

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ
DO SPRAW ONKOLOGII
(NR 14)
z dnia 8 maja 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 14)

8 maja 2025 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat systemu opieki nad pacjentami z nowotworami przewodu pokarmowego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Konrad Korbiński** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Iwona Kasprzak** dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami oraz **Beata Koń** zastępca dyrektora Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Anna Cywińska** i **Daria Sobolewska** przedstawicielki Poradni Nutrimed, **Marek Durlik** przedstawiciel Europejskiego Centrum Medycznego, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Elżbieta Markowska** prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Iga Rawicka** prezes Fundacji EuropaColon Polska, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego Sanitas, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Lucjan Wyrwicz** kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego.

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

Przewodniczący poseł **Marek Tomasz Hok (KO)**:

Dzień dobry. Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat systemu opieki nad pacjentami z nowotworami przewodu pokarmowego. Przedstawiają minister zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Szanowni państwo, nowotwory przewodu pokarmowego, jak wiemy doskonale, to poważny, wielki problem nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. Do najgroźniejszych należą oczywiście nowotwór trzustki, wątroby, pęcherzyka żółciowego, jelita grubego, żołądka, przełyku. To nowotwory, które występują najczęściej u mężczyzn. Rocznie mamy trzydzieści kilka tysięcy nowych zachorowań i niestety ponad 25 tys. zgonów z powodu nowotworów przewodu pokarmowego. Jest to więc problem, o którym chcielibyśmy dzisiaj rozmawiać. Wczesna diagnostyka, wczesne rozpoznanie i leczenie, dają nadzieję na konkretne leczenie i na wyleczenie.

W związku z tym chciałbym przejść do porządku obrad i prosić przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji. Jest upoważnienie pani minister zdrowia, jeżeli chodzi o resort. Pan dyrektor Konrad Korbasiański, Departament Opieki Koordynowanej. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia **Konrad Korbiński**:

Szanowni państwo, panie przewodniczący, Korbiński.

Przewodniczący poseł **Marek Tomasz Hok (KO)**:

Przepraszam pana, oczywiście.

Dyrektor departamentu MZ **Konrad Korbiński**:

Korbasiańska to Dagmara, też dyrektor departamentu ...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo przepraszam.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Tak więc pomyłka taka jest zawsze dla mnie bardzo miła, ale prostuję. Szanowni państwo, to jeżeli mogę, na początku oddam głos naczelnikowi z Departamentu Lecznictwa, panu Tomaszowi Kulecie, w celu udzielenia ogólnych informacji dotyczących systemu opieki nad pacjentami z nowotworami układu pokarmowego, a później postaram się oczywiście udzielić odpowiedzi na państwa pytania.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę panie dyrektorze.

Naczelnik Wydziału Świadczeń Gwarantowanych w Departamencie Lecznictwa MZ Tomasz Kuleta:

Dzień dobry państwu. Tomasz Kuleta, naczelnik Wydziału Świadczeń Gwarantowanych, Departament Lecznictwa. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo, pomnę w tej chwili informacje o tak zwanej Krajowej Sieci Onkologicznej, bowiem tutaj na pewno więcej powie w tym zakresie pan dyrektor Korbiński. Zacznę troszeczkę nietypowo, bowiem od informacji na temat nowych częsteczek-wskazań, które zostały wprowadzone w związku z chorobami onkologicznymi w latach 2023–25.

W latach 2023–25, albo nawet 2022–25, było dosyć dużo tych nowych częsteczkowskazań. Rok 2022 – 115 innowacyjnych terapii, z czego 40 dotyczy onkologii. Rok 2023 – 145 innowacyjnych terapii, w tym 75 terapii onkologicznych. Cztery obwieszczenia w roku 2024 to kolejne 135 nowych częsteczkowskazań, w tym 36 onkologicznych. Dwa pierwsze obwieszczenia 2025 r. to 60 nowych częsteczkowskazań, w których 23 wskazania dotyczą obszaru onkologii.

Nowotwory przewodu pokarmowego w latach 2021–2025. Refundacją objęto prawie 20 nowych częsteczkowskazań. W przypadku programów lekowych dotyczących nowotworów przewodu pokarmowego, w celu poszerzenia dostępności terapii refundowanych minister zdrowia wydaje z urzędu decyzje zmieniające kategorie dostępności refundacyjnej z leków stosowanych w ramach programów lekowych do leków stosowanych w ramach chemioterapii. I tak, w maju 2023 r., w przypadku leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego, w przypadku substancji czynnych sunitynib, sorafenib i imatinib oraz w przypadku programu – leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu endokrynnego trzustki, ewerolimus i sinatinib. Te substancje czynne zostały właśnie przerzucone z programów lekowych do katalogu chemioterapii.

Wydatkowanie przez płatnika na programy onkologiczne. W 2022 r. wartość rozliczona, uwzględniająca wydatki na leki i świadczenia, wyniosła około 318 mln zł. W 2024 r. to już były 503 mln zł. Wzrost wydatkowania to 63% tylko na przestrzeni dwóch lat.

Jeżeli chodzi o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, nie będę może mówił o samych zasadach jej stosowania, natomiast liczba wydanych kart DiLO w związku z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworów przewodu pokarmowego, w latach od 2021 systematycznie rośnie. Podam kilka wartości. 2021 rok – 22 165 wydanych kart, 2024 rok – 25 360 kart. Wzrost jest widoczny. Jest on odnotowany. Jest on dosyć duży – mówimy o chorobach onkologicznych.

W 2024 r. najczęściej wydawano karty DiLO w związku z rozpoznaniem lub podejrzeniem raka jelita grubego, raka odbytnicy oraz raka żołądka. Wraz ze wzrostem liczby wydawanych kart w związku z rozpoznaniem nowotworu przewodu pokarmowego, w latach 2021 do marca 2025 maleje odsetek diagnostyk wstępnych przeprowadzanych w terminie, natomiast rośnie liczba wykonywanych tych diagnostyk. Analogiczna sytuacja jest w przypadku diagnostyk pogłębionych.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na świadczenia udzielane w związku z rozpoznaniem raka przewodu pokarmowego systematycznie rośnie w latach 2021–2024. W 2021 – 1,5 mld. W roku 2024 to 3 mld, dwukrotny wzrost.

Jeżeli chodzi o kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, zajmują się nią specjalistyczne placówki. Model kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach jelita grubego zakłada, że centra kompetencji zapewniają przede wszystkim: infrastrukturę i potencjał wykonawczy do realizacji niezbędnych świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworu jelita grubego, jak również wsparcia w zakresie uzyskania świadczeń opieki hospicyjnej; możliwość wykonywania wszystkich koniecznych badań diagnostycznych; koordynację procesu diagnostycznego i terapeutycznego – ośrodek taki wyznacza koordynatora

organizacyjnego, który nadzoruje cały plan diagnostyki i leczenia danego pacjenta; wielodyscyplinarne zespoły diagnostyczno-terapeutyczne składające się ze specjalistów chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej lub radiologii i patomorfologii; również systematyczne monitorowanie efektów procesu terapeutycznego oraz stanu pacjenta po zakończeniu leczenia.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że liczba pacjentów objętych kompleksową opieką onkologiczną systematycznie wzrasta. W roku 2021 – 10 914 pacjentów, w roku 2024 – 55 137 pacjentów. W latach 2021–2024 nakłady na realizację kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem jelita grubego wzrasta z prawie 83 mln w 2021 r., do 603 mln w 2024.

Profilaktyka. Program badań przesiewowych raka jelita grubego. Populacja objęta tym programem to osoby w wieku od 50 do 65 r.ż. lub od 40 do 49 r.ż., jeżeli u najbliższych krewnych rozpoznano nowotwór jelita grubego. Oczywiście to dotyczy pacjentów, którzy nie mieli wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat. W ramach programu kolonoskopii wykonuje się pobranie wycinków, usunięcie polipów do 15 mm, poddanie badaniu histopatologicznemu wszystkich wycinków i usuniętych polipów oraz wskazanie konkretnych zaleceń dotyczących leczenia u osób, które wykonały kolonoskopię przesiewową.

Liczba pacjentów. Tutaj będą dane tak naprawdę od 2023 r. W 2023 – 65 223 pacjentów, w roku 2024 – 86 200 292 pacjentów. Wartość sfinansowanych świadczeń to 78 254 000 w 2023 roku oraz 115 780 000 w 2024 r.

Kolejnym programem jest opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy. Tutaj świadczenie jest podzielone na 2 etapy. Mówimy o poradnictwie i badaniach genetycznych oraz o nadzorze i badaniach diagnostycznych.

Rok 2024, liczba pacjentów objętych programem – 648, rok 2024 – 3381. Nakłady. Rok 2022 – 578 tys., rok 2024 – 5,474 mln.

No i ostatnie tak naprawdę świadczenie, które pojawiło się dopiero co, z dniem 5 maja. Pani minister podpisała rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, na mocy którego pacjenci w wieku od 20 do 49 r.ż., co 5 lat i powyżej 49 r.ż., co 3 lata uzyskało, uzyskali prawo do profilaktycznego świadczenia „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”. Jednym z badań przysługujących pacjentów w ramach tego świadczenia jest test FIT-OC. Badanie to przysługuje pacjentom powyżej 50 r.ż. jako zalecana interwencja prozdrowotna. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy pan dyrektor chciałby coś uzupełnić? To bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, to oczywiście dzisiejszy temat. Myślę, że warto zacząć od pewnych zastrzeżeń, które zostały zgłoszone w raporcie Najwyższej Izby Kontroli z 2025 r., też w zakresie dotyczącym koordynacji i sytuacji pacjentów z nowotworami układu pokarmowego.

Jeśli chodzi o ten raport, zostały wskazane właściwie trzy rzeczy. Przede wszystkim kwestia dotycząca niewystarczających nakładów czy działań związanych z profilaktyką i z badaniami przesiewowymi. O tym mówił pan naczelnik Kuleta – 5 maja wszedł program „Moje Zdrowie”, w ramach którego test FIT jest stałym elementem dedykowanym pacjentom powyżej 50 r.ż. Jest to badanie wczesno przesiewowe – tak to można nazwać – które stanowi pewne preludium do tego, aby zwiększyć liczbę pacjentów włączanych do programu przesiewowego opartego na kolonoskopii. To jest bardzo duża zmiana w zakresie właśnie wczesnego wykrywania przede wszystkim nowotworów jelita grubego.

Następnie w raporcie NIK-u zostało wskazane, że pacjenci już leczeni w dużej części, bo ponad 80% pacjentów leczonych, nie miało wystawionej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. To jest duży problem ogólny. Doskonale państwo wiedzą, że karty często nie są wystawiane.

W Krajowej Sieci Onkologicznej, w ramach zmian także to będzie porządkowane. Wprowadzamy przepisy związane z elektroniczną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego i ta karta od 1 stycznia 2027 r. będzie stanowiła obowiązkowy dokument związany z prowadzeniem opieki onkologicznej. Czyli opieka onkologiczna finansowana ze środków publicznych nie będzie mogła być prowadzona bez tej karty, bez uzupełnienia danych w tej karcie. To jest istotna zmiana nie tylko w kontekście wsparcia koordynacji pacjentów, ale także w kontekście

zbierania danych i mierzenia później jakości opieki nad pacjentami, bo niestety niepełne wystawianie karty DiLO obecnie taki monitoring jakości zdecydowanie utrudnia.

Trzecia rzecz, o której warto wspomnieć, to oczywiście kwestia związana z wdrażaniem Krajowej Sieci Onkologicznej. To jest proces, który się rozpoczął w zeszłym roku w lipcu. W ramach Krajowej Sieci Onkologicznej wyznaczono nie tylko poziomy ośrodków, nie tylko w tych ośrodkach zatrudnieni są koordynatorzy opieki onkologicznej, którzy są szkoleni w ramach szkoleń organizowanych przez Narodowy Instytut Onkologii, ale także szkoleń, które rozpoczną się we wrześniu i będą dedykowane większej grupie koordynatorów.

Prowadzone one będą co najmniej do końca roku 2028, aby tych koordynatorów było więcej, żeby mieli także lepsze kompetencje dotyczące zarządzania procesem opieki i wsparcia pacjenta w opiece onkologicznej. Także w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej zostały wydane kluczowe zalecenia, czyli mówiąc wprost pewne standardy dotyczące opieki nad pacjentami onkologicznymi, w tym właśnie w zakresie nowotworów układu pokarmowego, a dokładnie nowotworu jelita cienkiego, nowotworu jelita grubego i nowotworu trzustki.

Oczywiście te wytyczne, które zostały wydane, z założenia mają podlegać aktualizacji i bieżącym zmianom. Między innymi taka zmiana będzie wymuszona i dobrze, poprzez wprowadzenie programu „Moje Zdrowie”, gdzie powinniśmy także uwzględnić proces i ścieżkę pacjenta w momencie, kiedy pacjent uczestniczyć będzie w tym programie i zostanie wykonany test FIT. Pewne wytyczne, czy pewne zastrzeżenia, które zostały wskazane w raporcie NIK-u, oczywiście uwzględniają rok 2023 i początek 2024, gdy jeszcze ten proces wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej się nie rozpoczął. Natomiast jesteśmy na dobrej drodze, żeby nie tylko poprawić diagnostykę i uszczelnić badania przesiewowe w zakresie nowotworów układu pokarmowego, ale także lepiej skoordynować opiekę nad pacjentami, u których taki nowotwór zostanie wykryty. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Teraz bym poprosił przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie informacji. Mam pełnomocnictwo dla zastępcy dyrektora Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń NFZ. Pani dyrektor Beata Koń, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Beata Koń:

Dziękuję bardzo. Myślę, że tylko dwa słowa uzupełnienia, bo już większość została powiedziana przez pana dyrektora i przez pana naczelnika. Dodatkowa też informacja, że od 1 września 2023 r. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje również leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego z zastosowaniem systemu robotowego. Jest do tego dedykowana jednorodna grupa. W 2023 r. wykonano 249 zabiegów o wartości refundacji 9 mln zł, w 2024 wykonano już 1300 zabiegów i wartość refundacji wynosiła 41 mln.

Wzrosty finansowania, o których wspomniał pan naczelnik, to efekt zmian taryf, modyfikacji, też połączenia pewnych grup sprawozdawczych w ramach narodowego funduszu. Funkcjonują też pewne współczynniki korygujące dla świadczeń. Mamy współczynnik dotyczący chirurgii onkologicznej i jeżeli podmiot oferuje kompleksowość, to taki współczynnik jest stosowany. Mamy również współczynnik 1,15 dla onkologicznych świadczeń kompleksowych udzielanych w ramach KON – jelito grube. I to wszystko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo za zwięzłą, krótką wypowiedź dotyczącą finansowania, ale rozumiem, że pan naczelnik trochę wspierał tutaj wyniki wyceny funduszu zdrowia. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Kto z państwa parlamentarzystów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani posłanka.

Posel Katarzyna Stachowicz (KO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo dyrektorzy, wspomniał pan o bardzo ważnym programie, który wszedł 5 maja „Moje Zdrowie”. Ja mam takie pytanie, ponieważ 30 kwietnia zakończył się program „Profilaktyka 40+”, w którym wzięło udział 10% uprawnionych osób. Mam więc pytanie do państwa, jaki macie pomysł na to, żeby zachęcić Polaków przede wszystkim do tych badań. Czy jakieś kampanie są przeprowadzone? Czy macie pomysł na kampanie informacyjne, że taki program jest dostępny i że Polacy mogą z niego skorzystać?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Ja myślę, że to jest dosyć istotne pytanie na początek, na rozgrzewkę. Bardzo proszę, panie dyrektorze, jeżeli może pan odpowiedzieć.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani poseł, oczywiście program został uruchomiony 3 dni temu, natomiast bez kampanii edukacyjnej, bez kampanii podnoszących świadomość odnośnie do możliwości skorzystania z tego programu, taki program nie będzie sukcesem, a oczekujemy nie tylko jako Ministerstwo Zdrowia, ale przede wszystkim jako społeczeństwo, że program będzie sukcesem, będzie miał charakter powszechny. Jest to świadczenie gwarantowane, czyli każdy pacjent może oczekiwać i powinien oczekiwać u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej możliwości włączenia i skorzystania z tego programu. Natomiast, żeby takie oczekiwanie było artykułowane, to na pewno ta świadomość musi być.

Zdajemy sobie sprawę ze względu na to, że to są pierwsze dni tego programu, że może jeszcze on nie jest taką informacją powszechnie znaną, natomiast ministerstwo zaplanowało kampanie, które będą realizowane nie tylko na początku wdrażania tego programu, ale w sposób stały, bo trzeba pamiętać o tym, że istotną różnicą między programem „Profilaktyka 40+” a programem „Moje Zdrowie” jest to, że program „Moje Zdrowie” jest kierowany w dużej części także do osób młodych, które dopiero wchodzi w pracę zawodową, zaczynają samodzielnie korzystać z opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i o tym systemie nie wiedzą nic i także oświadczeniach, o swoich prawach. Dlatego kampanie muszą być prowadzone i będą prowadzone przez ministerstwo w sposób ciągły. Mam nadzieję, że po pierwszej analizie zgłaszalności do tego programu, ze względu na to, że jest dużo szerszy zakres badań i także na koordynację związaną z tym, co się później dzieje... To jest istotne, bo jedno to zdiagnozować, ale później zaplanować i podsumować ten bilans to jest też bardzo istotny element.

Odpowiadając krótko – takie kampanie muszą i będą prowadzone. Przez ministerstwo są zaplanowane po to właśnie, aby ta zgłaszalność do programu „Moje Zdrowie” była zdecydowanie wyższa niż w przypadku „Profilaktyki 40+”.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Witczak.

Poseł Adrian Witczak (KO) – spoza składu podkomisji:

Panie przewodniczący, wysoka podkomisjo, ja bardzo się cieszę, że dzisiaj mogę w tym posiedzeniu podkomisji uczestniczyć i zwrócić uwagę na leczenie żywieniowe. Ono, szczególnie w chorobach onkologicznych związanych z przewodem pokarmowym, ma ogromne znaczenie, dlatego że badania wskazują jasno, iż 85% pacjentów z nowotworami przewodu pokarmowego jest niedożywionych, a do 30% pacjentów umiera często nie z powodu nowotworu, a z głodu. Dlatego to objęcie opieką pacjentów pod względem właściwego odżywienia jest niezwykle ważne.

Cieszę się, że przez ostatni rok ta ogromna przychylność ze strony ministerstwa, Komisji Zdrowia odnośnie do tego tematu jest, natomiast są również takie elementy, które jeszcze nie zostały otoczone opieką. W związku z tym również podczas prac Parlamentarnego Zespołu do spraw Leczenia Żywieniowego wypracowaliśmy kilka rozwiązań systemowych, które zostały przekazane do ministerstwa.

Szczególnie cieszy ta informacja dotycząca możliwości wprowadzenia oceny stanu odżywienia u pacjentów onkologicznych i o tym również będziemy rozmawiać 12 maja, w najbliższy poniedziałek, na wspólnym posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Leczenia Żywieniowego i Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii. Chciałbym też państwa serdecznie zaprosić na godzinę 11.00. To spotkanie organizujemy wraz z panią profesor Jagielską, szefową Krajowej Rady Onkologii i chcielibyśmy wypracować rozwiązania systemowe, które będą do tych programów opieki nad pacjentami wpisane. Natomiast zwrócę się do przedstawicieli ministerstwa, bo na ten moment w tej informacji nie jest ujęte w ogóle zagadnienie dotyczące leczenia żywieniowego czy te rekomendacje, które do państwa przekazywałem, były analizowane i na jakim etapie jest ewentualne wdrażanie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy od razu może pan dyrektor odpowiedzieć, czy później? To później, bardzo proszę. Pan poseł Polaczek prosił o głos. Bardzo proszę.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Szanowni państwo, przede wszystkim dziękuję za profesjonalne i treściwe materiały na posiedzenie podkomisji do spraw onkologii ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia. Dotknę wyrywkowo kilku tematów, o które chcę za chwilę zapytać.

Na pewno w przypadku każdej operacji zawsze możemy mówić, że ona jest skomplikowana. W przypadku operacji onkologicznej rzeczywiście jest to jeszcze wyższy poziom i bardzo często mamy tu sytuacje graniczne, to znaczy takie, w których ci pacjenci, a jest ich na pewno mniej-szość, u których nastąpiło rozpoznanie nowotworu, zwłaszcza przewodu pokarmowego, są objęci do końca tą pomocą w postaci, mówiąc po prostu, operacji, bo tu chodzi oczywiście o czas i o to, w jakiej fazie nastąpiło rozpoznanie.

Chciałbym zapytać generalnie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jaka jest szacunkowa liczba operatorów, którzy w skali kraju specjalizują się w tych operacjach onkologicznych ujętych w tym sprawozdaniu, które otrzymaliśmy. Ponieważ jestem pierwszą kadencją w Komisji Zdrowia, natomiast pełnię mandat od 28 lat i również mam kontakt, wcześniej może mniej systematyczny, teraz bardzo systematyczny, z sektorem służby zdrowia, chciałbym zapytać, jaka jest ewentualnie rekomendacja ze strony przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, żeby przede wszystkim w sposób systemowy rozwinać tę zdolność po stronie szpitali, w których mamy te specjalistyczne oddziały, które wykonują te operacje. W jaki sposób chcemy rozwinać te zdolności do zwiększenia liczby takich operatorów, jeśli chodzi o system kształcenia?

Drugie pytanie jest może bardziej szczegółowe. To jest też kwestia może bardziej specjalistycznych badań, ale myślę, że część pacjentów, którzy są operowani mając nowotwór przewodu pokarmowego, są operowani – to dodaję już ze swojej strony – przy negatywnej opinii radiologicznej na przykład. Jeśli takie dane są w dyspozycji narodowego funduszu czy Ministerstwa Zdrowia, to jak państwo szacujecie później ten współczynnik przeżywalności takich pacjentów, którzy są operowani dzięki umiejętnościom lekarzy i część z nich później funkcjonuje przez ileś lat, mimo iż z punktu widzenia medycznego wyjściowo byli oceniani jako pacjenci, w przypadku których powinno się zastosować już leczenie paliatywne.

Trzecia kwestia. Nawiązała tutaj do tego częściowo już pani poseł Stachowicz, jeśli chodzi o kwestię zakończonego programu „Profilaktyka 40+”. Powinniśmy mieć jakąś jego nową odsłonę. Myślę też, że funkcjonujemy w rzeczywistości informatycznej i z punktu widzenia praktyki i jakby zwiększenia współczynnika osób, które skorzystały z takiej oferty – tutaj mówimy o 10 procentach tej populacji, która skorzystała z tego programu „Profilaktyka 40+” – czy nie należałoby, z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, na przykład zwiększyć tę dedykowaną informację dla tych pacjentów, a są ich przecież setki tysięcy, poprzez Indywidualne Konto Pacjenta. Chodzi o to, żeby komunikować się już w sposób pełny z tą populacją, która może skorzystać ewentualnie z tego rodzaju oferty wychwytywania przede wszystkim tego rodzaju zagrożenia na wczesnym etapie. Tu nie mówimy o takiej kampanii informacyjnej ogólnej czy rekomendacji szpitali, w których tego rodzaju programy można zrealizować, tylko o dostępie do tej informacji poprzez Indywidualne Konto Pacjenta z takim komunikatem. Wtedy jako obywatele, którzy płacą podatki, którzy korzystają z tej funkcjonalności, mogliby się zapoznać i ewentualnie podjąć taką decyzję. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Czesław Hoc.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo panie przewodniczący. Najpierw dwie ogólne uwagi. Bardzo nam przykro, że jest tak mało państwa, jeśli chodzi o profesorów i znakomitych prelegentów, którzy mieli być dzisiaj na posiedzeniu naszej podkomisji. Jest bodajże tylko pan profesor Marek Durlik, zresztą światowa sława chirurgii przewodu pokarmowego, szczególnie raka trzustki, przełyku i żołądka. Witamy więc pana profesora bardzo serdecznie, tym bardziej, że inni profesorowie jakoś wyjątkowo nie przybyli. Jest jeszcze profesor? Kto? A jest. To serdecznie witaminy i dziękujemy bardzo za przybycie, bo to daje powagę temu naszemu posiedzeniu podkomisji, a też będziemy za chwilę formułować pytania.

Po pierwsze, nie chciałbym naruszyć przyjaznej atmosfery naszego posiedzenia podkomisji, zacznę jednak od Krajowej Sieci Onkologicznej. To oczywiście do ministerstwa, dyrektorów odpowiednich departamentów. Otóż Krajowa Sieć Onkologiczna miała już zaistnieć w 2024 r. Oczywiście zostało to przesunięte o rok. Cały czas borykamy się z pewnymi kwestiami.

Zatem pytanie do dyrekcji, dlaczego idzie to dość opornie i taka opieszałość jest, tym bardziej, że wiadomo, że ludzie chorzy na nowotwór złośliwy, czyli raka, nie czekają. Dla nich każdy dzień bez kompleksowej i profesjonalnej opieki jest bardzo niebezpieczny i groźny. Dlatego upominamy się o przyspieszenie, a jednocześnie profesjonalne wprowadzenie tej Krajowej Sieci Onkologicznej.

Oczywiście pamiętamy te perturbacje w kwestii finansowania onkologii. Pamiętają państwo, w październiku 2023 r. był rozstrzygnięty konkurs na inwestycje onkologiczne w wymiarze 4,2 mld zł i nagle, w styczniu 2025 r., pani minister anulowała ten konkurs i praktycznie teraz te ośrodki onkologiczne nie mają finansowania, a jednocześnie są w bardzo wielkiej rozterce, aczkolwiek nowy konkurs został rozpisany na 4,5 mld zł. Jednak oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że koszty, inflacja, koszty podróżeń i teraz nie wiadomo czy trzeba będzie IOWiSZ robić itd. to jest bardzo skomplikowana sprawa. To opóźnia Krajową Sieć Onkologiczną i jednocześnie daje asumpt do tego, że onkologia w tym momencie jest troszeczkę w odwrocie.

Natomiast cieszy fakt, że są wprowadzane nowe cząsteczki leków innowacyjnych. To cieszy. One są wprowadzane i powinny być wprowadzane. Tak nawiązujemy do standardów światowych, europejskich.

Natomiast moje następne pytanie dotyczy RDTL, ratunkowego dostępu do technologii lekowych. Teraz praktycznie odjęliście 85 medykamentów, a więc te leki już nie będą mogły być stosowane w RDTL-u.

Teraz do panów profesorów. W takim razie, czy rzeczywiście macie państwo trudności z ratunkowym dostępem do technologii lekowych w swoich klinikach, bo są głosy pacjentów, że są trudności w przypadku leków, które są zarejestrowane, ale nie są refundowane w Polsce, a ten indywidualny dostęp jest bardzo istotny. Miałbym więc prośbę, żeby zarówno państwo profesorowie, jak i ministerstwo na to odpowiedzieli.

Druga sprawa. Korzystając z okazji, że jest pan profesor, ekspert od raków trzustki, pytam, dlaczego cały czas mamy w Polsce, ale może i na świecie, chyba najmniejszą przeżywalność. Jeśli chodzi o pięcioletnią przeżywalność, to praktycznie około 15%... Pięciu? Nie, nie, chyba poniżej 15%. Poniżej 5%? Poniżej 9%. No to jest bardzo mała. Co powinniśmy robić, żeby tę bardzo niedobłą statystykę czy śmiertelność obniżyć? Tak samo jest w przypadku żołądka i chyba wątroby czy przełyku. To są najbardziej groźne raki przewodu pokarmowego, chociaż mamy wspaniałych specjalistów, jak wymieniał przed chwilą.

Jak zabezpieczyć, jak szybciej rozpoznawać? Będąc lekarzem rodzinnym, młodym lekarzem, najczęściej rozpoznaje się, gdy jest ubytek wagi ciała, praktycznie facies Hippocratica, gdy naprawdę widać już ten nowotwór, tego raka na zewnątrz. Dopiero wtedy najczęściej go rozpoznajemy. Gdy wątroby, to żółtaczką itd. To jest następne pytanie.

Mam jeszcze takie pytanie dość luźne, ale też do państwa profesorów. Jak jest z chirurgią robotową? Czy macie możliwości albo mielibyście taki wniosek o rozszerzenie chirurgii robotowej w przypadku raka przewodu pokarmowego, czy też wystarczająca jest refundacja, bo bodajże jest tylko dla jelita grubego? Natomiast, czy widzielibyście chirurgię robotową również w przypadku innych raków przewodu pokarmowego.

No i też takie luźne pytanie, czy widzicie państwo wykorzystanie AI, sztucznej inteligencji, w aspekcie rozpoznawania, czy też diagnostyki, może już nie terapii, chorób przewodu pokarmowego. I ostatnie pytanie. Tutaj jest taki zestaw tabel, jeśli chodzi o wydatki na onkologię w latach 2015–2024. Rzeczywiście jest olbrzymi skok wartości refundacji. Przypomnijmy albo podkreślmy – rok 2015, praktycznie 7 mld, a rok 2024, 24 mld, a więc trzykrotny wzrost. Natomiast, czy pacjent jest bardziej bezpieczny, czy rozpoznawalność jest większa, czy też przeżywalność jest większa przy tym wydatkowaniu. Powinna być też może dwu, trzykrotnie większa przeżywalność albo chociaż rozpoznawalność. Takie pytania i takie kwestie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jak tylko chciałbym powiedzieć, że pan poseł mówił o zapaści w onkologii...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie mówiłem o zapaści.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

...ale przecież wiemy o tym, jeśli chodzi o te 4,5 mld zł z Funduszu Medycznego, że ten konkurs jest rozpisany. Chyba do 15 czy 17 lipca mają być ogłoszone wyniki tego konkursu. W międzyczasie ponad 5 mld z KPO, panie pośle, również na onkologię, na inwestycje. Tak więc nie jest chyba tak źle. A te nakłady, o których pan mówił, świadczą o tym, że onkologia jest w tej chwili naprawdę bardzo dobrze dofinansowywana.

Jeszcze prosił o głos, uzupełniające pytanie, pan poseł Polaczek. Bardzo proszę.

Poseł Jerzy Polaczek (PiS):

Dziękuję. Mam takie pytanie – przepraszam, nie zadałem w czasie pierwszej wypowiedzi – bardziej szczegółowe, ale też bardzo konkretne. Nawiązuję tutaj do informacji, jaką otrzymaliśmy od ministra zdrowia.

Oczywiście jednym z najbardziej niebezpiecznych rodzajów raka jest nowotwór złośliwy trzustki. To statystycznie 2% zachorowań. Mamy ten problem, zwłaszcza przy tego rodzaju rozpoznaniu tego, jak można powiedzieć, wąskiego gardła – nawiązuję tutaj do pierwszej wypowiedzi – operatorów w skali kraju. Część rodzin odchodzi z informacją, iż operacja, mówiąc w języku potocznym, nie jest możliwa i z rekomendacją do leczenia paliatywnego.

Mamy również w tej informacji Ministerstwa Zdrowia konkluzje o tym, iż średnia krajowa czy średnia w skali światowej przeżywalności po operacji usunięcia guza trzustki, to w przypadku pięcioletnich przeżyć 5% pacjentów. Chciałbym dopytać, jeśli państwo posiadacie taką statystykę, jak to wygląda w przedziale między 5 a 10 lat i powyżej 10 lat. Mogę prosić ewentualnie o krótką informację mailową, jeśli państwo nie macie tych danych, ale ta problematyka mnie też interesuje, tak jak szersze informacje o jeszcze paru innych kwestiach szczegółowych. Na razie z mojej strony to jest tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja tylko chciałbym jeszcze wrócić do wypowiedzi pana posła Hoca, że przecież 2 miesiące temu mieliśmy posiedzenie podkomisji do spraw onkologii poświęcone chirurgii robotowej. Mówiliśmy wtedy również o chorobach przewodu pokarmowego. Wiem, że jest wiele środowisk, m.in. nowotworów głowy i szyi, które również aplikują o możliwość operowania metodą robotową, jak również w przypadku przewodu pokarmowego, jeżeli chodzi o trzustkę. Mam nadzieję, że w Ministerstwie Zdrowia te prace trwają i doczekamy kolejnych refundacji, jeżeli chodzi o operacje robotowe w chirurgii.

Myślę, że na tym etapie poprosiłbym pana dyrektora o odpowiedź na tych kilka pytań moich kolegów parlamentarzystów. Później przejdziemy do strony społecznej. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Dziękuję bardzo. Może zacznę od odpowiedzi na pytania zadane przez pana posła Polaczka. Proszę pozwolić na odpowiedź pisemną przy dwóch pierwszych pytaniach, ponieważ one wymagają precyzyjnej analizy danych, jeśli chodzi o liczbę operatorów i jeśli chodzi o dane dotyczące przeżywalności.

Natomiast na pewno, jeśli chodzi o wykorzystanie IKP do promocji programu „Moje Zdrowie”, to jak najbardziej będzie wykorzystywane. Zresztą IKP jest narzędziem także do tego, aby zapisywać się do programu „Moje Zdrowie”, więc jest to oczywisty kanał komunikacji. Natomiast nie tylko dlatego, o czym wspomniałem, że nadal nie wszyscy korzystamy z IKP. Nie wszyscy mamy założone konto, więc muszą być uwzględnione wszystkie możliwe kanały komunikacji i w ramach tej promocji, tych działań, o których wspomniałem, które będą prowadzone w ministerstwie, będą wykorzystywane wszystkie możliwe kanały komunikacji.

Będziemy też dążyć do tego, żeby wykorzystać komunikację SMS-ową. Nie jest to takie proste, ale mamy alerty dotyczące pogody, więc wydaje się, że takie alerty dotyczące zdrowia tym bardziej powinny być uwzględnione w tych działaniach promocyjnych. W tym kierunku idziemy.

Natomiast odnosząc się do pytań kierowanych do Ministerstwa Zdrowia, zadanych przez pana posła Hoca, to chciałbym odnieść się do kwestii związanej z opieszałością wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej. KSO – prace zostały zapoczątkowane w 2023 r., wcześniej nawet, w Ministerstwie Zdrowia – jest to pewna ewolucja systemu, nie rewolucja. Ewolucja dlatego, że ona jest wdrażana w momencie, kiedy pacjenci są cały czas diagnozowani i leczeni i dlatego wszystkie właśnie rewolucyjne zmiany niosą ze sobą ryzyko zakłócenia tego procesu.

Na początku 2024 r. termin wdrożenia tej sieci został przesunięty między innymi z tego powodu, że część aktów wykonawczych, które umożliwiały przeprowadzenie kwalifikacji, ale także wdrożenie systemu, po prostu nie była przygotowana. Bardzo szybko te prace zostały przeprowadzone. Kwalifikacje do Krajowej Sieci Kardiologicznej nastąpiły w lipcu 2024 r., rozpoczęliśmy też natychmiast szkolenia koordynatorów, bo to jest clou tej sieci, czyli i struktura, i koordynacja oparta właśnie na osobach, które wymagają stałego szkolenia, stałego podnoszenia kompetencji.

Razem z wdrożeniem Krajowej Sieci Kardiologicznej, czyli z etapem wyznaczenia samej struktury, został rozpisany 3 października konkurs w ramach Krajowego Planu Odbudowy, środków, które jeszcze na początku 2024 r. nie były dedykowane onkologii, co warto podkreślić. Jak państwo pamiętacie, była ogólna pula środków przeznaczonych na wsparcie infrastruktury szpitali wysokospecjalistycznych, natomiast w ramach rozmów z Komisją Europejską udało się wydzielić między innymi pulę środków dedykowanych onkologii i pulę środków dedykowanych kardiologii. Ten konkurs jest przed nami i czekamy na wdrożenie sieci.

W ramach tego konkursu zostało wspartych ponad 100 podmiotów zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej na trzech poziomach, SOLO I, SOLO II i SOLO III. Łączna pula środków, która została przeznaczona, to ponad 2,2 mld zł. Umowy są już podpisywane z tymi podmiotami. Niektóre podmioty są już tak naprawdę na finiszu pewnych prac związanych z remontem, z dostosowaniem, poprawieniem tej infrastruktury, bo to nie tylko był konkurs przeznaczony na zakup nowoczesnego sprzętu, ale także na poprawę infrastruktury w ośrodkach, też związanych ze strefami pacjenta. To był bardzo ważny element tego konkursu.

Jednocześnie w 2024 r. była ogłoszona lista podmiotów wybranych w ramach Funduszu Medycznego i konkursu tzw. SIS-ONKO, przy czym konkurs SIS-ONKO i Fundusz Medyczny nie dotyczyły sieci. On oczywiście w części mógł się pokrywać, natomiast założenia tego konkursu wskazywały, że on jest skierowany do podmiotów, które są zakwalifikowane – bo jeszcze wtedy sieci nie było, w momencie, kiedy Fundusz Medyczny był przyjmowany – na czwarty, piąty i szósty poziom sieci zabezpieczenia szpitalnego, czyli do szpitali onkologicznych, pediatrycznych i ogólnopolskich.

Konkurs został powtórzony. Tak jak pan przewodniczący wspomniał, rozstrzygnięcie tego konkursu nastąpi w lipcu. Regulamin i kryteria konkursowe zostały ogłoszone i podmioty mogą w tym momencie składać wnioski o wsparcie. Wzrosła pula tego konkursu. Początkowa pula konkursu z 2024 r. to było 4,2 mld zł. W tym momencie łączna pula, razem ze środkami na odwołania, to jest 4,8 mld zł, więc o 0,5 mld pula została podniesiona, aby także uwzględnić wzrost inflacyjny, który jest oczywisty. To zostało uwzględnione.

Natomiast wracając do sieci, to podejmowane działania może nie są tak medialne, ale są niezwykle istotne, związane z procesem wdrażania sieci. To także jest kwestia przyjęcia w 2024 r. osiemnastu kluczowych zaleceń dla opieki onkologicznej. To są kwestie pracy nad wskaźnikami monitorowania jakości, pracy nad wdrożeniem elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Przepisów dotyczących elektronicznej karty brakowało w tym projekcie. Tutaj świadkami są pan profesor Lucjan Wyrwicz i pani Dorota Korycińska. Te prace związane z wdrożeniem sieci są prowadzone w sposób bardzo intensywny w ramach Krajowej Rady Onkologicznej. Natomiast krok po kroku kolejne elementy uruchamiamy.

Między innymi program „Moje Zdrowie” także jest tym elementem. Kolejnym krokiem jest wspomniana karta e-DiLO. Kolejnym krokiem będzie przyjęcie wskaźników monitorowania jakości. Następnie podsumowanie, czyli przeprowadzenie analizy, która pokaże, czy ta koordynacja w tym pierwszym roku pełnego funkcjonowania sieci rzeczywiście sprawdza się tak, jak tego oczekiwaliśmy, a jeżeli nie, to wyciągnięcie wniosków i modyfikacje w tym zakresie. Także przyjęcie nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, ponieważ przez środowisko, przez ekspertów zostało wskazanych wiele elementów, które wymagają korekty i taką korektę też będziemy przygotowywać. Zatem krótko odpowiadając, prace związane z wdrożeniem Krajowej Sieci Onkologicznej są prowadzone w sposób bardzo intensywny i na pewno nie możemy mówić o tym, że występuje tutaj jakakolwiek opieszałość. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan profesor Wyrwicz. Czy tak? Bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Lucjan Wyrwicz:

Dziękuję bardzo. Na wstępie chciałbym po pierwsze pogratulować ministerstwu wprowadzenia projektu programu „Moje Zdrowie”, bo jest to naturalna konsekwencja tego, że mówimy dużo o profilaktyce. Jest to oczywiste, że medycyna odtwórcza pod postacią leczenia pacjentów onkologicznych, jeśli nie zmniejszymy napływu pacjentów do systemu, będzie zawsze tylko goniła.

Tu padło pytanie, dlaczego tylko 9% pacjentów przeżywa rozpoznanie raka trzustki. Należy sobie zadać pytanie, dlaczego pacjenci zaczynają chorować na raka trzustki, nie dlaczego umierają, bo naturalną konsekwencją agresywnej choroby ekologicznej jest niestety śmierć z powodu nowotworów, a chorują z tych samych znanych przyczyn – palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, przewlekłe stany zapalne, nadwaga. Do tego jest skierowana część aktywności w „Moim Zdrowiu” i dlatego tak ważne są monity dotyczące profilaktyki.

Druga, przewrotna rzecz dotycząca nowotworów przewodu pokarmowego, to jest to, że znaczna część chorych ma przebiegi bezobjawowe. Stanowczo chciałbym się sprzeciwić stwierdzeniu, że 30% pacjentów onkologicznych umiera z niedożywienia. To nie jest prośbę państwa tak. 80% pacjentów z rakiem jelita grubego w momencie rozpoznania ma bardzo skąpo objawowy przebieg. Dlatego właśnie w programie „Moje Zdrowie” jest profilaktyka nastawiona na wczesne wykrywanie.

Tylko jakie wczesne wykrywanie? To są testy ultraczułe wykrywania mikroskopijnych próbek krwi w kale u pacjentów, którzy nie wiedzą, że mają nowotwór jelita grubego. Występowanie zaburzeń wypróżniania to jest zaawansowany stan. My mówimy o tym, że należy nowotwór wychwycić na takim etapie, żeby endoskopista gastrolog w ciągu zabiegu endoskopowego zdiagnozował i usunął przyczynę, żeby nie było konieczności operacji, żeby nie było konieczności chemioterapii pooperacyjnej, żeby nie było konieczności zabezpieczenia stomijnego, bo dopiero wtedy możemy ograniczyć koszty.

Sama diagnostyka, sam rozwój sieci na początku spowoduje to, co teraz obserwujemy, większą liczbę diagnoz onkologicznych. No bo jeśli nagle udrożnimy system diagnostyki, to większa część pacjentów dojdzie do tego etapu, w którym będą mieli na karcie wypisowej rozpoznanie nowotworu. Tak więc droga do wyleczalności idzie przez większą diagnostykę.

Krajowa Sieć Onkologiczna jest naturalną konsekwencją tego, że system ochrony zdrowia urosł w wielkości, urosł w sprawności, urosł w centrach eksperckich. Nie da się, żeby każdy zajmował się wszystkim.

W Polsce mamy jeden Sejm. Nie ma potrzeby 17 sejmów czy większej liczby. Wystarczy jeden dobrze zorganizowany, a państwo posłowie macie współpracowników w terenie, którzy przygotowują dla was materiały. Tak samo naturalną konsekwencją dojrzałego systemu ochrony zdrowia jest hierarchia, jest organizacja, tylko tego nie da się zrobić w ten sposób, że dzisiaj powiemy spod palca: ty będziesz pracował w szpitalu ogólnopolskim, ty będziesz pracował w szpitalu rejonowym, a ty będziesz diagnozował pacjentów na wczesnym etapie.

Nawet, gdy te ramy ustawowo przypiszemy to nie każdemu podoba się ta rola, dlatego ten proces musi być długotrwały. Ten proces musi uwzględniać wysłuchanie społeczne, musi uwzględniać postulaty i to, proszę państwa, się dzieje. Sieć powstaje przez pewien czas i w dyskusji w Krajowej Radzie Onkologicznej każdy aspekt jest analizowany, ale to nie jest tak, że mamy jakąś straszną sytuację, że w Polsce pacjenci onkologiczni umierają na chodnikach z niedożywienia, nie trafiając do szpitali. Nie, proszę państwa. W Polsce pacjenci są leczeni w sposób nowoczesny, mają dostęp do większości leków. Tam, gdzie leki mają ustaloną pozycję refundacyjną, mamy programy lekowe. Część leków tak długo była w programach lekowych, że nie musi już mieć tej pozycji takiej bardzo zhierarchizowanej i trafia do katalogu chemioterapii, czyli takiego miejsca, gdzie trafiają preparaty powszechnie stosowane.

Dla części technologii innowacyjnych mamy instrumenty w Funduszu Medycznym TLI, czyli terapie innowacyjne. Nie na wszystkie terapie onkologiczne rozpoznane przez Ministerstwo i innowacyjne podmioty odpowiedzialne w ogóle składają wnioski refundacyjne w Polsce, bo jest ratunkowy dostęp do terapii lekowych, bardzo korzystny dla pacjenta wytrych w systemie na nierefundowane leki.

Jednostki, takie jak Narodowy Instytut Onkologii, który reprezentuję, mają konkretne procedury, w jaki sposób identyfikować pacjentów do ratunkowego dostępu do terapii lekowych i w województwach mazowieckim i małopolskim dostęp ten jest szeroki. Niestety są województwa, w których bardzo mała część pacjentów uzyskuje dostęp, ale to wynika z tego, że po prostu

ta część systemu ochrony zdrowia jest w jakiś sposób mniej zainteresowana wnioskami indywidualnymi do konsultantów wojewódzkich, które trafiają potem do ministra po to, żeby dostęp dla pacjenta zapewnić.

Padło pytanie o to, czy ministerstwo będzie w stanie oszacować losy pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym. Ja tu uprzedzę pana dyrektora – dopóki nie wdrożymy e-DiLO i nie zaczniemy rejestrować wszystkiego, to będziemy mieli dane tylko dosyć ogólne, ale właśnie po to jest wdrażana Krajowa Sieć Onkologiczna, żeby, niestety za 10 lat, odpowiedzieć na to pytanie, w jaki sposób te technologie były wykorzystywane.

No i padło pytanie o robotykę, bardzo zasadne. Robotyka jest ważna, ale jest takim trochę kwiatkiem do kożucha. Wydaje mi się, że rozszerzanie kryteriów dostępu do chirurgii robotowej jest potrzebne, ale nie może być tak jakby celem. To nie to jest istotą krajowej sieci. Istotą krajowej sieci jest utrwalenie ról poszczególnych jednostek na poszczególnych poziomach ochrony zdrowia po to, żebyśmy mieli system, przez który pacjent nie zagubi się, nie jest wykluczony, tylko trafił do odpowiedniego miejsca do diagnostyki czy na odpowiedni etap leczenia.

Reasumując, w systemie jest naprawdę bardzo dużo instrumentów do skutecznego leczenia nowotworów przewodu pokarmowego. Jako onkolog zajmujący się tą dziedziną, gdy spotykam się z kolegami na Zachodzie, nie mam żadnego wstydu odnośnie do jakości leczenia w Narodowym Instytucie Onkologii. Naprawdę, wiercie mi państwo, można w tym systemie osiągnąć bardzo dobrą jakość, tylko potrzebujemy tej empatii, tego związku z pacjentem. Nie medycyny proceduralnej, tylko tego, żeby ciągle istniała instytucja lekarza prowadzącego, żeby był koordynator, żeby był psychoonkolog, żebyśmy nie zgubili się gdzieś w takiej szybkoobrotowej medycynie – procedura weszła, procedura wyszła, a zostali w takim czymś, co jeszcze moi nauczyciele mnie uczyli, że tak powinna wyglądać opieka onkologiczna. Dziękuję. Przepraszam za takie długie podsumowanie i przepraszam za te emocje, że nie widzę tych 30% pacjentów umierających z powodu niedożywienia w naszym systemie ochrony zdrowia, w onkologii. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie profesorze. Jeszcze pan profesor Durlik prosi o głos.

Przedstawiciel Europejskiego Centrum Medycznego Marek Durlik:

Chciałbym po pierwsze bardzo podziękować panu profesorowi Wyrwiczowi za to, co powiedział. Muszę powiedzieć, że my pracujemy razem, że chirurdzy, onkolodzy, chemioterapeuci, to jest jeden zespół dzisiaj. To samo dotyczy kolegów, którzy zajmują się diagnostyką radiologiczną i żywieniem u pacjentów. Muszę powiedzieć, że my, od 10 lat co najmniej, operujemy najwięcej pacjentów z rakiem trzustki w Polsce – od około 250 do 300 chorych.

Większość tych chorych nie jest operowana robotem, tylko jest operowana klasycznie. Ja dzisiaj zoperowałem dwóch pacjentów. Wykonałem operację Whipple'a dzisiaj klasycznie, wcale nie robotem. Jakość tych operacji jest ważna i ona powinna być mierzona.

Nie może być tak, że większość operacji trzustki wykonywanych jest w małych ośrodkach bez doświadczenia tam, gdzie wykonuje się poniżej 30 operacji rocznie. Wiadomo, że doświadczenie w tych ośrodkach będzie bardzo małe, że te operacje będą wykonywali przypadkowi chirurdzy. Ktoś, kto ma specjalizację z zakresu chirurgii ogólnej dzisiaj tak naprawdę można zoperować wszystko. Myślę, że to jest pewna przesada.

Tak na przykład nie jest w transplantologii. Ja również zajmuję się przeszczepianiem trzustki. Wykonaliśmy kilkaset transplantacji trzustki, mając wyniki na poziomie najlepszych ośrodków światowych, ale to dlatego, że system wymusza pewne bardzo restrykcyjne warunki, żeby przystąpić do programu przyczepiania trzustki. Tak samo powinno być w onkologii. Nie może być tak, że zajmują się tym wszyscy ci, którzy chcą, bo mają blok operacyjny, to zajmują się chirurgią nowotworów, a zwłaszcza nowotworów trzustki, bo to są bardzo trudne operacje.

Myślę, że tak jak na przykład w Niemczech, powinna być pewna granica ustawiona, że jeżeli wykonujesz ponad 50 zabiegów i udokumentowałeś odpowiednią jakość, to NFZ refunduje takie zabiegi. Nie można refundować zabiegów takich, których wykonuje się kilka rocznie i pacjenci nie przeżywają albo są niewłaściwe wskazania.

Ja muszę powiedzieć, że też bardzo dziękuję za pytanie pana posła Polaczka a propos radiologii i wskazań takich poza radiologią. Wszystko ze sobą się łączy, proszę państwa. Radiolog nie jest równy radiologowi. My mamy radiologów, którzy są wyspecjalizowani w kwalifikacji pacjentów do operacji nowotworów trzustki, którzy umieją doskonale rozpoznać, czy pacjent ma naciekania naczyń, czy ma przyleganie do naczyń, to są dwie zupełnie różne sytuacje.

Dlatego tym bardziej, ponieważ to jest wieloetapowy, bardzo skomplikowany proces diagnostyki i leczenia chirurgicznego, leczenia pooperacyjnego, chemioterapii, immunoterapii, diagnostyki histopatologicznej na podstawie nowych technik, nowych cząsteczek, nie może być tak, że Narodowy Fundusz Zdrowia przemyka oko i refunduje leczenie w takich ośrodkach, które są do tego kompletnie nieprzygotowane. Tam, gdzie potem pacjent nie wie, co ze sobą robić po operacji, która nawet uda się cudem, dokąd ma pójść, dokąd ma taki pacjent trafić. No, to jest niestety Polska rzeczywistość.

Na koniec jeszcze raz chciałbym przywołać to, co się zadziało w polskiej transplantologii. Tak, uważam, że to jest bardzo właściwe, że są rejestry transplantacyjne, które są bardzo pilnowane przez Poltransplant, przez Ministerstwo Zdrowia, Krajową Radę Transplantacyjną. Nie jest możliwe, żeby przeszczep trzustki był wykonany w ośrodku, który nie jest do tego przygotowany. Jeżeli nie wykonujesz 10 transplantacji trzustki rocznie – tak samo jest z innymi narządami – nie ma szans wejścia do systemu. Musisz najpierw pokazać, że potrafisz, że masz zaplecze, że masz zespół, że masz tych operatorów, o których pytał pan poseł Polaczek. To jest niezwykle istotne. I to samo powinno działać się w onkologii. Myślę, że idziemy we właściwym kierunku, że dzisiaj Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia też wiedzą, jak ważna jest jakość leczenia, jakość wykonywanych zabiegów, jakość diagnostyki.

Powiem jeszcze jedno, że oczywiście tutaj absolutnie ma rację pan profesor Wyrwicz, że operacje robotyczne powinny być rozszerzone i na pewno operacje żołądka, trzustki, wątroby nawet w pewnych przypadkach, powinny być refundowane w określonych ośrodkach, oczywiście nie wszędzie w kraju. Powinniśmy pójść w tym kierunku. Natomiast to nie jest sprawa zasadnicza. Zasadniczą sprawą jest jakość chirurgii i możliwość dostępu do diagnostyki i do leczenia pooperacyjnego, czyli kompleksowość leczenia. Jeżeli ośrodek nie ma kompleksowości leczenia, nie powinien się w ogóle zabierać za tę robotę. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Polaczek chciałby jeszcze uzupełnić swoje pytanie.

Poseł Jerzy Polaczek (PiS):

Korzystając z tej okazji, że mamy tutaj przede wszystkim bardzo reprezentatywne grono przedstawicieli środowiska medycznego, korzystając też z obecności przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, chciałbym jako poseł przekazać parę takich osobistych uwag. Niektóre będą bezpośrednio wiązać się z tym tematem, a niektóre będą do tego nawiązywać.

Mówili tutaj państwo z Ministerstwa Zdrowia o różnego rodzaju profilaktyce, docieraniu z informacją po to, aby przede wszystkim docelowo chronić koszty, bo wysokospecjalistyczna procedura zawsze kosztuje. Myślę, że nie powiem może nic odkrywczego, ale powiem to z naciskiem, że nigdy za mało również akcji informacyjnych profilaktycznych na terenie Sejmu, dlatego, że my w parlamencie możemy również poprzez tego rodzaju akcje informacyjne profilaktyczne, które są pod patronatem Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia, uzyskać po prostu bardzo wiele miarodajnych informacji, ale również, będąc pacjentami tutaj na terenie Sejmu, przy okazji takich akcji, mieć własne, osobiste doświadczenie.

Mogę powiedzieć jako długoletni poseł – tutaj patrzę w kierunku pana profesora Durlika – że mnie również 25 lat temu pewna akcja profilaktyczna na terenie Sejmu prawdopodobnie uratowała życie. Później trafiłem do szpitala na Wołoską. To jest uwaga osobista i podkreślam to z naciskiem, że świadomość tego, o czym mówimy, również wśród parlamentarzystów jest czasem, mówiąc kolokwialnie, dyplomatycznie, bardzo, bardzo umiarkowana.

Druga uwaga dotyczy kwestii przetwarzania danych, wyciągania z nich wniosków. Ja w ostatnich trzech miesiącach przeprowadziłem jako członek Komisji Zdrowia taką ankietę w sprawach można powiedzieć organizacyjno-finansowych, zasięgając informacji u dyrektorów wszystkich szpitali wojewódzkich województwa śląskiego, dlatego, że nie mogłem połowy tych informacji uzyskać w Wydziale Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego. Po prostu te dane nie były przetwarzane, a myślę, że dotyczą one kwestii podstawowych, to znaczy tego, w jaki sposób, na przykład, organy nadzoru mogą modyfikować strukturę kosztów. W wielu szpitalach struktura wynagrodzenia sięga 100% czy nawet stu kilku procent. Nie jest to przedmiotem dzisiejszego posiedzenia, natomiast myślę, że wniosek mój do Ministerstwa Zdrowia jest następujący, aby jednak we współpracy z samorządem wojewódzkim ujednolicić to przetwarzanie danych połączonych do systemu poza systemem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uwaga trzecia. Przeanalizowałem również kwestię wynagrodzenia w tej strukturze lekarzy, personelu medycznego itd. i ze zdziwieniem dostrzegłem, że jeśli chodzi o onkologię, to najbardziej, w cudzysłowie, wynagradzane nie są środowiska lekarskie czy medyczne. Aczkolwiek, jak mówię, konkluzja jest taka, że jeśli chodzi o poziom wynagrodzeń, to nie mamy tutaj na co narzekać. Mówię zarówno o personelu medycznym, jak i personelu administracyjnym szpitali.

Najbardziej dramatyczna w przypadkach naszej pracy w tej służbie publicznej jest później próba odpowiedzi na pytanie czy pomoc, jeśli dochodzi do kontaktu w jakiejś sprawie dotyczącej kwestii medycznych, gdy rodzina dowiaduje się, iż w danym szpitalu, dajmy na to wojewódzkim, czy innym, nie ma możliwości uzyskania tego wsparcia operacyjnego. Wtedy szukamy takich rozwiązań komercyjnych, w szczególności za granicą. To jest właśnie ten problem wąskiego gardła.

Myślę, że na przykładzie tych nowotworów onkologicznych, których leczenie później jest bardzo kosztotwórcze, raz jeszcze powracam do tego pierwszego wniosku. To znaczy, nigdy za mało profilaktyki, nigdy za mało różnego rodzaju przedsięwzięć kierowanych, również w sposób profesjonalny, do różnych kategorii wiekowych, na podstawie tych danych, które są przetwarzane w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie pośle. To może nie pytanie, ale przemyślenia. Jeszcze króciutkie pytanie uzupełniające, pan poseł Witczak.

Poseł Adrian Witczak (KO) – spoza składu podkomisji:

Bardzo dziękuję. Ja wysłuchałem tego, co również powiedział pan profesor Wyrwicz, chociaż stanowisko pana profesora jest mi znane w kwestii leczenia żywieniowego, natomiast trzeba powiedzieć tak. Żeby te nowoczesne terapie, które są dostępne – bo trzeba powiedzieć, że w skali całej Europy dostępność do terapii onkologicznych u nas w kraju jest bardzo dobra i to jest ważne – pacjent mógł skutecznie przechodzić, to musi być właściwie odżywiony. Te badania jasno wskazują, że to jest najczęstsza przyczyna przerywania terapii i te dane liczbowe, które przytoczyłem, też wynikają wprost z badań, które są publikowane.

Ja zachęcam, bo pan profesor ma duże doświadczenie w leczeniu chorób onkologicznych, do udziału w posiedzeniu zespołu w poniedziałek. Tam będą również pani profesor Beata Jagielska, pan profesor Kłęk, który przygotowuje standardy leczenia żywieniowego w chorobach onkologicznych, pan profesor Banasiewicz, pani profesor Manikowska-Wierzbicka, pan profesor Matras. Wtedy też będziemy mogli z tego doświadczenia skorzystać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Już chcieliśmy przejść do strony społecznej, ale pan poseł Czesław Hoc nie daje mi spokoju...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Wiem, że strona społeczna czeka, ale na pewno wysłuchamy z uwagą. Ja polemizowałbym troszeczkę z niektórymi wypowiedziami, ale oczywiście w sposób przyjazny i lajtowy.

Przede wszystkim jakość. Oczywiście nikt tutaj nie ma wątpliwości, że Polska medycyna ma naprawdę wysoką jakość, ma wysokiej klasy profesjonalistów. Mamy sprzęt wysokiej jakości. To nie ulega żadnej wątpliwości. Nie możemy się wstydzić w żaden sposób przed Europą a nawet światem. Wiem, że w niektórych krajach, nawet za oceanem, są procedury, wobec których moglibyśmy się naszych nie powstydzić. Jednak z jakością zawsze łączy się dostępność. Jeśli pan profesor albo państwo z Ministerstwa Zdrowia, mówią, że tak wszystko jest OK, to jeśli nas słuchają pacjenci, którzy chorują na chorobę nowotworową, to powiedzą tak: jakość rzeczywiście jest wysokiej klasy, mamy specjalistów, no ale dostępność... Proszę zwrócić na to uwagę. Jeśli jest tak dobrze, to gdy ktoś nas słucha, to naprawdę może wpaść w pewną sytuację nerwową, bo jak to jest, że najczęściej chodzę od Annasza do Kajfasza, albo nie ma koordynatorów opieki i teraz mówimy o opieszałości. No panie ministrze, panie dyrektorze, nie ma koordynatorów opieki onkologicznej, nie ma tego przyjaznego adwokata, który by prowadził po całym systemie, a pan uważa, że nie ma opieszałości.

Pan mówi o środkach KPO. Mamy wykorzystać środki z KPO do czerwca 2026 r. Czy zdążymy wykorzystać? Jest pan pewien, jeśli inwestycje będą, konkursy itd., bo była właśnie opieszałość?

A jeśli chodzi o Fundusz Medyczny, to teraz podwyższyliście do 4,8 mld, a na przykład w województwie zachodniopomorskim jedyny ośrodek, który jest SOLO III, a więc ma chemioterapię, chirurgię onkologiczną, radioterapię, dostał zero z Funduszu Medycznego. Jedyny ośrodek w województwie zachodniopomorskim. Z Funduszu Medycznego zabrane zostało 230 mln, z KPO dostał zero, a aplikował o 110 mln. Tak więc to jest nie tylko opieszałość, ale i pewne niedociągnięcia i zaniechania.

Natomiast jeszcze kwestia spersonalizowanej chirurgii. Oczywiście dążymy teraz do spersonalizowanych terapii w ogóle. To, co pan profesor Marek Durlik mówił, jest bardzo racjonalne, pragmatyczne i obiektywne, że nie powinny małe ośrodki wykonywać wysokospecjalistycznych procedur w aspekcie takich skomplikowanych operacji.

Patrzę też na pana profesora. Chwalił pan „Moje Zdrowie”. To jest bardzo dobry program, ale proszę zauważyć, że to jest kontynuacja programu „Profilaktyka 40+”, więc to jest ciągłość. Proszę o tym nie zapominać. Jesteśmy tutaj wszyscy w aspekcie promocji i profilaktyki zdrowotnej. Pamiętajcie, kampania antynikotynowa, przecież bardzo rozbudowana, ale najczęściej jest tak, że jak 8,5 mln Polaków paliło, tak 8 mln pali, no może mniej troszeczkę. Ci inni umierają a zastępowalność młodych pokoleń jest, niestety. Jest mimo to, że jest profilaktyka, jest promocja zdrowia itd. Jednak cały czas trzeba mówić o profilaktyce, o promocji zdrowia trzeba przypominać, bo to jest naprawdę clou. To może tylko tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję za aż tyle, ale nie mówimy też o przedmiocie nauka o zdrowiu, który powinien być podstawą dla młodych ludzi wchodzących w późniejsze życie dorosłe, jak należy spędzać czas, jak się odżywiać, jak dbać o profilaktykę, o aktywność fizyczną. Także tutaj mamy dużo do powiedzenia.

Bardzo proszę teraz stronę społeczną. Proszę przedstawiać się do mikrofonu, do protokołu.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Nazywam się Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Byłam dwa razy wywoływana przez pana dyrektora jako członek Krajowej Rady Onkologicznej. Bardzo dziękuję.

Państwo pozwolą, że troszeczkę odniosę się do niektórych wypowiedzi. Nie mam na myśli żadnych uwag krytycznych.

Dziękuję panu posłowi Polaczkowi za tę kwestię dotyczącą możliwości zrobienia badań czy też promocji profilaktyki w parlamencie. Taka promocja odbyła się na przykład w zeszłym roku z inicjatywy pani senator Gorgoń-Komor. Było spore zainteresowanie.

Bardzo mnie cieszy również to, co pan poseł powiedział, ponieważ mi się wydaje – nie wiem, jakie są procedury, oczywiście – że z inicjatywy posłów zawsze można coś takiego zrobić, taką akcją profilaktyczną. Z pewnością znajdą się chętni do wsparcia organizacje pacjentów, tak jak było właśnie przy okazji akcji pani senator, bo nasze organizacje federacyjne bardzo aktywnie wsparły akcję profilaktyczną. Jako obserwator i też współorganizator w pewnym sensie ze strony pacjentów widziałam duże zainteresowanie, co mnie cieszyło, więc wydaje mi się nawet, że nie wszyscy chętni – miałam tutaj na myśli i pracowników parlamentu i posłów – zdążyli zrobić te badania, na które mieli okazję. Tak więc im więcej, tym oczywiście lepiej.

Jeżeli chodzi o IKP, ja te uwagi zgłaszałam, zgłaszam i chyba jeszcze będę zgłaszać, więc państwo pozwolą, że je powtórzę. Panie dyrektorze, szanowni państwo, wychodzę z założenia, że jeżeli coś jest dobre, to nie wymaga mocnej promocji, bo ludzie sobie opowiadają pocztą pantoflową i zachęcają się nawzajem.

Bardzo bym chciała być osobą, która zachęci kogokolwiek do założenia IKP, ale tego nie zrobię, żeby być uczciwą, ponieważ uważam, że ono jest bardzo słabo funkcjonalne. Tu jest moje IKP – w „Profilaktyce” jest: „Kroki”, „Dieta”, „Ankieta Moje Zdrowie”, „8 tygodni do zdrowia” i „Sprawdź swoją wiedzę”.

Ja już pominę takie proste informacje, które tam są, ale na przykład „Ankieta Moje Zdrowie” przekierowuje mnie – jeszcze nie przesłałam tej ankiety – do mojego lekarza i mam informację, że go nie ma, bo już nie pracuje. Tak więc w ten sposób dzisiaj się dowiedziałam, że już muszę sobie poszukać nowego lekarza.

Ale pytanie. To jest to, o czym mówiłam często. Chciałabym się zapisać na badania przesiewowe mammografii i cytologii. Gdzie ja mam tę informację? Proszę państwa, w e-Zdrowiu, czyli w zupełnie drugiej części mojego IKP. Muszę się domysleć, że żeby się zapisać na badania

przesiewowe, muszę wejść w plan leczenia. Przepraszam, konia z rzędem... To jest po prostu słabo funkcjonalne. To jest niewygodne. Ja oczekiwałam od mojego IKP, że będzie dbać o moje zdrowie w tym sensie, że ja będę otrzymywała z mojego IKP informacje: słuchaj Korycińska, jest twój czas na to, żebyś sobie zrobiła badania profilaktyczne takie i takie.

Mało tego, chciałabym państwu powiedzieć, że problem z IKP jest jeszcze taki, że podmioty nie wpisują odpowiednich danych. Dbam o swoje zdrowie, nie mam właściwie informacji o leczeniu, bo rzeczywiście nie jestem zbyt częstym klientem ochrony zdrowia właśnie ze względu na to, że dbam, ale nie mam informacji o tym, że robiłam mammografię i nie mam wyników mammografii. Nie mam informacji o tym, że zrealizowałam cytologię w ramach publicznego systemu i nie mam wyników cytologii.

Proszę państwa, nie jest to więc wysokiej jakości produkt, którego oczekiwałam jako obywatel i że będzie mi pomocny w trosce o moje zdrowie. Jako osoba świadoma, wszędzie namawiająca wszystkich do działań profilaktycznych, nie mogę promować IKP, ponieważ uważam, że z jednej strony nie ma wielu danych, a z drugiej strony, jest trudne funkcjonalnie. Trzeba się domyślać, że na badania profilaktyczne trzeba wejść w e-Zdrowie w plan leczenia. To jest taka moja uwaga. Ja o tym już często mówiłam i mam nadzieję, że wreszcie kiedyś dojdziemy do porozumienia i rzeczywiście funkcjonalność tego kafelka będzie taka, że osoba, która sobie to zainstaluje, będzie miała wprost informacje, jakie badania profilaktyczne i nie będzie musiała szukać i odnajdywać tego, co powinna sobie znaleźć.

Natomiast, wracając do profilaktyki, było dużo mowy o tym, że jest potrzebna edukacja, a my również mówimy o tym, że przede wszystkim potrzebna jest informacja. Nie będzie nic z dobrej edukacji, jeżeli nie będzie informacji, gdzie zrobić badania profilaktyczne. To, co powiedziałam o IKP, to jest jeden z elementów pokazujących jak bardzo ta informacja niestety nie działa.

W naszych pacjenckich doświadczeniach jest również to, że ta informacja powinna być kierowana nie tylko do pacjentów. Profilaktyka jest przede wszystkim dla ludzi zdrowych, przed tym zanim zachorują, ale powinna dotrzeć do szerokiego społeczeństwa. Ja nie widzę promocji zdrowia w mediach publicznych, a zdaje się, że jest taki ustawowy obowiązek.

Informacji o wielu badaniach nie przekazują pacjentom również lekarze – lekarze pierwszego kontaktu, w ogóle kadra medyczna – a to tam przede wszystkim powinna się odbywać akcja informacyjna i edukacyjna. Oczywiście nie dotyczy to wszystkich podmiotów, bo wiemy dobrze, że są fantastyczne miejsca i są bardzo zaangażowani lekarze, środowiska lekarzy POZ-u, którzy promują na co dzień działania profilaktyczne. Niestety, nie jest to w całej Polsce.

Bardzo często jest tak, że na przykład starsi ludzie nie są informowani o tym, że mogą zrobić szczepienia, że te szczepienia są bezpłatne, że w ogóle powinni zrobić szczepienia. Kalendarz szczepień dla osób dorosłych jest praktycznie nieznany. Ludzie są bardzo zaskoczeni, jeżeli się dowiadują, że mogą sobie powtórzyć badania przeciw krztuścowi itd. W związku z tym apeluję po raz kolejny i będę chyba apelować jeszcze długo, a mam nadzieję, panie dyrektorze, że może jednak nie tak długo, żeby jednak poprawić tę informację, popracować nad tym, żeby informacja o badaniach profilaktycznych docierała do obywateli.

I chciałabym jeszcze raz przywołać – nie przywołam z pamięci – bardzo dokładne dane z badania, które zrobiło stowarzyszenie Sarcoma. One są z 2022 r. Tam mniej więcej 30–40% respondentów udzieliło odpowiedzi, że nie wie – w niektórych 2/3 – czyli brakuje informacji o tym, że badania profilaktyczne są finansowane ze środków publicznych, czyli można je zrobić w ramach NFZ, nie wie, jakie badania profilaktyczne powinni zrobić u siebie, czyli dla swojej grupy wiekowej, dla swojej płci. Nie wiedzą również, gdzie mogą je zrobić. To jest proszę państwa dramat, jeżeli my nie dotrzemy z informacjami do szerokiego społeczeństwa.

Pan dyrektor tutaj bardzo ładnie powiedział, że trzeba wykorzystać wszystkie kanały informacji. Zatem naprawdę opracujmy dobrze te kanały informacji, żeby te dane stowarzyszenia Sarcoma – można by je powtórzyć za jakieś 2 lata – trochę inaczej wyglądały. To jest coś niesamowitego, że ludzie nie wiedzą, gdzie, dla kogo i że bezpłatnie można zrobić badania przesiewowe. O czym więc my mówimy?

My narzekamy od bardzo wielu lat na ten temat, że ta zgłaszalność jest bardzo niska. Ja uważam, że jeżeli oczekujemy od społeczeństwa, że społeczeństwo będzie realizowało to, czego my od niego oczekujemy, to musimy społeczeństwu to podać w formie bardzo wygodnej, bezpośredniej, wręcz po prostu na talerzu. Jeżeli chcemy, żeby dziecko zjadło, to musimy nałożyć to danie na talerz i tak samo jest z całym społeczeństwem, jeżeli chodzi o zgłaszalność na badania

przesiewowe – informacja, informacja i jeszcze raz informacja prosta i wygodna. Marzę o dniu, w którym mój telefon, poprzez moje IKP, poinformuje mnie: słuchaj Dorota, minęło tyle i tyle czasu od ostatniej cytologii, czas na kolejną, możesz zapisać się tu i tu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę tylko, że nie wszyscy są tak sprawni w tych smartfonach jak pani prezes i nie wszyscy będą mogli to wykorzystać. A te apele są na pewno słyszalne na ulicy Miodowej. O tym jestem przekonany. Proszę bardzo. Proszę przedstawić się.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Ja postaram się maksymalnie konkretnie zadać pytania.

Pan dyrektor był uprzejmy powiedzieć o pracach nad e-DiLO. Chciałbym zapytać, na kiedy jest planowane zakończenie prac nad e-DiLO i efektywne wdrożenie tego rozwiązania, z którym chyba wiele osób i środowisk wiąże duże nadzieje.

Druga rzecz. Wspomniał również pan dyrektor, że opracowane będą wskaźniki monitorowania jakości opieki onkologicznej. Jaki jest termin wprowadzenia tych wskaźników? Kiedy można się ich spodziewać?

Trzecia rzecz. Wydaje się, że jest przedmiotem merytorycznej i ponadpolitycznej zgody, że trzeba ujednolicić sposób diagnostyki i leczenia onkologicznego na terenie kraju. Jak rozumiem, jest to jeden z głównych celów Krajowej Sieci Onkologicznej. Chciałbym zapytać, w jaki sposób na przykład Narodowy Fundusz Zdrowia albo jakakolwiek inna instytucja do tego powołana będzie nadzorować, czy te zalecenia są przestrzegane.

I kolejna rzecz, chyba w duchu wypowiedzi pana profesora Durlika. Wszedłem na stronę ezdrowie.gov.pl, skąd ściągnąłem dwa dokumenty. Pierwszy, to jest kwestia leczenia zabiegowego w onkologii, a drugi, protezoplastyki stawu biodrowego. Chciałbym zapytać, bo radykalna większość pacjentów, którzy cieszą się z zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego, jest operowanych w ośrodkach o dużym doświadczeniu. Czyli jakieś 90% pacjentów, czy osiemdziesiąt kilka procent, korzysta z usług świadczeniodawców, którzy wykonali tych zabiegów 150 i więcej.

Na drugą nóżkę, mam otwartego Excela z listą placówek, które sprawozdają do rozliczenia zabiegi chirurgiczne w raku jelita grubego. Ja nie jestem medykiem, ale wydaje się, że jest to dosyć poważna robota w tym sensie, że trzeba dysponować odpowiednim doświadczeniem. Ośrodków, które sprawozdały to do rozliczenia, jest prawie 400. Chciałbym więc zapytać, skoro endoprotezoplastyka stawu biodrowego skoncentrowała się wysiłkiem Narodowego Funduszu Zdrowia bez tworzenia jakichś ustaw czy rozporządzeń, czy nie można, jak rozumiem niewielkim nakładem prac legislacyjnych czy regulacyjnych, osiągnąć podobnego efektu w onkologii. Od ilu, bowiem, lat trwa dyskusja o konieczności koncentracji leczenia zabiegowego w onkologii? No, zakładam, że nie od wczoraj. Pytanie, czy Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma narzędzi, które mogłyby pomóc osiągnąć ten efekt, który widzimy na przykład w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego. To ostatnie pytanie.

Mam jeszcze jedną propozycję czy uwagę. Ministerstwo Zdrowia publikuje bardzo interesujące dane dotyczące realizacji opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Są interaktywne mapy, gdzie można znaleźć placówkę, która taki zakres realizuje. Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje wieloma informacjami, które można opublikować. Czy rozważyliby państwo, żeby stworzyć interaktywny portal informacyjny, gdzie moglibyśmy zobaczyć, jaki jest stan realizacji profilaktyki w populacji przypisanej do danej placówki POZ-u? To mogłoby wytworzyć mechanizmy, w których ludzie zaczęliby najzwyczajniej w świecie ze sobą konkurować. Czyli, jaki odsetek populacji docelowej korzysta z populacyjnych programów przesiewowych, jaki odsetek populacji docelowej korzysta ze szczepień przeciw HPV – to chyba będzie przedmiotem pracy Komisji jeszcze w tym półroczu. Pytanie, czy zamiast za wszystko płacić, nie moglibyśmy stworzyć mechanizmu, w którym publikujemy informacje w taki sposób, że opinia publiczna w regionie będzie mogła dopytywać, dlaczego ktoś coś robi lepiej niż gorzej, robić listy rankingowe, a na końcu być może motywować w inny sposób tych, którzy z tą profilaktyką sobie najlepiej radzą. Tak więc tylko dla przypomnienia – e-DiLO, kiedy, wskaźniki jakościowe, kiedy i jaka metoda nadzoru realizacji zaleceń. I na koniec, czy nie można poprzez zarządzenia prezesa NFZ-u skoncentrować leczenia zabiegowego. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Poproszę teraz pana dyrektora Korbińskiego, bo tych pytań się namnożyło. Żeby nie umknęły uwadze pana dyrektora, proszę o odpowiedź.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Dziękuję, panie przewodniczący. Jeżeli mogę, to odpowiem na pytania pana prezesa Wiśniewskiego, jeśli chodzi o kartę DiLO, bo to jest odpowiedź także na pozostałe 3 pytania dotyczące wskaźników i monitorowania.

Karta e-DiLO. Te przepisy, jak państwo wiedzą, były zaplanowane i były wprowadzone w projekcie ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach zdrowotnych i ustawy o działalności leczniczej. Natomiast losy tych projektów są państwu znane. Te przepisy dotyczące karty e-DiLO będziemy także wprowadzać w ramach nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. To są przepisy.

Oczywiście przepisy pozwalają na to, aby wykorzystać to narzędzie do rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Natomiast już kilka dni temu, czyli 30 kwietnia, została opublikowana specyfikacja techniczna karty e-DiLO przez Centrum e-Zdrowia po to, aby szpitale i dostawcy mogli się przygotować do wdrożenia.

Karta DiLO jest już narzędziem technicznie opracowanym w takim stopniu, że w najbliższych tygodniach zostanie przekazana do testowego wdrożenia przez szpitale, a przepisy na pewno w tym roku wejdą w taki sposób, aby można było wykorzystać tę kartę do sprawozdawania świadczeń i monitorowania. Właśnie to monitorowanie jest kluczowe, dlatego, że jeśli chodzi o wskaźniki opieki onkologicznej, one nie mogą opierać się na danych, które będą wprowadzane samodzielnie przez podmioty lecznicze, bo to jest wprowadzenie dodatkowego obciążenia biurokratycznego. One powinny opierać się na danych, które są już generowane i sprawozdawane przez szpitale do Narodowego Funduszu Zdrowia i przede wszystkim na danych, które są i będą generowane i zbierane w ramach karty e-DiLO. Dlatego na ostateczną formę karty e-DiLO czekamy, aby ta forma była ustalona już pod kątem technologicznym, żeby wprowadzić wskaźniki jakości opieki onkologicznej.

Może państwo znają propozycję takich wskaźników, która była przygotowana w 2023 r. One były niezwykle skomplikowane. Wydaje mi się – i to jest też po części stanowisko ekspertów współpracujących – że takie wskaźniki, aby były skutecznie wykorzystane i aby mogły pozwolić na to, aby monitorować i tak naprawdę udzielić odpowiedzi, jak wygląda jakość opieki onkologicznej, muszą być proste i umożliwić zbieranie danych w sposób zautomatyzowany. Tak więc najpierw karta e-DiLO, przepisy, wdrożenie techniczne już teraz nastąpi, w tym roku na pewno, możliwie szybko będziemy chcieli te przepisy wprowadzić, a następnie, także w tym roku, będziemy wprowadzać wskaźniki monitorowania jakości opieki onkologicznej, które są przedmiotem chociażby przyszłotygodniowego posiedzenia rady onkologicznej, są wprowadzone do agendy.

Jeśli chodzi o – to może będzie trochę złe słowo – uporządkowanie kwestii związanych z chirurgią onkologiczną, to jest jedno z głównych założeń Krajowej Sieci Onkologicznej. 1 kwietnia weszły w życie przepisy, dokładnie art. 5 ustawy o KSO, który wskazywał, że podmioty, które nie zostały zakwalifikowane do KSO, nie mogą realizować świadczeń, w tym uszczegółowionych świadczeń zabiegowych w obszarze onkologii.

Rozporządzenie dotyczące szczegółowych kryteriów kwalifikacji do Krajowej Sieci Onkologicznej zawiera 16 grup nowotworów, gdzie wskazano, jaka jest minimalna liczba zabiegów realizowanych rocznie w tych grupach. Między innymi dla trzustki jest to 30 zabiegów. Czyli 1 kwietnia zrobiliśmy pierwszy krok, którym wskazujemy, że zabiegową onkologią powinny zajmować się podmioty, które co najmniej 100 takich zabiegów realizują rocznie. Docelowo ta liczba to jest 150, natomiast w 16 grupach są określone w rozporządzeniu te minimalne liczby, które mają na celu jakby umożliwienie realizacji takich zabiegów tylko podmiotom, które posiadają doświadczenie, a co za tym idzie, gwarantują bezpieczeństwo pacjentów, bo tak jak pan profesor wspominał ośrodki, które podejmują się w tych 16 grupach realizacji kilku zabiegów rocznie, po prostu takiej gwarancji pacjentowi nie dają. To jest bardzo ważny element sieci, który już został wprowadzony i skutki wejścia w życie tego art. 5 będziemy prawdopodobnie widzieć niedługo, ponieważ one będą powodowały konsekwencję związaną z kontraktowaniem świadczeń w tych podmiotach przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

I bardzo krótko odpowiem na jakby pytanie pani prezes Korycińskiej, bo o tym rozmawiamy z panią prezes wielokrotnie. Pani prezes, proszę jednak promować IKP, nawet jeżeli ono nie jest funkcjonalne w taki sposób, który zadowala panią prezes. Jednak tam, gdzie możemy, promujemy to konto, bo ono oprócz kwestii do dorobienia – i takich kwestii będzie wiele do wypracowania w zakresie profilaktyki i budowania tych rekomendacji, w jakim miejscu ta profilaktyka może być udzielona i w jaki sposób – zawiera także funkcjonalności, które rzeczywiście w tym systemie ułatwiają pacjentom życie. Zresztą, im więcej osób będzie, tym większa będzie presja na to i więcej pomysłów, co zmienić, co udoskonalić. Tak więc, im więcej pacjentów IKP, tym lepiej.

Jeśli chodzi o tę funkcjonalność, to na pewno ona zostanie w dużym stopniu zmodyfikowana poprzez efekty wprowadzenia właśnie programu „Moje Zdrowie”. Dlaczego? Dlatego, że po wykonaniu badań określonych w programie „Moje Zdrowie” następuje wizyta, w ramach której jest omawiany bilans badań wykonanych w tym programie. Między innymi są wskazywane dalsze zalecenia. W ramach tych zaleceń lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, personel przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, wskazuje badania profilaktyczne w tym zakresie. To jest element tego programu. A w związku z tym, że jest możliwość wykorzystania, w ramach pilotażu co prawda, ale docelowo rozwiązania Centralnej e-Rejestracji, będzie miał także od razu możliwość umówienia pacjentów na takie badania przesiewowe. Wydaje mi się więc, że tutaj powoli, krok po kroku, dokładamy elementy, które tę skuteczność i właściwe wykorzystanie badań, które mamy dostępne dla pacjentów, będzie stopniowo zwiększało, ale oczywiście zawsze motywująca i mobilizująca jest stała i konsekwentna presja środowiska pacjenckiego, żeby było szybciej i lepiej.

Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii NIO-PIB Lucjan Wyrwicz:

Czy mogę ad vocem dodać, odnośnie do uporządkowania chirurgii w raku jelita grubego? To jest bardzo prosta odpowiedź. Spojrzałem teraz – województwo lubuskie, pierwszy termin endoprotezoplastyki jest na grudzień, a codziennie mamy 50 chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego, którzy wchodzi do systemu, w każdy dzień roku, 365 dni.

Niekiedy jest tak, że pierwszą prezentacją takiego pacjenta jest niedrożność przewodu pokarmowego i ten chory nie mógłby do grudnia czekać na zabieg, tylko musi być zoperowany w ciągu 12 godzin od przyjęcia do szpitala. Szpitali mamy w Polsce dużo i z tego powodu, że mamy szpitali dużo, jeśli jest oddział chirurgiczny, to powinien zrealizować podstawowy zabieg chirurgiczny w przypadku nagłym. Dlatego nie można utworzyć scentralizowanej takiej grupy miejsc do operowania raka jelita grubego, choć to i tak zostało utworzone, ponieważ mamy w raku jelita grubego opiekę koordynowaną. W tej opiece koordynowanej KON-jelit grube – czyli tak jak Breast Cancer Unit i Colorectal Cancer Unit – każde świadczenie realizowane jest lepiej wycenione przez NFZ. Z tego powodu świadczeniodawcy, którzy w sposób powtarzalny operują pacjentów z rakiem jelita grubego, dążą do tego, żeby być w opiece koordynowanej i zapewniać jakość, bo wtedy mają lepszą stronę przychodową. Stronę kosztową mają tę samą co reszta szpitali, natomiast stronę przychodową mają lepszą.

Czyli, odpowiadając na pytanie, jest taki mechanizm, tylko ten mechanizm nie wykluczy jednostek, które muszą w trybie nagłym, a porównywanie z endoprotezoplastyką, czyli zabiegiem wybitnie planowym, zestawiając z chirurgią onkologiczną, nie jest najtrafniejszym porównaniem. Można byłoby porównywać z innymi elementami nagłej chirurgii – nagłą chirurgią brzuszną czy chirurgią urazową – ale nie chirurgią planową ortopedyczną. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, powolutku zbliżamy się do końca, bo za chwilę zgaszają nam światło. Tak więc bardzo bym prosił o krótkie wystąpienia. Pani pierwsza.

Prezes Fundacji EuropaColon Polska Iga Rawicka:

Dzień dobry. Dziękuję za udzielenie głosu. Nazywam się Iga Rawicka. Jestem prezesem Fundacji EuropaColon Polska, organizacji, która jako jedyna w Polsce wspiera pacjentów z nowotworami przewodu pokarmowego i zajmuje się również profilaktyką nowotworów przewodu pokarmowego, a przede wszystkim oczywiście raka jelita grubego.

Pozwolę sobie nawiązać do wypowiedzi profesora Wyrwicza i potwierdzić to, co powiedział, że dzisiaj w Polsce rzeczywiście leczymy pacjentów z nowotworami przewodu pokarmowego według międzynarodowych standardów. Ja też z tego bardzo się cieszę i chwałę się

tym na międzynarodowych konferencjach, na których zresztą często razem bywamy z panem profesorem, tylko ja z punktu widzenia pacjentów.

Często mamy w Polsce również bardzo dobre rozwiązania, których nie ma w Europie czy na świecie, takie jak na przykład Colorectal Cancer Unit i bardzo cię cieszę, że z roku na rok jest ich coraz więcej. Też bardzo chciałabym podziękować Ministerstwu Zdrowia, które dzisiaj, w osobie ministra Kosa, na konferencji prasowej ogłosiło listę leków o ugruntowanej skuteczności dotyczących onkologii. Wśród tych leków znalazły się 2 leki, które są w trzech wskazaniach – dwa w wątrobowo-komórkowym i jeden w raku jelita grubego.

Natomiast mam kilka uwag odnośnie do tego, co dzisiaj zostało powiedziane. Pierwsza, o RDTL-u. Niestety, tak jak pan profesor Wyrwicz zauważył, są województwa, w których dostępność do RDTL-u jest niewspółmiernie trudniejsza niż w innych województwach. Chciałabym więc podkreślić, że jest to leczenie w takim razie uznaniowe i leczenie w zależności od kodu, a myślimy, że już w Polsce mamy równy dostęp. Niemniej jednak zdarza się, że do RDTL-u pacjenci zbyt długo czekają i w międzyczasie po prostu umierają, bo to są pacjenci w naprawdę bardzo trudnej sytuacji zdrowotnej. Nie wiem do kogo, szczerze mówiąc, mogłabym zwrócić się, ale chciałabym zaapelować, żeby w jakiś sposób wyrównać ten dostęp do RDTL-u we wszystkich województwach w Polsce.

Oczywiście w przypadku nowotworów przewodu pokarmowego mówimy o późnej diagnozie, dlatego, że te wszystkie nowotwory są bezobjawowe do późnego stadium rozwoju, chociaż rak jelita grubego rozwija się 10 lat, inne nowotwory może trochę krócej. Natomiast tylko w raku jelita grubego mamy prawdziwy program badań przesiewowych, czyli właśnie kolonoskopię.

Oczywiście bardzo się cieszę, że kontynuacja „Profilaktyki 40+” następuje w formie tego nowego projektu „Moje Zdrowie”, natomiast zrozumiałam, jeśli dobrze usłyszałam, że to znaczy, że FIT dostępny jest tylko dla osób powyżej 50 r.ż. co 3 lata. To zaznaczam, że badanie FIT powinno być wykonywane co 2 lata, nawet co rok. Co 3 lata to już jest trochę za długa przerwa.

Nadchodzi niemalże tsunami zachorowań na raka jelita grubego u młodych osób. W tej chwili mamy te zachorowania nawet u osób powyżej 20 r.ż. Jest bardzo dużo osób chorujących na te nowotwory 30, 40+.

Teraz pytanie, jakie w takim razie mamy mechanizmy badań profilaktycznych dla tych osób. Tutaj oczywiście może być test FIT, ale jeśli my dopiero test FIT wprowadzimy od 50 r.ż., no to nadal te osoby nie mają dostępu tak naprawdę do profilaktyki. Na to też chciałabym zwrócić uwagę.

Jeśli chodzi o kolonoskopię, to kolejny apel i prośba odnośnie do jakości wykonywanych badań. Rzeczywiście w tej chwili mamy w Polsce dużo lepszą dostępność do badań profilaktycznych, bo ze 120 ośrodków, które były do tej pory, mamy około 650. Tylko pytanie zasadnicze, jaka jest jakość tych wykonywanych kolonoskopii, bo niestety z ekspertami uważamy, że za jakiś czas może pojawić się – trudno określić w tej chwili, jaka to będzie liczba czy jaki procent – sporo osób z rakiem jelita grubego, które będą po wykonanej kolonoskopii, czyli niewłaściwie i niedokładnie wykonanej kolonoskopii. Zatem w jaki sposób NFZ czy Ministerstwo Zdrowia ma zamiar prowadzić weryfikację jakości pracy endoskopistów. Do tej pory robił to zespół profesora Reguły, czy też profesora Kamińskiego, którzy prowadzili taki projekt i lekarze byli wysyłani na szkolenie, byli certyfikowani. W tej chwili nie ma żadnej certyfikacji. Kolejna rzecz to są leki, które...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo bym prosił, żebyśmy zmierzali do końca.

Prezes Fundacji EuropaColon Polska Iga Rawicka:

Już kończę, ale myślę, że naprawdę bardzo konkretnie mówię o tym, co dzisiaj jest ważne. Mówimy teraz o Top Ten Onko, lekach, które...

Bardzo się cieszę, że naprawdę 4 obszary, 4 nowe leki mogą się pojawić dla pacjentów z tymi nowotworami. W raku żołądka mamy trastuzumab, deruxtecan i zolbetuximab, w raku wątrobowo-komórkowym mamy durvalumab plus tremelimumab, a w raku jelita grubego mamy encorafenib i cetyksymab, czyli na mutację BRAF V600E. To są leki, które są dla niewielkiej grupy pacjentów, pojedyncze leki, natomiast pacjenci, którzy nie mają dostępu do tych leków, nie mogą mieć zaspokojonych potrzeb medycznych dlatego, że tych leków dla nich po prostu do tej pory nie ma.

Teraz pytanie do Ministerstwa Zdrowia, NFZ-u, w jaki sposób możemy spowodować, że te leki do tych pacjentów dotrą. Jakie są mechanizmy?

I ostatnia kwestia... Jeszcze dwie, przepraszam...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Już ostatnia kwestia.

Prezes Fundacji EuropaColon Polska Iga Rawicka:

Kolejny lek, to jest frukwintynib. To jest lek w czwartej linii raka jelita grubego. Ja tylko podkreślię, że w 2019 r. nie mieliśmy jeszcze trzeciej i czwartej linii leczenia w raku jelita grubego. Dziś mamy leczenie nowoczesne.

Ostatnia rzecz, o której dzisiaj już była mowa, mianowicie karta e-DiLO. Rozumiem, że jeżeli będzie wprowadzona w 2027 r., to w jaki sposób NFZ chce przez te kolejne 2 lata oceniać stan żywieniowy pacjentów onkologicznych w konkretnym przypadku nowotworów przewodu pokarmowego. Wycieńczenie tych pacjentów, ze względu właśnie na późną diagnozę, jest bardzo liczne i ci pacjenci potrzebują takiej oceny i pilnie intensywnego leczenia żywieniowego. Nie będę się tutaj odnosiła do tego...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę o kończenie wystąpienia.

Prezes Fundacji EuropaColon Polska Iga Rawicka:

...ile procent pacjentów umiera z powodu niedożywienia, a ilu nie, natomiast każdy pacjent, który trafia do lekarza, powinien być oceniony pod względem niedożywienia.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo...

Prezes Fundacji EuropaColon Polska Iga Rawicka:

Ja również bardzo dziękuję za pełną wypowiedź.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Myślę, że na wszystkie pytania chyba nie będzie można odpowiedzieć, ale na pozostałe ewentualnie na piśmie. A w tej chwili bardzo proszę pana dyrektora o krótkie ustosunkowanie się do tych pytań, bo jeszcze dwie panie i zakończymy. Bardzo proszę, pani...

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego Sanitas Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Znana z krótkich wystąpień.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego Sanitas Aleksandra Rudnicka:

Pełnię bardzo wiele funkcji społecznych, niemniej jednak dzisiaj występuję jako rzecznik osób objętych opieką paliatywną, a także przewodnicząca grupy inicjatywnej, która liczy 40 ekspertów z dziedziny onkologii. Tam są zarówno eksperci medyczni, jak i pacjenci.

Chciałabym dołączyć do wypowiedzi koleżanki i powiedzieć o dziwnej sytuacji pacjentów objętych opieką paliatywną, którzy leżą na oddziałach opieki paliatywnej. Nie wiem, jaki psikus się zdarzył w zapisach, że ci pacjenci po to, żeby być zakwalifikowani do leczenia dojelitowego muszą być wożeni do placówek żywienia dojelitowego, takich specjalnych poradni. Nie mogą tej kwalifikacji przeprowadzić specjaliści opieki paliatywnej, którzy są wyszkoleni w tym zakresie.

Z tego wynika moja prośba do ministerstwa, żeby zajęło się tą sprawą i żeby to w końcu uporządkować. Z panem posłem Witeczakiem już o na ten temat mówiliśmy. I oczywiście ta karta oceny żywieniowej pacjenta przyjmowanego na oddział, bo to jest prawda, że wiele osób jest w stanie tak zwanej kacheksji, czyli już skrajnego niedożywienia i to najlepiej wiedzą lekarze opieki paliatywnej, bo oni tymi osobami się zajmują.

Chciałabym jeszcze nawiązać do bardzo ważnej rzeczy, o której mówił pan profesor Wyrwicz. Mianowicie my tu mówimy o kompleksowości leczenia. W zasadzie mówimy o tej kompleksowości, ale kończymy na diagnostyce i leczeniu. Natomiast zapominamy właśnie o całej reszcie, czyli o tym leczeniu paliatywnym, o rehabilitacji, o poradniach stomijnych, których jest coraz mniej. To jest wszystko to, co mówił pan poseł Polaczek. Pacjenci często po leczeniu przewodu pokarmowego mają wyłonią stomię i to jest bardzo trudne. Życie ze stomią nie jest takie proste. Ci pacjenci powinni być stale objęci opieką, więc to jest ważna rzecz.

I jeszcze jedna rzecz, o której tutaj wspomniano. Ona dotyczy może nie tyle rejestrów, ile baz danych. Mówił o tym też pan dyrektor. Mamy rejestr KRM, i bardzo dobrze, ale to jest

rejestr wyłącznie epidemiologiczny. Natomiast nam są potrzebne rejestry kliniczne. Taki jedyny rejestr powstał. Dotyczy on nowotworów dziecięcych i powinien być wzorem do tworzenia rejestrów bazodanowych, gdzie będą te wszystkie dane, na podstawie których będziemy mogli oceniać później leczenie pacjentów i to, czy te wskaźniki są osiągane. Dziękuję, bo nie umiem w takim tempie, chociaż mówię szybko.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

My tylko jedną minutę dostajemy...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

No właśnie, na mównicy sejmowej mamy minutę i tam więcej nie można. Czasami nawet krócej. Ostatnie wystąpienie – pani prezes Markowska, która powie jeszcze krócej, bo wiem, że potrafi.

Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Elżbieta Markowska:

Ja mam takie szczęście, że na końcu mówię, ale dziękuję za to, że dzisiaj mogę uczestniczyć w tym posiedzeniu. Przede wszystkim reprezentuję Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych, ale również Stowarzyszenie Częstochowskie „Amazonki”.

Chciałabym się odnieść do tego programu „Moje Zdrowie”. Zastanawiamy się, mają być różne akcje promocyjne w telewizji, tu mówimy również o IKP, żeby takie informacje były, ale najlepszym chyba sposobem jest to – i warto by było, żeby zostały zauważone organizacje pozarządowe w regionach – żeby były takie środki, żeby docierać do osób w regionach, gdzie tak naprawdę osoby nie tylko starsze, ale i młode, nie myślą o zdrowiu. Starsze może tak, bo chodzą do lekarzy pierwszego kontaktu.

Tutaj trzeba coś zrobić, żeby to było skuteczne, ale nie tak, jak „Profilaktyka 40+”. Żeby to było skuteczne, to zróbmy wiele akcji. Pozwólmy te akcje robić organizacjom pozarządowym, które będą apelowały. Mają swoje doświadczenie, mają swoje grupy pacjentów, ale również umieją docierać do środowiska.

Chciałabym jeszcze tylko dodać, że mamy taki program w Częstochowie już wiele lat. Jest to edukacja, profilaktyka w szkołach – badaj piersi, badaj jądra. Jest to akcja, która naprawdę przynosi skutki, a przede wszystkim włączyła się do tego młodzież, która została ambasadorami. Chłopcy zostali ambasadorami UROS-ów, a dziewczyny ambasadorkami Amazonek i przekazują te informacje młodszemu pokoleniu. I to jest chyba najważniejsze. Skorzystajcie państwo z tych doświadczeń grup pacjentów, które działają w całej Polsce, nie tylko w Warszawie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani prezes. Teraz pana dyrektora proszę o część odpowiedzi. Pozostałe, jak rozumiem, mogą być przygotowane na piśmie, bo musimy kończyć. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Bardzo dziękuję. W takim razie bardzo krótko odpowiem. Na te pytania, na które nie odpowiem, oczywiście odpowiem pisemnie, zwłaszcza w kontekście pytań dotyczących terapii farmaceutycznej. Te odpowiedzi musi przygotować Departament Polityki Lekowej i Farmacji.

Jeśli chodzi o kartę DiLO, to ja podkreślę, że karta DiLO nie będzie wprowadzona w 2027 r. Ona będzie wprowadzana w tym roku. Natomiast od 2027 r. będzie wymagany, obligatoryjnym elementem opieki onkologicznej i wtedy będziemy mieli gwarancję, że wszystkie dane będą pokryte i zbierane w ramach tej karty.

Dlaczego ona od razu nie stanie się tym elementem? Dlatego, że jest potrzebny czas na to, aby podmioty zintegrowały tę kartę ze szpitalnymi systemami informatycznymi. To niestety jest związane z czasem na taką integrację i z tego wynika ten termin.

Jeśli chodzi o zbieranie danych i różnice między KRN-em, a tym, jak będzie wyglądało tworzenie zbioru danych dotyczących jakości, to właśnie dzięki karcie e-DiLO i danych, które są obecnie sprawozdawane do NFZ-u, każdy podmiot w Krajowej Sieci Onkologicznej będzie publikował raport o wskaźnikach jakości. Myślę, że to jest niezwykle istotny element także Krajowej Sieci Onkologicznej. My natomiast na poziomie centralnym będziemy te dane agregować i oceniać, jak wygląda jakość opieki i co należy poprawić, aby tam, gdzie ta jakość jest poniżej oczekiwań ekspertów, w tym zakresie to poprawić.

Jeszcze krótko odniosę się do kwestii żywienia, bo kwestia oceny stanu żywienia była przedmiotem dyskusji Krajowej Rady Onkologicznej w kontekście dołączenia tego elementu

do karty DiLO. Wydaje się, że karta DiLO nie jest może najlepszym miejscem, gdzie ten element może być dołączony. Myślę, że jesteśmy przed rozbudowywaniem standardu opieki i ścieżki tej opieki nad pacjentami onkologicznymi i tam taki element rekomendacji jako standardu bym widział. Natomiast, żeby on był tym elementem, to zdecydowanie musimy to bardziej rozbudować niż obecna forma tych kluczowych zaleceń. Pozostałych odpowiedzi udzielimy na piśmie. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia. Wszystkim państwu serdecznie dziękuję za obecność, za głosy i za pytania.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję bardzo.