

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ**

DO SPRAW ONKOLOGII

(NR 20)

z dnia 4 grudnia 2025 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 20)

4 grudnia 2025 r.

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

- omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r.
- rozpatrzenie informacji na temat stanu wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Agnieszka Molenda-Wiśniewska** dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia, **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Beata Jagielska** dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii, **Radosław Murawski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Mariusz Bidziński** konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, **Paulina Gadomska-Dzięcioł** koordynatorka do spraw relacji zewnętrznych w Fundacji Alivia.

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

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

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

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje w punkcie 1 – omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r. i w pkt 2, głównym punkcie – rozpatrzenie informacji na temat stanu wdrożenia, wdrażania krajowej sieci onkologicznej. Informację przedstawia minister zdrowia oraz prezes NFZ.

Dzisiaj jest taki dosyć gorący dzień, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia, ponieważ mamy na sali sejmowej debatę na temat sytuacji ochrony zdrowia, jak również – jak państwo pewnie wiecie – dzisiaj jest też szczyt w Radzie Ministrów, jest również dzisiaj spotkanie dyrektorów szpitali powiatowych. Także mamy dosyć spore zaangażowanie, jeżeli chodzi o temat ochrony zdrowia, ale dzisiaj mamy temat, który państwu odczytałem.

Informuję, że projekt planu pracy – przystępujemy do pierwszego punktu – został wysłany do państwa posłów na maila i zamieszczony w folderze SDI na iPadach i dostępny jest również w formie papierowej. Ja państwu może odczytam te propozycje planu pracy na pierwsze półrocze przyszłego roku i to są następujące punkty.

Punkt 1 – to jest informacja ministra zdrowia w sprawie kierunków rozwoju medycyny nuklearnej. Jest to przewidziany temat na styczeń przyszłego roku.

Kolejna to jest informacja ministra zdrowia oraz prezesa ABM w sprawie dostępności technologii zaawansowanych oraz rozwoju technologii CAR-T w ramach projektów finansowanych przez ABM – to w lutym mamy takie propozycje.

Kolejny temat to informacja ministra zdrowia w sprawie systemu opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka pęcherza moczowego – marzec.

Kolejna propozycja to jest informacja ministra zdrowia w sprawie realizacji oraz kierunku rozwoju programu zabezpieczenia płodności dla pacjentów onkologicznych.

Kolejny temat to informacja ministra zdrowia w sprawie działań służących zapewnieniu dostępu do fizjoterapii oraz rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych.

I kolejny temat to informacja ministra zdrowia w sprawie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych w ośrodkach prowadzących diagnostykę i leczenie onkologiczne.

Czy są ze strony państwa parlamentarzystów uwagi co do projektu planu pracy? Otwieram dyskusję. Jeżeli nie ma innych propozycji, to stwierdzam, że podkomisja przyjęła plan pracy na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r. Nie ma sprzeciwu, więc w związku z tym ten plan przyjmujemy.

W związku z tym przystępujemy do realizacji drugiego punktu porządku dziennego. Również informuję, że materiały wysłany do państwa na maile i zamieszczony w folderze SDI na iPadach, dostępne są również dzisiaj tutaj, w naszym sekretariacie, w formie papierowej, dla państwa do dyspozycji. Jednocześnie informuję, że minister zdrowia upoważnił panią Agnieszkę Molendę-Wiśniewską, dyrektora Departamentu Opieki Koordynowanej w MZ, oraz panią dyrektora Dominikę Janiszewską z Departamentu Lecznictwa w sprawie wystąpienia informacji po stronie MZ, a jednocześnie informację prezesa NFZ – upoważnienie dla pana dyrektora Radosława Murawskiego z NFZ. Także przystępujemy do informacji i proszę przedstawicieli MZ o przekazanie tej informacji. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Dzień dobry państwu. Serdecznie dziękuję za możliwość przedstawienia państwu stanu wdrożenia KSO.

Proszę państwa, wszystko zaczęło się w marcu 2023 r., kiedy weszła w życie ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej. W ramach tej ustawy powołano zarówno Krajową Radę Onkologiczną, jak i ośrodek monitorujący, którym jest Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie. Następnie, na mocy tej ustawy, która była znowelizowana w marcu 2024 r., przygotowano w lipcu tego samego roku rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji ośrodków do KSO. Już w lipcu 2024 r. NFZ opublikował zestawienie ośrodków, które zostały zakwalifikowane do poszczególnych poziomów – to jest SOLO I, SOLO II i SOLO III 3. Ta kwalifikacja jest na 2 lata. Ponowna kwalifikacja odbędzie się w lipcu 2026 r., gdzie po pierwsze będzie weryfikacja kryteriów, na podstawie których dane ośrodki zostały zakwalifikowane do poszczególnych poziomów, a także będą brane pod uwagę wskaźniki dotyczące właśnie jakości opieki onkologicznej. Wracając jeszcze do danych tak naprawdę historycznych – we wrześniu 2024 r. powołano również 16 wojewódzkich ośrodków monitorujących. Ośrodki te współpracują z KOM, tworząc całą sieć nadzoru nad siecią kardiologiczną. W ośrodku monitorującym, w ramach instytutu, jest to ośrodek, który nadzoruje i wspiera tak naprawdę działania zarówno w zakresie profilaktyki, jak i wspiera wojewódzkie ośrodki również w dostępie do informacji i komunikacji z MZ. Również Krajowa Rada Onkologiczna, która cały czas pracuje przy ministrze zdrowia, jest takim ciałem opiniującym i pracującym w zakresie ścieżek pacjenta czy wskaźników jakości opieki onkologicznej.

