

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ONKOLOGII
(NR 7)
z dnia 12 września 2024 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 7)

12 września 2024 r.

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

– informację na temat systemu opieki nad pacjentami z chorobami uroonkologicznymi.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dziegielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Grzegorz Kubiela** naczelnik Wydziału Lecznictwa Szpitalnego Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Krzysztof Składowski** konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach, **Jakub Kucharz** pracownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii, **Dorota Korycińska** prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Dobrawa Biadun** dyrektor do spraw prawnych i procedur Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikiem, **Mateusz Spalek** reprezentant Naczelnej Izby Lekarskiej, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Jakub Dobruch** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, kierownik Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, **Krzysztof Jakubiak** prezes zarządu Modern Healthcare Institute **Wojciech Wiśniewski** ekspert w Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, **Elżbieta Markowska** prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, prezes Stowarzyszenia Częstochowskich Amazonek, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej, **Dominik Dziurda** ekspert Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”, **Alicja Tynecka** prezes Oddziału Lubelskiego Stowarzyszenia „UroConti”, **Natalia Fedoryszak-Kuśka** główny specjalista w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Maciej Ziobro** wiceprzewodniczący sekcji diagnostyki Centrum Medycznego POLMED, **Jan Lachowski** członek zarządu Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”.

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

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

Szanowni państwo, witam bardzo serdecznie na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Mamy takie troszkę chwilowe opóźnienie, ale jest jeszcze parę osób, które czekają w biurze przepustek. Dzisiaj jest dosyć duża frekwencja, bo są wycieczki, dużo młodzieży, ale rozpoczniemy. Jeżeli goście będą jeszcze dochodzili, to będziemy ich serdecznie witali. Ja państwa witam.

Otwieram posiedzenie. Witam członków podkomisji, panie posłanki i panów posłów, zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat systemu opieki nad pacjentami z chorobami uroonkologicznymi. Będzie to przedstawione przez przedstawiciela ministra zdrowia, po czym przejdziemy do dyskusji. Zaproszę wszystkich państwa do wystąpień i zadawania pytań, i odpowiedzi. Jeżeli chodzi o informację przygotowaną przez ministra zdrowia, jest pełnomocnictwo dla pana dyrektora Dziegielewskiego, który ma upoważnienie do przedstawienia tej informacji, tak że myślę, że od razu chyba zaczniemy od tego punktu. Panie dyrektorze, bardzo proszę o przedstawienie informacji.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziągiewski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Zgodnie z naszą tradycją chciałem się przedstawić. Nazywam się Michał Dziągiewski, jestem dyrektorem Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia. Dla pana przewodniczącego zawsze będę się przedstawiał, nawet jak on mnie przedstawi – robimy to sympatii.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Proszę mnie nie zapeszać, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziągiewski:

Pana trudno zapeszyć, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziągiewski:

Proszę państwa, tak naprawdę, ponieważ poruszamy temat poważnych nowotworów urologicznych, czyli uroonkologii, to wszyscy przede wszystkim mamy przed oczami roboty.

Dynamiczny rozwój, dynamiczna konkurencja – nawet powiem, dostałem najświeższe opracowanie o chirurgii robotowej – to jest kierunek, który się rozwinął, ale oczywiście uroonkologia to nie jest tylko i wyłącznie robot, bo ten robot w jednym wskazaniu był najbardziej wślawiony, wprowadzony parę lat temu i wyjątkowo dynamicznie się rozwija. Natomiast oczywiście są też inne lokalizacje nowotworów.

Jeżeli chodzi o strukturę zachorowań, oczywiście dominującym nowotworem jest nowotwór gruczołu krokowego. Tak jak mawiają ludzie, którzy się na tym znają, posiadanie własnego nowotworu gruczołu krokowego jest kwestią czasu, to znaczy, jeżeli będziemy żyli wystarczająco długo, mamy prawie gwarancję, że będziemy mieli raka gruczołu krokowego i on jest numerem jeden.

Głos z sali:

My, mężczyźni.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziągiewski:

My, mężczyźni, tak. Bo dotyczy to połowy populacji. Pod tym względem gruczoł krokowy jest męską piersią, powiedziałbym. Natomiast oczywiście z tego powodu znacznie częściej te nowotwory zdarzają się u mężczyzn, niż u kobiet.

Nowotwory prostaty u mężczyzn w 2021 r. to była pierwsza przyczyna wszystkich zachorowań i ponad 21% w ogóle nowotworów. Była to także druga przyczyna zgonów – to było ponad 10% zgonów z powodu choroby nowotworowej u mężczyzn. Na czwartym miejscu jest nowotwór pęcherza moczowego i tutaj statystyki mamy już znacznie gorsze, ponieważ tu, jeżeli chodzi o umieralność z tego powodu, to nie jest tak dobrze, że połowa umiera z innych przyczyn. Akurat w przypadku raka pęcherza moczowego częstość zachorowań to jest trochę ponad 6%, natomiast zgonów to jest prawie 6%, czyli praktycznie rzecz biorąc są zrównane. Kolejną częstością charakteryzuje się rak nerki, który jest siódmą przyczyną zachorowań – to jest 3,6% zachorowań na nowotwory złośliwe i jest dziewiątą przyczyną zgonów, to jest 2,8%. U kobiet siłą rzeczy dominuje nowotwór nerki, nie pęcherza; nowotwór pęcherza, z tego co pamiętam, jest silnie związany z paleniem papierosów, pomijając nieco inne kwestie. W związku z tym wiemy, że jest to istotna przyczyna zachorowań. W związku z tym też rak gruczołu krokowego jest o tyle istotny, że jest pierwszą przyczyną w ogóle zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn i drugą przyczyną zgonów na nowotwory złośliwe. W związku z tym także dużo się stawia na ten rozwój.

Jeżeli chodzi o chemioterapię i programy lekowe, ponieważ zanim dojdziemy do leczenia operacyjnego, omówmy sobie chemię i programy lekowe. W 2024 r. wprowadzono nowe cząsteczkowskazania w onkologii, w chorobach rzadkich. Jeżeli chodzi o nowotwory układu urologicznego, było to pięć nowych cząsteczek. Głównie chodziło o Orgovyx, Relugolix – nowotwory złośliwe, zaawansowana postać hormonozależnego raka gruczołu krokowego u pacjentów dorosłych. Tutaj dalej się rozwija, ponieważ kolejne cząsteczki

w tym wskazaniu pojawiają się. Jeżeli chodzi o te cząsteczkowskazania, to tak jak mówię, w obszarze urologicznym było tylko pięć.

Jeżeli chodzi o gruczoł krokowy, nowe objęcia refundacją to była Nubeqa, Xofigo, Xtandi – to są już leki dla populacji, zarówno w hormonowrażliwym raku z przerzutami, przerzutowy rak gruczołu krokowego i hormonoterapia lekiem nowej generacji, i leczenie w skojarzeniu z depriacją androgenową chorych u hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego. Tak naprawdę pojawia nam się coraz większy wybór leków, które możemy stosować w przypadkach tej pierwszej dominującej choroby.

Jeżeli chodzi o nowe wskazania onkologiczne, mamy też Lynparzę, czyli olaparyb. To jest leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami po progresji choroby podczas terapii lekiem hormonalnym; mamy apalutamid – leczenie chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami; mamy darolutamid – leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów; enzalutamid – leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów. W dziedzinie chemioterapii octan abirateronu jako rozszerzenie wskazań refundacyjnych w ramach uzupełniającej hormonoterapii w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej z grupy wysokiego ryzyka po radioterapii radykalnej. Jest to wskazanie off-label, ale ten lek działa. On się zgeneryzował, o ile dobrze pamiętam, więc cena tego leczenia ostatnio spadła; cały szereg leków refundowanych, które są w opracowaniu, które zostało przekazane; już ich nie będę czytał, bo to jest bardzo długa tabela.

W trakcie negocjacji mamy kolejne substancje. Złożono wnioski na kolejne refundacje. W przypadku raka zarówno gruczołu krokowego, jak i – z tego co pamiętam – w przypadku pęcherza moczowego oraz nerki.

Jeżeli chodzi o refundację z tego tytułu, łącznie na program lekowy, leczenie pacjentów z rakiem nerki w 2022 r. wydano 210 mln zł, z czego główna czy najdroższa substancja to był nivolumab, na który poszło 80,5 mln zł; kabozantynib 47 mln zł; sunitynib 38 mln zł; pazopanib 30 mln zł. W tej chwili chyba nie ma narzekań na to, co mamy do dyspozycji. W 2023 r. było to już 270 mln zł rozliczonych w tym kierunku. Było to 3094 pacjentów w 2022 r.; 3486 pacjentów w 2023 r., więc o 17% więcej pacjentów w 2023 r.

Jeżeli chodzi o wydatki z RDTL, czyli Ratunkowego Dostępu do Terapii Lekowych, ogólnie rzecz biorąc, wydano 14,5 mln zł w rozpoznaniu C64.

W raku urotelialnym łączne wydatki wyniosły 22 mln zł. Leczone z tego tytułu 315 pacjentów, jeżeli chodzi o 2023 r. To jest program B141.

W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej aktualnie nie ma finansowanych programów ukierunkowanych na działania skierowane wyłącznie do osób z chorobami uroonkologicznymi. Były robione pewne przymiarki, na razie cała dynamika poszła w rozwój chirurgii robotowej, jeśli chodzi o raka gruczołu krokowego i to jest coś, czym się można pochwalić. Związaną z radioterapią w przypadku gruczołu krokowego mamy brachyterapię i wydatki z tym związane stopniowo, żeby było ciekawie, maleją – od 25 mln zł w 2021 r. do 9 mln zł w 2023 r. Podejrzewam, że coraz więcej przypadków leczy się jednak chirurgicznie. To też w związku z prowadzeniem chirurgii...

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Teleterapią.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Teleterapią i brachyterapią też.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Bez brachyterapii. Samodzielnie teleterapią.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Mojego tatę leczyli brachyterapią.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Panie profesorze, na dyskusję będziemy jeszcze mieli chwilę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Dobrze, ale pan profesor tutaj merytorycznie podsuwa. Współpracowaliśmy razem wiele razy, tak że...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Uzupełnia wypowiedź pana dyrektora, rozumiem.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

I bardzo dobrze. Ja bym państwa w błąd wprowadził, a pan profesor przynajmniej prostuje.

Posiadamy pewne założenia do kompleksowego modelu organizacji diagnostyki i leczenia gruczolu krokowego. Jest to coś, z czym trzeba by się uporać, natomiast w tej chwili wydaje się, że samo wprowadzenie sieci onkologicznej z jednej strony, z drugiej strony zaś chirurgii robotowej wymusiło koncentrację działań. Chcę przypomnieć, że są pewne kryteria, które były jednak postawione przed ośrodkami, które mają finansowane leczenie za pomocą chirurgii robotowej; muszą mieć odpowiednie doświadczenie w ogóle w prowadzeniu pacjentów z rakiem gruczolu krokowego i tu, wydaje się, leży przyszłość w koncentracji świadczeń w miejscach, które potrafią robić to dobrze. Mamy tu pewną specyfikę dziedziny, to znaczy nie jest to przedmiot działania chirurgii onkologicznej. Jest to bardziej przedmiot działania urologii i skupia się na oddziałach urologicznych. Pod tym względem jest to pewna odmienność od całego układu. Nie w każdym centrum onkologicznym takie rzeczy są robione, natomiast bardzo często są oddziały, które zajmują się tym operacyjnie w szpitalach, które właściwie poza tym nie mają wielkich tradycji onkologicznych, łącznie z oddziałami chirurgicznymi, czyli rak gruczolu krokowego jest jedynym nowotworem, który jest leczony w tych ośrodkach. Mamy nawet ośrodki zajmujące się głównie urologią, podobnie jak sieci urologów w tym robione. To rozwiązanie będzie punktem wyjścia do stworzenia kompleksowego modelu, tak jak tworzyliśmy Breast Unit, tak jak tworzyliśmy Colon Unit, będziemy próbowali zrobić podobny model, jeżeli chodzi o raka gruczolu krokowego.

Jeżeli chodzi o wydane karty DILO związane z nowotworami układu uroonkologicznego, 2022 r. to były 33 384 karty; w 2023 r. 38 869 kart. Według stanu na 13 sierpnia w 2024 r. było to 22 570 kart. Karty związane z rozpoznaniem uroonkologicznymi rosną. Te karty też się przyjmują, bo nie zawsze, jak państwo wiecie, karty są wystawiane. System wprowadzany przez Krajową Sieć Onkologii wymusi jednak wystawianie karty. Pierwsze rozpoznanie na kartach DILO – oczywiście jest to rak gruczolu krokowego. Są to prawie dwie trzecie tych kart; jedna czwarta to jest rak pęcherza moczowego; rzadziej inne nowotwory. Tu już nie jest tak łatwo znaleźć objawy czy wystawić podejrzenie na poziomie POZ. To raczej wychodzi już w badaniach, które przybliżają konkretne rozpoznanie.

Jeżeli chodzi o terminowość wykonywania diagnostyk wstępnych, to sięga ona dwóch trzecich, czyli to jest od 63% w 2022 r. do 65% w 2023 r. Jak państwo wiedzą, karty DILO mają odpowiednio trzy i cztery tygodnie na przeprowadzenie diagnostyki wstępnej i pogłębionej. Nie jest to wysoki odsetek, ale też w związku z wprowadzeniem Krajowej Sieci Onkologii mamy nadzieję, że ustabilizujemy procesy wewnątrz szpitali i skoncentrujemy diagnostykę w tych miejscach, które będą mogły to robić szybciej.

Terminowe diagnostyki w najwyższym odsetku dotyczyły raka moczowodu – to było aż do 100%; rak pęcherza moczowego to było 76% do 82%; rak nerki z wyjątkiem miedniczki – 71% do 76%. W przypadku kart DILO wystawianych dla nowotworów gruczolu krokowego termin badania wstępnego był dotrzymywany mniej więcej w 60% przypadków.

Świadczenia rozliczane w związku z rozpoznaniem uroonkologicznym – jeżeli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z rozpoznaniem uroonkologicznymi, w latach 2022–2024 przewinęło się odpowiednio 222 tys. pacjentów w 2022 r., przy czym pamiętajmy, że to nie są tylko świeże rozpoznania, ale także follow up, kontrole związane z tymi nowotworami czy nowotwór w wywiadzie; prawie 250 tys. pacjentów w 2023 r.; prawie 200 tys. do maja w 2024 r. Trochę wątpię w te... A nie, pacjenci potem wracają, więc to będzie wszystko OK.

Natomiast jeśli chodzi o świadczenia, te 250 tys. osób przekłada się odpowiednio na od 840 tys. do 960 tys. udzielonych porad. W związku z tym są to wizyty kontrolne,

kolejna ocena postępów leczenia, podawanie leków, badania diagnostyczne; pacjenci wracają z tymi nowotworami.

Jeżeli chodzi o wartość tych zrealizowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 188 mln zł kosztowały nas te świadczenia w 2022 r.; 267 mln zł w 2023 r.; do maja wydaliśmy 100 mln zł w 2024 r., tak że wartość tych świadczeń też rośnie i nic dziwnego – co roku dokonujemy zmiany oszacowania.

Jeżeli chodzi o świadczeniodawców, którzy udzielają świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, gdzie przewija się pacjent z rozpoznaniem uroonkologicznym, to oczywiście w najmniejszych województwach, takich jak lubuskie, opolskie, jest to odpowiednio 47, 55 takich poradni. W największych: mazowieckie 214, górnośląskie 291. Więc sieci gabinetów jest dość dużo, nawet w tych małych województwach. Ma to związek zarówno z gabinetami, które prowadzą diagnostykę, czyli poradniami obrazowymi, jak i z gabinetami urologicznymi.

Jeżeli chodzi o rozpoznania uroonkologiczne leczone w ramach leczenia szpitalnego w latach 2022–2024, było to odpowiednio 63 tys. pacjentów w 2022 r.; prawie 71 tys. w 2023 r. i w okresie od stycznia do maja 36 tys. pacjentów. Oczywiście liczba świadczeń nie jest aż tak odbiegająca od liczby pacjentów, czyli odpowiednio 73 tys., 78 tys. hospitalizacji odpowiednio w latach 2022–2023, natomiast jeżeli chodzi o ich wartość, to jest to 535 mln zł w 2022 r.; 875 mln zł w 2023 r.; wszystkie rozpoznania leczone w ramach hospitalizacji. Tu znowu liczbę świadczeniodawców mamy od 13, 15 w województwach lubuskim i opolskim, czyli tych najmniejszych, do 60 świadczeniodawców w województwie mazowieckim i 62 w oddziale górnośląskim, czyli jeżeli chodzi o sieć oddziałów, to dostęp do świadczeń co najmniej urologicznych mamy dość dobry. Oczywiście odpowiednio mniej – do radiologii, ale tu specjalnych problemów nie ma i wygląda to mniej więcej podobnie.

Jeżeli chodzi o pacjentów leczonych chemioterapią i radioterapią odpowiednio w latach 2022–2023, to najpierw przypomnijmy liczby. W szpitalu było 63 tys. pacjentów w 2022 r.; 71 tys. w 2023 r., natomiast jeśli chodzi o te metody lecznicze, o których mówię, chemioterapię dostało 11,5 tys. pacjentów w 2022 r.; 14,5 tys. w 2023 r. Odpowiednio radioterapią leczone było 18 tys. pacjentów w 2022 r. i 20 tys. pacjentów w 2023 r., czyli to jest mniej niż połowa w którejkolwiek z tych metod. U niektórych pewnie stosowane obydwie, natomiast dominuje zapewne leczenie operacyjne. Jeżeli chodzi o finansowanie tych świadczeń udzielanych w ramach radio i chemioterapii – chemioterapia kosztowała nas 55 mln zł w 2022 r.; 95 mln zł w 2023 r. Jeżeli chodzi o wydatki na radioterapię, było to odpowiednio 392 mln zł w 2022 r. i 519 mln zł w 2023 r. Z 2024 r. już te dane szacunkowe pomijam, ale będą odpowiednie.

Jeżeli chodzi o chemioterapię prowadzoną dla pacjentów z rozpoznaniem uroonkologicznym, to znowu, odpowiednio podając województwa, 2 w lubuskim, 3 ośrodki w województwie opolskim i 23 w mazowieckim, 24 w górnośląskim na drugim końcu bieguna.

Jeżeli chodzi o świadczenia realizowane radioterapią, to w województwach: kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim oraz województwie opolskim radioterapia udzielana jest w jednym miejscu versus sześć miejsc udzielania świadczeń z zakresu radioterapii w nowotworach uroonkologicznych odpowiednio w: mazowieckim, śląskim i małopolskim oddziale, ale bydgoskie i świętokrzyskie są akurat zdominowane przez duże ośrodki, które właściwie ściągają wszystkich pacjentów do siebie, więc nic dziwnego, że to tak wygląda. Tyle materiałów, jeżeli chodzi o dostęp do leczenia nowotworów uroonkologicznych.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze, za wyjątkowo szczegółowe sprawozdanie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Starąłem się skrócić, tak jak pan przewodniczący powiedział.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Ale ten skrót był doskonale przygotowany, ponieważ wiemy wszystko, co pan minister chciał nam przekazać.

Mnie tylko tu zabrakło, jeżeli mogę słowo do tego – okres pięcioletnich przeżyć w związku z tym, że mamy tak trochę rozrzuconych świadczeniodawców, jeżeli chodzi o uroonkologię i urologię. Czy jest jakaś statystyka, w jakich ośrodkach czy regionach

w Polsce ten okres pięcioletnich przeżyć przekłada się na ilość świadczeniodawców, na ilość chemio, radioterapii, bo na pewno też są w związku z tym różnice w tym zakresie. Ale to jakby na później.

Szanowni państwo, przechodzimy do dyskusji. Proszę o zadawanie pytań. Oczywiście zawsze pierwszeństwo mają nasi parlamentarzyści. Pani poseł Chybicka, bardzo proszę.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Szanowni państwo, ja mam pytanie odnośnie leczenia radem.

Jakie jest miejsce leczenia radem, kto to prowadzi i jakie są wskazania, i czy w ogóle jest to metoda aktualnie rekomendowana, bo wiem, że jest refundowana, natomiast jakie ośrodki tym się zajmują, jak to w dniu dzisiejszym wygląda? Dziękuję bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Rozumiem panie przewodniczący, że mam odpowiedzieć?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Tak, bardzo proszę, panie profesorze. Szczegółowe pytania do pana profesora. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Pani profesor...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Przepraszam, do protokołu bardzo proszę też o to, co pan dyrektor zauważył na początku.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Krzysztof Składowski, konsultant krajowy z radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach.

Pani profesor, właśnie wspomnienie radu, czyli tego pierwszego pierwiastka, od którego cała radioterapia się zaczęła, sugeruje, że właśnie mamy pewien powrót do terapii radowych. Tyle tylko, że już w zupełnie innym wskazaniu – we wskazaniu przerzutów do kości. Rad i stront są w tej chwili dwoma radiofarmaceutykami, które mają zastosowanie, aczkolwiek musimy pamiętać o tym, że ich użycie wiąże się natychmiast niemalże z szeregiem objawów ubocznych. Przede wszystkim z małopłytkowością i anemią w trochę późniejszej konsekwencji, zatem mówimy o mnogich przerzutach, mówimy o wieloogniskowych przerzutach w wielu miejscach w kośćcu. Tego typu terapie są prowadzone w zakładach medycyny nuklearnej, bo to są radiofarmaceutyki. Oczywiście w tych zakładach medycyny nuklearnej, które zajmują się nie tylko leczeniem. Mogłyby być również stosowane tam, gdzie są diagnostyki, ale to już wymaga, że tak powiem, przeszkolonego personelu, sił i środków.

Jeśli chodzi o pulę pacjentów, którzy są beneficjentami czy otrzymują takie leczenie, jest to mały procent całej populacji, jeśli chodzi o raka gruczołu krokowego, mały procent po prostu. Nie sądzę, żeby przekraczało to kilka procent.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Zgłosiła się pani posłanka Katarzyna Stachowicz. Bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Stachowicz (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie dyrektorze, ja mam takie pytanie – mówimy o bardzo ważnej kwestii leczenia onkologicznego pacjenta w zakresie chorób uroonkologicznych, ale mam pytanie w zakresie profilaktyki.

Czy obecnie Ministerstwo Zdrowia prowadzi działania związane właśnie z profilaktyką w zakresie tego rodzaju chorób onkologicznych? To jest moje pierwsze pytanie.

Drugie pytanie – w tej informacji, o której też pan dyrektor mówił, rozwiązaniem może być organizacja projektu kompleksowej opieki dla takiego pacjenta i mam pytanie, czy ministerstwo już przygotowuje jakiś zarys, jak ma być zorganizowane właśnie to kompleksowe działanie, tak jak powstały przecież Breast Unity, które bardzo dobrze

działają i opiekują się pacjentką, która choruje na raka piersi. Czy w tym zakresie MZ też już jakieś działania podjęło? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Myślę, że możemy na bieżąco, panie dyrektorze. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Jeżeli chodzi o pierwsze pytanie, to swego czasu, jeżeli chodzi o profilaktykę raka gruczołu krokowego, ona była trochę de passe, czyli kontrola u wszystkich pacjentów PSA dawała wyniki fałszywie dodatnie. Zresztą wczesna kontrola w Stanach Zjednoczonych pokazywała zupełnie niepotrzebne leczenie raków gruczołu krokowego – takich, które nigdy nikomu nie wyrządziłyby krzywdy i można by je spokojnie zostawić, tak że to były dwie metody: jedna agresywna, druga spokojniejsza. Z tego co pamiętam, istnieją już jakieś lepsze oznaczenia w tej chwili i ministerstwo powołutku przymierza się do tego, aczkolwiek najpierw chcemy zrobić rewolucję, jeżeli chodzi o już finansowane programy badań profilaktycznych, bo profilaktyka, brzydko mówiąc, się nie przyjęła.

Jeżeli chodzi o pacjentów po 40. roku życia, to chcę zauważyć, że w tym pakiecie darmowych badań, które są oferowane, w przypadku mężczyzn jest finansowane badanie PSA, tak że to jest jakiś krok w kierunku profilaktyki, aczkolwiek nie tak pojmowanej wybiórczo, że w jedną stronę, tylko ten pakiet, jak państwo pamiętają, był uruchomiony jako pewnego rodzaju przyciągnięcie pacjentów z powrotem do służby zdrowia jako tego rodzaju badanie kontrole po długim okresie, kiedy placówki służby zdrowia się omijało z daleka, żeby móc zrobić krótki przegląd takich podstawowych parametrów życiowych, w tym także PSA, co wierzymy, jest pewną przymiarką w tym kierunku, żeby prowadzić badania profilaktyczne. Ale musimy się nauczyć, jak robić profilaktykę na wzór krajów zachodnich, tak żeby to były powszechne programy i to jest bolączka wszystkich programów profilaktycznych – nie to, żeby w ogóle były, tylko żeby dawały jakiś pożytek.

Jeżeli chodzi o tę drugą rzecz, to tak jak wyjaśniałem – w czasie tej krótkiej prezentacji przyszedł do nas rzeczywiście ten model z AOTMiT. W tej chwili kończymy Lung Cancer Unit. Będzie to coś, co chcemy wziąć w pewnym sensie na obróbkę, tym bardziej, jak mówiłem, jest to pierwszy nowotwór wśród mężczyzn, bo mówimy tutaj o unitach nastawionych na raka gruczołu krokowego, i to by było główne działanie, bo unity można programować tam, gdzie mówi się o bardzo dużej liczbie powtarzalnych przypadków i gdzie chcemy koncentrować świadczenia. Idea unitów koncentruje się wokół ośrodków, które mają duże doświadczenie leczenia danych przypadków i to jest podstawa.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że w ramach tej profilaktyki również powinniśmy mówić o tym – od paru lat mówimy, żeby bez skierowania do urologa, bo jednak ta wizyta nie zawsze jest mile widziana przez zainteresowanych albo trochę krępująca między nami, mężczyznami, mówiąc, dlatego od paru lat istnieje chyba taki problem, czy znieść skierowania do poradni urologicznej, ale o to jeszcze daleko.

Zgłosił się pan poseł Grzegorz Napieralski. Bardzo proszę.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Ja właśnie, panie przewodniczący, chciałem kontynuować to, co pan powiedział.

Po pierwsze, staram się być regularnie u urologa, jak tylko mogę. Ze skierowaniem – ja mam o tyle łatwiej, żeby otrzymać takie skierowanie, bo mój tata chorował na tego raka. Tę walkę wygrał, a po 12 latach inną już niestety przegrał. Natomiast jest w Szczecinie prof. Słojewski, który jest takim bardzo aktywnym profesorem, jeżeli chodzi o urologię, i on mi jakby uświadomił to, o czym też mówił przewodniczący, że jest problem wśród mężczyzn tak naprawdę, żeby się badać i sprawdzać. Oni robią różne rzeczy w Szczecinie czy Zachodniopomorskiem – są specjalne biegi, żeby mężczyzn przekonać, że to nie jest nic strasznego, ale jest taki problem, myślę, psychologiczny, żeby jednak taką regularną profilaktykę czy regularne sprawdzanie siebie po prostu prowadzić i zastanawiam się, czy mając takie możliwości, które ma ministerstwo czy każda instytucja rządowa – macie dostęp do mediów, macie dostęp do różnych kanałów informacyjnych – gdzieś starać się nie promować tego. Być może warto porozmawiać ze wszystkimi stacjami telewizyjnymi. Każda z tych stacji

telewizyjnych zamawia takie seriale o życiu, najkrócej powiem, i one odnoszą o tyle sukces, bo po pierwsze, są bardzo oglądane, ale co tam się pojawi, wiele Polek i Polaków jakby przyjmuje za pewnik, więc można na przykład coś takiego wstawić do serialu. I to jest moim zdaniem bezpłatna usługa. Myślę, że jak się porozmawia z tymi, którzy zlecają...

Głos z sali:

Wysoko płatna usługa.

Posel Grzegorz Napieralski (KO):

OK, no to trzeba ponegocjować, żeby w takim razie była trochę mniej. Może jestem zbyt dużym optymistą, ale chciałem pokazać, że są takie narzędzia, są telewizje śniadaniowe; jest naprawdę bardzo dużo takich rzeczy, które można spokojnie wykorzystać i taką kampanię społeczną po prostu przeprowadzić, bo tylko to nas przekona.

Ja, jak rozmawiam z moimi kolegami, którzy są nawet młodszy ode mnie, to jeszcze nikt nie był – ani starszy, ani młodszy. Ja jestem naprawdę w tej grupie jakimś tam ewenementem, który w miarę regularnie, zgodnie z zaleceniami chodzi i się bada. Natomiast moi koledzy nie i myślę, że to jest naprawdę poważny problem, a potem już, jak pojawi się ta choroba, to po pierwsze to nas drożej kosztuje, więcej czasu potrzeba, aby leczyć pacjenta, no i to dla systemu jest też problem, więc gdyby się udało jakoś odwrócić to takie myślenie mężczyzn na ten temat, byłoby, myślę, o wiele łatwiej. Może to jest to, o czym mówił przewodniczący, że faktycznie bez skierowania raz w roku na przykład można by taką wizytę po prostu odbyć; taką konsultacyjną. Nie wiem, nie jestem ekspertem, mówię bardziej jako laik, osoba, która z rakiem spotykała się w najbliższym rodziźnie i stąd tutaj moja obecność. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Pan poseł dr Czesław Hoc.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Oczywiście z pozycji mężczyzn i też lekarskiej takie dwa pytania, może dość proste, ale żeby to nagłośnić.

Pierwsza moja wypowiedź to jest taki wielki szacunek i wdzięczność dla naszej uro-onkologii przede wszystkim i w ogóle urologii. Mamy wspaniałych lekarzy; mamy też wspaniałe osiągnięcia, powiedziałbym, leki nowoczesne i innowacyjne.

Natomiast moje pytanie będzie w aspekcie chirurgii robotowej, a więc użycia robota da Vinci. Mogą być też inne, ale chodzi o to – oczywiście praktycznie wszystkie teraz te wiodące ośrodki dysponują taką chirurgią robotową – czy macie jakieś trudności w otrzymaniu zapłaty, bo jest to wyspecjalistyczne nielimitowane świadczenie. Czy są jakieś opóźnienia zapłaty z Narodowego Funduszu Zdrowia i czy są jakieś perturbacje?

Drugie pytanie – chodzi o PSA, o specyficzny antygen prostaty, gruczołu krokowego, inaczej stercza, bo czasami pacjenci dopytują się, co to jest gruczoł krokowy, a co to jest stercz, a co to jest prostata. W każdym bądź razie to wszystko oczywiście są synonimy. Chodzi o to, czy rzeczywiście po 40. roku życia, jak mężczyzna wykonuje PSA – musi to lekarz zlecić, ale czasami można zrobić prywatnie – czy to wystarcza, czy trzeba zrobić jeszcze od czasu do czasu albo w jakiej częstotliwości badanie per rectum, czy też USG stercza, czy też poszerzone kwestie? Oczywiście, jak są objawy, to wiadomo, że zgłosi się każdy, natomiast wiemy, że najczęściej rak prostaty rozwija się na początku bezobjawowo i to jest taki zasadniczy problem. Oczywiście, jak ktoś miał w rodzinie raka czy ktoś ma jakieś objawy dyzuryczne, czy też ma krwawienie itd, czy zaburzenia mikcji, no to wiadomo, że każdy wtedy się zgłasza. Jeśli ktoś jest bezobjawowy, czy wystarczy po 40. roku życia raz do roku robić PSA bez innych badań? Tylko tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Panie pośle, jak są objawy, to trochę późno, tak że myślę, że dlatego mówimy o profilaktyce.

Nie wiem, czy ktoś z państwa jest na sali, kto mógłby odpowiedzieć na te pytania. Jest. Bardzo proszę się przedstawić do mikrofonu.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, kierownik Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie Jakub Dobruch:

Jakub Dobruch, jestem urologiem. Reprezentuję dzisiaj Polskie Towarzystwo Urologiczne w zastępstwie pana prof. Tomasza Drewy, który poprosił mnie, żebym tutaj spotkał się z państwem, a więc Jakub Dobruch, urologia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Zacznę od odpowiedzi na pytanie pana posła.

Mówimy o profilaktyce wtórnej, czyli o wczesnym wykrywaniu raka stercza. Jak słuchałem pani poseł, to miałem nadzieję, że mowa o profilaktyce pierwotnej, czyli nauczaniu dzieci w szkołach, by dużo się ruszały, aktywność fizyczna, jazda na rowerze, zdrowe odżywianie, bo to jest w moim przekonaniu bardzo ważne zadanie systemu edukacji. Profilaktyka wtórna – jeśli mężczyzna wykona PSA po raz pierwszy w wieku 40 lat, to fajnie, on dzięki temu wie, jakie ryzyko raka stercza w przyszłości jest przed nim. Jeśli mam PSA poniżej jedności, to mogę spać spokojnie – kolejne PSA wykonam za osiem lat. Jeżeli z kolei PSA jest większe niż jeden w tym wieku właśnie, to wracam do urologa za dwa lata. Natomiast towarzystwa amerykańskie i europejskie sugerują, by rozpocząć takie regularne wykonywanie PSA, powiedzmy w ramach programu badań przesiewowych, mniej więcej około 45. roku życia, jeśli występują czynniki – tata, wujek itd., czyli w rodzinie występował nowotwór, w związku z czym zaczynam wykonywanie PSA około 45. roku życia. Jeśli nie i nie jestem czarnoskóry, to w wieku 50 lat. Teraz, jak często to badanie powtarzać, to jest zupełnie osobne pytanie. Co rok według amerykańskich wytycznych; co dwa, cztery, nawet osiem lat według wytycznych różnych towarzystw europejskich...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

A czy tylko PSA, a później już nic nie trzeba robić?

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, kierownik Kliniki Urologii CMKP w Warszawie Jakub Dobruch:

Nie, oczywiście nie. PSA to jest tylko bramka wejściowa. To są tylko pierwsze drzwi.

Pan dyrektor wspomniał o różnych innych możliwościach. Tę drugą bramkę stanowi rezonans magnetyczny. To jest narzędzie, badanie, które zrewolucjonizowało rozpoznawanie raka gruczołu krokowego, bo prawdą jest, że to jest bardzo częsty nowotwór. Nie chcemy być postawieni w sytuacji rozpoznania raka, który nie zagraża naszemu życiu. Chcemy, by wykryto u nas raka, który stanowi realne zagrożenie dla naszego życia, doprowadzi do skrócenia tego życia, bo tylko takie nowotwory wymagają leczenia. Ponieważ mężczyźni, u których wykryje się raka – trudno się im dziwić – zachowują się dosyć nerwowo, czy też hasło rak wywołuje pewnego rodzaju naturalne, bardzo negatywne konotacje, w związku z czym często decydują się na leczenie. Czy jest to radioterapia, czy jest to leczenie operacyjne – żadna z form tego leczenia nie jest wolna od działań niepożądanych. Te działania niepożądane bywają trudne czy ciężkie do zniesienia, ciężkie do naprawy, w związku z czym lepiej nie rozpoznawać raka, który nie stanowi zagrożenia dla życia mężczyzny, czyli skoncentrować się tylko i wyłącznie na wykrywaniu tych, które takie zagrożenie ze sobą noszą, bo nie wszystkie raki – duża część raków prostaty – nie stanowi zagrożenia dla życia mężczyzny.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Pan poseł chciałby dopytać.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

W takim razie dopytać, bo rzeczywiście pan poruszył aspekt rezonansu magnetycznego, bo są tacy pacjenci, znam nawet osobiście takich dwóch pacjentów, którzy PSA mają w normie – mają 3–4 – per rectum w normie, USG nic nie wykryło, chyba nie było biopsji, o ile pamiętam, ale zdecydowali się na rezonans i rezonans wykrywa mikroraka gruczołu krokowego.

Jakiś tam mikrorak, że to trzeba właśnie poczekać, urolog mówi, a pacjent ma rozpoznanie raka praktycznie. I co teraz pan profesor powiedział, wydaje się takie troszeczkę dziwne albo niepokojące. Proszę zwrócić uwagę, rezonans mi mówi, że mam raka – nie u mnie oczywiście – prostaty, a urolog mówi „spoko, nic się nie dzieje, PSA jest 3–4 itd,

proszę przyjść za rok albo za pół roku” i co? Tylko obserwacja. Jeśli są takie zalecenia albo są takie wytyczne, taki algorytm postępowania, to dobrze, tylko dobrze byłoby, gdyby pacjenci o tym wiedzieli, bo ja tego pacjenta znam; on praktycznie jest już w depresji, bo ściąga teraz różnego rodzaju zioła z zagranicy, suplementacje itd, bo każdy chce się ratować, a medycyna stoi w takim miejscu, że nie informuje indywidualnie albo ostatecznie. Takie jest postępowanie, taki jest algorytm i tak proszę nie wydziwiać. Oczywiście trochę przejawiam.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Panie doktorze, taki pacjent musi się zgłosić nie do urologa, nie do endokrynologa, którego to pan reprezentuje jako dziedzinę, a poza tym jest coś takiego w urologii, jak aktywny nadzór, jeżeli wiemy o co chodzi i myślę, że jeżeli jest takie rozpoznanie w rezonansie, to urolog informuje pacjenta o takim fakcie i decyzja należy do pacjenta, jaką podejmie, bo może, ale nie musi.

Pan profesor chciałby jeszcze coś dodać do tego. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Ja tylko drobne sprostowanie. Panie pośle, nie mogę się zgodzić z tym, co pan powiedział, że rezonans rozpoznaje mikroraka. Rezonans nie rozpoznaje mikroraka. Raka rozpoznaje biopsja i badanie histopatologiczne. Rezonans może jedynie zasugerować obecność zmian podejrzanych o nowotworzenie. Dziękuję.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Zgadzam się stuprocentowo, ale jeśli...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję, panie pośle, ale ja prowadzę spotkanie, więc proszę ewentualnie dopytać w kuluarach.

Pani prof. Chybicka chciała jeszcze dopytać. Bardzo proszę.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja chciałam zapytać o rolę protonoterapii w odniesieniu do nowotworów urologicznych.

Dlaczego? Wiem, że dzieci... Za to gorąco prof. Składowskiemu i wszystkim radioterapeutom, którzy się tym zajmują, za wszystkie polskie dzieci dziękuję – dzieci chore na nowotwory. Natomiast chciałam zapytać o chorych uroonkologicznie, o przerzutowego raka, na przykład prostaty, czy ta metoda jest lepsza od radioterapii konwencjonalnej. Czy jest zalecana i stosowana i jeśli tak, to dlaczego?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo szczegółowe pytania i bardzo proszę, jak pan profesor może.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, profesor Narodowego Instytutu Onkologii Oddział w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Dziękuję za to pytanie, pani profesor. Można też użyć określenia radioonkologdy. Ja bardzo lubię to określenie, bo są onkologdy kliniczni i są też radioonkologdy, więc wtedy to jest bardziej konkretne.

Protony nie mają zastosowania w leczeniu raka gruczołu krokowego, dlatego że nie wykazano w żadnym z badań wyższości tego rodzaju radioterapii nad radioterapią fotonową. Jeśli chodzi o przerzuty, mogę sobie wyobrazić pacjenta, który ma na przykład zaawansowanego raka stercza w postaci przerzutów, które to przerzuty występują bardzo blisko, w sąsiedztwie niesłychanie wrażliwych struktur w sensie promieniowania, które powinny być oszczędzone przy leczeniu. Z reguły wtedy one nie podlegają w ogóle resekcji chirurgicznej, bo się w ogóle nie da po prostu zoperować czegoś takiego, ale to są raczej, powiedziałbym, sytuacje kazuistyczne.

Natomiast skoro już jesteśmy przy radioterapii, to chciałem państwu zarekomendować sytuację, którą mamy w Polsce od tego roku, mianowicie sześć ośrodków dysponuje tzw. radioterapią adaptacyjną, opartą o nowoczesne przyspieszacze liniowe, czyli akceleratorzy, i ta radioterapia może dużo lepiej być realizowana w sennie topograficznym. Po prostu posługujemy się podczas zabiegu radioterapii nawigacją on-time, i on-line, i wtedy zabieg radioterapii może być powtarzany do pięciu razy, i pacjent otrzymuje

pełną dawkę z pełnym zabezpieczeniem za każdym razem, na przykład odbytnicy, która to jest najczęstszym narządem, który dolega pacjentowi podczas radioterapii. Mówię tutaj o leczeniu zarówno definitywnym, czyli bez operacji, jak również leczeniu pooperacyjnym. Takie ośrodki, jak trzy oddziały Instytutu Onkologii oraz podejrzewam, że to jest Szczecin, Wrocław i chyba Poznań posiadają już tę aparaturę i myślę, że kole-dzy, którzy już podjęli leczenia w tych ośrodkach, z przyjemnością obejmą leczeniem chorych na raka stercza w sensie radykalnym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę, panie, może po kolei.

Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Dzień dobry państwu, Dorota Korycińska, Polska Federacja Onkologiczna, która jest reprezentowana również przez Fundację OnkoCafe dzisiaj na posiedzeniu. My mamy kilka pytań. Postaram się bardzo krótko.

W temacie telewizji publicznej wydaje mi się, że telewizja publiczna ma misję i w ramach tej misji jest również zdrowie. Nie jestem pewna, nie mówię tego na 100%, ale chyba tak jest w ustawie, więc w ramach tej misji treści prozdrowotne nie powinny być obciążane specjalnymi kosztami jako reklama, tylko w ramach realizacji tej misji.

Mam pytanie, jeżeli chodzi o Profilaktykę 40 Plus – ilu mężczyzn zbadano w ramach tej profilaktyki? Ile wykryto nieprawidłowych wyników i jaka jest ścieżka tych pacjentów, u których te nieprawidłowości wykryto, i u ilu się okazało, że mają nowotwór?

Dodatkowe pytania – zniesienie skierowań do urologa. Ja bardzo dziękuję, że pan poseł poruszył ten temat, bo rzeczywiście przydałoby się, żeby nie trzeba było chodzić specjalnie po skierowanie, bo oprócz tego, że to jak gdyby wydłuża tę ścieżkę i zniechęca tak naprawdę, no to jest to w pewnym sensie bariera, ale również tworzenie kolejek. Termin oczekiwania jest długi i mamy problem z kolejkami. Po to, żeby iść na badanie profilaktyczne, chyba niekoniecznie trzeba stać w kolejce i zajmować rzeczywiście miejsce tym pacjentom, którzy potrzebują iść w celach leczenia czy diagnozy.

Zapewnienie pełnej dostępności diagnostyki – pacjent, który choruje na raka gruczołu krokowego, powinien mieć wykonaną diagnostykę pod kątem obecności mutacji BRCA. Ja mam nadzieję, że jeżeli mówię coś nieprawidłowo, to będziemy tutaj w naszych organizacjach sprostowani, ale z tego, co wiemy, to wykrycie mutacji w tych genach, to świadomość trudniejszej i innej do leczenia choroby o agresywnym przebiegu, która często dotyka młodych mężczyzn, więc wiedza o mutacji też pozwoli na objęcie całej rodziny opieką poradni genetycznej, no i wdrożenia odpowiedniej profilaktyki. Ale ta diagnostyka, jak wiemy, wykonywana nie jest albo wykonywana jest w momencie, gdy materiał nie jest diagnostyczny. Wtedy lekarz powinien mieć możliwość wykonania badania z krwi obwodowej, ale niestety nie może tego rozliczyć w trybie ambulatoryjnym, czyli znowu mamy jak gdyby ten kolejny próg.

Chciałam zapytać, czy Ministerstwo Zdrowia planuje dodać zapisy umożliwiające rozliczenie wykonywania badań z krwi w trybie ambulatoryjnym?

Trzeci temat to udostępnienie terapii na wczesnym etapie choroby. Obecnie jest dużo pozytywnych zmian. My się z tego bardzo cieszymy w naszych organizacjach federacyjnych. Przesunięcie terapii nowoczesną hormonoterapią na wcześniejsze etapy leczenia pozwala wydłużyć czas do progresji choroby, ale jednak pozostaje grupa pacjentów, którzy już nie mogą skorzystać z tej zmiany, ponieważ ich choroba przeszła fazę odporności na kastrację. Dla tej wykluczonej grupy są dostępne opcje terapeutyczne, to jest inhibitor PARP skojarzony z nowoczesną hormonoterapią bez względu na status molekularny. Pytanie mamy, czy MZ planuje zaopiekować się tą grupą pacjentów? Dziękuję bardzo.

Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej Anna Kupiecka:

Ja chciałam jeszcze w ramach pytania z OFO doprecyzować...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Proszę się przedstawić.

Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej Anna Kupiecka:

Anna Kupiecka, Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, przepraszam.

Chciałam zapytać MZ w odniesieniu do tego sprawozdania, które tutaj było, czy ja dobrze widzę, chciałabym zrozumieć, czy to tak zostało sprawozdane, że w 2024 r. mamy nowe refundacje w raku gruczołu krokowego. Widzę tutaj trzy leki, ale widzę je też w 2022 r., bo one już były, więc chciałam doprecyzować, czy w 2023 r., 2024 r. były nowe refundacje, czyli nowe leki, których nie było, czy były to jedynie przedłużenia oprócz nowych wskazań, bo to jest dla mnie zrozumiałe, ale zastanawia mnie, dlaczego te trzy leki, zwłaszcza Xofigo, które, z mojej wiedzy wynika, w zeszłym roku weszło do katalogu chemioterapii, tak że to są leki, które już były dawno używane, a tutaj są wykazane jako nowe refundacje w 2024 r. To chyba nie jest zgodne z faktami.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę jeszcze dalej, panią.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, redaktor hematologii dla pacjentów. Ja może najpierw chciałam do pani profesor, bo pani profesor zapytała o rad, o wykorzystywanie w terapii.

Więc ja myślę, że pani pytała o terapie radioizotopowe, tzw. terapie ligandowe, które są wykorzystywane w leczeniu pacjentów z trzustką już w Polsce i one są w badaniach klinicznych, także jeśli chodzi o raka prostaty. To jest podawanie radu w sposób dożylny i to jest tego typu terapia, bardzo duża, przyszłościowa, ważna. Kiedyś w Polsce one były, tylko były dziwnie wprowadzane. One nie były zarejestrowane, a je prowadzono i skorzystali na tym Amerykanie – oni teraz to upowszechnili i zarejestrowali, ale ta terapia, myślę, że jest już w ramach badań klinicznych w jakiś sposób dostępna pacjentom. Natomiast ja nie chcę się wypowiadać o programach lekowych. Powiem tylko, że nastąpił ogromny postęp, jeśli chodzi o programy lekowe w uroonkologii, zwłaszcza w raku pęcherza, gdzie powstał nowy program, którego nie było. Tutaj siedzi pan prof. Kucharz i jest bardzo w tym temacie zorientowany – będzie najlepszym mówcą. Natomiast ja bym tylko chciała powiedzieć, że w programie raka nerki nam brakuje takiej „kropki nad i”, takiej wisienki na torcie, mianowicie brakuje nam tam terapii skojarzonej, która łączy immunoterapię i terapię celowaną. To jest terapia, która mogła wejść dwa lata temu, ale ponieważ ona ma dwóch producentów, że tak powiem, to jeden producent nie był jeszcze gotowy z badaniami klinicznymi, nie przeszedł przez agencję oceny leków, a teraz już ta terapia jest w ministerstwie. Jest ukłon do Ministerstwa, żeby nad nią się pochylić i ona jest dostępna w RTDL dla pacjentów, ale my chcielibyśmy, żeby ona była jak najbardziej szeroko dostępna.

Popieram, jeśli chodzi o badania BRCA, bo część pacjentów jest BRCA zależnych i tutaj jest wykonywane w ramach po prostu kosztów ryczałtu szpitala, a nie jest to w koszyku świadczeń, a to badanie powinno być w koszyku świadczeń. I jeszcze bardzo ważna rzecz, bo ukazały się teraz kluczowe zalecenia dotyczące postępu opieki onkologicznej w niektórych nowotworach i tutaj w tych zaleceniach jest tylko ujęte leczenie dotyczące wyłącznie leczenia chirurgicznego. Tam w ogóle nie ma programów lekowych, na przykład w raku pęcherza, więc chyba trzeba by to poszerzyć.

Jeszcze bardzo ważna rzecz wiążąca się z finansowaniem – wiemy, że teraz się dzieje coś dziwnego, bo po prostu te programy lekowe nie są finansowane. W niektórych programach lekowych – ja nie mówię tylko o urologii, mówię szerzej – zaczynają się tworzyć kolejki do leczenia w programach, a jeżeli chodzi o pacjentów z rakiem płuc, to jest kompletnie niedopuszczalne, bo to jest nowotwór, który się bardzo szybko rozwija i tutaj myślę, że trzeba by się... Ja mam też ogromne obawy, jeśli chodzi o leczenie hospicyjne, gdzie nie są płacone nadwykonania od dwóch... Ja już wiem, że mówię nie na temat, dobrze.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Chciałem delikatnie zaznaczyć, już nawet włączyłem mikrofon.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Ale bym prosiła, żeby pan poseł i państwo posłowie pochylili się nad tematem finansowania, bo to już pacjentów bardzo niepokoi.

Ja jeszcze chciałam tylko zapytać, bo tutaj nie wiem, czy to gdzieś było uwzględnione – koszty tzw. sprzętu urostomijnego i opieki urostomijnej. Czy gdzieś tutaj to było w opiece ambulatoryjnej, czy... Nie było nigdzie, bo to też jest ważny temat i dostęp do tego jest w tej chwili bardzo dobry, ale jak mamy poznać całość kosztów, to też gdzieś tam powinno być wpisane i tak samo poradnie stomijne, które też zniknęły zupełnie, a to jest też bardzo ważny temat. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję uprzejmie. Myślę, że pan dyrektor i pan profesor pewnie chciałby się odnieść do tych paru pytań i ustosunkować. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Bardzo dziękuję za tę możliwość, nazywam się Michał Dzięgielewski, ale w protokole będzie, że ja mówiłem.

Co do wyników samego programu Profilaktyka 40 Plus boję się, że nie jestem w stanie wyciągnąć tych danych – przynajmniej z przygotowanych materiałów.

Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

A były przygotowane?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Nie wiem, bo akurat tym nie zajmuję się bezpośrednio, podobnie jak – bardzo przepraszam – nie zajmuję się bezpośrednio lekami. Trochę jak małpeczka jestem w stanie przeczytać to, co mi koledzy przygotowali. Na następną okazję postaram się to przygotować, bo muszę z leków...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Odpowiedź na piśmie, panie dyrektorze. Tak byłoby zasadnie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Muszę tak powiedzieć.

Urodziny bez kolejki, podobnie jak inne specjalności, byli rozważani. Zastanawialiśmy się nad tym. Bardziej oczywiste byłoby na przykład zrobienie okulistów bez kolejki, ale tutaj będziemy próbować coś zrobić z optometrystami. Mam mieszane uczucia, mówiąc szczerze. Ja wiem, że to by poprawiło dostęp do urologa, ułatwiłoby ludziom pójście do niego, ale jednocześnie boję się, że w jakiejś mierze jako społeczeństwo jesteśmy przyzwyczajeni od nadużywania przy powszechnych dolegliwościach specjalistów. Z wszystkim chodzimy do specjalisty, nie przyjmując do wiadomości, że specjalistą jest także lekarz medycyny rodzinnej, który leczy nas w POZ. Mamy naturalną skłonność do pomijania tego etapu, traktując tego lekarza jako tego, który wystawia skierowania. Jeżeli zniesiemy tę barierę – zgadzam się, administracyjną – boję się, że nie poprawi to dostępu do świadczeń urologicznych, tylko wręcz przeciwnie, zasypie te gabinety pacjentami. Dlatego to nie jest taka prosta decyzja do podjęcia.

Jeżeli chodzi o badania genetyczne, one rzeczywiście są na tapecie w tej chwili. My wprowadzamy już do ambulatorium dwa kolejne badania i będziemy rozważali także tę próbę krwi. Ja wiem, że to zajmuje chwilkę, ale musimy do tego podejść rozważnie. W zaleceniach na pewno będzie uwzględniana także diagnostyka genetyczna i tam, gdzie będzie to oczywiste, będziemy wprowadzali.

Natomiast jeżeli chodzi o te kluczowe zalecenia, które publikuje ministerstwo na swojej stronie, to siłą rzeczy wyciągamy to, co jest istotne do oceny jakości procesu leczenia, natomiast są to zalecenia, które obowiązują dla wszystkich i nie są pełne. Są wybrane punkty kontrolne, po których możemy sprawdzić jakość leczenia pacjentów. Pełne wytyczne, jeżeli chodzi o leczenie, uwzględniające wszystkie możliwe programy lekowe, całą chemioterapię, będą publikowane na stronie Narodowego Instytutu Onkologii. Gdybyśmy przyjęli tryb określania wszystkich pełnych wytycznych do leczenia nowotworów w trybie obwieszczenia ministra zdrowia, to tak naprawdę przy każdej decyzji

refundacyjnej musielibyśmy zmieniać te wytyczne i aktualizować dokumenty prawne, więc byłaby to droga naokoło, dlatego kluczowe wytyczne polegają na tym, że ze wszystkich wytycznych, które określają wszystkie możliwe ścieżki pacjenta w zależności od fazy zaawansowania nowotworu, od tego, jaki jest rodzaj histopatologiczny, od tego, co stwierdzamy genetycznie, wybieramy te punkty kontrolne, po których będziemy mogli sprawdzić, czy dany ośrodek robi to dobrze czy nie. Dlatego siłą rzeczy kluczowe wytyczne nie zawierają programów lekowych, ponieważ to nie jest jedyna wytyczna do leczenia. To jest tylko wytyczna do oceny jakości procesu leczenia, natomiast pełne wytyczne są na stronie NIO, bo taki tryb przyjęliśmy.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pytanie – bardzo proszę.

Pracownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii Jakub Kucharz:

Dzień dobry, Jakub Kucharz, Klinika Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii. Proszę państwa, ponieważ się poczułem wywołany do odpowiedzi, ale chciałbym zwrócić uwagę na cztery kwestie.

Jak chodzi o rad 223, który był wspominany kilkakrotnie, ten lek nie był w katalogu chemioterapii. Był w programie lekowym. Przez jakiś czas z tego programu lekowego zniknął. Pojawił się na nowo – w programie lekowym jest dostępny i to jest lek o ugruntowanej pozycji w leczeniu chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami u pacjentów po wykorzystaniu nowoczesnych leków hormonalnych i chemioterapii. Z racji, że to jest lek, który jest alfaemiterem w przeciwieństwie do strontu czy samaru, to jest lek, który ma korzystny profil bezpieczeństwa i jest dosyć szeroko stosowany. W Instytucie ponad 200 pacjentów leczymy tym lekiem.

Jak chodzi o izotopy jako takie, czy leczenie z wykorzystaniem radioligandów – tutaj też była dyskusja na ten temat – to to, że jest stosowany określony izotop, to kwestią jest też tego, z jakim ligandem on jest też połączony, tak że to, że jakaś forma terapii była stosowana w innym wskazaniu, to nie znaczy, że ten sam izotop w tej samej formie będzie aktywny w innej chorobie, bo jest kwestia zastosowanego ligandu, z którym jest ten izotop połączony, więc te kolejne rejestracje, które się pojawiają, to są nowości.

Jak chodzi o testowanie w kierunku mutacji BRCA1 czy BRCA2, czy w ogóle szerzej, testowanie pod kątem zaburzeń w genach naprawy DNA, do tego są określone wskazania. Określone wskazania od kątem testowania somatycznego, germinального – mamy wytyczne w tym zakresie, no i też chciałbym tutaj powiedzieć dość jasno, że to nie jest tak, że każdy chory, który ma raka gruczołu krokowego, w momencie rozpoznania wymaga tego testowania. Testowanie w określonych, jasno stwierdzonych wskazaniach, co do których nie mamy wątpliwości, czyli na przykład pacjenci, którzy mają dodatni wywiad rodzinny, zachorowali w młodym wieku bądź w sytuacji – to takie klasyczne wskazania – testowania germinального. Natomiast jeśli mamy chorego leczonego już określony czas i można rozważać również diagnostykę w kierunku zaburzeń somatycznych.

Jak chodzi o terapie skojarzone, o których pani prezes mówiła w kontekście skojarzenia nowoczesnych leków hormonalnych i inhibitorami PARP, proszę państwa, też jakby tutaj myślę, że warto zachować daleko idącą rozwagę, dlatego że badania kliniczne pokazują, że nie wszyscy chorzy odnoszą korzyść z takiego leczenia, tylko określone, specyficzne grupy, więc tutaj również apelowałbym o rozwagę w rozważaniu tych terapii. Na pewno w programach lekowych duże zmiany się zadziały. Na pewno jest jeszcze wiele terapii, które są potencjalnie potrzebne i przydatne z punktu widzenia praktyków, natomiast tak jak powiedziałem, myślę, że tutaj stosowanie tych nowoczesnych form, leczenie i kwalifikowanie, jak zawsze w onkologii klinicznej i w medycynie, powinno być z daleko idącą rozwagą. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Panie pośle Hoc, krótkie pytanie, bo poza kolejnością.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Bo ja nie wiedziałem. Myślałem, że już koniec.

W każdym razie, nawiązując do wypowiedzi pana profesora, chyba okazuje się, że 6% mutacji BRCA1 koreluje właśnie z rakiem prostaty.

Pracownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii Jakub Kucharz:

Raczej powiedziałbym tak, że spośród pacjentów z rakiem gruczołu krokowego około 6% będzie miało mutację BRCA1. Trochę więcej tak naprawdę. Natomiast stwierdzona mutacja BRCA1, BRCA2 jest związana z wielokrotnie wyższym ryzykiem zachorowania, ale tutaj wywiad rodzinny, poradnictwo genetyczne pozwala nam określić, u których chorych powinniśmy taką diagnostykę prowadzić.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dobrze, ale ja mam inne pytanie. Cały czas drażę temat prostaty.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Proszę zadać pytanie, panie doktorze.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Więc chodzi mi o... Wiadomo, że hist-pat, biopsja gruboigłowa to jest jakby warunek rozpoznania, ale czy są teraz nowe metody?

Teraz chciałbym, by autorytety się wypowiedziały na temat badania 4k i płynnej biopsji – 4k, czyli całkowite, nienaruszalne, wolne PSA i peptydaza, i płynna biopsja, czyli nieinwazyjne badanie moczu, gdzie się bada gen proliferacji, gen progresji i to jest ponoć 95% nieinwazyjnego rozpoznawania raka. Czy taka metoda jest w ogóle w Polsce rozpowszechniona i czy w ogóle się coś takiego rozpowszechnia i wzmacnia, bo wiadomo, że my wiemy, z czym się wiąże biopsja i jaka to jest kwestia, już nie chcę mówić o powikłaniach, żebym nie zniechęcił do tego, ale to jest też aspekt, powiedziałbym, nastawienia, czy też kwestii fizycznej.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję panu doktorowi za bardzo szczegółowe pytania. Jeżeli pan profesor może.

Pracownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii Jakub Kucharz:

Powiedziałbym, że kardynalną zasadą w onkologii klinicznej, i w ogóle w onkologii, jest uzyskanie wyniku histopatologicznego do rozpoczęcia leczenia i każda inna forma stawiania rozpoznania nie jest wystarczająca, aby móc zdecydować o postępowaniu.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Jeszcze pan profesor chciałby uzupełnić.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, kierownik Kliniki Urologii CMKP w Warszawie Jakub Dobruch:

Chciałbym zadać jedno pytanie, ale jeszcze raz – Jakub Dobruch, jestem wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego; jestem kierownikiem Kliniki Urologii CMKP. Nie wiem, czy to dla pana posła stanowi autorytet. Nie wiem, nieważne.

Gdybyśmy wszystkich mężczyzn, którzy ukończyli 60. rok życia poddali badaniom prostaty, usunęli prostatę i ją pokroili, podłożyli ją pod mikroskop, to u znakomitej większości z nich wykrylibyśmy raka. Jeśli spojrzeć na dane pochodzące ze Stanów Zjednoczonych, dwie trzecie mężczyzn, u których wykryto już raka prostaty, umiera z powodu chorób układu krążenia, układu oddechowego, innych chorób. Spośród pozostałej jednej trzeciej połowa umiera z powodu innych nowotworów, czyli jedynie nieliczni mężczyźni, u których się wykryje raka stercza obecnie dzięki PSA itd, dzięki uświadomieniu mężczyznom potrzeby wczesnego wykrywania raka prostaty jedynie nieliczni umierają z powodu raka stercza i to jest między innymi zasługa państwa pracy – super – i naszych starań, wszystkich. Mam na myśli społeczność lekarską.

Odnosimy sukces w leczeniu chorych na raka stercza, ale odbywa się to sporym kosztem. U ilu mężczyzn niepotrzebnie wdramy leczenie, ilu mężczyzn narażamy na skutki formy leczenia radykalnego, czy to chirurgii, czy to radioterapii, tego do końca nie wiemy. Na pewno jest to niemała liczba. Według szacunków europejskich to jest rząd

30-40% nowych rozpoznań. Jeszcze raz to powtórzę: prawie jedna trzecia mężczyzn leczona jest niepotrzebnie.

Chciałbym, panie przewodniczący, jedno pytanie zadać panu dyrektorowi, bo poruszenie państwo temat robotyki – nie ulega kwestii, że wejście robotów do urologii zrewolucjonizowało leczenie operacyjne. Nie ulega to wątpliwości. Widać bardzo, jakie jest wrzenie w moim środowisku. To jest fantastyczne narzędzie chirurgiczne, ale ono ma zastosowanie w wielu innych nowotworach. Chociażby w raku nerki użycie robota zwiększy odsetek operacji zachowujących miąższ nerkowy. W raku pęcherza moczowego z pewnością poprawiłoby wyniki leczenia okołoperacyjnego chorych na te pozostałe nowotwory, które stanowią również bardzo poważną część urologii. Czy państwo myślicie czy rozważacie rozszerzenie refundacji tych procedur chirurgicznych, które mogłyby być wykorzystane z użyciem robota w innych nowotworach?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja myślę, że te rozważania na pewno się toczą, bo jeżeli to dotyczy jelita grubego, gdzie jest to wykorzystane, w ginekologii również medycyna robotowa jest wykorzystywana. Myślę że w tych wskazaniach, o których pan profesor mówił, również to będzie miało swoją przyszłość. Widzę, że pan dyrektor kiwa głową – tak jakby potwierdza, że trwają prace.

Jeżeli krótka odpowiedź pana dyrektora, to bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Trzeba odróżnić od siebie dwie rzeczy. Trzeba odróżnić od siebie narzędzia i sposób refundacji.

Zasadniczo nie ma żadnych przeciwwskazań, żeby móc operować robotem we wszystkich wskazaniach, w których chce się operować. Co więcej, układając pewnego rodzaju warunki, zadaliśmy o to, żeby spełnienie pewnego rodzaju koncentracji doświadczenia w jednej lokalizacji nowotworu, bo proszę zwrócić uwagę, że w doświadczeniu zapisaliśmy niekoniecznie tylko i wyłącznie umiejętność operowania za pomocą robota, ale też żeby ośrodek, który chce się zająć operacją robotową w przypadku na przykład raka gruczołu krokowego, w ogóle takimi pacjentami wcześniej się zajmował. I to najlepiej, żeby nie było ich dziesięciu, tylko żeby to był ośrodek, który na serio się tym zajmuje, bo to są miejsca, w których powinno się koncentrować te środki. Jednocześnie jest wpisane, że wystarczy spełnić kryterium w jednym z tych warunków i można operować już we wszystkich innych lokalizacjach, takich jak refundowane w tej chwili rak jelita grubego czy rak macicy, ale także w tych, które refundowane nie są. Wyobrażam sobie, że istnieje część zabiegów operacyjnych, gdzie tak naprawdę koszt narzędzia mieści się w tym, co Fundusz określił jako wycenę. Wiemy doskonale – w momencie, kiedy podchodziło do chirurgii ogólnej, że nie wszystkie procedury były niedoszacowane, niektóre były przeszacowane, trwa po prostu dość długa dyskusja na temat tego, jak do tego podejść. Wiemy doskonale, że robota kupiły sobie ośrodki, którym nie zależało na tym, żeby poprowadzić swoich pacjentów należycie, tylko dlatego że to oznaczało konkretne pieniądze. Już w tej chwili cena operacji robotowej na rynku prywatnym i na rynku publicznym jest praktycznie zrównana. Co więcej, ten prywatny rynek już prawie nie istnieje, jeżeli chodzi o podejście do operacji robotowych, co dowodzi, że oszacowaliśmy na poziomie rynkowym, czyli de facto przeszacowaliśmy, biorąc pod uwagę masowość zjawiska.

Robotów jest dużo. One powinny być w jakikolwiek sposób wykorzystywane na rozsądnym poziomie, tylko nie wiem, czy rozsądnym jest wprowadzenie dwóch cen w zależności od narzędzia, którego się użyje, bo jednak jakby na to nie patrzeć, jest to pewnego rodzaju operacja laparoskopowa, robiona za pomocą doskonalszego narzędzia. Musimy na serio podejść do sposobu finansowania w ogóle całej chirurgii, w tym chirurgii wykonywanej za pomocą robotów różnego rodzaju po to, żeby nie zrobić sztucznej zachęty do przewagi jednej technologii na inną, tylko dlatego, że się bardziej opłaca. Żeby do robota się wzięli ci, którzy na serio potrzebują tego narzędzia i którzy potrafią to wykorzystać, no bo roboty zaczęły nam trochę trafiać pod strzechy trochę za szeroko.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi. Bardzo proszę, pan.

Prezes zarządu Modern Healthcare Institute Krzysztof Jakubiak:

Bardzo dziękuję. Krzysztof Jakubiak, reprezentuję Modern Healthcare Institute, wydawcę już czterech raportów na temat chirurgii robotowej i chciałem dwoma słowami poprzeć pana dyrektora Dziegielewskiego i trochę odpowiedzieć panu prof. Dobruchowi.

W 2023 r. w Polsce 23 szpitale wykonywały zabiegi urologiczne inne niż prostatektomia, w tym wykonano około 260 operacji nerek za pomocą robota. Najwięcej w Śląskim Centrum Urologii i w Międzyzlesiu. Jeżeli chodzi o pęcherz, to 12 placówek wykonywało zabiegi, bo około 110, i najwięcej Szpital Uniwersytecki im. A. Jurasza w Bydgoszczy, i potem Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach, tak że te zabiegi inne niż prostatektomia są wykonywane z pomocą robotów w urologii. Około 450 zabiegów robotowych było w ubiegłym roku, właśnie innych niż prostatektomia i to się dzieje niezależnie od tego, że NFZ płaci za takie zabiegi tak samo, jak za zabiegi wykonywane laparoskopowo czy metodą otwartą. Więc to jest jakby tak dla wyjaśnienia, bo w obiegu publicznym funkcjonuje takie stwierdzenie, że dwa lata temu NFZ zaczął refundować zabiegi robotowe – to jest nieprawda, ponieważ NFZ refunduje zabiegi robotem od 14 lat, odkąd w 2010 r. pierwszy szpital w Polsce kupił robota – to był wrocławski szpital – wykonuje te zabiegi i NFZ za te zabiegi płaci. Problem jest tylko taki, że płaci tak samo jak za każdy inny zabieg, inną metodą, i że NFZ nie wie, że płaci za operację robotową, ponieważ nie istnieje sprawozdawczość, która by powodowała, że NFZ dowiadyuje się, że zabieg został wykonany w asyście robota. I to jest taka kwestia braku rejestru zabiegów robotowych i braku zbierania odpowiednich informacji. NFZ wie, że płaci za operacje robotowe, tylko te wyżej wycenione, czyli na dzień dzisiejszy trzy rodzaje: prostatektomia, jelito grube i rak trzonu macicy i tylko pod warunkiem, że szpital to sprawozda, bo również około 1000 zabiegów w ubiegłym roku szpitale wykonały właśnie w tych trzech wskazaniach, ale nie rozliczyły tego jako zabiegi robotowe, ponieważ nie osiągnęły wymaganego minimalnego limitu liczby zabiegów wykonanych. Mówię o tym, dlatego że chciałem zwrócić uwagę, że bardzo dobrze byłoby, gdyby wreszcie powstały rejestry kliniczne poszczególne narządowe, ale również rejestr zabiegów robotowych, to wtedy wiedzielibyśmy znacznie więcej i przede wszystkim wiedzielibyśmy, czy chirurgia robotowa daje lepsze efekty również z punktu widzenia farmakoekonomii, czyli że pozwala leczyć pacjentów efektywniej, wydając mniej pieniędzy, niż na inne metody leczenia.

Druga rzecz, jak już jestem przy głosie, chciałbym... Bo pan przewodniczący o tym wspominał – o koncentracji leczenia zabiegowego. Jeżeli chodzi o robotykę i o prostatę, zabiegi prostatektomii, chciałbym powiedzieć, że już taki trend można zauważyć, to znaczy wzrasta od kilku lat dzięki temu, że szpitale kupują roboty i zaczynają starać się wykonywać jak najwięcej zabiegów w asyście robotów, wzrasta liczba szpitali, które wykonują 100, 200 zabiegów prostatektomii. W 2023 r. takich szpitali było w Polsce 46. 30 wykonało między 100 a 200, a 16 wykonało ponad 200 zabiegów. Dwa lata wcześniej było ich tylko 22, czyli to się zdublowało, czyli ta koncentracja leczenia zabiegowego w urologii następuje właśnie dzięki temu, że powstają ośrodki specjalizujące się w leczeniu zabiegowym w asyście robota. W Polsce już jest sześć szpitali, które mają dwa systemy robotowe, a już jeden – chyba bydgoski – kupuje trzeci system robotowy, więc powstają te tzw. high volume centers, które mają kluczowe znaczenie dla jakości leczenia zabiegowego i tutaj w tym kontekście myślę, ostatnie słowo powiem, że wszyscy chyba pacjenci i większość ekspertów zgadza się, że powinny powstawać specjalistyczne unity narządowe i unity również w zakresie leczenia raków urologicznych, ponieważ takie ośrodki istnieją, ale istnieją wyłącznie w sposób praktyczny; nie są w żaden sposób kontrolowane ani monitorowane, ani objęte jakimiś specjalnymi wymogami ze strony Ministerstwa Zdrowia, a warto byłoby to zrobić. Kilka dni temu chyba Wojskowy Instytut Medyczny chwalił się, że jako pierwszy w Polsce powołał unit leczenia raka prostaty, ale to są wszystko takie działania umykające formalnemu nadzorowi resortu zdrowia i miejmy tylko nadzieję, że Sieć Onkologiczna jakoś na to wpłynie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan prosił o głos. Bardzo proszę.

Ekspert Fundacji „Wygrajmy Zdrowie” Dominik Dziurda:

Dzień dobry, panie przewodniczący. Szanowni państwo, Dominik Dziurda, HTA Formedis. Występuję tutaj z ramienia Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”. W kwestii raka pęcherza moczowego, w szczególności również obwieszczenia ministra zdrowia, jedna kwestia informacyjna, dwa króciutkie postulaty do pana dyrektora.

Jeżeli chodzi o informacje, to pod koniec zeszłego roku Fundacja podjęła pod egidą Agencji Badań Medycznych projekt algorytmizacji ścieżek postępowania w raku pęcherza moczowego. Był powołany zespół koordynujący, rada ekspercka i chciałem poinformować, że te prace uległy zakończeniu. 2 października będzie publikacja raportu w tym zakresie i prześlemy do szanownej podkomisji, do szanownego pana dyrektora, do Ministerstwa Zdrowia wyniki tej pracy. Ta praca obejmuje trzy główne kwestie, czyli zaprojektowano algorytmy postępowania w oparciu o aktualne wytyczne postępowania, zbudowano zestaw wskaźników jakości, który mógłby monitorować te zalecenia i również dokonano identyfikacji aktualnych wyzwań systemowych dla leczenia raka pęcherza moczowego.

Teraz w kwestii obwieszczenia – kwestia obwieszczenia z 6 września. Ja znam podejście i jak gdyby to, że tam jest tylko kilkanaście zaleceń jest jak najbardziej zrozumiała, bo to miały być zalecenia, które można monitorować pod kątem ich wykonawstwa, ale chcielibyśmy poddać pod rozagę pana ministra, pana dyrektora uzupełnienie o kilka rzeczy, które uważamy, że zarówno są istotne, jak i łatwe do monitorowania, i istotne dla jakości opieki.

Pierwsza kwestia to zalecenia odnoszące się bezpośrednio do jakości zabiegu TURP. Tam oczywiście są zalecenia, które odnoszą się kontynuacji, ale brakuje czegoś, co zarówno brytyjska NICE, jak i szkockie agencje jakości, monitorują ten aspekt.

Druga kwestia to jest kwestia standardu cystoskopii diagnostycznej i takiego zalecenia, które w dalszym ciągu promowałoby wykonawstwo tej cystoskopii w warunkach ambulatoryjnych cystoskopem giętkim.

Trzecia kwestia, która częściowo znalazła się w tym dokumencie, to kwestia terapii BCG, natomiast z diagnozy, którą przeprowadzaliśmy w ramach tego projektu, widzimy, że w ogóle wdrażanie terapii BCG – oczywiście w odpowiednim stanie klinicznym – stanowi problem i wydaje się, że jest w systemie niedostateczna dostępność do tych ośrodków, które prowadzą terapię BCG. Umieszczenie w takich zaleceniach mogłoby również to poprawić.

I kwestia czwarta, to kwestia oznaczania ekspresji PD-L1 w zabiegu cystektomii. Abstrahując od kwestii samego programu lekowego, to na jakimś etapie tych pacjentów trzeba oznaczyć pod kątem możliwości uwzględnienia ich w programie lekowym i wydaje się, że ten element mógłby również pomóc i upłynnić potem szybkość dostępu pacjentów do leczenia.

I ta trzecia kwestia, ta już wcześniejsza, bo na etapie diagnozy jako krytyczny element dla opieki zidentyfikowaliśmy właściwe przestrzeganie algorytmu diagnostycznego u lekarzy POZ, czyli na tym etapie, kiedy pacjent zjawia się albo z objawami krwimocz, albo krwinkomocz. Przy udziale pani profesor konsultant krajowej, pani prof. Mastalerz-Migas, został opracowany w ramach tego projektu algorytm postępowania dla lekarzy POZ i chciałem poddać pod rozagę pana dyrektora możliwość zaangażowania ministerstwa w promocję tego algorytmu, bo wydaje się, że właśnie załatwienie tej kwestii jasności postępowania na etapie lekarza POZ mogłoby mieć również istotny wpływ dla ostatecznej jakości opieki. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Weszliśmy teraz w takie już rzeczywiście szczegółowe analizy tych naszych przypadków. Wydaje mi się, że jakby adresatem czy też miejscem do tego typu konsultacji, rozmów powinna być ul. Miodowa, a nie tutaj, ale widzę, że pan dyrektor jest przygotowany do tych odpowiedzi. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziegielewski:

Oczywiście dziękujemy za samodzielnie wykonaną pracę, niemniej to jest dość skomplikowana ścieżka, jak powstają te kluczowe wytyczne. To nie jest tak, że minister sobie siada przy biurku i bierze dwóch swoich dyrektorów, i piszemy to, tylko zespół ekspertów

powołanych wokół Narodowego Instytutu Onkologii siada, pisze wytyczne, przede wszystkim korzystając z amerykańskich i europejskich wytycznych NCIS. Potem te wytyczne idą do AOTMiT, który, korzystając ze swoich metod badawczych, a akurat ty dobrze wiesz, że AOTMiT ma dostęp do przeróżnych Źródeł, dokonuje przeglądu piśmiennictwa światowego, obowiązujących wytycznych i proponuje pewnego rodzaju wytyczne kluczowe. Te wytyczne kluczowe następnie idą do opiniowania przez Narodową Radę Onkologii, w której zasiadają eksperci z różnych dziedzin medycznych, a także przedstawiciele instytucji zaangażowanych w ten proces. Rada dyskutuje dość długo nad zaproponowanym zestawem kluczowych wytycznych, wcześniej oczywiście nad zaproponowanymi w ogóle wytycznymi całościowymi leczniczymi, tak że w tym procesie jak najbardziej jest miejsce, bo można próbować dotrzeć do AOTMiT, który się posługuje pewnego rodzaju algorytmami przy opracowywaniu stanowiska, albo próbować się dostać do tego zespołu. Minister tak naprawdę na szczęście merytorycznie nie każe nam się zagłębiać w te wytyczne. Wolimy, kiedy takie rzeczy sporządzają eksperci, którzy się znają na podejściu do tego, więc na pewno na tym etapie byłoby do tego wejście, tak że tu jest OK.

Jeżeli chodzi o współpracę z konsultantem krajowym do POZ i tym przygotowanym algorytmem, pani prof. Mastalerz-Migas ma zawsze szybką ścieżkę, przekazuje materiały. My publikujemy te materiały na swojej stronie. Wydaje mi się, że problem jest taki, że jeszcze lekarze musieliby chcieć tego przestrzegać, zapoznać się z tym i robić. Ja wiem, że to jest dużo różnych materiałów. Trzeba się zastanowić nad różnego rodzaju systemami. Na razie próbujemy przygotować pewne ścieżki w najpowszechniejszych chorobach. Rak pęcherza moczowego nie jest tym głównym schorzeniem czy, powiedzmy, rak układu moczowego. Próbujemy nauczyć właściwego postępowania przy nadciśnieniu tętniczym, czyli że niekoniecznie kardiolog musi je leczyć; przy schorzeniach typu POChP; przy schorzeniach nerek, ale rozumianych raczej jako przewlekła choroba nerek, niż choroby nowotworowe. Musimy zacząć edukację od tych obszarów, w których wykonana praca przyda się każdemu na co dzień, a rzeczy egzotyczne oczywiście będziemy promować. Zamieszczamy takie wytyczne na swojej stronie. Podobną pracę wykonuje PTMR i wszystkie towarzystwa, które te wytyczne przekazują, natomiast nie da się wszystkiego jednocześnie wyuczyć. Trzeba się skupić tam, gdzie rezultat będzie w odniesieniu do największej liczby pacjentów.

Ekspert Fundacji „Wygrajmy Zdrowie” Dominik Dziurda:

Ja przepraszam, tylko ad vocem, jeżeli mogę odpowiedzieć jednym zdaniem.

Ja bardzo dziękuję za tę odpowiedź. Ja tylko liczę, że ten dokument, który przekazemy, on jak gdyby wychodzi do przodu, bo nie o to chodzi, żeby proponować Ministerstwu, żeby coś zrobiło. W ramach tego projektu zostało to opracowane i wierzymy, że w takiej wersji, która może być wykorzystana praktycznie do rozwoju jakości w Krajowej Sieci Onkologicznej. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Pani, bardzo proszę.

Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Elżbieta Markowska:

Elżbieta Markowska, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Stowarzyszenia Częstochowskich Amazonek. Padło tu dzisiaj słowo o profilaktyce, o edukacji.

Ja chciałam powiedzieć, że edukacja i profilaktyka powinna się już odbywać od takich młodych lat i tu zwłaszcza, jeżeli chodzi o raka prostaty, ale przede wszystkim o raka jąder. My, jako amazonki, mamy taki program „Zostań samobadaczem roku. Rak nie zna metryki: badaj piersi, badaj jądra” i to jest edukacja w szkołach, i muszę powiedzieć, że robimy to już od kilku lat, ale z takim naprawdę bardzo dużym skutkiem, ponieważ docieramy, mamy fantomy, ale też odpowiednie materiały, i edukujemy młodzież, czy to dotyczy właśnie zapobiegania, czyli nauki samobadania, jeżeli chodzi o raka piersi, ale w ogóle o piersi, a przede wszystkim również o raka jąder. Tutaj też się często zdarzają niestety dojrzały mężczyźni, którzy obawiają się, właśnie dzisiaj mówimy tutaj o raku prostaty, raku gruczołu krokowego, gdzie są często zagubieni i dowiadują się albo się panicznie boją, a przychodzą też niestety za późno. W regionach – ja jestem z Częstochowy – mamy dosyć duży problem, jeżeli chodzi o urologię i tam jest ten dostęp taki dosyć niski, ale to wszystko się zmienia, i tutaj myślę, że duży nacisk jest taki,

żeby jednak mówić o tej profilaktyce, o edukacji i rozpoczynać to już od młodego wieku, a przede wszystkim ci naprawdę młodzi uczniowie stają się również teraz ambasadorami, bo my mamy ambasadorki, jeżeli chodzi o raka piersi, a teraz włączają się również młodzi chłopcy, którzy zostają właśnie ambasadorami, jeżeli chodzi o raka jądra i chcą edukować swoich kolegów, czyli pokazują na fantomach i mówią, przekazują im te wszystkie informacje. Mamy przygotowane odpowiednie materiały, które później przenoszą do domów, do swoich rodzin, do swoich znajomych i przyjaciół, i myślę, że jest to bardzo dobry krok. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Oczywiście, że edukacja jest najważniejsza. O tym mówimy od kilkunastu lat – o potrzebie wprowadzenia obowiązkowego przedmiotu do szkół podstawowych i jest tutaj nadzieja, że od przyszłego roku taki przedmiot wreszcie znajdzie się w szkole na poziomie czwartej, piątej klasy jako przedmiot obowiązkowy, gdzie właśnie mówilibyśmy o profilaktyce, o nauce o zdrowiu, o odżywianiu, o aktywnym spędzaniu wolnego czasu, ale to dopiero dla tego pokolenia może za kilkanaście lat – 20–30 lat – będzie efekt tego nauczania, ale to jest oczywiście podstawa i cieszę się bardzo, że wreszcie po tylu latach doczekaliśmy się tego momentu, kiedy taki przedmiot powstanie i to rzeczywiście jest jakaś przyszłość, i na to czekaliśmy bardzo długo.

Jeżeli ktoś z państwa chciałby jeszcze, to bardzo proszę. Ale, pani Olu, ostatnie, krótkie pytanie.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

To pytanie chcę skierować do mojego kolegi, Krzysztofa Jakubiaka, który pełnił funkcję też rzecznika ministra zdrowia, żeby wyjaśnił nam, jak to naprawdę jest z tą misją telewizji. Czy rzeczywiście telewizja publiczna tak chętnie – za friko, że tak powiem – publikuje.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Jeżeli pan byłby rzecznik ma wiedzę, to bardzo proszę o odpowiedź.

Prezes zarządu Modern Healthcare Institute Krzysztof Jakubiak:

Dziękuję. Krzysztof Jakubiak raz jeszcze. Mam taką wiedzę, że jakiekolwiek próby apelowania, prośb bądź nawet gróźb niekaralnych kierowane do telewizji publicznej z prośbą właśnie o bezpłatne działania, udostępnienie czasu antenowego, wplatanie tzw. problem position w jakieś seriale publiczne, to są działania skazane na niepowodzenie, o ile nie idą za tym pieniądze, niestety. Nie pamiętam sytuacji, w której ktokolwiek, czy ja, czy ktoś inny, bo resort od wielu lat stara się w ten sposób wymóc na publicznej telewizji wykorzystanie czasu antenowego do profilaktyki zdrowotnej bezpłatnie, to nikomu nie udało się chyba tego osiągnąć.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, na tym zamykam dyskusję.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Serdecznie dziękuję wszystkim państwu za udział w dzisiejszym spotkaniu. Dowiedzieliśmy się bardzo dużo fajnych, nowych rzeczy. Nawet jeden z kolegów lekarzy, Czesław Hoc, nie doczekał do końca, bo widocznie był tak bardzo poirytowany tymi odpowiedziami, że musiał opuścić naszą salę.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję i do zobaczenia na naszej kolejnej podkomisji, a jeżeli ktoś z państwa chciałby zostać na Komisji Zdrowia, która będzie dotyczyła sprawozdania wyniku finansowego – to bardzo też istotne dla nas wszystkich – to zapraszamy na godzinę 15:00. Dziękuję bardzo.