województwo dolnośląskie i województwo świętokrzyskie. W tych 2 województwach pilotażem miało być objętych ok. 10,5 tysiąca pacjentów. Pilotaż miał trwać 18 miesięcy, czyli 1,5 roku. Szacowany koszt tego pilotażu to było 48 milionów zł. Potem rozszerzyliśmy ten pilotaż o kolejne 2 województwa: województwo podlaskie i województwo pomorskie. I wtedy ten pilotaż objął już 35 tysięcy 860 pacjentów, czyli bardzo dużą liczbę.

Wartość rozliczonych świadczeń w tych 4 województwach na tych pacjentów wyniosła 660 milionów zł. To, co się pojawiało, że na pilotaż przeznaczaliśmy 130 milionów zł i gdzie te pieniądze poszły... To nie było pieniądze dedykowane, tylko to były tzw. współczynniki korygujące, które są obecne nie tylko w onkologii, lecz także w innych świadczeniach. I jeżeli te współczynniki korygujące porównamy z całą wartością rozliczonych świadczeń, to zobaczymy, że jest około 19,7% wszystkich rozliczonych świadczeń. Te współczynniki korygujące dotyczyły 35 ośrodków w tych 4 województwach, gdzie był przeprowadzony pilotaż. Czyli nie były to środki ani naznaczone, ani dedykowane, jeżeli chodzi o przeprowadzenie pilotażu sieci onkologicznej czy też jej wdrożenie i przetestowanie.

Ja muszę państwu także powiedzieć, że pilotaż nie był poprzedzony żadnym okresem przygotowawczym. Wobec tego te podmioty, które zdecydowały się wziąć udział w pilotażu, musiały we własnym zakresie stworzyć cały system organizacyjny, logistyczny, informatyczny. I dlatego te współczynniki korygujące były po to, aby te koszty ponieść.

Na co ośrodki, które prowadziły pilotaż, przeznaczały wspomniane środki? Po pierwsze, na wsparcie prawne. Trzeba było stworzyć nowe umowy, nową ankietę na obsługę całego pilotażu. Także na zatrudnienie koordynatorów. Pani minister powiedziała, że rzeczywiście koordynatorzy są bardzo ważni. I myślę, że jeżeli ktoś rozmawiał z pacjentami... Ja akurat wielokrotnie jeździłem do szpitali, które były w pilotażu. Koordynatorzy byli jakby tym pierwszym etapem, pierwszymi osobami, z którymi skontaktował się pacjent. Oni niejednokrotnie byli dla pacjenta ważniejsi niż sam zespół, który tego pacjenta leczył, ponieważ niejednokrotnie to właśnie koordynator w sposób taki bardzo prosty i przystępny wyjaśniał pacjentowi całą ścieżkę jego leczenia, całą procedurę, informacje, które nie zawsze może być w ten sposób przekazywane np. przez lekarza, który tę procedurę planował. Wielokrotnie jak rozmawiałem z koordynatorami, to oni twierdzili, że czasem nawet w nocy pacjenci do nich dzwonią, aby zapytać, czy coś niepokojącego się nie dzieje, czy nie trzeba przyspieszyć zabiegu, czy nie trzeba przyspieszyć danej diagnostyki. Tak więc, jak myślę, rola koordynatorów jest nie do przecenienia. Również lekarze biorący udział w tym pilotażu podnosili, że koordynator odciążał samych lekarzy. Część prowadzenia dokumentacji medycznej, część umawiania pacjentów na zabiegi, na dalszą terapię spoczywała już na koordynatorach i ten czas lekarze mogli poświęcić pacjentom.

Pieniądze, które były przeznaczone na pilotaż, zostały przeznaczone także na wdrożenie infrastruktury informatycznej i telekomunikacyjnej, na zakup aparatury do gromadzenia i przetwarzania danych. Trzeba było zatrudnić dodatkowych pracowników, jeżeli chodzi o infolinię onkologiczną. I taka może prozaiczna rzecz: bardzo ważny był kontakt ośrodków, które uczestniczyły w pilotażu, z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, bo oni musieli mieć wiedzę, jak te ośrodki

działają, jak do nich dotrzeć. Ja osobiście wielokrotnie uczestniczyłem w wielu takich spotkaniach z lekarzami POZ, gdzie było wiele pytań. Na to szły konkretne pieniądze, nawet na ulotki, które trafiały do punktów podstawowej opieki zdrowotnej.