Proszę państwa, w 2024 r. również – o czym warto powiedzieć – duże wsparcie zostało przekazane dla wszystkich ośrodków onkologicznych w ramach sieci krajowej. Były to środki uzyskane w ramach KPO na łączną kwotę około 5 mld zł. Były to środki przekazane na właśnie wsparcie infrastruktury i zakup odpowiedniej aparatury. Dodatkowo oczywiście w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej również były przekazane środki na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów – w latach 2020–2024 było to ponad 1,4 mld zł.

Co istotne z punktu widzenia leczenia pacjentów – w latach 2024–2025 wprowadzono 18 ścieżek pacjenta dla najważniejszych nowotworów. Wprowadzenie odbyło się w postaci 14 obwieszczeń. Są to kluczowe zalecenia dla najważniejszych nowotworów, które zostały wypracowane, żeby ujednolicić ścieżkę pacjenta w systemie, zapewnić taką samą dostępność do leczenia, niezależnie od tego, do którego ośrodka pacjent trafi.

Zwieńczeniem tych wszystkich działań było uruchomienie również w maju bieżącego roku portalu – Narodowego Portalu Onkologicznego. To jest kluczowe wsparcie tak naprawdę dla pacjentów, żeby ułatwić im zarówno – z jednej strony – dostęp do informacji, gdzie się mogą leczyć, dostęp do wiarygodnych też informacji w zakresie onkologii, żeby również poprawić przepływ informacji, o tym, gdzie pacjent może się leczyć, o profilaktyce, odczarować trochę mity, które krążą w sieci. Jest to narzędzie, które będziemy na pewno szerzej wykorzystywać również w tym roku, zwiększając również informacje o ścieżkach leczenia, o podstawowych informacjach dotyczących poszczególnych nowotworów.

Jeśli chodzi o to, gdzie jesteśmy obecnie, bo te wszystkie informacje, o których wspomniałam, trochę są historyczne, ale chciałam, żeby państwo mieli pełen przegląd. W tej chwili mamy zakończony proces legislacyjny na etapie konsultacji publicznych, jeśli chodzi o nowelizację

ustawy o KSO. Była to kluczowa nowelizacja. Wprowadza ona jedną ogromną zmianę w procesie leczenia, a mianowicie kartę e-DiLO, kartę elektroniczną, która będzie wchodziła w okresie przejściowym w przyszłym roku – będziemy mieli zarówno kartę jeszcze w wersji papierowej, jak i elektronicznej, ale docelowo od stycznia 2027 r. ma obowiązywać już tylko i wyłącznie postać elektroniczna. Ta karta będzie zawierała całą ścieżkę pacjenta, co pozwoli zarówno na monitorowanie terminowości leczenia, ale też i całego procesu leczenia.

Druga rzecz, nad którą właściwie finalizujemy prace w ramach Krajowej Rady Onkologicznej, to przygotowanie wskaźników opieki i jakości onkologicznej. Są one w tej chwili przygotowane dla pięciu kluczowych nowotworów – raka piersi, raka jajnika, raka prostaty, raka płuca i raka jelita. Są to wskaźniki, które mają mierzyć zarówno terminowość, przekazywanie pacjenta, oceniać cały proces leczenia, tak, żeby zunifikować ścieżkę pacjenta w systemie, ale też wprowadzić nadzór od strony jakościowej nad procesem leczenia pacjenta, co powinno się zdecydowanie przełożyć z jednej strony na zwiększenie dostępności do tych samych procedur dla każdego pacjenta, ale też na możliwość nadzoru nad całym procesem, zarówno diagnostycznym, bo to będzie od momentu diagnostyki, do kwalifikacji, do kompleksowego leczenia, ale także do momentu podjęcia leczenia przez danego pacjenta. Te wskaźniki będą wydane w formie rozporządzenia ministra zdrowia. Tak jak wspominałam – kończymy już tutaj prace. Myślę, że na przełomie roku być może, albo na początku, będą się już mogli państwo zapoznać z pełną treścią rozporządzenia, bo będzie to przekazane do konsultacji publicznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy pani dyrektor Janiszewska-Kajka ma coś ewentualnie do uzupełnienia?

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Panie przewodniczący, w zakresie realizacji zadań związanych z KSO nie, ale jestem do dyspozycji, jeśli chodzi o pytania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. W takim razie bardzo proszę pana dyrektora Murawskiego, przedstawiciela prezesa NFZ, o przekazanie informacji ze strony NFZ. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Radosław Murawski:

Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący, Szanowna Komisjo, szanowni państwo, przedstawię informację na temat zadań, które zostały postawione przed prezesem NFZ w kontekście wdrażania KSO. Pani dyrektor już tu przedstawiła założenia sieci i jej strukturę. W tej chwili podstawowym zadaniem prezesa NFZ jest właśnie dokonanie kwalifikacji. O niej już pani dyrektor wspominała – została wykonana w lipcu 2024 r. W ramach tej kwalifikacji wyłoniono ponad 300 ośrodków – specjalistycznych ośrodków SOLO. 200 na poziomie SOLO I, 74 na poziomie SOLO II i 27 na poziomie SOLO III. SOLO III to ten najwyższy poziom referencyjny, najbardziej kompleksowy. Wyłoniono również ośrodki kooperacyjne – ośrodki, które współpracują w zakresie diagnostyki onkologicznej. Spośród SOLO III wyłoniono w drodze rozporządzenia wojewódzkie ośrodki monitorujące. Również w ramach SOLO III mamy KOM, czyli Narodowy Instytut Onkologii.

W ramach tego zadania oczywiście czeka nas kolejna kwalifikacja i weryfikacja za 2 lata – też pani dyrektor wspomniała o lipcu 2026 r. Prezes, w kontekście tej kwalifikacji, wydaje decyzje, dokonuje warunkowej kwalifikacji i oczywiście dokonuje zmian w samym wykazie, jeżeli podmioty nie spełniają określonych warunków przynależności do danego poziomu lub w ogóle przynależności do sieci. Dodatkowo prezes NFZ, na podstawie wyliczeń prezesa AOTMiT, ustala corocznie ryczałty dla KOM i WOM za pełnienie funkcji i wypłaca te ryczałty. Te środki są zabezpieczone i w przyszłym roku zostaną wypłacone za 2026 r.

Dodatkowo w ramach NFZ i w ramach TIP uruchomiono dodatkową infolinię KSO – jest to infolinia KSO, która ma za zadanie poinformować, w jaki sposób zapobiegać chorobom nowotworowym, gdzie można wykonać badania i z których programów profilaktycznych profilaktyki nowotworowej można skorzystać w ramach programów, które są dostępne w NFZ. Dodatkowo można się dowiedzieć więcej o funkcjonowaniu KSO.

To są te podstawowe zadania, które w tej chwili realizuje prezes NFZ, natomiast cały czas współpracujemy – zarówno w ramach współpracy z ministerstwem, jak i Krajową Radą

Onkologiczną – w budowie wskaźników jakości onkologicznej, jak również w budowie – tutaj z ministerstwem i CeZ – karty e-DiLO i odpowiedniej wymiany informacji pomiędzy tymi instytucjami w szczególności na potrzeby wskaźników jakości onkologicznej. W przyszłości te elementy będą dosyć istotne, ponieważ prezes NFZ będzie, współpracując z KOM, badał wskaźniki jakości onkologicznej, oceniał w ten sposób ośrodki, które realizują zadania związane z opieką onkologiczną w ramach sieci. To są te podstawowe zadania, które realizuje prezes NFZ, ale również będzie realizował w przyszłości. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo za przedstawienie informacji przez państwa. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zadać pytanie? Pani poseł Alicja Chybicka. Bardzo proszę.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja chciałam zapytać szanownych państwa, czy jest jakiekolwiek zagrożenie finansowe dla realizacji tejże sieci onkologicznej i dla funkcjonowania onkologii polskiej? Bo oczywiście w mediach krążą straszące chorych informacje i pacjenci boją się w tej chwili, czy ich życie nie będzie zagrożone, czy ich programy nie staną, czy sieć będzie realizowana jak należy. Czy są jakieś plany ograniczenia finansowania w onkologii?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Jeżeli można prosić o odpowiedź, to bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Oczywiście. Nie, absolutnie nie. Dokładnie tak, jak powiedziała pani poseł – to jest straszenie. Proszę pamiętać, że świadczenia w onkologii są nielimitowane. Tutaj, wspólnie z ośrodkiem, z instytutem, monitorujemy wszelkie sygnały, które nawet docierają od pacjentów. Jeżeli jest jakikolwiek sygnał, to sprawdzamy, czy faktycznie pacjent gdzieś nie otrzymał leczenia. Jak dotąd, z 9 sygnałów, które bezpośrednio wpłynęły do nas, żaden nie został potwierdzony, więc absolutnie nie ma takiego zagrożenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Koordynatorka do spraw relacji zewnętrznych w Fundacji Alivia Paulina Gadomska-Dzięcioł:

Dzień dobry. Paulina Gadomska-Dzięcioł, Onkofundacja Alivia. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie i posłanki, dziękuję za możliwość zabrania głosu w tej istotnej dyskusji. Temat jest kluczowy. Pacjenci i ich rodziny czekają na rozwiązania, które mają przynieść realną poprawę diagnostyki i leczenia.

KSO miała zrewolucjonizować opiekę onkologiczną, jednak wciąż napotykamy na znaczące wyzwania, które wymagają pilnego rozwiązania. Elektroniczna karta e-DiLO, która miała być fundamentem skutecznej koordynacji i monitoringu, wciąż nie jest wdrożona. Według naszych szacunków pełny monitoring we wszystkich placówkach sieci rozpocznie się najwcześniej w 2028 r. Bez tego rozwiązania niemożliwe jest mierzenie jakości diagnostyki, ścieżki pacjenta oraz monitorowania przestrzegania wytycznych terapeutycznych. Te opóźnienia nie są akceptowalne i wymagają natychmiastowej interwencji. Bez karty KSO traci sens – bez możliwości mierzenia diagnostyki, leczenia, jak również monitorowania przestrzegania wytycznych nie możemy mówić o efektywnej opiece onkologicznej. Elektroniczna karta e-DiLO jest niezbędna do płynnej współpracy między ośrodkami i zapewnienia, że każdy pacjent otrzyma odpowiednią opiekę bez opóźnień. Brak skutecznego monitoringu jakości w KSO, problemy finansowe NFZ, planowane kosztem obywateli – pacjentów – oszczędności, w tym przywrócenie limitów na badania obrazowe i wizyty u specjalistów, to droga do katastrofy w diagnostyce nowotworów. Wielu pacjentów jest przecież diagnozowanych poza szybką ścieżką onkologiczną.

Mamy najnowsze badania z portalu Alivia Onkoskaner, które pokazują, że średni czas oczekiwania na badanie rezonansem magnetycznym w Polsce to 89 dni w trybie normalnym i 65 w trybie pilnym. Na badania tomografią komputerową czeka się średnio 46 dni w trybie normalnym i 33 w trybie pilnym. To długo, ale w marcu 2018 r., przed uwolnieniem limitów finansowania, pacjenci czekali średnio aż 201 dni na rezonans magnetyczny i 73 dni na tomografię komputerową. I teraz ta sytuacja może się powtórzyć.

Ponadto wdrożenie e-DILO wymaga zmian legislacyjnych i niestety również tu napotykamy na opóźnienia. W związku z tym mamy takie pytania i uprzejmie proszę o odpowiedzenie na nie. Jakie są realne terminy wdrożenia e-DILO i kiedy można realistycznie oczekiwać pełnej implementacji e-DILO w całym kraju? Jakie są aktualnie bariery legislacyjne i techniczne w procesie implementacji e-DILO i jak planowane jest ich pokonanie? Jakie mechanizmy zostaną wprowadzone, aby skutecznie monitorować ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną pacjentów onkologicznych? Kiedy można oczekiwać publikacji pierwszych raportów jakościowych i satysfakcji pacjentów? W jaki sposób dane te będą wykorzystywane do poprawy jakości opieki? Jakie są przewidywane terminy finalizacji nowelizacji ustawy o KSO i kiedy można spodziewać się jej wejścia w życie? Jakie dodatkowe zmiany są planowane, aby usprawnić funkcjonowanie KSO? Czy planowane są dodatkowe szkolenia dla personelu medycznego, aby zapewnić sprawne wdrożenie nowych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych? Jakie działania są podejmowane, aby zapewnić równy dostęp do wysokiej jakości opieki onkologicznej w różnych regionach kraju? Jakie konkretnie kroki zostaną podjęte, aby uregulować funkcję koordynatora opieki onkologicznej i zapewnić, że każdy pacjent będzie miał do niego dostęp? Czy istnieją plany wprowadzenia limitów dotyczących liczby pacjentów przypisanych do jednego koordynatora? Czy w ramach oszczędności w NFZ planowane są limity na badania obrazowe i wizyty u specjalistów i czy przeprowadzono analizy i jak wpłyną one na dostępność i czas oczekiwania w kolejkach?

Jako Fundacja Alivia deklarujemy gotowość do dalszej współpracy w celu wypracowania efektywnych rozwiązań, które spowodują efektywność KSO i poprawią jakość opieki onkologicznej w naszym kraju. Musimy działać teraz, żeby zapewnić każdemu pacjentowi dostęp do nowoczesnej i skoordynowanej opieki, której tak bardzo potrzebuje. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Cały pakiet pytań. Nie wiem, czy państwo jesteście w stanie odpowiedzieć. Jeżeli tylko na niektóre, to bardzo proszę, a o odpowiedź na pozostałe prosilibyśmy na piśmie. Pani dyrektor, bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Dziękuję bardzo. Ja postaram się odpowiedzieć na większość pytań. Zacznę od nowelizacji, bo tak naprawdę o tym już mówiłam.

Jesteśmy po procesie konsultacji publicznych, kończymy prace wewnętrzne w departamencie. Plan jest taki, żeby faktycznie w nowym roku nowelizacja weszła, a ona daje nam przepustkę do tego, żeby wprowadzić e-DILO. Tak jak mówiłam – 2026 r. to będzie rok, w którym będzie mogła funkcjonować zarówno karta papierowa, jak i elektroniczna, bo nie jesteśmy w stanie z dnia na dzień tego odciąć. Celem jest zapewnienie pacjentom ciągłości leczenia. Będzie oczywiście możliwość taka, żeby lekarze dla nowych pacjentów już wystawiali kartę e-DILO i do tego na pewno będziemy zachęcać, żeby faktycznie nowy pacjent otrzymywał kartę. Ona będzie obowiązkowa od stycznia 2027 r. Musimy dać ten okres przejściowy.

Tak naprawdę to co robimy, czyli rozporządzenia dotyczące ścieżek pacjenta i wskaźniki jakościowe, z którymi państwo niedługo będziecie mogli się zapoznać – to zależy, jak pójdzie proces legislacyjny, ale na pewno w styczniu pojawi się już rozporządzenie. Planujemy, żeby ono weszło w pierwszym kwartale. Jednocześnie zarówno rozporządzenia dotyczące ścieżki pacjenta, jak i wskaźniki jakościowe pozwolą na monitorowanie leczenia pacjenta w całym procesie. Te wszystkie rzeczy, o których wspominałam – czyli wskaźniki, ścieżki i e-DILO – skumulują się w 2026 r. i pozwolą na wdrożenie całościowego monitorowania leczenia od momentu diagnozy przez cały proces. Myślę, że tak realnie patrząc 2027 r. będzie tym rokiem, w którym będziemy mieli już wdrożone wszystkie te elementy systemu i pozwolą one na pierwsze przygotowanie analiz i raportów. Więc mam nadzieję, że nie będzie tak, jak państwo wskazujecie – 2028 r. – tylko już w 2027 r. będziemy mogli na to spojrzeć.

Jeśli chodzi o szkolenia dla personelu i koordynatorów – pozwolę sobie połączyć te dwa pytania. W tej chwili szkolenia dla koordynatorów są prowadzone przez Instytut Onkologii. Natomiast w związku z tym, że koordynator będzie osobą, która w ramach całej sieci onkologicznej ma być dostępna w szerszym zakresie, planujemy uruchomić szkolenia dla koordynatorów. W tej chwili przeszkolonych był 1000 koordynatorów, a planujemy, żeby objąć szkoleniami 4 tys. osób. Nie jest to zawód medyczny, więc nie mamy w tej chwili możliwości wpłynięcia na to, żeby koordynator był traktowany na równi z innymi zawodami medycznymi. Natomiast z naszej strony – jako MZ – dołożymy wszelkich starań, aby we współpracy z ośrodkami onkologicznymi koordynatorzy

dostali pełną wiedzę – zarówno o systemie, o ścieżkach, jak i z zakresu psychoonkologii – tak, żeby byli realnym wsparciem dla każdego pacjenta, który trafi do ośrodka onkologicznego. Obecnie nie jest przypisany żaden limit pacjentów na koordynatora. Myślę, że to będzie dopiero w kolejnym kroku – kiedy będziemy mieli już realną, przeszkoloną liczbę koordynatorów, którzy zaczną funkcjonować w ośrodkach, wtedy na podstawie doświadczeń będziemy mogli wskazywać konkretne parametry.

Jeśli chodzi o limity na badania obrazowe i wizyty, to – pozwoli pani – odpowiem na piśmie, gdyż wymaga to konsultacji z innym departamentem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy pani dyrektor Kajka chciałaby coś dodać? Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję. To właśnie ja jestem tą konsultacją teraz, na bieżąco, więc odpowiem może na to pytanie. Na ten moment nie przewidujemy i nie rozważamy limitowania diagnostyki i leczenia w nowotworach w opiece onkologicznej, więc chciałabym zaprzeczyć takim doniesieniom. Jednocześnie rozumiem obawy i traktuję pani wypowiedź jako sygnał, także potwierdzam taką informację. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Coś wyjątkowo dzisiaj mamy jakąś małą frekwencję, jeżeli chodzi o chęci zadawania pytań. Temat bardzo trudny i skomplikowany. Czekamy na ponowną weryfikację oddziałów szpitalnych, ponieważ wiem, że dużo ośrodków jest poukładane, ale jest też wiele ośrodków, które przez wiele lat wykonywały – zwłaszcza jeżeli chodzi o chirurgię onkologiczną – w większości szpitali, a jednak ta weryfikacja powoduje, że będzie przeniesiona ta waga tej działalności na większe ośrodki onkologiczne. Czy pani profesor Jagielska mogłaby coś nam dodać na ten temat? Bardzo proszę.

Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii Beata Jagielska:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, tutaj pani dyrektor wyczerpała praktycznie wszystkie informacje. To, co jest istotne, to przede wszystkim fakt, że po raz pierwszy w historii polskiej onkologii mamy mocno publikowane wytyczne i to jest bardzo ważne działanie. Do 2024 r. posiadaliśmy tylko jedno wytyczne – dotyczyły one raka piersi. W tej chwili mamy ich 27 i sukcesywnie przybiera kluczowych zaleceń. I to co najważniejsze – weszliśmy już w etap aktualizacji. Ten największy pakiet wytycznych był publikowany w zeszłym roku, były one powiązane z KPO i to zadanie rzeczywiście się udało.

Bardzo ważnym elementem, który jest już wypracowany przez wojewódzkie ośrodki monitorujące, są check-listy, jeżeli mówimy o jakości diagnostyki i jakości leczenia. Wojewódzkie ośrodki monitorujące przekazały do wszystkich ośrodków SOLO I, SOLO II i SOLO III wypracowane check-listy, a zatem check-listy sprawdzające jakość diagnostyki – czy wszystkie te badania, które są zalecane w wytycznych, zostały wykonane.

W tej chwili już na tym etapie, w tak zwanej karcie papierowej, bo ona jest drukowana, ale system elektroniczny, jest już obowiązek wskazania kompletności diagnostyki. A zatem konsylium, które ma podjąć decyzję o leczeniu, wcześniej musi wskazać, czy diagnostyka jest kompletna, bierze na siebie odpowiedzialność, bo jeżeli diagnostyka nie jest kompletna, z różnych powodów, pacjent powinien być cofnięty do diagnostyki kolejnej, czyli uzupełnienia tych niedoborów, które zostały stwierdzone na konsylium.

Kolejnym ważnym elementem są ścieżki pacjenta, opublikowane również sukcesywnie do wytycznych. Ścieżki pacjenta mają dwojaką postać – postać kliniczną, dedykowaną dla lekarzy i profesjonalistów medycznych, i postać dla pacjentów. Niektóre mamy nawet w podwójnej ścieżce, tak jak w raku płuca. Czekamy, jaki będzie odbiór przez pacjentów – która ścieżka będzie łatwiej odczytywana, łatwiej interpretowana przez chorych – i tę ścieżkę pozostawimy.

Także to są te elementy. Krajowy ośrodek monitorujący na bieżąco pozostaje w kontakcie ze wszystkimi wojewódzkimi ośrodkami monitorującymi, między innymi dlatego, że była to prośba pacjentów, aby zweryfikować nieprawdziwe informacje o odsyłaniu chorych. Żaden z ośrodków, z którymi się kontaktowaliśmy, tej informacji nie potwierdził i opublikował na swoich stronach jasny przekaz. Także wszystkie wojewódzkie ośrodki monitorujące pracują nad tym, aby ta diagnostyka i leczenie płynnie były realizowane tak jak dotychczas – i tak się to w tej chwili dzieje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan profesor Bidziński.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Szanowni państwo, jako konsultant krajowy w zakresie ginekologii onkologicznej, a jednocześnie też reprezentant WOM – naszego, mazowieckiego – chcę podkreślić, że dzisiaj mamy już – można powiedzieć – osiem miesięcy funkcjonowania całego systemu. On jest oczywiście dzisiaj zdecydowanie bardziej zorganizowany, niż było to jeszcze przed wprowadzeniem KSO, aczkolwiek nie unikaliśmy niektórych niedoskonałości i zdajemy sobie sprawę z tego, że ten system jest rozwijany.

Na dziś jako WOM muszę powiedzieć, że wyraźnie jest poprawa w tych tzw. systemach, chociażby organizacji konsyliów, które jeszcze do niedawna były rzeczywiście niekiedy robione w sposób – no – nie do końca zgodny z ustawą. W związku z tym to jest pewnego rodzaju już przynajmniej jeden element, który pokazuje, że doszło do pewnych elementów poprawy.

Z drugiej strony możemy też powiedzieć, że pacjenci dzięki koordynatorom mają rzeczywiście tego swojego opiekuna – i to wyraźnie podkreślam. Dzisiaj rzeczywiście koordynator jest tym kluczowym elementem w systemie. On jest komunikatorem pomiędzy środowiskiem medycznym a pacjentem. W przypadku ośrodków naszych, tutaj, na terenie województwa mazowieckiego, gdzie rzeczywiście mamy już sporą liczbę koordynatorów – ich do tej pory, tak jak pani dyrektor powiedziała, przeszkoliliśmy tysiąc, oczywiście z całego kraju – ten tzw. element łącznikowy pomiędzy koordynatorami z różnych poziomów opieki onkologicznej też się rzeczywiście już ustawił w sposób właściwy, czyli krótko mówiąc, pacjent jest dzisiaj prowadzony po tej ścieżce, jeszcze dosyć skomplikowanej ścieżce onkologicznej.

Brakuje nam oczywiście tej karty e-DILO i naturalną rzeczą prace trwają, które – mam nadzieję – rzeczywiście już wprowadzą ten, można powiedzieć, element obligatoryjny, gdzie będziemy mogli bardziej dokładnie mierzyć jakość. Dla nas nie tylko jest kwestia prowadzenia pacjenta, ale również sprawdzenie jakościowych elementów tego procesu. W związku z tym liczę się z tym, że to jeszcze troszeczkę potrwa, ale mogę zapewnić państwa, szczególnie jeżeli chodzi o region mazowiecki – ale mamy kontakty również z innymi WOM – że te procesy naprawdę się udoskonalają i mam nadzieję, że one będą coraz bardziej optymalne.

I chcę podkreślić też z pełną mocą – to mówię w tej chwili jako konsultant krajowy – że nie ma odsyłania pacjentów przed – że tak powiem – terminem ukończenia roku. Jesteśmy na bieżąco i monitorujemy to jako nadzór specjalistyczny, pacjenci z zakresu ginekologii onkologicznej, ale również z innymi nowotworami są, można powiedzieć, na bieżąco, te procedury są realizowane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja wiem, że dużo emocji budziły zwłaszcza konsylia lekarskie w ciągu tych ostatnich paru miesięcy, ponieważ przeniesienie tych konsyliów na SOLO III, SOLO II spowodowało problemy, czasami takie lokalne, ponieważ pacjenci zostali jakby zmuszeni, żeby dziesiątki – czasami więcej – kilometrów dojeżdżać na konsylium, a były ośrodki, które doskonale sobie z tym radziły i na te konsylia byli zapraszani oczywiście lekarze, którzy decydowali. Wiem, że dużo było też – mówiąc delikatnie – nieprawidłowości, jeżeli chodzi o funkcjonowanie tych konsyliów, czasami odbywały się tam trochę tak papierowo, ale były ośrodki, które sobie świetnie z tym radziły i pacjenci lokalnie byli zabezpieczeni tą informacją wynikającą z konsyliów. Czy w dalszym ciągu, jeżeli chodzi o poziom uczestnictwa, konsylia odbywają się tylko i wyłącznie na poziomie drugim i trzecim? Czy tak to się odbywa? Jeżeli tak, to bardzo proszę o odpowiedź.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Konsylia w tej chwili są realizowane na poziomie trójek. My mamy nadzór nad SOLO I i naturalną rzeczą wypracowane zostały również narzędzia cyfrowe, które pozwalają nam łączyć się z kolegami z ośrodków o niższym stopniu referencyjności, bo w ustawie jest tak, że SOLO III ma rzeczywiście nadzór nad SOLO I. SOLO II jest pewnego rodzaju efemerydą. Nie chcę powiedzieć, że to jest jakiś błąd, ale fakt faktem, że oni nie mają takiego obowiązku, natomiast korzystają z tej naszej – że tak powiem – formy konsultacyjnej i w związku z tym taka funkcja również jest realizowana. Natomiast większość ośrodków w tej chwili realizuje to przy pomocy narzędzi elektronicznych, natomiast są oczywiście też takie ośrodki, w których zaprasza się pacjenta. Czy to jest obciążenie? Pewnie tak. Nie ukrywam, że ten system w ramach cyfryzacji naszego

systemu ECS i tak dalej będzie poprawiony. Myślę, że będzie wspólne narzędzie, które będzie dawało – poprzez, że tak powiem, realizację tych właśnie usług cyfrowych – możliwość realizacji jeszcze bardziej komfortowej dla pacjenta.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Pani poseł Stachowicz. Bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Stachowicz (KO):

Dziękuję. Ja chciałam jeszcze dopytać o rolę koordynatora, bo koordynatorzy zgłaszają mi, że jest brak przepisów prawnych, na podstawie których oni mogą odbywać szkolenia – to znaczy, że pracodawca może ich zwalniać i finansować te szkolenia praktyczne. Czy rzeczywiście nie ma tych przepisów?

A jeszcze jedno mam pytanie, też już o to panią dyrektor pytałam – o kartę e-DILO i o numery identyfikacyjne. To znaczy – w tej chwili mamy PESEL w identyfikatorze, czyli w karcie e-DILO pacjenta. A jeżeli chodzi o to, że oni mają szkolenie, jest certyfikat – czy pracujecie państwo, jako ministerstwo nad tym, żeby właśnie ten numer certyfikatu był ujęty w tej karcie e-DILO? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Dziękuję bardzo. Jeśli chodzi o numer certyfikatu dla koordynatora, to jak najbardziej tak. Dlatego też planujemy uruchomić na większą skalę szkolenia koordynatorów i generalnie zbudować też pod to cały system, tak żeby koordynator nie tylko w samym procesie szkolenia miał dostęp do materiałów, ale także na bieżąco. Mam nadzieję, że uda się też wykorzystać nowoczesne metody szkolenia, tak żeby faktycznie osoba, która ma prowadzić pacjenta w systemie, mogła pewne rzeczy sobie przećwiczyć, była jak najlepiej przygotowana, szczególnie do tych rozmów z pacjentem czy z rodziną w zakresie psychologii, bo myślę, że to jest niezbędny element wsparcia, którego każdy pacjent, który trafia do ośrodka onkologicznego, również potrzebuje. No i jak wszyscy wiemy, jednak ten element psychologii wpływa również na cały proces leczenia, stąd nacisk, który będziemy kładli w procesie szkoleń dla koordynatorów.

W ramach skierowania na szkolenia danej osoby ośrodki są obowiązane do tego, żeby w danym ośrodku był koordynator, więc de facto dyrektor placówki jest zobowiązany do tego, żeby takiego koordynatora wyznaczył i dał mu możliwość szkolenia. Nie ma tutaj na pewno możliwości, bo to wynika bardziej z prawa pracy i jako MZ nie mamy wpływu na to, żeby na przykład koordynator dostał jakiś dzień wolny, bo to odrębne przepisy. Natomiast myślę, że plany, jakie mamy związane ze szkoleniami koordynatorów i ich liczbą, którą chcemy przeszkolić w przyszłym roku, i tak naprawdę też wymaganiem, które wynika z ustawy dla dyrektora placówki, pozwoli na to, żeby ta liczba koordynatorów została przeszkolona, żeby te osoby mogły faktycznie mieć zarówno wiedzę, jak i certyfikat, który pozwoli im na prowadzenie pacjenta w systemie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Lubczyk.

Poseł Radosław Lubczyk (PSL-TD):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Pani dyrektor, widzimy teraz, jaka jest sytuacja w ochronie zdrowia i powiedziała pani, że wszystkie zabiegi, że onkologia jest nielimitowana. Moje pytanie jest takie – czy ministerstwo widzi problemy finansowe właśnie w tej dziedzinie onkologicznej? Czy możemy być tutaj spokojni, że wszystko będzie dobrze? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Bardzo szerokie pytanie – myślę, że to, co mogę powiedzieć z naszej strony, to, że monitorujemy na bieżąco rozliczanie świadczeń onkologicznych, nie widzimy tutaj zaległości, również jesteśmy w stałym kontakcie z NFZ, tak żeby ten przepływ rozliczeń był na bieżąco. Mamy w tej chwili rozliczony trzeci kwartał, również za nadwykonania. Tutaj poproszę – jeżeli NFZ chciałby coś dodać, to proszę o uzupełnienie. Z informacji, które pozyskaliśmy, wynika, że nie ma żadnych

zaległości w rozliczeniach. Na rozliczenie czwartego kwartału są zapewnione środki, więc nie widzimy tutaj zagrożenia, jeśli chodzi o możliwość rozliczania świadczeń, co automatycznie przekłada się na zapewnienie dostępności i brak ograniczeń dla pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor Murawski chyba chciałby potwierdzić tą informację.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Radosław Murawski:

Tak, oczywiście, na bieżąco realizujemy zobowiązania NFZ, jak również w ramach bilansowania dokonujemy odpowiednich zmian, które pozwalają nam wykorzystać pełne środki jakie są przeznaczone na świadczenia. Zatem działamy tutaj na bieżąco, jesteśmy również na bieżąco z ministerstwem, informujemy o sytuacji.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Parę lat temu zostały uwolnione procedury diagnostyki obrazowej, tutaj też parę razy o tym mówiliśmy, ale to jest temat trochę kontrowersyjny. Ja sam jestem lekarzem i wiem, że czasami są nadużywane skierowania na tomografię komputerową i na rezonans magnetyczny, że stało się to takim narzędziem dla różnego rodzaju diagnostyki szybkiej, czasami mało przydatnej albo potrzebnej. Wiemy też, że dziesiątki, jeżeli nie tysiące badań tomografii czy rezonansu, nie są nawet odbierane przez pacjentów, zalegają w pracowniach. Także myślę, że to jest taki dosyć ważny punkt, gdzie trzeba zweryfikować dostępność właśnie do tych badań. I to, co słyszę od kolegów lekarzy czy dyrektorów szpitali – że czasami nagminnie wykonywane są badania, które nie zawsze są potrzebne, a w onkologii z kolei, w tej szybkiej diagnostyce, mamy też oczekiwania kilkutygodniowe na tego rodzaju badania.

Czy ktoś z państwa mógłby jeszcze dodać coś? Pan profesor Bidziński, bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Przepraszam, że ciągle staram się o możliwość wypowiedzi, ale odnośnie do diagnostyki tej właśnie obrazowej – my mamy dzisiaj ścieżki dla poszczególnych nowotworów, które rzeczywiście w jakiś sposób określają precyzyjnie, jak powinna wyglądać diagnostyka obrazowa zarówno w trakcie diagnostyki, w trakcie leczenia, jak również w trakcie nadzoru po leczeniu. Niestety – i to, co powiedział pan przewodniczący – często jest to nadużywane w różnych aspektach. Niekiedy jest to nadużywanie na zasadzie wymuszenia przez pacjentów, z drugiej strony są również te tak zwane elementy nadgorliwości, co – nie ukrywam – w przypadku diagnostyki, szczególnie tomografii komputerowej, może być niebezpieczne. Naturalną jest rzeczą, że problemem dzisiaj kluczowym jest już nie tylko wykonanie badania, ale głównie opis i tu rzeczywiście ten tak zwany element limitowania czy też wskazywania, kiedy te badania powinny być realizowane, w jakich okolicznościach, jest niezbędny, bo jest to nadużywane. To powoduje, że masowa ilość badań jest rzeczywiście niemożliwa do oceny w krótkim okresie przez – można powiedzieć – określoną populację radiologów. Oni niestety, ale też są w określonej liczbie. W związku z tym ten potok badań powoduje to, że rzeczywiście te terminy się wydłużają, a wiemy doskonale, że badanie w onkologii, które jest opisane po 2 czy 3 miesiącach, to już jest absolutnie nieaktualny stan. W związku z tym naturalną jest rzeczą, że jestem przekonany, że tu pewne rozwiązania systemowe są istotne do tego, żeby rzeczywiście poprawić ten model, który w tej chwili troszeczkę jest rzeczywiście chaotyczny.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nie, to stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia. Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję bardzo za państwa udział.