

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ONKOLOGII

(NR 17)

z dnia 12 września 2025 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 17)

12 września 2025 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Tomasza Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat działań na rzecz zapewnienia pełnej diagnostyki patomorfologicznej oraz rozwoju programu JGPato.

W posiedzeniu udział wzięli: **Monika Durzyńska** kierownik Zakładu Patomorfologii Nowotworów w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie, **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Joanna Bogdanowicz-Antos** przedstawicielka Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Edyta Borkowska** konsultant krajowa w dziedzinie Laboratoryjnej Genetyki Medycznej, **Renata Buda** prezes Fundacji na Rzecz Rozwoju Edukacji i Nauki w Medycynie „MEN-MED” wraz ze współpracownikami, **Anna Jasińska** rzeczniczka inicjatywy społecznej Medyczna Racja Stanu wraz ze współpracownikami, **Anna Lipnicka** wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Andrzej Marszałek** kierownik Zakładu Patologii Nowotworów w Wielkopolskim Centrum Onkologii, **Janusz Meder** prezes organizacji Polska Unia Onkologii, **Anna Miszczak** dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Andrzej Mróz** prezes Polskiego Towarzystwa Patologów wraz ze współpracownikami, **Aleksandra Rudnicka** rzeczniczka w Stowarzyszeniu Onkologicznym SANITAS, **Magdalena Sakowicz** kierownik Działu ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych w Narodowym Instytucie Onkologii, **Bernard Waśko** dyrektor w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH-Państwowego Instytutu Badawczego, **Wojciech Wiśniewski** członek Komitetu ds. Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** i **Łukasz Sarnecki** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Szanowni państwo. Minęła godzina 13.30, więc otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii.

Witam członków podkomisji, posłanki, posłów i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat działań na rzecz zapewnienia pełnej diagnostyki patomorfologicznej oraz rozwoju programu JGPato. Przedstawić tę informację będzie przedstawiciel ministra zdrowia oraz przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na e-maile i zamieszczone w folderze na iPadach, a także są dostępne dla państwa, jak również gości w formie papierowej na tej sali. Gdyby państwo chcieli, to bardzo proszę, możecie się z tym zapoznać.

Szanowni państwo, dzisiaj będziemy chcieli mówić oczywiście o tym temacie związanym z patomorfologią, czyli tym elemencie, który jest jednym z kluczowych w leczeniu onkologicznym, bo bez rozpoznania patomorfologicznego nie można zaplanować żadnego leczenia onkologicznego, nie możemy zaplanować pełnej diagnostyki, dlatego też chcieliśmy o tym mówić. Tym bardziej, że w 2021 roku był prowadzony pilotaż na temat nowych programów związanych z patomorfologią i o tym również chcielibyśmy powiedzieć. Dlatego też ta dzisiejsza informacja jest nam bardzo potrzebna i wręcz niezbędna.

Na początek chciałem prosić panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, o przedstawienie informacji ministerstwa. Bardzo proszę pani dyrektor. Pani dyrektor ma upoważnienie, tak że proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry państwu. Szanowni państwo, szanowny panie przewodniczący, tematem dzisiejszego posiedzenia jest zaprezentowanie działań, między innymi tych, które zostały podjęte przez Ministerstwo Zdrowia. I rzeczywiście można te działania podzielić na trzy dziedziny. Pierwsza dziedzina to jest ten pilotaż, o którym wspomniał pan przewodniczący. Pierwszy zakres to był pilotaż, który trwał 12 miesięcy i rozpoczął się w styczniu 2021 roku. Celem pilotażu była w zasadzie ocena wpływu elementów jakościowych, które zostały wprowadzone, które potwierdzałyby skuteczność diagnostyki patomorfologicznej. Cele zostały zrealizowane. Efektem tego pilotażu było wprowadzenie zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie którego wprowadzono cztery nowe produkty rozliczeniowe i były to produkty, które dotyczyły dodatkowego kosztu diagnostyki patomorfologicznej materiału onkologicznego małego, odpowiednio dużego, onkologicznego specjalnego i materiału śródoperacyjnego. Te rozwiązania zostały przyjęte dla podmiotów, które muszą spełniać dwa warunki. Pierwszy, podstawowy i zapewne to jest przedmiotem dzisiejszego posiedzenia, to jest posiadanie certyfikatu akredytacyjnego. Jak państwo doskonale wiecie dodatkowo, w ramach prac Ministerstwa Zdrowia prowadzony był pilotaż Power, na mocy którego zostały wytworzone standardy dla patomorfologii. To były standardy akredytacyjne. Efektem projektu Power było nadanie podmiotom, które wzięły udział i przeszły stosowny przegląd i akredytację właśnie certyfikatów akredytacyjnych, które miały status takich certyfikatów projektowych, bo zgodnie z ustawą o jakości bezpieczeństwa pacjenta jednostka może otrzymać certyfikat akredytacyjny po przejściu przeglądu Centrum Monitorowania Jakości i następnie pozytywnej decyzji ministra zdrowia.

Teraz mamy następującą sytuację, że Rada Akredytacyjna, już ta nowa, która działa na mocy ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta przygotowała standardy akredytacyjne dla patomorfologii wspólnie z konsultantem krajowym i standardy były przedmiotem obrad, zostały zaakceptowane przez Radę Akredytacyjną i mamy przed nami ostatni etap, bo 17 września odbędzie się posiedzenie Rady Akredytacyjnej, w ramach której standardy zostaną zaprezentowane Polskiemu Towarzystwu Patomorfologicznemu i ostatecznie zaakceptowane przed przekazaniem do pani minister do akceptacji. Kolejnym etapem jest przekazanie pani minister i obwieszczenie ministra zdrowia. W momencie publikacji ogłoszenia jednostki mogą złożyć wniosek o udzielenie akredytacji za pomocą nowego systemu. To jest system monitorowania wniosków o udzielenie akredytacji i to jest system całkowicie elektroniczny. Jednostki będą mogły ubiegać się o przegląd akredytacyjny i efektem pozytywnego przeglądu jest uzyskanie certyfikatu. Ostatniemu z podmiotów, które brały udział w projekcie Power certyfikat wygasa w październiku 2026 roku. Obecnie mamy 37 takich jednostek, które mają w Polsce certyfikat akredytacyjny i dzięki temu mogą rozliczać te cztery nowe produkty, które powstały na bazie projektu pilotażowego JGPato. I jaki plan ma minister zdrowia? Otóż minister zdrowia proceduje obecnie nowelizację ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta w ramach nowelizacji ustawy o KSO, na mocy której standardy nie będą musiały obowiązywać 12 miesięcy, żeby podmiot mógł złożyć wniosek o udzielenie akredytacji, tylko ta nowela przewiduje znaczne skrócenie czasu. Czyli jak podmiot będzie gotowy, a standardy będą już obowiązywać, podmiot może natychmiast złożyć wniosek i w ciągu 12 miesięcy od złożenia wniosku Centrum Monitorowania Jakości musi wyznaczyć termin przeglądu. Tutaj minister zadbał o to, aby zachować ciągłość ważności tego certyfikatu i znacznie skrócić termin obowiązywania standardu, bo one, na mocy ustawy o jakości, tak jak powiedziałam, muszą obowiązywać 12 miesięcy, żeby można było złożyć wniosek o udzielenie akredytacji. I to dotyczy nie tylko standardów akredytacyjnych patomorfologii, ale także wszystkich innych, czyli na przykład leczenia szpitalnego. Obecnie funkcjonują standardy, ale w przypadku nowelizacji tych standardów chcemy istotnie skrócić ten czas tak, żeby podmiot mógł korzystać z tych dobrodziejstw, które przekazał nam pilotaż, czyli z możliwości rozliczania czterech nowych produktów po preferencyjnych warunkach.

Zakładamy, i taki jest harmonogram, że nowelizacja ustawy zostanie uchwalona do końca tego roku, tak żeby wszystkie jednostki, którym wygaśnie certyfikat w ciągu kilku najbliższych miesięcy, czyli pewnie to będzie do 30 czerwca, a ta ostatnia jednostka do października przyszłego roku mogła zostać zakredytowana przez Centrum Monitorowania Jakości i następnie, żeby efekty tego przeglądu były przekazane ministrowi zdrowia.

Co jeszcze? Myślę, że warto wspomnieć również o tym, że Krajowa Sieć Onkologiczna przewiduje pewne przepisy, które zresztą już się zmaterializowały, bo w każdym obwieszczeniu

dotyczącym zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych, które zostały uchwalone na mocy ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, są dodane zapisy, które dotyczą jakości wykonywanych badań i te 18 ścieżek, które zostały wypracowane, zawierają zalecenie, że „u pacjenta z podejrzeniem wymagane jest ustalenie rozpoznania patomorfologicznego zgodnie ze standardami organizacyjnymi opieki zdrowotnej w dziedzinie morfologii oraz stosując wytyczne dla pracowni i zakładów patomorfologii”. Tutaj minister zdrowia zadbał o to, aby zapewnić jednolity standard diagnostyczny dla wszystkich pacjentów onkologicznych, niezależnie od miejsca leczenia i istotnie stara się, aby wzmocnić rolę patomorfologii jako kluczowy element procesu rozpoznania i kwalifikacji do zabiegu. Z mojej strony to tyle. Bardzo dziękuję. To były te chyba najbardziej istotnej informacji, które są przedmiotem dzisiejszego posiedzenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani dyrektor. Dużo nowych informacji, które nie były zawarte w materiale. To bardzo cenny materiał do dyskusji. Pan profesor Marszałek na pewno się do tego ustosunkuje. Teraz chciałem prosić panią dyrektor Annę Miszczak – Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, który ma pełnomocnictwo do przedstawienia informacji ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Bardzo proszę pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia Anna Miszczak:

