



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (35.)
w dniu 16 lutego 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk senacki nr 417, druki sejmowe nr 1098, 1240 i 1240-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Proszę o zajęcie miejsc.

Rozpoczynamy trzydzieste piąte posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W dzisiejszym porządku obrad mamy jeden punkt: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Serdecznie witam państwa na posiedzeniu naszej komisji. Witam panią minister Katarzynę Głowąłą wraz ze współpracownikami. Witam pana Zbigniewa Pawłowicza, pana senatora czy pana posła... Nie wiem, jak lepiej powiedzieć. Pan poseł był sprawozdawcą w Sejmie w sprawie tej ustawy. Witam państwa senatorów oraz zaproszonych gości z Naczelnej Izby Lekarskiej, a także z mediów. Witam senatora Ślusarza, który wprowadził już nie jest w naszej komisji, ale wiem, że...

(Senator Rafał Ślusarz: Tęsknię...)

...tęskni za nią.

(Wesołość na sali)

Proszę państwa, czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń.

Uważam, że porządek obrad został zatwierdzony.

Prosiłbym panią minister o zreferowanie tej ustawy. Ustawa jest ustawą rządową i dotyczy zmian w tzw. pakiecie onkologicznym.

Proszę panią minister o zreferowanie tych zmian.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowąła:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mam zaszczyt przedstawić projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Chodzi o tzw. pakiet onkologiczny. W tym projekcie wprowadzono kilka istotnych zmian, które przede wszystkim mają poprawić funkcjonowanie pakietu onkologicznego. Zmiany te nieco upraszczają procedurę przekazywania danych, jak również samą kartę DiLO.

Projekt zakłada uproszczenie karty DiLO – zamiast 9 stron, jak dotychczas, będzie ona miała 2 strony. Projekt ustawy daje podstawę do ogłaszania przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze obwieszczenia, zaleceń

postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym zrzeszające specjalistów z danej dziedziny medycyny. Zalecenia te będą podlegały opublikowaniu pod względem poprawności metodologicznej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Obwieszczenie to daje upoważnienie do obligatoryjnego włączenia w odniesieniu do zaleceń postępowania w zakresie onkologicznym, czyli diagnostyki onkologicznej, leczenia onkologicznego. Na podstawie tych zaleceń minister zdrowia opracowuje mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej, leczenia onkologicznego.

Kolejna rzecz, uproszczenie w zakresie sprawozdawczości podmiotów leczniczych. Rezygnujemy z tego, gdyż karta DiLO, która będzie wystawiana przez lekarzy, daje możliwość śledzenia, co się z tym pacjentem dzieje, gdzie on idzie. W związku z tym odступujemy od obowiązku przekazywania przez podmioty lecznicze danych dotyczących kolejek do onkologa.

Wprowadzamy możliwość wystawienia karty DiLO przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej już w przypadku podejrzenia nowotworu, a nie, tak jak wcześniej było, stwierdzenia na podstawie badania. Kolejna rzecz: uchylamy przepisy dotyczące wskaźnika rozpoznawania nowotworów przez lekarzy POZ. Wskaźnik ten wynosił 1/15. W ciągu 2-letniego okresu obowiązywania po prostu taka sytuacja się nie zdarzyła, przepis jest martwy, w związku z tym my z niego rezygnujemy.

Uchylamy przepis dotyczący obowiązku zgłaszania karty zgłoszenia nowotworu złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów przez lekarza udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub szpitalnej, który stwierdził nowotwór złośliwy. Dotychczasowe rozwiązania wskazują, że obowiązek ten nie wpłynął na poprawę jakości danych zgłaszanych do KRN. Obowiązek taki będzie istniał, tylko że nie będzie musiał tego robić od razu bezpośrednio lekarz, który rozpozna nowotwór.

Wprowadzamy możliwość leczenia nowotworów, które w klasyfikacji histopatologicznej i onkologicznej są określane jako niezłośliwe, ale są złośliwe miejscowo.

To są podstawowe zmiany, które zakłada pakiet onkologiczny.

W dyskusji, jaka rozgorzała nad tym projektem... Minister zdrowia nie chce likwidować konsyliów. Zostawia konsylia tak, jak to do tej pory funkcjonuje, tylko że praw-

dopodobnie zakładamy możliwość określenia dziedzin nowotworów, w których nie będzie konieczności zwoływania konsyliów. Chodzi np. o choroby hematologiczne, gdzie w konsyliach nie musi uczestniczyć chirurg. Chcemy wskazać dziedziny, w których lekarz będzie mógł odstąpić od konsylium, ale będzie musiał uzasadnić w karcie pacjenta, dlaczego konsylium nie zostało przeprowadzone. Minister zdrowia generalnie jest za pozostawieniem konsyliów w niezmienionej formie.

To tak pokrótce najważniejsze, najistotniejsze zmiany. Jestem do dyspozycji w razie pytań.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Myślę, Pani Minister, że pytania będą. Dziękuję bardzo.

Jeżeli coś jest dowolne, to człowiek zwykle sobie upraszcza życie, więc... Do tematu konsyliów na pewno wrócimy. Myślę, że trzeba będzie jakoś dookreślić, tak żeby w pewnych przypadkach to konsylium na pewno było. Na pewno one były potrzebne.

Teraz o zabranie głosu poprosiłbym panią legislator. Czy są jakieś uwagi legislacyjne? Nie ma pani uwag. To pytania. Zacznijmy od państwa senatorów. Czy macie państwo jakieś pytania do pani minister? Proszę, pan senator Grodzki.

Senator Tomasz Grodzki:

W ramach kontynuacji dyskusji sprzed posiedzenia prosiłbym o przemyślenie jeszcze raz tej woluntarystycznej formy konsyliów, bo jak dyrektorzy nie będą musieli konsyliów zwoływać, to ich nie zwołają, zwłaszcza że niektóre jednostki za to płacą, bo nie mają na miejscu, w swoim zespole np. radioterapeuty czy patologa, tylko jest kontraktowy.

Przypomniałem sobie, Pani Minister... Z tą hematologią to niby wszystko brzmi fajnie, ale... Usunąłem ze 100 śledzion, które zamówili u mnie hematolodzy, przy chorobie rozrostowej, kiedy jedną z form leczenia była właśnie splenektomia, bo śledziona była jak bochen chleba. Owszem, w przypadku każdego nowotworu zdarzają się przypadki oczywiste i wiadomo, co trzeba robić, ale jeśli stwierdzamy... W celu stwierdzenia zgonu pacjenta i pobrania narządów – zgon jest oczywisty – musimy zwołać co najmniej dwóch lekarzy, żeby uniknąć kardynalnego błędu. Tak że nawet w przypadku chorób, gdzie się wydaje, że to konsylium nie do końca jest potrzebne... Jeżeli odstąpimy od obligatoryjnego wymogu w tym zakresie, to realia życia pokażą, że konsylia po prostu zaczną zamierać. I tu się całkowicie zgadzam z panem senatorem przewodniczącym Kraską. Taka jest natura ludzka, że jeżeli coś będzie można, że tak powiem, zbajpasować, to zostanie to zbajpasowane. Uzasadnienie będzie zapewne takie: choroba była oczywista, nie było wątpliwości terapeutycznych. No, takie będą wpisy w karcie DiLO. Obawiam się, że mimo dobrych intencji... Niektóre szpitale, powiedzmy sobie, trochę te konsylia symulują, ale w ogromnej większości konsylia wywarły niezwykle pozytywny wpływ na poziom leczenia onkologicznego. Dlatego będziemy apelować, żeby obligatoryjne konsylia utrzymać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Myślę, że pana wypowiedź dotyczy też tego, w jaki sposób ministerstwo chciałoby zagwarantować, żeby jednak te konsylia były: czy to ma być w ustawie, czy w rozporządzeniu? W jaki sposób ministerstwo będzie wpływało na to, żeby w przypadkach pilnych te konsylia były?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowała:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Kwestia konsyliów jest uregulowana w tzw. rozporządzeniu koszykowym. Ustawa o świadczeniach nie reguluje kwestii konsyliów. Rozporządzenia będą... Jak wiadomo, proces legislacyjny co do rozporządzeń odbędzie się po uchwaleniu ustawy, tak że jest jeszcze czas na to, żeby tę sytuację dokładnie przemyśleć, przeanalizować. Minister zdrowia... Myśleliśmy o tym, żeby pozostawić konsylia, ale określić przypadki, kiedy tych konsyliów nie będzie się przeprowadzać obligatoryjnie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Następne pytanie.

Pan senator Stanisławek. Proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, ja dołączyłbym do wypowiedzi profesora Grodzkiego, że konsylia to jest jedno z lepszych osiągnięć karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ono jest niezwykle istotne. Z jakiego powodu państwo w ogóle myślicie o tym, żeby ograniczyć te konsylia, żeby w niektórych chorobach ich nie było? Jakiś powód tego musi być. Co do tego, że mamy je utrzymać, wszyscy jesteśmy zgodni. Profesor Grodzki powiedział, że nawet w hematologii są takie sytuacje, w których chirurg jest potrzebny. Kto to określi? Bo to bardzo łatwo na konsylium napisać: po usunięciu śledziony do chemioterapii. I teraz, zanim trafi to z konsylium do chirurga... No, chirurg powie, że on nie usunie tej śledziony, bo ma ku temu wiele powodów – albo z powodów hematologicznych, bo wskaźniki krwi absolutnie uniemożliwiają operację... Bo to nie jest tak, że wszystko zawsze się nadaje do operacji. Mam jeszcze inne pytania, ale to może za chwilę, jeżeli pan przewodniczący pozwoli.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Jasne.

Proszę, Pani Minister.

(*Senator Andrzej Stanisławek: Proszę konkretnie powiedzieć, w jakich...*)

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowała:**

Środowisko onkologiczne prosi...
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, to jest postulat środowiska onkologicznego, żeby konsylia zostawić, ale w niektórych przypadkach dać możliwość rezygnacji z nich. To nie jest wymysł ministra zdrowia – to jest postulat, który wypłynął ze środowiska onkologicznego.

(*Senator Andrzej Stanisławek: Dziękuję bardzo. Ale konkretnie... Czy wiemy jakie?*)

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Rozumiem, że pani minister... Ale chodzi o to, żeby nie wylać dziecka z kąpielą. Prawda? Żeby nie zlikwidować...*)

Ale to nie jest kwestia zamknięta. My pracujemy... To jest rozporządzenie i ta kwestia jest otwarta, nie ma jeszcze ostatecznej decyzji. Propozycja, żeby konsylia pozostawić i określić jakieś dziedziny, w których te konsylia by były nieobowiązkowe, to jest postulat środowiska onkologicznego.

Senator Andrzej Stanisławek:

Rozumiem. Dziękuję bardzo.

Mam następne pytanie. Zniesienie tego wskaźnika w przypadku POZ to jest olbrzymie ułatwienie dla POZ, a był to dobry sposób na to, żeby zwiększyć odpowiedzialność lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Ja obserwuję – nie wiem, czy państwo dostrzegacie to samo – że lekarze POZ w zasadzie w ogóle przestali wystawiać karty DiLO. Ja mam ich coraz mniej z POZ, pacjenci przychodzą tylko ze skierowaniami, w ogóle bez kart. Czy nie uważa pani minister, że skoro już zdejmujemy z POZ taką odpowiedzialność i nie mówimy o wskaźnikach, które w przypadku polskich POZ są dużo gorsze niż w przypadku lekarzy podstawowej opieki w innych krajach europejskich...

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowała:**

Panie Senatorze, ja mam dane. Do 2 stycznia 2017 r. wydano najwięcej kart właśnie w ramach POZ – 147 tysięcy 678. Procentowy udział tych kart jest na poziomie 34,6%. W ramach AOS wydano 119 tysięcy 295 kart, co stanowi 27%, a w szpitalu – 109 tysięcy, czyli 25%.

(*Senator Andrzej Stanisławek: Mnie chodzi raczej o tendencję. Czy zwiększa się, czy zmniejsza się liczba kart wydanych w POZ w poszczególnych miesiącach?*)

Zwiększa się.

(*Senator Andrzej Stanisławek: Zwiększa się?*)

Zwiększa się, tak.

(*Senator Andrzej Stanisławek: Czyli ja mam złą informację.*)

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Złe odczucie.*)

Senator Andrzej Stanisławek:

Tak, złe odczucie. Dziękuję bardzo.

I następne pytanie, odnośnie do Krajowego Rejestru Nowotworów. Czy nam nie popsuje zniesienie z DiLO... Ja pamiętam, jak wchodził w życie Krajowy Rejestr Nowotworów. Największy problem dotyczył tego, kto ma to zgłaszać. To w zasadzie było bardzo proste: rejestrujemy kartę DiLO, co jest powiązane z Krajowym Rejestrem Nowotworów, więc potwierdzamy, wpisujemy, co to jest, i wysyłamy. Uważałem, że do tej pory to działało bardzo dobrze. Dlaczego mamy z tego zrezygnować?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Minister, przepraszam, że się wtrączę, ale właśnie w tej kwestii. Mamy chyba jeden z niższych wskaźników zgłaszalności nowotworów. To jest...

(*Głos z sali: 13%.*)

No właśnie, niewiele powyżej 10%. To jest bardzo, bardzo mało, więc...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Czy to nie spowoduje, że ten wskaźnik jeszcze bardziej spadnie?

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowała:**

O odpowiedź poproszę panią dyrektor. My nie chcemy zlikwidować przepływu informacji, zgłoszenia do KRN, tylko po prostu chcemy troszeczkę ograniczyć... Lekarz nadal będzie musiał to zrobić, tylko po prostu nie ten, który... Chodzi o to, żeby lekarz, który prowadzi pacjenta, zajął się faktycznie leczeniem, a całą tę otoczkę związaną ze zgłaszalnością przekazać...

(*Głos z sali: No właśnie.*)

Pani dyrektor odpowie.

**Dyrektor Departamentu
Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Beata Rorant:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Pojawiały się głosy ze strony środowiska, że połączenie zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów i wystawienia karty DiLO stwarza pewne problemy po stronie świadczeniodawców – konieczność zgłoszenia często blokowała możliwość wystawiania karty DiLO, bo te systemy informatyczne nie są, że tak powiem, w każdym miejscu kompatybilne. I były z tym problemy, po prostu czysto techniczne problemy. W związku z tym uznaliśmy, że z racji tego... KRN jest rejestrem epidemiologicznym. W momencie, w którym nowotwór będzie już potwierdzony, a nie na etapie wystawienia samej karty DiLO, kiedy to nie zawsze jest rozpoznanie ostateczne... Chodzi o to, żeby nie ograniczać możliwości wystawiania kart DiLO. A więc nadal będzie konieczność zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów, ale w momencie, w którym nowotwór będzie rozpoznany, a nie w momencie wystawienia karty DiLO. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Pan przewodniczący. Proszę.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Przewodniczący, chodzi o kwestię statystyk związanych z lekarzami POZ. Wydaje mi się, że to, co dotyczy postępowania i samego podejmowania decyzji... Jednym z ważnych aspektów jest statystyka – statystyka prosta, czytelna, którą dysponuje się na każdym poziomie podejmowania decyzji. Zniesienie z tego całego systemu ważnego elementu, jakim jest ten wskaźnik rozpoznawania, chyba nie jest dobre ani z punktu widzenia pacjenta, ani z punktu widzenia czystej statystyki, jeżeli chodzi o lekarzy POZ i formalności związane z chorobami onkologicznymi. To po pierwsze.

Po drugie, słyszę od państwa, że powodem likwidacji przepisu dotyczącego obowiązku zgłaszania nowotworu złośliwego jest to, że system nie działa. Bo pani dyrektor powiedziała, że system nie działa, jest zły...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Nie, nie... My nie likwidujemy obowiązku zgłaszania.)

Zgodnie z tym przenosimy go, powiedziałbym, szczebel wyżej czy niżej – w zależności od tego, jak się patrzy. Czyli wtedy, kiedy już jest potwierdzenie choroby...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Tak.)

Jeżeli składnikiem wiedzy ma być tylko to, co dotyczy zaistnienia danej choroby onkologicznej, nowotworowej, to według mnie nie ma znaczenia, na którym poziomie... W związku z tym argumentacja chyba nie powinna dotyczyć tego, że system nie działa, tak jak pani dyrektor powiedziała, tylko tego, że z punktu widzenia statystyki będzie lepiej i czytelniej.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Tak, też.)

Wtedy to byłbym w stanie zrozumieć. Jak rozumiem, tę pierwszą wypowiedź zamazujemy, bo gdyby było tak, że system nie działa... To byłoby działanie podobne do tego, że jak ktoś wjeżdża w ulicę jednokierunkową pod prąd, to zamykamy tę ulicę, żeby nie było problemu. Jeżeli z punktu widzenia statystyki i wiedzy jest nam bardziej potrzebny i przydatny element zaistnienia choroby, a nie jej podejrzenia, na co zwraca uwagę środowisko... Jak rozumiem, z medycznego punktu widzenia to będzie rozwiązanie lepsze.

A jeżeli chodzi o zdjęcie tych wskaźników, jeśli chodzi o lekarzy POZ, to myślę, że to jest ruch w złym kierunku. I bym prosił, żebyście państwo się nad tym głęboko zastanowili. Jeśli można prosić o stanowisko państwa w tym zakresie...

I kwestia konsyliów. Wpisując się w to, o czym mówią tutaj fachowcy, czyli lekarze, chcę powiedzieć, że polska mentalność... Ja nie mówię, że to jest źle albo dobrze. No, tacy jesteśmy. Jeśli coś nie jest obowiązkowe i nie ma jasnych, czytelnych procedur, to nie zafunkcjonuje. Mówię

to z punktu widzenia inżynierskiego i z punktu widzenia społecznego. Myślę, że tak jest również z punktu widzenia medycznego. Jeżeli zapis, że nie ma konsylium, bo... Jeżeli to będzie podstawa, to możemy być pewni, że...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Ale my nie likwidujemy konsyliów.)

Pani Minister, my to naprawdę rozumiemy, my to rozumiemy. Mówimy o odwróceniu sytuacji, jeśli chodzi o obligatoryjność konsyliów. Tak przynajmniej rozumiem to, co państwo tutaj mówiliście. Obligatoryjność konsyliów jest rzeczą nadrzędną. W szczególnych przypadkach, które określi minister czy inny organ, konsylia mogą się nie odbyć, ale trzeba by określić, pod jakimi rygorami. I to byłaby jasna, czytelna procedura. Wsluchuję się w ten głos lekarzy, że... Chodzi o to, żeby był jednoznaczny zapis w prawie polskim, jak miałyby to przebiegać.

