



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(628)**

48. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 6 stycznia 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat zmiany zasad finansowania radioterapii.
2. Informacja na temat zasad finansowania procedur urologicznych w systemie jednorodnych grup pacjentów.
3. Sprawy różne.

*(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 40)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Szanowni Państwo, otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam przybyłych zaproszonych gości, witam wszystkich państwa bardzo serdecznie. Witam pana ministra Jakuba Szulca, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, witam pana ministra Marka Twardowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam przedstawiciela prezydenta, panią Annę Gręziak, witam wiceprezesa NFZ, pana Jacka Grabowskiego. Witam przedstawicieli instytutów, których jest wielu, tak więc *pleno titulo* witam wszystkich państwa serdecznie. Witam panią wiceprezes Elżbietę Garwacką-Czachor, wiceprezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Witam także przedstawicieli związków zawodowych i osoby towarzyszące ministrom.

Szanowni Państwo, w planie posiedzenia komisji mamy dwa punkty. Punkt pierwszy: kwestia przesunięcia finansowania radioterapii z procedur wysokospecjalistycznych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Punkt drugi: zasady finansowania procedur urologicznych w systemie JGP. Obie te sprawy w ramach merytorycznych spotkań komisji, ale także przy okazji omawiania budżetu, były przedmiotem niepokojów zgłaszanych przez strony uczestniczące w posiedzeniach komisji. Zwłaszcza kwestia przesunięcia finansowania radioterapii z procedur wysokospecjalistycznych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Awizowaliśmy wówczas, że do tej sprawy powrócimy.

Czy są uwagi do przedstawionego porządku obrad? Nie ma uwag. Uznaję, że program posiedzenia komisji został przyjęty. Chciałbym na początek oddać głos przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia z prośbą o uzasadnienie przekazania finansowania radioterapii. Pan minister Twardowski ma referować tę sprawę, tak?

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Marek Twardowski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przepraszam bardzo. Nie powitałem jeszcze pana Mieczysława Augustyna, gościnnie występującego szefa Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Senatu. Ściśle współpracujemy także i w różnych, trudnych sprawach zdrowotnych.

---

Oddaję głos panu ministrowi.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**  
**Marek Twardowski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Odnośnie do takich świadczeń, jak radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania – stereotaktyczna konformalna, niekoplanarna oraz brachyterapia ze stereotaksją mózgową. Otóż postęp technologiczny, jaki się dokonał w ostatnich latach i nadal się dokonuje, spowodował, że skuteczność radioterapii jako metody leczenia znacznie wzrosła, osiągając 18% radykalnych wyleczeń. Dla porównania ten sam wskaźnik dla chirurgii wynosi 22%, dla chemioterapii 5%. Ten sam postęp spowodował również, że chcąc być w zgodzie z zaleceniami i osiągnięciami nowoczesnej medycyny, znaczna część stosowanych radioterapii spełnia ustalone kilka lat temu i obowiązujące obecnie w Polsce kryteria świadczeń wysokospecjalistycznych.

Skutkiem jest znaczne obciążenie budżetu świadczeń wysokospecjalistycznych, około 1/3 ogólnej puli środków na świadczenia, ale również pozostawienie praktycznie wyłącznie terapii konformalnych, co jest niebezpieczne dla sprawności całego systemu ochrony zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia bowiem, nie będąc zaangażowanym w najbardziej efektywne terapie radykalne, koncentruje się niejako z konieczności na chemioterapii, dużo mniej skutecznej, ale za to znacznie droższej. Istnieją dane statystyczne potwierdzające znaczną skuteczność radioterapii u 40% do 50% chorych na nowotwory. Dodatkowym, ale też bardzo istotnym argumentem jest efektywność kosztowa tej metody leczenia. Ponadto, uwzględniając zasadę jednego płatnika dla poszczególnych rodzajów świadczeń, uzasadnione jest, aby te świadczenia zostały w całości przekazane do NFZ. Ułatwi to kontraktowanie świadczeń NFZ i świadczeniodawcom, a także wyeliminuje ryzyko podwójnego ich rozliczania. Budżet będący w dyspozycji ministra zdrowia na 2009 r. nie umożliwi sfinansowania świadczeń z dziedziny radioterapii w zakresie zgodnym z potrzebami. Przejęcie finansowania przez NFZ rozwiązuje ten problem, zapewniając społeczeństwu większe bezpieczeństwo zdrowotne.

W następstwie dokonanych uzgodnień z Narodowym Funduszem Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia przygotowano projekt rozporządzenia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Projekt jest obecnie przygotowywany do przekazania do Rządowego Centrum Legislacji z wnioskiem o zwolnienie z obowiązku rozpatrzenia przez komisję prawniczą.

Nad tą kwestią zastanawialiśmy już się pod koniec ubiegłego roku. Odbyły się w tej sprawie spotkania z prezesami Funduszu, zarówno prezesem Paszkiewiczem, jak i prezesem Grabowskim. Cieszę się, że jest obecny prezes Grabowski, w razie czego rozwieje państwa wątpliwości. I my ze swojej strony, jako resort, nie widzimy żadnego powodu do niepokoju. Przekazujemy te świadczenia do płatnika, do Narodowego Funduszu Zdrowia, który podpisując kontrakty zapewni przecież, że za te świadczenia zapłaci. Według mojej wiedzy Narodowy Fundusz Zdrowia z podpisanych zobowiązań finansowych zawsze się wywiązuje. My natomiast, mając ograniczone środki finansowe, chcemy rzeczywiście finansować procedury wysokospecjalistyczne. Również takie, które wchodzą do finansowania w trakcie roku kalendarzowego, jak to zwykle ma miejsce.

W zeszłym roku, proszę państwa, aneksowaliśmy wiele umów na świadczenia wysoko-specjalistyczne, finansowaliśmy również świadczenia, których wcześniej nie było w katalogu. Nauka się rozwija i spodziewamy się, że i w roku bieżącym mogą dojść różne świadczenia, które do tej pory nie były opłacane z budżetu. W związku z tym musimy posiadać środki finansowe, żeby w razie potrzeby takie procedury sfinansować.

Rozumiemy, że jeżeli jest zmiana, jeżeli do tej pory płatnikiem było zawsze Ministerstwo Zdrowia, może to wzbudzić jakieś wątpliwości, że teraz będzie trudniej. Ale według naszego przekonania, ponieważ te programy w całości przejdą do Narodowego Funduszu Zdrowia, w takiej postaci, jak do tej pory, nie powinno to spowodować na linii Fundusz – świadczeniodawca żadnych zaburzeń. Jesteśmy przekonani, że tak się stanie. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy pan prezes Grabowski chce w tym momencie zabrać głos?

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Myślę, że po wypowiedzi pana ministra niewiele zostało do uzupełnienia. Chcę po prostu potwierdzić, że ta technologia leczenia nie wydaje się już technologią wysokospecjalistyczną, powinna więc być powszechnie dostępna. Fundusz jest przygotowany do sfinansowania tego świadczenia.

Jeśli państwo będziecie oczekiwali szczegółów dotyczących przygotowań, to chętnie pogłębię informację.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Wobec powyższego, bardzo proszę, w następnej części tego punktu posiedzenia są pytania i potem dyskusja. Bardzo więc proszę o pytania. Czy są pytania do ministerstwa? Bardzo proszę, pan senator Pawłowicz.

**Senator Zbigniew Pawłowicz:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, Pani Minister, Panowie Ministrowie, Dostojni Goście, Szanowni Państwo!

Muszę powiedzieć, że nad procedurami wysokospecjalistycznymi w radioterapii wisi nomen omen jakiś miecz już chyba od 1996 czy 1997 r. One się jakoś ciężko przebijały. Weszły w końcu na dosyć niezły poziom funkcjonowania. Tu chcę pokłonić się przed panami ministrami, przed Ministerstwem Zdrowia, że po ciężkich latach dziewięćdziesiątych, po 2000 r., te procedury są bardzo dobrze finansowane. One zapewniły pełen dostęp dla pacjentów w leczeniu specjalistycznym w radioterapii, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. Do ośrodków referencyjnych zgłaszają się pacjenci, często z odległych miejsc, i otrzymują wysokospecjalistyczną pomoc w zakresie radioterapii. Ministerstwo Zdrowia rozlicza te procedury co do jednej.

Moja obawa, Panie Ministrze, raczej Panie Prezesie – bo myślę, musimy tutaj szukać jakiegoś konsensusu rozwiązania tej sprawy – dotyczy tego, czy w tej sytuacji od 1 kwietnia, gdy procedury wysokospecjalistyczne w radioterapii przejdą do Narodowego Funduszu Zdrowia, wejdą w kontrakt każdego z ośrodków, będą w jakimś sensie limitowane? Czy to nie ograniczy dostępu do tego rodzaju leczenia? To jest jedno pytanie. Z nim wiąże się drugie. W ramach narodowego programu walki z rakiem, który to program funkcjonuje już chyba cztery lata, doposażono na niezłym poziomie szczególnie ośrodki referencyjne, które gwarantują wysoki poziom leczenia... Nie będę na ten temat odpowiadał, bo myślę, że przyjdzie taki moment, kiedy pan przewodniczący poprosi specjalistów w tym zakresie, żeby się wypowiedzieli. Czy w związku z tym duże nakłady, które poniósł budżet państwa, i możliwość ograniczenia dostępu przez limitowany kontrakt nie są w dysonansie? Czy nie powinniśmy znaleźć gdzieś tutaj wspólnego rozwiązania? Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Bardzo proszę, Panie Prezesie.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Panie i Panowie! Limit występuje zawsze, w budżecie ministra zdrowia też. Środki finansowe są zawsze skończone. Jest natomiast rzeczą oczywistą, że na przestrzeni ostatnich trzech lat zjawisko nadwykonań i ograniczenia limitami zwiększonych potrzeb maleje z roku na rok.

Państwo doskonale wiecie, a w szczególności pan senator, który ma duże doświadczenie w zarządzaniu jednostką, że są takie specjalności, jak kardiologia, onkologia, traumatologia, oddziały intensywnej terapii, gdzie praktycznie Fundusz pod koniec roku, w takim lub w innym trybie, te nadwykonania – malejące, jak podkreślam, od trzech lat – pokrywa. One stanowią coraz mniejszy problem. Choć są województwa, w tym na przykład kujawsko-pomorskie, gdzie te nadwykonania są relatywnie wyższe niż gdzie indziej w Polsce. Trudno tego faktu nie zauważyć. To jest pierwsza odpowiedź dotycząca nadwykonania i limitów w ogóle.

Druga kwestia dotyczy radioterapii. Tak jak pan minister podkreślił, i nie sposób tego faktu nie zauważyć, radioterapia jawi nam się jako metoda skuteczniejsza niż inne metody w onkologii. W związku z tym, mówiąc szczerze, chętniej przystępujemy do finansowania tej części, ponieważ presja na wydawanie gigantycznych pieniędzy na chemioterapię – z wątpliwymi zresztą efektami działania niektórych specyfików – jest ogromna. Bardzo często, zresztą, jest realizowana poprzez różnego rodzaju zabiegi medialne. Radioterapia nie ma aż tak silnego lobbingu, w związku z tym to my musimy zadbać o to, żeby była dostatecznie dobrze finansowana. Jest to deklaracja z mojej strony w stosunku do radioterapii. Tak ją postrzegamy.

W stosunku do pierwotnych informacji płynących z Ministerstwa Zdrowia mamy zarezerwowane większe środki finansowe, niż wynika to z wykonania, które zaobserwowano w ciągu tego roku. Tak że tych pieniędzy mamy zarezerwowanych więcej, niż wynika to z ostatnich prognoz dotyczących potrzeb w radioterapii.

Chcę też powiedzieć, że zamierzamy przez te półtora miesiąca, niemal od zaraz, kontynuować prace, które podjęło Ministerstwo Zdrowia nad ponownym zdefiniowaniem tych świadczeń w radioterapii. Niepokoi nas bowiem to, że są zróżnicowane ceny w kraju i to w sposób bardzo znaczący, co sugeruje, że być może definicja tych świadczeń nie jest dość dobra, homogenna. W każdym razie rozumiem, że z drugiej strony jest to oczekiwanie nadzoru specjalistycznego. Zapraszamy oczywiście do współpracy w tym względzie, ponieważ staralibyśmy się raczej ujednoczyć ceny w skali kraju i nie akceptować aż tak wyraźnych różnic.

Uważam, że bez wątplenia – to jest odpowiedź na drugie pytanie, czy sugestie pana senatora, dotyczące środków referencyjnych, to jest też jakby deklaracja z mojej strony dotycząca tego roku – radioterapia, kardiologia interwencyjna, oddziały intensywnej terapii i anestezjologii to są obszary wymagające skrupulatnego planowania w odniesieniu również do podaży świadczeń. Podaży wynikającej z poczynionych inwestycji, tak jak w radioterapii, ale też i z potencjału personelu, który jest dostępny, niezbędny do obsługi tych urządzeń.

Chcę powiedzieć, że oprócz inwestycji z narodowego programu czynione są różnego rodzaju liczne inwestycje regionalne, na przykład w oparciu o środki sporowskie, co szczerze mówiąc, czasem nas niepokoi, jeśli chodzi o celowość tych działań. Uważam, że ten obszar zdecydowanie powinien być, w oparciu o uczestnictwo wielu instytucji i osób merytorycznie przygotowanych, obszarem wielowątkowego planowania, po to, żeby wykonać analizy dostępności, po to, żeby wykonać analizy potrzeb w oparciu o dostępną wiedzę epidemiologiczną. No i wtedy, jak myślę, powinno się budować plany nie roczne czy dwuletnie, ale na przykład dziesięcioletnie.

Oczywiście, jestem członkiem rady narodowego programu, w związku z tym znam jego założenia. Zresztą wystąpimy w najbliższym czasie do Ministerstwa Zdrowia o szczegółową informację dotyczącą tego, gdzie tych inwestycji dokonano. Zamierzamy również wciągnąć oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia właśnie w takie bardziej racjonalne i wyprzedzające finansowanie świadczeń postępowania konkursowe, planowanie. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Mam jeszcze pytanie do pana profesora Reinfussa, konsultanta krajowego w zakresie radiologii onkologicznej. Jak pan ocenia przygotowanie do przeniesienia finansowania tych świadczeń z budżetu do Narodowego Funduszu Zdrowia?

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Radioterapii Onkologicznej  
Marian Reinfuss:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, chcę jasno uzmysłowić najprostsze zasady radioterapii. Kontraktujemy w Funduszu radioterapię paliatywną, kontraktujemy radioterapię 2D, kontraktujemy też radioterapię 3D. Radioterapia 3D jest najpowszechniej stosowaną radykalną metodą radioterapii, radioterapii z odmiany konformalnej. Tak się postępuje z osiemdziesięcioma procentami chorych na świecie. Leczy się ich radioterapią 3D. 2D jest radioterapią czasem radykalną, na przykład w napromienianiu pooperacyjnym lub

przedoperacyjnym, czasem paliatywną. I wreszcie typowa radioterapia paliatywna. Tak wygląda kontrakt w radioterapii z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Co do procedur wysokospecjalistycznych, według mojej oceny – proszę zrozumieć: w internecie nie są publikowane dokładne liczby przyznanych procedur wysokospecjalistycznych ośrodkom, są wymienione ośrodki, które dostały kontrakt – szacunkowo, to około 18% chorych leczonych napromienianiem jest w tej chwili poddanych procedurom wysokospecjalistycznym. W Polsce jest leczonych napromienianiem w chwili obecnej około sześćdziesiąt pięć tysięcy chorych. Tak że Fundusz nie refunduje głównie radioterapii paliatywnej, tylko głównie radioterapię radykalną 3D. Radioterapia niekoplanarna, konformalna, wysokospecjalistyczna pozostawała, jak mówię, w gestii Ministerstwa Zdrowia.

Skąd się biorą, również moje, poważne wątpliwości dotyczące przeniesienia do Narodowego Funduszu Zdrowia tych procedur? Po pierwsze, system ich kontroli. Panie Prezesie, mówmy jasno i otwartym tekstem. Narodowy Fundusz Zdrowia naprawdę nie jest w stanie – i to nie jest jego wina, to są imponderabilia – skontrolować, czy ośrodki robią radioterapię 3D, czy 2D. Drobną różnicą – 8 tysięcy zł a 5 tysięcy zł za procedurę. I ja się wcale temu nie dziwię. Do tego trzeba rzeszy specjalistów. Nie ma ich skąd wziąć.

Ja sobie nie wyobrażam, w jaki sposób Narodowy Fundusz Zdrowia ma zamiar kontrolować realizację procedur wysokospecjalistycznych. Przypomnę, że Ministerstwo Zdrowia jest w stanie rocznie skontrolować dwa, trzy ośrodki wykonujące procedury specjalistyczne. Zlecają to państwo mnie, bo jako konsultantowi krajowemu płaci mi minister zdrowia. Oceniam, że takich specjalistów, którzy to potrafią zrobić, ocenić naprawdę rzetelnie, jest kilkunastu w kraju. Trzeba posłać doskonałego fizyka, doskonałego, który sam wykonuje procedury wysokospecjalistyczne przez wiele lat. Trzeba posłać doskonałego radioterapeuty, albo co najmniej dwóch, żeby nie był posądzony o stronniczość. Mamy trzyosobową komisję. Powtarzam, udaje nam się skontrolować rocznie dwa, trzy ośrodki. Są kontrole, które wyraźnie wykazują pewne braki. Mam ogromne wątpliwości – cieszyłbym się, gdyby one były nieuzasadnione – ogromne wątpliwości, czy Narodowy Fundusz Zdrowia będzie w stanie skontrolować procedury wysokospecjalistyczne w wielu miejscach. Jakimi siłami?

Podejmowane są takie próby. Jest Centrum Monitorowania Jakości. Proszę państwa, jak wygląda kontrola procedur wysokospecjalistycznych poprzez Centrum Monitorowania Jakości? Na wysłaniu ankiet, gdzie wykonujący procedury wpisują, co robią: tak lub nie. Nie będę tego komentował. To też nie jest wina Centrum Monitorowania Jakości. Ono wielokrotnie prosi o to, ale nie ma, proszę państwa, kto kontrolować. To są bardzo trudne, bardzo specjalistyczne zagadnienia.

Myślę, że to wcale nie jest problem tylko pieniędzy. To jest problem tego, że prawdziwe procedury wysokospecjalistyczne, wykonywane uczciwie, rzetelnie, na odpowiednim poziomie, wymagają ośrodków o najwyższym stopniu referencyjności i tylko takie ośrodki powinny je wykonywać. Chcę przypomnieć, że już od wiosny tego roku zwracaliśmy się do Ministerstwa Zdrowia. Zwracał się obecny tu prezes Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, pan profesor Maciejewski, zwracałem się i ja z prośbą i z propozycjami ograniczenia liczby procedur, wysublimowania ich do naprawdę takich, które mogą być wykonywane tylko u części chorych. Proponowaliśmy nawet zmniejszenie liczby procedur, ale osobiście jestem głęboko przekonany, że



pewna pula procedur wyraźnie wysokospecjalistycznych powinna zostać przy Ministerstwie Zdrowia. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Zgłaszał się pan profesor Maciejewski.  
Bardzo proszę.

**Dyrektor Instytutu Centrum Onkologii – Oddział w Gliwicach  
Bogusław Maciejewski:**

Bardzo przepraszam, że może w części mojej wypowiedzi będzie to jakiś element bardzo emocjonalny, jestem bowiem subiektywnie, emocjonalnie związany z rozwojem polskiej radioterapii, która jeszcze dwanaście lat temu była na poziomie – nie zawaham się powiedzieć – Kazachstanu. To były zwykłe aparaty rentgenowskie, bomby kobaltowe, które groziły ogromnymi awariami. Państwo jesteście pod wrażeniem tego, co się działo w Białymstoku. Chwała Ministerstwu Zdrowia za zainwestowanie przez te dwanaście lat ogromnych pieniędzy w implementację aparatury – to jest ponad miliard złotych – w jedną prostą dziedzinę, jaką jest radioterapia.

Zaczeliliśmy mieć do dyspozycji najnowocześniejszą aparaturę. W efekcie poprawił się poziom jakości standardowej radioterapii. Ona, 2D czy 3D – to, co powiedział pan profesor Reinfuss – w każdym względzie jest dzisiaj konformalna, konformalna w sensie dostosowania kształtu i kąta wiązek promieniowania. W związku z tym, w czym ona jest wysokospecjalistyczna i o co my toczymy bój? Ano toczymy bój o radioterapię taką, w której nie tylko są dwie albo trzy wiązki, ale jest ich dziesięć. One są wielkości przekroju ołówka, one są pod różnym kątem. I po co one są? One nie są tylko po to, żeby zniszczyć nowotwór. Otóż powiem państwu, że w zakresie raka głowy i szyi za pomocą tych metod można wyleczyć w tej chwili 70% chorych. Siedemdziesięciu na stu.

Dawniej też nie było tak źle. Różnica polegała na tym, że państwo sobie nie wyobrażacie, co to jest za gehenna dla człowieka, który jest wyleczony z raka, ale nie wydziela śliny – a to jest powikłanie popromienne – i ma suchość w jamie ustnej. On nie może jeść, on nie ma smaku, on nie połyka. To jest po prostu tragedia. Co się dzieje z pacjentem, który niedowidzi ze względu na przedawkowanie – nie dlatego, że jest pomyłka, tylko dlatego, że trzeba podać dużą dawkę w guz? Co się dzieje z chorym, u którego dojdzie do pęknięcia żuchwy? Co się dzieje z chorym, u którego dojdzie do zarośnięcia moczowodu, jest wodonercze i chory umiera z powodu mocznicy, nie z powodu raka? A przed tym chroni, i tu nie ma demagogii, radioterapia wysokospecjalistyczna, z modulacją intensywności dawki, radioterapia stereotaktyczna. Tu jest napisane, że 17%... Nie wiem, skąd autor tego pisma ministerstwa wziął 18%. Otóż my mamy ewidentne dane. W ośrodkach referencyjnych wprowadzenie radioterapii wysokospecjalistycznej, stereotaktycznej, niekoplanarnej, z intensywnością modulacji dawki, zwiększyło wyleczalność o 25% zaawansowanych nowotworów. Zamiast dwudziestu na stu chorych, wypuszczamy wyleczonych czterdziestu pięciu na stu. Tylko po radioterapii. Jeżeli ona jest skojarzona we wczesnym okresie z chemioterapią, to ta wyleczalność wzrasta do 70%. Żebyście państwo byli świadomi, o co toczymy bój.

Stereotaksja. Mamy unikalne środki. Rozwinęliśmy na Śląsku system stereotaksji mózgowej, który polega na tym, że chory ma wykonywane seryjne rezonanse stereotaktyczne, które są przesyłane cyfrowo do kliniki neurochirurgii, na salę operacyjną, do mikroskopu neuronawigacji, gdzie chirurg nakłada obraz z odległego, z Gliwic, rezonansu, na pole operacyjne i ma drogi wzroku, słuchu, mowy, smaku, każdego zmysłu. On wie, co ma wyciąć, żeby nie urazić tych dróg. Jaki jest efekt? Nie mamy na razie poprawy uleczalności złośliwych guzów mózgu, ale 50% więcej chorych przychodzi o własnych siłach na leczenie promieniami. Nie jadą na wózkach, nie są porażeni, nie są niewidzący czy niemówiący. Normalnie funkcjonują. Nawet jeżeli im zostało osiem czy dziesięć miesięcy życia, to oni zupełnie dobrze funkcjonują.

Co to jest radioterapia wysokospecjalistyczna? Jeżeli zostanie to skierowane do finansowania przez NFZ, to przy tych kosztach, które są, skarżemy ludzi, młodych ludzi, którzy oczekują na przeszczep szpiku w białaczkę czy w chłoniakach, na napromienianie całego ciała. Proszę państwa, radioterapia specjalistyczna takich chorych trwa dzień. W sobotę. Cały dzień. Pomyłka o 0,1 greya to jest śmierć. To jest wysokospecjalistyczna radioterapia i o to walczymy.

Zwracaliśmy się do ministerstwa wielokrotnie: nie rozdawajcie tego wszystkim. To nie jest demokracja. To nie jest konkurs. Są ośrodki referencyjne. Gdańsk – profesor Jansen, Bydgoszcz – profesor Makarewicz, Łódź – profesor Fijut, Poznań – profesor Malicki, Kraków – profesor Reinfuss plus trzech profesorów, Gliwice – ja plus sześciu profesorów. To nie jest tylko kwestia aparatury. To nie jest tylko kwestia Porsche, ale kierowcy, który potrafi wyścigowo nim jechać. Nie każdy radioterapeuta umie się nią posługiwać. Dowód? W zeszłym roku przeprowadziliśmy ankietę wśród radioterapeutów, 80% lekarzy anonimowo napisało, że nie potrafi tego wykonywać. To jak oni kontraktują tę radioterapię w ministerstwie?

Pan powiedział, przepraszam bardzo, że jest różnicowanie cen. Tak, bo oni przychodzą i mówią podczas konkursu, że nie możemy dać więcej. Damy więcej po niższej cenie. A, to dobrze. Stąd jest różnicowanie cen.

*(Głos z sali: Pan mówi o ministerialnym konkursie?)*

Tak. Odpowiem na podstawie własnej działki. Mam jedenaście przyspieszaczy liniowych, sześćdziesięciu radioterapeutów, sześciu profesorów, trzydzieści stacji do planowania leczenia. Nie jestem w stanie zrobić więcej radioterapii wysokospecjalistycznych niż tysiąc trzysta. Jak więc ktoś w konkursie występuje, mając dwa przyspieszacze, o osiemset... Dla mnie to jest, przepraszam, szwindel.

Postulowaliśmy do ministerstwa: prosimy o zmniejszenie liczby procedur, nie potrzeba tylu w Polsce – żeby je rzetelnie wykonywać. Wybierzcie państwo siedem ośrodków. To są ośrodki, które należą do Europejskiej Organizacji Instytutów Onkologicznych. To są ośrodki, które uzyskały certyfikację Międzynarodowej Agencji Atomowej w Wiedniu. Ja jestem jednym z czterdziestu pięciu światowych ekspertów kontrolujących te wszystkie ośrodki. Dlaczego jest tak, że bardzo prosto uzyskać pewne kryteria i wprowadzić na rynek w Stanach Zjednoczonych, gdzie jestem członkiem American College of Radiology, który ustala wszystkie kryteria, jeżeli chodzi o procedury... Tam nie ma odwołania. Jest ustalona cena, są ustalone procedury, jest ustalone, co trzeba zrobić.

Odpowiadam. Zwracam się do pana ministra i oczywiście również do NFZ. Jest zasadnicza różnica dwóch literek: leczyć i wyleczyć. Bardzo proszę panów senatorów,

szanownych państwa, żebyście państwo się nad tym zastanowili. Można udawać, że się będzie stosowało wysokospecjalistyczną radioterapię. Można na papierze napisać wszystko, tylko że ten chory będzie leczony i – to, co jest napisane w tym piśmie – on trafi później do leczenia paliatywnego, do chemioterapii, do radiochemioterapii, do ratującej chirurgii.

Przesłałem pani minister dokładną kalkulację, ile kosztuje takie przejście pacjenta do leczenia paliatywnego: piętnastokrotnie więcej niż najdroższa procedura wysokospecjalistyczna. Jeden chory, żeby mu zabezpieczyć miesiąc życia, kosztuje 60 tysięcy zł. Tylko że my nie zdajemy sobie z tego sprawy, bo to jest z różnych źródeł. A to jest renta inwalidzka, a to jest taka procedura, a to jest jakieś leczenie przeciwbólowe, a to jest leczenie sanatoryjne, a to jest rehabilitacja. To są wszystkie koszty, które ponosi państwo, które ponosi społeczna służba zdrowia.

Nasz gorący apel – i naprawdę to nie jest mój interes, to jest interes pacjentów – do Ministerstwa Zdrowia. Nie puszczajcie tego państwo, zmniejszcie liczbę procedur, wybierzcie ośrodki referencyjne, kontrolujcie te ośrodki. Niech one będą przejrzyste w zakresie wykonawstwa. Do czasu, w którym nie dojdzie do konsensusu w ramach NFZ, Ministerstwa Zdrowia i całego środowiska, do wypracowania czytelnego, jednoznacznego systemu kontraktowania i rozliczania, kontrolowania jakości, a nie liczby. Jakość to jest wyliczenie. Bo przecież o to w końcu w sumie walczymy. To jest mój apel jako przedstawiciela środowiska polskich radioterapeutów.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Jestem w dosyć trudnej sytuacji. Jako psychiatra nie za wiele wiem na ten temat, ale tutaj konkluzje wystąpienia pana profesora są dosyć czytelne. Wydaje mi się, że byłoby dobrze, gdyby organy wykonawcze naszej ukochanej ojczyzny odniosły się do tego. Nie wiem, czy pan minister i pan prezes są gotowi ad hoc na to odpowiedzieć...

Bardzo proszę, Panie Ministrze... Czy jednak pan prezes?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Marek Twardowski:**

Bardzo proszę, Panie Prezesie. Ewentualnie ja jeszcze uzupełnię.

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Jacek Grabowski:**

Chcę tylko nieśmiało przypomnieć, że podobne dylematy i problemy przeżywa-  
liśmy kiedyś w zakresie procedur wysokospecjalistycznych z koronarografią i kardio-  
logią interwencyjną. Rozumiem państwa. Dysproporcja zjawisk, dysproporcja cenowa  
i w ogóle złożoność problemu... To jest oczywiste. Jeśli zaś chodzi o koszty, to zdecy-  
dowanie są one raczej po stronie rzeczony kardiologii interwencyjnej. Chcę powie-  
dzieć, że kardiologia przeszła z procedur wysokospecjalistycznych, z finansowania  
przez Ministerstwo Zdrowia, do Funduszu i, Bóg mi świadkiem, zgrzeszyliby kardio-  
lodzy, gdyby stwierdzili, że krzywda im się stała od Funduszu. Ta dziedzina bowiem

bardzo dynamicznie się rozwija i dogoniła porządną średnią europejską, jeśli chodzi o jej poziom funkcjonowania. Protestowałbym więc przed traktowaniem przejścia do finansowania przez Fundusz jako zagładę jakiejś dziedziny. Tak po prostu nie jest.

Jeśli chodzi o poziom finansowania radioterapii, Ministerstwo Zdrowia *versus* Fundusz, jest to stosunek 1:5. Finansujemy pięć razy więcej radioterapii, choć nie tej wysokospecjalistycznej. Tu się absolutnie zgadzam.

Chcę też podkreślić, że jesteśmy gotowi do pracowania nad opisem tego zjawiska i być może innych definicji. Mamy na to niedużo czasu, około półtora miesiąca, ale zapraszamy, korzystając z okazji niniejszego posiedzenia. Mieliśmy bowiem wystosować do państwa pisma. Uważam, że jak najszybszy termin pierwszego spotkania jest tutaj konieczny.

Chcę powiedzieć, że w nowym systemie rozliczeń jest wiele grup ze szczególnymi wymaganiami. To nie jest, proszę państwa, najdroższe świadczenie z tych, które finansujemy. To nie jest tak. Te świadczenia mają cenę dla nas mało szokującą. Po prostu finansujemy już świadczenia droższe. Oczywiście, im te świadczenia są jednostkowo droższe, tym mają wyższe wymagania w stosunku do sprzętu, personelu i dodatkowych elementów, które są charakteryzowane poprzez doświadczenie w wykonywaniu konkretnych świadczeń. Mogą być oczywiście certyfikaty, jeśli taki certyfikat jest rozpoznawalny. Tutaj jednak często toczą się dyskusje prawne, dotyczące tego, czy my możemy takie certyfikaty jako wymagania stawiać, czy nie. Na pewno istnieje taki problem, że jeśli te wymagania zostaną postawione bardzo jednoznacznie i ograniczą liczbę podmiotów, które mogą realizować dane świadczenie, wtedy pojawią się oczywiście protesty wszystkich tych, których wyeliminowano. Te protesty oczywiście trafiają też najprawdopodobniej do Senatu i już przewiduję takie spotkanie Komisji Zdrowia, gdzie będziemy mówili o tym, jak Fundusz, stawiając szczególne wymagania, w sposób dramatyczny, drastyczny i niedopuszczalny ograniczył dostęp do świadczeń z radioterapii.

Wydaje się, że te argumenty są na tyle ważne, że być może rzeczywiście powinniśmy jednak przededefiniować te świadczenia, wybrać te, które są hi-tech, na najwyższym poziomie technologicznym. Ich absolutnie nie można rozrzucić po całym kraju. To nawet przez moment nie przeszło mi przez głowę. Absolutnie zgadzam się również z opinią, że nie jesteśmy merytorycznie przygotowani do kontrolowania tak skomplikowanych świadczeń, bo wtedy koszt funkcjonowania Funduszu musiałby wynosić pewnie z 15%, a nie 1% posiadanych środków. Możemy kogoś wynająć. To jest dopuszczalne. Ustawa o tym mówi, że możemy zatrudnić kontrolera z zewnątrz lub postawić wymagania dotyczące Centrum Monitorowania Jakości, wprost wpisać do wymagań... Badania ankietowe natomiast na pewno niewiele mogą. One mogą tylko jakby naprowadzić na ślad tego, kogo należałoby skontrolować.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy zmiana miejsca płacenia coś zmienia? Wchodząc w tę dyskusję, zastanawiam się nad jeszcze jedną rzeczą. Przypomnę tylko, że zamysły reformatorskie w ochronie zdrowia z 1999 r. były takie, by jednak cały system świadczeń zdrowotnych przesunąć w kierunku kas chorych. Kasy chorych miały w sumie zdepolityzować tę sprawę i spowodować, by w miarę niepolityczna agenda decydowała o jednakowym dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, z mechanizmami wyrównywania w stosunku do uboższych regionów.

Dobrze, że ministerstwo próbuje być odpowiedzialne za hi-tech w medycynie i za innowację. Tak rozumiemy procedury wysokospecjalistyczne. Pytanie jest takie: czy wypowiedź pana prezesa w jakiejś mierze i zaproszenie do dyskusji i do przygotowania już konkretnych rozwiązań, czy to nie jest krok we właściwą stronę? To jest pytanie do pana profesora Maciejewskiego, do pana profesora Reinfussa. Bardzo proszę, abyście państwo się do tej kwestii odnieśli.

**Dyrektor Instytutu Centrum Onkologii – Oddział w Gliwicach  
Bogusław Maciejewski:**

Bardzo dziękuję za propozycję pana prezesa. Nie chciałbym być źle zrozumiany, że my się kurczowo trzymamy Ministerstwa Zdrowia. Powiem dlaczego. Dlatego, że w naszym przekonaniu Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją powszechną. W związku z tym kontraktowanie czy wnioskowanie na zasadzie procedur konkursowych w poszczególnych województwach daje tę możliwość, że poszczególni dyrektorzy oddziałów wojewódzkich nie będą mieli – przepraszam, że to powiem – kompetencji rozdzielenia tego, czy ten ośrodek rzeczywiście spełnia te warunki. W naszym przekonaniu – poza tymi, które wymieniłem – nie. Zachodzi pytanie, czy Narodowy Fundusz Zdrowia potrafi się temu oprzeć i ogłosić, że tylko takie ośrodki mają możliwość aplikowania o procedury.

Mało tego, Panie Prezesie, my możemy dokładnie określić w skali kraju, ile tych wysokospecjalistycznych procedur potrzeba. My to wiemy. Tu nie chodzi o to, że na tym straci pacjent. Nie, jeżeli będzie dokładnie ogłoszone, że w Polsce jest tyle i tyle ośrodków, z nazwiskami specjalistów wiodących w danych ośrodkach, i że jeżeli masz taką i taką chorobę, to tam możesz pójść i będziesz leczony. Mało tego, średnio kolejki w tych ośrodkach są krótsze, niż w ogóle w ośrodkach krajowych. W związku z tym nie będzie protestów. Protesty będą takie, jak były poprzednio w Ministerstwie Zdrowia, gdy – bardzo przepraszam pana ministra – ulegali poprzednicy... Miały być ośrodki referencyjne. Ale był telefon z pewnego województwa od marszałka: my też potrzebujemy. To dajmy im czterdzieści – brzmiała odpowiedź. A z innego województwa, które ledwo zaczęło funkcjonować: a my chcemy pięćdziesiąt. To dajmy im pięćdziesiąt – brzmiała odpowiedź. To było żalosne działanie. Tak to wyglądało. Nasza obawa z tym była związana. Jeżeli jest taka deklaracja pana prezesa, że możemy ustalić dokładnie i precyzyjnie konkretną listę, które i jakie ośrodki, jakie nazwiska... To nie chodzi o to, że to mają być Gliwice. Nie. Tu chodzi o to, żeby ten pacjent miał świadomość, że trafia do ośrodka na najlepsze leczenie, a NFZ, czy obecnie jeszcze ministerstwo, żeby wiedziało, że musi za to rzetelnie zapłacić, tak aby ten chory był wyleczony, a nie tylko leczony. Tak że ja z bardzo dużą estymą przyjmuję propozycję i deklarację pana prezesa.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan senator Zbigniew Pawłowicz. Ekspert komisji także od spraw radioterapii.

**Senator Zbigniew Pawłowicz:**

Proszę mnie tak nie tytułować, bo nie mam kwalifikacji po temu. Proszę państwa, w wypowiedziach na tej sali – niezależnie, czy to są wypowiedzi specjalistów

i liderów w zakresie onkologii radioterapeutycznej, czy liderów płatników, mam na myśli ministra zdrowia, czy pana prezesa – jest zawarta troska o pacjenta. To jest podstawowa rzecz. My się nie różnimy, uważam, w poglądach. Nawet jeżeli je troszkę inaczej, z innego punktu widzenia wypowiadamy.

Żeby nie przedłużać, proszę państwa, mam prośbę wprost do pana ministra, jako senator, jako lekarz, jako dyrektor zarządzający. Panie Ministrze, czy w rozporządzeniu, w którym jako onkolodzy akceptujemy drogę ministerstwa wyjścia z finansowania procedur wysokospecjalistycznych, nie można uwzględnić tego, co wielokrotnie podkreślają konsultant krajowy w zakresie radioterapii, Towarzystwo Radioterapeutów Polskich – jakość radioterapii wysokospecjalistycznej w oparciu o referencyjne ośrodki trzeciego stopnia. Chodzi o to, żeby w tym rozporządzeniu, na przykład w załączniku, znalazły się jasno zdefiniowane kryteria, kto ma te procedury wykonywać. Uważam, że płatnikowi, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, w znaczny sposób ułatwiłoby to działanie i może zapobiegło różnego rodzaju naciskom i lobbowaniu. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pan profesor Reinfuss i potem pan minister.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Radioterapii Onkologicznej  
Marian Reinfuss:**

Konkludując, jeszcze raz chcę powiedzieć, że z naszego punktu widzenia to nie jest istotne, kto będzie płacił za procedury. Mówiąc szczerze, to nie jest istotne. Istotne jest, żeby to były procedury wysokospecjalistyczne, ponieważ to nie jest tylko problem tego, co mówił pan profesor Maciejewski, wyleczalności. To jest problem tego, że czasem jak się nie umie, to lepiej nie wykonywać procedury wysokospecjalistycznej, tylko zrobić normalną. 80% chorych na świecie ma taką radioterapię – 3D. Jest najgorszą rzeczą, jeżeli niefachowiec, ktoś, kto nie umie, bierze się za skomplikowaną radioterapię. Zrobi bowiem więcej szkody niż pożytku. Między innymi o tym tu mówimy.

Powiedzmy sobie otwartym tekstem: kontrolowaliśmy z polecenia Ministerstwa Zdrowia jeden z ośrodków w Polsce. Wszystko się zgadza – ma aparaturę, ma kadre, ma wszystko, tylko w czasie kontroli okazało się, że nie robi tego tak, jak trzeba. O tym też musimy pamiętać. Stworzenie warunków granicznych nie będzie łatwe. Tylko temu służyła moja wypowiedź, żebyśmy sobie wszyscy zdawali z tego sprawę.

Istotne jest, żeby procedury wysokospecjalistyczne były finansowane przyzwoicie, żeby były – to jest nie tylko płatnika interes – dobrze kontrolowane. To jest nasz interes i interes pacjentów, żeby procedur nie wykonywali ludzie, którzy ich po prostu – a tak bywa – nie umieją zrobić. Stąd jest teza o ośrodkach o wysokim stopniu referencyjności.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Pan minister Twardowski.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Marek Twardowski:**

Dziękuję bardzo.

Na wstępie powiem tak: wołą ministra zdrowia było przekazanie procedury wysokospecjalistycznej jako tej, która już nabyła pewien rodzaj standardu, do narodowego płatnika. Nie jest i nie było wołą ministra zdrowia, żeby ta procedura była wykonywana inaczej niż dotychczas, a tylko żeby, broń Boże, nie pogorszyła się jakość wykonywania tej procedury. Przecież, tak jak słusznie tu padło, chodzi o pacjenta. W związku z tym bardzo dziękuję panu prezesowi Grabowskiemu za następującą propozycję, do której chcę jeszcze dołączyć, konkludując, jedno. Rozumiem, że w tej chwili do opracowania procedury do kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia – oczywiście na podstawie procedury, która była kontraktowana przez ministra zdrowia – zostaną zaproszeni obaj panowie profesorowie.

Ze swej strony deklaruję, że do tego zespołu desygnujemy również osoby z Ministerstwa Zdrowia, które zajmowały się procedurą, brały udział w rozstrzygnięciach konkursowych, posiadają na ten temat stosowną wiedzę i będzie to również pomocne przy opracowywaniu tego rozporządzenia. Zależy nam na tym, nie żeby komuś Fundusz zakontraktował takie świadczenie, tylko żeby to świadczenie było wykonane z pożytkiem dla pacjentów, również należycie opłacone, czyli na takim poziomie, na jakim opłacał je minister zdrowia.

Rozumiem, że są różne sumy, rozumiem również, że prezes Funduszu musi znaleźć jakiś złoty środek, żeby to też opłacić, żeby to było rentowne. Proszę jednak przyjąć naszą deklarację, że jeżeli płatnik pomoże nam sfinansować to świadczenie, to my ze swojej strony zadeklarowaliśmy – i publicznie powiedziała to pani minister – że chcemy płacić za procedury wysokospecjalistyczne, za które tylko będziemy w stanie zapłacić, jak również szycujemy się na to, że świat i nauka podąża swoim torem, a w związku z tym pojawiają się nowe wyzwania, nowe procedury. Musimy niejako robić miejsce w Ministerstwie Zdrowia na opłacanie tych nowych procedur. Należy się liczyć, że w przypadku procedur, które w 2009 r. czy w 2010 r. będą jeszcze w ministerstwie, za rok czy dwa będziemy w takiej samej sytuacji i prześlemy je do tego czy innego płatnika, żeby je finansował. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Kończąc ten punkt, chcę bardzo podziękować przybyłym wysoko utytułowanym specjalistom. Myślę, że uczuliliśmy się wszyscy na to, by zmiany organizacyjne wiązały się z ochroną dotychczasowego dorobku i tej jakości, którą udało się uzyskać w poprzednim modelu.

Nim przystąpimy do drugiego punktu, może zrobimy króciutką, techniczną przerwę. Minuta przerwy, po której przechodzimy do kwestii związanych z finansowaniem świadczeń urologicznych.

Bardzo dziękuję przybyłym gościom. Liczę na to, że ta współpraca między Narodowym Funduszem Zdrowia i specjami będzie mocna i dobra.

*(Przerwa w posiedzeniu)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Punkt drugi: zasady finansowania procedur urologicznych w systemie JGP.

Pan minister Grabowski będzie prawdopodobnie pierwszym referentem...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Bardzo proszę pana ministra o zabranie głosu. Punkt drugi: zasady finansowania procedur... Powiem tylko króciutko, że gdy był wprowadzany system JGP, pan prezes Paszkiewicz w czerwcu na merytorycznym spotkaniu senackiej Komisji Zdrowia zapowiadał nam elastyczne wprowadzenie tego systemu. Drugie posiedzenie związane z wdrożeniem JGP odbyło się pod koniec listopada. Wtedy jeszcze nie ujawniły się pewne problemy związane z urologią. Napłynęły one do nas późno i stąd jeszcze próba jakiegoś wsparcia poprzez stworzenie forum do wymiany poglądów na ten temat. Witam w tej części konsultanta krajowego, pana profesora Borówkę.

Bardzo proszę pana ministra o zabranie głosu.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Parę słów króciutkiego wstępu. Otóż kwestią wprowadzenia od 1 lipca 2008 r. jednorodnych grup pacjentów i funkcjonowania systemu po wprowadzeniu zajmowaliśmy się już podczas posiedzeń komisji senackiej kilkakrotnie. Wiadomo, że siłą rzeczy przy wprowadzaniu tak dużych i tak istotnych zmian, jak wprowadzenie JGP, było sporo wątpliwości i nie wszyscy byli od początku do końca przekonani o tym, że to wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów zakończy się sukcesem. Zgodnie z przypuszczeniami oczywiście nie mogło być tak, żeby przy tym tempie wprowadzenia systemu jednorodnych grup pacjentów obyło się zupełnie bez jakichkolwiek potknięć, niedoszacowań, takich, które w toku dalszych prac będą wymagały poprawy.

Z danych, które minister zdrowia posiada z Narodowego Funduszu Zdrowia, wynika, że wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów w urologii spowodowało, owszem, wzrost rentowności hospitalizacji, był to jednak wzrost stosunkowo niewielki, jeżeli porównamy duży agregat wszystkich danych ze wszystkich specjalności. Przy ponadtrzydziestoprocentowym wzroście rentowności hospitalizacji na poziomie kraju mieliśmy tu do czynienia ze wzrostem 4%. Druga połowa roku, ze szczególnym uwzględnieniem ostatnich miesięcy, był to bardzo intensywny czas zarówno dla Ministerstwa Zdrowia, jak i dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Po pierwsze, etap konsultacji i uzgodnień związanych z kontraktowaniem na 2009 r., ale także dokonywania pewnych ustaleń dotyczących możliwych przeszacowań w poszczególnych grupach. Takie spotkania według wiedzy Ministerstwa Zdrowia odbyły się również w zakresie urologii. Efektem tych spotkań było zaproponowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia konkretnych zmian mających za zadanie zwiększenie rentowności w zakresie urologii. To są już szczegóły i myślę, że powie o tym pan prezes Grabowski, jeżeli pan przewodniczący pozwoli. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Chcę jeszcze przywitać pana profesora Sosnowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, i innych gości, którzy są zainteresowani tą sprawą.



W międzyczasie powiem, że wpłynęło do mnie pismo, od pana konsultanta krajowego potwierdzające to, co mówił pan minister Szulc, iż pewne negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia przyniosły pozytywne zmiany. Zobaczymy, na ile one się uwidoczną w dzisiejszej rozmowie.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Wysoka Komisjo!

Parę słów na temat sposobu finansowania urologii w systemie jednorodnych grup pacjentów. Otóż, jak państwo wiecie, system ten został rzeczywiście przygotowany w dość szybkim tempie. Myślę, że urologia była akurat jedną z tych dziedzin, która zmieniła się w stosunku do pierwotnego dość znacznie. Mogę to ocenić jedynie przez porównanie. Nie będę już wymieniał zasad dotyczących JGP, bo akurat jakiś czas temu miałem prezentację dla państwa i w związku z tym nie ma chyba sensu powtarzać pewnych kwestii. W urologii jest pięćdziesiąt jeden zabiegowych grup i osiemnaście grup zachowawczych. Dziedzina wybitnie zabiegowa, co urolodzy chętnie podkreślają, i pewnie słusznie. Efekt rozliczeń – to też są informacje, które zna środowisko urologiczne – jest taki, że oto początek z tych pierwszych trzech miesięcy, jeśli chodzi o wartość, czyli właściwie cenę świadczeń, charakteryzował się spadkiem tej ceny. W rezultacie w trzecim miesiącu uzyskano wzrost rentowności rzędu 4%, co rzeczywiście nie było na tle innych specjalności wzrostem imponującym, tak jak pan minister to podkreślił.

W związku z tym obie strony szykowały się do spotkania tak, żeby wynegocjować może nie tyle wzrost rentowności, bo to jest zawsze miła okoliczność, jeśli obie strony się na to zgadzają, ile zasady tego wzrostu, czyli jak ma nastąpić zmiana taryf i wyceny poszczególnych grup. Obie strony przedstawiły swoje propozycje. Po dyskusjach propozycje, jeśli mi wolno pozytywnie zrecenzować stanowisko zespołu negocjacyjnego... Otóż pan profesor Borówka i zespół negocjacyjny reprezentowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne jest zwartym zespołem, co szalenie ułatwia pracę. Jeśli osobną opinię ma konsultant, osobną opinię ma środowisko, osobną opinię ma towarzystwo, a osobną jeszcze ktoś tam, to nie sposób dojść do żadnego konsensusu. Tu jest o tyle prościej, że środowisko mówi jednym głosem. W związku z tym, co jest naprawdę dużą rzadkością, w czasie jednego, dwóch spotkań udało się dojść do pewnych ustaleń, które, jak tu widać, zaowocują pewnym skutkiem finansowym w postaci dalszego 6% wzrostu rentowności. Tak oceniamy to na podstawie rozliczonych świadczeń.

Ta cena jest wielce prawdopodobna, mamy bowiem już w oparciu o czteromiesięczne dane rozliczeń w JGP w miarę pewną wiedzę na temat liczby zdarzeń, ich średnich ważonych. To jest skutek zmian. Jak widać, tych zmienionych grup na tych sześćdziesiąt parę nie ma dużo. Obie strony poszły raczej w kierunku dowartościowania rzeczy skomplikowanych, rzeczy złożonych, służących cięższym pacjentom. To są kompleksowe, duże, średnie zabiegi dotyczące tej dziedziny.

Na slajdzie widać propozycje środowiska. Na czerwono zaznaczono wartość dotychczasową, następna kolumna to proponowane wartości i ostatecznie ustalone w wyniku pewnych negocjacji i naszych szacunków, które musiały się jednocześnie odbyć w tle tych negocjacji. Mamy też pewne ustalenia dotyczące najbliższej przyszłości. Sprowadzają się one do tego – obie strony zgadzają się – że trzeba będzie pewnie

wartość jednej z grup obniżyć, co jest też pewną rzadkością. Dotyczy to bodajże grupy L32. Podwyższenia natomiast wymaga grupa L31, czyli grupa związana z usunięciem gruczołu krokowego, do wartości zresztą postulowanej przez środowisko, ponieważ jest to skomplikowany i złożony zabieg.

To obniżenie wartości grupy nie może odbyć się w tej chwili, bo trwają postępowania konkursowe. W związku z tym uważamy, że może to dotyczyć przyszłego okresu rozliczeniowego. Akurat tak się szczęśliwie złożyło, że rok jest podzielony na dwa okresy rozliczeniowe. A więc w drugiej połowie roku zmiana ta będzie mogła być wykonana. Mamy ustalone jeszcze pewne prace bez, jak widać, zaplanowanego szczegółowego kierunku rozstrzygnięć dotyczących technik laparoskopowych. Środowisko chce zaproponować trzy grupy zabiegów w oparciu o techniki laparoskopowe. W międzyczasie próbujemy dotrzeć do informacji dotyczących kosztów aparatury i kosztów amortyzacji na zabieg, takiej przeciętnej aparatury, po to, żeby ocenić, czy rzeczywiście udział kosztów aparatury laparoskopowej jest ważący w wycenie tych grup. Następnie rozważamy i podejmiemy decyzję, czy takie grupy powinny powstać.

Wydzielenie takiej grupy, w domyśle z wyższą taryfikacją, to jest jawne promowanie tej technologii. Oczywiście jest to korzystne. Należy jednak pamiętać o pewnej argumentacji, że ta technologia jest też korzystna dla szpitala, bo skraca pobyt pacjenta w szpitalu, można go szybciej wypisać. Trzeba pamiętać o tym, że nawet jak pacjent leży na łóżku i nic się z nim nie dzieje, to i tak dużo to kosztuje. Inna rzecz, że trzeba też pamiętać, że w urologii pobyty nie są długie. W związku z tym jest to rzeczywiście dziedzina, która raczej może i funkcjonuje już dostatecznie dobrze w oparciu o takie jednodniowe, a często też i ambulatoryjne świadczenia. Tak więc myślę, że w wyniku tej pracy doszło do pewnej poprawy kwestii pod tytułem „urologia” w JGP. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Cieszę się bardzo, że takie są pozytywne konkluzje z poprzedniego...

Teraz pan konsultant, pan profesor Borówka.

Bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii**

**Andrzej Borówka:**

Panowie Przewodniczący! Szanowna Komisjo!

Bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie na to spotkanie, które we wszelkich warstwach jest dla nas, urologów, bardzo interesujące. Na wstępie chcę wszystkim złożyć życzenia do siego roku. Wierzę, że będzie to dobry rok, zwłaszcza, że z ust pana prezesa Grabowskiego padają informacje krzepiące. Nie spodziewałem się tego, że będą one aż tak krzepiące.

Napisałem przed dzisiejszym spotkaniem list do pana senatora, w którym zaanonsowałem możliwość przedstawienia nie więcej niż dwudziestominutowej prezentacji, która miałaby odzwierciedlić, czym jest urologia, czym jest urologia w JGP i jakie są nasze doświadczenia związane z kooperacją, podkreślam kooperacją, z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie wiem, czy pan przewodniczący znajdzie czas na to...

Już widzę, że nie. Wobec tego zrezygnuję z tej prezentacji. Chcę však podkreślić kilka rzeczy, nie chcąc polemizować z panem prezesem Grabowskim, które są dla urologii charakterystyczne.

Urologia w istocie jest dyscypliną chirurgiczną, która wyodrębniła się z nauk chirurgicznych dzięki wprowadzeniu endoskopii. W tej chwili endoskopia jest kluczem do sukcesów w leczeniu i rozpoznawaniu bardzo wielu chorób układu moczowego u obu płci oraz chorób układu męskich narządów płciowych. I to jest taki smak urologii. Doprowadził on do tego, że w tej chwili dysponujemy całym szeregiem metod bardzo wysublimowanych, co nie jest naszą dumą, bo w końcu nie my je wymyśliliśmy, ale stosujemy je po to, żeby po pierwsze zmniejszyć inwazyjność naszej działalności, a po wtóre skrócić czas choroby. To wbrew pozorom kosztuje więcej. Wbrew pozorom to kosztuje więcej.

Nie mogąc się posłużyć ściągawką, jaką stanowi moja prezentacja, zgłoszę następujące uwagi do tego, co usłyszeliśmy z ust pana prezesa Grabowskiego. Rzeczywiście, nastąpiło kilka trudnych, bardzo trudnych, ale dobrych spotkań z zespołem pana prezesa. Jedno spotkanie z panem prezesem naczelnym było niedobre, ale zaowocowało kolejnym spotkaniem z zespołem pana prezesa Grabowskiego, tym ostatnim, bardzo dobrym. Rozstaliśmy się po tym spotkaniu z pewnymi ustaleniami, przekonawszy zespół Narodowego Funduszu Zdrowia o słuszności naszych racji.

Chcę podkreślić najwyraźniej, że nasze dezyderaty nie mają charakteru roszczeniowego. Nasze dezyderaty są oparte na efekcie bardzo ciężkich, bardzo trudnych i kosztownych analiz. W czasie, gdy te analizy były dokonywane, kolega Artur Antoniewicz był skarbnikiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego i trzymał kasę, która musiała wytrzymać ciężar tych ocen. Wobec tego to nie jest tak, że argumenty, którymi operujemy w rozmowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, wynikają z tego, że coś nam się wydaje, tylko to są argumenty oparte na konkretnych analizach.

Bardzo proszę pana prezesa Grabowskiego, żeby nie poczuł się osobiście urażony tym, co powiem w tej chwili. Podkreślam, że wszelkie uwagi krytyczne odnoszące się do JGP nie mogą przenosić się na płaszczyznę personalną. A to, że JGP jest systemem niedoskonałym i że JGP... Bardzo cenię pana za przekonanie o konieczności wprowadzenia tego systemu i bardzo cenię pana prezesa Grabowskiego za to, że potrafił sobie w tym pośpiechu jakoś dać radę, że wszystko to się nie rozleciało. To był oczywisty błąd, wprowadzanie systemu tak skomplikowanego – na początku, bo teraz to on już wydaje się prosty – i tak innego od tego, co obowiązywało do 1 lipca 2008 r., było szalenie ryzykowne. Okay, zostawmy te sprawy.

Życzę panu prezesowi Grabowskiemu powodzenia w tej kwestii, tylko, na Boga, nie kosztem braku natychmiastowych korekt pozycji, które są oczywiste. Jestem szczęśliwy, że pan rozumie nasze dezyderaty, że do pana przemawiają nasze analizy finansowe – mówię do pana prezesa Grabowskiego – tylko wykorzystując tutaj swą obecność, chcę powiedzieć, że odwlekanie, odkładanie na przyszłość wszelkich następnych korekt jest po prostu stratą ekonomiczną dla zakładów, w których te procedury są wykonywane. Oczywiście, z pewnym szacunkiem podchodzę do pewnych ograniczeń terminowych dotyczących możliwości czy tempa wprowadzania zmian, ale proszę Narodowy Fundusz Zdrowia o to, żeby w sytuacjach oczywistych wziął pod uwagę, że prolongowanie złych zasad finansowania jest narażeniem placówek na straty finansowe.

Na koniec chcę powiedzieć następującą rzecz. Lekarze są odpowiedzialni za losy chorych. Ja i moi przyjaciele jesteśmy odpowiedzialni za to, że mamy umieć rozpoznać chorobę, wiedzieć kiedy i co zrobić, i wiedzieć kiedy wypisać zdrowego pacjenta do domu. My nie ponosimy odpowiedzialności za system. Odpowiedzialność za system leży po stronie ustawodawcy, Ministerstwa Zdrowia oraz jego zbrojnego ramienia, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeśli nie zdamy sobie sprawy, że nasza odpowiedzialność względem społeczeństwa jest tak podzielona, to nigdy w życiu nie dojdziemy do konsensusu.

Jestem głęboko przekonany, że obserwując łagodzenie kantów... Użyłem złego słowa. Obserwując więc łagodzenie ostrości wypowiedzi w czasie kolejnych spotkań, wygładzając je, dojdziemy do pełnego sukcesu. Jestem naprawdę pewien – nie jestem przekonany, tylko jestem pewien – że pan prezes Grabowski będzie mógł stawiać urologię jako dyscyplinę wzorcową, tak jak jest ona stawiana wśród innych dyscyplin zabiegowych w Polsce. Bardzo dziękuję za zaproszenie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Przepraszam, że nie dopuściłem do tej dłuższej prezentacji, ale są jeszcze chętni do zabrania głosu.

Proszę bardzo, pan senator Krajczy.

**Senator Norbert Krajczy:**

Dziękuję.

Bardzo krótko. Chciałbym tylko przestrzec pana profesora przed takim optymizmem. Zaraz powiem dlaczego. Oczywiście, dziękuję za to, że zmobilizowaliście państwo wszystkich konsultantów wojewódzkich. Mnie z kolei wojewódzki konsultant do spraw urologii też zmobilizował i dlatego tutaj jestem i zabieram głos.

Ale – to już do pana ministra Szulca – Panie Ministrze, skoro pan prezes Grabowski o JGP mówi nam, że tak będzie... Oczywiście, nie mówię o chorobach zakaźnych, nie mówię o pediatrii, a konkretnie o intensywnej opiece medycznej. Pan prezes Grabowski powiedział, że od 1 stycznia pierwszy i ostatni dzień na OIOM będą finansowane. Nie są. Pan prezes Grabowski powiedział, że...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Ja już kończę.

...że zgon na OIOM będzie się liczył jako jeden dzień. Rzekomo to już dawno miało być wprowadzone, tylko gruper tego nie widzi. Gruper dalej tego nie widzi... Przepraszam, my tu po to jesteśmy, żeby oczywiście słuchać, żeby doradzać, ale z drugiej strony chcielibyśmy to, co ewentualnie usłyszymy, przenosić nie tylko, powiedzmy, do dyrektorów oddziałów NFZ, ale przede wszystkim do konsultantów, do ordynatorów... W przypadku intensywnej terapii jest to istotne. Ten pierwszy i ostatni dzień powoduje bowiem 12% mniej środków dla intensywnej terapii. Myślę, że w tym przypadku mówienie, że nikt nic nie powiedział jest nieprawdą. Możemy wrócić do naszych protokołów. To przecież było powiedziane i to jest nagrane. Tak samo w przypadku zgonu pacjenta na OIOM. Rozliczenie tego pacjenta na OIOM to jest następne 8%. Nie pora dzisiaj na rozmowy na temat jednorodnych grup pacjentów. Pro-

siliśmy, nie tylko my senatorowie, ale też samorządowcy, związki zawodowe i nie tylko, żeby uruchomić to od 1 stycznia 2009 r. Ale było powiedziane: nie, bo nie. Kończę. Więcej na ten temat nie powiem nic. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Co prawda nie jest dzisiaj tematem kwestia finansowania OIOM, ale widzę, że pan prezes chce ad vocem odnieść się do sprawy.

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Wyraźnie chcę podkreślić, że na pewno nie obiecywałem i nie obiecuję i wyrażam raczej sceptyczne stanowisko, podobnie jak mój szef, jeśli chodzi o kwestię finansowania tych dwóch dni na OIT. Przyjęliśmy oczywiście uchwałę komisji do wiadomości. Rozumiemy to stanowisko. Podtrzymujemy natomiast nasze stanowisko w tej sprawie. Tak że nie jest prawdą, że ze wszystkim się zgadzamy. Co do kwestii dotyczącej liczenia czasu pobytu, zmiana w gruperze nastąpi. Między powiedzeniem czegoś a realizacją, niestety, w tej dziedzinie upływa dużo czasu. Po pierwsze dlatego, że musimy z dużym wyprzedzeniem informować firmy informatyczne, które muszą obsłużyć tę zmianę. Nawet jeśli nasze procedury administracyjne są stosunkowo krótkie, to i tak musi być dosyć długie wyprzedzenie w czasie.

Informacja o tym, że ta zmiana ma nastąpić, już jest opublikowana na stronie internetowej Funduszu. Ona bodajże, tak przypuszczam, była opublikowana tuż po albo w trakcie naszego spotkania. Jednak czas wejścia tej zmiany w życie jest odwleczone i nastąpił chyba dopiero od pierwszego, dlatego że musieliśmy dać czas firmom produkującym software szpitalny na dostosowanie się do tej zmiany. Inaczej oni natychmiast to oprotestują, mówiąc w ten oto sposób, że nierówno traktujemy podmioty. Czyli nasi dostawcy, którzy wiedzą wcześniej o takiej kwestii, bo z różnych powodów pracują z nami w tej firmie, mają krótszy czas na dostosowanie niż inne firmy software'owe. Do tego dopuszczać nie możemy, dlatego potrzebny jest ten czas na dostosowanie. Nie wynika on nawet z tego, że to jest jakaś skomplikowana rzecz, bo rzecz nie jest skomplikowana na poziomie software'owym, tylko, że firmy też muszą mieć chwilę na realizację zmian.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan senator Waldemar Kraska, bardzo proszę.

**Senator Waldemar Kraska:**

Panie Przewodniczący, bardzo krótko. Mam pytanie do pana profesora. Panie Profesorze, które procedury według pana są w dalszym ciągu niedofinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia? Pan prezes obiecał, że będą zmiany w następnym półroczu. Czy były jakieś obliczenia, ile oddziały urologiczne stracą w ciągu tego pierwsze-

go półrocza, bo przecież muszą funkcjonować, wykonywać zabiegi? Jakże to są straty? Czy pan profesor ma jakieś orientacyjne dane w tym kierunku? Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tylko to jest tak trochę sprzeczne z prezentacją, z której wynika, że rentowność urologii jest planowana na poziomie 6%. Ale, być może, jakieś konkretne procedury są dalej niedofinansowane.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii**

**Andrzej Borówka:**

Dziękuję za to pytanie. To bardzo dobre pytanie. Odpowiadając na nie, muszę stwierdzić, że Narodowy Fundusz Zdrowia pierwotnie obiecywał wzrost nakładów na działalność medyczną rządu 12%. W urologii ona kształtuje się na poziomie 4%. Nie wiem, czy te dane pochodzą z komputera pana prezesa Grabowskiego, czy pochodzą one z komputera pana prezesa Paszkiewicza. Z jego ust je znam. Widząc, co dzieje się w kraju, mam pewną wątpliwość, czy tak jest rzeczywiście. Ponadto, analizując stopień refundowania poszczególnych procedur, mam również wątpliwość, czy można przyjąć ten czteroprocentowy wzrost za rzeczywistość. Jeśli jest rzeczywistością, to proszę zwrócić uwagę, że jest on jedynie odpowiednikiem stopnia inflacji. To jest żaden wzrost. Ponadto mówimy przecież, że punktem odniesienia do obliczania tego wzrostu jest sytuacja sprzed JGP. Udowodniłszy Narodowemu Funduszowi Zdrowia, że sytuacja finansowa urologii sprzed JGP była bardzo daleka od takiej, jaka powinna być. Przecież, na Boga, na świecie wszystko musi kosztować tyle, ile kosztuje.

Pan senator mnie pyta, które procedury są niedoszacowane? Biopsja gruczołu krokowego jest to podstawowy zabieg diagnostyczny, który ma na celu rozpoznanie raka gruczołu krokowego. Wiemy, jakie znaczenie ma wczesne rozpoznanie raka gruczołu krokowego. Dotychczas kosztowała dwa punkty, co równa się 96 zł czy 100 zł. Wie pan, dwóch patologów, porządna maszyna, igła, która kosztuje sto, dwanaście wycinków, gdzie ocena każdego z nich kosztuje w mieście 30 zł... To jest więc zupełne nieporozumienie. Zdaje mi się, że wyszliśmy z tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia zaakceptował podwyżkę wyceny tej procedury. Druga sprawa: operacje laparoskopowe. Nie chodzi o drobiazgi, chodzi o poważną onkologię. Uroonkologia to jest 40% do 80% obciążenia pracą oddziałów i klinik urologii. Operacje laparoskopowe są wycenione w tej chwili niżej niż standardowe operacje otwarte. Kompletne szaleństwo. Nie wiem, błąd przy obliczaniu, czy co? W ogóle nie jestem w stanie tego skomentować.

Przyjmuję, że zostanie to wyprostowane w ciągu półrocza, tylko, jak mówię, to półrocze pociąga za sobą kolosalne koszty. Pan senator powiedział, że nie podziela pan mojego optymizmu. A jaki ja mam być? Gdybym nie był optymistą i gdybym się zachowywał tak, jak należałoby być może zachować się wcześniej, to w ogóle by do żadnych rozmów nie doszło. My zastanawiamy się w naszym środowisku, co z tym fantem zrobić. Mówię, że przecież musimy być grzeczni i musimy rozmawiać z Narodowym Funduszem Zdrowia...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

...nie dlatego, żeby go o coś prosić, tylko dlatego, żeby mieć szansę przekonania Narodowego Funduszu Zdrowia. W końcu nie mówimy o prywatnych praktykach,

tylko mówimy o poważnej państwowej medycynie. Ja za nią nie jestem odpowiedzialny. Za państwową medycynę są odpowiedzialne trzy podmioty, o których powiedziałem. Nie mam ocen, ile straci urologia poprzez niedoszacowanie wycen procedur urologicznych. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pomalutku posiedzenie komisji musi się zbliżać do końca. Posiedzenie jest zaplanowane do godziny 18.00. Jeszcze Mieczysław Augustyn i potem pan prezes Grabowski.

Bardzo proszę.

**Senator Mieczysław Augustyn:**

Prosiłbym o odpowiedzi na następujące dwa pytania. Pierwsze: czy zmiana wyceny wartości punktowej, która jest w tabeli na stronie dziesiątej państwa prezentacji, wchodzi w życie od 1 stycznia? Od kiedy ona wchodzi w życie? Słyszę bowiem informacje, które są rozbieżne. To pytanie pierwsze. Drugie pytanie jest takie: w jakiej części doszłicie państwo do porozumienia? Z mojej wiedzy i z tego, co przed chwilą tu padło, jest jeszcze cały szereg procedur, które są zupełnie źle wycenione. Co dalej? Co z absurdami, które wydają się jeszcze dalej pozostawać?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan prezes Grabowski, bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Już to raz mówiłem, może powtórzę. Brakuje tutaj trzeciego elementu do dyskusji. To znaczy mnie się wydaje, że brakuje ubezpieczonych. Każda bowiem taka decyzja o zmianie ceny to jest wydrenowanie ich kieszeni. Nie zapominajmy może o tym drobnym fakcie. My cały czas o tym pamiętamy. To nie jest tak, że Fundusz oszczędza, bo Fundusz chce mieć więcej pieniędzy. Fundusz dysponuje pieniędzmi zgromadzonymi od osób ubezpieczonych, a nie innych.

Powiem, że naszą motywacją do dyskusji na temat zwiększania rentowności urologii – pomimo, że świetnie funkcjonują niektóre NZOZ urologiczne – było to, że rzeczywiście można przyjąć taką interpretację, że ci, którzy zajmują się tą ciężką urologią są niedofinansowani. Choć muszę powiedzieć, że informacja kosztowa na ten temat jest nader skąpa. Wszyscy twierdzą stanowczo, że już wszystko policzyli, tylko że tych wiarygodnych danych nikt na dzień dzisiejszy w Polsce nie posiada. Mamy swoje informacje na ten temat i rzeczywiście w paru szpitalach mamy dojście do informacji kosztowej. W związku z tym byliśmy gotowi na tę zmianę. Ale to nie jest tak, że jeśli państwo nawet w Senacie lub w Sejmie będziecie Fundusz chłostać z powodu braku, nie wiem, satysfakcjonującej dla realizatorów świadczeń wyceny, to my natychmiast z tego powodu ceny zmienimy. Nie, najpierw musi być to wszystko uzasadnione. Przyjęliśmy zasadność argumentów pana profesora Borówki w odniesieniu do

tych ośmiu procedur i na pewno będzie nas ciężko przekonać co do następnych. Nie chcę panom zostawić nawet cienia złudzeń w tym zakresie.

Jeśli chodzi o niektóre aspekty, Panie Profesorze, to myślę, że są one jednak troszkę wstydliwe. Jeśli mówimy o tym, że zgodziliśmy się na biopsję gruczołu krokowego w tej wersji, którą wspólnie uzgodniliśmy, to pragnę też przypomnieć, że państwo zadeklarowaliście, że opiszecie standard wykonania tej biopsji i opublikujecie ten standard. Tego standardu bowiem nie trzymają urolodzy i są tego liczne konsekwencje, do czego państwo też się jakby przyznajecie. Prosiłbym o niezapominanie o tej deklaracji w tym względzie, bo jest to z naszej strony decyzja warunkowa. Decydujemy się na droższą grupę w oparciu o inny sposób wykonania tej biopsji, ale w nadziei, że będzie dotrzymany standard jej wykonania, gwarantujący większe prawdopodobieństwo wykrycia zmian nowotworowych.

Na koniec chciałbym odpowiedzieć wprost na pytanie kiedy wejdą w życie zmiany. Zmiany wyceny wejdą w życie po zakończeniu konsultacji, które zakończą się około 20 stycznia, z czasem obowiązywania od 1 stycznia. Ta sprawa jest zamknięta. Mówiłem natomiast też o pewnej perspektywie dyskusji. Na koniec chcę powiedzieć, że cztery plus sześć równa się dziesięć...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Nie mówimy o czterech ani nie mówimy o sześciu, tylko mówimy o tym, że cztery plus sześć równa się 10% wzrostu rentowności, czy też średniej ceny w urologii.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

I na koniec pan minister.

Bardzo proszę.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Cztery plus sześć równa się dziesięć. Jeżeli do tego porównamy jeszcze dane wzięte ze stycznia 2008 r., to trzeba byłoby powiedzieć, że cztery plus sześć plus osiem równa się osiemnaście, co w żaden sposób oczywiście – bo rozumiem, że pan profesor chce skorygować – nie pokazuje, czy dana procedura jest zabezpieczona, nawet jeśli procedury są rozliczane na wystarczającym poziomie, czy też nie, tylko pokazuje to, z jakiego pułapu wyjściowego startowaliśmy rok temu. I to jest to jedno jedyne stwierdzenie. Tylko, że Wysoka Komisjo, proszę zwrócić uwagę na to, że jednak poruszamy się cały czas w sytuacji, kiedy mamy określoną ilość środków dostępnych w systemie, które w zasadzie mogłyby czy powinny być rozdysponowane na zupełnie nieokreśloną ilość potrzeb, które są w systemie. Przecież dyskutowaliśmy tu na ten temat nie jeden raz i nie dwa. Oczywiście sprawą jest to, że ochrona zdrowia w Polsce, w porównaniu chociażby z innymi krajami Unii Europejskiej, nie wypada najlepiej i że potrzebne jest zwiększenie strumienia pieniężnego, który jest przeznaczony na leczenie polskich pacjentów. Co do tego nie ma żadnych wątpliwości. Z tym nikt się nie kłóci.

Funkcjonujemy natomiast w określonej rzeczywistości i w określonej rzeczywistości musimy się poruszać, a mamy też inne procedury, które są do pokrycia. Na pyta-



nia dotyczące tego, od kiedy te zmiany wejdą w życie, odpowiedział przed momentem pan prezes Grabowski, w związku z tym nie będę do nich wracał, również w kontekście OIT. Co do pytania senatora dotyczącego rentowności, o ile spadnie rentowność, czy które procedury są nierentowne. Panie Senatorze, w takim układzie dobrze byłoby zadać sobie pytanie, w jaki sposób możemy to w tym momencie policzyć? Dlatego, że wiarygodnych danych kosztowych ze szpitali w tej chwili nie ma i niestety z dużą dozą prawdopodobieństwa należy powiedzieć, że w najbliższym czasie ich nie będzie. Możemy bowiem wykonywać dziesiątki ruchów po to, żeby w sposób administracyjny przekonać, po pierwsze, do tego, żeby w sposób bardziej sensowny zarządzać środkami finansowymi, po drugie, żeby sprawozdawczość, którą otrzymujemy z SP ZOZ, była inna niż jest i, niestety, niekoniecznie to przyniesie jakikolwiek efekt. Zainteresowanie poszczególnych SP ZOZ – oczywiście nie mówię o wszystkich – tymi rozwiązaniami niekoniecznie jest takie, jakie w naszym wyobrażeniu i w naszym przekonaniu, jak środkami finansowymi powinno się zarządzać, jest wystarczające.

Co do słów pana profesora o tym, że oczywiście za politykę zdrowotną odpowiada minister zdrowia i jego zbrojne ramię, jakim jest NFZ, a nie lekarze, to jest to oczywista sprawa. Lekarze powinni odpowiadać za to, wiedzieć, co zrobić z pacjentami, kiedy się pojawiają. Sprawą systemu i odpowiedniego jego ustawienia jest to, żeby były na to środki, żeby można było to zrobić. Do tego dodałbym jeszcze jedną rzecz, że należy również uwzględnić nie tylko władzę wykonawczą, ale także władzę ustawodawczą, która niekoniecznie zawsze na dokonanie wszystkich zmian pozwala. Kiedy bowiem nie tak dawno chcieliśmy wprowadzić element bardzo mocno racjonalizujący gospodarkę finansową – odnosił się do tego również przed momentem pan prezes Grabowski, mówiąc o tym, że NZOZ doskonale sobie radzą z rachunkiem kosztów – kiedy więc chcieliśmy wprowadzić zmiany, które racjonalizowałyby gospodarkę finansową jak gdyby odgórnie, to efekty tego wszystkim państwu są znane i rozumiem, że nie trzeba tego powtarzać. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Kończymy dyskusję. Cieszę się bardzo z koncyliacyjnego tonu rozmowy o trudnych sprawach. Mam nadzieję, że pojawia się tu gdzieś za kulisami jeden element, jakim jest zaufanie i przekonanie, że jednak strony w tym całym postępowaniu kierują się racjami pacjenta i że ograniczenie, które każda ze stron ma, są szanowane. Rozumiemy to, i towarzystwo urologów, i zarządzający służbą zdrowia, i Narodowym Funduszem Zdrowia. Musicie też państwo rozumieć nasze ograniczenia legislacyjne.

Chcę wszystkim uczestnikom ten części komisji bardzo podziękować i zamknąć posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dziękuję bardzo.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 18 minut 07)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851