

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ONKOLOGII
(NR 6)
z dnia 25 lipca 2024 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 6)

25 lipca 2024 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 września do 31 grudnia 2024 r.;
- rozpatrzenie informacji na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dziegielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Marzanna Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Barbara Prejs** oraz **Małgorzata Prystupa** główne specjalistki Wydziału Lecznictwa Szpitalnego w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Mariusz Bidziński** konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, **Edyta Borkowska** konsultantka krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, **Andrzej Marszałek** konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, **Paweł Koczkodaj** profesor w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii, **Buda Renata** dyrektor zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej wraz ze współpracownikami, **Justyna Chałubińska-Fendler** sekretarz Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, **Jach Robert** prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy wraz ze współpracownikiem, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Monika Pintał-Slimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Grzegorz Rychwalski** wiceprezes zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowych Producentów Leków, **Piotr Fonrobert** członek zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, **Alicja Fudali** koordynatorka do spraw relacji zewnętrznych Fundacji Onkologicznej ALIVIA, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej oraz **Lidia Zielińska** reprezentantka Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięsaki i Czerniaki Sarcoma.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** i **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, państwa parlamentarzystów, panie posłanki, panów posłów i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 września do 31 grudnia oraz rozpatrzenie informacji na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych, które przedstawi przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia.

Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu porządku dziennego. Chciałbym przedstawić państwu parlamentarzystom propozycje do planu pracy podkomisji. We wrześniu planowane jest rozpatrzenie informacji na temat systemu opieki nad pacjentami z chorobami uroonkologicznymi. W październiku rozpatrzenie informacji na temat stanu prac nad nowelizacją ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. W listopadzie rozpatrzenie informacji

na temat organizacji systemu opieki nad pacjentami z nowotworami krwi. W grudniu rozpatrzenie informacji na temat monitorowania jakości w systemie opieki onkologicznej.

Otwieram dyskusję. Czy są uwagi do przedstawionego projektu planu podkomisji? Nie widzę innych propozycji. W takim razie nie ma sprzeciwu wobec przyjęcia zaproponowanego planu pracy.

Stwierdzam, że podkomisja przyjęła plan pracy.

Możemy przejść do punktu drugiego naszego porządku dziennego, czyli informacji Ministerstwa Zdrowia, którą przedstawi pan dyrektor Dziegielewski, który ma pełnomocnictwo od pana ministra. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, zgodnie z obyczajem, jaki jest u pana przewodniczącego Hoka, przedstawię się. Nazywam się Michał Dziegielewski, jestem dyrektorem Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia. Postaram się w miarę szybko omówić istotne punkty, jednak na samym początku skupię się na jednym z nich. Będzie to profilaktyka i chodzi mi dokładnie o badanie w kierunku raka szyjki macicy.

Od lat spotykamy się i opowiadamy o niskim poziomie badań oraz niskim objęciu populacji. Mamy nadzieję, że zmiany, które w tej chwili zachodzą, pomogą nam zwiększyć ten odsetek. Szykujemy się do rewolucji w tym programie i do wprowadzenia badania HPV DNA, czyli jakby badania przed badaniem cytologicznym. Pacjentki dostają za pomocą czulszego badania wyniki, możliwość uspokojenia się na parę lat bądź są kierowane do programu badań pogłębionych. Badanie to będzie także prostsze do wykonania. Mamy nadzieję, że do końca roku uda nam się to wdrożyć i w tym momencie nie zaczynamy od cytologii.

Przypomnę też, że całkiem niedawno rozszerzyliśmy populację, która podlega badaniom cytologicznym, czyli wprowadziliśmy badanie jako dostępne dla kobiet w wieku od 25. Wszyscy wiemy o stosunkowo niskim pokryciu populacji, ale zaznaczamy również, że trzykrotnie więcej badań wykonywanych jest w poradniach ginekologicznych i nie jest odnotowywanych jako badania profilaktyczne. To już podnosi populację i oczywiście umyka nam bardzo duża część populacji, gdyż właściwie połowa pacjentek korzysta z opieki ginekologicznej za własne pieniądze, czyli w prywatnych gabinetach.

Można przyjąć na podstawie danych europejskich, zresztą Europa pokazywała, że przeprowadzi się badanie bezpośrednio z zainteresowanymi, to mamy jeden z lepszych wyników. Około 65-70% populacji przyznaje się do tego, że miała wykonaną cytologię w ostatnim czasie. Oczywiście, odbywa się to albo w gabinecie ginekologicznym, czyli poza programem SIMP, albo w gabinetach prywatnych. Teoretycznie, wszystkie te świadczenia powinny być sprawozdawane przez platformę P1, gdyż taki obowiązek dotyczy także prywatnych gabinetów. Zastanawiamy się jednak, jak doprowadzić do sytuacji, w której będziemy mieli dostęp do wszystkich tych wyników. Na pewno będziemy musieli uczynić badanie w ramach programu profilaktycznego bardziej atrakcyjnym. To chyba najdłuższe rozwinięcie jednego z punktów, które chciałbym dzisiaj omawiać.

Jak to wygląda? Przez cały czas oglądamy jeszcze piętno roku 2020, czyli epidemii COVID-19. Bez względu na to, jakie dane statystyczne przeglądamy, to w 2020 r. wszystko zanurkowało na łeb, poza niektórymi parametrami, o których na szczęście już dzisiaj nie rozmawiamy. Zmniejszyło się pokrycie populacji, jeżeli chodzi o badania profilaktyczne oraz liczba pacjentów chorujących na poszczególne nowotwory – co oczywiście nie jest prawdą. To tylko pauza diagnostyczna i fakt, że pacjenci unikali poradni, które zresztą były bardzo często zamknięte. Jeśli popatrzymy na te wyniki, to nie doszliśmy jeszcze do liczby udzielonych świadczeń z 2019 roku w profilaktyce raka szyjki macicy. Wtedy też... Wyglądało jakby pan mnie wyciszył panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Wręcz przeciwnie, słuchamy z wielkim skupieniem. Proszę bardzo.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Coś się zdarzyło, bardzo przepraszam za to zawahanie. Proszę państwa, program profilaktyki raka piersi, o którym wspomnę tylko z grzeczności, bo oczywiście nie należy do nowotworów ginekologicznych. Mamy tu podobne rzeczy, czyli spadek populacji

objętej całym programem badań przesiewowych. Mamy też rozszerzenie wieku, w którym pacjentki mogą udać się na to badanie, więc wyniki będą nieporównywalne.

Przejdźmy do liczby badań w diagnostyce pogłębionej. Akurat, jeżeli chodzi o profilaktykę raka piersi, mamy wzrost, odbicie w roku 2023 w stosunku do wyników z 2019 r. Wyniki są lepsze, mamy ponad 1,1 mln przebadanych pacjentek, choć populacja wzrosła z 5 mln do 8 mln. Jest to efekt rozszerzenia wieku, ale przynajmniej mamy się czym pochwalić. Musimy też pamiętać, że w tej chwili wszystkie wchodzące mammografy są już cyfrowe. Ministerstwo wydało środki, aby wszystkie mammografy w Polsce były cyfrowe. W miejscach, gdzie były analogowe lub ucyfrowione urządzenia, teraz są już cyfrowe mammografy, które zapewniają nieporównywalnie lepszą jakość badań. Musimy obserwować i zastanowić się nad metodami pozyskiwania danych, aby wiedzieć, czy populacja nam rośnie, czy maleje. W roku 2023 odsetek mocno spadł, ale populacja zwiększyła się z 5 mln do 8 mln. Mamy więc do czynienia z badaniem innej populacji w ostatnich dwóch latach.

Jeżeli chodzi o karty DiLO, które były wystawiane w związku z rozpoznaniem nowotworu złośliwego narządów rodnych u kobiet, czyli nowotworów ginekologicznych, to w 2019 r. wystawiono 31 tys. takich kart. W 2020 r. nastąpił spadek do 11 600, to jest pokłosie COVID-u. Niemniej, w 2021 r. mieliśmy już 12 tys., w 2022 r. wyrównaliśmy liczbę z roku 2019, natomiast w roku 2023 mamy już prawie 14 tys. wystawionych kart. Nie świadczy to oczywiście o nowotworze, ale o pewnego rodzaju czujności, czujności w POZ, który wysyła pacjentki na dalszą diagnostykę. Jest to pewien prognostyk tego, że można w miarę wcześniej wychwycić schorzenie, kiedy to będzie jeszcze skutecznie robione.

Jeżeli chodzi o diagnostykę wstępną i odsetek diagnostyk wykonanych terminowo, mówimy tu o badaniach diagnostycznych. Jeżeli chodzi o pierwszą fazę diagnostyki, odsetek przeprowadzonych w terminie, czyli w ciągu czterech tygodni, wynosił stale powyżej 75%. Jest to całkiem niezły prognostyk, szczególnie jeśli uda nam się umieścić te działania w jednostkach specjalizujących się w onkologii. Będziemy to monitorować i publikować wyniki. Mam nadzieję, że te wyniki będą się jeszcze poprawiać. Jeżeli chodzi o pogłębioną, trudniejszą fazę diagnostyki, odsetek również utrzymywał się powyżej 70%. Jednak po roku 2020 zauważalny jest pewien spadek liczby wykonywanych badań, co może mieć związek z większym napływem pacjentek na tę diagnostykę.

Pierwszym miejscem kontaktu pacjentki ze służbą zdrowia w każdym przypadku jest POZ. W ramach POZ mamy świadczenia położnej, która może wykonywać badania przedmiotowe, prowadzić edukację pacjentki i wydawać informacje o własnych zaleceniach. Jednocześnie wydaje się, że najlepszym pomysłem na to, żeby zwiększyć wykrywalność raka szyjki macicy będzie bezpośrednie zobowiązanie położnych do objęcia swojej populacji takimi badaniami. Obecnie położne mają uprawnienia do wykonywania tych badań. Myślmy także o wprowadzeniu zachęt za objęcie badaniami jak największej liczby pacjentek, co zmobilizuje je do przeprowadzania badań. Położna może samodzielnie realizować to badanie i ściągać na nie pacjentów. Przypomnę też, że w ramach opieki koordynowanej POZ mamy funkcję koordynatora, który również może nadzorować wykorzystanie badań profilaktycznych w populacji POZ.

W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej mamy cały szereg badań diagnostycznych, takich jak mammografia z kontrastem, mammografia jednej lub obu piersi, USG piersi, rezonans magnetyczny, USG transrektalne, USG macicy nieciążarnej i przydatków. To wszystko są świadczenia gwarantowane w ramach AOS. Mammografia ta różni się od mammografii profilaktycznej – lekarz specjalista może skierować na to badanie, a koszty są pokrywane w ramach porady specjalistycznej. Nie jest to badanie, na które pacjentka idzie bez skierowania, jak w przypadku badań profilaktycznych, ale może stanowić uzupełnienie metod diagnostycznych.

Istnieje także cały szereg procedur zabiegowych, które mogą być wykonywane przez specjalistów. Jest to biopsja kanału szyjki macicy, elektrokoagulacja szyjki macicy, biopsja pochwy, sromu, przedmuchiwanie i przeplukiwanie jajowodu, rozszerzenie kanału szyjki i wyłuszczenie ściany jamy macicy, histeroskopia diagnostyczna, histeroskopowa ablacja endometrium. Kobiety w ciąży mają jeszcze większą gamę badań, łącznie ze świeżo dodaną możliwością skierowania na badania prenatalne niezależnie

od wskazań. Każda pacjentka, która jest w ciąży może w tej chwili wybrać także badania prenatalne, ale to jest tylko na marginesie całości.

Dodatkowo, jeżeli chodzi o nowotwory ginekologiczne, dysponujemy kontraktowanym przez NFZ programem opieki nad rodzinami o wysokim dziedzicznym ryzyku zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy. W ramach tych porad, kiedy z historii rodzinnej wynika zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe, wykonywane są badania genetyczne i możemy orzekać o ewentualnych dalszych krokach. W każdym razie mamy zidentyfikowaną pewną populację, którą trzeba starannie monitorować, ponieważ ryzyko jest w niej po prostu większe.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z nowotworami ginekologicznymi liczba świadczeń w 2019 roku wyniosła 266 tys. Praktycznie w roku 2021 już niemal wyrównaliśmy tę liczbę. W 2023 r. udzielono 290 tys. takich świadczeń, tak że dynamika samych zrealizowanych badań wygląda całkiem dobrze. Najczęściej występujące nowotwory spośród złośliwych nowotworów ginekologicznych to nowotwór złośliwy trzonu macicy, jajnika oraz szyjki macicy. Najrzadziej występują takie nieswoiste nowotwory jak nowotwór złośliwy łożyska oraz nowotwór nieokreślonej części macicy, który jest raczej wynikiem błędów diagnostycznych niż rzeczywistej lokalizacji.

Wartość świadczeń zrealizowanych w ramach AOS w związku z nowotworami ginekologicznymi wzrosła z 35 mln zł w 2019 r. do ponad 73 mln zł w 2023 r., co stanowi więcej niż dwukrotność realizowanej wcześniej kwoty. Oczywiście musimy pamiętać, że ma to związek także ze zmianami wycen i opłacalności świadczeń w tym okresie. Liczba świadczeniodawców utrzymuje się na poziomie około 2 tys., realizujących tego typu świadczenia i sprawozdających je.

Nie będę odczytywał wszystkiego, co mamy dostępne w katalogu szpitalnym w ramach oddziałów ginekologicznych. 1 sierpnia 2023 r. z większych rewolucji, weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia, które do świadczeń gwarantowanych zaliczyło „operację robotową” w przypadku raka macicy. Jest to drugie rozszerzenie tych wskazań. Przy pierwszym podejściu wprowadziliśmy roboty do leczenia raka prostaty, a w drugim podejściu raka macicy oraz raka jelita grubego. Obecnie mamy około 500 takich operacji od momentu wprowadzenia, a ich liczba wciąż rośnie. Niemniej jednak 90% tych świadczeń dotyczy nadal raka prostaty. Ten rodzaj leczenia ma zresztą najlepsze wyniki w badaniach dotyczących dodatkowych efektów.

Prowadzone są w tej chwili prace i plany do stworzenia kompleksowego modelu opieki onkologicznej w zakresie ginekologii onkologicznej obejmującego nowotwory złośliwe szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika. Model ten będzie precyzował założenia kompleksowej opieki, określając, co taki ośrodek powinien zapewnić w ramach swoich struktur oraz jakich wskaźników powinien przestrzegać. Nie będę się teraz nad tym rozwodził.

Jeśli chodzi o liczbę świadczeń i hospitalizacji związanych z leczeniem nowotworów, o których dzisiaj rozmawiamy, to w 2019 r. wynosiła ona 25 tys., w 2021 roku również 25 tys. Jak widać, jeśli chodzi o same metody lecznicze, nie było dużego spadku. W 2022 r. liczba ta wzrosła do 26 700, a w 2023 r. prawie do 30 tys. Mówimy więc o stałym wzroście liczby zachorowań, a także o stałym wzroście liczby hospitalizacji, które wzrosły prawie dwukrotnie – z 200 mln do 376 mln w 2023 r. Liczba świadczeniodawców to trochę ponad 400.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o wartość rozliczeń, mamy trzy główne metody leczenia nowotworów ginekologicznych: chemioterapię, radioterapię i pewien rodzaj modyfikacji chemioterapii, czyli programy lekowe, pomijając kwestie związane z chirurgią. Najdynamiczniej rosnącą częścią leczenia czy wartością leczenia są programy lekowe. W ostatnich latach wprowadzono wiele nowych cząsteczek do poszczególnych programów oraz indywidualne metody leczenia. Leki te są bardzo drogie, ale też niezwykle skuteczne. Jeżeli chodzi o programy lekowe, to mamy praktycznie potrojenie nakładów od 2019 r., bo od 20 mln doszliśmy do 37 mln w 2023 r. Chemioterapia i radioterapia utrzymują się na bardzo zbliżonym poziomie. Chemioterapia jest dalej głównym rodzajem nakładów na to leczenie.

Jeśli chodzi o liczbę udzielanych świadczeń związanych z profilaktycznym usunięciem narządu, co jest konsekwencją niektórych mutacji znacznie zwiększających ryzyko nowotworu, to Angelina Jolie była pionierką tego rodzaju leczenia, czyli profilaktycznego usuwania, żeby nie dopuścić do powstania nowotworu. W 2019 roku wykonano

119 takich świadczeń, a w 2023 r. już 459. Widać tu dynamiczny wzrost. Takie świadczenie jest gwarantowane. Otrzymaliśmy pismo, aby włączyć jeszcze kilka innych przypadków, w których będzie można stosować operacje profilaktyczne, gdyż pojawiły się nowe wskazania do takich zabiegów. Wartość tych świadczeń wzrosła z 400 tys. do prawie 3 mln.

Jakie działania podjęto w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej związanych z nowotworami ginekologicznymi? Zaczniemy od programu szczepień przeciwko HPV dziewcząt i chłopców. To program, który był już omawiany na Komisji Zdrowia, która skończyła się przed chwilą. Jest to jedno z większych przedsięwzięć. W krajach, w których wdrożono to dobrze i w dużym odsetku, właściwie udało się wyeliminować raka szyjki macicy, on nie istnieje już w obiegu publicznym. Mamy dużo do nadrobienia, bo jak wiemy musimy ścigać populację i czas. Rozszerzono granice wieku profilaktyki raka piersi z 50-69 lat na 45-74 lata. W przypadku raka szyjki macicy podniesiono granicę wieku z 59 na 64 lata. Na posiedzeniu Komisji Zdrowia podkreślono, że jednym z największych osiągnięć w ramach NSO jest wprowadzenie programów edukacyjnych oraz zapowiedź programu zdrowotnego w edukacji. Dopiero gdy uda się wytłumaczyć dzieciom, czym właściwie jest zdrowie i jak należy o nie dbać – poprzez ruch, właściwą dietę, badania profilaktyczne i szczepienia – będziemy mogli stwierdzić, że wszyscy są zainteresowani. Także w ramach NSO dokonano wymiany 160 mammografów analogowych na cyfrowe. To tyle w ramach tych 15 minut, które zapowiadał minister Kos.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie dyrektorze za takie szczegółowe informacje statystyczne. Rzeczywiście dużo się dzieje. W tej chwili chciałem podziękować za przedstawienie informacji.

Otwieram dyskusję. Na początek oczywiście pierwszeństwo mają państwo parlamentarzyści. Pani poseł Gembicka, bardzo proszę.

Poseł Anna Gembicka (PiS):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Panie dyrektorze, dziękuję za przedstawienie tych informacji. Pan dyrektor wspominał o bardzo ważnej kwestii dotyczącej szczepień przeciwko wirusowi HPV, o czym rozmawialiśmy faktycznie na Komisji Zdrowia. Cieszę się, że też ministerstwo podkreśla wagę tej profilaktyki. W związku z zapowiedziami nowego przedmiotu w szkołach, związanego z nauką o zdrowiu, chciałam zapytać, czy państwo już rozmawia o tym, w jaki sposób planujecie właśnie podkreślić kwestie związane szeroko z onkologią.

Chciałam też zapytać o kwestię związaną z dostępem do badań genetycznych. Chodzi o profilowanie genomowe. Jakiś czas temu czytałam, że lekarze podnosili problemy z refundacją. Wiemy, że stosowane terapie powinny być jak najlepiej dostosowane do pacjentów, więc chciałam zapytać, czy są jakieś plany w tym zakresie? Jeśli tak, to jak wygląda perspektywa czasowa i harmonogram? Jakie plany ma MZ w tym aspekcie? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani posłanka Stachowicz, bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Stachowicz (KO):

Panie przewodniczący, panie dyrektorze, szanowni państwo, nie ukrywam, że dzisiaj mam niebywałą osobistą satysfakcję. W 2016 roku, gdy zachorowałam na raka piersi, podjęłam działania na rzecz kobiet, aby profilaktyczna mastektomia była refundowana w Polsce i żeby kobiety miały prawo wyboru oraz mogły skorzystać z tego zabiegu. Dzisiaj pan dyrektor mówi o wynikach, to jednak kobiety decydują się, ponieważ dla nas, dla mnie też, dla kobiet, które miały genetycznego raka, to jest jedyna forma profilaktyki. Dlatego mam pytanie. Pani poseł również o to pytała, o kwestie genetyki. Czy planują państwo zwiększenie liczby badań genetycznych? Obecnie ośrodków jest niewiele. To jest moje pierwsze pytanie.

Kolejne pytanie będzie związane z cytologią. Dwa lata temu, będąc radną Sejmiku Województwa Śląskiego, podjęłam inicjatywę zakupu w województwie śląskim, które ma ponad 4 mln mieszkańców, pierwszego cytobusa. To był naprawdę strzał w dziesiątkę. W ciągu trzech miesięcy, zrobiliśmy ponad 1800 badań cytologii płynnej z oznaczeniem

HPV. Cytobus to mobilny pojazd, gdzie kobiety, zwłaszcza z dalekich gmin, miasteczek, mogą zrobić cytologię. Proszę mi wierzyć, ustawiają się kolejki, a kobiety bardzo chętnie wykonują cytologię. Dlatego mam pytanie: czy ministerstwo widzi możliwość zakupu większej liczby cytobusów, aby zwiększyć dostępność do badań cytologicznych?

Jeszcze jedno pytanie. Chodzi o USG piersi dla młodszych kobiet. Czy istnieje pomysł, aby wprowadzić regulacje pozwalające kobietom od 20. roku życia na wykonywanie badania USG piersi? Wiemy, że rocznie mamy ponad 20 tys. nowych zachorowań na raka piersi. Czy jest plan na wprowadzenie takiej regulacji? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Może pan dyrektor chciałby powiedzieć parę słów? Później poproszę państwa o głos.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Dobrze, jeżeli chodzi o przedmiot o nazwie „Edukacja”, który jest w tej chwili wprowadzany i co w nim będzie, ministerstwo edukacji stworzyło zespół ekspertów, składający się także z przedstawicieli resortu zdrowia, którzy układają szczegółowe zapisy tego programu po to, żeby mógł od września wejść w takiej formie, którą ustalą eksperci. Czyli to wprowadzie nie MZ pisze ten program, ale piszą to konsultanci krajowi z różnych dziedzin medycyny właśnie po to, żeby zawrzeć tam wszystko, co według nas będzie niezbędne, żeby to było dobrze ułożone. Nie wyobrażam sobie takiego programu bez badań profilaktycznych i bez odpowiedniej edukacji.

Jeżeli chodzi o badania genetyczne, już w tej chwili prowadzimy prace nad wdrażaniem bardziej zaawansowanych technologii, jednak wszyscy dopytują zazwyczaj o NGS, czyli pełne badania genetyczne z sekwencjonowaniem. Tak naprawdę czekaliśmy na dwie rzeczy. Najważniejszą rzeczą miały być ściśle wytyczne, które będą mówiły o tym, w jakiej sytuacji te badania robić. Oczywiście, jak wszystkie nowoczesne technologie, nic nie odbywa się darmo. Są to badania, które kosztują mniej więcej 7-8 tys. Nie chcieliśmy dopuścić do wolnej amerykanki, czyli po prostu wpisać je na listę badań gwarantowanych, ponieważ wtedy każdy mógłby je wykonywać niezależnie od tego, czy przyniosłoby to jakiś korzyść, czy nie. Mamy rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznej do wykonywania badań NGS w dwóch sytuacjach: raka płuca i raka jajnika – o raku jajnika w tej chwili rozmawiamy. Będziemy to włączać do koszyka świadczeń gwarantowanych dla tych dwóch nowotworów. Prace rozpoczną się niebawem, aby wprowadzić te badania nie tylko w szpitalach, ale także w ambulatoriach. Zgodnie z danymi, które posiadamy, w tych przypadkach już na samym początku choroby należałoby wykonać takie badania. Oczywiście w trakcie terapii, kiedy pojawiają się nowe informacje, w innych przypadkach nowotworów badania te można wykonywać w ramach leczenia szpitalnego, ale chcemy uczynić z nich standard wynikający z wytycznych. Chcemy, aby wytyczne mówiły, że u każdego pacjenta, u każdej pacjentki należy w tym i w tym momencie, przy takim i takim schorzeniu wykonać to badanie po to, żeby to nie było widzimisię doktora albo doktora Googla. Nie daj Boże, który podpowiada pacjentowi, że jest takie fajne badanie, co prawda nic mu to nie da, ale poniesiemy na to koszt w wysokości 8 tys. Wydaje mi się, że teraz uda się to jakoś zrealizować.

Jeżeli chodzi o cytobus i strzał w dziesiątkę, będę trochę przekorny. Znaczący jestem zdania, że nie powinniśmy organizować akcji, tylko powinniśmy zrobić pracę u podstaw. To co mówiłem, cytobus może pojechać do różnych miejscowości, ale zasadniczo wszędzie pracuje położna, która ma na swojej liście aktywne pacjentki, pomijając noworodki i niemowlęta. To położna powinna być zainteresowana dotarciem do wszystkich pacjentek, które są u niej zapisane, i wykonaniem badania cytologicznego. O ile cytobus trzeba gdzieś wysłać, o tyle położna już jest na miejscu. To położnej i POZ powinno zależeć na tym, żeby pacjentki były przebadane. Byłbym skłonny raczej iść w tę stronę. Oczywiście, cytobus też będziemy próbowali wykorzystać. Jednak jestem mniej chętny do rozwiązań polegających na jednorazowych akcjach. Jestem za tym, żeby planować rozwiązania stałe i długoterminowe, które wejdą w nawyk, takie, które będą dostępne na miejscu. Jeśli położna nauczy się pilnować swojej populacji, pacjentki będą zawsze zaopiekowane, niezależnie od tego, czy ktoś poprosi o cytobus, czy nie. Cytobus będzie bardzo dobrym uzupełnieniem,

bo pacjentki, które nie wybiorą się nigdzie, mogą na niego trafić przypadkiem i skorzystać z badania. Uważam jednak, że najważniejszym miejscem do przeprowadzania badań jest podstawowa opieka zdrowotna. Dzięki temu przyzwyczaimy lekarzy do dbania o swoją populację i nie będziemy musieli organizować badań w inny sposób.

Jeżeli chodzi o USG piersi dla młodych kobiet, to tak jak mówię, póki co rozszerzyliśmy listę wskazań, jeżeli chodzi o profilaktykę. Na USG może kierować specjalista. Długo zastanawialiśmy się nad włączeniem USG piersi do zakresu badań, które mogą być realizowane w POZ, ale szczerze mówiąc, trochę nas powstrzymała myśl, że każdy chciałby takie badanie wykonywać i rozliczać w ramach POZ na własnym aparacie. Natomiast z tego co wiem, to nie jest proste badanie i żeby znaleźć kogoś, kto naprawdę się na tym zna, to trzeba się trochę nachodzić, bo to są pojedyncze osoby. Boję się, że nie sprostaliśmy popytowi na te badania, co mogłoby skutkować fałszywym uspokojeniem pacjentek, spowodowanym niewystarczającym poziomem technicznym wykonanych badań. U młodych pacjentek USG jest jeszcze trudniejsze technicznie, dlatego również mammografia w tej grupie wiekowej jest trudna do oceny. W związku z tym myśleliśmy, jak to rozwiązać, ale nie jest to proste zadanie. Był taki pomysł, jednak na razie woleliśmy go nie realizować, aby nie pogorszyć sytuacji zamiast ją poprawić.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze.

Bardzo proszę panowie, tylko proszę się do mikrofonu przedstawić.

Kierownik Zakładu Diagnostyki Molekularnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii Artur Kowalik:

Artur Kowalik reprezentuję dzisiaj Świętokrzyskie Centrum Onkologii i Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. Chciałbym jeszcze powiedzieć o jednej rzeczy, uzupełnić wypowiedź dyrektora Dziegielewskiego. Pani poseł pewnie mówiła o poradnictwie genetycznym i badaniach profilaktycznych. Pan dyrektor Dziegielewski powiedział o dużych panelach, które się stosuje badając materiał tkankowy pooperacyjny, który z profilaktyką na razie nie ma nic wspólnego. Chodzi o to, że tutaj mamy HRD do leczenia. Jest ściśle określona grupa pacjentek, jeśli chodzi o raka jajnika, czyli mamy 3,5 tys. kobiet, około 25% z nich będzie miało mutację BRCA1 lub BRCA2, z czego dodatkowym 75% trzeba będzie wykonać badanie HRD.

Drugą kwestią jest rak płuca, który również dynamicznie się rozwija. Jak słusznie zauważył dyrektor Dziegielewski, potrzebne są badania predykcyjne do odpowiedzi na terapię, co również dotyczy ściśle określonej grupy pacjentów. Na pewno nie ma powodu rozszerzać tego ogromnego badania na inne grupy, tym bardziej że są różne głosy, chodzą różni ludzie, opowiadają o tak zwanej medycynie genomowej, czyli sekwencjonowanie egzomu i genomu. W chwili obecnej nie ma większego zastosowania dla leczenia, bo w Polsce leczenie opiera się na programach lekowych, które są ściśle zdeklarowane. Natomiast oczywiście, medycyna genomowa czy sekwencjonowanie genomu lub egzomu, jak najbardziej popieram.

Teraz mamy dwie sprawy do omówienia. Mamy sprawę już istniejących rzeczy. To co obie panie poseł zaznaczyły, dlaczego nie są wykonywane badania czy dostęp do badań genetycznych jest utrudniony. Są dwa aspekty tych spraw. Oprę się na raku jajnika, który jest obecnie modelowym przykładem nowotworu. Przed pandemią doszliśmy do zlecalności badań BRCA1, BRCA2, które subsydiowało państwo polskie, czyli płaci metodą NGS z materiału tkankowego do chyba 60%. To oznacza, że na 100 kobiet z diagnozą raka jajnika, 60 miało zlecone te badania przez lekarzy, a 40 nie. Powodów braku zleceń jest wiele. W większości przypadków, te 40% kobiet trafiało do miejsc, gdzie nie oferowano im takiej diagnostyki. Zatem sprawy związane z brakiem zlecalności, bo często się mówi, że nie wykonywano badań, co jest semantycznie złym określeniem, bo te badania po prostu nie były zlecane kobietom. Nie mogły być wykonane, bo nie były zlecone. To jest raz. Druga sprawa jest taka, że diagnostyka w przypadku raka jajnika wykonywana z tkanki przełożyła się na zwiększoną liczbę wykrywanych nosicielek mutacji dziedzicznej, ponieważ mutacja w tkance była weryfikowana na próbce pobranej z krwi.

Teraz, wracając do pytań pań poseł, jeśli chodzi o dostępność. Dostępność w tej chwili jest istotna, szczególnie w kontekście dostępu do genetyków klinicznych. Jeśli mówimy o badaniu ryzyka, czyli sytuacji, w której pacjentka zgłasza się na badanie, to obecnie wiele dziwnych podmiotów oferuje tzw. testy direct-to-consumer. Chciałbym podkreślić, że te testy, jeśli nie są poprzedzone konsultacją genetyczną, mogą być mylące i niewłaściwe. Dlatego każda kobieta powinna najpierw skonsultować się z genetykiem klinicznym, który oszacuje ryzyko i zaleci odpowiednie testy. Oczywiście, rozwiązaniem tego problemu, które sprawdza się w krajach anglosaskich, jest powołanie nowego zawodu – doradcy genetycznego w onkologii. Żeby udrożyć to, żeby kobieta, jeżeli to badanie ma zrobione, żeby ktoś z nią przedyskutował, powiedział, że ma takie, a nie inne ryzyko, musi się udać tu i tam, trzeba zbadać rodzinę w ten sposób.

Jeszcze jedna sprawa dotycząca edukacji. W moim odczuciu, sprawę mogłyby załatwić dwa pytania, które każdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien zadać swojemu pacjentowi w ciągu życia. Czy ktoś w pani rodzinie chorował na raka? Jeżeli jest odpowiedź twierdząca, to trzeba się zapytać w jakim wieku. Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, należy zapytać, w jakim wieku zachorował. Jeżeli to była druga, trzecia, czwarta dekada, to powinna się zapalić lampka, że pacjent powinien być skierowany do poradni onkologicznej, żeby oszacować. To są dwa proste pytania, które każdy z nas powinien mieć zadane przez lekarza. Oczywiście, jak to w medycynie bywa, są wyjątki. Przykładem jest tutaj rak jajnika. U nas była operowana kobieta, która miała 92 lata i miała dziedziczną mutację. Prawdopodobnie miała wyjątkowo silny układ immunologiczny, co potwierdza regułę, że wyjątki istnieją.

Oczywiście, jeśli chodzi o badania krwi, czyli to, o czym mówiły obie panie poseł, musimy podkreślić, że istnieje sieć poradni, która mogłaby być bardziej rozwinięta, aby większość kobiet miała dostęp do badań. W naszym Świętokrzyskim Centrum Onkologii każda kobieta, u której wykryto raka piersi, ma wykonywane badania BRCA1 i BRCA2 z urzędu. Można powiedzieć, że działamy kompleksowo.

Podobnie jest w przypadku raka endometrium, o którym mówił pan dyrektor Dziegielewski. Wykonujemy również badania NGS. Nadmienię, że bez fałszywej satysfakcji jesteśmy pierwszym w Polsce laboratorium, które od 2014 r. oferuje całe badanie BRCA1 i BRCA2 metodą NGS, mimo różnych wypowiedzi. Widzimy, że rzeczywiście to jest, jak gdyby pełnia obrazu, jaki się rysuje. Będziemy mieli coraz więcej takich przypadków, ale trzeba jasno powiedzieć, że środowisko wie. Nawet dzisiaj ukazały się zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące leczenia raka szyjki macicy, oparte na dowodach naukowych. Jest to świeża, można powiedzieć, bułka, która jest, jak gdyby gotowym rozwiązaniem. Jest to praca napisana właśnie z obecnym tutaj prof. Bidzińskim, prof. Marszałkiem, prof. Sznurkowskim, która opiera się na dowodach naukowych, czyli nie na widzimisię przekonaniach ekspertów, tylko na badaniach z całego świata. Dokument ten jest gotowy do wykorzystania przez ministerstwo. Już nie zabieram więcej czasu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii Andrzej Marszałek:

Dzień dobry, Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii. Zwróciłbym uwagę tylko na jedną rzecz. Mówimy o bardzo drogich badaniach, a zapominamy o takim elemencie, jakim jest badanie patomorfologiczne. Na szczęście z panem prof. Kowalikiem jesteśmy po tej samej stronie, mówiąc o tym, że te wysublimowane i kosztowne badania są wykonywane wyłącznie, znaczy mają znaczenie wtedy, kiedy są wykonane w odpowiednim materiale, w odpowiedniej chwili. Jeżeli wpisujemy te badania do wykonania dla wszystkich, to nic z tego i tak nie wyjdzie, bo tak naprawdę musimy mówić o tym, że badania NGS czy czegokolwiek innego są wykonywane po potwierdzeniu patomorfologicznym, że tam jest nowotwór i po wyselekcjonowaniu tkanki, która się nadaje do tego badania. Jak sam pan profesor wie, jeżeli materiał jest nieodpowiednio zdefiniowany, to jest to wyrzucenie pieniędzy w błoto.

Jeżeli mówimy o dostępności do terapii oraz badań, istnieje proste rozwiązanie. Należy zainwestować w etap diagnostyki morfologicznej, czyli pobieramy materiał, który jest odpowiednio opracowany, a potem z tego materiału wiemy, że mamy możliwość wykonania tych wysublimowanych badań, które wylapią nam po pierwsze osoby, które mają podłoże genetyczne i być może trzeba wykonać dodatkowy test z krwi. Po drugie, będziemy mogli ocenić czynniki predykcyjne, czyli te selekcjonujące do właściwej terapii z właściwie opracowanego materiału. To tak naprawdę jest doprowadzeniem do dwóch elementów. Żeby poprawić możliwość wykonywania tych badań w Polsce, zostały przygotowane wytyczne i standardy postępowania w patomorfologii, które miały na celu oznaczyć jednostki, które robią to dobrze. Program ten zakończył się w zeszłym roku i nie ma jego kontynuacji, a dostęp do certyfikacji został niejako zarzucony. Boję się, że jeżeli nie będziemy tego kontynuować, to wrócimy znowu trochę do króla Ćwieczka i jakość badań patomorfologicznych spadnie, przez co wyniki i użyteczność badań molekularnych będzie znacznie mniejsza, co zostało już wcześniej udowodnione.

Drugi element, na który chciałem zwrócić uwagę, to fakt, że program akredytacji doprowadził do tego, że wymuszono pewne ścieżki diagnostyczne. Jest pytanie, czy nie można tej ścieżki skrócić, na przykład w przypadku raka jajnika. Tu nie ma profilaktyki tak naprawdę. W raku jajnika, pan profesor Bidziński na pewno to potwierdzi, że nie ma profilaktyki, więc jeżeli jest zlecenie na ocenę materiału z jajnika i mamy rozpoznanie nowotworu, to tak naprawdę lekarz patolog już powinien od razu mieć możliwość skierowania na wysublimowane badania. Skróciłoby to ścieżkę postępowania i selekcji pacjenta o około sześć tygodni.

Drugi element, który został przyjęty w obecnym rozwiązaniu dla Lung Cancer Unit, przepraszam za przeskakowanie między tematami, to jednolite zasady postępowania. Jeśli mamy jednostkę diagnostyki patomorfologicznej, gdzie badanie tkankowe jest oceniane w sposób należyty, czyli wiemy, że zostało zrobione tak jak należy, to ten podmiot musi współpracować z podmiotem, który wykonuje badania technikami biologii molekularnej w najbliższej sobie bliskości. Przewożenie tego materiału czy przerzucenie tego elementu na pacjenta, który będzie jeździł od krańca do krańca Polski, doprowadzi do tej sytuacji, o której mówił pan prof. Kowalik, że będą wykonywane testy, z których właściwie nic nie wynika i została tylko zdrenowana kieszka pacjenta czy płatnika publicznego i nic z tego więcej nie wynika.

Podsumowując moją wypowiedź, zwracam uwagę na to, że należy zadbać o możliwość wykonywania tych badań również poprzez kontynuację procesu certyfikowania jednostek, które wykonują badania patomorfologiczne, czyli tkankowe w sposób należyty. Takie badanie wymusza na klinicyście właściwe postępowanie i przygotowanie materiału. Dodatkowo, wymusić współpracę podmiotów, które korzystają z materiału tkankowego do ścisłej współpracy, bo to też gwarantuje jak najwyższą użyteczność tego materiału. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

W tym momencie nasuwa mi się refleksja, panie profesorze, że chyba powinny trwać, albo trwają prace na temat unitów narządowych w kontekście chorób onkologicznych narządu rodno. Mamy w tej chwili prawda raka piersi, mamy jelito grube, za chwilę będzie płuco a...

Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii Andrzej Marszałek:

Nie, jest dużo. Panie przewodniczący, panie pośle, tak naprawdę jest dziewiętnaście grup narządowych, w których te rzeczy są w trakcie opracowywania. Pewnie pan dyrektor powie, że niedługo ujrzą światło dzienne w znakomitej większości. Wszędzie tam zwraca się uwagę na element kooperacji lekarzy na różnych poziomach, żeby to było należycie zrobione. Jest tam włożona patomorfologia jako element spełniający określone kryteria, które zostały przyjęte. Jednocześnie tam jest tak naprawdę wymuszenie współpracy pomiędzy poszczególnymi jednostkami, aby skrócić tę drogę. Pan dyrektor Dziegielewski pewnie powie o liczbach. Nie ośmielam się wchodzić w buty pana dyrektora, ale tu jeszcze pan prof. Kowalik chyba chciał coś dodać.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Pozwolicie państwo, że będę udzielał głosu, panie profesorze z całym szacunkiem.

Pan prof. Kowalik chciał się krótko do tego odnieść.

Kierownik zakładu w Świętokrzyskim Centrum Onkologii Artur Kowalik:

Tak, chciałem tylko, żebyśmy rozgraniczyli dwie sprawy. Mianowicie, to co mówiły panie poseł o profilaktyce i badaniach z krwi oraz o badaniach predykcyjnych, o których mówił dyrektor Dziegielewski. Są to dwie różne sprawy, czyli predykcja do leczenia z tkanki, badanie szerokogenomowe, jak to się błędnie trochę nazywa, czy szeroki panel. Natomiast mówimy o profilaktyce, czyli przychodzi pacjentka, pobiera się krew i wykonuje się badanie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, zgłaszał się pan.

Prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy Robert Jach:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, Robert Jach, profesor zwyczajny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ginekolog, onkolog i endokrynolog, reprezentuję Polskie Towarzystwo Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, którego jestem przewodniczącym.

Dziękuję za zaproszenie przedstawicieli naszego towarzystwa na dzisiejsze posiedzenie podkomisji. Po kilku ostatnich latach próby marginalizacji naszego towarzystwa jest to krok w dobrym kierunku w budowaniu optymalnego konsensusu na rzecz prewencji raka szyjki macicy, ale szerzej powiem – eliminacji chorób HPV zależnych. Nasze towarzystwo dzięki intelektualnemu wsparciu ekspertów, które tworzą wybitni eksperci interdyscyplinarni, jak prof. Jackowska prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, prof. Agnieszka Mastalerz-Migas prezes PTMR; prof. Katarzyna Winsz-Szczotka; prof. Radosław Mądry prezes Elekt PTGO oraz prof. Piotr Richter z Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Stanowimy intelektualne zaplecze do wykorzystania, realizując ambitne cele WHO eliminacji raka szyjki macicy. Tak jak już powiedział pan dyrektor, obserwujemy, co się dzieje w niektórych krajach. Nasz statutowy cel to edukacja i ciągle podnoszenie jakości prewencji raka szyjki macicy przez realizację projektu „Kolposkopia 2020”.

Proszę państwa, stając naprzeciwko nieakceptowalnym rekomendacjom z grudnia 2021 r. Polskiego Towarzystwa Ginekologii opowiedzieliśmy się jednoznacznie po stronie interesu zdrowotnego i bezpieczeństwa kobiet oraz pozostałych adresatów skринingu, ponosząc z tego poważne konsekwencje środowiskowe. Co jednak kluczowe, istotą polskich realiów skринingowych jest koegzystencja dwóch modeli: publicznego i prywatnego. Tak jak słyszeliśmy z proporcją około 50% na 50%, tutaj się zgadzamy. Z naszych badań, również to wynika. Polskie kobiety od lat dokonują autonomicznego wyboru opieki ginekologicznej finansując ją samodzielnie i najczęściej bezpośrednio z własnych środków. Mają więc niezbywalne prawo wyboru modelu oraz dostępu do najnowocześniejszych modeli skринingowych. Model publiczny w naszej opinii środowiskowej ma inną rolę optymalizacji działań z punktu widzenia interesu populacyjnego. Dokonywane obecnie, znaczy za poprzednich czasów, próby stworzenia wspólnego modelu dla ramion obu to pogwałcenie wolności wyboru i autonomii polskich kobiet. Kilku starszych panów ponownie wie lepiej, czego oczekują kobiety.

Proszę państwa, stoimy na stanowisku tworzenia oryginalnego, polskiego modelu hybrydowego z zachowaniem otwartego ramienia prywatnego i uszanowaniem wyboru pacjentek, co oznacza możliwość zastosowania różnych modeli skринingowych obu ramion. Oczywiście warunkiem skuteczności takiego modelu jest standaryzacja wszystkich etapów prewencji. Nasze towarzystwo bardzo konsekwentnie i unikatowo prowadzi kursy teoretyczne projektu „Kolposkopia 2020”, „Akademia cytologa HPV” wspólnie z Polskim Towarzystwem Diagnostów Laboratoryjnych czy „Akademia HPV PTKiP SM”. W realizacji, których nie korzystamy ze środków publicznych, finansując je jedynie z opłat uczestników i wsparcia partnerów edukacyjnych. Najwyższym dobrem dla nas jest zdrowie naszych pacjentek i pacjentów, dlatego jesteśmy do państwa dyspozycji. Przepraszam za długotrwałą wypowiedź, ale zostaliśmy po raz pierwszy zaproszeni, co uważam za krok w dobrym kierunku. Bardzo dziękuję.

Jeszcze ad vocem do pani poseł. Wczoraj chyba w wiadomościach usłyszałem, proszę mnie poprawić, że mammografia zdaje się będzie refundowana czy będzie wymagana w badaniach profilaktycznych. Życzyłbym sobie, aby było również wprowadzone badanie profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy, bo to podniesie uczestnictwo. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Pamiętam parę lat temu była propozycja, żeby badanie cytologiczne było obowiązkowym badaniem przed przyjęciem do pracy lub okresowym badaniem. To było około pięciu, może dziesięciu lat temu i to gdzieś utknęło w kosztach, kto miałby to finansować czy MZ, czy polityki społecznej i rodziny. Były różne przepychanki i tak to zostało.

Myślę, że połączenie publicznej i niepublicznej ochrony zdrowia budzi duże kontrowersje. Jestem zwolennikiem tego typu działań, ale to już zadanie nie dla mnie, a dla resortu zdrowia i decydentów.

Pan dyrektor chciał odpowiedzieć na wcześniejsze pytania, więc bardzo proszę. Oczywiście krótko, jak zawsze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziągiewski:

Jak zawsze krótko. Profesor Marszałek bardzo skromnie powiedział, że właściwie nie wie i że podobno są jakieś wytyczne. Tymczasem jest członkiem Krajowej Rady Onkologii i jest w gronie osób, które opiniują te wytyczne, a przede wszystkim wytyczne kluczowe, czyli te, którymi będziemy oceniać jakość leczenia w poszczególnych ośrodkach. Rzeczywiście mamy przekazaną dużą porcję wytycznych z Narodowego Instytutu Onkologii, w tym do wszystkich najczęstszych kluczowych nowotworów. Jest tam pewna kolejność, w której będziemy to wypuszczać. W tej chwili już pojawiają się pierwsze kluczowe wytyczne. Mamy ambicję, żeby wytyczne dotyczyły właściwie całości leczenia onkologicznego. Wytyczne, czyli opracowane zgodnie z najnowszą wiedzą standardy diagnostyki leczenia, na podstawie których można sprawdzać czy ośrodek rzeczywiście leczy pacjentki i im pomaga. Kluczowe wytyczne będą służyły do tego, żeby wskazywać kto właściwie powinien wypaść z onkologii, z Krajowej Sieci Onkologicznej, ponieważ nie zapewnia wystarczającego bezpieczeństwa pacjentkom. Większość kluczowych wytycznych już mamy, one sukcesywnie będą publikowane, po pierwsze, w formie Rozporządzenia Ministra Zdrowia, które będzie wskazywać na najważniejsze z nich, czyli te, z których będziemy rozliczać każdy ośrodek na podstawie obiektywnych danych. Ale będą także publikowane na stronie Narodowego Instytutu Onkologii po to, żeby każdy miał pewnego rodzaju wzorzec, żeby wiedzieć jak leczyć pacjentkę, jakie ścieżki wybierać, na którym etapie, jakie badania wykonywać i jakie metody lecznicze proponować w poszczególnych sytuacjach.

Jeżeli chodzi o wypowiedzi na temat cytologii i całej reszty, oczywiście jest ambicja, żeby tego było dużo. Myślę, że to będzie pewien rodzaj partnerstwa publiczno-prywatnego, jeżeli uda nam się zebrać do kupy, ile tych cytologii właściwie jest wykonywanych, bo ta wiedza nam ginie. Nie wiemy, ile pacjentek ma to robione w sektorze prywatnym. Cieszę się, że zgodził się pan, panie profesorze, z tym, że jest pół na pół, bo od jakiegoś czasu to obserwowaliśmy, nawet jak patrzyliśmy sobie na dane z prowadzenia ciąży, to większość porodów jest jednak wykonywana ze środków publicznych, ale prowadzenie ciąży nie. Połowę pacjentek widzieliśmy w poradniach ginekologicznych rozliczanych na NFZ, a drugiej połowy nie widzieliśmy. Nie oznacza to, że pacjentki nie prowadzą tej ciąży u lekarza. Oznacza to, że prowadzą prywatnie, a to są wzorce, które przekładają się także na inne dziedziny, więc szkoda tej informacji, której nie mamy. Szkoda także niemożności sprawdzenia, tak jak to pan profesor zauważył, pewnego standardu wykonywanych badań, bo co innego pobrać cytologię, a co innego mieć ten wynik i to wynik wiarygodny, który z tego będzie. Lepiej byłoby mieć to wszystko pod kontrolą. Trzeba po prostu stworzyć program na tyle atrakcyjnie, aby nawet prywatne gabinety chciały uczestniczyć w programie opłacanym z publicznych pieniędzy. Być może to jest jakaś metoda, ale chyba jeszcze nie teraz.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Nie na teraz, ale musimy się do tego zbliżyć.

