

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ
DO SPRAW ONKOLOGII
(NR 16)
z dnia 24 lipca 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 16)

24 lipca 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 rakiem prostaty.

W posiedzeniu udział wzięli: **Urszula Demkow** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Filip Urbański** dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Tomasz Szydełko** konsultant krajowy w dziedzinie urologii, **Piotr Bryniarski**, **Mateusz Jobczyk**, **Bartosz Małkiewicz**, **Tomasz Syryło** członkowie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Urologicznego, **Marek Dedecjus** kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej oraz **Paweł Wiechno** kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie ze współpracownikiem, **Piotr Fonrobert** prezes zarządu Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST, **Krzysztof Jakubiak** prezes zarządu Modern Healthcare Institute, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Elżbieta Kozik** prezes Stowarzyszenia Ruch Onkologiczny PARS, **Agnieszka Krawętkowska** wiceprezes KIF, **Elżbieta Markowska** prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz **Marek Wójcik** dyrektor Biura Związku Miast Polskich.

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

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

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 rakiem prostaty. Ta informacja będzie przedstawiona przez Ministerstwo Zdrowia, przez panią minister Demkow i reprezentanta prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie wiem, czy jest na sali. Jest pan dyrektor.

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 w sekretariacie. Informuję jednocześnie, że prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważnił pana Filipa Urbańskiego, dyrektora Departamentu Analiz i Monitorowania Jakości w Centrali Funduszu, do przedstawienia informacji. W związku z tym, proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Funduszu o przedstawienie informacji. Pani minister, bardzo proszę o informację resortu.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Urszula Demkow:

Bardzo dziękuję za zaproszenie i witam serdecznie. Przedstawię pokrótce, jak wygląda opieka nad chorym z rakiem prostaty. Może nie będę się zagłębiać w szczegóły, dlatego że tutaj siedzą sami fachowcy. Myślę więc, że temat jest bardzo dobrze znany. Natomiast jeżeli będą jakieś szczegółowe kwestie, jakieś pytania do nas – do mnie, do pana dyrektora Korbińskiego czy do NFZ-u – to oczywiście spróbujemy się z tymi pytaniami zmierzyć.

Sytuacja wygląda tak, że pierwszym tematem, który związany jest z rakiem stercza, jest jego wczesne wykrywanie. Tutaj mamy wielki problem, bo w przypadku raka prostaty jest zupełnie inaczej niż w przypadku wszelkich innych nowotworów. Mianowicie wykrycie i monitorowanie przy pomocy PSA nie jest na świecie uznawane za screening. Wręcz nie jest akceptowane i rekomendowane, że to jest dobry test screeningowy. Dlaczego? Dlatego, że powoduje nadrozpoznavalność nowotworów, które poddawane są leczeniu, a u wielu z tych pacjentów z rakiem prostaty nie będzie to wymagało radykalnego leczenia. Oni do końca życia będą z tym rakiem prostaty żyli i umrą na coś zupełnie innego. Natomiast niepotrzebne operacje raka prostaty

powodują istotne powikłania, przede wszystkim związane z tym, że tuż obok prostaty przebiegają pęczki naczyniowo-nerwowe, w których znajdują się nerwy odpowiedzialne za erekcję, ejakulację i obsługę zwieracza. Niepotrzebna operacja raka prostaty powoduje, że mężczyzna traci funkcje seksualne i może też mieć problem z trzymaniem moczu.

Na świecie cały czas toczy się dyskusja, których chorych należy radykalnie leczyć, a których po prostu obserwować. Dlatego bardzo ważne jest to, żeby w momencie, kiedy pacjent ma oznaczone PSA i jest ono podwyższone, do tego w pakiecie miał mądrą konsultację urologa i żeby wspólnie pacjent wraz z lekarzem decydowali, jaka powinna być ścieżka dalszego postępowania. Oczywiście lekarz tutaj doradza, ale nie jest to tak jak w przypadku na przykład raka piersi, że gdy jest guz, to automatycznie jest operacja. Tak więc tutaj mamy ogromny problem już na starcie.

Z reguły taki pacjent, który ma duże podejrzenie nowotworu prostaty, powinien mieć zrobione oczywiście badanie per rectum oraz takim pierwszym badaniem, które powinno być wykonane, jest rezonans magnetyczny wieloparametryczny, który pokaże nam jak ta choroba jest zaawansowana, czy ona rzeczywiście jest. Jest więc taki temat, który tu powinniśmy rozważyć – dostępność do tego właśnie badania.

Jeżeli są wskazania, i tutaj też musi zapaść decyzja lekarza, konieczne jest pobranie wycinków ze stercza. Do tego powinno się wykorzystywać nowoczesne narzędzie, jakim jest biopsja fuzyjna, także dookoła ogniska, gdyż rak prostaty jest z reguły wieloogniskowy. Ocenia się potem histopatologicznie w skali Gleasona i jeżeli PSA jest bardzo wysokie i są czynniki, które wskazują, że choroba może być rozsiana, ewentualnie jest brana pod uwagę scyntygrafia kości.

Także bardzo miarodajnym badaniem obrazowym jest PET z PSMA, które jest oparte na przeciwciałach przeciwko PSA. To jest bardzo miarodajne badanie obrazowe.

Widzimy więc, że u pacjentów z rakiem prostaty ta diagnostyka jest bardzo trudna, bardzo skomplikowana, oparta na kolejnych krokach i każdy krok ma nieść ze sobą jakąś decyzję, która czasami jest bardzo trudna. Dlaczego? Dlatego – myślę, że to urolodzy lepiej wyjaśnią niż ja – że czasami zamiast kierować pacjenta na intensywne leczenie po prostu takiego pacjenta bardzo ściśle się obserwuje. To wymaga zrozumienia ze strony pacjenta, czasami opanowania lęku, bo jeżeli ktoś wie, że ma nowotwór, no to chciałby być oczywiście leczony.

Jeżeli już pacjenta kwalifikujemy do terapii, gdy nowotwór jest ograniczony do narządu, mamy możliwości operowania pacjenta. Są trzy techniki: operacja na otwarto – to już rzadko się wykonuje – techniką laparoskopową oraz techniką robotyczną. Te zabiegi mogą być kolejno uzupełnione radioterapią, czy też brachyterapią. Gdy nowotwór wychodzi poza narząd, to postępujemy brachyterapię.

No i rak rozsiany. Gdy się zdarza, że nowotwór jest rozsiany, to mamy 4 linie do terapii, więc tutaj sytuacja jest dużo lepsza niż kiedyś to było. Pierwszą linią terapii jest kastracja hormonalna. Czyli odcina się mężczyznę od hormonów i dopóki taka terapia jest skuteczna, pacjent pozostaje na tej terapii. Czasami się łączy z innymi metodami. Kiedy rak staje się hormonoporny, wprowadza się chemioterapię.

Mamy dodatkowo – inhibitory to na końcu – inhibitory receptorów androgenowych. Obecnie wprowadzona została również terapia oparta na radzie 223 – pewnie przedstawiciel NFZ coś więcej powie na ten temat – paliacja w przypadku przerzutów do kości.

Mamy immunoterapię no i na końcu mamy terapię inhibitorami PARP. Ja również mam tu swój wkład, dlatego, że to jest dla chorych BRCA zależnych i udało się nam od 1 lipca wprowadzić diagnostykę w kierunku mutacji genu BRCA1 i BRCA2 w trybie ambulatoryjnym. Wobec tego ci pacjenci, którzy na wcześniejszych etapach nie mieli tej diagnostyki, będą mieć i dostęp do kolejnej, czwartej linii terapii.

Mamy jeszcze oczywiście leczenie kombinowane. Bardzo dużo w Ministerstwie Zdrowia się zadziało, jeśli chodzi o wprowadzenie nowych leków z bardzo licznych grup. Tak więc lekarz, który leczy rozsianego raka prostaty, ma teraz ogromną liczbę narzędzi. Wobec tego cieszymy się z tego bardzo, że rak prostaty, taki, który jest już zaawansowany, może stać się chorobą przewlekłą i wiele lat mężczyzna może funkcjonować i być poddanym kolejnym liniom terapii.

To tyle z mojej strony. Myślę, że tutaj jest wiele szczegółów, które powinniśmy przedyskutować, więc czekam na ewentualne uwagi i pytania od państwa. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani minister. O tych rzeczach będziemy rozmawiali w dyskusji. Teraz bym prosił o informacje pana dyrektora Urbańskiego, przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Urbański:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, szanowna podkomisjo, to może uzupełniając to, co powiedziała pani minister, bo było o rozszerzeniu koszyka terapii, które są stosowane, żebyśmy mieli pewien kontekst wydatków i też epidemiologii, zacznę od tego, że w 2024 r. na leczenie onkologiczne ogółem Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył 26,5 mld zł, z czego prawie 1,8 mld zł wynosiły wydatki na leczenie raka prostaty. W ramach naszych prac analitycznych przy tworzeniu Narodowej Strategii Onkologicznej, w ramach współpracy z NIO i z Centrum e-Zdrowia, próbowaliśmy wyodrębnić z populacji pacjentów, których widzimy w danych sprawozdawczych, pacjentów pierwszorazowych.

Obserwujemy, szanowni państwo, rosnącą zapadalność w 2023 r. Dla 2024 r. nie mamy jeszcze całej ścieżki pacjenta, żeby stwierdzić, które przypadki rzeczywiście można przyporządkować ostatecznie do rozpoznania raka prostaty. Mieliśmy 24 400 nowych przypadków i w perspektywie 5 lat zmieniła się nam obserwowana struktura leczenia. W 2019 r. 31% pacjentów było leczonych zabiegowo, w 2020 r. analogicznie, w 2021 r. analogicznie, w 2022 r. 36% pacjentów, a w 2023 r. 42% pacjentów nowo rozpoznanych miało zastosowane leczenie zabiegowe.

Jeśli chodzi o leczenie z wykorzystaniem radioterapii, od roku 2019 do 2022 ten odsetek pacjentów leczonych radioterapią utrzymywał się na poziomie około 24%. W 2023 r. spadł do 22%.

Jeśli chodzi o wykorzystanie chemioterapii czy programów lekowych, mamy niezmienny poziom, natomiast generalnie leczenie pacjentów z wykorzystaniem którejs z tych trzech opcji wzrosło z 58% do 68%. Tak więc mamy duży wzrost – 10 p.p. – jeśli chodzi o zastosowanie którejs z tych opcji terapeutycznych. Oczywiście jeśli chodzi o przyczyny, to pozostawiam to do rozważenia przez ekspertów.

Jeśli chodzi o wartość refundacji prostatektomii radykalnej, to w 2022 r., szanowni państwo, wydaliśmy na ten cel 157 mln zł. W 2024 r. było to już 406 mln zł, z czego 278,5 mln zł to były operacje sprawozdane z wykorzystaniem właśnie produktów dedykowanych chirurgii robotowej. Generalnie wzrasta nam wykonanie zabiegów robotowych i prostatektomii, natomiast głównym czynnikiem jest tutaj właśnie rozwój chirurgii robotowej.

Jeśli chodzi o wydatki w programach lekowych, szanowni państwo, to w 2021 r. mieliśmy jeden program B56, na który przeznaczyliśmy 250 mln zł. W 2024 r. program B56 to już 422 mln zł i w dwóch pozostałych programach również dodatkowe 2,5 mln zł. Jeżeli będą jakieś dodatkowe pytania, to służymy.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Na pewno będą pytania w związku ze zmianą pewnych wycen świadczeń urologicznych, ale to w dyskusji. Proszę państwa, za chwilę rozpoczniemy dyskusję. Ponieważ jednak wpłynęła do podkomisji prośba o prezentację pana profesora Marka Dedecjusza, jeżeli państwo pozwolą, zaczniemy od tej prezentacji, a później otworzymy dyskusję. Panie profesorze, jeżeli pan jest przygotowany, to bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Marek Dedecjus:

Bardzo dziękuję, panie pośle. Tak, rzeczywiście poprosiłem o głos, jeśli chodzi o przedstawienie roli medycyny nuklearnej w diagnostyce i leczeniu raka gruczołu krokowego, gdyż w tym zakresie bardzo dużo się dzieje. Medycyna nuklearna jest dziedziną powiedziałbym niszową. Jest około 340 specjalistów medycyny nuklearnej w Polsce, czynnych zawodowo około 150, a zajmują się generalnie diagnostyką i terapią opartą na zastosowaniu izotopów promieniotwórczych podawanych bezpośrednio do organizmu pacjenta.

Ta diagnostyka obrazowa, którą wykorzystujemy, charakteryzuje się bardzo wysoką czułością. Państwo na pewno wszyscy znacie skróty PET/CT, PET/MR. Jak państwo widzą, tu obrazujemy na poziomie molekularnym, stąd ta diagnostyka jest coraz częściej nazywana diagnostyką molekularną, obrazowaniem molekularnym i jakoś tego obrazowania, jak już teraz też wiemy, również w gruczole krokowym, bardzo wzrosła.

Klasyczne metody. Scyntygrafia, która, jak widzą państwo na zdjęciach, pokazuje przerzuty, jest metodą od lat stosowaną, bardzo dobrą do diagnostyki nazwijmy zgrubnej. Wykorzystujemy też jako podstawę do włączenia terapii radem 223, o którym już pani minister wspominała. Bardzo się cieszymy, że jest on w katalogu chemioterapii i jest dostępny dla pacjentów.

Metoda, o której też pani minister wspomniała, czyli PET z PSMA, jest bardzo czuła. Wiem, że na tych obrazach ciężko będzie państwu to dojrzeć, ale ona pokazuje chorobę na bardzo niskim stopniu zaawansowania, a właściwie przerzuty, tam, gdzie inne metody jeszcze nie są w stanie tego pokazać. Ma to wpływ zarówno na postępowanie diagnostyczne, jak i terapeutyczne. U ponad 30% pacjentów zmienia to postępowanie.

W tym momencie bardzo dziękuję Ministerstwu Zdrowia, obu panom posłom Józefaciakowi i Hokowi, bo właśnie 17 czerwca ukazało się rozporządzenie, które wprowadza nowe zasady diagnostyki PET. To bardzo dobra informacja, przede wszystkim dla naszych kolegów urologów i onkologów. Poszerzone są wskazania od 1 stycznia i będziemy mogli państwu pomóc we wcześniejszej diagnostyce, między innymi raka prostaty.

Ponieważ nie wszyscy jesteście lekarzami, to gwoli przypomnienia – my izotopy łączymy z takimi cząsteczkami, które wykrywają markery nowotworowe, w uproszczeniu rzecz ujmując, i gromadzenie tego izotopu widzimy na ekranie. W ten sposób możemy obrazować, gdzie zlokalizowany jest nowotwór. Jednak to nie wszystko, bo ten izotop diagnostyczny możemy zastąpić też izotopem terapeutycznym i wtedy gromadzenie tego izotopu terapeutycznego spowoduje zniszczenie tych komórek, które wykazują ekspresję tego antygenu lub przeciwciała. My to ładnie nazywamy teranostyką, czyli połączeniem diagnostyki z terapią. Tutaj pozwolę sobie nazwać ten rysunek ludzikiem. Główka tego ludzika to izotop, nóżki to miejsce, którym łączą się z komórkami i ten konglomerat, który nazywamy radioligandem, selektywnie lokalizuje komórki nowotworowe oraz je niszczy, nie interesując się, gdzie one są położone i w jakiej są ilości, po prostu wszystkie.

Cały proces, który w tej chwili jest tworzony, bo mówimy o bardzo nowych terapiach opartych na diagnostyce molekularnej. Podejmujemy decyzje do kwalifikacji do terapii. Następnie terapia w kilku cyklach jest prowadzona i monitorujemy jej skuteczność. Czyli dajemy państwu możliwość – mam tu na myśli kolegów onkologów i urologów – nie tylko rozpoznania, ale w niektórych wypadkach wsparcia waszego trudu terapeutycznego właśnie tą nową metodą, która ma tę zaletę, że monitorujemy jej skuteczność i możemy powiedzieć, czy działa, czy nie już na bardzo wczesnych etapach.

No i ponieważ jeden obraz, tysiąc słów – 72-letni pacjent, rozpoznanie sprzed 13 lat jako dziewiąta linia leczenia. To jest obraz tego pacjenta w momencie, kiedy dzięki uprzejmości między innymi profesora Wiechno, do nas trafił. I proces jego leczenia – kolorem zielonym zaznaczone badania, które państwo widzicie i pomiędzy podawanie radioizotopu. Jak państwo widzicie, od bardzo zaawansowanego procesu nowotworowego do przynajmniej morfologicznie pełnego wyleczenia i obniżenia stężenia PSA praktycznie do zera.

Oczywiście nie każdy pacjent, jak wszyscy tutaj obecni wiemy, będzie aż tak wspaniale reagował, niemniej jednak to dało nam do myślenia. I obraz tego właśnie pacjenta w scyntygrafii poterapeutycznej, gdzie państwo widzicie od początku, od lewej strony, liczne przerzuty, które ostatecznie zanikają, przynajmniej diagnostycznie, bo na pewno ktoś zwrócił uwagę, że może po prostu straciły ekspresję PSMA. Ale też bardzo dobry skutek terapeutyczny, nie tylko jeśli chodzi o obraz, ale również, jeśli chodzi o samopoczucie i stan pacjenta. To już z piśmiennictwa, bo pojawiają się oczywiście nowe leki, które są co najmniej tak samo skuteczne, wymagają czasami mniej podań. Widzicie spektakularne efekty tej terapii.

Natomiast ta terapia ma też swoje ograniczenia. To, co tu państwo widzicie, to są opinie z Francji, z kraju, który bardzo mocno stoi, jeśli chodzi o terapię izotopową. Ma dostęp, jak państwo wiecie, do ponad 60 reaktorów, z których część jest reaktorami naukowymi. W 2022 r. Francuskie Towarzystwo Medycyny Nuklearnej podsumowało, że około 5700 terapii izotopowych łącznie było stosowanych u wszystkich, uwzględniając raka tarczycy, leczenie przerzutów i wszystkie inne terapie izotopowe. Natomiast w kwietniu 2023 r., kiedy we Francji pojawiła się terapia zakwalifikowanych do samej terapii raka prostaty, było około 5700 pacjentów, czyli tyle, ile do tej pory w ogóle wszystkich terapii izotopowych było w tak dużym kraju. Co więcej, Francuzi, którzy mają bardzo duże doświadczenie i przeprowadzonych kilkanaście tysięcy podań u tych pacjentów, szacują, że dostęp do tej terapii nawet w tak bogatym kraju już jest

ograniczony i tylko 50% pacjentów, którzy potencjalnie jej wymagali, będzie mogło ją otrzymać ze względu na logistykę, produkcję i też ograniczenia w możliwościach podawania.

Króciutkie podsumowanie tego wszystkiego. Znaczenie diagnostyki molekularnej. Myślę, że nikt nie ma wątpliwości, że im lepsza diagnostyka, tym wcześniejsze wykrycie i tym lepsze leczenie. Ta terapia radioligandowa, która się pojawia, rozwija się, i dramatycznie się rozwija, bo dodam tylko, że jeśli chodzi o raka prostaty to w tej chwili toczy się 70 badań klinicznych – to nie jest mało, jak wszyscy doskonale wiemy – dotyczących właśnie nie tylko samej terapii, ale i jej miejsca w algorytmie terapeutycznym raka gruczołu krokowego.

Korzyści klinicznych i społecznych w tym momencie chyba nie muszę omawiać. Natomiast jeśli chodzi o pewne problemy, które mamy, to do tej pory mieliśmy ograniczenia z dostępem do diagnostyki jako takiej. Jednak dzięki temu rozporządzeniu będziemy mogli państwa wspierać w diagnostyce z wykorzystaniem PSMA już na wcześniejszych etapach, ale też z dostępem do terapii i z dostępem do specjalistów, bo jak państwo widzieli, w bardzo zamożnych krajach ta sytuacja też wzbudza wiele emocji.

Bardzo dziękuję za uwagę i podsumuję, że oczywiście w teorii nie ma różnicy między teorią a praktyką, a w praktyce jest. Czyli wszyscy wiemy, że realną wartość tej terapii określimy za jakiś czas. Niemniej jednak dotychczasowe wyniki jednoznacznie sugerują, że możemy państwu w tym leczeniu pomóc. A jeśli mamy wątpliwości, to też korzystam z takiego powiedzenia – kiedy dotrzesz do rozjazdu, jedź nim. Czasami po prostu warto coś jak najwcześniej wdrożyć i wykorzystać, bo efekty, jak powiedziałem, są bardzo obiecujące. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Otwieram dyskusję. W pierwszej kolejności możliwość zabrania głosu i zadania pytań mają zawsze parlamentarzyści. O głos prosi pan poseł Napieralski. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję panie przewodniczący. Bardzo dziękuję za tę prezentację. Ja na początku tak osobiście powiem, że jestem zainteresowany dzisiejszym posiedzeniem, bo chyba genetycznie jestem obciążony. Mój tata najpierw zachorował na raka prostaty, z tym rakiem wygrał, a potem on znów się pojawił i już przegrał. Poległ niestety w tej walce, i to tak bardzo brutalnie. Jak zobaczyłem to zdjęcie z takimi rozsianymi przerzutami, to tak było na samym końcu u mojego taty. Niestety, już nic nie udało się zrobić.

Pierwsza rzecz, która przychodzi mi do głowy, jest taka, i chyba za każdym razem o tym mówię. To kwestia dotycząca jakby takiej informacji i edukowania Polek i Polaków – tu akurat bardziej Polek, bo mówimy o dolegliwościach mężczyzn – informowania nas, pacjentów, co powinniśmy robić. Myślę bowiem, że my mamy dzisiaj dużo ciekawych terapii, dużo więcej możliwości niż kiedyś, nawet gdy zaczynał chorować mój tata. Natomiast mało o tym wiemy i mało jest tej informacji. Myślę, że to powinno być... To bardziej kieruję nie do panów profesorów i do pań, ale bardziej do Ministerstwa Zdrowia i do NFZ-u, jak próbować rozpropagować taką informację, co trzeba robić, żeby na wczesnym etapie szukać czy odnaleźć ewentualne zagrożenie. Ja, ponieważ tata był chory, robię to dosyć regularnie – badanie krwi i inne badania, które oczywiście mogą robić w ramach NFZ-u – natomiast nie wszyscy mają taką wiedzę.

Jest jeszcze drugi element, jak wynika z rozmów z moimi kolegami. On jest taki, że mężczyźni mają też pewien opór, tak najdelikatniej powiem, jeżeli chodzi o badania i wizyty u urologów.

W Szczecinie jest wspaniały profesor Słojewski, który na przykład robi specjalny bieg dla mężczyzn, żeby propagować akcję, aby ośmielić mężczyzn do takiego leczenia. No więc warto byłoby się zastanowić, jak całą taką sekcję informacyjną stworzyć, aby ta wiedza do nas jako pacjentów dotarła, bo im szybciej będziemy zdiagnozowani, nawet jeżeli przytrafi nam się ta choroba, tym łatwiej będzie z nią walczyć. To jest, myślę, główne zadanie, a dla państwa polskiego będzie po prostu taniej, bo jeżeli ktoś przyjdzie z zaawansowaną chorobą, musimy te wszystkie procedury wdrożyć. Jeżeli jednak będziemy informować i prowadzić diagnostykę, to też myślę, że to co wydamy na informowanie, na nauczanie, szczególnie mężczyzn i przekonanie do takiego leczenia, będzie o wiele tańsze.

I druga kwestia dotyczy tej prezentacji i tego, co pan profesor pokazał. Czy to jest już w ramach pakietu NFZ-u? Czy dobrze zrozumiałem? Czy jeszcze nie i to jest dopiero początek?

Kierownik kliniki NIO Marek Dedecjus:

Na razie korzystamy z ratunkowego dostępu do terapii lekowej. Mamy nadzieję, że w IV kwartale może będzie program lekowy, a dalej zobaczymy.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Ja myślę, że jeśli chodzi o diagnostykę, to też mamy lekcję do odrobienia, bo dostęp nie jest taki sam w całym kraju. Słyszeli państwo o tych licznych metodach diagnostycznych na różnych etapach rozwoju choroby, więc nasze zadanie jest takie, żeby jednak wszyscy mogli tak samo korzystać.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja pozwolę sobie prowadzić w dalszym ciągu to posiedzenie podkomisji i udzielać głosu. Czy pan poseł jeszcze? Pan poseł Czesław Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Będę miał kilka pytań. Oczywiście od razu nawiążę do ostatniego wykładu pana profesora w aspekcie medycyny nuklearnej. Proszę nie odbierać tego jako krytyki, ale państwo macie teraz jakieś problemy z radiofarmaceutykami, radioizotopami w tym aspekcie, że nie mamy teraz jedynego reaktora badawczego Maria, który jest zamknięty od kwietnia tego roku i praktycznie sprowadzamy materiał radioaktywny z zewnątrz. I też do pani minister pytanie, dlaczego on jeszcze nie jest uruchomiony. Wiemy przecież, że tych radioizotopów nie możemy wyprodukować na zapas, bo z każdą minutą, każdą chwilą one tracą swoją radioaktywność. Jaki jest więc koszt sprowadzania tego materiału radioaktywnego? A czy kliniki, instytuty nie mają też w tym aspekcie problemów z zaopatrzeniem w te radiofarmaceutyki, radioizotopy? To jest jakby uwaga ogólna.

Jeśli zaś chodzi o tę diagnostykę molekularną, rzeczywiście bardzo dobrze, że ona chyba jest teraz refundowana, bo nie ma terapii celowanej, spersonalizowanej molekularnej, jeśli nie ma dobrej diagnostyki, bo musi być wykryta komórka nowotworowa, a też musi być określona wada genetyczna. Dopiero do tego możemy potem dobrać odpowiedni lek molekularny. Natomiast – o co pan właśnie pytał – terapia molekularna nie jest jako taka refundowana, chyba że właśnie w procedurze RDTL-u – ratunkowego dostępu do technologii lekowej. Wiem jednak, że są poważne trudności, czy też uciążliwości, jeśli takowy lek zostanie zamówiony przez dany ośrodek czy daną klinikę i niechętnie jest refundowany.

Następnie jest uwaga, może ogólna refleksja, że taki jest niby paradoks w diagnostyce raka prostaty, bo z jednej strony mamy dość prosty test PSA – już nie mówię o badaniu per rectum – a z drugiej strony, jest zawsze późna diagnoza. Polska charakteryzuje się właśnie tym, że spośród innych krajów Europy Zachodniej mamy późną diagnostykę, późne rozpoznanie, aczkolwiek wydawać by się mogło, że PSA jest takim antygenem specyficznym, że można rzeczywiście dość szybko wykrywać.

Tutaj bym troszeczkę polemizował z panią minister w aspekcie nadrozpoznawalności i niepotrzebnych operacji, bo to są kwestie problematyczne. Nadrozpoznawalność, jeśli nawet by istniała, to lepiej dać 2-10 rozpoznań nad, bo oczywiście potem to weryfikuje – jak słusznie pani doktor, pani minister określiła – dobry profesjonalista i mądry lekarz. Natomiast przegapienie albo przeoczenie kilku takich sytuacji wiąże się z dramatem.

A druga kwestia – niepotrzebne operacje. Przecież chyba nikt nie operuje tylko dlatego, że PSA jest podwyższone. Wtedy są jeszcze różne badania, łącznie z badaniem histopatologicznym. Tak więc każda operacja jest stosowna i przeprowadzana w aspekcie wskazań. Raczej nie ma niepotrzebnych operacji.

Natomiast, jeśli mówimy o raku prostaty, to cały czas jest to rak, niestety, wstydliwy. Nie wiadomo dlaczego, ale okreśłany jest takim mianem, że to utrata męskości itd. Kobiety mają większą odwagę i też większą wrażliwość w sensie takim, że nie wstydzą się tego. Natomiast mężczyźni... To jest powód do tego, żebyśmy zmieniali charakterystykę, czy też edukowali w jakiś sposób bardziej konkretny.

Zapisałem sobie – to już do specjalistów, profesjonalistów, panów profesorów – czy rzeczywiście w niektórych krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych w większości przypadków uważa się, że to jest choroba już przewlekła, nie śmiertelna. Czy w Polsce też moglibyśmy

odważyć się powiedzieć, że rak prostaty jest w znakomitej większości przypadków... Oczywiście są przypadki, które są późno diagnozowane i nie można mówić, że jest chorobą przewlekłą, a nie śmiertelną.

Jeszcze do pani minister. Czy można mieć nadzieję, że moglibyśmy zawrzeć w rozporządzeniu taki zapis, że do urologa bez skierowania, że urolog może przyjmować mężczyzn bez skierowania? To byłoby dobre wyjście.

Jeszcze odnośnie do tych tabel, które zostały nam dostarczone. Chodzi o operacje prostatektomii z użyciem systemu robotowego. Tutaj jest dość dziwna sytuacja. Oczywiście liczba prostatektomii w asyście robota albo systemu robotowego zwiększa się z roku na rok, jednak wydaje się, że w 2025 r. się zmniejsza. Podaliście pierwsze półrocze, ale gdybyśmy dodali jeszcze drugie półrocze, to o wiele mniej będzie tych operacji w systemie robotowym niż w roku 2024 r. To jest pierwsza uwaga.

To jednocześnie potwierdza to, że refundacja leczenia nowotworu w ramach radioterapii i programów lekowych również się zmniejsza, gdybyśmy dodali to półrocze w 2025 i jednocześnie paliatywność też się zmniejsza. Czyli można by wysnuć z tego wniosek taki – czyżby raków prostaty było mniej albo były w jakiś sposób... No nie wiem. Tutaj chodzi o to, że nie tylko mniej, bo moglibyśmy powiedzieć, że były nieoperacyjne i jest tylko leczenie paliatywne, ale częstość leczenia paliatywnego też się zmniejsza. Może w jakiś sposób to można wytłumaczyć.

No i ostatnie pytanie, jeśli chodzi o proponowaną terapię. Może państwo profesorowie – czy jest to metoda bardzo pożądana, nowoczesna, bo są pewne ośrodki, które jakby się specjalizują w tym i promują tę metodę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo panu posłowi za tę pogłębioną analizę informacji pani minister. Myślę, że się do tego ustosunkuje.

Odnośnie do wizyty u urologa bez skierowania, od paru lat postulujemy na posiedzeniach naszej podkomisji i zespołów i jakoś nie możemy się z tym przebić. Myślę jednak, że pani minister za chwilę powie, że to się stanie, że już ma gotowe rozporządzenie. Także o tym będziemy mówili. Pani poseł, pani profesor Chybicka prosiła o głos.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję panie przewodniczący. Szanowni państwo, na początku powiem, że bardzo piękny wykład miał pan profesor na temat radioterapii i radiodiagnostyki. Był bardzo ciekawy i wiem, że wszystkim tu się podobał. A pytanie mam głównie do pani minister, korzystając z tego, że pani jest specem w tej dziedzinie.

Jak pani widzi rolę badań genetycznych w diagnostyce raka prostaty? Kiedy je robić? Jaka jest refundacja? Na przykład, gdyby chcieć zrobić takie badanie populacyjne, czy jest sens, ażeby osoby, które są bezobjawowe, badały geny na wszelki wypadek nie tylko w przypadku, kiedy ktoś w rodzinie chorował. Czy wtedy istnieje metoda refundacji, czy trzeba to robić za własne pieniądze i jaka jest w tej chwili sytuacja z refundacją badań genetycznych, bo one, szczególnie te nowoczesne metody, są dosyć drogie? Dziękuję bardzo. Aha, no i oczywiście – tak jak powiedziałam tutaj cicho, tak teraz powiem głośno – mam nadzieję, że pani minister ma już gotowe rozporządzenie, dlatego że o tym mówiliśmy na kilku posiedzeniach, które ostatnio były przez różne gremia parlamentarne organizowane, dotyczących raka prostaty, bo taka potrzeba naprawdę istnieje pilnie.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Padło sporo pytań. Może w jakimś skrócie pani minister byłaby uprzejma na nie odpowiedzieć. A może pan dyrektor. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Bardzo dziękuję. Jeśli chodzi o pana posła Hoca, bardzo dziękuję za wnikliwe i ciekawe pytania. Postaram się powolutku ustosunkować. Zacznę może od tej wizyty bez skierowania.

Jak najbardziej jestem za tym. Ministerstwo również jest pozytywnie nastawione do tematu, gdyż kobiety mogą do ginekologa bez skierowania, mężczyźni też chyba powinni. Jakaś równość obowiązuje. Prawda?

Poza tym myślę, że w przypadku mężczyzn jest też taki czynnik psychologiczny, bo to nie tylko chodzi o prostatę, ale i na przykład o guza jądra. Mężczyzna, gdy ma z tym guzem iść do lekarza POZ-u, a potem jeszcze dostać skierowanie, to ma z tym problem. Co prawda, raków

jądra mamy... Ojej, nie pamiętam, ile, ale nie jest ich tak dużo. Jest ich kilkanaście razy mniej niż raka prostaty... Tysiąc, tak. To nie jest dużo, jednak szczególnie młodzi mężczyźni, jeżeli wyczują jakąś zmianę w jądrze, dobrze by było, żeby się badali, to jest pierwsza rzecz, a potem, żeby mogli się skierować.

Tak samo rak prącia. Jest bardzo mało tych przypadków. Mamy ze 200 przypadków raka prącia w kraju na rok, ale powiem państwu i się zdziwicie. Prącie jest narządem, który wisi na zewnątrz, a opóźnienie od pierwszych objawów do rozpoznania to 1,5 roku. Czyli mężczyzna 1,5 roku nie zauważa, że coś tam się dzieje. Często bywa tak, że ten mężczyzna zostaje dopiero zmuszony, żeby nie powiedzieć brzydziej, wypchnięty przez swoją partnerkę, żeby poszedł i coś z problemem zrobił. Ja sobie trochę żartuję, ale generalnie ten urolog skróciłby ścieżkę – mężczyzna może szybciej podjąćby decyzję, żeby wyruszyć z problemem.

Jednak mamy tu taki problem, że musimy zmienić ustawę, bo to jest zapis ustawowy. Dlatego jesteśmy tego świadomi i ministerstwo – nie wiem, czy mogę powiedzieć za przyszłe, ale... No, jest to bardzo ważne. Tak więc generalnie myślę, że to będzie szło w tym kierunku.

Pan poseł pytał jeszcze o screening. Tu jest problem. Może mnie urolodzy wesprą, bo ja przecież nie jestem urologiem, ale niestety wszystkie światowe doniesienia jak dotąd wskazują, że screening nie przedłuża życia. Dlatego nie ma takiego mocnego parcia na ten screening. Natomiast są pewne sytuacje wyjątkowe, jeśli ktoś ma raka prostaty w rodzinie. Tak jak tutaj pan poseł Napieralski powiedział nam o swojej historii, to jest taka sytuacja, że trzeba traktować takich pacjentów inaczej. Natomiast screening ogólnopopulacyjny nie przedłuża nam życia i w związku z tym ta nadoperacyjność niestety istnieje.

Drugi rodzaj nadterapii, to jest radioterapia. Ja sama mam z tym problem, czy lepiej niepotrzebnie zoperować 10 mężczyzn, żeby jednemu uratować życie, czy jednak tak nie powinno się robić, a do operacji kwalifikować bardziej dokładnie, na podstawie większej liczby przesłanek. Dlaczego? Dlatego, że leczenie operacyjne raka prostaty, tak jak już mówiłam, nie jest obojętne.

I też powiem, że wielu mężczyzn bardzo się troszczy o swoje funkcje seksualne i mimo tego, że czasami dostają jasną wskazówkę od lekarza, że powinni się zoperować, podejmują inną decyzję, bo mają młodą żonę, bo jest to dla nich bardzo istotne. Nie mnie to oceniać.

Jeśli chodzi o radioterapię – nie mówię tutaj o brachyterapii ani o żadnej terapii molekularnej – sama radioterapia ma liczne powikłania, jak stany zapalne, niegojące się włóknienie, przetoki, więc podjęcie tej decyzji jest trudne.

Teraz bym poprosiła, że gdy powiem o molekularnej, żeby ktoś z państwa urologów się wypowiedział, bo myślę, że lepiej to wytłumaczycie niż ja...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Zaraz otworzymy dyskusję, pani minister.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Jeśli chodzi o panią profesor Chylicką, no to na pewno mężczyźni z rodzinnym występowaniem raka prostaty powinni się zbadać w kierunku BRCA1 i BRCA2. To badanie jest dostępne, tak jak dla kobiet z historią rodzinną raka piersi, bo tutaj mamy zwiększone ryzyko.

Natomiast jeśli chodzi o inne geny, to powiązanie istnieje, ale nie jest jeszcze na razie na tyle jasne, żebyśmy mogli wskazać konkretnych winowajców. Nie mamy więc jeszcze innej diagnostyki, takiej molekularnej celowanej i nie mamy też terapii. Jeszcze nie na tym etapie wiedzy jesteśmy, ale myślę, że to jest przyszłość.

Natomiast jeśli chodzi o screening i nadoperacyjność, to bym prosiła, żeby się wypowiedział ten, kto rzeczywiście leczy tych chorych. Dodatkowo chciałabym jeszcze powiedzieć, że mamy coraz więcej przypadków raka prostaty, ale to też wiąże się ze zwiększoną rozpoznawalnością, bo wielu mężczyzn, szczególnie w starszym wieku, umrze z tym rakiem prostaty z powodu zawału serca i lepiej nawet tych nowotworów nie tykać. Nawet jeśli wiemy, że ten nowotwór tam jest, nie dotykać, żeby nie pogorszyć komfortu życia mężczyzny, którzy sobie z tym rakiem będzie współistniał. Chyba u 80% 80-latków, o ile dobrze pamiętam, są komórki nowotworowe w prostacie. Tak więc to wszystko jest bardzo złożone i naprawdę potrzebny jest mądry lekarz. Prawda? Nie samo PSA.

Tak jak w przypadku mammografii, gdy jest guz, operujemy, tak w przypadku nowotworów prostaty liczą się inne cechy. Liczy się rzeczywiście histopatologia, skala Gleasona, skala w rezonansie Pi-RADS i to wszystko wymaga ogromnie dużej wiedzy fachowej. Świat jest złożony

w przypadku raka prostaty. Poproszę więc, gdy pan przewodniczący otworzy dyskusję, żeby ktoś z urologów wsparł mnie w tej kwestii.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani minister. Z tym, że trochę się nie zgodzę z tym stwierdzeniem, że narząd prącie wisi na zewnątrz. To trochę tak nam tutaj zabrzmiało...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Przepraszam...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Ale rozumiemy...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Nie chciałam nikogo obrazić. Jest dostępny...?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Jest dostępny? Już nie brnijmy w takim razie...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

...w oglądaniu i dotykaniu.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani profesor i pani minister. Pan poseł Piątkowski chciał zadać pytanie. Bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Piątkowski (KO) – spoza składu podkomisji:

Szanowni państwo parlamentarzyści, państwo uczestniczący w dzisiejszym spotkaniu, ja też chciałbym poprosić o więcej informacji na temat tego problemu związanego z nadoperacyjnością. Trochę jest to niepokojące, bo można byłoby domniemywać, jakoby pacjenci przesadnie domagali się operacji, ale ufam, że to ostatecznie lekarze podejmują te decyzje. Gdybyśmy jednak mogli trochę wyjaśnić ten wątek, bo on jest niepokojący...

Ponieważ na razie nie wymyślono chyba łatwiejszego, bardziej dostępnego badania niż PSA, więc zakładam, że my nie będziemy zniechęcać pacjentów do badania przy pomocy PSA mając świadomość kłopotów związanych z tymi badaniami. W tym kontekście chcę zapytać panią minister o akcje społeczne. Czy ministerstwo planuje jakieś akcje społeczne, które wychodzą poza lokalne gminy, miasta, okolice szpitali itd., takie ogólnopolskie, być może przy pomocy środków masowego przekazu, publicznej telewizji itd., bo to powszechność tego nowotworu czyni państwo zobowiązanym do tego, żeby propagować profilaktykę w tym zakresie?

No i najistotniejsze, co spowodowało, że zdecydowałem się uczestniczyć w posiedzeniu, bo nie jestem członkiem podkomisji, to te informacje dotyczące obniżenia przez NFZ, pomimo sprzeciwu środowiska urologicznego, wyceny procedury prostatektomii radykalnej w asyście robota. Ja chciałbym prosić o więcej informacji na temat powodów tej decyzji. Proszę i mam nadzieję, że również przedstawiciele środowiska też dzisiaj się wypowiedzą na ten temat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Na pewno na ten temat też będą państwo mówili. Pan poseł Józefaciuk jeszcze prosił o głos.

Poseł Marcin Józefaciuk (KO) – spoza składu podkomisji:

Serdecznie dziękuję. Szanowny panie przewodniczący, szanowna podkomisjo, szanowni państwo, bardzo miło znowu państwa widzieć miesiąc po posiedzeniu Zespołu ds. zdrowia mężczyzn. Bardzo dobrze, że rozmawiamy na posiedzeniach różnych zespołów, komisji i podkomisji na ten temat. Ja również przyłączam się, bo nie padła taka mocna odpowiedź pani minister. Tak samo jak wyszło ostatnio z rekomendacją zespołu usunięcia skierowania do urologa, tak więc... No, pani minister ma tę moc i liczymy na panią minister. W każdym razie z panią minister ostatnio widzieliśmy się na debacie Medycznej Racji Stanu. Tam bardzo ładnie mówią, że trzeba zarządzać zdrowiem, a nie chorobą. To jest bardzo mądra rzecz. Bardzo ważna jest między innymi edukacja, też edukacja zdrowotna.

Ja mam doświadczenie żegnania się z uczniem, siedemnastolatkiem, który miał raka stercza. To nie jest tylko problem starszych osób. To jest genetyka, też pochodzenie etniczne itd,

ale to też zaczyna dotyczyć młodych osób. Rak gruczołu krokowego jest drugim rakiem pod względem częstości występowania męskich raków. Prawda? To 20%, dokładnie.

Tak więc moja prośba. Ja sam uczestniczę w wielu kampaniach tworzonych przez NGO-sy. Moja gigantyczna prośba i gigantyczna prośba wszystkich mężczyzn, o bardzo mocne wsparcie tej tematyki – przede wszystkim profilaktyka, diagnostyka, dopiero później leczenie, bez tego nie da rady – o przekierowanie pieniędzy na logiczne, celowane do każdego wieku osobno kampanie informacyjne, edukacyjne i wsparcie szkół. O dodatkowe pieniądze na szkoły, na zajęcia typowo męskie, bo naprawdę profilaktyka męska, jeżeli zacznie się od szkół, to bardzo dużo będziemy w stanie szybko zrobić. Tak więc tutaj moja bardzo duża prośba.

Również przyłączam się do pytania pana posła Piątkowskiego, jeśli chodzi o nadoperacyjność. Widać tutaj pewien problem, zarówno jeśli chodzi o gruczoł krokowy, jak i o pęcherz moczowy, bo tam też jest pewna nadoperacyjność, co wykazaliśmy w ramach zespołu i rekomendacje też zostały przesłane do ministerstwa po pracach zespołu. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chciałby w tej chwili odpowiedzieć na te pytania, oczywiście poza Ministerstwem Zdrowia? Tylko bardzo proszę do mikrofonu się przedstawić, bo jest to niezbędne do protokołu. Bardzo proszę.

Kierownik kliniki NIO Marek Dedecjus:

Ja chciałbym panu posłowi Hocowi odpowiedzieć, dlatego że poruszył bardzo istotną kwestię izotopów, bez których medycyna nuklearna nie funkcjonuje. To prawda, Narodowe Centrum Badań Jądrowych POLATOM remontuje, a właściwie odbiera teraz reaktor Maria i zdaje się, że są na ostatnich etapach tego odbioru. To zaburzyło produkcję, natomiast na szczęście nie zaburzyło dostaw, dlatego że POLATOM sprowadzał te izotopy między innymi z RPA na nasze potrzeby. Były niewielkie opóźnienia, to prawda, ale pragnę uspokoić, niewpływające na leczenie naszych pacjentów w sposób istotny.

Jednak to prawda, że izotopy są dla nas kluczowe. Państwo musicie mieć świadomość, że my zamawiamy izotop dla każdego pacjenta i że dopiero gdy ten izotop dotrze, możemy wykonać i badanie, i leczenie. Zarówno zamawianie, jak i transport izotopów to jest duże przedsięwzięcie logistyczne. Z tego wynikały te obawy, gdy podawałem liczby tych terapii, bo za tym wszystkim stoi odpowiednie planowanie i dostęp do izotopów i ich produkcji, a część izotopów musimy sprowadzać naprawdę z wielu odległych krajów. To się nie zmieni od razu, dlatego że mamy tyle reaktorów, ile mamy. Mamy jeden reaktor i on ma swoje możliwości.

I pytanie, które też padło, przez pana posła sformułowane, czy możemy powiedzieć, że rak prostaty z choroby śmiertelnej stał się chorobą przewlekłą. Ja myślę, że to wielka praca naszych kolegów onkologów, żeby w ogóle wszystkie nowotwory najpierw z choroby śmiertelnej stały się chorobą przewlekłą, a potem żebyśmy doszli do wyleczenia. Natomiast te proporcje w każdym nowotworze są inne. Rzeczywiście są nowotwory, z którymi sobie doskonale rodzimy, nawet w ramach tej samej grupy nowotworów, i są takie, w przypadku których sukcesy są dużo mniejsze. Myślę więc, że koledzy się zgodzą, że bardzo byśmy chcieli móc już ogłosić, ale nie wiem, czy to już jest ten moment, że to jest choroba przewlekła, a nie śmiertelna. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo i bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie urologii Tomasz Szydelko:

Tomasz Szydelko. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie urologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

Proszę państwa, ja chciałbym się odnieść do tych opinii dotyczących niepotrzebnych operacji wykonywanych z powodu raka stercza, nadrozpoznawalności i screeningu. To wymaga pewnego uporządkowania.

Otóż, chciałbym z całą mocą podkreślić, że czym innym jest nadrozpoznawalność raka stercza, a czym innym jest wykonywanie niepotrzebnych operacji. Ja jestem nieco zdziwiony takim określeniem, że wykonuje się niepotrzebne operacje.

Operacji z powodu raka stercza nie wykonuje się na podstawie dodatniego screeningu czy wyniku badań PSA. Wszyscy urolodzy, onkolodzy, radioterapeuci wiemy, że rak stercza jest chorobą, którą klasyfikujemy niejako w trzech grupach – niskiego ryzyka, pośredniego ryzyka i wysokiego ryzyka, w domyśle zgonu z powodu tej choroby.

Wytyczne postępowania, zarówno europejskie, jak i amerykańskie, mówią bardzo jasno, że w przypadku raka stercza niskiego ryzyka zaleconym postępowaniem jest tak zwany aktywny nadzór pacjenta. Nie operuje się tych pacjentów, czy nie powinno się operować, więc ja nie wiem, czego ma dotyczyć określenie „niepotrzebne operacje”.

Decyzje o leczeniu operacyjnym podejmuje się nie tylko na podstawie badania PSA, ale też na podstawie rezonansu magnetycznego, określenia stopnia zaawansowania choroby, stopnia agresywności tej choroby, czyli potencjalnego zagrożenia zgonem u tego pacjenta. Operujemy tych pacjentów, którzy kwalifikują się do operacji, dla których ta choroba może skończyć się śmiercią. Nie operujemy pacjentów, u których przewidujemy, że będzie się rozwijała, bardzo wolno przez wiele lat i nie stanowi dla nich zagrożenia. To tyle na temat operacji tak zwanych niepotrzebnych.

Czymś zupełnie innym jest nadrozpoznowalność. To znaczy my rzeczywiście w toku badań diagnostycznych, powszechnie wykonywanych badań PSA, rozpoznajemy pacjentów, którzy nie wymagają leczenia i to jest ta nadrozpoznowalność. Czyli rozpoznawanie nowotworu stercza, który sam w sobie nie stanowi zagrożenia dla życia i zdrowia tych pacjentów, ale to są pacjenci w oddzielnej grupie, których po prostu obserwujemy, a nie leczymy. To tyle. Mam nadzieję, że to precyzyjnie ująłem. Jeśli państwo mieli pytania dotyczące tego wątku, to z przyjemnością udzielę odpowiedzi.

O drugim problemie, który chciałbym poruszyć, również mówiliśmy dzisiaj – pani minister o tym wspominała – pewnej niechęci pacjentów płci męskiej do poddawania się badaniom profilaktycznym w kierunku raka stercza. Ta niechęć wynika z wielu przyczyn, kulturowych między innymi, ale również – i o tym też mówiliśmy dzisiaj – z pewnych obaw dotyczących skutków leczenia. Te obawy dotyczą często w przypadku leczenia chirurgicznego powikłań w postaci nietrzymania moczu czy zaburzeń erekcji. I z tym wątkiem wiąże się sposób leczenia, który możemy pacjentom proponować.

My od kilku lat, dzięki rozporządzeniu ministra zdrowia, mamy możliwość leczenia pacjentów metodą najbardziej precyzyjną. Myślę tutaj o metodach operacji z użyciem robota chirurgicznego. Te metody u wielu pacjentów pozwalają zachować potencję, zachować trzymanie moczu. W związku z tym chciałbym nawiązać do tego, o czym mówił pan poseł. Środowisko urologiczne z dużym niepokojem odebrało informację o obniżeniu wyceny procedur robotycznych, no bo tego typu działania prawdopodobnie doprowadzą do zmniejszenia liczby wykonywanych operacji robotycznych na rzecz metod, które, powiedziałbym, uznajemy za gorsze, jeśli chodzi o efekty czynnościowe. Czyli znowu tym pacjentom musimy powiedzieć – no, zoperujemy panów, ale ryzyko nietrzymania moczu czy zaburzeń erekcji będzie większe, dlatego że w przypadku zastosowania systemów robotycznych możemy u wielu pacjentów uniknąć tego typu powikłań. Tak więc znowu ta chęć do poddawania się badaniom, leczeniu u tych pacjentów będzie mniejsza, jeżeli będziemy im proponować metody, kolokwialnie mówiąc, gorsze, a zmniejszenie wyceny procedury robotycznej prostatektomii doprowadzi, tak jak powiedziałem, do zmniejszenia liczby wykonywania tych zabiegów.

Jeszcze jedna uwaga. Ja rozumiem z czego mogą wynikać decyzje dotyczące zmniejszenia finansowania procedury robotycznej prostatektomii. Chodzi oczywiście o koszty i obciążenie dla budżetu. To jest całkowicie zrozumiałe.

Natomiast my jako środowisko urologiczne występowaliśmy już wielokrotnie z propozycjami obniżenia kosztów samej diagnostyki czy leczenia pacjentów z rakiem stercza, między innymi podnosząc problem konieczności wykonywania wśród badań diagnostycznych scyntygrafii, czyli badania izotopowego w kierunku ewentualnie wykrycia przerzutów do kości u pacjentów w grupie niskiego ryzyka. Nie ma wskazań w wytycznych, żeby w tej grupie pacjentów scyntyografię przeprowadzać, a jest to wymóg, ponieważ bez przeprowadzenia scyntygrafii nie możemy rozliczyć pacjenta zoperowanego metodą robotyczną. Czyli jest to warunek dopuszczający do operacji robotycznej. To są pieniądze stracone dla systemu, bo to badanie wykonane jest niepotrzebnie, a obciąża system finansowo.

O tym też rozmawialiśmy. Jako konsultant krajowy napisałem pismo w tej sprawie. Mamy nadzieję, że te nasze uwagi, będą uwzględnione, jeśli chodzi o wycenę kosztów czy ograniczenie kosztów leczenia pacjentów z rakiem stercza. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeżeli jesteśmy przy tak ważnym temacie wyceny, o którym mówimy, to może pani minister krótko by do tego się ustosunkowała. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

To zacznę od tyłu, bo...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Mówimy na razie tylko o wycenie. Do innych tematów wrócimy później.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Bardzo się zgadzam z panem profesorem Szydelko, że scyntygrafia ma ściśle wskazania. To nie jest jakieś supernowoczesne badanie, ale czasami jest potrzebna. Wy urodzicie wiecie, kiedy, przy jakim PSA i w jakiej sytuacji jest to potrzebne badanie. Natomiast jako wskazanie – oczywiście o tym nie wiedziałam, że tak jest – to trzeba by usunąć z tego protokołu, bo to podraża koszty. Tak więc absolutnie się zgadzam.

Natomiast jeśli chodzi o samą taryfikację, to jest taka sytuacja, że po roku, od kiedy wprowadzone jest do koszyka dane świadczenie, jest ono retaryfikowane i tym się zajmuje AOTMiT. Tak więc Ministerstwo Zdrowia, nie ma żadnej wiedzy ani wpływu na tę taryfikację. To jest dokładnie działanie AOTMiT-u, więc ewentualne uwagi tam należy kierować.

Czy było jeszcze jakieś pytanie o wycenę? Czy coś przegapiłam?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pani minister, chodzi o zmianę wyceny świadczeń chirurgii robotycznej, czy to rzeczywiście...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Na to odpowiadałam. I na temat scyntygrafii też odpowiadałam...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pozytywnie?

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Odpowiedziałam tak, że to jest taki standard, że po roku robi się retaryfikację i tym zajął się AOTMiT. Zretaryfikowano to świadczenie. Ja tutaj nie mogę tego komentować, bo po pierwsze, nie zajmuje się tym tematem, a po drugie, to podlega pod Departament Lecznictwa, a to nie jest mój zakres...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

To może w takim razie pan dyrektor z Funduszu ma na ten temat informację.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Może pan dyrektor z Funduszu.

Dyrektor departamentu w Centrali NFZ Filip Urbański:

Taryfikacja jest kompetencją Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Kilka lat temu, w 2014 r., została ona przeniesiona właśnie do Agencji po to, żeby taryfy ustalane w refundacji świadczeń były obiektywne i nie zależały od decyzji płatnika. I rzeczywiście, jeżeli chcieliby państwo poznać szczegóły, należałoby zwrócić się z zapytaniem do prezesa AOTMiT.

Natomiast to, co powiedziała pani minister, jest jak najbardziej zasadne. Wprowadzone świadczenia na początku mają pewną wartość. Następnie AOTMiT zbiera koszty z poszczególnych placówek i po okresie funkcjonowania, który wynosi zazwyczaj co najmniej kilkanaście miesięcy, dokonuje retaryfikacji świadczeń w sposób obiektywny. Wydaje mi się, że tutaj to rozwiązanie systemowe się sprawdza, że płatnik nie ma wpływu na cenę, po której się rozlicza ze świadczeniodawcami.

Oczywiście w poszczególnych jednostkach może to wyglądać różnie. Różne może być wynagrodzenie personelu, różne mogą być koszty, różne mogą być ceny zakupów poszczególnych składowych świadczenia. Natomiast uśrednione świadczenie z perspektywy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, według mnie, właśnie wygląda tak, jak zostało przedstawione. Natomiast jest to kompetencja ustawowo przypisana prezesowi AOTMiT-u.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Teraz pan poseł Napieralski zada pytanie.

Posel Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję bardzo pani przewodniczący. Dokładnie zrozumiałem wypowiedź pani minister i przedstawiciela NFZ-u, natomiast chciałbym zapytać inaczej. Skoro środowisko urologów lekarzy dzisiaj mówi, że jednak ta ocena agencji rządowej nie jest taka, jaka powinna być, mówiąc najdelikatniej, to co możemy teraz zrobić, żeby jednak usiąść do stołu negocjacyjnego i trochę o tym porozmawiać. Być może możemy spotkać się w połowie drogi i znaleźć jakieś rozwiązanie kompromisowe. Ja rozumiem, że my oceniamy te technologie. Ja rozumiem, że je wyceniamy – nie chciałbym, żeby zabrzmiało to jakoś osobiście, bo przed chwilą mówiłem bardzo osobiście o swoich doświadczeniach i że może o sobie teraz myślę – ale jeżeli dzisiaj tak naprawdę osoby, które mają nie tylko autorytet, ale potężną wiedzę i doświadczenie w tym zakresie mówią nam, że jednak coś jest tutaj nie tak, to może warto... Czasami się podejmuje takie decyzje – ja nie chcę nikogo krytykować – ale może warto wrócić jeszcze do tych rozmów i zobaczyć, co możemy poprawić albo zmienić.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję. Wiem, że pani minister chciała coś dodać od siebie.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Tak. Ja mogę odpowiedzieć na to pytanie. Generalnie o wycenie będę mówiła, nie tylko o tym konkretnym przypadku. Wycena świadczeń nie odbywa się tak, że siadamy sobie przy stole i każdy mówi, co uważa, tylko to są pieniądze, więc to powinno być bardzo dokładnie wyliczone. Teoretycznie powinno być to wyliczone – te początkowe analizy, gdy mamy coś nowego – metodą mikrokosztów.

Czyli generalnie koszty powinny być liczone. Każdy pojedynczy koszt danej procedury, łącznie z kosztem osobowym, z kosztem zużycia sprzętu, prądu, wody, gazików, wszystkiego, co tam wchodzi. Te koszty powinny być mierzone zgodnie z ustawą o standardzie rachunku kosztów, która była uchwalona w grudniu bodajże 2022 r. Nie wiem, bo to ta ustawa weszła za PiS-u. To jest bardzo dobra ustawa, która pokazuje, jak te jednostki poszczególne powinny liczyć koszty.

Ta informacja o mikrokosztach, zliczonych wszystkich standardowo, powinna być przekazana do AOTMiT-u i AOTMiT na podstawie tych kosztów wycenia procedury. Zatem to nie jest tak, że to jest heurystyczna opinia ekspertów, komu co się wydaje, tylko po prostu te koszty dokładnie są policzone, zsumowane, potem przekształcane w wycenę i taryfę i to jest kierowane do NFZ-u. Chodzi o to, żeby te koszty były jak najbardziej zbliżone do kosztów rzeczywistych, żebyśmy nie mieli procedur przeszacowanych i procedur niedoszacowanych. Myślę, że też tak to się odbywa w tym przypadku.

Oczywiście szczegółów w przypadku wyceny świadczenia operacji metodach robotycznego nie znam. Ja AOTMiT-u nie nadzorowałam, nie zajmowałam się nigdy tym tematem. Natomiast wiem, że tak powinno być i myślę, że wiele procedur, jakie mamy w naszym systemie, powinno być zretaryfikowanych, żebyśmy nie mieli takich sytuacji, że na niektórych procedurach zarabia się ogromne pieniądze, a inne procedury są niedoszacowane i wtedy pacjenci nie mają dostępu i tkwią w jakiś ogromnie długich kolejkach.

Jak najbardziej popieramy chirurgię robotyczną, ponieważ to jest przyszłość medycyny. W wielu dziedzinach ta chirurgia robotyczna się sprawdziła przede wszystkim dlatego, że to jest lepsze dla pacjenta pod względem bólu, czasu pobytu w szpitalu, komfortu życia, jakości życia, cierpienia związanego z zabiegiem operacyjnym. Tak więc w tym kierunku generalnie pójdziemy, natomiast koszty muszą być liczone według standardów.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani minister. Jeszcze króciutkie pytanie od pana posła Hoca.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Pytanie również do pani minister. To w takim razie, kto wydaje ostateczną decyzję o zmniejszeniu wyceny, bo ja rozumiem, że AOTMiT retaryfikując daje taką opinię. To chyba tylko opinia. On nie podejmuje decyzji, bo jeśli tak było, no to praktycznie Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia byłby tylko podrzędnym wykonawcą AOTMiT -u, a tak nie jest. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie w takim razie łączy się z tym pierwszym. Czy podejmujecie decyzje w sposób holistyczny, ogólny, bo praktycznie, jeśli nie będzie tej operacji, to będzie na przykład radykalna

prostatektomia i trzeba będzie potem sięgać po różne inne kwestie, więc będzie wtedy drożej. Czy nie zabijamy tego, co jest bardzo dobre, nowoczesne i daje mało powikłań?

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Bardzo dziękuję, panie pośle, za to pytanie. To jest strasznie ważne. Rzeczywiście AOTMiT daje nam taką wycenę. Tak naprawdę pokazuje, ile to kosztuje. Jednak wycena może być i powinna być też narzędziem kształtowania polityki zdrowotnej. Rzeczywiście tutaj powinniśmy uwzględnić też na przykład koszty pośrednie, tak jak pan poseł tutaj wspomniał, czy też wyceniając jedne procedury troszeczkę lepiej w stosunku do innych niż wynika to z ich ceny, jakby kierując system opieki zdrowotnej w stronę pewnych procedur.

Mogę podać taki przykład. Jeżeli wycena cięcia cesarskiego jest bardzo dobra, to będzie bardzo dużo cięć cesarskich, a mniej porodów siłami natury. Możemy więc kształtować politykę zdrowotną w ten sposób, że wyceniając jakąś procedurę, zachęcamy szpitale do tego, żeby wybierały tę procedurę, a nie inną, ponieważ jest lepiej wyceniona i szpitale wtedy lepiej będą zarabiały. To jest cały skomplikowany proces oczywiście, ale trzonem tego jest rzeczywiście wycena kosztów. Tak to wygląda.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Urologicznego Bartosz Małkiewicz:

Dziękuję bardzo za możliwość wypowiedzenia się. Bartosz Małkiewicz, Polskie Towarzystwo Urologiczne i też Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. W odniesieniu do właśnie kosztów, jeżeli jesteśmy przy tym temacie, i wyceny kosztów, to według tego, co było nam przekazane pierwotnie i poprzez poprzedniego szefa AOTMiT-u, pierwotna wycena świadczenia nie zawierała kosztów zakupu urządzenia, ze względu na to, że pierwsza wycena zakładała, iż w większości systemy zostały zakupione albo ze środków unijnych, albo nie ze środków jednostek systemu zdrowia. Obecnie liczba systemów jest bardzo duża i jednostki kupują z własnych środków. W związku z tym tak naprawdę ta pierwotna wycena już była niedoszacowana, jeżeli chodzi o ponoszenie kosztów przez jednostki prowadzące czy funkcjonujące świadczenia, co w kolejnej obniżce również powoduje, że tak naprawdę wycena staje się niewspółmierna do kosztów ponoszonych przez jednostki.

Natomiast jeżeli chodzi o samą wycenę, przeanalizowaliśmy wspólnie z zarządem głównym koszty prostatektomii. Jeżeli się odnosimy do krajów zachodnich, bo jakby cały czas dążymy do tego, do jakości, w Niemczech, Holandii i Wielkiej Brytanii koszt takiego zabiegu dla systemu ochrony zdrowia to jest między 10 a 17 tys. euro, a w skrajnych wartościach 20 tys. euro. W Czechach i Francji system lub pacjent dopłacają do procedury. Wydaje się, że wycena tej procedury nigdzie nie jest mniejsza niż 35-40 tys. Czyli tak naprawdę zamiast mieć utrzymany koszt, biorąc pod uwagę, że koszty pośrednie będą rosły, bo koszty pracowników, koszty utrzymania będą wyższe, a nie będą spadać, koszty samego wykonania, samej procedury będą wyższe.

Natomiast trzeba to przełożyć na to, że tak naprawdę poprzez zastosowanie wyższej czy droższej procedury, koszty pośrednie zdecydowanie są niższe. Pacjent leży średnio 2-3 dni szpitalu. Na przykład w stosunku do operacji laparoskopowej to jest skrócenie czasu pobytu, hospitalizacji o połowę mniej, o 2-3 dni, nie mówiąc o operacji otwartej. Tym samym dostępność tego systemu, dostępność łóżka w szpitalu dla pacjenta i możliwość wykonania kolejnej operacji i leczenia kolejnego pacjenta się zwiększa. Tak naprawdę koszty plus obniżenie kosztów pośrednich to jest zdecydowanie lepsze, na korzyść, jeżeli chodzi o wykorzystanie. Tym samym obniżenie wyceny tej procedury prawdopodobnie może spowodować, że zmniejszy się jej dostępność dla tych pacjentów. Przejdzie się ponownie w kierunku operacji mniej czy bardziej inwazyjnych, a jednocześnie o obniżonej jakości, jeżeli chodzi o efekty onkologiczne, czy może nie onkologiczne, a przede wszystkim funkcjonalne, ponieważ onkologiczne efekty są właściwie porównywalne, jeżeli chodzi o te metody. A na tym nam zależy, czyli na jakości dla pacjenta, żeby uzyskiwał jak najlepszą opiekę, i dzięki wykorzystaniu nowych technologii.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Króciutkie pytanie pan poseł Piątkowski.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO) – spoza składu podkomisji:

Ja chciałbym jeszcze dopytać panią minister. Czy w związku z tym, że jak się wyraziła, nie zajmuje się tym na co dzień, to my jakieś bardziej kompleksowe informacje, wyjaśnienia w tym zakresie moglibyśmy jednak otrzymać, na przykład na piśmie?

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Oczywiście, na pewno będą państwo mogli. Jak państwo doskonale wiecie, Ministerstwo Zdrowia jest teraz w fazie przebudowy, delikatnie mówiąc, więc ja nie mogę tutaj do czegoś się zobowiązać na dłużej, natomiast na pewno takie informacje pisemne mogą państwo otrzymać...

Posel Krzysztof Piątkowski (KO) – spoza składu podkomisji:

Ja bym prosił...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Tylko proszę się zwrócić w formie pisemnej...

Posel Krzysztof Piątkowski (KO) – spoza składu podkomisji:

Nie, nie, ja się zwracam na posiedzeniu podkomisji, więc proszę wybaczyć, nie będę się zwracał w trybie pisemnym. Państwo mogą zapamiętać pytanie.

Prosiłbym też, żeby parlamentarzyści, którzy nie są członkami podkomisji, mogli otrzymać tę odpowiedź. Myślę, że nie ma takiego trybu, że ja muszę pisać interpelację w tej sprawie. Po prostu proszę o to, by państwo zapamiętali moją prośbę o przesłanie bardziej szczegółowych informacji...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Oczywiście nie ma takiego trybu, panie pośle, że musi pan pisać interpelację. Odpowiemy.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO) – spoza składu podkomisji:

I jeszcze jedna prośba, taka doprecyzowująca. Tak jak usłyszałem teraz od pana doktora, te koszty zakupu urządzeń nie są wliczane, a przecież znacząco wpływają na te koszty. Jak rozumiem, w jakiś sposób szczególny i dotkliwy odpowiedzialność za zmianę kosztów tych procedur będą ponosić te ośrodki wiodące – większe, lepsze itd. – i mogą poczuć się zniechęcone do dalszego inwestowania, na przykład w narzędzia do robotyki, skoro to nie będzie... To mnie też niepokoi.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Jasne, rozumiem...

Posel Krzysztof Piątkowski (KO) – spoza składu podkomisji:

Tak więc w tym zakresie też chciałbym prosić o wyjaśnienie, pani minister.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Z tym, panie pośle, że sprawa wygląda tak, że większość ośrodków tego sprzętu nie zakupiła z własnych środków, tylko albo z jakichś środków ministerialnych, albo jakimiś innymi ścieżkami. Na ogół szpitali nie stać na takie duże inwestycje i te sprzęty pochodzą po prostu z innych źródeł.

Obecnie też toczą się konkursy w Ministerstwie Zdrowia związane z KPO albo konkurs na onkologię, i tam też są uwzględnione sprzęty pod postacią robotów. Wtedy taka jednostka nie ponosi kosztów zakupu. Tak więc to może być dwójako – albo do placówki trafił sprzęt, który finansował ktoś inny, albo po prostu szpital zakupił z własnych środków, ale to się zdarza zdecydowanie rzadziej, ponieważ, tak jak mówię, ten sprzęt jest bardzo kosztowny. Tak więc taka inwestycja jest na ogół finansowana ze środków zewnętrznych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani minister. Myślę, że uzyskamy odpowiedź na piśmie – wszyscy członkowie podkomisji, również ci, którzy nie są członkami podkomisji i państwo – bo nie ma takiej możliwości, żebyśmy my, jako podkomisja pisali czy prosili o odpowiedzi. Jest przedstawicielstwo departamentów Ministerstwa Zdrowia, przekaże tę informację. Można odsłuchać zadawane pytania, które padały i odpowiedzieć na piśmie, na co wszyscy będziemy bardzo czekali.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Oczywiście, panie pośle, odpiszemy. Ja dlatego pana poprosiłam, bo jeśli chodzi o pytania sformułowane na piśmie, to nie ma możliwości, że my coś źle zrozumieliśmy...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Ale po odsłuchaniu...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

...albo coś nie zostało do końca doprecyzowane. Tylko ze względu na precyzję pana prosiłam o...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dobrze. Dziękuję bardzo i bardzo proszę.

Członek zarządu PTU Piotr Bryniarski:

Szanowni państwo, kłaniam się. Piotr Bryniarski z tej strony. Jestem kierownikiem Kliniki Urologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Zwracam się do państwa tylko z taką informacją, bo ja akurat poprosiłem mój dział do spraw rozliczeń, kosztów i analiz ekonomicznych, żeby mi przygotował takie zestawienie, tak jak pani minister mówiła, odnośnie do kreatyniny, sodu, potasu i otrzymałem taką informację w odniesieniu do jednego pacjenta. Mam więc taką informację, że całkowity koszt zabiegu wraz z pobytem pacjenta – jednego, konkretnego – to było 53 tys. zł, z czego procedura radykalnej prostatektomii z zastosowaniem systemu robotowego odpowiada kwocie 35 779 zł, konkretnie rzecz ujmując. Gdybyśmy ten zabieg zrobili laparoskopowo, otrzymalibyśmy 33 808 zł. Tak więc o 2 tys. zł mniej.

Chciałbym przypomnieć, że system robotowy kosztuje między 10 a 15 mln zł, natomiast system laparoskopowy kosztuje od 300 do 500 tys. zł. W związku z powyższym, jeżeli te koszty są takie a nie inne, jeżeli będziemy mieli do czynienia z obniżeniem refundacji procedury robotycznej, to zapewniam państwa, że każdy dyrektor szpitala będzie naciskał na to – tak jak słyszeliśmy, żeby racjonalizować koszty – żeby ten sam zabieg wykonać metodą mniej kosztoclonną, czyli metodą laparoskopową.

Natomiast różnica w liczbie powikłań, żebyśmy sobie mogli uzmysłwić, jeżeli chodzi na przykład o nietrzymanie moczu... Co to może być to nietrzymanie moczu? Szanowni państwo, nietrzymanie moczu w przypadku dość młodego powiedzmy mężczyzny, powiedzmy 50-60-latką, potrafi go zupełnie wykluczyć z pracy na swoim stanowisku pracy. Taki człowiek zazwyczaj przechodzi na rentę. On po prostu nie pracuje. Ponieważ po takiej operacji żyje się długo, ponieważ jest to operacja, która ratuje życie, to takiego niepracującego pacjenta na tej rencie mamy przez kilkanaście lat. Tak więc, jeżeli będziemy mieć do czynienia z obniżeniem refundacji, to będziemy mieć większą liczbę procedur, które wydłużą życie pacjentowi, ale wykluczą go z pracy. Dodatkowo oczywiście ten pacjent będzie musiał kupować podpaski, pieluchy itd., więc państwo polskie dodatkowo wyda na niego rocznie, tak wstępnie policzyłem, około 3 tys. zł, żeby mu to sfinansować.

Czy to jest dużo? Otóż po operacji robotycznej tych nietrzymań moczu jest do 10%, natomiast po operacji laparoskopowej jest do 20%. Niby jedna i druga liczba jest nieduża, ale po laparoskopii jest tego dwa razy więcej. Dwa razy więcej takich pacjentów, którzy mając nietrzymanie moczu pewnie zrezygnują w którymś momencie z pracy, będą potrzebowali dodatkowych procedur urologicznych, na przykład sztucznego zwieracza. Koszt założenia jednego sztucznego zwieracza, szanowni państwo, to jest 30 tys., który musi zostać sfinansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ja szczerze powiedziawszy mam wątpliwości czy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji liczy to wszystko, o czym ja teraz powiedziałem. Wydaje mi się, że nie i dlatego my, jako Zarząd Główny, przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Urologicznego, zachęcamy państwa, żeby nie dopuścić do tego, żeby nastąpiło takie obniżenie procedury robotycznej. Dziękuję państwu.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Napieralski.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dopytam jeszcze, żeby już nie toczyć tej dyskusji. Wysłuchaliśmy różnych stron, również pani minister, jak to wygląda i nawet gdy ministerstwo przygotowuje to pismo, to wyjdzie z niego to samo, co tutaj usłyszeliśmy. Zadam jeszcze raz to samo pytanie. To w takim razie, skoro usłyszeliśmy te strony, jedną i drugą, czy jest szansa, żeby może dzisiaj jeszcze o tym chwilę porozmawiać i znaleźć jakieś rozwiązanie, być może w połowie drogi, być może w jednej trzeciej

drogi, już abstrahuję od tego, gdzie to się znajdzie, bo być może... Ja rozumiem, że jest instytucja państwowa... O tej wycenie... Na gorsze, jak słyszę.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Decyzje są na gorsze. Przepraszam. Czy mogę powiedzieć?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Tak, bardzo proszę.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia idą w niedobrym kierunku, natomiast AOTMiT się zobowiązał i w tej chwili wyceny będą robione na podstawie wieloparametrycznej analizy. My tego domagaliśmy się jako posłowie, nawet nie myśląc o raku prostaty i o operacjach, tylko o życiu dzieci, które są leczone drogimi terapiami genowymi i przed nimi jest całe życie. Już wiemy, że to w tej chwili wchodzi w tok pracy AOTMiT-u. A zatem, jeśli to nie dotyczy państwa procedur, to może trzeba się zwrócić do AOTMiT-u, bo my o to apelowaliśmy na posiedzeniach parlamentarnego zespołu do spraw chorób rzadkich. Trzeba w takim razie taką samą, wieloparametryczną analizę, gdzie liczy się wszystko, to że matka wraca do pracy, to co pan przed chwilą powiedział, czyli koszt pozostania w domu, renty itd.

Posel Grzegorz Napieralski (KO):

Pani profesor, właśnie o tym mówię. Dokładnie o tym samym. Może warto jeszcze raz usiąść do stołu rozmów. Skoro są takie argumenty dzisiaj na stole i my ich dzisiaj wysłuchaliśmy przy okazji tego posiedzenia podkomisji, to warto o tym porozmawiać. Ja nie chcę z góry o tym przesądzać, jak to ma wyglądać, bo być może zostanie tak, jak jest, a być może gdzieś uda się to zmodyfikować. Stoję na stanowisku, że po prostu warto o tym porozmawiać, skoro autorytety, które dzisiaj są na tej sali, powiedziały o takim zjawisku, które zaistniało. Rozumiem, że ministerstwo jest otwarte na taki dialog i na tę rozmowę...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Oczywiście...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Ja mogę powiedzieć tak, że to, o czym pani poseł Chybicka wspomniała, to się nazywa analiza wielokryterialna. Czyli w HTA, w tej ocenie technologii bierze się pod uwagę nie tylko analizy ściśle ekonomiczne, ale także inne czynniki, takie jak na przykład utrata lat życia w zdrowiu, zejście z rynku pracy pewnych osób i bardzo wiele innych czynników. Ja osobiście jestem przeszczęśliwa, że ta analiza wielokryterialna wchodzi do oceny leków na choroby rzadkie, dlatego, że takie dziecko nigdy by nie dostało terapii, która kosztuje 9 mln zł, tak jak w przypadku SMA, gdyby nie wziąć pod uwagę także innych czynników.

Jestem głęboko przekonana, że taka analiza wielokryterialna powinna wyjść poza te choroby rzadkie, również w przypadku takich drogich technologii, które jednak mają dużą wyższość nad standardowo używanymi technologiami. Taka analiza wielokryterialna mogłaby rzeczywiście zmienić podejście do ceny. Myślę, że to jest dobry kierunek, w którym powinniśmy pójść.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani minister. Pani Dominika Janiszewska-Kajka, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, też ma do tego swoje stanowisko. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję, panie przewodniczący. Rzeczywiście dyskusja powinna być kontynuowana i my zobowiązujemy się do pozyskania z Agencji odpowiedzi dotyczącej analizy i w ogóle kalkulacji kosztów. Mamy informację, że Agencja dysponowała danymi pochodzącymi od 25 z 40 realizatorów, a więc ponad 60% i na tej podstawie dokonała analizy kosztów i sporządziła wyceny. W zakresie tego rozpoznania rzeczywiście propozycja Agencji była obniżająca wycenę. W dwóch pozostałych rozpoznaniach, czyli w robotyce macicy oraz jelita grubego, ta wycena pozostała na tym samym etapie. Wrócimy więc do tej dyskusji i wtedy będziemy mogli kontynuować, myślę z państwa udziałem, rozmowy w tym zakresie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Czekamy w takim razie na to spotkanie. Bardzo proszę, pan się zgłaszał.

Prezes zarządu Modern Healthcare Institute Krzysztof Jakubiak:

Bardzo dziękuję. Krzysztof Jakubiak, Modern Healthcare Institute. Ja też pracuję z Fundacją Onkocafe. Niedawno opublikowałem analizy dotyczące rozwoju chirurgii robotowej i chciałbym państwu przedstawić kilka liczb dotyczących właśnie tego, o czym rozmawiamy.

Po pierwsze, jeżeli chodzi o wyceny, to one od trzech lat rzeczywiście się nie zmieniają, natomiast praktyczna refundacja tych zabiegów się zmienia. Jeżeli analizowałem dane rozliczeniowe Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli to, ile rzeczywiście NFZ zapłacił szpitalom za zabiegi prostatektomii radykalnej trzema metodami, to wniosek jest taki, że w 2023 r. za jeden zabieg otwarty NFZ płacił 15 200 zł, a w 2024 r. 16 tys., czyli rok do roku wzrosła kwota, którą szpitale otrzymują za zabieg wykonany skalpelem.

W tym samym okresie spadła kwota, którą szpitale otrzymują średnio za zabieg wykonany robotem z 30 900 zł do 30 800 zł. Tak więc niezależnie od tego, że w praktyce wyceny się nie zmieniają od trzech lat, szpitale są zniechęcane, bo płaci im się mniej za robotykę albo praktycznie tyle samo, ale odrobinę mniej, a więcej się płaci za operacje otwarte. Czyli ta polityka płacowa, czy płatnika, sprzyja utrzymywaniu tradycyjnych inwazyjnych metod chirurgii, co moim zdaniem nie jest dobre. Panowie profesorowie przed chwilą o tym mówili.

Druga rzecz, którą chciałbym powiedzieć, jeżeli chodzi o pieniądze, to wbrew pozorom ta chirurgia robotowa nie jest droga, ponieważ inkrementalny koszt chirurgii robotowej w prosta- cie, czyli wszystkich zabiegów wykonanych robotem w 2024 r., to było 68 mln zł. O tyle więcej Narodowy Fundusz Zdrowia zapłacił szpitalom za zabiegi robotowe, niż gdyby zapłacił za te zabiegi według stawek, czyli według refundacji laparoskopowej – 68 mln zł za 8,5 tysiąca zabiegów to naprawdę nie jest duża kwota, zwłaszcza, że wskutek tych różnych współczynników i działań NFZ-u dzisiaj różnica między operacją laparoskopową a operacją wykonaną robotem, którą szpital dostaje, to zaledwie 6 tys. zł. Na początku to było dużo więcej, ale teraz jest 6 tys. zł i ta różnica się spłaszcza. Jeżeli teraz NFZ zacznie płacić o 15% mniej, według tej propozycji przedstawionej przez AOTMiT, to ta różnica praktycznie zniknie, więc wycena będzie właściwie identyczna.

Pytanie, które powinniśmy zadać AOTMiT-owi lub NFZ-owi, jest więc takie, czy ktoś wykonał analizę dotyczącą kosztów opieki nad pacjentem po zabiegu wykonanym robotem w porównaniu z zabiegiem wykonanym laparoskopią lub skalpelem. Od trzech lat te zabiegi są refundowane, więc można byłoby taką analizę zrobić. Ja szczerze mówiąc takiej analizy nie widziałem. Chociaż zwracałem się kilkakrotnie do NFZ-u z prośbą o dane, żeby taką analizę wykonać, nie dostałem tych danych, ale być może AOTMiT albo Narodowy Fundusz Zdrowia taką analizę wykonały.

Jeszcze jedno chciałem powiedzieć na koniec. Jeżeli chodzi o koszty, ja w ubiegłym tygodniu byłem na największej światowej konferencji dotyczącej chirurgii robotowej w Strasburgu i muszę państwu powiedzieć, że doliczyłem się 12 robotów chirurgicznych, które już pracują w szpitalach całego świata. Jeżeli więc w materiale Ministerstwa Zdrowia widzę takie coś „liczba procedur prostatektomii w asyście da Vinci”, to chciałbym powiedzieć, że da Vinci to jest tylko jeden z 12 robotów, które można dzisiaj na rynku kupić.

Cena nowego robota da Vinci w Polsce to jest w granicach 10 mln zł. Mówię o samej gołej maszynie, bez tych wymiennych części – 10 mln zł, czyli mniej więcej 2,8 mln dolarów. Taki sam da Vinci w innych krajach świata kosztuje 1,2-1,3 mln dolarów. My mamy tutaj dwukrotnie wyższą cenę. Jeżeli już certyfikat europejski otrzymały dwa chińskie roboty, za chwilę będzie miał trzeci chiński robot, będzie miał robot z Indii, będzie miał robot z Japonii, za rok na polskim rynku prawdopodobnie będzie co najmniej 10 modeli robota do wyboru. Ceny spadną, więc ten koszt zakupu robota przez szpital to nie będzie 10 mln zł. Nie ma prawa, żeby było 10 mln zł. Ten koszt zakupu robota powinien spaść o połowę, więc też ta wycena procedur powinna pewnie uwzględniać spadające koszty zakupu i spadające koszty również tych wymienionych części dotyczących zabiegów robotowych.

Rozmawiałem z producentem robota Mantra 3. To są roboty indyjskie. Oni sprzedają swoje roboty po 700 tys. dolarów. To jest koszt, który oni proponują na rynku i ten robot dzisiaj można kupić. On jeszcze nie ma certyfikatu CE, ale pan powiedział, że w przyszłym roku będą mieli.

Podobna sytuacja jest z robotami chińskimi. Już dwa chińskie roboty mają europejski certyfikat, kolejne dwa będą miały w przyszłym roku. W związku z tym ta konkurencja wymusi spadek cen. Myślę więc, że to też jest dla szpitali dobra wiadomość, że koszty spadną, w związku z czym rentowność tych operacji się poprawi i być może zniweluje ten trend, o którym mówiłem na początku, że nasz płatnik niestety swoimi decyzjami dotyczącymi współczynników wycen i płacenia na dzisiaj nie zachęca do rozwoju chirurgii małoinwazyjnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor chciał zabrać głos.

Dyrektor departamentu w Centrali NFZ Filip Urbański:

Tak, ad vocem. Według danych, którymi dysponuję, średnia wartość refundacji na zabieg w 2022 r. to było niemal 28 tys., w 2023 r. niemal 31 tys., w 2024 r. 32 500, więc rośnie, a nie maleje. Nie wiem zatem, jakie przekształcenia danych, które udostępniliśmy, zostały wykonane.

Jeśli chodzi o efekty i porównanie laparoskopii, raport opublikujemy w poniedziałek, ale już przytoczę państwu wyniki. Zrobiliśmy coś takiego, że przeanalizowaliśmy 32 tys. zabiegów, które w perspektywie ostatnich lat zostały zaraportowane do Narodowego Funduszu Zdrowia. Sprawdzaliśmy, szanowni państwo, śmiertelność pacjenta w ciągu 30 dni, rehospitalizacje, rehospitalizacje zabiegowe, przetoczenia krwi w trakcie hospitalizacji oraz to, czy pacjenci korzystają z wyrobów refundowanych, świadczeń lub leków świadczących o tym, że po operacji cierpią na nietrzymanie moczu.

Jeśli chodzi o to, czy była jakaś istotna statystycznie różnica, jeśli chodzi o śmiertelność pooperacyjną w ciągu 30 dni, nie było. Ponieważ nie lubię mówić o szansach, jeżeli mówimy o modelowaniu statystycznym, gdyż one są słabo interpretowane przez nas, przekształciliśmy to na pacjenta takiego średniego, w wieku 67 lat, bez wielochorobowości i zabieg, który był u świadczeniodawcy, który wykonuje powyżej 150 zabiegów roku. Szacowane prawdopodobieństwo hospitalizacji zabiegowej w ciągu 180 dni dla operacji otwartej wynosiło 5,6%, dla laparoskopii 4,4%, dla robota 3,6%. Czyli 1,2% prawdopodobieństwa na korzyść robota. Czy to dużo czy mało? Zostawiam to państwu do opinii.

Jeśli chodzi o rehospitalizacje z jakiegokolwiek powodu w ciągu 30 dni, laparoskop versus robot, to jest 8,2% versus 6,7% – 1,5% uzysku. Jeśli chodzi o szacowane prawdopodobieństwo przetoczenia krwi lub jej składników podczas hospitalizacji, 3,9% dla laparoskopii i 2,4 dla robota – 1,5% różnicy. Jeśli chodzi o prawdopodobieństwo refundacji świadczeń leków, wyrobów medycznych związanych z nietrzymaniem moczu do 180 dni, to w przypadku laparoskopii 56% pacjentów a robota 40-45% w tym zakresie miało tego typu świadczenia. I tak to wychodzi. W poniedziałek opublikujemy ten raport. Robimy też spotkanie z dziennikarzami w postaci śniadania prasowego, na które serdecznie zapraszam zainteresowanych, żeby te wszystkie dane jak najlepiej państwu przybliżyć.

Chciałbym jeszcze, szanowni państwo, powiedzieć jedną rzecz, ponieważ zapominamy o całym kontekście, w którym funkcjonujemy. W 2022 r. weszło rozporządzenie wprowadzające zabiegi robotyczne i czytamy w tym rozporządzeniu w OSR-ze, że świadczenie będzie możliwe do realizacji w około 14 ośrodkach Rzeczypospolitej oraz że Narodowy Fundusz Zdrowia powinien zabezpieczyć 15-30 mln zł w kolejnych latach na finansowanie prostatektomii robotowej.

W tym rozporządzeniu czytamy jeszcze, że co najmniej 150 prostatektomii radykalnych robotami umożliwia to, żeby ta procedura była opłacalna kosztowo. W 2024 r., szanowni państwo, refundacja procedur obrotowych wyniosła 270 mln zł. Czyli względem tego, co było w rozporządzeniu wpisane, mamy 250 mln zł nadwyżki. Nie dziwi w związku z tym to, że jest taka duża dyskusja w tym zakresie.

Jeśli chodzi o liczbę świadczeniodawców, którzy w 2024 r. realizowali świadczenia robotowe w zakresie prostatektomii, to jest 45 świadczeniodawców – przypominam, że rozporządzenie mówiło o 14, z czego 25 zrealizowało powyżej 150 zabiegów. Dlatego być może, jeżeli staramy się realizować bardzo mało procedur w wielu ośrodkach, w niektórych ośrodkach wychodzą one nieefektywnie kosztowo. Apeluję więc też o to, żeby nie przedstawiać analiz kosztowych na poziomie najdroższych pacjentów, których mamy w klinice, tylko średnich, bo równie dobrze Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby epatować tym, że finansujemy świadczenia pacjentów po 15 mln zł w skali kilku lat. Prawda? A to też nie jest tak, że każdy pacjent tyle kosztuje. Dziękuję. Tyle ad vocem.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Mieliśmy mówić na temat systemu opieki nad pacjentami, a skupiliśmy się praktycznie na wycenie i środkach. Może to, co pan doktor mówi, jest kolejnym dowodem na to, jeżeli chodzi o urologię, że na wprowadzenie tych centrów narządowych już od wielu, wielu lat oczekujemy. Czekamy i nie możemy się doczekać. Pani minister się uśmiecha, ale decyzje tam powinny zapadać, a nie na posiedzeniu podkomisji do spraw onkologii. Bardzo proszę, strona społeczna jeszcze.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Szanowni państwo, pozwolę sobie wrócić do tematu profilaktyki. Bardzo się cieszę, że wybrzmiał temat możliwości wizyty u lekarza bez skierowania do urologa. Jednocześnie bardzo mnie martwi, że znowu ten temat wybrzmiał, ponieważ o tym mówimy już 10 lat co najmniej. Dziesięć lat temu się mówiło, że trzeba zrezygnować z tych skierowań, pięć lat temu, trzy lata temu i dzisiaj też rozmawiamy, więc to jest temat ciągły i ja mam pytanie w związku z tym.

Jeszcze jedna kwestia. Czasami się powtarzało stwierdzenie, że to urolodzy nie chcą, żeby zrezygnować ze skierowań, ponieważ obawiają się nawału pacjentów. W związku z tym chciałabym się dowiedzieć, gdzie leży prawda i jaki jest stosunek Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia do tej rezygnacji ze skierowań.

Padły tutaj jeszcze takie stwierdzenia – pan profesor mówił, wiele osób tu też mówiło – że mężczyźni są skrzepowani takimi badaniami. To jest oczywiste, ale to jest stwierdzenie przy czyn. Natomiast ważne są, znając już te przyczyny, jakieś sposoby, metody poradenia sobie z tymi przyczynami. To musi być rozwiązane w jakiś sposób koncepcyjnie. To jest też dowód na to, że nie możemy się opierać tylko na edukacji w szkołach, ponieważ edukować należy również dorosłych.

Na końcu powiem, że problem profilaktyki w Polsce jest ogromny, ponieważ ona jest akcyjna, nie jest systemowa. Jest akcyjna, okazjonalna, podzielona na jakieś pojedyncze obszary. Natomiast ja kolejny raz apeluję o to, żeby jednak powstała całościowa, wieloletnia strategia dla profilaktyki w Polsce, z ujęciem wszystkich jej elementów. Jeżeli nie będziemy mieli takiej strategii, my tak naprawdę nie wiemy, do czego dążymy. Dotyczy to wszystkich nowotworów, ale również innych elementów, jak i szczepień ochronnych. Ciągłe jest akcyjność, a efekty są takie, jakie są, czyli dramatycznie niska zgłaszalność na badania przesiewowe. Akcyjność nie poprawi w żadnym momencie sytuacji.

Była też mowa o tym, że nie ma równego dostępu do badań diagnostycznych i do leczenia, że ciągle w tym przypadku mężczyźni są skazani na bariery wynikające z kodu pocztowego. Ja mam pytanie, jakie są plany rozwiązania tych problemów z tą barierą kodu pocztowego. Czy są jakieś plany, jak zamierza się doprowadzić do tej sytuacji, w której byłby dostęp do leczenia i jakości leczenia, o której też mówią organizacje pacjentów, byłaby na wysokim poziomie, ponieważ ta jakość gdzieś umyka? Jeszcze się mówi o finansowaniu, o efektywności, ale badania jakościowe są również bardzo potrzebne.

Jeszcze jedna rzecz. Ostatnie moje pytanie dotyczące dostępu do tych nowoczesnych terapii. Tutaj była mowa o terapiach radioligandowych – przepraszam, jeżeli pomyliłam słowo – ale znane są powszechnie problemy finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z tym też chciałabym się dowiedzieć, jak dostęp do nowych terapii będzie organizowany wobec tych powszechnie znanych trudności finansowych, które teraz są? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan się zgłaszał. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST Piotr Fonrobert:

Piotr Fonrobert, Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia. Chcę powiedzieć, że my, jako pacjenci, mamy dość duże zaufanie do leczących nas osób i dlatego chciałbym, żeby pani minister tutaj sprostowała swoją wypowiedź, to co powiedziała – raczej to było niefortunne sformułowanie – jeśli chodzi o te operacje niechciane. Otóż decyzja terapeutyczna dla pacjenta onkologicznego jest podejmowana przez konsylium i o ile jako pacjenci byśmy ewentualnie zrozumieli, że pojedynczy lekarz może się mylić, o tyle uważamy, że konsylium już raczej nie. Tak więc proszę to nasze zaufanie do tych konsyliów podtrzymać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Elżbieta Markowska:

Elżbieta Markowska, prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz prezes Stowarzyszenia Częstochowskie Amazonki. Przysłuchując się dzisiejszej bardzo ważnej dyskusji bardzo dziękuję, że zostało tutaj tyle bardzo ważnych tematów poruszonych. Dziękuję stronie medycznej za to, że mówicie.

Ja chciałabym się odnieść jako stowarzyszenie, ale przede wszystkim jako fundacja do akcji, które były przez nas wiele lat organizowane. My prowadziliśmy w roku 2017/2018 projekt „Czas na aktywność”. Był on realizowany przez fundusze FIO. Powiem, że był to program skierowany zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn. Tam mieliśmy profilaktykę edukacji, ale przede wszystkim chodziło o badania. Mieliśmy przeprowadzić badania na 150 osób. To były mamografia, badania tarczycy czy cytologia, a dla mężczyzn było między innymi PSA czy spotkania z urologiem. Powiem szczerze, że wtedy powiedziałam sobie, że przekażę 100 miejsc dla mężczyzn, żeby z tego skorzystali. Niestety, panowie nie chcieli. Oddaliśmy część tych badań kobietom.

Chciałabym tu jeszcze powiedzieć, że organizujemy również wiele takich akcji profilaktycznych, edukacyjnych, z uczniami. Myślę, że te spotkania w szkołach, ta edukacja, w którą się włączamy nie tylko my jako wolontariusze ochotnicy, ale również lekarze, przynosi naprawdę bardzo duży efekt. Młodzież zostaje ambasadorami Amazonek i ambasadorami Urosów mężczyzn. Oni uczą, edukują swoich kolegów, idą z tym propozycjami do szkół.

W Częstochowie to naprawdę bardzo dobrze się sprawdza. Dzięki temu, że są takie spotkania, mogę powiedzieć, że mieliśmy jedną dużą akcję w szkole, gdzie zostały przeprowadzone na uczniach badania USG jąder. Proszę mi wierzyć, 25 chłopców – wydawałoby się, że oni się nie zgodzą i nie przyjdą – przyszło, stali w kolejce i u 13 stwierdzono zmiany. Ci chłopcy są już po prostu leczeni. Proszę więc zobaczyć, jak te akcje są bardzo ważne. Jednak najważniejsze z tego wszystkiego jest chyba to, że idą z tą edukacją dalej.

Koleżanka powiedziała tu coś bardzo ważnego. Te wszystkie akcje, które są tylko krótkie, na czas... Powinniśmy się zastanowić nad profilaktyką systemową, żeby te badania systemowe jednak były, żebyśmy to jakoś inaczej zrobili.

Chciałabym jeszcze powiedzieć, że jako Fundacja Polska Koalicja Pacjentów wydajemy „Głos Pacjenta”, w którym zawsze, w każdym wydaniu mamy o raku prostaty, o raku pęcherza. Kierujemy to do mężczyzn, bo mężczyźni nie chcą w ogóle do tego się przyznawać.

A jeżeli chodzi o to, co było tutaj powiedziane, jak bardzo ważna jest operacja robotyczna, po której mężczyzna może normalnie funkcjonować, to jest to bardzo ważne, ponieważ i tak mężczyźni nie chcą się zgłaszać, a tym bardziej jest ciężko, jeżeli nie mogą skorzystać z takiej profesjonalizacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Powolutku zbliżamy się do końca. Panią minister poproszę o podsumowanie, ale zanim, to czy ze strony państwa ekspertów jest jeszcze jakiś głos. Bardzo proszę.

Członek zarządu PTU Tomasz Syryło:

Wysoka podkomisjo, dziękuję bardzo. Tomasz Syryło Polskie Towarzystwo Urologiczne, kierownik Kliniki Urologii Wojskowego Instytutu Medycznego.

Ja bym tylko poprosił o rozważenie dołączenia do procedur refundowanej biopsji fuzyjnej, bo cały czas nie mamy możliwości refundacji tego świadczenia, które jest podstawowym narzędziem diagnostycznym u pacjenta z rakiem prostaty, ponieważ PSA już dawno straciło rolę uniwersalnego wskaźnika markera nowotworowego. Mamy bardzo dużo nowotworów istotnych klinicznie przy prawidłowym wyniku PSA. My jako chirurdzy urolodzy naprawdę nie staramy się nikogo zoperować niepotrzebnie. Jest to dla nas bardzo trudny temat, a prostatektomia radykalna z definicji jest dużą operacją onkologiczną.

Oczywiście robot jest doskonałym narzędziem. Obniżenie wyceny procedury robotycznej mnie jako kierownika jednostki organizacyjnej podstawowej, czyli kliniki, będzie zmuszało do pewnej kalkulacji i optymalizacji kosztów. Czyli ja będę tego pacjenta musiał szybciej wypisać. Nie będę mu zlecał badań, nie będę zlecał leków. Oczywiście nie będę tego robił, ale do tego będzie się to sprowadzało, ponieważ jestem rozliczany z wyniku finansowego. Tak więc dla

bezpieczeństwa pacjentów chcielibyśmy, aby w jednostkach, które robią tych operacji dużo, ta opieka onkologiczna była kompleksowa i skoordynowana. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Członek zarządu PTU Mateusz Jobczyk:

Mateusz Jobczyk. Jestem z ramienia Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Szpital Wojewódzki w Bełchatowie. Chciałbym tylko przychylić się do tego, co mówili tutaj moi przedmówcy, moi koledzy, odnośnie do operacji robotycznych. Sam wykonałem powyżej tysiąca operacji prostaty. W tamtym roku wykonałem operacji robotycznych 213. Był to ósmy wynik w Polsce.

Jeżeli państwo chcą sobie wyobrazić, jak wygląda rozmowa z pacjentem chorym na raka prostaty, proszę państwa, to nie jest 10 czy 15 minut, to nie jest bardzo miła rozmowa i są poruszane bardzo ciężkie tematy. Odebranie nam takiego narzędzia spowoduje również dla nas bardzo duże kłopoty

Chciałbym jednak powiedzieć jeszcze jedną bardzo ważną rzecz, która została pominięta. Od wielu lat wiadomo – rak szyjki macicy, akcje, mammobusy, „rodzenie po ludzku”, piękne oddziały. Jakbyście państwo weszli do mnie na oddział, zobaczyli, jaki jest grzyb w jedynej łazience dla pacjentów na cały oddział – urologia zawsze była mocno niedoszacowana, procedury. I też z tego wynika niechęć mężczyzn do przychodzenia do lekarza. Mężczyźni się boją, Zresztą wiemy, jacy jesteśmy. My nie chorujemy, my walczymy o życie.

Bardzo ważną rzeczą, która nie została poruszona, jest jeszcze jedna kwestia. Nie wiem, czy państwo wiecie, ale w zapisach Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie do operacji robotycznej jest, że pacjent musi mieć punktację odnoszącą się do jego erekcji i musi mieć powyżej 22 pkt, żeby być zakwalifikowany do operacji.

Z tego co ja wiem – nie jestem za bardzo w tym biegły – konstytucja wszystkich obywateli państwa traktuje tak samo i daje równy dostęp do opieki. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że byłem kontrolowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia i jest punktacja, że pacjent może być operowany tylko wtedy, kiedy ma dobre wzwody, powyżej 22 pkt. Co ja mam zrobić z pacjentem, któremu umarła żona, z księdzem, ktoś ma depresję, jakieś zaburzenia psychiczne? To co? Czy jeżeli on mówi mi, wypełnia tę ankietę, to mam go nie zoperować? To jest... Nakłamać. To jest, proszę państwa, naprawdę sytuacja bezprecedensowa, że taki zapis istnieje, że ten kto ma wzwody, może być operowany, a jeżeli chcę „zrobić” robotycznie pacjenta 72 czy 73-letniego, który jest schorowany, ma cukrzycę, nadciśnienie, jest otyły, to muszę skłamać, że ma dobre wzwody... No to jest możliwe i to jest obecnie w przepisach.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Czy to eliminuje całkowicie?

Członek zarządu PTU Mateusz Jobczyk:

Oczywiście. Powinno wyeliminować całkowicie.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

To otwieramy tutaj kolejną furtkę problemu. Jeszcze pan profesor. Ostatni głos, bo już kolejna komisja czeka pod drzwiami. Na końcu pani minister w żołnierskim skrócie podsumuje te pytania. Bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego NIO Paweł Wiechno:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Paweł Wiechno, Narodowy Instytut Onkologii. Jestem kierownikiem Kliniki Nowotworów Układu Moczowego. Tutaj duże emocje wzbudzała kwestia tak zwanego niepotrzebnego operowania pacjentów. Ja powiem, skąd się wzięło w ogóle takie pojęcie i taka koncepcja.

W zapisach Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej znalazła się informacja, że 18 pacjentów musi być poddanych leczeniu, by ocalić jedno życie w przypadku raka gruczołu krokowego. To było w podsumowaniu badania polegającego na przesiewie populacyjnym pacjentów tylko na podstawie PSA. To są po prostu dane, które są nieaktualne. Teraz ten schemat, który jest proponowany, aczkolwiek nieobowiązujący, jest dużo bardziej skomplikowany,

uwzględnia różne inne czynniki. W związku z tym ten odsetek pacjentów operowanych niepotrzebnie, w cudzysłowie, na pewno się zmniejszy. Jednak nadal my nie mamy screeningu dla raka prostaty, który byłby ukonstytuowany.

Druga kwestia. Absolutnie podstawową i kluczową sprawą jest zapewnienie pacjentowi dostępu do osoby, która wie, co robi, czyli urologa. Ja jestem onkologiem, nie chcę się wypowiadać za kolegów urologów, ale w opinii onkologów oznaczanie PSA u mężczyzny, który umrze z innych powodów i tworzenie pełnej diagnostyki po to, żeby ten mężczyzna umarł z innego powodu, ale za to z cudowną świadomością, że jest chory na śmiertelną chorobę, jaką jest rak, jest absolutnie niepotrzebne. Powtórzę, z punktu widzenia onkologów udostępnienie sensownej ścieżki, a nie dzikiego screeningu, jaki obecnie się dokonuje w raku gruczołu krokowego, jest kluczowe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo prosiłbym panią minister...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Panie profesorze, ja panu dziękuję za te mądre słowa...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

...tylko tak w skrócie, bo następni czekają...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Tak, streszczamy się, bo do nas pukają. Naprawdę nie chciałam powiedzieć, że urolodzy operują źle, tylko że – tak jak pan powiedział – na iluś leczonych jeden ocali życie. I to, że nie mamy screeningu, że PSA nie jest screeningiem, to jest prawda i dlatego do PSA w pakiecie potrzebny jest mądry lekarz, który mądrze pokieruje pacjenta całą ścieżką.

Druga informacja bardzo ważna. Rozpoznanie raka prostaty nie oznacza koniecznie, że pacjent musi być leczony. Tylko w niektórych wypadkach stosujemy taką aktywną obserwację – watchful waiting to się nazywa po angielsku – i w pewnym momencie wkraczamy, ale ta cała ścieżka, o której ja mówiłam na początku, to jest dokładnie to jak pacjent powinien...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pani minister, w skrócie bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Teraz szybciotko, biopsja fuzyjna. Bardzo słuszna uwaga. Bardzo potrzebne badanie. Jak najbardziej jestem na tak.

Lekarze POZ – co nie padło – naprawdę, jeśli pacjent ma krwimocz, jest to mężczyzna, to nie ma na co czekać. Prawda? Tak więc tutaj jest potrzebna ta edukacja nie tylko do ludzi, ale też do lekarzy POZ-u.

Rezygnacja ze skierowań do urologa – jeszcze raz, tak. Decyzje, jakie podejmujemy, podejmujemy na podstawie analiz i danych, a nie na podstawie tego, co się komu wydaje.

Jeśli chodzi o edukację zdrowotną, Ministerstwo Zdrowia prowadzi wiele kampanii, ale nie wiem, czy państwo wiecie, że za miesiąc reklam w telewizji płacimy 300 tys. zł, więc nas nie stać na jakieś bardzo szeroko zakrojone kampanie. Ja to bym była bardzo, bardzo zainteresowana, gdyby jakiś producent seriali, które są oglądane przez całą Polskę, wprowadził wątek screeningu, badań i leczenia. To by lepiej oddziaływało na społeczeństwo.

Nie ma profilaktyki raka prostaty. Niczego mężczyzna nie może zrobić, żeby tego raka prostaty nie mieć. Jeśli ma mieć, to go będzie miał. Screeningu też nie ma, o czym słyszeliśmy.

Te nierówności w dostępie – pani Dorota – to jest wielka bolączka. Generalnie są białe plamy w Polsce i bardzo byśmy chcieli to wyrównywać.

Było takie narzędzie mapy potrzeb zdrowotnych. Te mapy nam niestety upadają troszeczkę. Może potrzeba je wskrzesić i rzeczywiście stosować mierniki potrzeb a nie mierniki zasobów, ile gdzie łóżek, tylko ważne, gdzie brakuje...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pani minister...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Ile jeszcze mam?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Już nie ma czasu. Już się skończył czas dla pani minister.

Kierownik kliniki NIO Marek Dedecjus:

Nie ma? No to koniec.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

To dziękuję bardzo. Oczywiście my czekamy na odpowiedź ze strony ministra. To wszystkie pytania, które zostały zadane i które można sobie odtworzyć w sprawozdaniu. W takim razie zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Serdecznie państwu dziękuję za udział i do zobaczenia. Dziękuję bardzo.