Były także przygotowane, opracowane rekomendacje, jeżeli chodzi o zarządzanie jakością w szpitalu onkologicznym. Myślę także, że bardzo ważne dla pacjenta jest to, co wcześniej nie było praktykowane, czyli organizacja tych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych. Ja przypomnę, że przez te 4 lata prawie 40 tysięcy razy takie zespoły się spotykały i były organizowane. Muszę państwu powiedzieć, że pacjent onkologiczny to nie jest tylko pacjent, który ma, założmy, raka nerki. To jest także pacjent, który może być chory kardiologicznie lub może mieć przewlekłą niewydolność nerek. Także aspekty psychiczne i psychologiczne są tutaj ważne. A więc zespół, który jest wielodyscyplinarny, jest bardzo ważny. W czasie pilotażu odbyło się 40 tysięcy takich spotkań.

Dlaczego pilotaż trwał 4 lata? Tak jak już tutaj przed chwilą zostało powiedziane, to był okres pandemii. Ten okres pandemii naprawdę wszystkich nas dotyczył i muszę państwu powiedzieć, że szpitale onkologiczne, nie tylko te, które były w pilotażu, ale wszystkie szpitale onkologiczne, były w okresie pandemii postrzegane przez nas priorytetowo, ponieważ przede wszystkim do nich trafiały na początku środki ochrony osobistej, jeżeli chodzi o personel medyczny. W pierwszej kolejności były leki dla pacjentów. Potem pojawiły się szczepienia i w pierwszej kolejności trafiały one do pacjentów onkologicznych i do personelu, który tam pracował. Nie wydaliśmy zgody na to, aby w szpitalach onkologicznych były tworzone oddziały typowo covidowe, bo wiedzieliśmy, że ci pacjenci, niezależnie od tego, czy mamy pandemię, czy nie, w dalszym ciągu wymagają leczenia.

W ramach pilotażu... Państwo mówicie, że w ramach pilotażu nic się nie wydarzyło, a w ramach pilotażu zostały opracowane ścieżki pacjentów, i to dla 5 nowotworów. Mówimy tu o raku piersi, płuca, jelita grubego, prostaty i jajnika. Powstał wzór karty konsylium do oceny diagnostyki onkologicznej, wzór wytycznych w zakresie dokumentacji do konsyliów, protokół badania histopatologicznego, protokół badania radiologiczno-histopatologicznego, szablon radiologiczny, jeżeli chodzi o te nowotwory, czy też protokół operacyjny raka jajnika. To są takie bardzo techniczne rzeczy, ale żeby mieć pojęcie, czy pacjent jest dobrze leczony, musimy mieć wystandaryzowane procedury. Na początku pilotażu uderzyło nas to, że prozaiiczne opisy radiologów czy też histopatologów niestety bardzo się różniły. Staraliśmy się – i zrobiliśmy to – zdecydowanie to ujednoczyć. To jest bardzo ważne do tego, by zaplanować ścieżkę leczenia pacjentów.

Jeżeli popatrzymy na... To było niejednokrotnie podnoszone także w naszej komisji w Senacie. Ankieta, która daje, jak myślę, dość wyraźny obraz tego, czy pacjenci byli zadowoleni, czy też nie, była wyśmiewana, pytano, jak ankieta, którą daje lekarz, może być źle wypełniona. Muszę państwu powiedzieć, że to przeprowadziła firma zewnętrzna, która nie miała żadnego interesu w tym, aby te wyniki były dobre lub nie. W tej ankiecie wzięło udział prawie 12,5 tysiąca pacjentów. 98,9% uczestników badania pilotażowego zapytanych o poziom zadowolenia z uzyskanej pomocy onkologicznej, a tym samym o to, czy polecą daną placówkę swoim znajomym, oceniło to powyżej 5. Ta skala była od 1 do 10 – 1 to jest najgorsza ocena, 10 to jest najwyższa. Średnia ocen wszystkich respondentów wynosiła 9,6. Powiem szczerze, że byliśmy zaskoczeni tymi wynikami, ale to jest prawda. Proszę państwa, to są rzeczy, które... Myślę, że ta ustawa i idea Krajowej Sieci Onkologicznej nie są dla lekarzy, nie są dla ośrodków onkologicznych, nie są dla poszczególnych poziomów. To jest ustawa dla pacjenta i wszystkie nasze działania są ukierunkowane ku temu, żeby pacjent był jak najszybciej leczony i żeby był leczony zgodnie ze wszystkimi nowoczesnymi standardami, a, jak wiemy, one, po pierwsze, nie są tanie, a po drugie, dość często się zmieniają i trzeba je jak najszybciej na bieżąco uzupełniać. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Senatorze, zgadzam się z panem. Po to jest ta sieć, żeby pacjent był leczony jak najlepiej, jak najszybciej, w dobrej jakości. Ale potrzebujemy jeszcze chwili, żeby we wszystkich podmiotach leczniczych działało się to jednakowo i równoczasowo.