Bardzo proszę, pan profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Dużo się mówi na temat nowotworów profilaktykozależnych. Akurat nowotwory szyjki macicy są rzeczywiście bardzo dobrym

przykładem tego, co można bardzo szybko wyeliminować pod warunkiem pewnych konsekwencji. Najlepszym rozwiązaniem oczywiście jest profilaktyka pierwotna. Na szczęście od pewnego czasu mamy już ten program, który został wprowadzony z opóźnieniem, ale został. Mamy oczywiście przyrzeczenie, że będziemy zmieniać standard postępowania w zakresie profilaktyki wtórnej, czyli przejdziemy na to tak zwane testowanie molekularne, a nie cytologię. Natomiast fakt faktem dalej mamy pewnego rodzaju problem, że papierkiem lakmusowym skuteczności profilaktyki jest umieralność, a nie zachorowalność. W Polsce oczywiście umieralność na raka szyjki macicy obniżyła się, ale nie do tego stopnia, żebyśmy mogli bić brawo. W związku z tym cieszę się, że temat profilaktyki jest obecnie priorytetowy, zarówno w tym gronie, jak i w gronie legislacyjnym, czyli w MZ, gdzie stał się sztandarowym projektem.

Chciałbym się też podzielić z państwem, bo mamy mówić o ginekologii onkologicznej w szerszym zakresie, a więc krótko mówiąc, jak wygląda dzisiaj w Polsce ginekologia onkologiczna. Niestety, mamy pewnego rodzaju problem dotyczący szerokiego panelu dystrybucji tych usług. Nie zawsze są to usługi na najwyższym poziomie. Dlaczego tak się dzieje? Dzisiaj płacimy za procedury, a nie za wynik całego postępowania, co oczywiście w moim przekonaniu powoduje pewnego rodzaju specyfikę, że każdy szuka tego tak zwanego elementu procedury, bo za tym idą konkretne pieniądze. Mam nadzieję, że Krajowa Sieć Onkologiczna, jaka ona nie będzie, czy będzie w lepszej czy w gorszej formie, uporządkuje nam ten rynek również w zakresie ginekologii onkologicznej, bo będzie stwarzała podstawy do tego, żebyśmy mierzyli nasze działania. Mierzyli nie tylko w zakresie akwizycji procedur, ale również jakości, która jest niezwykle istotna. Dzisiaj możemy powiedzieć, że w tych miernikach poszukujemy rzeczywistych rozwiązań pewnych rzeczy, jak również w rejestrach. Niestety, obecnie w rejestrach nie jesteśmy zbyt precyzyjni. Estymujemy pewne elementy, ale powinny one być dokładnie mierzone. Mam nadzieję, że te kwestie zostaną wkrótce poprawione.

Kwestia kilku elementów, które też w ramach ginekologii onkologicznej chcemy poruszyć. Myślę, że ministerstwo również podejmuje działania w tym kierunku, aby poradnie ginekologii onkologicznej były miejscami, do których zgłaszają się osoby faktycznie potrzebujące specjalistycznej porady, a nie wszyscy pacjenci. Dzisiaj poradnia ginekologii onkologicznej często zamienia się w normalną poradnię ginekologiczną, więc przychodzą osoby, które blokują sloty dla tych, którzy rzeczywiście wymagają działań i to działań niezwłocznych. W moim przekonaniu, o tym będę rozmawiać z panem dyrektorem Dziegielewskim, mam nadzieję, że uda nam się wypracować taką formułę, jaka jest w przypadku chirurgii onkologicznej, gdzie pacjenci zgłaszają się do chirurga onkologa tylko ze skierowaniem.

Kolejną kwestią są procedury, które obecnie są najbardziej poszukiwane, a mianowicie leczenie chirurgiczne raka jajnika. Mamy dzisiaj sytuację tego typu, że chirurgia raka jajnika to jest chirurgia wielonarządowa. Można powiedzieć, że ta współczesna chirurgia to nie jest tylko usunięcie narządu rodno, ale to jest chirurgia zarówno w zakresie jamy brzusznej, a niekiedy klatki piersiowej. Zabiegi te są długotrwałe i niezwykle ryzykowne, dlatego powinny być przeprowadzane wyłącznie w ośrodkach mających odpowiednie doświadczenie. Mam nadzieję, że mierniki jakości pomogą nam wytypować te ośrodki, które będą realizowały te zabiegi profesjonalnie.

Następną rzeczą jest to, że rzeczywiście, jeżeli robimy operację raka jajnika w cytotredukcji wielonarządowej, to nie jest to tylko kwestia tego, że wycinamy jeden narząd i za ten jeden narząd możemy dostać pieniądze. Powinniśmy mieć tak zwany mnożnik, podobnie jak w medycynie wypadkowej, gdzie każdy poszczególny element jest dodatkowo sumowany. Mam nadzieję, że ten element również poprawi jakość działań, bo dzisiaj usunięcie radykalne wszystkich zmian, które są na terenie jamy brzusznej, tak samo wycenia się jak usunięcie tylko i wyłącznie macicy z jajnikami. Z finansowego punktu widzenia może to być traktowane podobnie, ale z perspektywy szans pacjentek na długie życie i lepsze leczenie jest to nieporównywalne. Dzisiaj żadna, nawet najlepsza chemioterapia czy immunoterapia, nie zastąpi złej chirurgii. W przypadku raka jajnika warto podkreślać, że skuteczna chirurgia przekłada się na lata życia i farmakoeconomiczny zysk. Ci chorzy, a mam takich chorych, żyją po 10-15 lat i wracają do pracy. Niestety, obecny

system wyceny często powoduje, że całość nie funkcjonuje właściwie. Mam nadzieję, że to też poprzez wprowadzenie KSO będzie działało i że to się w jakiś sposób poprawi.

Następna rzecz, o czym rozmawialiśmy tutaj już niejednokrotnie, to kwestia profilaktycznej mastektomii. Dzisiaj robimy profilaktyczną mastektomię, ale nie możemy do tego dołączyć na przykład profilaktycznej adnektomii. To są elementy, które powinny być zadedykowane dla wybranych pacjentów, ale z mutacjami, które to sobie życzą, żeby to zrobić w ramach jednej procedury, a nie kilku procedur. Naturalną jest rzeczą, że to zwiększy przede wszystkim opłacalność ekonomiczną całego systemu i to też wydaje się, że jest elementem, który powinien być w najbliższym czasie przedyskutowany. Rozszerzenie katalogu zabiegów nie tylko o mastektomię, ale również o adnektomię, pozwoliłoby na wykonywanie tych działań równolegle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Panie profesorze Bidziński, proszę się przedstawić do protokołu.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Mariusz Bidziński, konsultant krajowy z ginekologii onkologicznej. Przepraszam bardzo, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. To jest potrzebne do protokołu, nie dla mnie.

Chciałem uspokoić też pana profesora. Mówiłem o naszym planie zajęć. Właśnie już w październiku będziemy mówili o nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Myślę, że tam będziemy mieli pierwsze informacje od ministerstwa, jakie są kryteria i rzeczywiście, żeby ograniczyć możliwość funkcjonowania takich oddziałów czy szpitali, które nie powinny się tam znaleźć. Mam też nadzieję, że nie będzie przeszkadzało, żeby tworzyć jednak te unity narządowe.

Wiem, że strona pacjentów bardzo by tego chciała, ale chwileczkę. Chciałbym jeszcze prosić państwa o wystąpienie. Ale bardzo proszę trochę krótsze, bo mamy salę tylko do godz. 18:00, więc nie mamy dużo czasu. Bardzo proszę.

Pełnomocnik prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej Artur Prusaczyk:

Lekarz Artur Prusaczyk ginekolog, onkolog, przedstawiciel PTGO. Chciałbym przedstawić kilka punktów z prośbą o wyjaśnienie. Pierwsza sprawa dotycząca zagadnień systemowych, czyli wyznaczanie celów systemowych dla menedżerów systemowych. Dzisiaj Narodowa Strategia Onkologii czy działanie Krajowej Sieci Onkologicznej odnosi się do pewnych faktów, ale nie ma żadnych wyznaczonych celów i w szczególności te cele nie są wyznaczone ani w zakresie leczenia, ani w zakresie profilaktyki dla obszaru zarządzania Narodowego Funduszu Zdrowia i oczywiście odpowiedzialności za te wyniki.

Druga sprawa to kwestia feedbacku, który powinien trafiać w sposób bardzo automatyczny. Jest taka inicjatywa „Pacjent 360” prowadzona przez Centrum e-Zdrowia, natomiast to jest jeszcze testowane narzędzie i jest jeszcze za mało sprawne. Natomiast, rozumiem że to jest prawidłowa droga. Trzecia sprawa to kwestie umów pomiędzy ośrodkami Krajowej Sieci Onkologicznej a ośrodkami peryferyjnymi. Bez nich i bez wyznaczenia pewnego typu podstawowych, oczekiwanych zasad jakości i ścieżek, pacjent nie może sam się zgłaszać, bo to nie o to chodzi.

Kolejna sprawa to zmiana ustawy o samorządach i o zdrowiu publicznym. Bez konkretnych zmian dotyczących zagadnień RODO oraz zagadnień współpracy nie poprawi się profilaktyka. Tam gdzie działam, próbujemy tak robić i jesteśmy w tym osamotnieni. Wójtowie, którzy współpracują generalnie łamią prawo, ponieważ ustawa jest sprzed ponad 30 lat i nie jest absolutnie adekwatna do dzisiejszych wymagań i potrzeb pacjentów. Kolejna sprawa to współpraca pomiędzy POZ i Krajową Siecią Onkologiczną. Tutaj kluczową rolę odgrywa bilans zdrowia. Wiem, że prace nad nim trwają, ale wszystko się przeciąga. W bilansie zdrowia powinny znaleźć się pytania, o których mówili prof. Marszałek i prof. Kowalik. Kolejna sprawa to kwestia połączenia ścieżek profilaktycznych z kartą DiLO. Dzisiaj tego nie ma i to jest duży błąd, a także pomiar patient experience, czyli pewne konkretne zwymiarowanie czasu podróży pacjenta w systemie.

Kolejna sprawa to jest nadzór nad grupami wysokiego ryzyka, o czym mówiła pani poseł. Tu nie tylko chodzi o nosicielki mutacji, ale również o pacjentki z chorobami metabolicznymi, na przykład z cukrzycą czy z chorobami autoimmunologicznymi, czy nosicielki, czy osoby z przewlekłą infekcją wirusa HPV. To nie jest odpowiednio ułożone w poradniku ginekologicznym. Oczywiście można to rozwiązać wewnętrznie, ale powinno być to rozwiązanie systemowe.

Kolejna sprawa to opracowanie protokołów histopatologicznych w zakresie profilaktyki. To nie było zrealizowane w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Następna kwestia to narzędzia. Pierwsze to cytomammobus. Korzystaliśmy z zaproszenia pań posełek na terenie Sejmu, prezentowaliśmy materiały dostępne w Polsce. Jest to narzędzie jeszcze skuteczniejsze, pozwalające realizować dwa badania jednocześnie oraz zbierać ankiety. Polecam to serdecznie. Myślę, że ze środków unijnych dla urzędów marszałkowskich można byłoby przygotować odpowiedni grant.

Kolejna sprawa to doprecyzowanie w rozporządzeniu dotyczącym profilaktyki raka szyjki macicy możliwości pobierania wymazów przez położne, które mają specjalizacje lub magisterium, a nie tylko te, które ukończyły kursy, które w tej chwili są nieogłaszane przez COK. Powinna być również możliwość zdawania ewentualnie takiego egzaminu bez takiego kursu, którego nie ma. Ostatnia sprawa to zapłata za wynik, a nie zapłata za potencjał. Nie chodzi o to, czy kraj jest duży, czy mały, tylko czy jego drużyna strzeliła dużo bramek. Jeżeli tego nie zmienimy, to znów będziemy rozmawiać o potencjale. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję za krótkie wystąpienia, bo już niektóre osoby wychodzą.

Bardzo proszę również o krótkie, zwięzłe wystąpienie, bo mamy mało czasu.

Prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy Maciej Mazurec:

Postaram się jak najkrócej, panie przewodniczący. Dziękuję za udzielenie głosu. Szanowne panie posłanki, szanowni panowie posłowie, szanowny panie dyrektorze, Maciej Mazurec, ginekolog, położnik, kolposkopista, praktyk, entuzjasta skriningu na podłożu płynnym. Chciałbym zwrócić się z kilkoma apelami do pana dyrektora i do państwa.

Pierwszy apel to uznanie tego, co nie jest złą informacją: opierając się na danych ankietowych, ponad 62% kobiet, które ukończyły 15 rok życia, zgłasza uczestniczenie w skriningu raka szyjki macicy w ostatnich trzech latach, dotyczy to lat 2017-2019, czyli przed pandemicznych. Cel WHO to osiągnięcie 70% populacji skriningiem, czyli nie jesteśmy tak daleko od tego celu, brakuje nam około 8%. Jaki jest sposób na to, żeby to uwidocznić? Wspólny rejestr, o którym wspominał pan dyrektor, o którym wspominał pan prezes PTKiP SM, prof. Robert Jach. Nie wspólny model, proszę państwa, tylko wspólny rejestr. Pozostawmy oportunistyczny skrining finansowany ze środków prywatnych, w którym polskie kobiety odciążają polski system opieki zdrowotnej. Pozostawmy w ramach tego systemu wybór pacjentkom. Nie skazujemy ich koniecznie na skrining HPV zależny, mimo że wszyscy wiemy, że on jest skuteczniejszy, ale jeśli dla części kobiet dodatni wynik testu HPV jest stygmatyzującym, uszanujmy to i niech uczestniczą w skriningu cytologicznym. Lepszy jest jakikolwiek skrining niż brak skriningu. To mój pierwszy apel.

Drugi apel, proszę państwa, do nas wszystkich, żebyśmy przestali mówić o tym, że badaniem skriningowym jest cytologia. Badaniem skriningowym rekomendowanym globalnie przez WHO w rekomendacjach 2021/ASCO w rekomendacjach 2017, 2022 jest pierwotny test HPV HR, czyli test w kierunku czternastu wysokoonkogennych typów HPV. Jeśli szanowne panie posłanki, szanowni panowie posłowie, szanowny pan dyrektor, będziemy wszyscy powtarzali, że test HPV HR to jest test skriningowy w kierunku raka szyjki macicy, być może przebijemy się do świadomości wszystkich pacjentek i przestaniemy myśleć, że cytologia jest współczesnym globalnie zalecanym testem skriningowym, ponieważ tak nie jest. To jest kluczowe, proszę państwa, dlatego że wszyscy traktują cytologię jako panaceum na raka szyjki macicy, a tym panaceum przestała być. Niemniej jednak uszanujmy te kobiety, które chcą pozostać w tym skriningu.

Ostatnia rzecz, którą chciałbym poruszyć to kwestia, która również została poruszona przez pana dyrektora, że ciężar skriningu ma zostać przeniesiony na położne

środowiskowe. Oczywiście, położne środowiskowe powinny uczestniczyć w skryningu wszędzie tam i w tych wszystkich sytuacjach, w których dotarcie do ginekologa nie jest możliwe. Natomiast przeciętna polska kobieta rozumie dzisiaj profilaktykę ginekologiczną w następujący sposób: raz do roku zgłaszam się do swojego ginekologa, mam pobraną cytologię, nie samą cytologię, mam pełne badanie ginekologiczne, mam badanie palpacyjne piersi oraz zalecenia dotyczące czy USG piersi, czy mammografii. To wszystko jest szerokim spektrum profilaktyki nowotworów onkologicznych.

Pełna zgoda, nie ma profilaktyki raka jajnika ani profilaktyki przesiewowej raka endometrium, w tym oczywiście badanie ultrasonograficzne. Wszyscy to rozumiemy, natomiast są to jedyne sposoby na to, żeby u części pacjentek wcześniej te nowotwory wykrywać. Przeniesienie opieki ginekologicznej na położne środowiskowe może skutkować obniżeniem jakości profilaktyki onkologicznej nowotworów ginekologicznych. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

W imieniu tamtej strony stowarzyszeń i ruchów pacjenckich, poproszę o jeden wspólny głos.

Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej Anna Kupiecka:

Dziękuję za możliwość zabrania głosu, ale trudno będzie osiągnąć jeden wspólny głos, zwłaszcza kobiecy, w tematach ginekologicznych wśród wielu męskich wypowiedzi, które się tutaj pojawiły, tak że zachowajmy parytety. Będę bardzo wdzięczna.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Będę próbował, ale nie wiem czy mi się uda.

Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej Anna Kupiecka:

Myślę, że głos, który zabiorę będzie głosem wielu kobiet, nie tylko tych siedzących tutaj, ale też tysięcy polskich kobiet, bo wiele z nich się ze mną również zgadza. Ale żeby było króciutko.

Anna Kupiecka Fundacja OnkoCafe Razem Lepiej oraz Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Narodowa Strategia Onkologiczna zakładała, że test HPV DNA będzie wprowadzony w 2022 r. Z oczywistych opóźnień przesunięto decyzją Rady Ministrów na 2024 r. Wszyscy jednak wiemy, że wszystkie kamienie milowe zostały spełnione do tego, żeby te testy wprowadzić. NIO przeprowadziło pilotaż tego testu HPV DNA, a wyniki przekazano do AOTMiT. W styczniu 2024 r. wyniki zostały pozytywnie ocenione przez AOTMiT. Rada Przejrzystości uznała za zasadne zakwalifikowanie tego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Już wiele razy podkreślano rolę i znaczenie takich testów oraz biopsji płynnej. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z ich ważności i zalecenia WHO, dlatego warto rozważyć zastąpienie tradycyjnej cytologii.

Prosiłabym o doprecyzowanie, bo chyba nie do końca zrozumiałam i prosiłabym o kilka słów dyrektora Dziegielewskiego, co miał na myśli mówiąc: „Mam nadzieję, że wyrobimy się do końca roku”. Chciałam tylko zapytać, z czym się wyrobimy? Czy chodzi o aspekty legislacyjne, organizacyjne, czy może praktyczne? Na przykład czy test rzeczywiście będzie dostępny w praktyce do końca roku zgodnie z założeniami? To jeden temat, który mnie interesuje.

Drugi temat dotyczy pacjentek i etapu leczenia. Ministerstwo od wielu lat dba o to, żeby dość sprawnie i szybko uzupełniać programy lekowe o najnowocześniejsze terapie w raku piersi. Tak samo w nowotworach ginekologicznych pojawiło się wiele nowych rozwiązań, w tym w raku trzonu macicy, który jest większym ilościowo od raka szyjki macicy nowotworem, bo ponad 3 tys. osób, a dokładniej około 3600. Te terapie też zostały uzupełnione. Teraz priorytetem jest przesuwanie do pierwszej linii i to się dzieje. Chcemy coraz lepiej te pacjentki leczyć.

Jednakże istnieje problem, który powoduje, że od momentu uznania, iż dany lek jest dostępny i lekarze mają narzędzia do leczenia zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, nie zawsze tak się dzieje w praktyce. Dowodem na to jest na przykład program właśnie B.148, czyli leczenie chorych na raka endometrium, zwanego też rakiem trzonu macicy. On funkcjonuje od 1 września po zmianach i wprowadzeniu nowoczesnej immunoterapii, a do tej

pory tylko 57 pacjentek zostało zakwalifikowanych – są to dane z maja i dostępne w trybie informacji publicznej. gdzie immunoterapia została wprowadzona 1 kwietnia 2024 r., tylko w jednym województwie – świętokrzyskim – pacjentki mogą korzystać z tej terapii, i to tylko pięć pacjentek. Dane mogą się różnić o kilka osób, ponieważ są aktualne na maj. Udało mi się je wówczas zebrać. W niektórych województwach terminy rozpoczęcia obowiązywania umów na leczenie w programie raka szyjki macicy przypadają dopiero na wrzesień na przykład w województwie dolnośląskim i opolskim, a w mazowieckim nie ogłoszono nawet konkursu. Może to sugerować, że sytuacja w NFZ sprawia, że pacjenci cierpią z powodu opóźnień. Pojawia się więc pytanie, czy planujemy wprowadzenie systemowych rozwiązań, które umożliwią, aby leki wchodziły do praktyki w momencie decyzji o ich refundacji, a nie po wielu miesiącach, trzech czy pół roku – średni czas oczekiwania, a czasem nawet rok lub dłużej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy pan dyrektor mógłby w dwóch żołnierskich zdaniach odpowiedzieć?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

W dwóch żołnierskich się nie da, ale znam co najmniej dwie koncepcje rozwiązania tej sytuacji. Jedną z nich sam wymyśliłem jakiś czas temu i od siedmiu lat się o nią kłócę. To znaczy, dla mnie bzdurą są same konkursy na programy lekowe w ośrodkach, które prowadzą leczenie danych przypadków. Jeżeli mamy konkretny program nakierowany na leczenie pacjentek z określonym stanem chorobowym, mamy ośrodek, który to prowadzi, to bardzo przepraszam, ale po co ogłaszać konkurs? Żeby sprawdzić, czy mają oddział i czy mają chemioterapeutę? To jest jedna z metod, za którą będę optował, ale wymaga zmiany na poziomie ustawy i to jest zmiana bardzo wysoko.

Druga metoda, zaproponowana bodajże przez ministra Miłkowskiego, o której słyszałem, to metoda, żeby wdrażać od razu dostęp do samej terapii lekowej warunkowo, do czasu rozstrzygnięcia konkursu w momencie wejścia obwieszczenia w życie. Jak państwo wiedzą, fundusz nie może ruszyć konkursów, dopóki program lekowy nie jest świadczeniem gwarantowanym, dopóki nie określi się dla niego warunków, kryteriów i oceny ofert. Zawsze będzie to etap opóźnienia, niezależnie od przyczyn, niezależnie od tego, w którym momencie się zacznie, zawsze musi upłynąć ten czas. Dla mnie to też jest nielogiczne. Nie do końca odpowiadam za te rozwiązania, tylko mówię o rozwiązaniach, które sam bardzo chciałbym poprzeć i które wydają mi się trochę uprościć tę sytuację i przede wszystkim ją znormalizują. Wszyscy wiemy, czy ktoś posiada dany oddział, daną poradnię czy ma doświadczenie w leczeniu pacjentek. To jest chyba najgorsze w tym wszystkim, o czym rozmawialiśmy.

Jeżeli mam doprecyzować moje niemalże rubaszne słowa z samego początku dotyczące tego, że postaramy się wyrobić do końca roku, to chodziło mi o to, żeby od 1 stycznia pacjentki mogły już mieć robione badania genetyczne w poszczególnych poradniach, bo o tym mówimy. Naszą ambicją jest to, żeby umożliwić pełne testy i badania HPV DNA. Mamy już bardzo dobre rekomendacje. Jak państwo wiedzą, realizacja tego programu opóźniła się z przyczyn zależnych od ministerstwa. Rzeczywiście, COVID-19 pokrzyżował plany z pozyskiwaniem pacjentek do samego badania pilotażowego w ramach badania prowadzonego przez Narodowy Instytut Onkologii, tak że tam musiało upłynąć dużo więcej czasu niż pierwotnie zakładano. Natomiast w tej chwili ten materiał jest dość dobry i oparty na ponad 30 tys. badaniach pacjentek. Rekomendacja też jest jednoznacznie pozytywna. Mam nadzieję, że tutaj już nic nie stanie na przeszkodzie. Tym bardziej, że dyrektor Janiszewska-Kajka, która odpowiada za koszyki świadczeń, zawzięła się i powiedziała, że ona to wpuści jak najszybciej.

Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej Anna Kupiecka:

Bardzo dziękujemy.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czyli warto było poczekać na wystąpienie pana dyrektora.

Jeszcze dwa krótkie głosy. Bardzo proszę.

Konsultantka krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej Edyta Borkowska:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Edyta Borkowska, konsultantka krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. Krótka żołnierska prośba do pana dyrektora Dziegielewskiego o rozliczanie badań genetycznych. Dotyczy to nie tylko badań dedykowanych nowotworom piersi czy jajnika, ale też w hematatoonkologii dorosłych. Jest z tym duży problem, żeby rozliczyć kilka badań. Możliwości pozwalają na rozliczenie jednego badania w ramach jednego skierowania. Poradnie genetyczne bądź laboratoria, które mają swoje kontrakty robią tak, że rozliczają badanie najdroższe, reszta idzie w koszty, ponieważ nie możemy odmówić pacjentkom wykonania pełnego zestawu genów badań, które są wymagane. Tak że moja wielka prośba o to, żebyśmy nie musieli używać dziwnych sposobów, aby rozliczyć badania i związane z nimi koszty.

Jeszcze jedno zdanie, jeśli chodzi o program pilotażowy, to Łódzki Urząd Marszałkowski sfinansował badania HPV w roku 2016. Było to co prawda 2 tys. pacjentek, które osobiście przebadalam, ale wyniki były jednoznaczne, jak bardzo te badania wykazują potrzebę takich właśnie testów. W związku z tym, dodając 30 tysięcy nowych badań, myślę, że już nikogo nie trzeba przekonywać co do ich znaczenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Ostatni głos. Bardzo proszę.

Profesor w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii Paweł Koczkodaj:

Dzień dobry, Paweł Koczkodaj, Narodowy Instytut Onkologii, Zakład Epidemiologii i Prewencji Pierwotnych Nowotworów. Tylko taka ogólna refleksja na koniec też w związku z tym, że zajmuję się zapobieganiem chorobom nowotworowym i od strony pierwotnej i od wtórnej też poniekąd. Nie ma właściwie skutecznego programu badań przesiewowych w kierunku czy to raka szyjki macicy czy raka piersi. Jeżeli nie ma zaproszeń na te badania, a tych zaproszeń nie ma od 2016 r., wtedy zostały wysłane ostatnie badania poziomu krajowego. Mamy wiele przykładów evidence based meets, między innymi z Norwegii, chociażby badanie Breast Screen Norway, gdzie widzimy, że rzeczywiście to przynosi konkretne korzyści, jeżeli systemowo wprowadzony jest system zaproszeń. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Jestem powiem szczerze pełen podziwu dla pana dyrektora Dziegielewskiego, który z każdej strony broni się dość skutecznie.

Głos z sali:

Tu nie ma ataków, nie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Nie, ale widziałem radość i uśmiech także u państwa, z czego bardzo się cieszę, dzięki obecności pana dyrektora. Z drugiej strony wiem, że jeśli chodzi o panią konsultant, to chyba pan dyrektor nie będzie miał takich radosnych informacji. Pozwolę sobie jeszcze na dwa zdania do pana dyrektora i potem podziękuję państwu za dzisiejsze spotkanie. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Dobrze. Tym razem obronię się przez unik. To znaczy MZ odpowiada za wiele rzeczy, ale nie do końca za sposób rozliczania przez NFZ świadczeń. Po prostu jestem stałym bywalcem u pana przewodniczącego Hoka na posiedzeniach podkomisji, ale nie mam jeszcze mocy sprawczych, zwłaszcza jeżeli chodzi o MZ. Jestem tylko skromnym dyrektorem departamentu, tak że bardzo przepraszam, ale nie wszystko mogę robić osobiście. Natomiast koleżanki tutaj obecne, które wspierają nas z NFZ, nie będą nic mówiły, ale zanotowały to i na pewno przekażą, gdzie trzeba, że nasz system rozliczeń jest krytykowany.

Co do głosów o wysyłaniu zaproszeń, wiem, proszę państwa. Jeżeli chodzi o niektóre przepisy, podchodzimy do nich dość nonszalancko. Natomiast jeżeli chodzi o przepisy

wynikające z zasad RODO, to mam wrażenie, że przesadziliśmy w drugą stronę. Pamiętają państwo, jak nie można było wyczytywać nawet pacjentów na korytarzach, którzy mieli wejść do środka, bo naruszenie zasad, informacji i tym podobnych rzeczy? Czekają nas, myślę, bardzo duża rozmowa w spokojniejszych czasach na temat tego, co oznacza ochrona danych osobowych w przypadku całego systemu ochrony zdrowia, bo to jest tylko jeden z przejawów tego, co się dzieje.

Kolejne przejawy to niemożność przekazywania jakichkolwiek danych, brak dostępu do danych pacjenta, mimo że pacjent przychodzi do lekarza. Mamy dużo do nadrobienia i myślę, że czeka nas ponadresortowa, wręcz dyskusja na temat tego, jak powinniśmy podejść do tych danych, które powierzamy systemowi opieki zdrowotnej i czy na pewno jest tak, że nikt nie powinien tych danych ruszać, bo one są tylko własnością pacjenta i wara wszystkim od nich. Pacjent w końcu sam decyduje się wejść do tego systemu i skorzystać z usług lekarza. Nie rozumiem, jeżeli wybieram sobie lekarza specjalistę, to dlaczego ten lekarz nie dostaje ode mnie z automatu pełnego dostępu do swoich danych, bo przecież pełna informacja o stanie zdrowia pacjenta działa na jego korzyść. Lekarz bez pełnej informacji może popełnić błąd. Natomiast nie pacjent powinien oceniać, co z jego danych będzie potrzebne, leczenia, bo nie ma takiej wiedzy. W związku z tym czeka nas bardzo ważna rozmowa o danych osobowych i myślę, że wtedy rozwiążemy również problem wysyłania zaproszeń. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję.

Stwierdzam zakończenie omówienia informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Serdecznie dziękuję za państwa obecność i aktywności. Do zobaczenia na następnej podkomisji.