Dziękuję serdecznie panie przewodniczący. Jestem w tej niezręcznej sytuacji, że koleżanka zasadniczo powiedziała najważniejsze rzeczy z zakresu informacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Przede wszystkim w ramach prac nad Krajową Siecią Onkologiczną diagnostyka patomorfologiczna została wytypowana jako jeden z istotnych obszarów onkologii, w związku z tym po przeprowadzeniu pilotażu, o którym mówiła dyrektor Janiszewska-Kajka, wprowadzono produkty w zakresie kompleksowych badań patomorfologicznych. Są to, jak pani dyrektor wymieniła, nowe produkty, ja je będę nazywała produktami JGPato, zostały wprowadzone do lecznictwa szpitalnego, ale również do diagnostyki pogłębionej w ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym. Produkty te można rozliczać jedynie w przypadku prowadzonego procesu diagnostyczno-terapeutycznego w chorobach nowotworowych realizowanych właśnie w tych dwóch zakresach świadczeń. W chwili obecnej produkty z zakresu kompleksowej diagnostyki patomorfologicznej na terenie kraju rozliczają 44 podmioty. Ta informacja była przedstawiona w załączonym materiale, natomiast dodam, że w województwie dolnośląskim w tym roku rozliczały je 4 podmioty, w województwie kujawsko-pomorskim również 4, w województwie lubelskim 1 podmiot, w województwie lubuskim 2 podmioty, w województwie małopolskim 4 podmioty, w województwie mazowieckim 9, w województwie opolskim 1 podmiot, w województwie podkarpackim 2 podmioty, w województwie pomorskim 4 podmioty, w województwie śląskim 6 podmiotów, w województwie świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim po 1 podmiocie, w województwie wielkopolskim 4 podmioty, w województwie zachodniopomorskim 1 podmiot. Wartość rozliczonych świadczeń w pierwszej połowie 2025 roku wyniosła 1341 tys. zł. Jeżeli chodzi o realizację tych świadczeń, to w zasadzie na tym chciałam skończyć moją wypowiedź. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Teraz chciałem trochę złamać regulamin naszych posiedzeń i rozpoczynamy dyskusję, ale przed tym chciałem prosić pana profesora Marszałka o przedstawienie prezentacji, która by chyba uzupełniła wystąpienie pani dyrektor reprezentującej Ministerstwo Zdrowia i Fundusz. Jeżeli pan profesor mógłby, to bardzo proszę. Później zaproszę do dyskusji. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii Andrzej Marszałek:

Dzień dobry. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Dziękuję państwu, że taki temat wypłynął. To jest oczywiście wielka rzecz, że patomorfologia jest w jakiś sposób dostrzegana i o tych działaniach, które zostały wykonane, już mówili przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i NFZ-u. Te standardy akredytacyjne, które w maju były przekazane Radzie Akredytacyjnej, już były przedmiotem dyskusji, również z Towarzystwem, w tej chwili są tam pewnie jeszcze doszczegóławiane rzeczy, ale to może pominę. Mam nadzieję, że 17 września pójdzie to dalej. Ja chciałem tylko pokazać kilka takich rzeczy ogólnych. To jest wyjątek z raportu Najwyższej Izby Kontroli, która swego czasu podjęła działania dotyczące oceny patomorfologii. To wynikało

z tego, że pacjenci powiedzieli, że coś jest nie tak, bo albo za długo, albo niedokładnie, albo coś brakuje. Między innymi wnioskiem z tego raportu, jak państwo widzą na poziomie drugim, jest przyspieszenie prac nad wyodrębnieniem procedur diagnostyki dla określenia kosztów i wyceny. Stąd też program akredytacji, stąd też program JGPato. To, co jest istotne, to my jesteśmy przyzwyczajeni do tego, że większość procedur jest w tak zwanych JDP, czyli procedurach klinicznych, ale te procedury kliniczne nie uwzględniają przyrostu informacji i pracy, którą trzeba wykonać w rozpoznaniu patomorfologicznym, tak żeby można było ewentualnie w sposób nowoczesny leczyć pacjentów. Pokazuje to tylko jaki jest standard postępowania i ile elementów w tej chwili na przykład w rozpoznaniu patomorfologicznym musi się znaleźć po to, żeby podjąć dalszą decyzję. Wiadomo, że obecne warunki JGPato są do sumowania, bo to jest premiowanie tych, którzy robią to dobrze, tych którzy robią to z certyfikatem akredytacyjnym i wiadomo też, że jest to pewien, powiem brzydko, hamulec, żeby nie generować nadmiernie kosztów, bo do jednego JDP można doliczyć jedno JGPato, z wyjątkiem badania śródoperacyjnego. Czyli to jest prosty mechanizm hamujący nadmierną propagację niektórych badań.

Jak państwo widzą, żeby spełnić możliwość tego świadczenia do sumowania, to po pierwsze, musi być to w ramach DILO, czyli to tylko u pacjentów, którzy mają DILO, po drugie, u świadczeniodawcy w szpitalu, to musi być jego własny pacjent. Na razie nie ma możliwości sfinansowania pacjenta z outsourcingu. I jednocześnie musi to być certyfikat Centrum Monitorowania albo certyfikat ministerialny, czy ten projektowy, o którym mówiła pani dyrektor. Cały projekt JGPato dotyczył tak naprawdę 9 produktów rozliczeniowych i one zostały w jakiś sposób ocenione. Państwo mają listę podmiotów, które brały w tym udział w materiałach, które zostały nam tutaj przygotowane przez ministerstwo i przez NFZ, natomiast te na czerwono to są te elementy, które zostały wdrożone do pilotażu i dofinansowanie JGPato ze względu na to, że onkologia jest priorytetowa. Proszę zobaczyć, że pozostaje duża pula badań, które są nieonkologiczne i tu nie ma finansowania. Przy tym finansowaniu JGPato w ramach tej procedury do sumowania trzeba też pamiętać, że jeżeli klinicysta pobierze materiał, a tam nie ma nowotworu, to nie można tego rozliczyć jako JGPato. Powiem tak, to jest w pewien sposób ograniczanie, ale tak to zostało na razie skonstruowane.

Brakuje nam jeszcze jednej rzeczy. Po tych latach, kiedy ten projekt powstawał i środowiska zaczęły odpowiadać, część ludzi stwierdziła, że jest to możliwe, bo akredytacja jest w głowie, a nie w pieniądzu, dalej klinicyści zobaczyli, że z tego są tylko dobre rzeczy, to w międzyczasie wchodziła onkologia personalizowana, gdzie się wykonuje ocenę czynników predykcyjnych, ale nie biologią molekularną, tylko patomorfologią. I tego dodatkowego elementu nie ma, a on jest niestety dosyć kosztowny. Dlatego tutaj napisałem, że dodatkowo nam trochę brakuje tych czynników predykcyjnych w onkologii.

Teraz proszę zobaczyć, jakie są dane realne, a jakie są dane szacunkowe. Te realne to jest mapa Polski z zaznaczonymi miejscami, gdzie są podmioty, czyli jednostki diagnostyki patomorfologicznej, które uzyskały certyfikat. Te rozbieżności liczbowe, o których tutaj państwo słyszeli, że jedna strona mówi 37, a inna strona mówi 42 wynikają z bardzo prostego elementu. Są szpitale takie jak na przykład Narodowy Instytut Onkologii, który ma 3 zakłady z certyfikatami: 1 w Warszawie, 1 w Krakowie i 1 w Gliwicach, ale jako podmiot jest traktowany jako 1. Tak że w zależności od tego, jak na to spojrzymy, możemy mieć różne dane. Jak kiedyś jako konsultant próbowałem policzyć, ile jest rzeczywiście jednostek diagnostyki patomorfologicznej, to ani przez NFZ, a nie przez ministerstwa, ani przez nadzór nie udało mi się tego zrobić. Generalnie jak ministerstwo pokazało, że może dofinansować jednostki diagnostyki patomorfologicznej, to zgłosiło się ponad 120 placówek, więc zakładam, że w Polsce jest około 120 – 130 podmiotów. Ja nie mówię o gabinetach lekarza patomorfologa, tylko o takim elemencie, który potrafi wykonać badanie.

Teraz proszę zwrócić uwagę na jedną rzecz, że mamy 40 z akredytacją +120 ~ 130 bez akredytacji i do tych dodatkowych pieniędzy mają dostęp tylko te, które mają certyfikat. Te jednostki na dole, jak zgłaszały, ile wykonują badań, to okazało się, że w 2023 roku w tych podmiotach było prawie 3 mln badań patomorfologicznych. I teraz idziemy kawałek dalej, tj. jednostki z akredytacją i liczba badań, którą rozliczono w Polsce w 2024 roku w ramach JGPato to jest 21 tys. Wszystkich badań jest prawie 3 mln, więc mówimy o takiej rozbieżności pomiędzy tym, co ma dodatkowe finansowanie i nie, a po prawej stronie mają państwo wartość JGPato. Dane, które miałem dostępne na początku tego roku, mówiły o tym, że to jest około 46 mln,

w tej chwili to, co przedstawił NFZ, to jest trochę więcej, bo 56 mln, więc to jest jeszcze trochę więcej pieniędzy.

Jeżeli natomiast mówimy o tych JGPato to część rzeczy jest zaszyta w takich produktach jak umowy KON-owskie, czyli te kompleksowe, ale te 200 mln w jelicie i w piersi nie dotyczy tylko patomorfologii, tylko to dotyczy całego działania umowy KON-owskiej na diagnostykę.

Podsumowując, tak naprawdę należy wznowić proces akredytacji, bo on się kończy właściwie dla prawie wszystkich jednostek w 2026 roku i te podmioty nie będą miały możliwości recertyfikowania. Brak możliwości certyfikowania nie dopuszcza nowych podmiotów, czyli znowu mamy kłopot, że są podmioty, które są przygotowane, ale nie mogą wejść do tego systemu. Oczywiście pokazałem, że mamy 4 produkty z 9, a tak naprawdę z 10, tych, które zostały ocenione i pewnie trzeba myśleć o tym, żeby to też uzupełnić. Oczywiście jest też kwestia aktualizacji zasad finansowania, bo utrzymywanie dużego zakładu w dużym szpitalu na pewno się opłaci, ale czy w małym na pewno się opłaci? W obecnym systemie podmiotowi nie finansuje się badań, jeżeli są one wykonywane w outsourcingu, ale rozumiem, że jeżeli akredytacja będzie elementem powszechnie dostępnym, to jest tak jak z samochodami, jeżeli mają odpowiednie certyfikaty, to nie muszą jeździć swoim, mogą jeździć również wypożyczonym, pod warunkiem, że ma certyfikat.

Ja gdzieś słyszałem, że ewentualnie taki pomysł, żeby te certyfikaty, jeśli nie zdążymy, to je przedłużyć. Wracając do tych przeglądów rejestracyjnych – czy państwo zgodzą się jeździć samochodem, który nie przeszedł na czas przeglądu, a ktoś powie: dobra, to przesunemy o rok? To wydaje mi się trochę niebezpieczne. Te 3 lata to są zasady ogólne, które przyjęło Centrum Monitorowania Jakości. One są ogólne na świecie. Z takiego podsumowania, czego to dotyczy i jaki to jest problem, to na razie tyle. Dziękuję za umożliwienie zabrania głosu.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie profesorze. W takim razie otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zadać pytania?

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Myślę, że może najpierw strona...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Nie, dyskusję zawsze rozpoczynaliśmy od parlamentarzystów, tak że bardzo proszę, jeżeli pan poseł Hoc chce, to bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję panie przewodniczący. Oczywiście z wielką uwagą wsłuchujemy się w problem patomorfologii, bo pamiętam, że mieliśmy 2 albo 3 lata temu Komisję Zdrowia, jeszcze w poprzedniej kadencji, i byli patomorfodzy z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i bardzo narzekali, że medycyna jakby nie zauważa patomorfologii i jesteśmy pokrzywdzeni. Dzisiejsza Komisja jest potwierdzeniem tego, że interesujemy się tym i chcemy poprawić tę diagnostykę w takim dobrym aspekcie. Tym bardziej, że jako lekarze wiemy, co oznacza wynik histopatologiczny czy potem patomorfologiczny.

Krajowa Sieć Onkologiczna weszła 9 marca 2023, natomiast ze zdumieniem lub z pewnym zdziwieniem dowiadujemy się, że dopiero 28 maja 2025 Rada Akredytacyjna uchwaliła program standardu dla patomorfologii.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

Nie, to ja wyjaśniam, żebyśmy mieli taką jasność techniczną. Standardy akredytacyjne dla patomorfologii były opracowywane w 2020 i 2021 roku, w 2022 roku, o ile dobrze pamiętam, ogłoszono obwieszczenie ministra zdrowia i rok 2022 i 2023 były na przeprowadzanie. Zgłosiło się prawie 60 jednostek, ponad 40 uzyskało certyfikat. Natomiast to, o czym mówi pan poseł, to jest informacja na temat aktualizacji standardów akredytacyjnych dla patomorfologii w świetle nowej ustawy o jakości, która wymusiła trochę inne rozwiązania. Te standardy nie są nowe, one są tak naprawdę w tej chwili aktualizowane.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

No, ale aktualizowali je dlatego, że są w jakiejś tam mierze innowacyjne czy unowocześnione, czy w jakiś sposób bardziej...

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

Przeglądy akredytacyjne pokazały... Chodzi o to, żeby to teraz dopieścić i żeby prawnie były dopracowane.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dobrze, czyli z tego, co zrozumieliśmy, jest tylko 20 podmiotów, które mają akredytację, tak?

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

Nie, 40 plus.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Nie chciałbym tutaj przerywać tej państwa dyskusji, ale pozwolicie, że mimo wszystko będę prowadził tę podkomisję. Prosiłbym, żeby pan poseł skończył i dopiero wtedy będziemy mieli odpowiedzi na pytania.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dobrze. Nie mamy tutaj jakiegoś antagonizmu. Chcemy rzeczywiście bardzo skrupulatnie pochylić się nad problemem i w takiej koncyliacji to wszystko uzgodnić, żebyśmy mieli jedną kowę pogląd.

Jest 120 podmiotów, które nie ma akredytacji, tak? 120 – 130, tak pan profesor powiedział. I ci, którzy wykonują te badania w outsourcingu, nie mogą pobierać pieniędzy, a ci, co mają akredytację, też nie pobierają za outsourcing? Nie. Teraz 20 tys. badań było rozliczonych, a było w sumie 3 mln badań, tak? To jest tak olbrzymia dysproporcja?

I teraz jeszcze druga sprawa, już jako lekarza praktyka, bo zajmuję się też tarczycą i mamy biopsję aspiracyjną cienkoigłową, tam są co prawda inne badania, bo to hispat, ale jeśli pan profesor mówi, że środki płacone są tylko za rozpoznany nowotwór, natomiast jak się nie rozpozna, to nie jest zapłacone?

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

Tak, ale nie wiem czy mogę teraz.

Posel Czesław Hoc (PiS):

To jest bardzo istotna kwestia, bo w takim razie ja teraz powiem, ile jest takich badań? Ja mówię o hispat, bo patomorfologia kieruje się innym... Na przykład, że jest tylko podejrzenie nowotworu albo jest +3, a jest 5 kategorii. Trzecia, czwarta. To w takim razie za to też nie dostaje się pieniędzy?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Jak pan doktor skończy pytać, to pan profesor odpowie.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Panie profesorze, proszę, bo zaczyna być bardzo ciekawe w aspekcie praktycznym, bo oczywiście w żaden sposób niczego nie sugeruję, ale jeśli ktoś dostaje preparat i wie o tym, że będzie podejrzenie, to dostanie, a nie będzie podejrzenia, to nie dostanie. A do tego jeszcze nie mają certyfikacji, to mogą być różne te badania i wyniki. I dlatego boję się, że czasami obniżamy jakość życia pacjenta tylko dlatego, że nadrozpoznajemy pewne kwestie. Ja też czasami to obserwuję, tak że chciałbym się nad tym pochylić w aspekcie takiej prawdy całkowitej. Tak bym to powiedział. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Teraz bardzo proszę, jeżeli pan profesor chciałby odpowiedzieć, to proszę.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

To znaczy ja powiem tak, ja tylko mogę powiedzieć, jaka jest moja wiedza, że tak powiem z ludu i z regionu, bo to nie ja jestem decydem w tym zakresie. Pokazuję tylko jedną rzecz, że jeżeli chodzi o program pilotażowy JGPato, który został przeprowadzony w 2022 roku, to wyceniono 9 produktów. Z jakichś tam powodów do finansowania skierowano tylko 4. Cytologia, taka aspiracyjna, jaka jest dla na przykład tarczycy czy innych lokalizacji też została wyceniona. Nie wyceniano cytologii ginekologicznej, ale to dlatego, że ona poszła w innym projekcie i nie było sensu dwa razy wyceniać tego samego. Natomiast dlaczego tak zrobiono, że wprowadzono tylko 4 produkty, pod warunkiem, że tam jest rozpoznanie nowotworu? To pytanie nie do mnie, tylko do tych, którzy tutaj sprawozdawali to nieco wcześniej.

Że dalej nie ma tego projektu akredytacyjnego to jest inne rozwiązanie, ale ja to zrozumiałem w ten sposób, że jak wchodziła Krajowa Sieć Onkologiczna i chcieliśmy pewne rzeczy zmierzyć, czy to się da, czy się nie da, czy można, czy nie można, to wybrano taki model, który pokazał, że można i teraz jest tylko kwestia, żeby to rozszerzyć i udostępnić wielu możliwości skorzystania z tych samych badań. Dla mnie też było zaskoczeniem, że te 120 podmiotów wykazało, że robią około 3 mln badań, bo jak próbowałem zapytać szpitale, to nie chciały mi powiedzieć. Jak próbowałem pytać podmiotów, to powiedzieli, że to jest pytanie o ich dochody, więc mi nie powiedzą. Jak pytałem w NFZ, to nie ma jednoznacznego licznika, bo tego nie da wyliczyć, więc to dało się oszacować w trochę inny sposób. Prawdą jest to, co mówi pan poseł, że w tej chwili jest taka sytuacja, że nie wszystkie produkty są finansowane jako dodatkowe. Wiadomo, że one są częściowo zaszyte w JGP, ale JGP przy obecnych standardach nie pokrywa kosztów diagnostyki patomorfologicznej i to jest wypychane na zewnątrz, a jak jest wypychane na zewnątrz to mamy obniżenie jakości, bo cena tego nie pokrywa.

Ta dzisiejsza dyskusja jest tak naprawdę o trzech rzeczach: o przywróceniu procesu akredytacji, czyli recertyfikowania tych, którzy mieli i dopuszczenie innych, którzy chcą się schylić. Drugi element jest taki, żeby zastanowić się, czy uzupełniamy produkty JGPato do wszystkich grup, czy nie. I trzecia rzecz to jest kwestia, czy jest możliwość finansowania JGPato przy outsourcingu, pod warunkiem, że jest ona zrobiona w certyfikowanej jednostce. Ja za każdym razem jako środowisko i jako konsultant krajowy mówię za każdym razem – tak.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. W tę dyskusję bardzo by się chciała włączyć pani dyrektor Janiszewska-Kajka, bo ma informacje ministerialne ze świeżej ręki. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, dziękuję bardzo. Ja chciałam wyjaśnić parę kwestii. Pierwsza rzecz to musimy pamiętać, że certyfikacja, akredytacja jest procesem dobrowolnym i od tego zaczniemy. Stara ustawa przewidywała, że certyfikaty trwają 3 lata i tak państwo macie certyfikaty na 3 lata, które wygasają w przyszłym roku. Nowa ustawa przewiduje na 4 lata. I sprostuję jedną rzecz – nie ma pomysłu na to, żeby przedłużać certyfikat, bo po prostu coś się nie udało zrobić, tylko na podstawie innych standardów, na przykład leczenia szpitalnego, bo zdarza się i państwo, wiecie, bo jesteście przedstawicielami świadczeniodawców, że Centrum Monitorowania Jakości nie zdąży przeprowadzić przeglądu i wówczas na co patrzy minister zdrowia i CMJ? Na datę złożenia wniosku o udzielenie certyfikatu. Jeżeli jest zachowany termin półroczny, czyli założmy, że jednostce patomorfologicznej termin certyfikatu wygasa 30 czerwca, to ta jednostka powinna złożyć wniosek do 30 grudnia, żeby zachować ciągłość certyfikatu. Nasze działania będą koncentrować się na tym, że jeżeli nie uda się zmienić ustawy do końca tego roku, do tego 30 grudnia, to będziemy starać się tak, aby przedłużyć termin o kilka miesięcy, na czas działania naszego procesu legislacyjnego, żeby te certyfikaty obowiązywały jeszcze na przykład 3 miesiące, ale państwo i tak się wpiszeć przecież na dodatkowy przegląd. Absolutnie nie będziemy tutaj premiować podmiotów, które wykonują badania na niskim poziomie, czyli dopuszczać do takiej, można powiedzieć, patologii w tym systemie. Przepraszam za słowa, ale akurat tak się złożyło.

Teraz kwestia pilotażu JGPato. To co pan powiedział jest bardzo ważne. Rzeczywiście to było 9 produktów, ale tutaj Agencja wspólnie z państwem, z klinicystami, bo to nie my, urzędnicy wymyślamy te kryteria, zdecydowaliście, że dlatego, że wprowadzamy KSO, dobrze będzie skupić się tylko na rozpoznaniach nowotworowych i wprowadzić te 4 produkty. I rzeczywiście tak jest, że badania JGPato są dodatkowo finansowane, bo mamy wyodrębnione produkty. Natomiast to, o czym wspominał pan poseł, już w badaniach endokrynologicznych czy innych, one są zaszyte w kosztach JGP, de facto płacimy za to, ale nie mamy wyodrębnionych do tego produktów. I to jest kwestia w przyszłości wyodrębnienia dobrej taryfikacji świadczeń. I to chyba wszystko, co chciałam powiedzieć. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę się przedstawiać do mikrofonu, bo to jest potrzebne do protokołu. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Patomorfologii Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie Monika Durzyńska:

Dzień dobry. Profesor Monika Durzyńska, kierownik Zakładu Patomorfologii Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, konsultant wojewódzki. Ja bym jeszcze chciała doprecyzować, żeby nie było nieporozumienia, czym się różnią te produkty rozliczeniowe od standardów, które muszą spełnić jednostki, aby otrzymać akredytację. Jednostki, które otrzymały akredytację były oceniane między innymi pod kątem badań cytologicznych i żeby otrzymać tę akredytację musiały spełnić szereg różnych wymagań dotyczących różnych badań i to, że cytologia nie jest wyliczona osobno w rozliczeniu nie oznacza, że jakość tych badań jest gorsza. Tak samo musimy dotrzymać jakości wszystkich typów badań, żeby móc rozliczyć tylko te 4 koszyki. Rozliczenie i jakość badań w tych jednostkach, które mają akredytację, nie ma wpływu na to jak wyglądają te nierozliczane.

Dodatkowo chciałabym podkreślić takie pozytywne znaki, które mają miejsce po wprowadzeniu akredytacji i uzyskaniu tych certyfikatów przez niektóre jednostki. Jako ośrodek KOM – Krajowy Ośrodek Monitorowania otrzymujemy wiele konsultacji między innymi tych pacjentów, którzy są dalej leczeni w naszej instytucji i po wprowadzeniu tych standardów zdecydowanie zaobserwowaliśmy typ konsultacji, jaki dostajemy do oceny. Konsultacje, to jest taki typ badań, gdzie już rozpoznanie patomorfologiczne zostało postawione, natomiast z jakichś powodów lekarz, który przyjmuje tego pacjenta, decyduje się na powtórную ocenę, ponieważ to badanie nie spełnia wszystkich kryteriów, które są potrzebne do podjęcia decyzji terapeutycznych w leczeniu onkologicznym. Zdecydowana większość konsultacji, które otrzymujemy to konsultacje z ośrodków, które nie mają tych certyfikatów akredytacyjnych, więc ośrodki, które mają te certyfikaty, pilnują, żeby jakość ich rozpoznań była odpowiednia i umożliwiała podjęcie decyzji terapeutycznych. Ograniczamy tutaj liczbę powtarzanych badań, a zatem co za tym idzie, pieniędzy włożonych w te rozpoznania, w powtórную ocenę tych badań patomorfologicznych, które powinny być prawidłowo ocenione za pierwszym razem.

Dodatkowo te czynniki predykcyjne, o których mówił profesor Marszałek. Zdecydowanie w patomorfologii liczba badań immunohistochemicznych, które są czynnikami predykcyjnymi do terapii spersonalizowanych wzrasta i będziemy widzieli ten trend, więc taki dodatkowy koszyk finansowania tych czynników uważam, że jest niezmiernie potrzebny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa chciałby zabrać głos na ten temat? Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, przewodnicząca inicjatywy ekspertów onkologicznych i hematologicznych.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Proszę mówić do mikrofonu.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Chciałam powiedzieć, że z punktu widzenia pacjentów ten pkt 10, o którym pani przed chwilą mówiła – Dodatkowe czynniki predykcyjne w onkologii, to jest zamknięcie lub otwarcie ścieżki do immunoterapii u pacjentów. To jest ostatni numer dotyczący właśnie leczenia immunoterapią i tutaj wyrażnie o tym piszemy, że pacjenci, którzy nie mają wykonanych tych badań, a częściowo nie mają, dostają chemioterapię zamiast immunoterapii, czy innego leczenia innowacyjnego. To powinno być badanie, które powinno być wykonywane w zasadzie u każdego pacjenta, który ma podejrzenie nowotworu. A jeżeli jeszcze dodatkowo słyszymy, że placówki, które wykonują te badania, niestety jeśli wyjdzie wynik ujemny, czyli nie ma nowotworu, to nie dostają wynagrodzenia, czyli nie mają za to płacone, to w ogóle tych badań nie podejmują. Naprawdę, jeśli chodzi o pacjentów onkologicznych, to ten pkt 10 powinien być obligatoryjnie uwzględniony na liście finansowania, bo bez tego my, z tą immunoterapią, która jest w tej chwili naprawdę bardzo efektywna i jest też stosowana w leczeniach skojarzonych, po prostu nie będziemy mogli jej szeroko stosować.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy Ministerstwo Zdrowia mogłoby zaproponować coś w tym temacie? To strasznie wydłuża czas i oczywiście jest to problem pacjentów, którzy czekają na rozpoznanie, na propozycje leczenia, a miesiące płyną. Bardzo proszę, pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie wiem, nie chciałbym tutaj zdominować. Panie profesorze, do pana profesora Marszałka, rzeczywiście, jeśli jest 40 podmiotów akredytowanych, a ponad 120 – 130 jest nieakredytowanych, to jaka jest tego przyczyna? Czy są zaostrzone kryteria wejścia do akredytacji, czy też po prostu możliwe jest to, że niektóre nie chcą być w akredytacji? To jest pierwsze pytanie.

A drugie pytanie to już zapomniałem.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

To może się przypomniać jak będę odpowiadał na pierwsze. Tylko nie wiem, czy mogę już?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Jeżeli pan poseł Hoc skończył już pierwsze pytanie, to pan profesor będzie uprzejmy odpowiedzieć na to pierwsze pytanie.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

O.K. Dobrze. To ja powiem tak, trzeba mieć świadomość... Jedno, co powinno wybrzmieć i ja to będę powtarzał: badania patomorfologiczne zostały kiedyś zaszyte w JGP, ponad 20 lat temu i nie są adekwatne do tego, co jest teraz. To jest jedna informacja.

Druga informacja jest taka, że standardy akredytacyjne dla szpitali, które mają być efektem finansowym dodatnim, są dobrowolne. W patomorfologii przystąpienie do procesu akredytacji też było dobrowolne, ale okazało się, że udało się wypracować taki model, że jak masz certyfikat akredytacyjny, to możesz sięgnąć po dodatkowe środki jako te JGPato, czyli środki do sumowania. Teoretycznie zasada jest dokładnie taka sama. Chcesz się zgłosić? Przejdiesz proces akredytacyjny i uzyskujesz możliwość dodatkowego finansowania. Jak zaczyna się proces akredytacji to część podmiotów mówi: to bez sensu, to na pewno jest nadmiarowe. Jak zaczęły się pojawiać na horyzoncie pieniądze, środki i JGPato to się okazało, że a dlaczego ja nie? Bo się nie zgłosiłem. Cały projekt Power, który był prowadzony przez ministerstwo, dał możliwość przeprowadzenia procesów akredytacyjnych w 60 podmiotach. Na początku naprawdę był taki problem, żeby ktokolwiek się zgłaszał potem. Jak się okazało, że jest tego wymierny efekt, to możliwości w projekcie się skończyły, a nie pojawiły się nowe. Jesteśmy teraz na takim etapie, że projekt uchwały został zakończony we wrześniu 2023 roku i od tego momentu nie uruchomiono mechanizmu pozwalającego na włączenie nowych podmiotów.

Natomiast czy jest on obowiązkowy, czy wolontarystyczny? Trzeba podejść do jednej rzeczy: standardy w medycynie obowiązują wszystkich. Obojętnie, czy się ma certyfikat CMJ, czy nie badanie patomorfologiczne musi być zrobione w standardzie takim jak obowiązuje dla rozpoznania danej choroby i tak jak obowiązuje dla opisu według wytycznych polskich i międzynarodowych. Natomiast jeżeli ktoś chce mieć swobodę wykonywania pełnej diagnostyki z różnymi dodatkowymi elementami, to na to jest zrobiony projekt JGPato.

Pan profesor dotknął takiego dosyć delikatnego elementu czy szpital, który nie ma zakładu, który jest certyfikowany, musi wykonywać badania w jakości takiej samej czy może w niższej? Musi wykonywać w takiej samej jakości, tylko żeby mu było łatwiej, to został wymyślony projekt JGPato, po to, żeby mu dołożyć pieniędzy na to, żeby zapewnić tę diagnostykę znacznej swobodnie. Prosty mechanizm, tak? Jak nie chcesz się schylić po certyfikat, to musisz utrzymać ten standard w ramach swoich środków, co jest już oczywiście znacznie trudniejsze.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Przypomniało mi się drugie pytanie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Za chwilę pan poseł Hoc zada drugie pytanie, ale teraz głos oddaję panu. Bardzo proszę.

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Patomorfologów Piotr Wiśniewski:

Dzień dobry. Piotr Wiśniewski, sekretarz Polskiego Towarzystwa Patomorfologów. Jeszcze kilka słów na temat outsourcingu. W Polsce jest ponad 800 dużych szpitali i 163 zakłady patomorfologii. Nawet gdyby w każdym szpitalu był jeden patomorfolog, to i tak jest to niewystarczająca ilość.

Około 400 – 500 patomorfologów zajmuje się tak naprawdę diagnostyką przy mikroskopie, więc szpitale muszą wysyłać te badania patomorfologiczne na zewnątrz. Nie są w stanie w każdym szpitalu tworzyć, więc jest to automatyczne zamknięcie ścieżki rozliczania.

I druga sprawa. Zakłady patomorfologii cały czas są obciążeniem finansowym dla szpitali, tak jak utylizacja śmieci, tak jak koszty karmienia pacjentów, my jesteśmy po stronie strat. Jeżeli szpital posiada dobrze wyliczoną procedurę, na przykład okulistyka, to dla szpitala korzyść, natomiast patomorfologia zawsze jest obciążeniem, niezależnie czy z rozliczeniem za akredytacją, czy bez. Jest to tylko kwestia na zasadzie: większe straty, mniejsze straty. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Właśnie dlatego większość szpitali, zwłaszcza tych mniejszych, oddaje te usługi na zewnątrz, a później z kolei te zakłady mają prawo przystąpić do środków ministerialnych czy unijnych, ponieważ nie mają akredytacji i nie spełniają pewnych warunków, a oczekiwania są wielkie. Na tym wszystkim po kolei i w efekcie traci oczywiście pacjent, oczekujący na konkretne rozpoznanie. Ponieważ pan poseł, pan doktor Czesław Hoc, przypomniał sobie drugie pytanie, to bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Mam jeszcze drugie i trzecie. W nawiązaniu do pani rzecznicz, która mówi o immunoterapii spersonalizowanej, nie tylko pani. Oczywiście to jest nowoczesność i innowacyjność, a więc wszyscy chcielibyśmy, żebyśmy byli leczeni, oczywiście nie daj Boże, ale oczywiście potrzebne jest to badanie molekularne, bo wiadomo, że tam na pewno jakieś mutacje dwóch grup genów i tak dalej i trzeba się dostosować do tej dokładnej mutacji. Rozumiem, że w takim razie nie ma tych badań molekularnych, powszechnie stosowanych i dlatego nie dochodzimy do tej docelowej immunoterapii spersonalizowanej. Tym bardziej, że mamy, może nie tyle jako po Polska, ale świat ma niesamowite osiągnięcia, jeśli chodzi o kwestię tych innowacyjnych i nowoczesnych leków. Chociażby teraz cały czas zbieramy pieniądze na najdroższy lek świata. 16 mln zł w aspekcie dystrofii mięśniowej, ale to już inna kwestia. To jest właśnie moje pytanie, czy to jest tak, jak ja tutaj sugeruję?

Jeszcze trzecie pytanie. W takim razie czy zauważyliście państwo, czy mamy jakieś komplikacje albo perturbacje w aspekcie zamknięcia naszego reaktora badawczego MARII i praktycznie nie ma radiofarmaceutyków, ani do diagnostyk, ani też do terapii pewnych chorób, przede wszystkim nowotworowych. Chociażby nawet chorób tarczycy. Czy jest jakiś tąpnięcie w tym aspekcie? Czy państwo sprowadza jednak z kraju sąsiednich, za chyba dość pokaźne ceny? Koszty się zwiększają, ale to już oczywiście inna kwestia. Czy po prostu macie jakieś tąpnięcia w aspekcie medycyny nuklearnej?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo panu posłowi za szczegółowe pytania. Na to pytanie chciał odpowiedzieć pan profesor Marszałek.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

Na ostatnie pytanie nie odpowiem, bo nie mam takiej wiedzy. Myślę, że to trzeba skierować albo do tych, którzy zajmują się medycyną nuklearną, albo do tych, którzy dystrybuują.

Jeżeli chodzi o tę medycynę spersonalizowaną, to musimy rozdzielić dwie rzeczy. Są badania tak zwane molekularne, które są wykonywane technikami biologii molekularnej i one nam selekcionują pacjentów do takiej czy do innej terapii, ale terapia oparta na lekach immunologicznych, w tej chwili na przykład będzie to dotyczyło Klaudyny w przewodzie pokarmowym w żołądku będzie dotyczyło z piersi w jelicie grubym w raku endometrium. Mówimy o receptorze folianowym, który jest w raku jajnika. Możemy mówić o PDL-ach, które są we wszystkich wskazaniach. Te badania są wykonywane technikami patomorfologicznymi w jednostce diagnostyki patomorfologicznej, a nie technikami biologii molekularnej w innym podmiocie. Po prostu zrobiło się tak, że czasami, jak się mówi o biologii molekularnej to mówi się o tym wszystkim za jednym razem, ale jak powiemy auta, to są to zarówno tiry, jak i są małe samochody. I tu po prostu jest taka sytuacja, że to jest troszeczkę inna technologia, która umknęła przy tej kwalifikacji.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję. Pan profesor jest dużym entuzjastą motoryzacji. Zauważyłem to już kilkakrotnie. Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Ja chciałam dodać jeszcze taką rzecz, że to, co powiedział pan profesor, to badanie PD-L1 to jest badanie tak zwanej ekspresji białka PD-L1 na nabłonku komór. To jest o tyle ważne, że ono zwykle w tych wszystkich badaniach jest wykonywane na samym końcu. Najpierw robi się badania dotyczące mutacji zmian w genach, a dopiero później robi się to badanie, a w niektórych nowotworach bardzo liczy się czas. Na przykład nowotwory płuca są bardzo szybko rozwijające się. Ważne by było, żeby również to badanie wykonywać równocześnie z innymi, a tego nie ma. To jest bardzo istotne, żeby to robić, bo czasami mówi się nawet, że dwie pracownice są na jednym piętrze i nie ma między nimi korelacji, jeśli chodzi o pracę, więc bardzo ważne jest, żeby te badania udostępniać wszystkim pacjentom, bo może się okazać, że wiemy już, że ma tę ekspresję białka i że można go już leczyć immunoterapią, a wtedy jest to znacznie szybciej i pacjent ma większe szanse i lepsze rokowanie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan prosił o głos, bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Mróz:

Andrzej Mróz, jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Patologów. Ja chciałbym tutaj wesprzeć swoich przedmówców, pana profesora, zwłaszcza w sprawie wyodrębnienia dodatkowych koszyków. Ten pkt 10 to jest nie tylko to, co my możemy robić, ale tak naprawdę to jest coś, co my musimy robić. Dlatego, że te czynniki, o których państwo przed chwilą mówiliście, czynniki immunohistochemiczne, są już wpisane w standardy międzynarodowych towarzystw, NCCN-u czy innych towarzystw, rekomendowane przez ESMO. Tak naprawdę przy diagnostyce choćby raka żołądka, to co wspominał Andrzej, powinniśmy te rzeczy robić up front. W związku z tym byłoby to szalenie istotne dla bardzo wielu zakładów.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy resort zdrowia reprezentowany przez panią dyrektora ma coś do powiedzenia na temat trudny temat?

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Ja bym w zasadzie dopowiedziała na temat badań genetycznych, które tutaj wybrzmiały. Rzeczywiście my jako Ministerstwo Zdrowia stopniowo nowelizujemy rozporządzenia, które wpisują na wykaz nowe badania genetyczne, tylko to jest proces, który jest inicjowany głównie przez konsultantów Towarzystwa, którzy widzą takie potrzeby i akurat w przypadku CGP i HRD mamy takie wnioski, dlatego że pacjentki do 30 kwietnia były kwalifikowane i takie badanie genetyczne było finansowane przez firmę farmaceutyczną, natomiast potem to badanie nie było już finansowane i ministerstwo musi rozpocząć swój proces, a proces się inicjuje poprzez wydanie rekomendacji prezesa AOTMiT, który to wskazuje w jakich rozpoznaniach należy takie badanie zastosować, bo nie każde badanie genetyczne nadaje się do tego, aby zastosować udanego pacjenta. Na przykład badanie, które zostało tutaj wspomniane PD-L1, to są badania, które zazwyczaj funkcjonują w ramach badań diagnostycznych do programów lekowych i w niektórych one funkcjonują. Jeżeli jest taka potrzeba, to trzeba zainicjować taki proces i efektem tego będzie zmiana koszyka, jeżeli prezes agencji uzna to badanie za skuteczne klinicznie i kosztowo, bo też musimy o tym pamiętać, że badanie klinicznie też musi mieć uzasadnienie, żeby było stosowane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. To znaczy, że konsultanci krajowi powinni bardziej intensywnie...

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Klinicyści inicjują tego rodzaju procesy, czyli zwracają uwagę resortowi, których badań brakuje i na przykład w tym roku, w chorobach rzadkich zostały wprowadzone dwa nowe badania, a teraz w procesie mamy badanie HRD, o którym wspomniałam. Stopniowo dodajemy do koszyka, ale potrzebny jest też taki merytoryczny wkład kliniczny.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Pani, bardzo proszę.

Konsultant krajowa w dziedzinie Laboratoryjnej Genetyki Medycznej Edyta Borkowska:

Dzień dobry. Edyta Borkowska, konsultant krajowy laboratoryjnej genetyki medycznej. Ja się poczułam po części troszeczkę wywołana tutaj przez panią dyrektor. To znaczy może nie wywołana do tablicy, tylko przez wspomnienie o tych badaniach genetycznych. Rzeczywiście te badania, nie tylko, ale przy rozpoznaniach onkologicznych i doborze terapii są kluczowe. Ponieważ dzisiaj rozmawiamy o JDP, to chciałabym jednak zwrócić uwagę, że te badania powinny być wykonywane głównie w laboratoriach medycznych, w laboratoriach diagnostycznych, czyli w tych laboratoriach, gdzie pracują diagności laboratoryjni, bo też w programie specjalizacji czy laboratoryjnej genetyki medycznej, czy pokrewnych dziedzin mamy specjalistów wykształconych do prowadzenia tych badań, natomiast z tego, co mi wiadomo, pan profesor mnie ewentualnie sprostuje, oczywiście o tych badaniach i wskazaniach do tych badań patolodzy mają wiedzę, natomiast z tego, co mi wiadomo, sami nie są kształceni w tym kierunku, żeby je wykonywać. W związku z tym, to jest do takiego uregulowania, uporządkowania czy rozdzielenia, bo też jako konsultant krajowa przeprowadziłam w tym roku ankietę dotyczącą tego, kto wykonuje badania genetyczne i część zakładów patologii ma numer rejestracji w KIDL-u i takie badania wykonuje jako EMLD i tutaj to się w mojej opinii absolutnie broni, natomiast, czy zakład patologii, który ma swojego kierownika specjalistę patomorfologii, a nie jest zarejestrowany w KIDL i nie ma tak naprawdę kierownika pracowni, który ma uprawnienia do nadzoru wykonywania tych badań, czy taki zakład patologii powinien wykonywać, czy też ma uprawnienia do wykonywania badań stricte genetycznych, nie badań immunohistochemicznych, tylko genetycznych, molekularnych, to już dla nie jest mnie takie oczywiste. Medyczne laboratoria diagnostyczne zarejestrowane w rejestrze Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, mające kierownika ze specjalizacją, w tym wypadku z laboratoryjnej genetyki medycznej, absolutnie są podmiotami w pełni uprawnionymi do tych badań i tu takie badania powinny być kierowane. Ja widzę taką możliwość, żeby zakłady patologii również to robiły, ale we wsparciu z diagnostami i odpowiednim kierownikiem takiej pracowni. Tyle mojego komentarza. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Pan poseł Pietrykowski chciałby zadać pytanie.

Poseł Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. I dziękuję pani profesor za ten głos, bo rzeczywiście badania genetyczne powinny być wykonywane i muszą być wykonywane w laboratoriach genetycznych i nigdzie poza nimi. Takie są przyjęte standardy. To diagności laboratoryjni są od tego, żeby te badania wykonywać, a patomorfolodzy są od tego, żeby te badania interpretować i później leczyć i przekazywać dalej swoim kolegom innych specjalności. Według tej kolejności dziękuję za ten głos pani profesor. Tak to powinno wyglądać. Tak jesteśmy kształceni. Tutaj mówię oczywiście jako diagnosta laboratoryjny.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Pan profesor chciał się ustosunkować do tego zagadnienia.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

Wszyscy jesteśmy po tej samej stronie. Dlatego myślę, że musimy tu pamiętać o jednej rzeczy, że czasami te niuanse, już nie mogę o autach, więc może o czymś innym będę opowiadał, są rośliny prozdrowotne i są rośliny, które są niedopuszczalne do powszechnego użycia, są trujące. To jest oczywiście kwestia raczej do uporządkowania, a nie do jakichś dodatkowych rzeczy, bo to jest kwestia kompetencji. Myślenia o kompleksowym rozpoznaniu patomorfologicznym i podejściu do pacjenta. Wiadomo, że każdy wykonuje zadania, za które bierze odpowiedzialność i jest do tego odpowiednio kształcony. To o czym mówiła już tutaj pani prezes, my to też żeśmy zawsze opowiadali, że jednostce diagnostyki patomorfologicznej może być podmiot, który jest medycznym laboratorium, które ma certyfikaty, może być to podmiot, który jest w tym samym budynku, ale prowadzony przez zupełnie kogoś innego, może być to laboratorium, które jest gdzie indziej, ale one współpracują. To jest raczej kwestia dobrej współpracy i ułożenia tego.

Proszę też pamiętać, że czasami diabeł tkwi w szczegółach, dlatego że jak mówimy o czynnikach predykcyjnych, to mówimy już po postawieniu rozpoznania i po badaniach molekularnych.

Część badań molekularnych, zgodnie z obecnymi standardami WHO, musi być wykonane przed rozpoznaniem patomorfologicznym i dlatego na przykład w Europie jest taki trend, że pojawiają się jednostki, które się nazywają, nie zakłady biologii molekularnej, tylko zakłady patologii molekularnej, które integrują te dwie specjalności w jednym miejscu. To jest raczej kwestia nie naparzania się śnieżkami, tylko uporządkowania systemu. Tak.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan na końcu sali. Bardzo proszę.

Członek Komitetu ds. Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Wypowiedź pani dyrektor była źródłem inspiracji nie tylko dla państwa konsultantów. Ja chciałbym poruszyć jeden wątek, który może wydawać się odległy od meritum tego spotkania, ale właśnie o kwalifikowaniu badań czy w ogóle świadczeń gwarantowanych.

Trzymając kciuki za aktywność państwa konsultantów, w tym przypadku nigdy się na niej nie zawiodłem, ale wczoraj na posiedzeniu dużej Komisji Zdrowia były liczne głosy ze strony państwa posłów wspierające poprawę sytuacji kadrowej w Narodowym Funduszu Zdrowia. Chciałbym zaapelować do państwa posłów o symetryczne potraktowanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dlatego że wieloletni exodus pracowników ze strony Agencji, spowodowany różnymi sprawami, ale akurat nie tymi ujętymi w ostatnim raporcie Najwyższej Izby Kontroli, doprowadził do tego, że Agencja i ten wydział, który zajmuje się kwalifikowaniem świadczeń gwarantowanych, nie jest w stanie wykonywać swoich zadań. Między innymi jest angażowany do oceny wniosków refundacyjnych, przy czym tą robotą kompletnie nie powinni się zajmować. Jako syn artylerzysty wiem, że jeżeli traci się 1/3 składu osobowego, to się zdejmuje daną jednostkę z pola walki. W przypadku Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji już dawno przekroczyliśmy ten stan i wobec na przykład podpisania przez pana prezydenta ustawy o szpitalnictwie, z litości tak ją nazwę, Agencja została obciążona dodatkowymi zadaniami i minister finansów nie zgodził się na zatrudnienie tam nikogo więcej. Bardzo proszę państwa posłów, jako pełniących funkcję kontrolną nad rządem o to, aby skruszyć serce ministra finansów, poprawić warunki pracy w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bo ja byłych pracowników Agencji naprawdę spotykam już wszędzie. Największa ich delegacja jest w Agencji Badań Medycznych, ale rozpieczętowała się dokładnie po całym mieście i zapewniam, że bez wsparcia państwa posłów... Niestety ta retoryka taniego państwa zaczyna sprawiać, że nie jesteśmy w stanie kreować racjonalnej i przewidywalnej polityki zdrowotnej, więc jeżeli mamy oczekiwania co do konsultantów, że będą składać wnioski o rozszerzanie koszyka świadczeń gwarantowanych, to zapewnimy instytucjom publicznym zasoby kadrowe niezbędne do tego, aby te słuszne postulaty wchodziły w życie. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. My możemy tutaj tylko powiedzieć, że my wszyscy jako parlamentarzyści opcji rządzącej i opozycyjnej, którą reprezentuje pan poseł Hoc zrobimy wszystko, żeby ta sytuacja się zmieniła, jeżeli może, ale to oczywiście będą pytania do ministra finansów pewno też za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia, któremu na tej sprawie powinno mocno zależeć. Jeszcze pani profesor chce? Bardzo proszę.

Konsultant krajowa w dziedzinie Laboratoryjnej Genetyki Medycznej Edyta Borkowska:

Dziękuję. Panie przewodniczący, jeszcze raz Edyta Borkowska. Bardzo krótko, bo tutaj i pan profesor Marszałek i pan, który wypowiadał się przed chwilą, że tak powiem, pobudzili mnie do tego, żeby skoro mamy tutaj przedstawicielkę Ministerstwa Zdrowia i wszyscy wypowiadaliśmy się, dotykaliśmy gdzieś tematu badań molekularnych, badań genetycznych oraz pan profesor Marszałek poświęcił też bardzo dużo czasu jakości w patomorfologii, tak samo ważna jest jakość w badaniach genetycznych. Chciałabym bardzo zaapelować o umożliwienie procedowania przez panią minister, przez ministerstwo, ustawy o badaniach genetycznych, bo w tej chwili cokolwiek byśmy nie wprowadzali i jakiegokolwiek kontrole by się nie odbywały, bardzo dobrze, że one się odbywają, ale bez ustawy o badaniach genetycznych i ochronie genomu tak naprawdę nie mamy narzędzi do tego, żeby egzekwować tę jakość oraz egzekwować odpowiednie wykonywanie badań genetycznych. Mamy tutaj na sali klinicystów powiązanych także między innymi z onkologią i niestety, tych badań w onkologii genetycznych jest bardzo dużo,

a poziom ich oferowanych na rynku jest bardzo różny. Niestety pacjenci są, nazwę to wprost, oszukiwani również przez wiele podmiotów, których my nie możemy ścigać, bo albo się nie rejestrują przy Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych w tym rejestrze, albo wręcz ma miejsce outsourcing, ale to outsourcing poza granice kraju. Do klinicystów trafiają wyniki badań wykonanych za granicą, które są po prostu, nie chce mi przez usta przejść słowo „śmieciowymi wynikami”, ale chyba tak to należy nazwać. Oczywiście za pieniądze pacjentów, bo to pacjenci najczęściej wykonują te badania prywatnie szukając pomocy. Chociaż są też podmioty, które niestety na koszt NFZ-u też outsourcingują do niewiadomych podmiotów zagranicznych, podlecą wykonanie badań genetycznych i wydają wyniki jako podmioty krajowe. To też wymaga bardzo dużej kontroli. Pacjenci nie mają czasem świadomości, że ich próbka DNA, ich genom, znajduje się w repozytorium w zupełnie innym kraju niż ten, w którym próbka została pobrana. Idą do punktu pobrań w Polsce, a ich genom trafia do analizy za granicą. Tu spuentuję takim bardzo znanym sformułowaniem garbage in, garbage out, czyli jeżeli są to dane śmieciowe, to i interpretacja tych wyników jest również nieprzydatna do dalszego postępowania klinicznego. Ja bardzo proszę, z zespołem, który pracował od lutego do lipca tego roku zaktualizowaliśmy projekt ustawy o badaniach genetycznych i bardzo proszę ministerstwo o to, żeby pochyliło się nad tym projektem, i jeśli uzna go za wartościowy, żeby umożliwiło dalsze procedowanie tej ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Pietrykowski.

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Dziękuję bardzo panie przewodniczący za głos. Pani profesor, ja mam takie pytanie, na jakim etapie jest ten projekt ustawy o diagnostyce genetycznej?

Konsultant krajowa w dziedzinie Laboratoryjnej Genetyki Medycznej Edyta Borkowska:

Projekt został przekazany do Departamentu Kadr Medycznych.

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Bo ja nie ukrywam, że tutaj razem z panem doktorem, z panem doktorem i z panem doktorem rozmawialiśmy i jak najbardziej jesteśmy za tym, żeby to dalej procedować i nie widzimy tutaj żadnych przeciwwskazań.

Konsultant krajowa w dziedzinie Laboratoryjnej Genetyki Medycznej Edyta Borkowska:

Ten projekt nadzorowała czy też była dobrym duchem tego projektu pani minister Demkow i na jej ręce trafił wynik końcowy tego projektu. W tej chwili zapewne pani wiceminister przekazała...

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

A dobrze. To ja już wiem do kogo. Tak, dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pani dyrektor chciała zabrać głos na ten temat zabrać. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Bardzo dziękuję. Rzeczywiście projekt jest procedowany u nas wewnętrznie w ministerstwie. Odpowiedzialnym jest Departament Rozwoju Kadr Medycznych, czyli jeszcze nie było wniosku o wpis na wykaz prac rządu, ale prace trwają. To nie są łatwe przepisy, bo jak państwo pamiętacie, one trwają już wiele lat, ale mamy nadzieję, że tutaj będzie kontynuacja. Pani konsultant też bierze bardzo czynny udział w pracach, więc czekamy tylko na wniosek o wpis na wykaz.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. My tutaj jak we trójkę siedzimy to już zawijamy rękawy, żeby pracować nad tym projektem. I kolejne pytanie pan poseł Czesław Hoc.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Oczywiście dobrze rozumiemy się, że wszyscy jesteśmy po tej samej stronie. To jest tutaj clou i to jest pewność. Zresztą zdrowie zawsze powinno łączyć. Natomiast mam pytanie, jaka jest waga badań śródoperacyjnych? Czy we wszystkich tych 40 certyfikowanych podmiotach są badania śródoperacyjne. Jeśli chodzi o guzy piersi, jajnika, jądra, czasami wątroby, skóry i tak dalej? Dla mnie osobiście, jako lekarza, to jest bardzo ważna informacja,

czy dana klinika, czy dany szpital posiada zasoby i zdolność badania śródoperacyjnego. Wiadomo, o co tu chodzi, oszczędzający, czy rozległy obszar i tak dalej. Czyli czy te certyfikowane podmioty mają te badania śródoperacyjne, a te na przykład 130 innych mają albo nie muszą mieć, albo dowolnie, tak? To jest dla mnie bardzo ważne z praktycznego punktu widzenia.

Jeśli mogę się jeszcze odnosić do pana poprzedniego o AOTMiT-ie, to proszę zwrócić uwagę i od razu powiem do pani dyrektor taką uwagę, że jak była ustawa o reformie szpitalnictwa, program naprawczy każdego szpitala, który będzie się konsolidował, miał dodać program naprawczy, miał się zgodzić Narodowy Fundusz Zdrowia, wojewoda, minister zdrowia, ale całość miał koordynować, nadzorować i kontrolować AOTMiT, a z AOTMiT nie dość, że uciekają ludzie, to jeszcze tam w tej ustawie w ogóle nie ma żadnego wskazania, że będzie zwiększona etatyzacja. To jest po prostu coś niemożliwego, żeby AOTMiT jeszcze przejął kontrolę i nadzór nad tą ustawą o konsolidacji szpitala czy lecznictwa szpitalnego. To jest po prostu totalny absurd. I chyba to tylko tyle. Dziękuję. To cały czas tylko na zasadzie takiej życzliwej uwagi.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękujemy za życzliwe uwagi panu doktorowi. Pan doktor Meder, bardzo proszę.

Prezes organizacji Polska Unia Onkologii Janusz Meder:

Dzień dobry państwu. Ja tylko chciałbym się zwrócić z gorącym apelem do pana przewodniczącego. Odkąd się znamy przez tyle lat, w kolejnych kadencjach, niejednokrotnie przy kolejnych posiedzeniach, muszę powiedzieć, że te dyskusje są bardzo owocne w skutkach i dziękuję panu za to, że widzę tu znaczącą sprawczość. Po kolejnych posiedzeniach chcę się zwrócić z takim apelem, że w świetle tego, że siedzą tutaj dzisiaj znakomici eksperci w dziedzinie patomorfologii, w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, mamy przedstawicieli ministra zdrowia w postaci pani dyrektor, też podziękowania dla pani za wielką aktywność i chęć współpracy, czego też niejednokrotnie doświadczyłem. Podobnie jest dobra wola ze strony NFZ-u w postaci różnych przedstawicieli, którzy tutaj przychodzą na te zebrania.

Zmierzam do tego, że o sprawach związanych z pandemią genetycznymi mówiliśmy już wtedy, kiedy był nasz poprzedni program zwalczania chorób nowotworowych poczynając od roku 2005 przez 10 lat, między innymi byli też znakomici eksperci z dziedziny genetyki, którzy wypowiadali się na ten temat w podobnym duchu jak dzisiaj. Proszę zwrócić uwagę, ile upłynęło lat. Mój apel do wszystkich siedzących tutaj państwa reprezentujących właśnie ten powiedziałbym najwyższy podmiot, który może interweniować i zespalać wszystkie te działania, żeby jednak przyspieszyć ten proces.

Nie tak daleko jak przedwczoraj byłem również proszony o obecność na takim zespole dotyczącym lack of cancer units. To, co też ślimaczy się po prostu w sposób straszny i pokazano wyraźnie, zresztą to jest nie tylko w kwestii raka płuca, ale również groźnych nowotworów, które kiedyś były potwornym rokowaniem jak czerniak. Proszę państwa, jeśli dzięki nowoczesnemu leczeniu, a myślę, że każdy z nas ma pośród swoich znajomych i bliskich takie ewidentne przykłady, nowotwory, które kiedyś miały rokowanie kilka – kilkanaście miesięcy, dzisiaj nawet w wyższych stopniach zaawansowania i mówię tu właśnie o raku płuca i o czerniaku, gdzie pacjenci żyją dzisiaj po tym nowoczesnym leczeniu już 4, 5, 6 lat i być może są nawet wyleczeni, co kiedyś w ogóle było niemożliwe do dokonania. Proszę państwa, właśnie przedwczoraj bardzo wyraźnie podkreślono, że mamy znakomite leki, mamy dostęp do tych leków, bo to, co zaszło w ostatnich 4 – 5 latach, właśnie za sprawą odpowiednich dyrektorów w Ministerstwie Zdrowia polski pacjent otrzymał, właśnie szczególnie w raku płuca i w czerniaku, wszystkie nowoczesne armaty i amunicję, jaką ma cały świat. Dzisiaj problem polega na tym, że przeszkodą jest to, że od samego początku nie wykonuje się tych badań predykcyjnych, kiedy później nie ma już czasu na to, żeby robić kolejne badania przy następnych etapach diagnozy. Dzisiaj wiemy, że stosując nowoczesne terapie, takie, które są w ramach działań okołooperacyjnych, czyli zarówno przed chirurgią, jak i po chirurgii, okazuje się, że najlepsze wyniki można w wielu sytuacjach uzyskać dzięki skojarzeniu tych metod wyprzedzając przed zabiegiem operacyjnym, doprowadzając nawet do całkowitej remisji molekularnej. Dlatego też mnie osobiście w dalszym ciągu nurtuje ta sprawa, gdzie wyniki leczenia w Polsce nie zależą od braku dostępu do tych nowoczesnych terapii, ale od kodu pocztowego zamieszkania ludzi w Polsce.

Wielu pacjentów nie wie o tym, że jest leczonych w sposób suboptymalny przez to, że nie ma takiej wiedzy, a nie doszła do nich ta informacja, że mogli być wyleczeni, gdyby zrobić wcześniej odpowiednie badania. Tu jest ten węzeł gordyjski. Pani profesor Sasiadek,

która pierwsza poruszyła na wielką skalę to, co pani mówiła przed chwilą, z punktu widzenia diagnostów laboratoryjnych. Proszę państwa, jeżeli mamy takie znakomite siły eksperckie, jeżeli mamy powołane do tego instytucje, jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, jak właśnie ATOMiT czy nie może zaistnieć wreszcie koordynacja na etapie tych instytucji, które o tym decydują? Oczywiście przy wsparciu rządu polskiego, odpowiednich ministerstw, czyli kooperacja na każdym etapie. My mówimy o kooperacji i po to stworzono między innymi Sieć Onkologiczną, tworzy się Sieć Kardiologiczną, wielkie nadzieje były z chorobami rzadkimi. To wszystko przebiega bardzo powoli, mimo tego, że stoją za tym znakomici eksperci i pewien system organizacyjno-logistyczny, który jest naprawdę niezły. My naprawdę nie musimy się wstydić przed całym światem, że mamy tutaj jakieś braki. Braki są w bardzo powolnym procesowaniu tego wszystkiego i wielu pacjentów po prostu ginie i umiera, chociaż mogłoby w znakomity sposób wrócić do społeczeństwa, nie być obciążeniem dla społeczeństwa i ich rodzin. Prośba jest tylko o to, żeby w jakiś sposób skoordynować te wszystkie działania. Ja myślę, że tutaj jest wielka rola państwa, bo przecież państwo kontrolujecie te wszystkie podległe instytucje. Czy może być coś ważniejszego dla społeczeństwa niż zdrowie i edukacja? Nie.

Sam pan poseł wie, jakim skandalem jest to, że nie jest obowiązkowe nauczanie z zakresu zdrowia. Przecież byłyby pieniądze na wszystko i na te badania, czasem wysoko kosztowne i na te leczenia, które są bardzo kosztowne, gdyby było mniej chorych. A tych chorych będzie wtedy mniej, kiedy wychowamy nowe pokolenie, które po pierwsze, będzie współodpowiedzialne za swoje zdrowie, będzie wiedziało, jak troszczyć się o to zdrowie, w jakich badaniach brać udział, czyli musi istnieć system motywacyjny dla całego społeczeństwa, żeby ludzie chcieli się badać. To jest bardzo prosty mechanizm ekonomiczny. Czasami nawet 10 – 20 zł decyduje o tym, czy ktoś pójdzie na badanie, czy nie. System informacyjny, który jest niewykorzystany, a jest tu wielki potencjał. Proszę państwa, jeżeli ja w 1980 roku miałem kartę ubezpieczeniową pracując w Stanach jako lekarz Blue Shield, Blue Cross, który właściwie miał chip, taka karta kredytowa, gdziekolwiek pacjent nie idzie, jest czytnik, wszystko o tym pacjencie wiadomo, nie trzeba wszystkiego opowiadać od nowa i ten system powinien zadziałać również w tym, że ludzie będą powiadamiani wszystko jedno jakie mają wykształcenie, SMS-em albo pielęgniarka środowiskowa czy położna pójdzie na wsi czy w małym miasteczku i odpowiednio przedstawi problem. Jest szereg niewykorzystanych możliwości. Także skracając już swoją przydługą wypowiedź, jeszcze raz dziękując panu posłowi i całej Komisji Zdrowia, dziękując również przewodniczącym tych instytucji, które wymieniłem, zróbmy coś, żeby ludzie w Polsce mieli równy dostęp do nowoczesnego, skutecznego leczenia, bo naprawdę mamy się czym szczycić, tylko trzeba to wszystko dopracować i szybciej przeorganizować tak, żeby pokonać tę biurokrację. Tak że bardzo o to proszę.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję panu bardzo, za te bardzo mądre słowa. Rzeczywiście jesteśmy w zupełnie innej sytuacji niż 5, 10 lat temu, kiedy ten dostęp do naszych technologii medycznych i leków był u nas 1/3 tego co miała cała Europa i cały świat.

Pan doktor powiedział też o tym poziomie naszych ekspertów, lekarzy, ale jak wsłuchiwałem się w pana wypowiedź, to coraz bardziej mi przychodzi do głowy, że ten cały problem zaczyna się tam na dole. Właśnie tam, w tych miejscowościach, w tych kodach, o których mówimy, ponieważ tam są lekarze POZ, tam są lekarze rodzinni, to przecież tam powinna się zacząć ta opieka nad chorymi, to tam pierwszy raz powinien trafić ten pacjent. On nie trafi od razu do poradni specjalistycznej, do onkologa, tylko musi gdzieś rozpocząć swoje leczenie. A sytuacja w tym zakresie, jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, nie jest najlepsza, ponieważ często pacjenci w tych małych miasteczkach prawie, że nie mają w ogóle lekarze rodzinnych i są osamotnieni. A jeszcze jak nie mają swojej rodziny, znajomych, przyjaciół, telefonu, to moje takie smutne przemyślenia, że codziennie gdzieś tam w cichości swoich domów samotne osoby, nie przyjmujące leków, odchodzą, umierają, bo nie dostają pomocy. To jest właśnie cały problem, żeby zacząć od początku i dlatego też nauka o zdrowiu. O tym, o czym mówiliśmy od wielu, wielu lat, żeby trafiła do najmłodszych ludzi. Z takim wielkim oporem to wchodzi w życie, a nie jest dzisiaj przedmiotem obowiązkowym, tylko dobrowolnym. Słyszymy też o tym, że dziesiątki rodziców z różnych powodów wypisuje te dzieci z tych przedmiotów. To jest dramat, bo to trwa już kilkanaście lat i nie mamy takiej możliwości, żeby kolejne pokolenie wychować w takim

duchu wiedzy o zdrowiu, o odżywianiu, o spędzaniu wolnego czasu, o profilaktyce, o promocji. Te wszystkie zachowania, o których wszyscy doskonale wiedzą.

Prezes organizacji Polska Unia Onkologii Janusz Meder:

Jeszcze dosłownie dwa zdania. Proszę państwa, ile razy można powtarzać, że 50% nowotworów można byłoby uniknąć, gdyby ludzie wcześniej zgłaszali się do lekarzy, albo gdyby brali udziału w tych bilansach. Przecież mamy w tej chwili znakomity program dzięki Ministerstwu Zdrowia, dzięki polskiemu rządowi, tylko trzeba jeszcze dotrzeć do ludzi, żeby z tego korzystali.

A młode pokolenie? Jak go wychowamy jak nie ma tego przedmiotu w szkole, prawda? Ja skwituję to jednym powiedzeniem: zarządzamy wreszcie zdrowiem. Zaczniemy od tego, żeby podstawą wszystkiego była prewencja i profilaktyka, i lekarz rodzinny, właściwie instytucja lekarza rodzinnego, w tej chwili to jest przecież cały zespół i opieka koordynowana. Tu trzeba wszystko zrobić, żeby nie zaprzepaścić tego potencjału, jaki jest wśród lekarzy rodzinnych, bo oni są głównymi partnerami. Nie tylko onkologów, ale wszystkich lekarzy innych specjalności. I tu zrobimy wszystko, żeby postawić na prewencję, profilaktykę, edukację, a potem będzie mniejszy kłopot z innymi sprawami.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Pietrykowski i powolutku będziemy się zbliżali ku końcowi, bo salę mamy do godziny 15. Bardzo proszę.

Poseł Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Dziękuję. Panie przewodniczący, to są piękne słowa, co pan doktor mówił, ale tutaj niestety jest ogromna rola nas wszystkich, którzy w jakiś tam kolwiek sposób jesteśmy, można by powiedzieć, że takimi przewodnikami po ochronie zdrowia. Niestety ten wcześniejszy program, który wprowadzili nasi poprzednicy przewodniczący Profilaktyka PLUS skorzystało z niego tylko 10% uprawnionych. To jest dramatyczna sytuacja. Teraz oczywiście zastąpiliśmy go programem również dobrym i poszerzonym o dodatkowe, nie tylko badania laboratoryjne Moje Zdrowie, ale jeżeli my tak naprawdę nie będziemy o tej profilaktyce mówili, tu mam na myśli nas wszystkich siedzących, bez względu na to, jaki zawód wykonujemy, ale jak to się mówi w zdrowiu jesteśmy, nie będziemy informować o tym programie Moje Zdrowie to będzie słabo. Jak to się mówi, nawet najdalsza podróż zaczyna się od pierwszego kroku. Musimy przypominać, że jest taki nieodpłatny program, że można z niego korzystać, bo i każde takie zdanie trafiające do pacjenta będzie ważne z naszej strony. Ta Profilaktyka PLUS i tylko 10% uprawnionych to jest dramatyczna liczba.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze podsumować? Ewentualnie pan przewodniczący i będziemy kończyli. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów WCO Andrzej Marszałek:

Ja się bardzo cieszę, że patomorfologia stanęła, jak ktoś kiedyś mówił, na tej sali i że udało się poopowiadać o ważnych rzeczach. Jak rozumiem, komunikat jest taki, że program akredytacji JGPato będzie kontynuowany? Bo tak to rozumiemy. Jednocześnie rozmawialiśmy tutaj o tym, że ten system powinien być nieco rozszerzony o kolejne produkty. Oczywiście przy odpowiedniej współpracy ze specjalnościami, które są po tej samej stronie.

Natomiast tylko jeszcze taka drobna uwaga, jeżeli chodzi o badania śródoperacyjne. Wszystkie te 40 podmiotów, które mają certyfikat, są certyfikowane również pod względem badań śródoperacyjnych, a te które nie mają certyfikatu, to albo się wykonuje, albo nie. Natomiast zwracam uwagę na to, że według nowych standardów akredytacyjnych dla szpitali jest wprost napisany standard obligatoryjny, że jeżeli jest wykonywany zabieg operacyjny planowy z podejrzeniem nowotworu lub z nowotworem, to musi być zapewniony dostęp do badania śródoperacyjnego. Tak że to jest już, że tak powiem w papierach. Istnieje taki zapis. My jesteśmy uosobieniem patologii w Polsce, ale staramy się zapewnić odpowiednią diagnostykę tak, żeby można było potem skutecznie leczyć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję. Bardzo serdecznie dziękuję za dzisiejsze spotkanie. Zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia. Zamykam posiedzenie podkomisji. Jeszcze raz serdecznie dziękuję za obecność.