Czy pani minister chce jeszcze zabrać głos?

MINISTER ZDROWIA
IZABELA LESZCZYNA

Muszę odpowiedzieć na pytania. Spróbuję tak bardzo skondensowanie, Pani Przewodnicząca.

Pan senator pytał o te szpitale, o to, co z nimi będzie. Panie Senatorze, mamy ustawę taką, jaką mamy, i chyba wszyscy, a na pewno państwo lekarze obecni na tej sali, zgodzicie się z tym, że rzeczywiście najlepiej jest leczyć w ośrodkach najlepiej do tego przygotowanych, najlepszych, z najlepszą kadrą. O tym, jaka ostatecznie będzie ta sieć, na pewno nie będą decydować urzędnicy. Mamy przede wszystkim KOM, czyli Krajowy Ośrodek Monitorujący, którym jest Narodowy Instytut Onkologii. I będą o tym decydować eksperci onkolodzy.

To, co wydaje się dla wszystkich oczywiste: operacja pacjenta onkologicznego, która bardzo często, jeśli jest potrzebna, jest pierwszym etapem leczenia, powinna być wykonana w najlepszym ośrodku. Tutaj odległość od domu nie ma takiego dużego znaczenia, jeśli oczywiście zapewnimy transport medyczny pacjentowi, który nie może dojechać sam. To, co dla mnie osobiście jest ważne, to to, że chemioterapia powinna być jak najbliżej domu pacjenta. Wtedy to jest najskuteczniejsze, bo on najpewniej przyjedzie. Wiemy, w jakim często jest wtedy stanie, więc to powinno być jak najbliżej. Na pewno nie zgodzimy się na to, żeby było niewiele takich ośrodków w kraju. Ta mapa będzie dla nas bardzo, bardzo istotna. Szpital, o którym pan mówił... Jeśli macie chemioterapię, radioterapię i chirurgię onkologiczną, to jesteście SOLO III, dostaniecie wysoki wskaźnik...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie? Ale tak pan senator chyba mówił. To...

(Głos z sali: Mogę...)

Ja z panem senatorem zamienię dwa zdania po...

Pan... Nigdy nie wiem. Pan przewodniczący? Pan prezes Wójcik?

(Pełnomocnik do Spraw Legislacyjnych Zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik: Każda z tych propozycji...)

Jest dobra.

(Wesołość na sali)

Pan przewodniczący upominał się o szpitale, które będą poza siecią. Ja o nich myślę z naprawdę wielką troską. Przygotowujemy program takiej bardzo przyjaznej restrukturyzacji. Wiemy, jak bardzo potrzebna jest opieka długoterminowa. Zleciłam podniesienie wyceny interny, która bardzo często jest dzisiaj geriatrią. O tym wszystkim pamiętamy i myślę o tym zdecydowanie. Ma pan rację: to też będzie jeden z takich momentów, kiedy będziemy musieli podejmować decyzje dotyczące struktury szpitalnictwa w całym systemie.

Jeśli chodzi o krajowy i wojewódzkie plany transformacji, to one rzeczywiście troszkę spędzają mi sen z oczu. Mam nadzieję, że powstawały one w takim dobrym dialogu z samorządami, bo tu odpowiedzialni byli wojewodowie. Jeśli tak nie było, to znaczy, że znowu jesteśmy w miejscu, w którym jest dużo do zrobienia, bo wszyscy wiemy, że właścicielami szpitali są samorządy na różnym poziomie, ale jednak samorządy. To jest troszkę... Możemy umówić się na rozmowę. Oczywiście zapraszam.

Panu prezesowi NIL bardzo dziękuję, na pewno skorzystam z państwa wiedzy i doświadczenia. Absolutnie tak.

Ja nigdy nie powiedziała o ankietach, że one były źle przeprowadzone czy źle napisane. Ja tylko wiem, że wzięło w nich udział, tzn. wypełniło je, od 20 do 30% uczestników pilotażu, stąd czasem mówimy, że nie dają nam one pełnego obrazu. I tylko tyle. Nigdy...

(Głos z sali: Przepraszam, mogę tylko ad vocem? To było...)

Nigdy tak nie mówiłam.