I jeszcze jeden element dotyczący konsylium. Z tego, co słyszę, wynika, że to najczęściej ten element dotyczący konsyliów podnoszą szpitale powiatowe, które robią coś z zakresu onkologii. Ja akurat pochodzę z miasta powiatowego. Powiem w imieniu chyba zdecydowanej większości, że byłoby lepiej, gdyby to, co dotyczy konsyliów, leczenia poważnych chorób onkologicznych, odbywało się na trochę wyższym poziomie w sensie referencyjnym niż szpital powiatowy. Być może koledzy i koleżanki ze szpitali powiatowych krzywo na mniej spojrzą, ale trzeba mówić prawdę – leczenie poważnych chorób musi się odbywać na poważnym poziomie szpitalnym. Szpital powiatowy powinien być tym, który leczy nagle przypadki, zajmuje się kwestiami ratownictwa itp., ale sprawy związane z diagnostyką w tym zakresie, konsyliami i leczeniem tego typu, to jednak powinien być zupełnie inny poziom. Chciałbym, żeby na to zwrócono szczególną uwagę. Leczenie chorób onkologicznych musi się odbywać na odpowiednim poziomie referencyjnym, jeśli chodzi o szpitale.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Minister.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Rozumiem, że odpowiedź będzie dotyczyła likwidacji wskaźnika w ramach POZ. Poproszę o bardziej szczegółowe wyjaśnienie panią dyrektor.)

Proszę, Pani Dyrektor.

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Beata Rorant:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Powtórzę to, co mówiła pani minister na wstępie. Doświadczenie 2-letnie pokazało, że ten wskaźnik nigdy nie został przekroczony przez lekarzy POZ. To po pierwsze.

Po drugie, był on odbierany trochę negatywnie przez środowisko lekarskie jako rodzaj – zabrzmi to brutalnie, przepraszam, proszę mi wybaczyć – kary, jako coś na zasadzie: jak przekroczycie, to wysyłamy na szkolenie. To się nie zdarzyło w rzeczywistości, w związku z tym myślę, że ten wskaźnik... W ocenie ministra zdrowia ten wskaźnik

jest na tę chwilę absolutnie... Nie zadziałał jako system motywacyjny, bo nie ma takiej potrzeby. W związku z tym odchodzimy od tego typu rozwiązań. Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

To proszę dopytać.
(Brak nagrania)

Senator Leszek Czarnobaj:

O, przepraszam... Jeżeli nie został przekroczony... To proszę nam na najbliższym posiedzeniu albo na posiedzeniu plenarnym przedstawić, jakimi metodami państwo to mierzyliście, w jaki sposób to się odbywa. Znamy różnego rodzaju opinie dotyczące tego wskaźnika. Jeśli one są krzywdzące, to chciałbym, Pani Minister, usłyszeć, po co, skoro on nie został przekroczony i jest tak dobrze, go znosić. Po co?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Minister.
(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Przekazę głos pani dyrektor.)

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Beata Rorant:

Dziękuję, Pani Przewodniczący.

Szanowni Państwo, o tym przez moment zapomniałam, a chciałbym to bardzo podkreślić. Wszystkie działania, które podejmujemy w obszarze tego pakietu onkologicznego, są przede wszystkim podyktowane interesami pacjentów. Chcemy zwiększyć dostęp do tych świadczeń i zwiększyć jakość realizowanych świadczeń. Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.
(Senator Leszek Czarnobaj: Ostatnie pytanie. Przysięgam, że już nie będę więcej mówił.)
Ale na pewno?
(Senator Leszek Czarnobaj: Przrzekam.)
Proszę bardzo.

Senator Leszek Czarnobaj:

Bardzo bym prosił, tak od serca... Jak ja słyszę, że nauczyciel mówi „ja to robię dla dobra ucznia”, to mi włos staje dęba. A co, miałby na złość robić temu uczniowi? Czemu od deklaruje, że on będzie coś robił dla dobra, skoro wiadomo... Pani dyrektor mówi, że my to robimy w celu lepszego dbania o pacjenta... No to chyba jest oczywiste. Prawda? My też przecież dyskutujemy tutaj po to, żeby pacjentowi było lepiej. Proszę mnie przekonać, że znie-

sienie tego wskaźnika będzie lepsze dla pacjenta. Proszę powiedzieć, jak to się odbędzie. A jeżeli państwo nie wiecie, no to powiedzcie: nie wiemy. I też to przyjmę.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senatorze.
Pani Minister, jeszcze jedno zdanie w tym temacie, proszę.
(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Pani Dyrektor, poproszę.)

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Beata Rorant:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!
Pozwolę sobie wyjaśnić, że ten wskaźnik nie będzie stanowił dla lekarzy POZ żadnego ograniczenia, jeśli chodzi o liczbę wystawianych kart w przypadku, kiedy nie mają możliwości postawienia rozpoznania, a tylko podejrzewają nowotwór. W związku z tym myślę, że możemy tutaj spokojnie powiedzieć, iż tak naprawdę zwiększymy możliwość wykrywalności nowotworów. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Dyrektor.
Pan senator Wojtyła się zgłaszał. Proszę bardzo.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo.
Pani Minister, mam pytanie co do poprawki pierwszej. Poprawka pierwsza daje możliwość wydania przez ministra standardów...
(Przewodniczący Waldemar Kraska: Pani Senatorze, ale na razie nie mamy żadnych poprawek.)

...diagnostyki onkologicznej na podstawie ustaleń konsyliów, w skład których wchodzi przedstawiciele towarzystw medycznych. Na świecie są 2 systemy: albo to państwo jest odpowiedzialne za standardy leczenia, diagnostyki i profilaktyki – wówczas istnieje nadzór specjalistyczny na różnych poziomach, krajowym czy wojewódzkim – albo odpowiedzialne są za to towarzystwa medyczne. W Ameryce to towarzystwa medyczne... Tam lekarze są bogaci, towarzystwa są bogate i mogą te standardy określić w sposób profesjonalny. W Stanach Zjednoczonych w ten sposób się określa standardy postępowania, profilaktyki i diagnostyki w medycynie. Myśmy dotychczas raczej opierali się na nadzorze specjalistycznym, na który bezpośredni wpływ ma minister, który jest podporządkowany ministrowi i wojewodzie, za co zresztą ma płacone, choć co prawda małe pieniądze. To było to gremium, które określało te standardy. W tej chwili my tutaj piszemy o towarzystwach medycznych, czyli niejako odstepujemy od standardu, który dotychczas w Polsce obowiązywał. Towarzystwa medyczne w Polsce nie są towarzystwami bogatymi, które stać na zapłacenie za ekspertyzy, powołanie

ekspertów, wykonanie jakichś tam raportów itd. Myślę, że to jest bardzo niebezpieczne wejście na zupełnie inne tory, jeśli chodzi o ekspertyzy, z których korzysta ministerstwo. Chciałbym zapytać, czy ministerstwo odchodzi od nadzoru specjalistycznego, opierając się na opiniach towarzystw medycznych. Jak ten dualizm będzie wyglądał? Bo o ile wiem, to nadzór specjalistyczny nadal obowiązuje.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Może od razu odpowiedź, Panie Senatorze, będzie prościej.

Pani Minister, proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

My w tym zakresie nic nie zmieniamy. Przepis brzmi: minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii agencji, może ogłosi, a w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanej dalej „diagnostyką onkologiczną”, i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej „leczeniem onkologicznym”, ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia, będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Czymś innym jest funkcja konsultanta, czymś innym jest funkcja stowarzyszeń medycznych, specjalistów, którzy piszą określone wytyczne co do postępowania w zakresie leczenia. To się dzisiaj odbywa i nic w tym zakresie się nie zmienia. Minister będzie te zalecenia publikował w formie obwieszczenia. I tutaj się nic nie zmienia, nadal tak będzie. Standardy w zakresie metody leczenia piszą specjaliści, minister zdrowia ich nie pisze, a więc tutaj...

(Głos z sali: A w obszarze onkologii?)

W obszarze onkologii nadal nic się nie zmienia.

(Senator Tomasz Grodzki: Zmienia się, Pani Minister, bo...)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Chodziłoby o takie sformułowanie: po zasięgnięciu opinii agencji oraz konsultanta właściwego dla danej dziedziny. Tymczasem konsultanci zostali z tego wyautowani kompletnie. Minister może się znać na każdej dziedzinie medycyny, ale niekoniecznie tak jest. I po to ma, że tak powiem, swoje wysunięte ramię w hematologii, onkologii, chirurgii czy pediatrii, żeby takiego kogoś zapytać: słuchaj, towarzystwo przyniosło pewne wytyczne, agencja twierdzi, że cenowo jest okej, ale sprawdź, czy to się

składa, czy to ma ręce i nogi. Pominięcie w tym przepisie konsultantów krajowych czyni ich obecność w zasadzie trochę niepotrzebną.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Nie do końca, ponieważ konsultant w każdym momencie jest do dyspozycji ministra. To nie jest tak, że konsultant zostanie wyautowany. Moim zdaniem jeżeli więcej specjalistów na to spojrzy, tym bardziej to może być merytoryczne. Konsultantowi jako pojedynczej osobie jest czasami ciężko stwierdzić, czy dane rozwiązanie jest dobre, czy złe. Konsultant jak najbardziej będzie miał w tym swój udział. Agencja oceni, a konsultant na każdym etapie będzie miał możliwość, tak jak to się dzieje teraz, ingerencji.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Pan senator Wojtyła.

Senator Andrzej Wojtyła:

Ja zajmuję się zarządzaniem od 1990 r. i powiem tylko, że jeżeli my będziemy opierali się na konsyliach, to będzie bałagan. Już Piłsudski powiedział, że jak się jakąś decyzję podejmuje i powołuje się gremium składające się z 5 osób, to dwóch nie dojedzie, jeden jest chory i dwóch napisze...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Ale pan senator mówi raczej o spotkaniach, nie o konsyliach, bo konsylia są...)

Konsylia mogą doradzać, ale ktoś musi brać odpowiedzialność...

(Głos z sali: Stowarzyszenia.)

...za decyzje. No ale pani minister już tutaj wyjaśniła.

Mam jeszcze jedno pytanie. Pan poseł Pawłowicz w dyskusji w Sejmie powiedział, że jeśli chodzi zgłoszenia nowotworów do Krajowego Rejestru Nowotworów, to stanowią one około 13%. Ja czytałem publikacje pani doktor Didkowskiej z centrum onkologii, jak również pracowników statystyków z Narodowego Funduszu Zdrowia. Oni twierdzą, że polski rejestr nowotworów jest jednym z najlepszych na świecie, co się nie zgadza z opiniami np. Światowej Organizacji Zdrowia, bo Światowa Organizacja Zdrowia ma ogromne wątpliwości co do statystyk, którymi dysponuje Polska, również tych statystyk dotyczących śmiertelności. Ja w tej chwili analizuję jeden powiat i porównuję dane dotyczące zgłaszania przyczyn pierwotnych zgonów z powodu nowotworów z danymi w szpitalu. Muszę powiedzieć, że wśród zgonów, a tych zgonów było prawie 40% w domu... Żaden lekarz POZ, który stwierdził zgon, nie napisał, że jest to nowotwór. Pisali, że wyniszczenie, ale nie nowotworowe.

(Głos z sali: Niewydolność krążeniowa.)

Tak, niewydolność krążenia, zatrzymanie krążenia i oddechu. Tak że nawet te wskaźniki śmiertelności, na których się opieramy, są mocno zafałszowane. Jak śmieć się wkłada do statystyki, to na wyjściu są również śmieci, na których nie można się opierać. Co ministerstwo chce z tym zrobić? To jest poboczny temat, ale łączy się z tym, o czym tu dzisiaj dyskutujemy.

Mówimy tutaj o wskaźniku efektywności 1/15. On nigdy nie będzie przekroczony, bo w Europie to jest 1/5, 1/6. Ta więc jak ustalano, że to ma być 1/15, to każdy, kto się zna na organizacji ochrony zdrowia, już wtedy wiedział, że tego się nie przekroczy. 1/15 to można... Ja nie wiem, czy słuszne jest rozwiązanie, iż ten wskaźnik efektywności nie będzie obliczany.

I następna rzecz, zgłaszalność do Krajowego Rejestru Nowotworów. Ta zgłaszalność jest bardzo niska i my nic nie robimy, żeby ją poprawić. Kto teraz będzie zobowiązany do zgłaszania przypadku nowotworu, skoro lekarz POZ...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeżeli my nie określimy, kto musi zgłosić ten przypadek nowotworu, to nikt go nie zgłosi. Lekarz, który leczy, będzie myślał, że lekarz POZ to zgłosił. To jest może pewne utrudnienie... Ale ja niedawno pracowałem w POZ i wiem, proszę państwa, że jeżeli lekarz dobrze zorganizuje... Przecież on tego nie wypisuje, tylko robi to sekretarka medyczna, dobra sekretarka medyczna, a taką musi posiadać. Sprawozdawczość do Narodowego Funduszu Zdrowia wymaga obecności takiej osoby. Tak że to jest żadne, proszę państwa, utrudnienie. A to, że lekarze świadczeniodawcy narzekają na to, że jest dużo pracy administracyjnej, to jest rzecz normalna. Potem, proszę państwa, jak dochodzi do błędów i są sprawy sądowe, to te wszystkie formalności, których lekarz musi dopełnić, w pewnym sensie go bronią. To jest po prostu w jego interesie. Ja jako biegły muszę stwierdzić, że te formalności często tego lekarza ratują przed karami, nawet przed zagrożeniem odebrania prawa wykonywania zawodu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze. Wiele wątków... Pani Minister, proszę pokrótce się do nich ustosunkować.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Jeżeli chodzi o te pytania, to przyjrzymy się temu. Ja nie mam przy sobie danych, które przedstawiała pani profesor Didkowska, i ciężko mi się do tego odnieść.

Jeżeli chodzi o zgłoszenie do KRN, to my tego nie likwidujemy. Zgłoszenie do KRN będzie się nadal odbywać, ale w chwili stwierdzenia nowotworu, a nie w chwili podejrzenia nowotworu. Po prostu oddzielamy kwestię wystawienia karty DiLO i kwestię zgłoszenia do KRN. I tak oddzielnie będzie miało miejsce wystawienie karty DiLO, oddzielnie – zgłoszenie do KRN. Tylko że do KRN będziemy zgłaszać te przypadki, w których już jest stwierdzony nowotwór.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo, pan senator Grodzki jeszcze.

Senator Tomasz Grodzki:

To jest litera prawa, a ja paniom powiem, jak to wygląda w rzeczywistości. Dane wskazujące na to, że lekarze rodzinni wystawiają dużo kart DiLO, są z pewnością prawdziwe, tylko że kluczem do zrozumienia tego jest czas. Jak jest akcja ministerstwa, to jest reakcja narodu. Lekarze rodzinni, żeby uniknąć kar – uważam je za niesłuszne – za przekroczenie tych wskaźników, wysyłają pacjenta do szpitala. Tam diagnozujemy delikwenta, stwierdzamy u niego nowotwór. I kolega do kolegi dzwoni: wystaw kartę DiLO u rodzinnego, to wtedy już wejdiesz w system i będziesz miał święty spokój. I dlatego oni wystawiają tych kart więcej niż szpitale, gdzie padło 80% rozpoznań, a w torakochirurgii czy w pulmonologii 100% rozpoznań. I tak to naprawdę wygląda, Pani Minister. To są realia, to jest rzeczywistość polskiej służby zdrowia. Jedynym dobrym ruchem w tym projekcie jest uproszczenie karty DiLO. Teraz też tak jest, że powinniśmy raportować każdy przypadek rozpoznanego nowotworu złośliwego. Tak jest, tylko że tak się nie dzieje. Jedynym prawdziwym rejestrem nowotworów złośliwych w Polsce – mówię tu do protokołu – jest rejestr zoperowanych raków płuca, rejestr online. To jest sprowadzone do bardzo prostego mechanizmu. Jest serwer w instytucie gruźlicy, są terminale we wszystkich oddziałach torakochirurgii i dzień w dzień młodzi asystenci wpisują – za 5 czy 10 zł od sztuki – zoperowane przypadki raka płuca. Ja pani mogę powiedzieć, ile wczoraj było zoperowanych raków płuca w Polsce. To jest jedyny wiarygodny rejestr nowotworów złośliwych. On jednak nie dotyczy wszystkich raków płuca, bo te niezoperowane podlegają sprawozdawczości, o której mówimy, dlatego jest daleki od doskonałości. W przypadku każdego nowotworu ta zgłaszalność raz wynosi 13, raz 20, raz 5... Generalnie jest bardzo niska. Sposobem na to nie jest, że tak powiem, dodatkowe poluzowanie w przypadku lekarzy rodzinnych konieczności wypełniania tych kart nowotworu, bo to spowoduje, że ta zgłaszalność będzie jeszcze niższa. Pomijam już fakt, że „szpitalnicy” mają nieodparte wrażenie, iż pan minister jako wywodzący się z rdzenia rodzinnego zdejmuje z nich coraz więcej obowiązków, za które często mieli parę groszy więcej, i przerzuca je na szpitale. Powielamy dość bezmyślnie wzorce anglosaskie, w ramach których, tak jak pan minister Wojtyła mówił, trzeba wypełniać dużo dokumentacji. Amerykańska historia choroby wygląda tak, że... Tylko że tam lekarz jest jak lotnikowiec – otoczony wielką flotyllą pomocniczą. On nagrywa się na dyktafon, sekretarka to przepisuje, pielęgniarek na oddziale jest 60, podczas gdy u nas jest 20. Jak jest dużo personelu pomocniczego, to ta mitręga biurokratyczna jest do zniesienia. My za chwilę możemy dojść do etapu, w którym przez 100% czasu będziemy wypełniać papiery, a przez 0% będziemy leczyć chorych. Jeżeliliby zrobić obiektywne badania naukowe, ile czasu lekarz AOS, POZ i szpitala spędza na wypełnianiu dokumentacji, to wyszłyby dość niepokojące liczby. Dlatego uproszczenie karty DiLO jest jak najbar-

dziej na tak, natomiast likwidacja rejestru czy poluzowanie rygorów rejestru nowotworów – nie. Likwidacja konsyliów czy poluzowanie rygorów konsyliarnych w praktyce sprowadzi się do ich de facto likwidacji.

I jeszcze jeden element, który mało kto zauważył. Jeżeli pozwoli pani minister, to o nim przypomnę. Na stronie 5, w art. 32c jest mowa o tym, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie diagnostyki obliczają corocznie wskaźniki efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego i przekazują je do oddziału wojewódzkiego funduszu do końca drugiego kwartału. Rozumiem, że lekarze rodzinni nie będą musieli tego liczyć, bo są z tego zwolnieni, nie muszą tych dokumentów wypełniać. AOS są często jednoosobowe i będzie to dla nich dodatkowa mitręga. W szpitalach z kolei zrobią to, nazwijmy to, służby administracyjno-referencyjne. Tylko że do końca drugiego kwartału to jest trochę późno. Jeżeli ma być z tego jakiś pożytek, to lepiej to zrobić do końca pierwszego kwartału. Prawda? Zobowiązmy ludzi do tego. Wtedy państwo będziecie jako ministerstwo mieli czas na analizę, posłuchacie opinii konsultanta krajowego, posłuchacie opinii towarzystw naukowych i wtedy, w trzecim kwartale czy w czwartym, będzie to miało przełożenie na racjonalne decyzje modyfikujące system w odniesieniu do wszystkich nowotworów czy do jednego. Taki drobny zapis będę zgłaszał jako poprawkę. Chodzi o to, żeby ta sprawozdawczość miała miejsce do końca pierwszego kwartału. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Proszę, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Ja chcę jeszcze raz powtórzyć, Panie Senatorze, że minister zdrowia nie likwiduje zgłoszenia do KRN. Będzie zgłoszenie do KRN, tylko...

(Senator Tomasz Grodzki: Rozumiem, tylko że...)

To zgłoszenie, że tak powiem, odczepiamy od wydania karty DiLO. Będzie zgłoszenie do KRN. My, broń Boże, nie chcemy, żeby KRN przestał funkcjonować, wręcz przeciwnie – chcemy, żeby dane do KRN nadal były przekazywane. Uważamy, że do tego rejestru dane muszą być przekazywane. To nie jest do końca tak, że minister zdrowia chce jakieś wymogi poluzować bądź zlikwidować. W żadnym wypadku ta zmiana nie ma na celu nieprzekazywania danych do KRN, wręcz przeciwnie. Chcemy, żeby te dane były przekazywane, tylko żeby były one przekazywane w przypadku stwierdzenia nowotworu, wykrycia nowotworu, a nie w przypadku podejrzenia jego istnienia.

Natomiast jeżeli chodzi o art. 32c, to jest tu propozycja, żeby te dane były przekazywane...

(Senator Tomasz Grodzki: Do końca drugiego kwartału.)

...do końca drugiego kwartału po to, żeby nie zbiurokratyzować jednostek. Na podstawie danych z drugiego kwartału minister będzie miał jakiś obraz sytuacji i będzie mógł...

(Głos z sali: To są dane z całego roku?)

(Senator Tomasz Grodzki: Tak, za poprzedni rok.)

Tak, tak. Te dane będą coś obrazowały. Pierwszy kwartał jest momentem, w którym zwykle składa się wszystkie sprawozdania, więc ten obowiązek przesunęliśmy na drugi kwartał. Gdyby to trzeba było zrobić w pierwszym, to jednostki mogłyby zostać zasypane sprawozdaniami itd., co wpłynęłoby na większe zbiurokratyzowanie, a nie odbiurokratyzowanie ich pracy. Ta zmiana miała na celu przesunięcie tego na drugi kwartał w celu pewnego odbiurokratyzowania jednostek. Chodzi o to, żeby one nie zostały zasypane dokumentami.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.
Pan senator Stanisławek. Proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Dziękuję bardzo.

Wracam do kwestii KRN. Generalnie, Pani Minister, my się cieszymy z tego uproszczenia. Być może wygląda to tak, że bardzo atakujemy panią minister, ale jeśli tak, to w dobrej wierze. Proszę wierzyć, że jesteśmy zadowoleni z tego uproszczenia. Krajowy Rejestr Nowotworów jest niezwykle ważny, niezwykle istotny, bo on rzutuje de facto na miejsce Polski w Europie pod względem tego, czy my jesteśmy w stanie to opanować, czy nie. Pozwolę sobie nie zgodzić się z tym, że... My nie zakładaliśmy KRN na etapie wstępnym, tylko pogłębionym, a etap pogłębiony to jest rozpoznanie histopatologiczne. To było powiązane i to było dobre. I ja o tym mówię. To było nie tyle dobre, co bardzo dobre. Owszem, system się czasami zawieszał – ja to sam robię, choć oczywiście nie codziennie, bo muszę też być tutaj – ale wówczas trzeba było poczekać, zostawić to do zrobienia np. sekretarce. Tego samego dnia to wszystko działało. Jeżeli my nie wiążemy tego z kartą DiLO, czyli z etapem pogłębionym – o etapie pogłębionym mówię – to gubimy istotę KRN.

I jeszcze jedna sprawa. Jeżeli mogę o jeszcze jedno poprosić... Wyłączone zostały, jeśli chodzi o DiLO, nowotwory łagodne skóry, poza czerniakiem. A czy nowotwory łagodne piersi, np. D24, są włączone do DiLO, czy nie? To nie jest szczegółowy... Tego mamy bardzo dużo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Przyznam szczerze, że na tę chwilę nie jestem w stanie odpowiedzieć...

(Senator Andrzej Stanisławek: Nowotwory miejscowo złośliwe... Czy to będzie określone?)

(Głos z sali: Tak.)

Tak, tak.

(Senator Andrzej Stanisławek: Będzie. W rozporządzeniu?)

Tak, tak. Natomiast jeśli chodzi o ten konkretny, o który pan senator pytał, to niestety nie jestem w stanie teraz...

Senator Andrzej Stanisławek:

To taki przykład tylko. Proszę mi jeszcze powiedzieć – ja przychyliam się do tego – czy... Konsultanci krajowi i wojewódzcy to są de facto przedstawiciele rządu wśród lekarzy w terenie. Czy rzeczywiście stwierdzenie mówiące o tym, że po zasięgnięciu opinii agencji i konsultantów krajowych... To jest złe stwierdzenie? Uważam, że to w pewien sposób wzbogaci wiedzę ministra, a poza tym wydawanie pewnych rozporządzeń z uwzględnieniem opinii konsultantów krajowych to jest obowiązek ministra. Chodzi o to, żeby ich nie pomijać w tym procesie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowała:

Panie Senatorze, my ich nie pomijamy. Na dzień dzisiejszy konsultanci pracują z agencją, to znaczy konsultanci są zapraszani do agencji na... My tych konsultantów nie chcemy pominąć i to nie jest tak, że ich rola będzie pomniejszana, wręcz przeciwnie. Konsultanci naprawdę dużo robią. Ja nadzoruję pracę specjalistów, którzy opracowują etapy stwierdzenia śmierci mózgu; to tak z innej dziedziny. To są specjaliści z danej dziedziny powołani przez ministra zdrowia, ale są w to włączeni również konsultanci. To nie jest tak, że rola konsultantów zostanie, powiedzmy, pomniejszona. Tak jak pan senator powiedział, oni są przedstawicielami ministra zdrowia. Wiem, że agencja zaprasza konsultantów na każdym etapie na spotkania w agencji, więc...

(*Senator Andrzej Stanisławek: Rozumiem, dobrze. Dziękuję bardzo, Pani Minister.*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Rozumiem, że pytania senatorów zostały wyczerpane. Przechodzimy do drugiej części.

Pan poseł już pewnie przebiera nogami, żeby zabrać głos... Jeszcze raz witamy w Senacie przedstawiciela Izby niższej. Cieszymy się, że jest wśród nas pan poseł Pawłowicz, od wielu lat pracujący w tej dziedzinie. Jego głos będzie bardzo ważny.

Proszę, Panie Pośle.

Poseł Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący. Wysoka Komisjo!

Dla mnie to wielka przyjemność spotkać się z państwem, zwłaszcza że będziemy mówić o onkologii, która od lat jest mi bardzo bliska. Jako sprawozdawca tej ustawy krótko doniosę się do tego, co było dyskutowane w Izbie niższej, i poddam to pod rozagę Wysokiej Komisji.

Pierwsza sprawa, art. 1 ustawy. Będę mówić przede wszystkim o ustawie. Tutaj do tej pory pewne rzeczy się zająbiały, bo pani minister, z całym szacunkiem dla pani minister, więcej mówiła o rozporządzeniu koszykowym niż o ustawie. Ja chcę mówić tylko i wyłącznie o tej ustawie, o przedmiocie debaty Wysokiej Komisji.

Art. 1 proponowanej ustawy, czyli zmiana dotycząca art. 11 ust. 3 i 4 mówiących o obwieszczeniu. Zastrzeżenia są następujące. Po pierwsze, to obwieszczenie nie jest aktem prawnym normatywnym i wchodzi w kolizję z ustawą o zawodzie lekarza – chodzi o art. 4 ustawy – który mówi, że lekarz ma wykonywać swoje obowiązki zgodnie z posiadaną wiedzą, dostępną wiedzą, zgodnie z zasadami itp. Po drugie, obwieszczenie jako akt nienormatywny nie będzie wywoływało żadnych konsekwencji dla lekarza, który nie będzie tego stosował.

Następna sprawa, która była podnoszona. Chodzi o zapis dotyczący „leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych”. A więc dotyczy to tylko świadczeń finansowanych ze środków publicznych. A co z leczeniem, gdzie finansowanie jest z innych środków? Mamy abonamenty, mamy inne sytuacje, w których pacjent płaci z własnej kieszeni. Czy wówczas te standardy nie będą obowiązywały?

Następna sprawa. Państwo dyskutowaliście bardzo dużo o konsylium. Co się stało? Konsylium jest dzisiaj zapisane w rozporządzeniu koszykowym ministra. Teraz jest propozycja przeniesienia m.in. koordynatora do ustawy. Pkt 5, dane koordynatora leczenia onkologicznego: imię i nazwisko, numer telefonu służbowego, adres służbowej poczty elektronicznej... Koordynator do tej pory był w rozporządzeniu ministra. W pkt 4 mamy dane lekarza biorącego udział w ustaleniu planu leczenia onkologicznego. A więc jednoosobowa decyzja co do ustalenia planu leczenia onkologicznego... Tu jest rozbieżność: to, co jest proponowane w rozporządzeniu ministra zdrowia odnośnie do konsylium, nie ma przełożenia w ustawie. W Sejmie była duża debata na ten temat, no ale niestety głosowanie zakończyło się tak, jak się zakończyło. Była m.in. propozycja, żeby to, co jest zapisane w rozporządzeniu ministra, przenieść do ustawy, a chodzi o dane lekarzy wielodyscyplinarnego zespołu, czyli, w skrócie, dane lekarzy konsylium, nic więcej. Tę dawało pewność, że konsylium będzie. Natomiast obecny zapis w ocenie wielu posłów będzie skutkowało tym, że konsylium nie będzie.

Kwestia KRN. Były tutaj pytania m.in. w moim kierunku. Te 13%, Panie Senatorze, są podane na stronie KRN. To są dane zgłaszalności. Niektóre kraje europejskie mają 100%, niektóre mają 60%, niektóre mają 40–50%. My mamy ten wskaźnik najniższy. Wprowadzając pakiet onkologiczny przed dwoma laty przypięto, że tak powiem – przepraszam za kolokwializm – zapis z ustawy o karcie zgłoszenia nowotworu do karty DiLO, bo była niska zgłaszalność. Dziś ta zgłaszalność nadal różnie wygląda, w sposób zasadniczy się nie poprawiła, ale w wielu województwach, gdzie jednostki są skomputeryzowane, w których lekarz wypełnia kartę DiLO i z automatu wypełnia kartę zgłoszenia nowotworów, liczba zgłaszanych nowotworów wzrosła.

Kolejna rzecz. Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu pisze, że m.in. dwustronicowa karta DiLO umożliwi wypełnianie w wersji elektronicznej... To dlaczego rezygnujemy z karty zgłoszenia nowotworów? Aż się samo prosi, żeby utrzymać ten system. Mało tego, można by wypracować oprogramowanie dla świadczeniodawców, które by, przepraszam za kolokwializm, spinało te 2 elementy

i z automatu była drukowana karta DiLO. Z doświadczenia mojego zawodowego wiem, że problem naszego Krajowego Rejestru Nowotworów to nie jest kwestia tylko zgłaszalności ze strony poszczególnych lekarzy, ale i kwestia operatywności tego systemu w centrali. To jest problem połączenia między centralą KRN w instytucie onkologii i wojewódzkimi rejestrami oraz przekazywania tych danych. Wiele ośrodków nadal robi to ręcznie, czyli na zasadzie, mówiąc nieładnie, wklepywania danych. Brakuje oprogramowania. Gdyby pozostawić obecny zapis co do połączenia... To jest wyzwanie, Pani Minister, dla państwa, żeby jak najszybciej stworzyć odpowiednie oprogramowanie systemu i to ułatwić. Poprzez pójście na skróty i ułatwienie lekarzowi, likwidując... Tak nie rozwiążecie państwo tego problemu.

Kończąc, Panie Przewodniczący, chcę powiedzieć, że na stronie Ministerstwa Zdrowia jest projekt ustawy o jakości. Tam jest pół strony o rejestrach, m.in. o rejestrze nowotworowym, jak mam nadzieję. Jeżeli to zlikwidujemy, to jak będziemy nad tamtym pracować? Bez żadnego doświadczenia, bez niczego... Jedno z drugim nie jest kompatybilne. Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Pośle.

Pierwsze pytanie dotyczyło kwestii legislacyjnych. Czy nasza pani legislator chciałaby się do tego ustosunkować, zanim oddam głos stronie rządowej?

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Art. 1 pkt 1, kwestia obwieszczenia. Tak, rzeczywiście to nie jest akt normatywny. To jest tylko kwestia informacyjna. W gestii ministra zdrowia... W art. 11 jest określenie zadań ministra zdrowia, to jest katalog otwarty. To rzeczywiście tak jest, jak pan senator mówi, bo jest to obwieszczenie. Kwestia obowiązku wygląda w taki sposób, jak tutaj zostało powiedziane, natomiast nie można stwierdzić, że minister nie ma prawa takiego obwieszczenia wydać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Legislator.

Proszę, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Zacznę od przywołanej tu treści. W art. 11 jest sformułowanie „w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych”, bo ustawa tego dotyczy – to jest ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. No, nie można tu uregulować świadczeń finansowanych ze środków prywatnych, bo nie tego dotyczy ta ustawa.

Kwestia obwieszczenia. Zaczniemy od tego, czy my chcemy całą procedurę medyczną, postępowanie medyczne uregulować w ustawie. To byłoby zamykanie drogi dla

lekarza. Jeżeli uregulujemy kwestie leczenia w ustawie, to lekarz nie będzie mógł samodzielnie podejmować decyzji, tylko będzie musiał iść według wytycznych, jak postępować z pacjentem, które są określone w ustawie. Myślę, że każdy przypadek jest inny i nie można lekarzom w ustawie narzucać, jak mają postępować w przypadku leczenia pacjenta. No, chyba państwu senatorom jako lekarzom nie muszą tłumaczyć, że gdybyśmy kwestie postępowania z pacjentem uregulowali w ustawie, to byłoby to ograniczanie lekarzom możliwości samodzielnego myślenia – oni musieliby postępować zgodnie z tym, jak jest zapisane w ustawie. Moim zdaniem forma obwieszczenia jest jak najbardziej w tym przypadku zasadna. Chodzi o to, żeby lekarz miał prawo decydować, jak postępować w danym przypadku z pacjentem.

Jeżeli chodzi o KRN, to oddaję głos pani dyrektor.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Dyrektor.

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Beata Rorant:

Ja tylko mogę powtórzyć po raz kolejny, co już mówiłam. Zależy nam bardzo na tym, żeby zgłaszalność do KRN wzrosła. Bardzo chcielibyśmy też poprawić efektywność i jakość w ogóle rejestrów medycznych. To, o czym mówił pan senator, czyli projekt założeń ustawy o jakości i bezpieczeństwie, tak naprawdę, że tak powiem, bardzo szeroko dotyczy tej perspektywy. Absolutnie nie będziemy, Panie Senatorze, zaczynać od nowa. Chcielibyśmy, żeby rejestry, które już istnieją, były w lepszej formule informatycznej, ale nie tylko, bo chcielibyśmy je ewentualnie rozbudować, a nie likwidować i zaczynać od nowa.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Ja tylko mogę dodać, że w Ministerstwie Zdrowia został powołany zespół do spraw opracowania ogólnej strategii funkcjonowania wszystkich rejestrów medycznych. Zespół opracowuje wszystkie kwestie związane z funkcjonowaniem rejestrów medycznych. Ministrowi zdrowia nie zależy na tym, żeby likwidować rejestry, ale na tym, żeby one funkcjonowały i żeby usprawniony został proces przekazywania danych do rejestrów. Przepraszam, ale mówienie po raz kolejny, że minister zdrowia chce likwidować rejestry, jest moim zdaniem niezasadne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Rozumiem, że na wszystkie pytania pani odpowiedziała. Tak, Pani Minister? Dziękuję.

Jeszcze senator Stanisławek. Proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Przepraszam, proszę się nie denerwować, ale my naprawdę chcemy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Kwestia KRN. Do tej pory było to powiązane finansowo z tym etapem pogłębionym. Jeżeli to nie będzie powiązane finansowo... Nie wiem, jak ma to być powiązane, żeby ta zgłaszalność była lepsza. No, proszę mi odpowiedzieć, jak państwo to zrobicie, żeby nas zmusić – nas zmusić – do zgłaszania... W jaki sposób?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Minister.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowska: Pani dyrektor...)

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Beata Rorant:

Pomijając kwestię KRN... Najcudowniejszą rzeczą byłoby to, gdyby udało nam się zgłaszalność do wszystkich rejestrów powiązać m.in. z funkcją finansowania świadczeń. To byłoby najlepsze rozwiązanie, bo to zagwarantowałoby, że dane do rejestru będą służyły równoległe z danymi statystycznymi i rozliczeniowymi dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Pracujemy nad takimi rozwiązaniami i naprawdę nie chcemy... To, że tak powiem, odłączenie od karty DiLO nie ma nic wspólnego z finansowaniem i ze zgłaszalnością. My nie chcemy tylko i wyłącznie ograniczać możliwości wydania karty DiLO poprzez konieczność zgłoszenia do KRN... Tylko to. Pojawiała się po prostu cała masa problemów w tym zakresie, taki był odzew ze strony środowiska.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wiecie państwo...

(Wesołość na sali)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, może trzeba jeszcze nad tym tematem podyskutować.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Senatorze, pani senator teraz, bo jeszcze nie zabrała głosu.

(Senator Andrzej Stanisławek: Przepraszam, oczywiście.)

Proszę, Pani Senator.

Senator Bogusława Orzechowska:

Ja zabiorę głos jako przedstawiciel POZ. Karta DiLO i zgłoszenie nie jest problemem dla lekarza POZ. To jest po prostu jeden z elementów statystyki, który my musimy realizować. Uproszczenie karty DiLO to jest bardzo dobre rozwiązanie.

I druga sprawa, rozszerzenie, że tak powiem, katalogu nowotworów. Nie wszystkie, które wymagały szybkiej diagnostyki, były do karty DiLO wprowadzone. Karta DiLO daje pacjentowi szansę na bardzo szybką diagno-

stykę i uważam, że to jest w gestii... Owszem, zdążają mi się pacjenci z już wypełnioną kartą DiLO, a więc nie ja ją wypisuję, bo np. trafili najpierw do szpitala i tam stwierdzono, że jest podejrzenie nowotworu czy już rozpoznano nowotwór. Ja wtedy od razu mam w systemie, że na jakimś etapie, w jakiejś jednostce ta karta została wypełniona i ja jej nie muszę wypełniać. Tak że nie jest to utrudnienie dla lekarzy POZ.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowska:

Ja wiem, że to nie jest utrudnienie... Mam nadzieję, że to tak nie zabrzmiało. To był postulat środowiska onkologicznego. Środowisko onkologiczne bardzo chciało rozdzielenia tego. To jest postulat zgłaszany przez środowisko, który został uwzględniony.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pan senator Grodzki był pierwszy.

Senator Tomasz Grodzki:

Niewątpliwie tak jest, tylko prosiłbym, żeby się zastanowić, czy... Realia życia pokazały, że karta DiLO stała się ważnym dokumentem towarzyszącym pacjentowi. Ja jako szef kliniki mówię lekarzowi: wypełnij kartę DiLO, bo potem musisz to mieć na konsylium. I ona jest wypełniona, na tym czy na innym etapie, ale jest. Gdyby ona jednocześnie stanowiła zgłoszenie do KRN, to byłoby to rozwiązanie dużo lepsze niż moje polecenie w raporcie: pamiętaj o KRN i wypełnij ten drugi dokument. I słyszę: o Jezu, nie... I na pewno tego nie zrobią, bo tych dokumentów nie ma itp. Dojdziemy do ideału, jak będziemy mieli, że tak powiem, ucyfrowioną służbę zdrowia...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Gdyby ta uproszona karta DiLO była jednocześnie zgłoszeniem nowotworu, to wszyscy by was za to chwalili.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Myślę, że to był ciekawy głos w dyskusji.

Pani Minister, proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowska:

My tego nie kwestionujemy, my nie mówimy, że tak nie może być. Karta DiLO jest i może być zgłoszeniem do KRN...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale my tego nie zmieniamy.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pan senator Wojtyła. Proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Wypowiem się jako ten, który pracuje w POZ. No przecież to jest powiązane, karta DiLO jest powiązana z rejestrem nowotworów. Jedno kliknięcie i się zgłasza...
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Senator Stanisławek ma inne zdanie? Słuchamy.

Senator Andrzej Stanisławek:

Przepraszam, ale nie można mówić tego, co jest nieprawdziwe. Karta DiLO, jeżeli jest to etap podstawowy, nie jest zgłoszeniem do rejestru. Zgłoszenie jest na etapie pogłębionym, jak jest rozpoznanie histopatologiczne. Wtedy nie można przejść dalej, jeśli chodzi o kartę DiLO, jeśli się nie wyśle zgłoszenia do KRN. To jest całkiem coś innego.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Mamy jasność w tej kwestii.
Proszę bardzo. I proszę się przedstawić.

**Rzecznik Fundacji Onkologicznej
Osób Młodych „Alivia”
Wojciech Wiśniewski:**

Wojciech Wiśniewski, fundacja onkologiczna „Alivia”.
Zanim przejdę do pytań dotyczących samej ustawy, chciałbym zwrócić uwagę, że wciąż czekamy na publikację raportu Najwyższej Izby Kontroli dotyczącego funkcjonowania pakietu onkologicznego. Bardzo żałuję, że ta nowelizacja jest procedowana przed zapoznaniem się z wynikami tej kontroli. Na podstawie naszych doświadczeń uważam pakiet za dobre rozwiązanie. Sam pakiet kłopotem nie jest – kłopotem dla pacjenta jest to, żeby, że tak powiem, do tego pakietu się dostać. Ja jestem pacjentem pobliskiego POZ – to jest dosyć duży ośrodek – i proszę mi wierzyć, że...
(*Głos z sali: W Warszawie?*)

Tak. Sprawdziłem i wiem, że niestety jest to ponad zdolności wielu lekarzy... Nawet jeżeli są pełni dobrej woli, żeby te dokumenty wypełnić, to i tak jest kłopot z tym, żeby dostać tę kartę. Kłopot polega też na tym, że pacjenci, którzy zakończyli leczenie, w pewnym momencie muszą tę ścieżkę zaczynać od nowa. Czekam z niepokojem na raport NIK, bo oni analizują to na większych próbach niż ja.

Przechodząc do samej ustawy...

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Ministerstwu Zdrowia ten raport jest już znany. Ocena Najwyższej Izby Kontroli jest pozytywna, z drobnymi zastrzeżeniami. To są drobne zastrzeżenia, o których tutaj nie będę teraz mówić. Natomiast ogólnie NIK ocenia pozytywnie funkcjonowania pakietu onkologicznego.*)

Bardzo chętnie zapoznam się z tym raportem, przeczytam każde jedno zdanie.

Mam pytanie dotyczące art. 1 i tego obwieszczenia dotyczącego standardu diagnostyczno-terapeutycznego. Ustawa stanowi, że minister może ogłosić te standardy. Chciałbym zapytać, czy dysponujecie państwo jakimś harmonogramem prac, czy są jakieś obszary, którymi państwo chcielibyście się zająć na początek. Zapis w tej formie może też znaczyć, że minister nigdy żadnego obwieszczenia w tym zakresie nie wyda.

Jeżeli chodzi...

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Mogę odpowiedzieć od razu?*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Tak, Pani Minister, będzie prościej.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowala:**

Jeżeli chodzi o onkologię, to w tym zakresie jest obowiązek, natomiast w przypadku innych dziedzin minister może to zrobić. Tych dziedzin jest sporo i będzie decyzja, która dziedzina najpierw będzie poddana takim procedurom. Na tym etapie jest mi ciężko stwierdzić, które to będą, bo jeszcze nie mamy takiego gotowego harmonogramu. Tak jak mówię, w przypadku onkologii ogłoszenie tego obwieszczenia to jest obbligo, natomiast w przypadku innych dziedzin – minister może je ogłosić. Myślę, że to, jakie dziedziny pójdą, że tak powiem, na początek, zostanie niedługo określone.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.
Proszę bardzo.

**Rzecznik Fundacji Onkologicznej
Osób Młodych „Alivia”
Wojciech Wiśniewski:**

Przepraszam najmocniej, nieprecyzyjnie się wyraziłem. Chodziło mi o harmonogram dla onkologii. Kiedy możemy się spodziewać ogłoszenia tych obwieszczeń i jaka będzie ich kolejność? To jest dla pacjentów bardzo ważne. Szanowni Państwo, polski pacjent nie ma dostępu do informacji dotyczących tego, czego może oczekiwać od lekarza. Z naszych doświadczeń... My posługujemy się przetłumaczonymi na język polski wytycznymi międzynarodowych towarzystw naukowych takich jak ESMO i NCCN z uwzględnieniem faktu, że są pewne rozbieżności w dostępności wielu świadczeń.

Jednocześnie chciałbym, przyłączając się do tego głosu dotyczącego Krajowego Rejestru Nowotworów i w ogóle rejestrów medycznych... Ja wiem, że to wykracza poza te regulacje, natomiast ja bardzo bym sobie życzył, żebyśmy w końcu przeszli do ery rozmawiania o liczbach i rozmawiania o efektywności, która daje się skwantyfikować. Za

każdym razem, kiedy dzwoni do naszej fundacji chory i pyta, gdzie najlepiej się leczy raka piersi, a ja nie mogę mu odpowiedzieć rzetelnie na to pytanie, czuję pewnego rodzaju wstyd. Uważam, że ze względu na niską jakość danych zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów ocena efektywności też będzie obciążona pewnego rodzaju błędem. Do KRN bardzo rzadko... Jest bardzo niska jakość zgłaszania chociażby informacji o stopniu zaawansowania choroby, a istotne jest, w jakich ośrodkach leczy się jakiego rodzaju nowotwory, na jakim etapie zaawansowania.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowala:**

No ale to jest właśnie uregulowane w tej ustawie. Chodzi o przekazywanie wskaźników i to będzie uregulowane. Projekt zakłada, że jeżeli chodzi o onkologię... Minister wyda to, ale oczywiście wtedy, kiedy ustawa wejdzie w życie. Tak że jak ustawa wejdzie... Poza tym pewne procedury, standardy w zakresie onkologii już funkcjonują.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pan senator Stanisławek chce dopomóc...

Senator Andrzej Stanisławek:

Tak. Uważam, że troszkę pan przekłamuje... Nie musi pan żadnych standardów tłumaczyć. Muszę panu powiedzieć jasno, że żadne organizacje międzynarodowe nie istnieją bez nas. ESMO, ESSO... Ja jestem członkiem ESSO. Nie musi pan nic tłumaczyć – wchodzi pan na stronę Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i ma pan tam wszystkie standardy. My pracujemy w oparciu o 2 rodzaje standardów, być może minister już za nami nie nadaża. Chodzi o zalecenia z San Antonio i St. Gallen. My to zmieniamy nawet dwa razy do roku. Tak że to nie jest tak, że jest to niedostępne – jest to dostępne na stronie internetowej każdego dobrego towarzystwa.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Proszę bardzo.

**Rzecznik Fundacji Onkologicznej
Osób Młodych „Alivia”
Wojciech Wiśniewski:**

W takim razie chyba znowu nieprecyzyjnie się wyraziłem. Z Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej mamy bardzo dobre doświadczenia. Chodzi po prostu o dostępne publicznie, publikowane chociażby na stronach Ministerstwa Zdrowia, informacje dla pacjentów. Chodzi mi tylko o kwestię dostępności tych informacji. To pewnie też jest nasza rola, aby ta dostępność była większa.

Kończąc, chciałbym zwrócić uwagę – to wprawdzie nie jest przedmiot regulacji, bo to będzie określone dopiero w rozporządzeniu – że tu jest wskazane chyba po

raz pierwszy, a jeżeli nie po raz pierwszy, to najmocniej przepraszam... Chodzi o publikację informacji o efektywności leczenia onkologicznego wyrażoną jednorocznymi, dwuletnimi, trzyletnimi i pięcioletnimi przeżyciami. Mam nadzieję, że ministerstwo będzie publikować te informacje, bo do tego typu informacji pacjenci powinni mieć dostęp. Dziękuję pięknie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Pani minister chce odpowiedzieć? Proszę.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowala:**

Minister zdrowia będzie publikował te dane. To wszystko będzie dostępne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
I senator Grodzki jeszcze. Proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Tak na marginesie powiem tylko, że pani doktor Joanna Didkowska opublikowała dane o nowotworach. Mamy rok 2017, a one są za rok 2014, bo innych realnych danych nie ma.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Mamy więc duże pole do doskonalenia. Cieszę się, że wszyscy myślimy w tej materii w zasadzie podobnie, różniąc się co do detali.

Ja chciałbym zgłosić 3 poprawki, jeśli można, jeżeli pan przewodniczący uzna, że dyskusja jest już zakończona.

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Taka pora chyba nadeszła. Proszę.)

Panią legislator bardzo proszę o chwilę uwagi. W art. 1 pkt 1, w art. 11 dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu... Ust. 3: minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii agencji, może ogłosić... Ja bym proponował brzmienie następujące: „po zasięgnięciu opinii agencji oraz konsultanta krajowego właściwego dla danej dziedziny medycyny”. To nie jest bez znaczenia, Pani Minister, bo rekomendacje towarzystw naukowych – jestem członkiem wielu, bywałem prezydentem – mimo dobrych chęci i dobrych intencji mogą być skażone pewnym, nazwijmy to, odchyleniem proindustrialnym, bo wiele z tych towarzystw, a zwłaszcza te, które produkują chemioterapeutyki itd., otrzymuje granty naukowo-badawcze czy naukowo-dydaktyczne. Jeżeli i agencja, i konsultant się na ten temat wypowiedzą, nie będzie to grzechem i nie zmieni to istoty zagadnienia.

Druga sprawa...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Senatorze, może od razy posłuchamy opinii legislatora i strony ministra.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Rozumiem, że chodzi o rozszerzenie podmiotów, które będą wydawały opinie...

(*Senator Tomasz Grodzki: Tylko o dodanie konsultantów krajowych.*)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Nie tylko. To są nowe zadania dla konsultanta i dla agencji, co będzie wymagało zmiany ustawy, która reguluje zadania i agencji, i konsultantów. To jest nowe zadanie.

(*Senator Tomasz Grodzki: No ale agencja już tu jest...*)

Agencja tak, agencja jest w ustawie o świadczeniach... To będzie wymagało zmian regulacji dotyczących konsultantów.

(*Senator Tomasz Grodzki: No ale, Pani Minister, większość aktów, które dotyczą torakochirurgii, państwo przesyłacie mnie, żeby je zrecenzował... Jak minister wyda obwieszczenie o raku płuca... Sądzę, że zanim je wyda, powinien zasięgnąć mojej opinii...*)

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: I tak pewnie będzie.*)

(*Senator Tomasz Grodzki: No nie, bo pani minister mówi, że trzeba będzie ustawę zmienić.*)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Ale może, bez zapisywania tego w ustawie, tak jak tłumaczyłam. Naprawdę nie ma potrzeby regulowania tego tutaj akurat taką, konkretną poprawką.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Czy pani legislator coś by chciała dodać?

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie bardzo mogę w tej chwili się wypowiedzieć na temat ustawy o konsultantach. Nie mam jej przy sobie i nie pamiętam po prostu, jak ona reguluje...*)

Rozumiem.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Pan senator pewnie dzisiaj tę poprawkę zgłosi, a pani legislator do czasu posiedzenia Senatu się z tym zapozna i wypracuje swoje stanowisko.

(*Senator Tomasz Grodzki: Tak, zgłaszam tę poprawkę.*)

Rozumiem.

Jaka jest opinia ministerstwa do tej poprawki?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Negatywna.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Druga poprawka. Art. 1 pkt 6, art. 32b ust. 4 i 5. Chodzi o ust. 4 pkt 4. To jest na stronie 4. O tym mówił pan poseł Pawłowicz. Zamiast wyrazów „dane lekarza biorącego udział w ustaleniu planu leczenia onkologicznego” proponuję wyrazy „dane lekarzy biorących udział w ustaleniu planu leczenia onkologicznego”. Chodzi o liczbę mnogą.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Czy to jest poprawka zbieżna z tym, co jest zawarte w druku nr 1240-A pkt 2, który nadaje całemu pktowi 4 nowe brzmienie? Tak? Rozumiem, że tu chodzi o poprawkę, która na etapie postępowania sejmowego... Chodzi o dane lekarzy wielodyscyplinarnego zespołu. Tak?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Senator Tomasz Grodzki: Ona została przyjęta?*)

Ona została odrzucona. Ale jest w druku, który...

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Ale jest taka sama.*)

Tak, Panie Senatorze?)

Chodzi mi o zbieżność brzmienia.

(*Senator Tomasz Grodzki: Ta jest tożsama, tak. Ta jest tożsama.*)

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Pani Legislato?*)

Nie mam uwag.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Minister?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Ja tylko chcę wyjaśnić, że ogólne stanowisko rządu jest negatywne, natomiast ta kwestia była przedmiotem rozmów na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia. Biuro analiz stwierdziło, że tu nie może być liczby mnogiej, tylko liczba pojedyncza, dlatego że to jakby zawęży krąg... To może być kilku lekarzy, więcej niż jeden. Natomiast jeżeli jest jeden lekarz... Biuro analiz stwierdziło, że w tym przypadku może być jeden, ale i może być ich więcej. To były wątpliwości Biura Analiz Sejmowych.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Czyli opinia ministerstwa jest...*)

Dodam, że karta DiLO będzie zawierać kilka, już zawiera kilka... W karcie DiLO będzie można wpisać kilka nazwisk lekarzy. To nie jest zatem zawężenie tylko do jednego, bo w karcie DiLO już jest miejsce na czterech.

Senator Tomasz Grodzki:

Ale ja mówię, Pani Minister, o życiu. Jak goście przeczytają, że wystarczy wpisać jednego doktora, to wpiszą jednego doktora. Inni nie będą się tam wpisywać i tym samym te konsylia obumrą, stracą postać formalną. Na początku siłą rozpędu będą się jeszcze posuwać, ale potem... Skoro trzeba wpisać jednego, żeby karta była ważna, to

wpiszą jednego i ani jednego więcej. I to tak będzie. No, to tak jest. Tak że jakbyśmy zmienili to na liczbę mnogą... Ja nie wiem, czy my ustrój obalimy poprzez to, że wpisujemy tu liczbę mnogą?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Minister, jeszcze raz.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowala:**

Stanowisko jest negatywne. Powiem tylko, że lekarze ustawy nie czytają – oni kartę DiLO będą czytać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Kolejna poprawka.

Senator Tomasz Grodzki:

Mogę to zmienić, zaproponować, Pani Minister zapis: „dane lekarza wielodyscyplinarnego zespołu”. Wtedy ten człowiek albo będzie miał 3 specjalizacje, albo będzie musiał wziąć kolegę i konsylia zostaną uratowane...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Którą wersję pan rekomenduje?)

Jeżeli legislatorzy mówią, że liczba mnoga jest, nie wiem, niebezpieczna dla istnienia systemu, to proponuje, żeby chodziło o dane lekarza biorącego udział w wielodyscyplinarnym zespole, wchodzącego w skład... Mogę to odczytać.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Minister?

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowala:**

Musimy sprawdzić, jak to jest w koszyku. Chodzi o to, żeby to było spójne z rozporządzeniem koszykowym. Ale stanowisko jest negatywne, więc...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

To była druga poprawka. Jeszcze trzecią pan senator ma. Tak?

Senator Tomasz Grodzki:

Tak. Ja doceniam wysiłki ministerstwa, które chce nam oszczędzić bólu biurokracji, ale z punktu widzenia wykorzystania tych danych i ich przyszłej analizy prosiłbym o rozważenie tego, żeby zamienić drugi kwartał na pierwszy.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowala:**

Stanowisko negatywne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Senatorze, proszę powiedzieć, w którym konkretnie paragrafie...

(Senator Tomasz Grodzki: Może pani legislator to doprecyzuje.)

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Tak, oczywiście.)

Proszę, Pani Legislator.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym
w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Art. 1 pkt 7, dotyczący art. 32c ust. 1. Wyraz „drugiego” zastępuje się wyrazem „pierwszego”. Odnosi się on do kwartału roku kalendarzowego następującego po roku, za który obliczano wskaźniki.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pan senator Grodzki złożył 3 poprawki.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie. Albo pan składa, albo nie. Dwie czy trzy?

(Senator Tomasz Grodzki: Trzy, przy czym jedna...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dobrze.

Ja składam jedną poprawkę, aby art. 4 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nadać brzmienie następujące: „Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2017 r.” Uzasadnienie jest dość proste: trzeba dać czas podmiotom na to, aby się z tymi nowymi przepisami zapoznały. To jest wydłużenie momentu wejścia tej ustawy w życie o kilka miesięcy.

Nie ma więcej poprawek, więc przechodzimy do głosowania.

Czy państwu senatorom jeszcze raz odczytać poprawki, które zostały zgłoszone, czy mniej więcej państwo wiecie, na czym one polegają? Myślę, że wiecie.

Głosujemy nad poprawką nr 1. Przypomnę, że chodzi o dopisanie do przepisu konsultanta krajowego, tak ogólnie rzecz biorąc.

Kto z państwa jest za tą poprawką senatora Grodzkiego? (2)

Kto jest przeciw? (3)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka nie została przyjęta.

Poprawka nr 2 rozszerza liczbę lekarzy biorących udział w konsultacjach i w konsylium. Taka jest idea tej poprawki.

Kto z państwa jest za tą poprawką? (3)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

Poprawka została przegłosowana, przyjęta.

Poprawka nr 3...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chodzi o to, żeby te dane przekazywane były wcześniej.
Kto z państwa senatorów jest za tą poprawką? (1)
Kto jest przeciw? (5)
Kto się wstrzymał? (0)
Poprawka nie uzyskała aprobaty.
I poprawka nr 4, przesuująca termin wejścia ustawy w życie.
Kto z państwa jest za? (6)
Dziękuję.
Nad całością musimy teraz głosować. Tak, Pani Legislator? Tak.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej ustawy wraz ze zmianami wynikającymi z przyjętych poprawek? (5)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (1)
Dziękuję bardzo.
Sugerowałbym, żeby sprawozdawcą tej ustawy na sesji plenarnej Senatu był pan profesor Stanisławek.
(*Senator Andrzej Stanisławek*: Dziękuję bardzo.)
Czy ktoś z państwa ma inne zdanie? Nie.
Dziękuję bardzo.
Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 29)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii