

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ**
DO SPRAW ONKOLOGII
(NR 9)
z dnia 5 grudnia 2024 r.

Komisja
Zdrowia

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 9)

5 grudnia 2024 r.

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

- informację na temat monitorowania jakości w systemie opieki onkologicznej,
- informację na temat zastosowania chirurgii robotycznej w onkologii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Konrad Korbiński** dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej i **Tomasz Kuleta** naczelnik wydziału w Departamencie Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Mariusz Bidziński** konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, **Edyta Borkowska** konsultant krajowy w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, **Andrzej Marszałek** konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej, **Wojciech Zegarski** konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, **Marta Puścion** główny specjalista w Departamencie Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Filip Urbański** dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Anna Apel** prezes zarządu Fundacji Onkologia 2025, **Beata Barańska** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Tomasz Drewna** prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, **Marek Durlak** kierownik Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia, **Jacek Jassem** kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, **Krzysztof Jakubiak** prezes zarządu Modern Healthcare Institute, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Maciej Mazurek** sekretarz Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, ekspert Medycznej Racji Stanu, **Tadeusz Orłowski** kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, **Artur Ostrowski** i **Magdalena Sierszyńska** eksperci Pracodawców RP, **Piotr Pieńkowski** zastępca kierownika Kliniki Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Wielkopolskiego Centrum Onkologii, **Artur Prusaczyk** pełnomocnik prezesa i **Tomasz Kluz** członek Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz ze współpracownikiem, **Anna Skowrońska** kierownik w Wydziale Taryfikacji i **Magda Furmanek** główny specjalista w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Monika Trawińska** dyrektor Krajowego Centrum Bioetyki Agencji Badań Medycznych, **Piotr Turmiński** zastępca rzecznika dyscyplinarnego Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Bernard Waśko** dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Higieny, **Wojciech Witkiewicz** dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu, **Tadeusz Włodarczyk** prezes Głównego Zarządu Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”, **Marek Zawadzki** prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz **Robert Zawadzki** ekspert Konfederacji Lewiatan.

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

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Proszę państwa, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Witam członków podkomisji, parlamentarzystów. Witam zaproszonych gości, ekspertów, wszystkie ruchy pacjenckie również. Stwierdzam kworum.

Pozwolę sobie przedstawić porządek dzisiejszego posiedzenia. Pierwszy punkt, to jest rozpatrzenie informacji na temat monitorowania jakości w systemie opieki onkologicznej. Będzie to informacja przedstawiona przez przedstawiciela ministra zdrowia.

Drugi punkt naszego dzisiejszego posiedzenia, to rozpatrzenie informacji na temat zastosowania chirurgii robotycznej w onkologii. Będzie to przedstawiał również przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli państwo parlamentarzyści nie mają uwag do porządku obrad, to możemy przystąpić do procedowania. Nie ma uwag.

W związku z tym chciałbym państwu zaproponować następującą procedurę, żeby oba te punkty były przedstawione przez przedstawicieli resortu zdrowia i narodowego funduszu, po czym rozpoczęlibyśmy wspólną debatę i państwa wystąpienia. Są dwie prezentacje, które państwo przygotowali i przesłali na adres Komisji, więc chciałbym, żeby państwo to przedstawili i rozpoczniemy dyskusję.

W związku z tym, w tym pierwszym punkcie chciałbym prosić o wystąpienie przedstawiciela ministra zdrowia. Rozumiem, że ten punkt przedstawiał będzie dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia, pan Konrad Korbiński. Tak więc bardzo proszę, panie dyrektorze, o przedstawienie pierwszego punktu informacji ministra zdrowia.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia Konrad Korbiński:

Panie przewodniczący, Wysoka Podkomisjo, szanowni państwo, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Monitorowanie jakości w opiece onkologicznej to jest wyzwanie, które stoi przed nami. Jest niezwykle istotne, aby finansować te świadczenia onkologiczne, które rzeczywiście zapewniają bezpieczeństwo i właściwe efekty diagnostyki i leczenia pacjentów.

Poprzedni rok, czyli rok 2023, był niezwykle kluczowy, jeśli chodzi o wprowadzenie instrumentów prawnych, które wcześniej nie funkcjonowały w systemie opieki zdrowotnej. To przede wszystkim przyjęcie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, do której za chwilę wrócę, ale także przyjęcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej. To są dwa dokumenty, które wprowadziły nowe narzędzia i nowe mechanizmy mierzenia i monitorowania jakości.

Ustawa o jakości jest dokumentem czy narzędziem prawnym, który umożliwia monitorowanie jakości ogólnej, czyli w bardzo szerokim zakresie i nie jest wydzielony specjalny obszar monitorowania jakości w zakresie opieki onkologicznej. Oczywiście pojawiają się we wskaźnikach dotyczących obszaru zarządczego takie wskaźniki dotyczące chociażby radioterapii, czyli odsetka radioterapii realizowanych w trybie ambulatoryjnym czy też chemioterapii realizowanych w trybie ambulatoryjnym i na tym de facto to monitorowanie w zakresie onkologii na podstawie ustawy o jakości się kończy.

Natomiast ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej daje zdecydowanie więcej instrumentów do tego, aby monitorować jakość diagnostyki i leczenia onkologicznego, przede wszystkim wprowadzając, po pierwsze, standardy, które są publikowane w formie kluczowych zaleceń i publikowane przez ministra zdrowia w formie obwieszczeń. Do tej pory wspólnie z Radą, wspólnie z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Ministerstwo Zdrowia opublikowało takie obwieszczenia, czyli takie ścieżki pacjenta dla 17 nowotworów. W tym roku będziemy publikować jeszcze w zakresie prawdopodobnie dwóch dodatkowych nowotworów. To jest pierwsza rzecz.

Te standardy opierają się na zaleceniach, w dużej części zaleceniach europejskich i dotyczą prowadzenia procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego. To, co jest bardzo ważne, wszystkie podmioty zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej zobowiązane są do realizacji opieki onkologicznej właśnie na podstawie tych standardów.

Wydaje mi się, że w dyskusji dotyczącej Krajowej Sieci Onkologicznej to jest często temat pomijany, natomiast niezwykle ważny, bo skoro taki obowiązek został wprowadzony, to ten obowiązek także jest monitorowany. Monitorowany jest poprzez zadania wpisane w ustawie dla Krajowego Ośrodka Monitorującego, wojewódzkich ośrodków monitorujących i Narodowego Funduszu Zdrowia, które właśnie w trakcie funkcjonowania sieci mają za zadanie oceniać i monitorować realizację opieki onkologicznej zgodnie z tymi wydanymi standardami.

W ustawie wprowadzono także instrument, który pozwala na monitorowanie jakości poprzez określone wskaźniki – wskaźniki minimalne, wskaźniki docelowe. Takie rozporządzenie jest już, myślę, na ostatnim etapie przygotowywania przez Krajową Radę Onkologii i Ministerstwo Zdrowia, i z taką propozycją rozporządzenia określającego wskaźniki monitorowania jakości w obszarze onkologii chcielibyśmy wyjść do konsultacji publicznych na początku przyszłego roku.

Te wskaźniki będą podzielone na dwie kategorie. Pierwszą kategorią będą wskaźniki, które mają charakter uniwersalny. Wskaźniki, które będą dotyczyły przede wszystkim kompleksowości i ciągłości diagnostyki i opieki, zapewnienia diagnostyki i opieki onkologicznej, powikłań. Czyli one będą miały charakter uniwersalny dla wszystkich grup nowotworów.

Drugą kategorią będą wskaźniki, które będą przypisane do poszczególnych nowotworów. Dla tych nowotworów, dla tych grup, które zostały objęte obwieszczeniami, czyli dla których wydano kluczowe zalecenia. Tutaj mamy już wskaźniki i parametry bardziej szczegółowe, dotyczące efektów klinicznych i one także będą podlegać monitorowaniu.

Myślę, że warto tutaj powiedzieć też o tym, po co to monitorowanie zostało wprowadzone w ustawie, po co prowadzimy prace nad rozporządzeniem, żeby te wskaźniki były mierzalne i były też obiektywne. Docelowym efektem monitorowania jakości ma być oczywiście bezpieczeństwo i jakość procesu leczenia, ale podmioty, które zostały zakwalifikowane do sieci, a więc dostały uprawnienie do realizacji opieki onkologicznej, które nie będą spełniać minimalnych wskaźników jakości, będą z tej sieci – jest taka możliwość – wykluczane.

Oczywiście istnieje jeszcze możliwość przygotowania programów naprawczych przez te podmioty, które muszą wykazać działania, zaplanować i je zrealizować, które później podlegają ocenie Krajowej Rady Onkologii. Działania, które mają na celu właśnie poprawę tych wskaźników. Natomiast jeżeli nie są w stanie zapewnić bezpieczeństwa – mówimy o tych minimalnych wskaźnikach, tu właściwie powinniśmy postawić znak równości z bezpieczeństwem pacjenta – to takiej opieki onkologicznej nie powinny realizować.

Natomiast drugim skutkiem realizacji i monitorowania jakości jest premiowanie finansowe podmiotów, które osiągają docelowe, a więc te rekomendowane wskaźniki jakości. Warto podkreślić – bo takie pytania często się pojawiały w momencie, kiedy sieć była wdrażana, zwłaszcza w momencie, kiedy prowadzona była kwalifikacja do wykazu podmiotów w sieci onkologicznej – że gratyfikacja finansowa w ramach sieci nie jest związana z poziomem. Związana jest tylko z jakością, właśnie z tymi parametrami docelowymi.

Celem ustawy i celem tych narzędzi dotyczących monitorowania jakości jest właśnie wykluczenie tych podmiotów, które nie są w stanie zapewnić bezpieczeństwa leczenia, ale premiowanie także tych podmiotów, które dokonują starań, organizacyjnych przede wszystkim, aby ta jakość była na zakładanych poziomach, na najwyższym poziomie. Panie przewodniczący, jeżeli ta informacja w skrócie jest wyczerpująca dla państwa – bo myślę, że będzie też dyskusja, oczywiście służę tutaj odpowiedziami – to bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie dyrektorze. Chciałbym, żebyśmy jednocześnie mogli uruchomić drugi temat, ponieważ myślę, że na temat jakości moglibyśmy rozmawiać bardzo długo. To są nowe tematy, które nas wszystkie bardzo interesują i czekamy na to rozwiązanie od wielu, wielu miesięcy, a może i lat.

Chciałbym więc poprosić o drugi punkt naszego dzisiejszego spotkania dotyczący robotyki w onkologii. Jako przedstawiciel ministra zdrowia jest tutaj naczelnik wydziału w Departamencie Lecznictwa, pan Tomasz Kuleta. Bardzo proszę. Później jeszcze będzie oczywiście wystąpienie przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia. To po wystąpieniu pana naczelnika. Bardzo proszę.

Naczelnik wydziału w Departamencie Lecznictwa MZ Tomasz Kuleta:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo, jeżeli chodzi o świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii robotowej, to zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa na dzisiaj mamy finansowane trzy takie procedury medyczne. Mówimy o leczeniu chirurgicznym z zastosowaniem systemu robotowego

w przypadku nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, raka błony śluzowej macicy oraz raka jelita grubego.

Kwalifikacja tych trzech procedur medycznych do koszyka świadczeń szpitalnych odbyła się oczywiście na podstawie rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która została wypracowana niejako z ekspertami klinicznymi, jak również dostępnych doniesień naukowych, publikacji wszelakiej maści. Te publikacje, konsultacje z ekspertami, precyzyjnie wskazują nam, że zabiegi wykonywane technologią robotową są zabiegami precyzyjnymi, skracają czas trwania operacji, skracają czas pobytu pacjenta w szpitalu, jak również charakteryzują się znacznie mniejszą liczbą powikłań. W związku z powyższym minister zdrowia uznał, że te świadczenia powinny znaleźć się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Aktualny poziom finansowania tych świadczeń w przypadku nowotworu złośliwego raka jelita grubego wynosi 37 874 zł, w przypadku radykalnej prostatektomii z zastosowaniem systemu robotowego – 32 739 zł oraz leczenia chirurgicznego macicy – 33 518 zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie tariff określanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, sukcesywnie zmienia wysokość tych świadczeń. Między innymi w ostatnim czasie Agencja dokonała aktualizacji wyceny tych tariff. Do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły nowe tariffy w tym tygodniu, na początku tego tygodnia, więc one jeszcze podlegają procesowi analitycznemu.

Dodatkowo mogę powiedzieć, że w Ministerstwie Zdrowia w sposób ciągły trwają prace nad rozszerzaniem koszyków świadczeń gwarantowanych. Takim przykładem prac, które są w tym zakresie prowadzone, jest zlecenie, które zostało skierowane przez ministra zdrowia do prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania operacji chirurgii z zastosowaniem systemów robotowych w przypadku nowotworów płuc oraz innych nowotworów klatki piersiowej. Spodziewamy się, że ta rekomendacja wpłynie do nas, do ministerstwa, około maja przyszłego roku.

Należy jednak podkreślić, że rekomendacja jest warunkiem formalnym i obligatoryjnym do wdrożenia nowych świadczeń gwarantowanych do koszyka świadczeń. Natomiast ostateczną decyzję w zakresie wprowadzenia podejmuje oczywiście minister zdrowia na podstawie, oprócz przesłanki wynikającej ze skuteczności klinicznej danej metody, możliwości sfinansowania nowego świadczenia ze środków publicznych. Panie przewodniczący, szanowni państwo, myślę, że to na chwilę obecną tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. W dyskusji na pewno będą padały pytania do państwa. Ja chciałbym przeprosić, że nie ma ministra zdrowia ani nikogo z wiceministrów, ale akurat trwa debata budżetowa, są duże wyzwania, w związku z tym państwo reprezentują ministra zdrowia, mają upoważnienia do przedstawienia informacji no i do udzielania oczywiście informacji, które będą możliwe, na zadane pytania.

Mamy tu również przedstawiciela funduszu zdrowia. Pan Filip Urbański, dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Bardzo proszę o przedstawienie informacji.

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

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, Wysoka Podkomisjo, uzupełniając stanowisko Ministerstwa Zdrowia, chciałbym przekazać takie informacje, że w 2024 r., od stycznia do września, wykonano niemal 6 tys. zabiegów w raku prostaty, niemal 900 zabiegów w raku jelita grubego, niemal 600 zabiegów w raku macicy. Obserwujemy znaczący rozwój tych technik, zwiększającą się dostępność, gdyż porównując z rokiem 2023, na przykład dla raka prostaty, to w 2023 r. było zrealizowanych 5400 takich zabiegów, a przypomnę, że właśnie za rok 2024, do września, jest to niemal 6 tys. zabiegów.

Jeśli chodzi o raka prostaty, to świadczenia z zastosowaniem systemu robotowego są realizowane w 404 podmiotach w 14 województwach. Najwięcej zabiegów obserwujemy w województwach mazowieckim i śląskim, co naturalne, ale również w województwie kujawsko-pomorskim.

Jeśli chodzi o raka jelita grubego, to obecnie mamy 23 podmioty realizujące te świadczenia w 11 województwach. I ponownie województwa kujawsko-pomorskie i mazowieckie, a także województwo lubelskie to niejako liderzy w tym zakresie.

Jeśli chodzi o raka macicy, to w bieżącym roku świadczenia są realizowane w 15 podmiotach w 9 województwach. Najwięcej w mazowieckim, podkarpackim i kujawsko-pomorskim.

Jeśli chodzi o wartość sfinansowanych świadczeń, to w 2022 r. wartość wynosiła 60 mln, natomiast w tym roku, do września, jest to już niemal 200 mln zł. Najwięcej oczywiście konsumuje rak prostaty – 156 mln zł. Wydaje mi się, że tytułem wstępu to tyle. Jeżeli będą jakieś pytania, będziemy na bieżąco odpowiadać i uzupełniać.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Mówimy o jakości, ale również powinniśmy mówić o efektywności z chirurgii robotowej i o ewentualnym rozszerzeniu wskazań interwencji chirurgicznej w onkologii. Temu, mam nadzieję, mogłyby posłużyć właśnie te dwa krótkie wystąpienia, między innymi na temat robotowej resekcji trzustki. Pan profesor Durlik przygotował taką krótką prezentację. Gdyby więc pan profesor mógł ją przedstawić, to bardzo proszę, panie profesorze, krótka prezentacja.

Kierownik Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA Marek Durlik:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję za zaproszenie. Jest to okazja dla mnie, żeby w tak zacnym gronie powiedzieć o naszym doświadczeniu w zakresie chirurgii trzustki.

My zajmujemy się tym od dwudziestu kilku lat – ja osobiście – i Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdzi, że od 20 lat jesteśmy wiodącym w Polsce ośrodkiem zajmującym się chirurgią trzustki. Od kilku lat wykonujemy również operacje robotowe, które niestety nie są finansowane przez NFZ, który uważa, że może nie jest to takie ważne, żeby pacjenci mieli możliwość skorzystania z takich operacji.

Proszę państwa, my wykonujemy rocznie 200-300 resekcji trzustki z powodu nowotworu tego narządu. Według mojej wiedzy, jesteśmy w pierwszej trójce ośrodków europejskich, które wykonują tego rodzaju zabiegi. Od kilku lat, od 2021 r., również używamy do tych operacji robota i muszę powiedzieć, że kilkakrotnie przekroczyliśmy krzywą uczenia, która wynosi 50 zabiegów. My takich zabiegów wykonaliśmy już bodajże 325, jeżeli chodzi o trzustkę.

Proszę państwa, wyniki. Ja państwu nie muszę mówić o zaletach operacji robotowych, bo to jest niepodważalne. Pacjent po operacji, po pankreatoduodenektomii robotowej, następnego dnia chodzi po korytarzu, nie musi leżeć i brać środków przeciwbólowych przez 2 tygodnie. Wychodzi do domu w szóstej dobie.

Przy dystalnej resekcji trzustki jesteśmy w 75% w stanie zaoszczędzić śledzionę. To jest niezwykle ważne po operacji, dlatego że państwo, ci, którzy są lekarzami, wszyscy wiedzą, że za naszą odporność, za niszczenie płytek odpowiada śledziona. I to, czy po operacji dystalnej trzustki pacjentowi pozostawimy śledzionę, czy nie, to jest niezwykle ważne dla pacjenta. Możemy to zrobić dzięki temu, że stosujemy takie narzędzie właśnie jak robot da Vinci.

Proszę państwa, pierwsza robotowa pankreatoduodenektomia w Polsce została przeprowadzona przez mój zespół w 2021 r., czyli 20 lat po tym jak Pierre Giulianotti wykonał taką operację we Włoszech. Tak więc świat ma doświadczenie, jeżeli chodzi o te operacje. O zaletach operacji przy użyciu robota da Vinci nie muszę państwu mówić, bo to jest jakby oczywiste i o tym była mowa.

Proszę państwa, dlaczego robot w chirurgii trzustki. Dlatego, że pacjent leży krócej, że potrzebnych jest mniej leków przeciwbólowych, że wyniki krótko i długoterminowe onkologiczne są podobne, są właściwie takie same, co w operacjach klasycznych i przeprowadzanych laparoskopowo. To jest pacjent – proszę zobaczyć, ten, który jest tutaj widoczny – miesiąc po robotowej pankreatoduodenektomii.

Proszę państwa, możliwość bezpośredniego użycia zieleni indocyjaninowej. Wiemy, że jedno kliknięcie robotem pozwala nam na to, żebyśmy wiedzieli, czy trzustka, którą zespalamy, jest dobrze unaczyniona, czy nie, a to jest zasadnicza sprawa.

Proszę państwa, jeśli po operacji dojdzie do niedokrwienia, do przetoki trzustkowej, to jest katastrofa dla pacjenta i to bezpośrednio grozi zgonem. Operując więc robotem mamy o wiele większą możliwość takiej pewności zespolenia trzustkowo-jelitowego, które jest piętą achillesową operacji Whipple'a, czyli resekcji głowy trzustki i dwunastnicy, końcowego odcinka przewodu żółciowego i części żołądka. No, bardzo duża operacja.

Proszę państwa, doświadczenie największego włoskiego ośrodka chirurgii trzustki mówi, że po wprowadzeniu operacji robotowych tych operacji wykonuje się corocznie coraz więcej. To jest Claudio Bassi w Weronie. Proszę zobaczyć, wykonywane są w tym ośrodku operacje zarówno klasyczne i laparoskopowe, jak i robotowe, a więc jest miejsce dla operacji robotowych.

Nie każdy pacjent z rakiem trzustki może być operowany robotem, ale są pacjenci, którzy do tego idealnie się nadają i nie można odbierać szansy tym pacjentom nie finansując tych zabiegów i przerzucając koszty na szpital. To jest chyba jednak nieuczciwe.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o krzywą uczenia, wraz z tą krzywą uczenia liczba zebranych węzłów chłonnych zwiększa się i zmniejsza się odsetek guzów torbielowatych, a zwiększa się odsetek litych, a więc to jest niezwykle ważne. Ostatnie publikacje podkreślają większy odsetek resekcji R0 dla operacji robotowych versus laparoskopowych. To jest metaanaliza, która obejmuje ponad 500 pacjentów.

Również jeżeli chodzi o nasz materiał, to zdecydowana większość pacjentów miała operację R0. Zaledwie 2% miało operację RX czy R2 i bardzo niewielu pacjentów miało operację R1. Dlaczego tak się dzieje? To ma zasadnicze znaczenie, jeżeli chodzi o wyniki onkologiczne, dlatego że właśnie operacja robotyczna zapewnia nam ogromną precyzję, której nie zapewni ani operacja klasyczna, ani operacja laparoskopowa.

Porównanie operacji laparoskopowych i operacji robotycznych to jest tak, jakbyśmy mieli porównywać fiata 126p., którym ostatnio Sobiesław Zasada pojechał na obchody uroczystości na Monte Cassino. Powiedział, że gdy pojedzie mercedesem, to nikt go nie zauważy, a gdy pojedzie fiatem 126p, to wszyscy zauważą, i rzeczywiście.

Proszę państwa, większość publikacji podkreśla przewagę techniki robotowej nad techniką laparoskopową, jeżeli chodzi o mniejszą liczbę konwersji i większą liczbę węzłów chłonnych, większy odsetek zaoszczędzenia śledziony i krótszy czas hospitalizacji. Wieloośrodkowe badanie obejmujące 16 ośrodków referencyjnych. To jest niezwykle ważne w chirurgii trzustki. Nie można porównywać kogoś, kto wykonuje 5 operacji trzustki, z kimś, kto wykonuje tych operacji 150 rocznie, bo to jest zupełnie inne doświadczenie. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę te najbardziej doświadczone ośrodki – w tym badaniu akurat wzięto te ośrodki – to okazało się, że robotowe dystalne resekcje trzustki w porównaniu z operacjami otwartymi były zdecydowanie korzystniejsze.

Proszę państwa – tutaj, państwo widzą – każdy chirurg, który operuje robotem – to do Ministerstwa Zdrowia, które o jakości mówi tak dużo – który jest w tym systemie intuitive, ma swój rekord na amerykańskich serwerach i można zobaczyć, jaki jest czas operacji, ile wykonał tych operacji, ile i jakich użył narzędzi do operacji. Możemy więc bardzo szybko zobaczyć, jaka jest jakość pracy każdego chirurga. Wykorzystujemy to. Nie wykorzystujemy zupełnie tych informacji, które są na stole.

Czy małoinwazyjna chirurgia trzustki powinna zastąpić klasyczne, otwarte zabiegi? Proszę państwa, w 2020 r. w Miami był taki kongres, na który zostało zaproszonych 120 ekspertów z 20 krajów, i proszę państwa – to zostało opublikowane w najlepszym czasopiśmie chirurgicznym na świecie *Annals of Surgery* – tak powiedziało 95% ekspertów i 100% publiczności. Ze względu na to, o czym już była mowa, czyli uraz operacyjny o wiele mniejszy, podobna liczba powikłań i podobne wyniki onkologiczne.

I ostatni consensus, proszę państwa, który jest opublikowany w 2023 r., też wieloośrodkowy, który mówi, że chirurgia robotowa jest jak najbardziej polecana również we wszystkich przypadkach onkologicznych.

Kiedy robotowa pankreatoduodenektomia nie będzie najlepszym wyborem? Wtedy, kiedy mamy do czynienia z czymś takim, co nazywa się *soft pancreas*, czyli miękka trzustka. Czyli wysepki trzustkowe są zawieszone w tłuszczu. Bardzo trudno wtedy zespolić i wtedy najczęściej musimy wykonać totalną pankreatoduodenektomię.

Kiedy mamy do czynienia z bardzo wąskim przewodem Wirsunga, naciekaniem nowotworu na naczynia i dużą otyłością wewnątrzbrzuszną.

Proszę państwa, nasze doświadczenie – jeszcze o tym chciałbym powiedzieć. My wykonaliśmy na koszt szpitala, panie dyrektorze z NFZ-u, 113 robotowych pankreatoduodenektomii, 190 robotowych dystalnych resekcji trzustki i 11 całkowitych resekcji trzustki, a więc 320 operacji robotowych. Czyli materiał ogromny. Według mojej wiedzy, jesteśmy wśród trzech najbardziej aktywnych ośrodków w Europie, jeżeli chodzi o resekcje robotowe trzustki.

W tym czasie wykonaliśmy również ogromnie dużo operacji otwartych. Proszę zobaczyć – po stronie prawej, to jest dystalna resekcja, po stronie lewej, to jest pankreatoduodenektomia. To jest najtrudniejsza operacja chirurgiczna. Robot powinien być używany nie do najłatwiejszych operacji, panowie dyrektorzy, tylko właśnie do tych najtrudniejszych, gdzie trzeba wykonać 6 zespożeń i to często zespożeń, które mają kilka milimetrów średnicy.

Proszę państwa, ale żeby było jasne, pankreatoduodenektomie robotowe nie zastępują operacji klasycznych. To jest 30% takich zabiegów wszędzie na świecie. Natomiast dystalne resekcje trzustki już stanowią na świecie większość dystalnych resekcji trzustki. Tutaj jest podobna liczba. To jest nasz materiał. Proszę zobaczyć – mediana pobytu 8 dni, a więc bardzo niewielka. Dystalne resekcje z zaoszczędzeniem śledziona 75%. To jest nie do osiągnięcia przy pomocy operacji klasycznych – 75% zaoszczędzenia śledziona u tych pacjentów. Mieć śledzionę do końca życia czy nie, to dla młodego człowieka niezwykle ważna sprawa. Operacja robotowa nam to zapewni.

Proszę państwa, to są nasze dane, które państwu pokazuję. Bardzo niski stopień konwersji, niewielka liczba powikłań, ostatnie 100 operacji robotowych bez zgonu w ciągu 90 dni. Czy wystąpiła przetoka trzustkowa? Nawet jeżeli wystąpiła, to była głównie typu A, a więc nie wymagająca leczenia. I proszę państwa, typy histologiczne resektowanych guzów. To nie były guzy łagodne, tylko guzy neuroendokryne, złośliwe, torbielowe, a więc wszystkie rodzaje.

Proszę państwa, rozwój małoinwazyjnej chirurgii to proces, którego nie da się powstrzymać. Operacje robotowe trzustki powinny być wykonywane w ośrodkach o najwyższej referencyjności, podobnie zresztą jak jelita grubego. Pan profesor Zegarski tutaj proponował, żeby chirurg, który wykonuje operacje robotowe jelita grubego, wykonywał rocznie przynajmniej 50 robotowych operacji. Tak samo, jeżeli chodzi o trzustkę. Tutaj też powinniśmy wykonywać co najmniej 50 operacji. Na świecie to jest powyżej 35, żeby to miało sens.

Proszę państwa, na koniec, pierwsza randomizowana jednoośrodkowa praca z Heidelbergu, z najbardziej aktywnego ośrodka w Europie, która porównuje robotową i otwartą pankreatoduodenektomię. Też mówi, że przynajmniej operacja robotowa nie jest gorsza, jeżeli chodzi o wyniki onkologiczne. Jednak decydując o tym, czy pacjenta zakwalifikować do operacji otwartej, czy robotowej powinniśmy uwzględniać takie czynniki, jak oczekiwania pacjenta. Młoda kobieta – ja zaraz pokażę – no trudno jej robić ogromne cięcie od Sopotu do Zakopanego, bo takie cięcie trzeba zrobić przy operacji trzustki. Zaawansowanie guza trzustki, doświadczenie chirurga. Aspekt finansowy oczywiście też jest ważny.

Dlaczego to robimy, proszę państwa? Ja pokazywałem u pana profesora Zegarskiego pacjentkę z Bydgoszczy, z jego ośrodka, która została skierowana do nas na operację robotową trzustki. Proszę zobaczyć, to jest pacjentka w pierwszej dobie po pankreatoduodenektomii. Pacjentka chodząca, praktycznie bezbólowa. W szóstej dobie wyszła do domu. Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Widzę, że prezentacja rzeczywiście wywołała duże wrażenie, tylko nie chciałbym żebyśmy ograniczyli się wyłącznie do trzustki, bo mamy dzisiaj jeszcze dużo innych tematów. Chciałbym też przeprosić za kłopoty techniczne, bo mówimy o technologiach medycznych robotowych XXI w., a my nie możemy się tutaj uporać z rzutnikiem i z naszymi technicznymi możliwościami.

Chciałbym prosić również o krótkie wystąpienie pana doktora Pieńkowskiego z Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Panie doktorze, bardzo proszę.

Zastępca kierownika Kliniki Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Wielkopolskiego Centrum Onkologii Piotr Pieńkowski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, szanowne panie posłanki, szanowni panowie posłowie, szanowni państwo, ja w imieniu pana profesora Wojciecha Golusińskiego, kierownika Kliniki Chirurgii Głowy i Szyi w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Chciałbym krótko zwrócić państwa uwagę na chirurgię robotyczną w nowotworach głowy i szyi, która jest naprawdę bardzo ważnym problemem.

Proszę państwa, profesor już wspominał o jakości, którą nam chirurgia robotowa daje. Niezwykle wrażenie wizualne, kontrola pola operacyjnego, kontrola krwawienia, czyli to wszystko, co otrzymuje chirurg stosując te systemy, proszę państwa, jest nie do przecenienia.

Przedstawiony film mają państwo oczywiście przyspieszony – jest to usunięcie guza fałdu nalewkowo-nagłośniowego guza nagłośni. Praktycznie bezkrwawy zabieg. Doskonała kontrola pola operacyjnego. Doskonała kontrola marginesów chirurgicznych, które decydują, proszę państwa, o wynikach leczenia onkologicznego.

Chirurgia robotowa daje też niezwykle komfort chirurgowi. Tutaj widzą państwo pana profesora, który siedzi za konsolą. Można sobie tę konsolę ustawić tak ergonomicznie, że w zasadzie chirurg po wykonaniu takiej operacji prawie nie odczuwa tych wszystkich dolegliwości, które ma podczas operacji klasycznej. To też jest niezwykle istotne. Najważniejszy jednak jest dla nas pacjent, proszę państwa, i to, co pacjent uzyskuje dzięki zastosowaniu tej metody.

Dzięki systemowi da Vinci w onkologii głowy i szyi i dojściu przezustnemu jakość życia pacjenta po takich zabiegach jest doskonała. Większość pacjentów nie ma najmniejszych problemów z połykaniem, nie ma problemów z oddychaniem, nie są zależni od tracheotomii, nie są zależni od przezskórnej gastrostomii, z zachowaniem wszystkich plusów, które daje chirurgia otwarta albo radiochemioterapia. To jest pierwsza rzecz.

Druga niezwykle istotna rzecz. Ogromnym problemem na całym świecie, w Polsce również, są pacjenci z rakiem ustnej części gardła, czyli rakiem migdałka, nasady języka, spowodowanym zakażeniem wirusem HPV. To są młodzi ludzie, którzy po leczeniu, spodziewamy się, że będą żyli jeszcze 20, 30, 40 lat, a leczenie w postaci radiochemioterapii po latach daje ciężkie powikłania – zwłóknienie tkanek, zaburzenia oddychania. Pacjenci onkologicznie są wyleczeni, ale wymagają tracheotomii, wymagają przezskórnej gastrostomii. Dzięki tej metodzie, dzięki doskonałej kontroli marginesów chirurgicznych, jesteśmy w stanie uzyskać deeskalację leczenia – pacjent może być leczony tylko chirurgicznie, albo może mieć leczenie chirurgiczne i wyłącznie radioterapię. Czyli uniknie leczenia skojarzonego w postaci radiochemioterapii, które niestety może dawać pacjentom po wielu latach największe późne powikłania.

Kolejny przykład operacji robotowej. Widzą państwo – w zasadzie wszystko jest jasne. Chirurg, który siedzi za konsolą, ma wrażenie, jakby był w gardle pacjenta, w środku pola operacyjnego i w zasadzie zabiegi są bezkrwawe.

Tutaj przykład jeszcze chirurgii tarczycy, która również powoli zyskuje coraz większe znaczenie. W Polsce pierwszy taki zabieg wykonaliśmy w naszej klinice we wrześniu, proszę państwa.

To co jest niezwykle istotne – żebyśmy zapamiętali – że chirurgia robotowa, jeśli chodzi o onkologię głowy i szyi, nie jest dla wszystkich pacjentów. Niezwykle istotna jest selekcja, dobór pacjenta, ponieważ tylko to daje pacjentowi zysk. Jeśli pacjenta zoperujemy, nie będziemy mieli ujemnych marginesów i pacjent będzie musiał mieć radiochemioterapię to nie deeskalujemy leczenia tylko je eskalujemy. Czyli pacjent ma większe ryzyko powikłań związanych z całym procesem leczenia onkologicznego.

Pierwszą operację robotową, jeśli chodzi o głowę i szyję, wykonał w Polsce pan profesor Golusiński. To było w marcu 2019 r. My w tej chwili wykonaliśmy ponad 200 operacji

i operujemy między 60 a 70 pacjentów rocznie. To jest na poziomie najlepszych ośrodków klinicznych w Stanach i w Europie.

Ostatnio miałem przyjemność rozmawiać z panem profesorem Holsingerem, kierownikiem Kliniki Chirurgii Głowy i Szyi w Stanford University. On będąc *high volume surgeon*, jak sam siebie określa, operuje mniej więcej 60, 70 przypadków rocznie. Tak więc wybór ośrodka, selekcja ośrodka, jest tutaj niezwykle istotna. Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie doktorze. Rzeczywiście chyba jesteśmy w takim okresie bardzo ważnym, przejściowym. Ja pamiętam jako lekarz 30 lat temu wejście laparoskopii. Wydawało się nam, że to już jest taki koniec świata chirurgicznego i takie szczyty, że nic się nie wydarzy, a w tej chwili chirurgia robotowa zaczyna być tak istotnym elementem w leczeniu chirurgicznym, leczeniu onkologicznym.

Oczywiście za chwileczkę rozpoczniemy dyskusję, chyba, że ktoś z państwa, przedstawicieli ministra zdrowia czy Funduszu, chciałby ustosunkować się do tych apeli, które tutaj pan profesor Durlik kierował. Myślę, że adresatów tych apeli nie ma na tej sali, ale będziemy oczywiście starali się przekazać wszystkie informacje. Może ktoś z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji? Które z procedur, o których mówiliśmy, mają najszybciej szansę na znalezienie się w koszyku świadczeń, czy na jakim etapie one są? Jeżeli państwo możecie odpowiedzieć, to bardzo proszę, a później przejdziemy do dyskusji. Proszę przedstawiać się do mikrofonu do protokołu.

Główny specjalista w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Magda Furmanek:

Magda Furmanek, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tak jak pan naczelnik wspominał, aktualnie Agencja realizuje zlecenie dotyczące analizy zasadności zastosowania chirurgii robotowej w nowotworach klatki piersiowej, natomiast nie wpłynęły inne zlecenia, w tym dotyczące trzustki czy też nowotworów głowy i szyi. Jeśli takie zlecenie wpłynie, to prace oczywiście zostaną podjęte.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Czy ktoś z państwa chciałby ewentualnie ustosunkować się do tej wypowiedzi przedstawicielki Agencji? Jeżeli nie, to otwieram dyskusję. Proszę zgłaszać się do głosu. Prosiłbym najpierw przedstawicieli środowiska medycznego, jeżeli można. Pan profesor Jassem, bardzo proszę.

Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Jacek Jassem:

Co prawda nie bardzo wiem, czy będziemy rozmawiali o obu problemach. Dla mnie znacznie ważniejszy jest problem pierwszy, czyli monitorowanie jakości w onkologii, rzecz, której...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Myślę, że możemy to połączyć, panie profesorze. W związku z tym, bardzo proszę.

Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii GUM Jacek Jassem:

Dziękuję. Rzecz, która powinna zaistnieć już bardzo dawno i zresztą nawet jest umocowana w polskim prawodawstwie, bo o ile wiem, ustawa, chyba z 2017 albo 2018 r., wprowadza publikację – to, co teraz robimy już na większą skalę. Już wtedy ustawa mówiła, że powinny być zalecenia czy wytyczne – tak to się nazywało – ujęte w obwieszczeniu ministra zdrowia i towarzyszą temu mierniki jakości. Ja akurat jestem blisko tego, bo koordynowałem wytyczne w raku piersi i zrobiłem, przy pomocy jeszcze kilku osób, wykaz mierników, które razem z tymi wytycznymi są też opublikowane. To było chyba 6 lat temu.

Nigdy nie zostało to wdrożone, mimo że obligowała do tego ustawa. W tej chwili w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej wracamy do tego.

Proszę sobie wyobrazić, że w Polsce żaden proces medyczny nie podlega procesowi monitorowania jakości. Czyli monitorujemy produkcję odzieży, butów, samochodów, leków, żywności, nie monitorujemy produkcji zdrowia.

Jakie to ma skutki? Oczywiście można to sobie tylko wyobrazić. Tych skutków nikt nie jest w stanie zmierzyć.

Przez 4 lata w ramach pilotażu sieci onkologicznej próbowano zmierzyć się z tym problemem, ale z powodu błędów w zaplanowaniu tego pilotażu właściwie nie mamy żadnych wniosków. W tej chwili trzeba to zrobić porządnie, ale trzeba to zrobić raz, a dobrze, dlatego że onkologia jest poletkiem doświadczalnym dla całej medycyny. Tutaj nie mówimy, że nie ma monitorowania w onkologii. Nie. Monitorowania nie ma w całej polskiej medycynie. Zdaje się, że były jakieś próby w neonatologii, ale nie jestem pewien, bo to jest dla mnie dosyć odległa dziedziczna.

Tak więc podsumowując, proszę państwa, myślę, że te prace, które się toczą w tej chwili w ministerstwie nad Krajową Siecią... Przewidywana jest nowelizacja, która trafiła już do sporej liczby podmiotów z prośbą o opinie. Ja to opiniowałem w ramach KRAUM-u. Wreszcie te prace ruszyły. Tutaj muszę powiedzieć, że ministerstwo wykonało ogromną pracę, żeby wreszcie nadać temu jakiś bieg, ale dlaczego to z takim poślizgiem się dzieje.

Chciałbym państwa uczulić na to, że to jest superważna sprawa. Można to zrobić, to nie jest takie proste. Jest Krajowy Ośrodek Monitorujący. Zdaje się, że ma współpracować z AOTMiT-em czy NFZ-em – nie pamiętam, jak to jest rozwiązane.

W pilotażu sieci monitorowanie odbywało się w 16 województwach, co jest szaleństwem, bo przecież to jest jeden system, jedno kryteria. Zdaje się, że w tej chwili w nowelizacji będzie to jeden ośrodek w kraju. Te dane są w jednym miejscu i można to będzie porządnie zrobić.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Rozumiem, że pan profesor zakończył wystąpienie.

Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii GUM Jacek Jassem:

Tak.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Proszę państwa, jest taka nasza tradycja lokalna, że najpierw głos mają nasi parlamentarzyści...

Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii GUM Jacek Jassem:

Najmocniej przepraszam, że się wyrwałem, w związku z tym...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Nie, nie, nie! To ja zaproponowałem, bo nie było zgłoszeń, ale jest pani Krystyna Sibińska, pani posłanka, która nie siedzi z nami...

Poseł Krystyna Sibińska (KO) – spoza składu podkomisji:

Dzień dobry państwu. Ja nie jestem członkiem Komisji Zdrowia ani, co oczywiste, również tej podkomisji, natomiast chciałabym zadać pytanie, być może naiwne z państwa punktu widzenia. Proszę powiedzieć, co trzeba zrobić, żeby taki wniosek, dotyczący chociażby właśnie robotyki, jeśli chodzi o trzustkę czy głowę, trafił do Agencji i Agencja się tym zajęła. Czy taki wniosek składa ministerstwo? Czy mogą to podmioty zewnętrzne składać, czy może...? Jeśli więc mogę prosić... Może trzeba byłoby pomyśleć nad takimi wnioskami, bo to, co zobaczyliśmy, to co usłyszeliśmy, pokazuje, że to jest niezwykle potrzebne. To rzeczywiście poprawia zarówno pracę chirurgów, jak i przede wszystkim komfort pacjentów. Usłyszeliśmy same dobre, pozytywne rzeczy.

Ja wiem, że to są drogie procedury, ale jak wynika z prostego podsumowania tego, co przedstawił pan profesor Durlik i biorąc pod uwagę te wyceny, które podali państwo, za te operacje, które są w tej chwili objęte, przy tej liczbie operacji to już sięga rzędu kilkunastu milionów złotych. Zatem tak naprawdę to obciąża szpital a te pieniądze mogłyby być wykorzystane na inne rzeczy. Może więc warto przyjrzeć się tym nowym zakresom, jeśli chodzi o operacje robotyczne i takie wnioski kierować. Będę wdzięczna za odpowiedź.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Za chwileczkę udzielię głosu panu naczelnikowi, ale wydaje mi się – może się mylę – że porównywalne są chyba wyceny, jeżeli chodzi o wykonanie zabiegów laparoskopowych i robotycznych... Ale w niektórych schorzeniach są zbliżone. Dlatego myślę, że tutaj pan naczelnik Kuleta da nam odpowiedź odnośnie do tych wniosków. Bardzo proszę, panie naczelniku.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Tomasz Kuleta:

Szanowny panie przewodniczący, pani profesor, odpowiadając na pytanie – tak, minister zdrowia składa takie wnioski do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Natomiast taki wniosek jest poprzedzony stworzeniem, najczęściej przez konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny, karty świadczenia opieki zdrowotnej. Taka karta, wypełniona właśnie przez konsultanta, jest poddawana u nas, w ministerstwie, jak również w Narodowym Funduszu Zdrowia, wewnętrznym konsultacjom. Ona jest później skierowana do prezesa Agencji.

W momencie, kiedy otrzymujemy od prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rekomendację do wprowadzenia danego nowego świadczenia do koszyków świadczeń gwarantowanych, decyzję w tym zakresie – nawet jeśli jest rekomendacja pozytywna – podejmuje minister w zakresie możliwości implementacji tego rozwiązania do powszechnego systemu ochrony zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. To znaczy, że konsultanci krajowi ciężko pracują nad przygotowaniem tego typu papieru. Bardzo proszę, pan profesor. Bardzo proszę przedstawić się do mikrofonu.

Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii Andrzej Marszałek:

Dzień dobry. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii. Ja właściwie w uzupełnieniu do tego, co mówił pan profesor Jassem o systemie kontroli jakości w ochronie zdrowia i w badaniach onkologicznych, bo te dane, które my posiadamy, to najczęściej są dane rozliczeniowe. To znaczy, ile było zrobione. To są dane epidemiologiczne. Nikt nigdy nie zwraca uwagi na jakość, a to jest klucz do zmierzenia, czy robimy coś dobrze czy źle. Oczywiście jest przygotowana karta e-DiLO, jest przygotowany system raportowania badania patomorfologicznego przez CeZ, bo badanie patomorfologii jest tak naprawdę, jakby to powiedzieć, takim sitem, żeby zobaczyć, czy chirurg, obojętnie czy z robotem czy ręcznie, zrobił to badanie dobrze, tylko wydaje mi się, że my nie używamy narzędzi, które już mamy.

Od kilku lat jest ustawa, która mówi, że trzeba pewne zdarzenie medyczne raportować i ona jest martwa, a jeśli raportować, to należy to robić w sposób jednolity do systemu. Ja kiedyś zrobiłem takie proste sprawdzanie, że my w Polsce mamy cztery główne systemy obsługujące szpitale, a jeżeli chodzi o zakłady patomorfologii, 11. Zebranie tych danych i konfiguracja jest trudna w samych szpitalach, a potem raportowanie tego na systemy centralne, które mają dawać nam informacje o jakości przeprowadzonej całej procedury jest nieco trudne i tak naprawdę nie jest wykonywane.

Miernikiem jakości jest również to, czy procedury są wykonywane w odpowiednich terminach czasowych. Jest DiLO. Wiemy, że to czasami kuleje, czasami nie, ale nie ma systemu zbierania danych online.

Myślę więc, że w parlamencie powinna jednak pójść taka rzecz. Mamy narzędzia częściowo przygotowane, pewnie będą wymagały modyfikacji, ale one muszą być używane. Inaczej będziemy się czarować danymi o sprawozdanych procedurach, być może wielokrotnie na jednego pacjenta, być może część pacjentów się na to nie załapie, natomiast nie będziemy monitorowali skuteczności tych procedur poprzez wartości, które na przykład w rozpoznaniu patomorfologicznym powinny być ujęte łącznie z marginesami, łącznie z czynnikami produkcyjnymi czy ze stopniem zaawansowania, który determinuje dalsze postępowanie.

Prosty przykład. Mamy kartę DiLO dotyczącą raka piersi. Nie mówimy dzisiaj o raku piersi, ale mamy etap wstępny i etap pogłębiony. I jest taka sytuacja, że są podmioty, które rozliczają etap wstępny i pogłębiony, pacjentka trafia do leczenia, ale ma część rzeczy

niedorobionych, mówiąc wprost. Czyli nie można podjąć leczenia i ten, który się podejmuje leczenia, musi ze swoich środków sfinansować wykonanie tych poszczególnych elementów po to, żeby podjąć leczenie. To jest dlatego, że my rozliczamy procedury, a nie rozliczamy jakości procedur, które zostały tam wdrożone... I procesu. Tak, procesu także. To w uzupełnienie do tego, co mówił pan profesor Jassem, że my część narzędzi mamy, musimy je zmodyfikować, ale musimy myśleć o tym, że to nie jest system rozliczania, tylko również system monitorowania rzeczywistej jakości i czasu wykonania procedur. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan doktor Prusaczyk zgłosił się wcześniej. Wszyscy państwo będą mieli oczywiście możliwość wypowiedzenia się. Tak więc bardzo proszę.

Pełnomocnik prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej Artur Prusaczyk:

Dziękuję bardzo za prawo do zabrania głosu. Chciałbym zgłosić przede wszystkim element profilaktyki. W większości nowotworów kluczową sprawą poprawiającą rokowanie jest wcześniejsza identyfikacja grup wysokiego ryzyka, szybka konsultacja pacjentów i przetransportowanie do leczenia kompleksowego. W przypadku tych nowotworów jest to w większości możliwe.

Chciałbym powiedzieć, pierwsza sprawa, że nie jest wyznaczony cel działań profilaktycznych dla zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia ani dla dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Po drugie, nie są wyznaczone takie cele populacyjne dla podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej. Po trzecie, nie ma pracy nad jednolitą bazą danych, pozwalającą na zarówno mierniki jakości, jak i uczestnictwa, ale przede wszystkim uczestnictwa, i nie może być tak zwanej dowolności modelu, takiego ekskluzywnego, w którym można wybrać umowę na podstawową opiekę zdrowotną czy AOS bez realizacji profilaktyki. Nie są też spinane umowy pomiędzy jednostkami kooperacyjnymi czy jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej jako kooperacyjnymi i pomiędzy jednostkami kooperacyjnymi, a szpitalami Krajowej Sieci Onkologicznej. Musi to być usunięte.

Poza tym jednolita baza danych pozwala na poprawienie wyników. Pan profesor pokazywał pracę na kilkuset jednostkach. Polska jest na tyle dużym krajem i tyle jest tych przypadków rocznie, że my takie prace będziemy mogli generować w Polsce, jeżeli będziemy mieć jednolitą bazę danych.

Jest tutaj pan dyrektor Urbański. On od wielu lat pracuje w takich integracyjnych działaniach i to wszystko jest możliwe. Wiele osób w te sprawy jest zaangażowanych, ale to musi być przyzwolenie, a wręcz przymus z góry.

Końcowa sprawa, to jest kontrola jakości, o której pan profesor Jassem mówił kilkakrotnie i kwestia możliwości wykorzystania badań nosicielstwa mutacji, bo czy w nowotworze trzustki, czy w nowotworze endometrium te sprawy są potrzebne zarówno w identyfikacji grupy, jak i podczas diagnozowania na etapie DiLO. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę panią z tej strony.

Wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Uprzejmie dziękuję za udzielenie głosu. Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja chciałabym odnieść się krótko w zasadzie do dwóch obszarów w zakresie jednego dużego tematu, wskaźników w opiece onkologicznej.

Po pierwsze – to jest pytanie do ministerstwa i do NFZ-u – czy NFZ i szpitale będą gotowe na czas z odpowiednim systemem, przede wszystkim informatycznym. Czy będą posiadały odpowiednie zasoby, po to, żeby monitorować te wskaźniki kliniczne, po to, żeby zbierać te dane ze szpitali?

Druga kwestia dotyczy wskaźników w obszarze konsumenckim. Chodzi mi o ocenę satysfakcji pacjenta. KSO nie gwarantuje jakościowej obsługi tego procesu. Tam jest zapisane, że kiedy będą prowadzone w szpitalach, będą zbierane w szpitalach, szpitale będą same się oceniały i będą sobie tam tę jakość poprawiały.

Apelowaliśmy wielokrotnie, bo już na etapie prac nad ustawą o KSO, a potem na etapie prac nad ustawą o jakości, o zmiany w tym zakresie i włączenie badania satys-

fakcji pacjenta w onkologii również w obszar ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Chciałabym więc zapytać czy zaplanowano odpowiednie zmiany legislacyjne w tym obszarze – wydaje się, że tutaj wystarczy nowelizacja w ustawie o KSO – i czy te zmiany wejdą w życie przed 1 kwietnia 2025. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję. Czy pan dyrektor mógłby odpowiedzieć od razu? Krótko odpowiedzieć.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Panie przewodniczący, oczywiście. Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Jeśli chodzi o kwestie zapisu ustawowego, dotyczącego obowiązku badania satysfakcji przez podmioty, które są zakwalifikowane na poszczególne poziomy SOLO, to w wersji, która obecnie jest przedmiotem prac Krajowej Rady ds. Onkologii, tego zapisu już nie ma, dlatego że rzeczywiście, jeśli chodzi o to działanie związane z badaniem satysfakcji pacjentów, ustawa nie jest miejscem do tego. Miejscem do tego powinno być rozporządzenie dotyczące wskaźników jakości. I rzeczywiście to pewnie będzie przedmiotem prac. Do tego rozporządzenia przystąpimy w momencie – powiem tak kolokwialnie – kiedy zamkniemy temat dotyczący nowelizacji ustawy, bo to jest pilne, dlatego że jeśli Krajowa Sieć Onkologiczna wymaga zmian przed 1 kwietnia, to takie zmiany planujemy wprowadzić.

Tak więc jednocześnie odpowiadam na drugie pytanie. Będziemy prowadzić zmiany w taki sposób, aby one weszły w życie przed 1 kwietnia, czyli przed tą datą, która obecnie funkcjonuje w ustawie jako ten moment wejścia w życie pewnych zapisów ustawowych, i na pewno chcielibyśmy rozpocząć także monitorowanie jakości. Czyli rozporządzenie dotyczące wskaźników jakości powinno wejść także z tą datą.

To co jest istotne i co musimy zaznaczyć, jest oczywiście wielkim wyzwaniem, którego nie rozwiążemy przepisami prawa. Wyzwanie związane z procesem wdrażania wszystkich narzędzi informatycznych w szpitalach. To wyzwanie wynika z wielu czynników. Po pierwsze, jest czynnik finansowy. Wdrażanie kosztuje i to jest duże wyzwanie. Kosztuje też niemałe pieniądze. Drugim czynnikiem jest kwestia organizacyjna, a trzecim jest też dostęp do specjalistów, którzy takie wdrażanie mogą prowadzić. My już otrzymujemy głosy o tym, że nawet jeśli kwestie finansowe nie są problemem, to jest nim dostępność specjalistów, którzy taką integrację są w stanie poprowadzić.

Mówimy tutaj o integracji karty e-DiLO, bo jakby karta e-DiLO będzie tym nośnikiem danych i będzie pozwalała na monitorowanie jakości. Dlatego w pierwszym kroku chcielibyśmy – ale to są oczywiście koncepcje, które jeszcze nie skończyły się konkluzją w postaci uchwały Krajowej Rady ds. Onkologii – rozpocząć monitorowanie jakości w zakresie opieki onkologicznej opierając się na początku na tych uniwersalnych wskaźnikach jakości, przejść proces wdrożenia karty, sprawdzić jak ten proces monitorowania wygląda, wyciągnąć pierwsze wnioski i krok po kroku wprowadzać te wskaźniki specyficzne jakości, żeby od razu nie wprowadzić systemu, który nie będzie miał możliwości do zafunkcjonowania, do wdrożenia, a tym samym będzie nam uniemożliwiał oceny tych kluczowych właśnie wskaźników dotyczących jakości opieki onkologicznej. Taka jest więc strategia podejścia do tematu i-monitorowania, który wiąże się po to, żeby odciążyć też kadrę medyczną z konieczności wprowadzenia dodatkowych danych.

Po to jest to rozwiązanie informatyczne, żeby możliwie w pełni zautomatyzować ten proces. No ale te wyzwania wdrażania i integracji systemami zawsze są i jakiegokolwiek nie robilibyśmy reformy w Ministerstwie Zdrowia, która zakłada wdrożenie jakiegoś instrumentów, to zawsze wielkim wyzwaniem jest to, że można to opracować, można udostępnić, ale później musimy przewidzieć czas odpowiedni na to, żeby podmioty lecznicze przygotowały się do tego. Taki okres przejściowy też zakładamy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pana profesor Bidziński się zgłaszał.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Dziękuję, panie przewodniczący, za udzielenie głosu. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy z ginekologii onkologicznej. Jak państwo widzicie, dyskusja nasza jest chyba zdominowana przez jakość i myślę, że wszyscy twierdzimy jednym głosem, że jakość

w naszej rzeczywistości jest podstawą przede wszystkim działań w zakresie dobrej i oszczędnej medycyny.

Naturalną jest rzeczą, że ten drugi temat działań w zakresie robotyki jest powiązany z jakością. My dzisiaj raportujemy oczywiście liczby procedur, które były wykonane w zakresie robotyki i to zarówno w zakresie jelita, jak również prostaty, macicy, ale tak naprawdę w tym naszym sprawozdaniu umykają cyfry w sensie jakości. To w moim przekonaniu jest element, który pokazuje, że musimy te rejestry bardzo profesjonalnie poprowadzić. Mierniki w tym zakresie są niezwykle istotne. Mam nadzieję, że w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej to tak zwane działanie w zakresie – no, można powiedzieć działań – między innymi właśnie liczonych mierników będzie zdecydowanie skutecznie wykorzystywane. Dla nas jako konsultantów krajowych jest to niezwykle istotne, żebyśmy wiedzieli, jaką politykę w przyszłości prowadzić, a jednocześnie raportować to do resortu, żeby rzeczywiście resort też mógł ustalić pewne kluczowe założenia.

Jeżeli mówimy o robotyce, to chcę podkreślić, że naturalną jest rzeczą – tak jak pan naczelnik powiedział – że w ciągu 2023 r. w mojej specjalności, czyli ginekologii onkologicznej, 15 ośrodków, które dysponują technikami robotycznymi, wykonało 600 operacji. Pytanie jest takie. Jaka jest równowaga w tym zakresie? Wiem, że w województwie podkarpackim – jest tutaj pan profesor Tomasz Kluz, który wykonuje tych operacji ponad 100 rocznie. W związku być może są ośrodki, które nie wykorzystują tego potencjału robotyki w sposób właściwy, bo dzisiaj możemy powiedzieć, że żeby można było publiczne pieniądze wydać w sposób właściwy, to musi być pełna zgodność odnośnie do akwizycji pacjentów. Nie da się tego tak zwanego systemu zrównoważyć finansowo, jeżeli będziemy wykonywać poniżej 300 operacji rocznie.

Myślę, że to też jest bardzo istotne – oczywiście, jeżeli mówimy o jednostkach tak zwanych publicznych – że te jednostki publiczne korzystają z pieniędzy publicznych, a więc tam musi być odpowiednia akwizycja. Bardzo więc liczę na to, że te nasze, że tak powiem, zasoby informacyjne będą jednoznacznie mówiły o tym, że wykorzystanie tak drogiej technologii, ale bardzo potrzebnej i niewątpliwie również skutecznej, ma miejsce w ośrodkach, które mają odpowiednie *capacity*, czy odpowiednie rzeczywiście pozycje akwizycyjne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan się zgłaszał. Proszę się przedstawić i mikrofon bliżej siebie.

Prezes Głównego Zarządu Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator” Tadeusz Włodarczyk:

Jestem przedstawicielem Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”. Zajmujemy się wyłącznie nowotworami urologicznym. Od roku 2002 problem jest ciągle aktualny. Proszę państwa, o robocie da Vinci pierwszy raz usłyszałem w 2002 r. i przez ten cały czas robot da Vinci jest w obiegu. Oczywiście cały świat masowo zaczyna pracować robotem da Vinci, natomiast u nas stale mamy tylko ślady. Prawie żaden albo bardzo niewiele szpitali posiada roboty da Vinci. Kto ma zaopatrzyć te szpitale w roboty da Vinci, skoro wszystkie szpitale są zadłużone?

Otrzymujemy różne pieniądze z różnych stron z Europy i moim zdaniem powinniśmy bardzo szeroką gamą wesprzeć zakupy robotów da Vinci i szkolić. A jeżeli chodzi o szkolenie, to ja spotykam się z bardzo wieloma specjalistami, którzy bardzo dobrze wiedzą, jak te zabiegi się wykonuje i wykonują je na co dzień. Współpracujemy z wieloma profesorami, specjalistami, choćby nawet z profesorem Drewą, od bardzo wielu lat. Ten pan w jednym palcu ma całość robota da Vinci. Wszystko wie na ten temat i wszystko może nam powiedzieć, proszę państwa.

Tak więc cały świat... Jeździmy po świecie, spotykamy się z organizacjami i ze specjalistami z całego świata. Z Europy i świata. Tam pierwsza rzecz, jaką zawsze słyszymy, to jest robot da Vinci. U nich jest to na porządku dziennym. Nie ma żadnych innych działań. Każdy zabieg operacyjny, czy to rak pęcherza moczowego, czy to nerki, czy prostaty – ja szczególnie tymi problemami się zajmuję – tam wszystko jest na bieżąco.

Proszę państwa, jeszcze jeden temat chciałbym tutaj poruszyć. Oczywiście na całym świecie prowadzi się bardzo szeroką edukację pacjentów i obywateli. Na całym świecie

liczba pacjentów z chorobą nowotworową w stopniu zaawansowanym maleje. Najlepiej wszyscy wiecie, jak to jest u nas – stale rośnie. Wyciągnijmy wnioski z tego.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że z gruczołem krokowym nie jest aż tak dramatycznie źle, jak pan był uprzejmy powiedzieć, bo jest to jednak duża wartość procentowa. Jeżeli dobrze się orientuję, około 50% prostatektomii jest wykonywanych tą metodą.

Po kolei. Tutaj, bardzo proszę. I tak na zmianę będę prosił stronę społeczną i państwa ekspertów.

Członek PTGO Tomasz Kluz:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, dziękuję za udzielenie głosu. Ja zostałem po części wywołany przez pana profesora Bidzińskiego. Tomasz Kluz, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Uniwersytet Rzeszowski. Pracuję w ośrodku, który – jestem ginekologiem – wykonuje najwięcej operacji w zakresie raka trzonu w Polsce przy użyciu systemu robotycznego. Wydaje mi się – to właśnie to, co pan profesor Bidziński powiedział, bardzo istotna rzecz, bo też mówimy o jakości, pan profesor Durlik wspominał o tym – że istotne jest, aby ośrodki, które mają te systemy, zakupiły je, wykonywały odpowiednią liczbę zabiegów, bo oczywiście jakość jest związana z liczbą zabiegów. Jeżeli jest odpowiedni wolumen, to jest i jakość tych zabiegów, a niestety w Polsce jest tak, że są zakupione systemy, a liczba operacji jest niewielka. To oczywiście z punktu widzenia ekonomicznego, ale również jakości, budzi pewne wątpliwości.

W przypadku raka endometrium wydaje się, że użycie systemów robotycznych dla tych pacjentek – większość tych pacjentek jest obciążona schorzeniem, jakim jest otyłość – zdecydowanie poprawia jakość leczenia, ale również szybkość rekonwalescencji. To oczywiście ma później wpływ na ewentualne leczenie uzupełniające, które nie jest odraczane po operacjach klasycznych. Dlatego wydaje się, że w przypadku raka endometrium dla dużej grupy pacjentek będzie to operacja bardzo dobra.

Natomiast chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedną rzecz, bo tutaj w informacji, którą dostaliśmy od państwa, jest taka adnotacja, że od 1 kwietnia szpitale, które nie zostaną zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej, mają możliwość realizacji wszystkich świadczeń onkologicznych. Wydawało mi się, że jeżeli wprowadzamy sieć, to będzie to związane z centralizacją leczenia, a więc będziemy leczyć tam, gdzie leczy się pacjentów dużo i to się przekłada na jakość. Czyli dalej będzie tak, że każdy szpital, który nie będzie w sieci, będzie mógł leczyć również pojedynczych pacjentów onkologicznych. Czy tak to należy rozumieć, bo taki jest tutaj zapis?

Jeszcze odnośnie do robotyki. Tak jak mówię, na pewno korzyść systemu związana jest z rekonwalescencją, szybszym powrotem pacjenta, co oczywiście w długoterminowym wymiarze przekłada się na zdecydowanie niższe koszty. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że ten zapis chyba nie tak został zinterpretowany. Bardzo prosimy pana dyrektora o wyjaśnienie. Chyba nie taki był cel w tym zapisie.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Mówimy tu o art. 5 ustawy obecnie obowiązującej, który wskazuje dokładnie to, co pan doktor powiedział, tylko że jeszcze ze słowem nie, czyli że nie mogą realizować opieki onkologicznej podmioty, które nie są zakwalifikowane do sieci. Może więc tutaj wkraść się jakiś błąd.... Natomiast intencją jest... W tym materiale. To nie mają możliwości. To znaczy takie jest obecne brzmienie ustawy i to...

Członek PTGO Tomasz Kluz:

To dobrze, bo jest zapis „mają możliwość realizacji wszystkich świadczeń”.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

To pewnie błąd w druku.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Panie doktorze, nie odstępujemy tutaj od centralizacji, bo jeżeli mówimy o jakości, to mówimy także o tym, że nie wszyscy, zwłaszcza w zakresie leczenia chirurgicznego,

zabiegowego, powinni realizować takie zabiegi, bo to zagraża bezpieczeństwu pacjentów. Od tego nie odступujemy, więc tutaj zmiany nie przewidujemy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Tam pani się zgłosiła. Proszę bardzo. Proszę o krótkie wystąpienie.

Prezes zarządu Fundacji Onkologia 2025 Anna Apel:

Oczywiście, że tak. Szanowny panie przewodniczący, szanowne panie posłanki, panowie posłowie, szanowni państwo, Anna Apel. Ja reprezentuję środowisko organizacji pacjentów działających w obszarze onkologii pediatrycznej i mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia również w kontekście jakości i monitorowania tej jakości w systemie ochrony zdrowia. Pani minister Leszczyna na spotkaniu 28 listopada z przedstawicielami Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej i krajowym konsultantem w tej dziedzinie potwierdziła swoją kierunkową decyzję o utworzeniu rejestru onkologii i hematologii pediatrycznej, jak również, że rejestr ten będzie działał przy PTOHD. W związku z powyższym mam też pytanie, kiedy ten rejestr powstanie, mając na względzie, że już istnieje baza danych, gotowa infrastruktura IT, jak również, że dla budżetu państwa projekt ten ma stabilne finansowanie i jest to dla ministerstwa i dla budżetu państwa projekt bezkosztowy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan doktor w tej chwili jest zajęty zapisem, ale odpowie króciutko, bo wszyscy państwo chcieliby zadać pytanie i mieć głos.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Oczywiście. Bardzo krótko odpowiem. Rzeczywiście takie spotkanie było i ta decyzja kierunkowa pani minister została wyrażona. Natomiast jeżeli mówimy o rejestrach medycznych, to wydaje mi się, że przyszły rok to powinien być ten rok, kiedy powinniśmy uporządkować cel i w ogóle funkcjonowanie rejestrów medycznych, bo to, że istnieje potrzeba tworzenia nowych rejestrów, jest oczywiste. Natomiast rejestry są rozproszone. Format danych zbieranych jest też często rozproszony i tutaj tracimy cel zbierania tych rejestrów. A celem, oprócz tego, że jest udostępnienie jakby danych dla tych podmiotów czy dla towarzystw, które te rejestry prowadzą, to my jako regulator też z tych rejestrów powinniśmy wyciągać wnioski. Takie rozproszenie temu nie sprzyja. Dlatego chcielibyśmy wyjść w przyszłym roku z inicjatywą i rozmowami z państwem dotyczącymi stworzenia centralnej platformy rejestrów medycznych, gdzie mielibyśmy możliwość tworzenia podrejestru, ale już w sposób zunifikowany, w sposób, który nie tylko unifikuje jakość i format tych danych, ale także dostęp do tych danych. Tak więc, tutaj jesteśmy otwarci. Natomiast, moim zdaniem, stoimy przed dużym wyzwaniem i potrzebą stworzenia takiej centralnej platformy, która porządkowałaby dostęp i ułatwiała też dla wszystkich dostęp do tych danych, też w kontekście wdrażania dyrektywy dotyczącej europejskiej przestrzeni danych medycznych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo, bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Tadeusz Orłowski:

Tadeusz Orłowski. Jestem kierownikiem Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, byłym konsultantem krajowym i prezesem Krajowej Rady Torakochirurgów. Chciałbym zabrać głos na oba tematy. To znaczy uważam, że jakość jest absolutną podstawą tego, co robimy i myślę, że warto przytoczyć to, co powiedział pan profesor Jassem, że mierzymy jakość butów, a nie mierzymy jakości usług medycznych.

Tu chcę powiedzieć, że tworząc rejestr naszych procedur od około 10 lat monitorujemy jakość, którą w naszym środowisku omawiamy każdego roku. Oferowaliśmy to Narodowemu Funduszowi, który w roku 2016 był zainteresowany, a nasz wniosek o to, żeby ten rejestr był zarejestrowany czy wydane było zarządzenie, leży w ministerstwie od roku 2018 bez żadnej reakcji. To na temat jakości.

Natomiast jeżeli chodzi o robotykę, bo to ściśle wiąże się z jakością, proszę państwa, jeżeli mówimy o jakości leczenia chirurgicznego, to robot daje nieporównywalne możliwości. Chcę tutaj z pewnym żalem powiedzieć, że jako duże państwo europejskie nie potrafimy sobie z tym poradzić i przywołać przykład Czechów, które ma 8 ośrodków torakochirurgicznych i ministerstwo dla tych ośrodków zakupuje 8 robotów nie dlatego, że oni aplikują o to, ale dlatego, że uważają, że ta technologia powinna być tam wdrażana. A że to ma znaczenie, to podam państwu drugi przykład, przeszczepów płuca, które w Polsce przez lata nie mogły się urodzić i tylko dzięki profesorowi Zembali i jego niespożytej energii zostało to uruchomione.

Jak to wygląda w Czechach? Profesora, który operował Hawla wezwano i powiedziano – wysyłamy chorych na przeszczepy do Austrii. Co trzeba zrobić, żeby uruchomić w Polsce? On powiedział, co trzeba zrobić. Przenieśli go do drugiego szpitala, wysłali ludzi na szkolenie i w Czechach, 10-milionowym państwie, przeszczepia się tyle płuc, co w Polsce. A u nas w jednym z ośrodków, który był nominowany, z dnia na dzień likwiduje się program przeszczepowy i nikogo to nie interesuje.

Tak więc, proszę państwa, jakość w chirurgii jest nieodłącznie związana również z robotyką. Ja pamiętam czasy, kiedy wprowadzano staplery – urządzenia do mechanicznego szycia w chirurgii. Ówczesny dyrektor, gdy do niego poszedłem, żeby mi kupić, powiedział – jeśli nie umiesz szyć ręcznie, to nie szyj. I podobnie będzie z robotami, proszę państwa. Jestem absolutnie przekonany, że za lat 10 to będzie dominująca procedura. Nie unikniemy tego, a w jakiś sposób stale jesteśmy naśladowcami i czekamy, kiedy ktoś potwierdzi, że to ma wartość. Jesteśmy na tyle dużym krajem, że w wielu dziedzinach mamy potencjał, bo tak jak tutaj siedzi tylu chirurgów, mogliby oni wykonywać tych zabiegów znacznie więcej, gdyby stworzone były odpowiednie warunki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jesteśmy dużym krajem a nie możemy sobie poradzić z systemem ochrony zdrowia. Czechy są małym krajem i poradziły sobie doskonale. Wiemy, że to jest przykład, do którego powinniśmy zmierzać, ale to jest temat nie na dzisiejsze spotkanie, niestety. Pani, bardzo proszę. Ja tak na zmianę będę...

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Dziękuję panie przewodniczący.

Szanowni państwo, słucham uważnie dyskusji i na początku pan naczelnik Tomasz Kuleta powiedział, że zabiegi robotowe mają mniej powikłań, ale jak zrozumiałam z dalszej części dyskusji, nie są w Polsce zbierane dane o powikłaniach w zabiegach i tych danych nigdzie nie można znaleźć. W związku z tym nie możemy też porównać, jakie są powikłania w zabiegach między zabiegami laparoskopowymi, robotowymi i zabiegami otwartymi, natomiast to jest ten element jakości, który również pacjentów interesuje. Te porównania powinny dotyczyć nie tylko różnic między poszczególnymi technikami leczenia, ale również między poszczególnymi ośrodkami, które zajmują się danymi rodzajami leczenia.

Mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia, a może do Narodowego Funduszu Zdrowia. Kiedy ma zamiar wprowadzić zbieranie tych danych o powikłaniach i gdzie będą publikowane? Dla pacjentów to jest bardzo ważne, jakie ośrodki jak operują, ale również jakimi technikami, jakie osiągają efekty w tych technikach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy jest możliwość odpowiedzi w tej chwili na to pytanie, czy na piśmie? Jest wahanie, więc pan profesor Zegarski, bardzo proszę. Za chwilę w takim razie wrócimy.

Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej Wojciech Zegarski:

Dziękuję bardzo za możliwość zabrania głosu. Wpisuję się w nurt tych wypowiedzi znakomitych profesorów – Orłowskiego, Durlika. W polskich warunkach można. Pokazaliśmy w Bydgoszczy 4 tygodnie temu, że otwieramy blok robotyczny. Działają 3 roboty da Vinci. Sieć onkologiczna w naszym województwie już działa. Monitorujemy te nasze wskaźniki

dla własnych potrzeb. Nie ma czego się obawiać. Ja czekam na 1 kwietnia i z przyjemnością będę raportował, porównam się z innymi. Roboty są u nas i w klatce piersiowej też operacje idą. To co jest płacone, jest, i miejmy nadzieję, że Agencja przychyli się do rozliczania.

Czesi przyjeżdżają do nas i mówią – Boże drogi, jak wy to zrobiliście? Macie wielkie centrum. Ja mam u siebie największe w Europie centrum leczenia raka jelita grubego. Można to zrobić w polskich warunkach. Nikt nam niczego nie dał, tylko sami od początku to realizowaliśmy dzięki znakomitemu dyrektorowi, senatorowi i posłowi koalicji, panu Pawłowiczowi. I mamy dzisiaj zrobionych prawie 1300 operacji na trzech robotach w bloku. Operują i ginekolodzy, i chirurdzy, i klatkę piersiową, i czekamy na dalsze.

Będę pisał z przyjemnością wnioski na chirurgię trzustki – profesorze Durlik, razem napiszemy – i żołądek, i liczymy na to, że te procedury... Tam, gdzie jest duża ilość, jakoś będzie prawie automatycznie i tam należy finansować. Nawet bym nie wyróżniał osobno procedur robotycznych, tylko płacić dobrze, uśrednioną kwotę i te ośrodki pozostaną, a małe przestaną istnieć i zajmą się świadczeniem innego rodzaju usług, jak przewlekła opieka, internistyczne, rehabilitacja pooperacyjna. Tak już jest.

W przypadku raka jelita grubego było kiedyś 400 ośrodków, które zajmowały się leczeniem raka jelita grubego. Dzięki wprowadzeniu ośrodków kompetencji mamy poniżej 300 ośrodków. Setka zniknęła z obszaru, w którym operowali między 1 a 5 i rośnie w siłę liczba ośrodków, które robią powyżej 100-150, te *high volume center* i *high volume surgeon*. Ja mam u siebie sześciu-siedmiu chirurgów, którzy spełniają podwójnie kryteria *high volume surgeon* – w skali Europy to jest 25 operacji. Kiepski chirurg, to jest taki, który operuje raz na 2 tygodnie jednego chorego. U mnie są tacy, którzy operują przynajmniej po trzech-czterech w tygodniu i to gwarantuje jakość.

Tak więc myślę, że oczekujemy na 1 kwietnia. Gdy wejdzie sieć, to będziemy monitorować wskaźniki i podnosić w górę wyniki, a beneficjentem tego będą nasi pacjenci. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję, bardzo. Wszyscy czekamy na 1 kwietnia, chociaż chciałem przypomnieć, że to nie jest taki najszczęśliwszy dzień...

Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej Wojciech Zegarski:

Nie prima aprilis, ale...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Też mam taką nadzieję, że to chyba nie tak. Pan naczelnik Kuleta chciałby się odnieść do poprzedniego pytania. Bardzo proszę.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Tomasz Kuleta:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, na to pytanie udzielimy odpowiedzi pisemnie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan z głębi sali, proszę bardzo.

Prezes zarządu Modern Healthcare Institute Krzysztof Jakubiak:

Dziękuję bardzo. Krzysztof Jakubiak, Modern Healthcare Institute. Szanowni państwo, chciałbym kilka słów powiedzieć na podstawie danych, które udało mi się zebrać. Tylko chciałbym od razu powiedzieć, że bardzo podoba mi się ten ostatni głos pana profesora Zegarskiego, który zwrócił uwagę na sprawę kluczową, jeżeli chodzi o wycenę świadczeń robotowych. To znaczy, pytanie jest, czy my chcemy osobno wyceniać świadczenia robotowe, czy też nie, bo są dwie możliwe strategie działania.

Większość krajów europejskich nie stosuje osobnych wycen dla zabiegów wykonywanych w asyście robota. Nie jest powiedziane, że wyłącznie ta strategia, jaką my przyjęliśmy, że wyceniliśmy 3 zabiegi wyżej niż wykonywane laparoskopią lub na otwarto, jest dobra. Być może lepszą strategią jest to, o czym właśnie wspomniał przed chwilą pan profesor, czyli monitorowanie jakości wykonywanych zabiegów i przyznawanie współczynników dla tych ośrodków, które wykonują zabiegi robotowe. Dzięki temu te środki będą

otrzymywały wyższe wynagrodzenie za chirurgię robotową, ale pod warunkiem jakości. Myślę, że wtedy te dwa nasze tematy, czyli chirurgia robotowa i jakość zostaną powiązane w jedno i rzeczywiście będą sprzyjać również koncentracji robotyki.

Natomiast chciałbym przede wszystkim powiedzieć dwa słowa o kwestii danych, bo tutaj kilkakrotnie słyszałem dane, to znaczy liczby, które nie są zgodne z rzeczywistością, jeżeli chodzi o chirurgię robotową w Polsce, a to dlatego, że nie powstał rejestr zabiegów robotowych. Mimo że był zapisany w zarządzeniach ministra i prezesa NFZ-u, nie powstał rejestr zabiegów robotowych, gdzie ośrodki mogłyby wpisywać operacje wykonywane robotem. W sprawozdawczości też nie jest stosowany taki dodatkowy, możliwy do dopisania kod, który oznacza zabieg wykonany w asyście robota, niezależnie od systemu rozliczeń, bo to są dwie osobne rzeczy rozliczanie jako zabieg robotowy lub wykonywany w asyście robota.

Jeżeli państwo pozwolą, to podam przykład. W ubiegłym roku w Polsce wykonano 12 tys. prostatektomii wszystkimi metodami. Z tego 7 tys. było wykonanych w asyście robotów chirurgicznych przez pięćdziesiąt kilka szpitali. Z tych 7 tys. 550 to były zabiegi komercyjne, za które pacjent zapłacił z własnej kieszeni. Natomiast te 6,5 tys. zabiegów sfinansował NFZ, z tym, że NFZ wie, że sfinansował tylko 5500. O tysiącu zabiegów, które były wykonane w asyście robota i NFZ za nie zapłacił, NFZ nie wie, bo one nie były sprawozdane jako robotowe, tylko były sprawozdane jako prostatektomia małoinwazyjna laparoskopowa, jakkolwiek. To pokazuje problem.

Jeżeli w ubiegłym roku w Polsce wykonano ponad 10 tys. najrozmaitszych zabiegów w asyście robota, to one wszystkie, poza tymi 550, zostały sfinansowane przez NFZ, ale NFZ jest jakby ślepy. Z uwagi na brak odpowiedniej sprawozdawczości i brak rejestru jest ślepy na to, że finansuje zabiegi robotowe. Na przykład w Wielkopolskim Centrum Onkologii, które od 2018 r. wykonuje zabiegi, chociażby ginekologiczne czy chirurgii twarzy i gardła, te zabiegi są rozliczane. NFZ za nie płaci. Natomiast nie ma osobnej wyceny za zabieg wykonany w asyście robota, więc sprawozdawczość NFZ-u o tym nie wie. Nie wie, że to są zabiegi wykonywane w asyście robota. Jeżeli ja wysyłam ankietę do szpitala i szpital w ankiecie podaje dane dotyczące liczby zabiegów wykonanych w asyście robota, to ja o tym wiem, ale NFZ o tym nie wie. I to jest podstawowa zasada, moim zdaniem, że najpierw musimy zacząć zbierać dane, a dopiero potem mówić o strategii rozwoju. A po trzecie, potem dopiero kontrolować jakość, bo bez danych, bez zbierania danych nie jesteśmy w stanie skontrolować jakości.

Na koniec jeszcze tylko jedna uwaga, że z ewolucji chirurgii robotowej w prostatektomii wynika, że w ostatnich kilku latach robotyka sprzyja koncentracji leczenia zabiegowego. Dzięki temu, że szpitale wyposażyły się w roboty. Już w ubiegłym roku 58% prostatektomii w Polsce było wykonanych robotowo. W tym roku to pewnie będzie 70%, czyli już zdecydowana większość. Osiągnęliśmy poziom Francji sprzed dwóch lat, więc dogoniliśmy już, jak można powiedzieć, Europę Zachodnią.

Warto przy tym wskazać, że w 2021 r. szpitali, które wykonały w Polsce jakąkolwiek metodą zabieg prostatektomii, było 22. Natomiast w 2023 r. takich szpitali było już czterdzieści kilka. Tak więc ta koncentracja postępuje dzięki temu właśnie, że pacjenci idą do ośrodków, gdzie jest robot, gdzie jest dobry operator, gdzie wiadomo, że jakość zabiegu będzie lepsza. Pacjenci nogami wybierają te ośrodki. W dobrych ośrodkach jest kolejka pacjentów czekających na zabieg robotowy, a w złych ośrodkach można to zrobić z dnia na dzień. I to jest właśnie ta kwestia jakości, która decyduje o tym, że następuje koncentracja.

Myślę, że to jest bardzo dobry trend. Takiego samego trendu można się spodziewać w chirurgii jelita grubego czy w chirurgii endometrium i w innych wskazaniach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego Tomasz Drewa:

Tomasz Drewa. Reprezentuję Polskie Towarzystwo Urologiczne, którego jestem prezesem. Chciałbym odnieść się właśnie do zagadnień związanych z jakością i z robotyką jednocześnie.

Urolodzy są rzeczywiście chirurgami, którzy wykonują obecnie w Polsce najwięcej zabiegów robotycznych, bo to jest 70% operacji. Myślę, że Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia, mają już dane dotyczące jakości, chociażby poprzez zmniejszenie finansowania procedur leczenia nietrzymania moczu po prostatektomii. Niestety, leczenie zaburzeń funkcji seksualnych nie będzie mogło być monitorowane, bo nie jest refundowane. Jednak to nietrzymanie moczu jest takim bardzo ważnym parametrem i myślę, że to jest twarda dana, która może jakościowo świadczyć za tym, że decyzja o wdrożeniu robotyki do chirurgii była właściwa.

Chciałbym też powiedzieć o tym, że wiele oddziałów urologicznych również wykonuje operacje robotyczne w zakresie leczenia raka nerki i raka pęcherza moczowego, mimo że nie są refundowane, bo wiemy, że to jest lepsze dla pacjentów, po prostu. Staramy się zrobić tak, żeby obciążenie szpitala było minimalne, ale myślimy o pacjentach i dlatego te zabiegi wykonujemy.

Z drugiej strony, chciałem też zwrócić uwagę na to, że z informacji, które mamy od naszego konsultanta krajowego, pana profesora Tomasza Szydelki, wynika, że my złożyliśmy wniosek o refundację częściowej resekcji nerki w raku. Nie wiem, czy utknęła w ministerstwie... Może spróbujemy to wyjaśnić, bo to jest kolejne pole do eksploracji, jeśli chodzi o chirurgię robotyczną.

I wreszcie najważniejszy aspekt tego wszystkiego. Jeżeli będziemy rozszerzali wskazania do chirurgii robotycznej, to też będziemy rozszerzali grono chirurgów, którzy będą się specjalizowali w tych technikach. W związku z tym powiększymy jakość, czyli będziemy uczyli więcej chirurgów lepszej chirurgii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia rozkłada ręce, że nie wie o tym wniosku. Czy po prostu poszukamy? Bardzo bym prosił pana dyrektora, żeby przynajmniej mnie poinformował, a ja poinformuję dalej pana profesora, że odnaleziono ten druk. Bardzo proszę.

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Bernard Waśko:

Dzień dobry. Bernard Waśko. Jestem dyrektorem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Przysłuchując się tutaj dyskusji dotyczącej dostępu do danych, rozbieżności w różnych źródłach danych, wydaje mi się, że pan profesor Durlik w swoim wystąpieniu wskazał jedno doskonałe źródło. To jest rejestr na serwerach firmy, która dysponuje chyba najlepszymi danymi, które dotyczą liczby przeprowadzonych zabiegów przez poszczególne osoby, czasy zabiegów, jak zrozumiałem.

Wydaje mi się, że takie instytucje, które zajmują się systemowymi analizami, monitorowaniem również ekonomiki polskiego systemu zdrowia oraz jakości, mogłyby mieć dostęp do takiej bazy. To jest kopalnia wiedzy chyba bardzo atrakcyjna dla AOTMiT-u jako instytucji taryfikującej świadczenia oraz na pewno dla NFZ-u, a może w konsekwencji również dla Instytutu, który jako mandat statutowy ma też monitorowanie systemowe takich zjawisk ekonomicznych w ekonomice zdrowia. Dziękuję.

Poseł Radosław Lubczyk (PSL-TD):

Dziękuję. Proszę.

Ekspert Konfederacji Lewiatan Robert Zawadzki:

Dziękuję bardzo za udzielenie głosu. Robert Zawadzki. Jestem ekspertem Konfederacji Lewiatan. Reprezentuję też ośrodki, które zajmują się leczeniem onkologicznym w Polsce.

Na początku jedna uwaga, myślę, że do wszystkich państwa. Prośba o nieużywanie nazwy własnej jednego z systemów robotycznych, czyli da Vinci, ponieważ jest to nazwa własna jednego z producentów, jednego systemu, który dzisiaj dominuje na rynku polskim. W zależności od tego, kto go używa, ma takie lub inne opinie na temat uniwersalności tego urządzenia, natomiast to jest nazwa własna i dobrze byłoby używać częściej terminologii chirurgii robotycznej, czy systemów robotycznych, a nie konkretnie da Vinci. Jest to pewnie miłe dla jednego z producentów, natomiast dla pozostałych, którzy próbują konkurować na rynku, nie tylko polskim, na pewno nie do końca optymalne.

Mam kilka pytań do różnych interesariuszy czy instytucji, które zarządzają systemem ochrony zdrowia w Polsce. Mówiono tutaj o jakości, która jest bardzo ważna zarówno dla pacjentów, jak i dla regulatorów systemu ochrony zdrowia, po to, żeby móc podejmować racjonalne decyzje na podstawie rzetelnych danych.

My mamy dwa doświadczenia systemowe, jeżeli chodzi o onkologię ze wskaźnikami. Pierwsze doświadczenie, to są wskaźniki w leczeniu raka piersi, o których mówił pan profesor Jassem, które powstały w 2018 r. i z dużym opóźnieniem podjęto w NFZ-e próbe ich zbierania. Ona skończyła się zebraniem jakichś danych, które nie dają się porównać. One były częściowo źle skonstruowane, częściowo są niewyliczalne. Na koniec, zgodnie z przepisami obowiązującymi, zostały porzucone.

Natomiast drugim doświadczeniem były wskaźniki opracowane w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, które też, jak podsumowano w raporcie, tylko częściowo dawały się zebrać. Wynika z nich niewiele. Podjęto próby analizy wybranych. To doświadczenie uczy, że wskaźniki, od których powinniśmy rozpocząć monitorowanie, powinny być bardzo dobrze przemyślane po to, żeby mogły być powszechnie zbierane, relatywnie proste, oparte na takich danych, których zbieranie na chwilę obecną systemowo będzie możliwe.

W związku z tym moje pytanie jest takie. Kiedy pojawi się publikacja tych wskaźników, które miałyby obowiązywać w Krajowej Sieci Onkologicznej, ponieważ ośrodki onkologiczne, które będą miały je raportować, powinny mieć szansę na przygotowanie się -choćaby zorientowanie się, z jakich danych te wskaźniki będą pobierane, jak będzie wyglądał ten proces i na ile on będzie możliwy do obsłużenia po stronie tych podmiotów? Tak naprawdę mamy przed sobą 3 miesiące do wejścia Krajowej Sieci Onkologicznej i tych wskaźników nadal nie ma, nawet projektu rozporządzenia ministra zdrowia.

Z nieformalnych informacji wiemy, że Rada ds. Onkologii zajmowała się tym tematem wielokrotnie i że podjęła pewne rekomendacje, natomiast do dzisiaj one nie ujrzały światła dziennego. Myślę więc, że przy już tak długiej historii legislacyjnej, dotyczącej sieci onkologicznej, warto byłoby, żeby na kwartał przed jej wejściem w życie, coś tak oczywistego jak wskaźniki jakości, przynajmniej niektóre, zostało opublikowane.

I prośba o informację. Kiedy te ośrodki i pacjenci, i wszyscy interesariusze, mogą się dowiedzieć, jakie są zamierzenia Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie, ponieważ te wskaźniki mają być wprowadzone do systemu rozporządzeniem, czyli ich określenie leży w gestii Ministerstwa Zdrowia?

Drugie pytanie dotyczy NFZ-u. Kiedy właśnie ten wspomniany przez pana Krzysztofa rejestr zabiegów robotycznych powstanie? Było wskazane, że nie od razu, ale był obowiązek uruchomienia przez NFZ. Tu chodzi o możliwość raportowania faktu wykonania takich zabiegów metodami robotycznymi. To jest istotne dlatego, że tak jak powiedział pan Krzysztof, część zabiegów wykonywanych jest bez śladu rozliczeniowego w komunikatach rozliczeniowych. Co więcej, część z nich w ogóle nie jest wykonywana przez podmioty, które posiadają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z drugiej strony, mamy do czynienia z dość mocno skomplikowanym procesem udowadniania przez chirurgów odpowiedniego doświadczenia z okresu poprzedzającego roku kalendarzowego, czy też 12 miesięcy, bo tutaj różne interpretacje mogą wchodzić w grę. Gdybyśmy mieli rejestr podobny, jak mają kardiologowie interwencyjni, który monitoruje liczbę wykonanych zabiegów, w którym można byłoby spontanicznie takie dane wprowadzać, można byłoby ten rynek, przynajmniej tych chirurgów, którzy mają odpowiednie kompetencje, w jakiś sposób monitorować.

My dzisiaj tego nie mamy. Mamy znaczący, drastyczny przyrost rok do roku liczby takich procedur. Mamy coraz więcej procedur niefinansowanych zupełnie, a więc pozostających w cieniu systemu finansowania, warto więc taki rejestr uruchomić w miarę szybko. Myślę, że to nie jest informatycznie ogromne wyzwanie, natomiast ono pozwoliłoby zebrać wiarygodne dane, ilu mamy chirurgów, którzy dysponują odpowiednimi kompetencjami do wykonywania takich zabiegów.

I ostatnie pytanie do AOTMiT-u i do Ministerstwa Zdrowia. Pan Kuleta powiedział, że właśnie wpłynęły do ministerstwa opinie z AOTMiT-u na temat retaryfikacji pewnych procedur. Ja chciałbym tylko zauważyć – kilkakrotnie już zgłaszałem takie uwagi, ale one pozostały bez echa – że dzisiaj mamy procesy taryfikacyjne, które są jawne.

AOTMiT na zlecenie Ministerstwa Zdrowia publikuje te procesy. Są raporty taryfikacyjne, można do nich, co prawda w bardzo krótkim czasie 7 dni, składać jakieś uwagi.

Natomiast istnieje też drugi obieg opinii czy analiz, czy raportów, które wykonuje AOTMiT na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, które nigdzie nie są publikowane i o ich istnieniu dowiadujemy się wyłącznie poprzez zacytowaną sygnaturę pisma lub nawet czasami bez tej sygnatury, w uzasadnieniach zarządzeń prezesa NFZ-u i my nie mamy możliwości w żaden sposób przeanalizowania racjonalności tudzież skąd pewne skutki w postaci taryf czy zasad finansowania się wzięły. Tutaj gorący apel o to, żeby takie dokumenty były publikowane albo można było w trybie dostępu do informacji publicznej uzyskiwać do nich dostęp, ponieważ jeżeli one przekładają się na sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez zmiany finansowania świadczeń, to warto byłoby, żeby one nie były informacją poufną, do której dostępu uzyskać nie można. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy na te pytania są państwo w stanie odpowiedzieć w tym momencie? To bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, za udzielenie głosu. Odnosząc się do kwestii, myślę, że bardzo ważnej, czyli tej daty 1 kwietnia, szanowni państwo, 1 kwietnia nie wchodzi w życie Krajowa Sieć Onkologiczna. Ona weszła z dniem kwalifikacji podmiotów do sieci. Od tego dnia są pewne obowiązki dotyczące współpracy i ta struktura się utworzyła.

1 kwietnia to jest data, w której przede wszystkim wchodzi w życie art. 5, o którym pan doktor wspominał, czyli kwestia dotycząca ograniczenia możliwości realizacji świadczeń z zakresu opieki onkologicznej podmiotom, które do tej sieci nie zostały zakwalifikowane. Zatem my już jesteśmy w procesie wdrażania tej sieci.

Oczywiście to jest proces, który będzie trwał. My mówimy o wskaźnikach jakości, do których za chwilę wrócę, mówimy o wytycznych, mówimy też jakby o reagowaniu na to, co w tej sieci nie działa, co wymaga naprawy, więc tutaj nie ma takiej jednej daty. Ten 1 kwietnia to nie jest data, kiedy te wszystkie rozwiązania wchodzi, bo one już w części funkcjonują.

Jeśli chodzi o wskaźniki, to rzeczywiście jeszcze w 2023 r., czyli tuż po wprowadzeniu sieci, trwały prace Krajowej Rady ds. Onkologii nad wskaźnikami jakości, wspólnie zresztą z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. I to rzeczywiście jest materiał, który jest kompletny. Natomiast ten materiał jeszcze nie uwzględniał jednej rzeczy, która wydarzyła się po drodze, czyli wejścia w życie ustawy o jakości, w przypadku której te wskaźniki jakości mierzone w onkologii wymagają dostosowania do tych regulacji wynikających z ustawy o jakości i przede wszystkim z rozporządzenia wydanego na podstawie ustawy o jakości opieki zdrowotnej, które weszło w życie dopiero we wrześniu 2024 r.

Jednak na podstawie tych projektów, które przygotowała Rada, obecnie trwa analiza, które wskaźniki powinny być wprowadzone – tu odpowiadam na to pytanie – i które rzeczywiście będziemy w stanie monitorować i podmioty będą w stanie sprawozdawać. W tych działaniach związanych z wprowadzeniem nowych wskaźników nie chodzi bowiem o to, żeby na poziomie Rady i ministerstwa wprowadzić rozwiązanie, które będą później trudne do weryfikowania i monitorowania. Dlatego zaznaczyłem, że zaczniemy w pierwszym kroku od wskaźników, które właśnie są mierzalne, łatwe do wprowadzenia i na pewno będą powodowały pewien niedosyt, w szczególności ze strony klinicystów, którzy będą postulowali, abyśmy dalej szli z tymi wskaźnikami. I tak dalej pójdziemy, tylko przejdźmy ten etap wdrożenia, wyciągnięcia wniosków z tych podstawowych wskaźników, a następnie będziemy przechodzić do wskaźników specyficznych, czyli właśnie głównie obejmujących dane medyczne.

Tak jak wspominałem, myślę, że to rozporządzenie jest w końcowej fazie prac w ramach Krajowej Rady Onkologicznej. Chcielibyśmy, aby to rozporządzenie było skierowane do konsultacji publicznych na początku przyszłego roku. Idealnie by było, jeżeli organizacyjne możliwości pozwolą, abyśmy równolegle prowadzili nowelizację ustawy

o Krajowej Sieci Onkologicznej i właśnie to rozporządzenie. Wskaźniki są niezwykle istotne i chcielibyśmy jak najszybciej rozpocząć monitorowanie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Zastępca rzecznika dyscyplinarnego Krajowej Izby Fizjoterapeutów Piotr Turmiński:

Dzień dobry państwu. Piotr Turmiński, Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Zwracam się z takim pytaniem do pana dyrektora z Ministerstwa Zdrowia. Mieliśmy okazję przesyłać do pana jako Krajowa Izba pewne pomysły, jeśli chodzi o nowelizację ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. W związku z tym, że mówimy o jakości opieki onkologicznej, czyli, jak rozumiem, że ta opieka powinna być realizowana przez, tak jak tutaj jest wskazane, wielodyscyplinarny zespół, który zapewni pewne kompleksowe leczenie, czy jakość, o której dzisiaj rozmawiamy, którą chcemy monitorować, ministerstwo też chciałoby rozszerzyć o proces fizjoterapii.

Państwo wspaniale wykonują swoją pracę, jeśli chodzi o chirurgię i bezpośrednio leczenie nowotworów, natomiast potem pacjent, który jest w procesie leczenia onkologicznego, niejednokrotnie korzysta z usług fizjoterapeuty. Chciałbym zapytać po prostu, ponieważ my jesteśmy na to gotowi i tworzymy różnego rodzaju algorytmy postępowania, które też chcielibyśmy państwu udostępnić, czy jest jakiś pomysł na ujęcie nas w Krajowej Sieci Onkologicznej w zmianach ustawy, które państwo planujecie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Czy pan dyrektor mógłby odpowiedzieć?

Dyrektor departamentu MZ Konrad Korbiński:

Tak, panie przewodniczący. Oczywiście bardzo krótko odpowiem. Tak, takie są plany. Chcielibyśmy objąć procesem monitorowania cały etap opieki onkologicznej. Nie tylko ten związany z diagnostyką i leczeniem, ale także ten związany z tą opieką po zakończonym leczeniu. Tutaj ta fizjoterapia, zwłaszcza w zakresie zabiegów chirurgicznych, radioterapii i rehabilitacja onkologiczna, są niezwykle istotne. To też znalazło swoje miejsce w kluczowych zaleceniach, które zostały opublikowane w ramach obwieszczenia ministra zdrowia. Natomiast na pewno w pierwszym kroku nie będziemy organizacyjnie, my jako ministerstwo i podmioty lecznicze, żeby objąć monitorowaniem cały etap opieki... Natomiast krok po kroku będziemy chcieli, żeby od początku, od wystawienia karty e-DiLO do procesu, kiedy ten pacjent jest pod opieką nawet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale jest pacjentem onkologicznym, wszystkie te działania były monitorowane. Taki jest cel. Taki jest kierunek, w którym idziemy. Dziękuję.

Zastępca rzecznika dyscyplinarnego KIF Piotr Turmiński:

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ostatni głos, bardzo proszę.

Członek PTGO Tomasz Kluz:

Tomasz Kluz, Uniwersytet Rzeszowski. Odnośnie do rozbieżności w raportowaniu. To może wynikać z tego, że rozporządzenie odnośnie do chirurgii robotycznej mówi, że pierwszych 50 zabiegów, jeżeli operator je wykonuje, nie może rozliczyć jako robotyki i one są kodowane jako laparoscopia, na przykład. Dopiero po 50 zabiegach potwierdzonych przez konsultanta możemy rozliczać to jako chirurgię robotyczną. Stąd mogą być te nieścisłości, bo są to operacje robotyczne, ale kodowane jako laparoscopia.

Chciałbym zapytać jeszcze przedstawiciela NFZ-u, bo jest w onkologii, w ogóle w procedurach, tak zwany współczynnik korygujący, który wynika z tego, że jeżeli wykonuje się odpowiednio dużą liczbę procedur, to jest to dodatkowo płatne. To jest 25% maksymalnie. W przypadku ginekologii, w chirurgii otwartej i w laparoskopii my mamy ten współczynnik i możemy go zastosować, natomiast nie możemy go zastosować w przypadku chirurgii robotycznej. Jest to niezrozumiałe.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy przedstawiciel Funduszu mógłby na to odpowiedzieć?

Dyrektor departamentu Centrali NFZ Filip Urbański:

Oczywiście. Zdefiniowanie tego współczynnika jest właśnie w kompetencji prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który w ramach środków, które posiada, stara się wprowadzać te współczynniki w tych zakresach, które uważa za stosowne. Wydaje się, że wycena tych procedur robotycznych na ten moment nie uzasadnia takiego działania, w szczególności w kontekście ograniczonych środków budżetowych na realizację bieżących zobowiązań.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję za odpowiedź, jeżeli taką moglibyśmy uznać, ale na tym etapie nie może być więcej. Szanowni państwo, zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Chciałbym państwu serdecznie podziękować za dzisiejsze spotkanie. Cieszę się, że w takim szerokim gronie mogliśmy porozmawiać. Jestem przekonany, że wszystkie te nasze informacje dotrą do resortu zdrowia. Dziękuję przedstawicielom merytorycznym ministerstwa za przybycie. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Jeszcze raz dziękuję serdecznie.