Teraz, wracając do tematu sieci... Szanowni Państwo, mamy świetnych lekarzy onkologów, mamy bardzo dobre programy lekowe, ale brakuje nam dobrej organizacji. Naprawdę wszystkim nam powinno zależeć na tym, mnie na pewno zależy, żeby jak najlepiej zorganizować tę sieć i opiekę w ramach sieci. Pilotaże... Nikt nie powiedział, że pilotaże są złe. Oczywiście przed zmianą systemową powinniśmy zrobić pilotaż, pilotaż musi mieć wstęp, rozwinięcie i zakończenie. W tym zdecydowanie brakowało mi zakończenia, ponieważ z raportu nie dowiadujemy się, jakie założenia

i tezy początkowe się potwierdziły, jakie zostały wykluczone, co powinniśmy wprowadzić. A rekomendacje? Są banalne. Rekomendacje są takie, że trzeba skrócić czas od diagnozy do leczenia albo że ważny jest plan leczenia. No, ja jako nielekarz też mogłam to napisać.

Teraz pan przewodniczący... Oczywiście bardzo proszę NFZ, żeby przygotował odpowiedź, jak państwo wyliczyliście, że to jest 259 szpitali i 7,5 tysiąca pacjentów. To oczywiście było na podstawie tych wstępnych kryteriów, ale bardzo proszę, żebyście państwo odpowiedzieli panu przewodniczącemu czy może całej komisji.

Panie Przewodniczący, idea się nie zmienia. My chcemy, żeby były ośrodki doskonałości. Ja akceptuję w pełni założenie sieci. Ludzie powinni być leczeni tam, gdzie absolutnie najlepiej wykonuje się daną procedurę. Z tym nikt nie dyskutuje. Mówił pan trochę o pilotażu. Ja oczywiście zleciłam audyt tego pilotażu. Powiedzmy sobie jednak, że te współczynniki korygujące... To nas kosztowało 130 milionów. One były dedykowane 4 ośrodkom. To był Wrocław, to były Kielce, to był Białystok i to był Gdańsk. To, że te ośrodki być może współpracowały z jakimiś ośrodkami kooperującymi... Być może. Ale kosztowało nas to 130 milionów zł. To są pieniądze podatnika czy ubezpieczonego i warto wiedzieć, jak były wydane.

Nie można tu jakoś szczególnie mówić o koordynatorach, bo sam pan powiedział wszystkim szpitalom, że każdy ma mieć koordynatora. Czyli ci, co nie byli w pilotażu, też mają koordynatorów i oni koordynują pacjentów onkologicznych.

I jeszcze jedno. Szanowni Państwo, chciałabym, żebyśmy mieli świadomość... Państwo na pewno to wiecie. My tu nie wymyślamy czegoś nadzwyczajnego, bo przecież takie sieci już są. Taka sieć jest we Francji, taka sieć jest w Wielkiej Brytanii. Wystarczy przyjrzeć się temu dobrze i przełożyć to na specyfikę polską, bo każdy kraj jest inny. Nasi pacjenci są niestety bardziej zaniedbani. Wbrew temu, co może politycy opowiadają, wciąż jesteśmy krajem biedniejszym. Leży u nas profilaktyka, co podkreśla zawsze pani przewodnicząca, i jest do spłacenia dług covidowy. Pacjentów onkologicznych jest więcej i są oni niestety w gorszym stanie.

Cieszę się z tego, co pan przewodniczący powiedział o POZ. Oczywiście jeśli nie uwzględnimy w sieci POZ i przekazania pacjenta wyleczonego, ale wciąż onkologicznego... Jeśli nie skoordynujemy odpowiednio tego procesu z podstawową opieką zdrowotną, to po prostu się zablokujemy i w ogóle nic nie będzie. Nowe ośrodki mają przyjąć pacjentów, którzy nie będą leczeni w ośrodkach wykonujących za mało procedur, bo boimy się o bezpieczeństwo tych pacjentów. A więc musimy je, że tak powiem, odblokować z pacjentów, którzy chodzą do onkologa raz na jakiś czas po to, żeby ich obejrzał. Do zrobienia mamy bardzo dużo. Bardzo proszę o wsparcie, o pomoc. Jestem pewna, jak powiedział pan przewodniczący, że idziemy do przodu. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Zamykam dyskusję.

Czy są jakieś poprawki zgłoszone przez państwa? Nie ma.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie. Ja już zamknęłam dyskusję. Bardzo panią przepraszam, naprawdę jestem bardzo życzliwa, ale są pewne reguły.

Składam wniosek o przyjęcie przedłożonej ustawy w wersji, która została przesłana z Sejmu.

Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy? (3)

Kto jest przeciw? (0)

I kto się wstrzymał? (1)

Dziękuję bardzo.

Sprawozdawcą będę ja.

To wszystko, Panie Mecenasiu.

Zamykam posiedzenie.

Bardzo dziękuję wszystkim osobom za obecność. Pani Minister, bardzo dziękuję.

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy