



DLG.050.42.2024.PM
Warszawa, 21 sierpnia 2024

Pan Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację poselską nr 4119, posała Janusza Cichonia w sprawie endometriozy, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

- 1. Czy od 2018 roku, kiedy to zapytano w Interpelacji nr 27780 o statystyki, Ministerstwo lub/i podległe mu jednostki wprowadziły rozwiązanie umożliwiające centralne gromadzenie danych na temat epidemiologii endometriozy?**

Obecnie w Polsce nie istnieje ogólnokrajowy rejestr przypadków endometriozy. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) gromadzi dane tylko na temat udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z nim podpisanych.

- 2. Jaka jest liczba indywidualnych numerów PESEL z rozpoznaniem ICD-10: N80.0 do N80.9 (endometrioza i różne jej typy i lokalizacje) w systemie. Na ile szacowana jest liczba pacjentek poza systemem NFZ?**

Liczba sprawozdanych świadczeń z rozpoznaniem głównym ICD-10 - N80 (wraz z rozszerzeniami od N80.0 do N80.9) w rodzajach świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz leczenie szpitalne w latach 2020-2024 przedstawiona jest w poniższej tabeli:

Tabela 1. Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym N80 (z rozszerzeniami)

Rodzaj świadczeń	2020	2021	2022	2023	2024 (styczeń-maj)
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	11 001	13 225	14 954	18 225	11 138
Leczenie	3 469	4 285	4 591	4 969	2 224

Szpitalne					
-----------	--	--	--	--	--

Źródło: NFZ

3. Czy jeśli Ministerstwo lub/i podległe mu jednostki nie mają statystyk nt. skali problemu i epidemiologii, to na jakiej podstawie szacują potencjał i założenia wprowadzenia rozwiązań systemowych i planują opracowanie planu dla chorych, w tym również jego finansowania i docelowego budżetu?

W opinii ekspertów najbardziej dokładne dane dotyczące epidemiologii endometriozy pochodzą z Francji i wskazują, że endometrioza dotyka około 10% populacji kobiet w wieku rozrodczym. Z inicjatywy konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii przeprowadzono ankietę w oddziałach położniczo-ginekologicznych dotyczącą częstości zabiegowego leczenia endometriozy oraz zaleceń wydawanych przy wypisie pacjentek ze szpitala.

Z danych zbieranych przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii za 3 miesiące 2022 roku wynika, że w całej grupie kobiet ze zdiagnozowaną endometriozą:

- endometrioza w powłokach dotykała 22,3% pacjentek,
- endometrioza w obrębie jamy brzusznej 77,2%,
- endometrioza zarówno w powłokach jak i w jamie brzusznej 0,5%.

W grupie pacjentek z endometriozą w powłokach wszystkie w przeszłości przebyły cięcie cesarskie. Endometrioza była obecna tylko w tkance podskórnej u 31,5%, w tkance podskórnej i powięzi u 30,7%, naciek obejmował również mięśnie u 25,9%, dochodził również do otrzewnej u 9,8%.

W grupie pacjentek z endometriozą w obrębie jamy brzusznej u 75% kobiet w tej grupie endometrioza dotyczyła jajników, w 22,4% jajowodów. W trakcie zabiegu stwierdzono obecność ognisk endometriozy na powierzchni otrzewnej u 47,9% kobiet. Ogniska endometriozy w obrębie jelit i pochwy rozpoznano u 16,6% badanych. Głęboką endometriozę stwierdzono u 10,5%, u 3% endometrioza obejmowała pęcherz moczowy. Adenomiozę rozpoznano u 13,7%. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że endometriozę 4-go stopnia rozpoznano łącznie u 22% kobiet z endometriozą w jamie brzusznej.

W grupie kobiet poddawanych laparoskopii w przebiegu diagnostyki niepłodności endometriozę stwierdzono u 22,4%.

4. Czy Ministerstwo posiada jakiegokolwiek dane na temat pacjentek z rozpoznaniem endometriozy, które leczą się w nielicznych prywatnych placówkach eksperckich?

Jak już wspomniano na wstępie, NFZ gromadzi dane wyłącznie na podstawie realizowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia nie posiada informacji o liczbie pacjentek poza systemem, które leczą się w prywatnych placówkach.

5. Czy w ramach tworzenia systemowego programu diagnostyki i terapii endometriozy, została przygotowana analiza porównawcza (comparative legal analysis oraz comparative healthcare system analysis) rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia i legislacji z innych krajów? Jakie kraje i rozwiązania zostały wskazane jako tzw. dobre praktyki?

Rozwiązania przyjęte w innych krajach podlegają ocenie w toku prac legislacyjnych na etapie tworzenia oceny skutków regulacji (pkt 3 formularza OSR).

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dokonała przeglądu rozwiązań organizacyjnych świadczeń związanych z leczeniem endometriozy w 12 krajach europejskich (Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Irlandia, Rumunia, Czechy, Słowacja, Chorwacja, Estonia, Litwa, Czechy, Łotwa).

Z przeprowadzonych analiz wynika, że:

- w Europie funkcjonują krajowe programy związane z diagnostyką i leczeniem endometriozy (Niemcy, Francja, Rumunia, Wielka Brytania, Irlandia),
- świadczenia są udzielane w ramach zorganizowanych form opieki, wśród których wymienia się funkcjonowanie 3 poziomów opieki (Niemcy, Francja) lub sieci usług (Rumunia, Wielka Brytania),
- diagnostyka i leczenie odbywają się w wyspecjalizowanych placówkach ochrony zdrowia spełniających warunki przystąpienia do sieci (Niemcy, Francja, Rumunia, Wielka Brytania). Odnalezione informacje wskazują, że część z nich jest poddawana certyfikacji (Niemcy),
- wskazuje się wymagania jakościowe (dotyczące m.in. liczby wykonywanych operacji przez lekarza lub ośrodek, doskonalenia zawodowego, udziału w konferencjach), które muszą być spełnione by placówki mogły świadczyć usługi zdrowotne związane z endometriozą.

6. Czy Ministerstwo lub/i jednostki mu podległe posiadają wiedzę na temat potencjału kadry medycznej specjalizującej się w terapii endometriozy i bólu w endometriozie? W jakim zakresie i jakie dotychczas przeprowadzono badania i analizy w tym obszarze?

Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi statystyk dotyczących kadry medycznej specjalizującej się w terapii endometriozy.

7. Czy Ministerstwo posiada wiedzę i dysponuje analizą wszystkich kluczowych interesariuszy środowiska pacjenckiego, w tym tych niereprezentowanych w pracach Zespołu ds. endometriozy oraz aktualną wiedzę na temat konsensusu w zakresie oczekiwań, potrzeb, bądź zastrzeżeń, jakie z tych środowisk płyną w zakresie standardu diagnostyki i terapii endometriozy? W jaki sposób prowadzony jest z nimi jako kluczowymi interesariuszami dialog?

Ministerstwo Zdrowia współpracuje z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi pacjentów bez względu na ich formę prawną i zakres ich działania. Są to więc zarówno stowarzyszenia bądź fundacje o zasięgu ogólnokrajowym, jak i regionalnym czy lokalnym.

Cele i zasady współpracy Ministra Zdrowia z organizacjami pacjentów określa obecnie „Strategia współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów na lata 2023-24”, wprowadzona zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 2023 r.¹ „Strategia” stanowi program współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2023 r. poz. 571, z późn. zm.).

W celu usprawnienia współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2022 r. powołana została Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 32) – dalej jako „Rada”². Rada jest pierwszym w historii Ministerstwa Zdrowia stałym gremium składającym się z reprezentantów organizacji pacjentów, mającym za zadanie prowadzenie dialogu w sprawach systemowych w ochronie zdrowia i wymianę poglądów w kwestiach najistotniejszych z punktu widzenia pacjenta. Rolą Rady jest zapewnienie prowadzenia sprawnego dialogu z organizacjami pacjentów, reprezentacja stanowisk organizacji pacjentów oraz koordynowanie współpracy organizacji pacjentów z Ministrem Zdrowia. Rada to nadanie ram formalnych tej współpracy, to również organizacyjne wzmocnienie głosu środowisk pacjentów w relacjach z administracją rządową. Do tej pory odbyły się już 42 posiedzenia Rady.

Wśród głównych zadań Rady należy wskazać omawianie spraw systemowych w ochronie zdrowia przekazanych przez organizacje pacjentów oraz przyjmowanie propozycji zmian legislacyjnych do projektów aktów normatywnych od organizacji pacjentów w celu wypracowania wspólnych stanowisk i przedstawienia ich Ministrowi Zdrowia, a także prace związane z koordynacją współpracy organizacji pacjentów,

¹ https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/11/akt.pdf

² https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/32/akt.pdf

w tym zachęcanie organizacji pacjentów do czynnego udziału w procesie legislacyjnym. Zasady działania Rady określone przez Ministra Zdrowia przewidują otwarcie jej na tematy zgłaszane przez samych pacjentów oraz zrzeszające ich organizacje zarówno o zasięgu ogólnopolskim, jak i te skupiające swoją aktywność w środowisku lokalnym czy w zakresie jednego schorzenia. Należy podkreślić, że chodzi tu nie tylko o organizacje bezpośrednio reprezentowane w Radzie. W celu uproszczenia tego procesu na stronie internetowej dedykowanej Radzie umieszczony jest formularz zgłaszania tematów. Każda organizacja może skierować do Rady sprawę poprzez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-organizacji-pacjentow>.

Działając w tym trybie Rada zajmowała się m. in. kwestiami związanymi z diagnostyką i leczeniem endometriozy w Polsce. Tematyka ta omawiana była podczas posiedzenia Rady w dniu 14 września 2022 r. w gronie ekspertów i przedstawicieli resortu zdrowia. W tej sprawie Rada przyjęła stanowisko w formie uchwały, w którym wyraziła poparcie dla zgłoszonych przez organizacje pacjentów propozycji rozwiązań służących poprawie diagnostyki i leczenia endometriozy w Polsce.

Ponadto, na etapie prac legislacyjnych projekty aktów prawnych udostępniane są do konsultacji publicznych, opiniowania oraz uzgodnień międzyresortowych w celu umożliwienia obywatelom i różnym interesariuszom udziału w procesie tworzenia prawa. Dzięki temu różne grupy społeczne mogą wyrazić swoje opinie, obawy i sugestie dotyczące proponowanych regulacji.

8. Czy Ministerstwo dysponuje wiarygodnymi danymi, badaniami lub analizami odnoszącymi się do aktualnej piramidy potrzeb zdrowotnych dla tej grupy terapeutycznej?

W odniesieniu do projektu Odwróconej Piramidy Świadczeń prace nad obszarem ginekologii nie zostały jeszcze ukończone, w związku z czym Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje gotowymi analizami dla tej grupy terapeutycznej. Dane statystyczne dotyczące liczby chorych na endometriozę oraz liczby zrealizowanych świadczeń są dostępne w aplikacjach Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych.

9. Czy Ministerstwo posiada wiedzę jaki jest czas wyszkolenia specjalisty w zakresie laparoskopowego usuwania endometriozy, szczególnie jej zaawansowanych przypadków, wymagających interdyscyplinarnego podejścia?

Program szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinie położnictwa i ginekologii obejmuje zarówno wiedzę dotyczącą rozpoznawania i leczenia endometriozy, badania USG, jak i wszechstronną wiedzę dotyczącą wszystkich chirurgicznych procedur

ginekologicznych, techniki operacji ginekologicznych, w tym endoskopowych i mikrochirurgicznych.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie położnictwa i ginekologii dodatkowo odbywa 8-godzinny kurs pn. „Endometrioza”. Celem kursu jest zapoznanie z zasadami diagnostyki endometriozy i adenomiozy (w interpretacji objawów klinicznych, badania fizykalnego, badań obrazowych), metod leczenia endometriozy i ich skuteczności, terapii objawów towarzyszących endometriozie oraz zapoznanie z jej współczesnymi metodami leczenia farmakologicznego i zabiegowego. Zakres wiedzy kursu obejmuje:

- 1) współczesne teorie etiopatogenezy endometriozy,
- 2) objawy kliniczne,
- 3) diagnostykę różnicową,
- 4) kliniczne i badania dodatkowe w diagnostyce endometriozy,
- 5) badania obrazowe,
- 6) endometrioza a płodność,
- 7) leczenie farmakologiczne endometriozy z uwzględnieniem różnych terapii hormonalnych,
- 8) leczenie objawowe,
- 9) leczenie operacyjne endometriozy o różnej lokalizacji i zaawansowaniu choroby,
- 10) leczenie zabiegowe adenomiozy,
- 11) skuteczność terapii w obserwacji długoterminowej.

10. Jak duża liczba lekarzy w Polsce posiada ok. 5 letnią praktykę zawodową w dziedzinie laparoskopowego usuwania endometriozy przy założeniu, że leczenie endometriozy to 80- 100% rodzajów zabiegów, jakie wykonywali w tym okresie czasu? oraz

11. Jak duża liczba lekarzy w Polsce posiada ponad 5 – 10 letnie doświadczenie w laparoskopowym usuwaniu endometriozy, w tym endometriozy rozsianej czy głębokonaciekającej jako dodatkowej praktyki, towarzyszącej innym zabiegom ginekologicznym i gine-onkologicznym? oraz

12. Jak duża liczba ginekologów w Polsce posiada odpowiednią wiedzę, doświadczenie i potwierdzone kompetencje w zakresie wstępnej diagnostyki choroby? W jaki sposób Ministerstwo bada te kompetencje, czy prowadzi odpowiedni rejestr?

Jak już wcześniej wspomniano, Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi statystyk dotyczących kadry medycznej specjalizującej się w terapii endometriozy oraz nie posiada wiedzy na temat liczby prowadzonych szkoleń czy liczby lekarzy posiadających doświadczenie w laparoskopowym usuwaniu endometriozy.

13. Jaki jest konsensus w sprawie metody usuwania endometriozy (resekcja, ablacja, waporyzacja, inne?). Jakie wytyczne zostaną zakwalifikowane w ramach programu, nad którym pracuje Zespół przy Minister Zdrowia? oraz

14. Czy Ministerstwo posiada analizy oraz dane z badań naukowych, dotyczące skali ryzyka nawrotów (recurrence rate) dla każdej z powyższych metod, z uwzględnieniem danych z Polski?

Ministerstwo Zdrowia nie posiada analiz oraz danych z badań naukowych, dotyczących skali ryzyka nawrotów dla każdej z metod usuwania endometriozy. Minister Zdrowia nie opracowuje i nie gromadzi krajowych i międzynarodowych zaleceń postępowania diagnostyczno-leczniczego w wybranych chorobach lub określonych grupach schorzeń. Opracowanie zaleceń postępowania diagnostyczno-leczniczego pozostaje w wyłącznej kompetencji ekspertów zrzeszonych w stowarzyszeniach będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym. Zalecenia postępowania mogą być opracowywane jako dokumenty krajowe albo w drodze adaptacji do polskich warunków zaleceń międzynarodowych. W 2023 r. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników wydało rekomendacje dotyczące postępowania w przypadku kobiet z endometriozą. Zalecenia postępowania diagnostyczno-leczniczego są dokumentami podsumowującymi i oceniającymi dostępne dane naukowe, a ich celem jest ułatwienie lekarzom wyboru najlepszych strategii postępowania u poszczególnych pacjentów z określonymi problemami zdrowotnymi. Wytyczne zawierające zalecenia powinny pomagać lekarzom w podejmowaniu decyzji w codziennej praktyce, ale ostateczne decyzje dotyczące indywidualnych pacjentów musi podejmować lekarz lub lekarze odpowiedzialni za leczenie po konsultacji z pacjentem lub w razie potrzeby jego opiekunem.

Powyższe wynika z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r., poz. 1516, z późn. zm.), w szczególności z:

- 1) art. 2 ust. 1 zgodnie z którym, wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich;
- 2) art. 4 zgodnie z którym, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami

i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

15. Czy Ministerstwo lub/i jednostki podległe prowadzą rejestr nawrotów i reoperacji po leczeniu refundowanym na NFZ? Czy, jeśli nie prowadzi, to ma wiedzę od środowisk eksperckich nt. skali problemu, jaki niesie ze sobą nieumiejętnie (w tym niepełna lub z zastosowaniem nieodpowiednich technik) przeprowadzona operacja resekcji ognisk endometriozy?

Ministerstwo Zdrowia obecnie nie prowadzi rejestru nawrotów i reoperacji po leczeniu endometriozy finansowanym przez NFZ.

16. W jakim celu miałyby powstać karta DILE, jakie korzyści niesie takie rozwiązanie oraz jakie są realne możliwości systemu by je wdrożyć bez szkody dla pacjentek i innych grup terapeutycznych? Czy Ministerstwo ma szczegółowy plan systemowego wdrożenia i uruchomienia takiej karty DILE, skoro na ten moment pacjentka może otrzymać szybką diagnozę w znacznej części przypadków w prywatnych ośrodkach, specjalizujących się w (rekomendowanej przez ESHRE - nieinwazyjnej) diagnostyce i leczeniu endometriozy?

W opinii ekspertów karta Diagnostyki i Leczenia Endometriozy (DiLE) w formie elektronicznej bądź papierowej mogłaby dostarczyć informacji o liczbie kobiet z endometriozą w Polsce, umożliwić ocenę nasilenia objawów oraz wskazywać historię leczenia pacjentek z endometriozą.

Niezależnie od powyższego świadczeniodawcy, o których mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) oraz apteki od dnia 1 stycznia 2019 r. zobowiązani są do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Obowiązek ten obejmuje następujące rodzaje dokumentacji medycznej:

- informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala,
- informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu,
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

17. Czy Ministerstwo ma wiedzę do jakich ośrodków diagnostyki obrazowej kierowane są pacjentki z podejrzeniem endometriozy oraz jaki jest poziom zgodności i/lub

rozbieżności wyniku danego badania z oceną zaawansowania choroby uwidoczną podczas laparoskopii terapeutycznej w zależności od wiedzy i umiejętności radiologa lub diagnosty USG?

Poniższa tabela przedstawia zestawienie świadczeniodawców, którzy w latach 2020-2024 zrealizowali najwięcej świadczeń JGP M13-M14 (M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego, M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego) z rozpoznaniem N80 (wraz z rozszerzeniami).

Tabela 2. lista świadczeniodawców, którzy wykazali najwięcej świadczeń JGP M13-M14 z rozpoznaniem N80

Oddział Wojewódzki NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	2020	2021	2022	2023	2024 (styczeń-maj)	Razem
ŁÓDZKI	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI UL. RZGOWSKA 281/289 ŁÓDŹ	74	97	85	100	26	382
WIELKOPOLSKI	GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU UL. POLNA 33 POZNAŃ-JEŻYCE	76	114	85	55	39	369
MAZOWIECKI	CENTRUM MEDYCZNE "ŻELAZNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ UL. ŻELAZNA 90 WARSZAWA	52	64	90	88	55	349
MAZOWIECKI	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY UL. SZASERÓW 128 WRASZAWA	58	80	74	87	35	334
ŚLĄSKI	SZPITAL MIEJSKI W ZABRZU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ UL. ZAMKOWA 4 ZABRZE	69	77	67	75	22	310
DOLNOŚLĄSKI	BONIFRATERSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ UL. GEN. ROMUALDA TR AUGUTTA 57/59 WROCŁAW	52	56	53	81	27	269
LUBELSKI	UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE UL. DR. K. JACZEWSKIEGO 8 LUBLIN	51	46	41	54	28	220
ZACHODNIOP.	UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1 IM. PROF. TADEUSZA SOKOŁOWSKIEGO PUM W SZCZECINIE UL. UNII LUBELSKIEJ 1	52	47	69	32	14	214

	SZCZECIN						
PODKARPACKI	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE UL. FRYDERYKA SZOPENA 2 RZESZÓW	44	35	35	54	16	184
DOLNOŚLĄSKI	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZARADECKIEGO WE WROCŁAWIU UL. BOROWSKA 213 WROCŁAW	27	30	34	44	23	158
OPOLSKI	KLINICZNE CENTRUM GINEKOLOGII, POŁOŻNICTWA I NEONATOLOGII W OPOLU UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 8 OPOLE	21	42	35	36	17	151
PODKARPACKI	SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO-FAMILIA TOMASZ ŁOZIŃSKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA UL. WITOLDA 6B RZESZÓW	30	45	31	32	8	146
MAZOWIECKI	UNIWERSYTECKIE CENTRUM ZDROWIA KOBIETY I NOWORODKA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O PL. SOKRATESA STARYNKIEWICZA 1/3 WARSZAWA	13	22	42	40	22	139
LUBELSKI	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE UL. STASZICA 16 LUBLIN	8	2	7	88	18	123
ŚLĄSKI	UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH UL. CEGLANA 35 KATOWICE	17	26	29	30	9	111
ZACHODNIOP.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROJE" UL. MĄCZNA 4 SZCZECIN	18	22	37	25	6	108

Źródło: NFZ

Należy jednocześnie podkreślić, że wyniki badań diagnostycznych analizowane są przez lekarza na etapie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Ministerstwo Zdrowia nie gromadzi danych na temat poziomu zgodności lub rozbieżności wyniku danego badania z oceną zaawansowania choroby uwidocznioną podczas laparoskopii terapeutycznej.

18. Czy Ministerstwo planuje wdrożyć program rozwoju kompetencji środowisk medycznych w dziedzinie diagnostyki i terapii endometriozy?

Należy podkreślić, że poszerzanie przez lekarzy wiedzy w dziedzinach, które współuczestniczą w leczeniu pacjentek z endometriozą nie kończy się z chwilą zakończenia szkolenia specjalizacyjnego i uzyskania tytułu lekarza specjalisty. Lekarz ma prawo, a nawet obowiązek, uzupełniania o aktualne wytyczne i rekomendacje właściwych dla danej dziedziny medycyny polskich i europejskich towarzystw naukowych wiedzy medycznej i praktycznej przez całą swoją pracę zawodową. Istnieją różne formy doskonalenia zawodowego, do którego należy również samokształcenie. W dobie digitalizacji lekarze mają także bieżący dostęp do aktualności medycznych i wyników badań klinicznych oraz mogą prowadzić e-konsultacje z innymi ośrodkami medycznymi w kraju i na świecie. Mogą w ramach doskonalenia zawodowego uczestniczyć w organizowanych szkoleniach bezpłatnych lub komercyjnych.

Leczenie endometriozy może przebiegać w sposób zachowawczy lub chirurgiczny. Jednakże należy pamiętać, że z uwagi na różne umiejscowienie ognisk endometriozy i jej objawy decyzja wyboru metody leczenia należy do lekarza prowadzącego. Laparoscopia jest obecnie podstawową techniką operacyjno-zabiegową mającą powszechne zastosowanie w leczeniu operacyjnym, w tym w endometriozie. Programy specjalizacyjne w oparciu, o które szkoleni są lekarze w poszczególnych dziedzinach zabiegowych zawierają tematykę dotyczącą techniki wykonywania zabiegu, zasady bezpieczeństwa i powikłania oraz zastosowania laparoskopii. Zakończenie przez lekarza szkolenia wymaga potwierdzenia przez kierownika specjalizacji wykonania samodzielnie lub w asyście określonej dla danego programu specjalizacyjnego liczby zabiegów laparoskopowych. Z uwagi na możliwość różnego jej umiejscowienia objawy endometriozy są niespecyficzne, dlatego lekarz powinien w każdym wątpliwym przypadku dolegliwości bólowych wykluczyć endometriozę.

Techniki radiologiczne rozpoznawania endometriozy są przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Tematyka dotycząca leczenia endometrium jest także zawarta w programie specjalizacyjnym w dziedzinie urologii. Przy podejrzeniu endometriozy można wykonywać nie tylko badanie RTG, ale także badanie USG, TK, czy MRI oraz określać poziom właściwego markera we krwi. Zatem diagnostyka i leczenie endometriozy przebiega interdyscyplinarnie i wydaje się, że programy poszczególnych szkoleń specjalizacyjnych w sposób wystarczający przygotowują lekarzy do jej rozpoznawania i leczenia. Szkolenia prowadzone są zgodnie z zaleceniami międzynarodowych towarzystw naukowych, bowiem w myśl art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami

zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

19. Kto będzie odpowiedzialny za program edukacyjny kadry medycznej oraz jakimi kompetencjami dysponuje ta jednostka? (Ich wiedza, doświadczenie, liczba przeprowadzonych zabiegów i poziom ich zaawansowania, liczba potwierdzonych opisów badań obrazowych ze stanem pacjentki).

Podmiot leczniczy, w którym odbywa się szkolenie specjalizacyjne z położnictwa i ginekologii musi legitymować się wykonanymi w ciągu jednego roku co najmniej 200 operacjami ginekologicznymi realizowanymi w technice endoskopowej w przeciwnym razie nie uzyska akredytacji do szkolenia lekarzy.

20. Jaki podmiot będzie oceniał i certyfikował kompetencje placówek medycznych dedykowanych diagnostyce i terapii endometriozy? (Ich wiedza, doświadczenie, liczba przeprowadzonych zabiegów, liczba potwierdzonych opisów badań obrazowych j.w.).

Świadczeniodawca jako podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, przystępując do zawarcia umowy z NFZ, podlega ocenie mającej na celu weryfikację spełnienia przez niego warunków niezbędnych do realizacji tych świadczeń. W toku postępowania kwalifikacyjnego, NFZ dokonuje oceny formalnej, obejmującej m.in. weryfikację posiadania przez świadczeniodawcę wymaganych prawem dokumentów, certyfikatów oraz zezwoleń. Następnie przeprowadzana jest ocena techniczna i jakościowa, której celem jest stwierdzenie czy świadczeniodawca dysponuje odpowiednim zapleczem kadrowym, technicznym oraz infrastrukturą niezbędną do realizacji świadczeń zgodnie z obowiązującymi standardami. Zawarcie umowy z NFZ jest możliwe jedynie w przypadku pozytywnego przejścia wszystkich etapów oceny, co stanowi podstawę do uznania świadczeniodawcy za uprawnionego do realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

21. Na jakie raporty (lub rekomendacje) Ministerialnego Zespołu powołuje się przedstawicielka organizacji pacjenckiej (członek Zespołu przy Minister Zdrowia) w wywiadach prasowych? oraz

22. Jaka jest treść tych raportów czy rekomendacji dla Ministerstwa Zdrowia? Czy ww. raporty lub rekomendacje były konsultowane z szerokim środowiskiem pacjentek, których licząca się, znaczna liczba nie jest zorganizowana formalnie, a działająca w ramach inicjatyw oddolnych i grup wsparcia, czy są one jedynie indywidualnym stanowiskiem danej, wyżej wspomnianej organizacji?

Jak już wcześniej wspomniano, w 2023 r. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników wydało rekomendacje dotyczące postępowania w przypadku kobiet

z endometriozą. Ponadto, w dniu 8 marca 2023 r. powołany został Zespół ds. opracowania propozycji rozwiązań w zakresie diagnostyki i leczenia endometriozy, który stanowił wsparcie merytoryczne Ministra Zdrowia. Zespół zakończył swoją działalność w dniu 28 lutego 2024 r. Materiał opracowany przez Zespół zawiera opinie ekspertów oraz rekomendacje dla Ministra Zdrowia podjęcie określonych działań w związku z tym nie podlega on udostępnieniu jako informacja publiczna. Niemniej, jak wcześniej wspomniano wszelkie zmiany wprowadzane do systemu opieki zdrowotnej na etapie prac legislacyjnych nad projektami aktów prawnych udostępniane są do konsultacji publicznych, opiniowania oraz uzgodnień międzyresortowych w celu umożliwienia obywatelom i różnym interesariuszom udziału w procesie tworzenia prawa. Dzięki temu różne grupy społeczne mogą wyrazić swoje opinie, obawy i sugestie dotyczące proponowanych regulacji.

23. Czy Ministerstwo posiada plan finansowania części lub całości zadań w ramach poprawy standardu diagnostyki i leczenia endometriozy ze środków Krajowego Planu Odbudowy?

Ministerstwo Zdrowia w ramach komponentu D będzie realizować inwestycję D1.1.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych oraz inwestycję D4.1.1 Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym, których końcową datą kwalifikowalności wydatków jest 30 czerwca 2026 r.

W ramach KPO przewidziano wsparcie podmiotów leczniczych ukierunkowane m.in. na zakup sprzętu medycznego, poprawę infrastruktury i roboty budowlane. W ramach inwestycji D1.1.1 zostaną ogłoszone nabory dla szpitali należących do Krajowej Sieci Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej, a także dla szpitali poddawanych restrukturyzacji.

Natomiast inwestycja D4.1.1 zapewni wsparcie dla przedsięwzięć na niezbędne prace budowlano-remontowe lub zakup sprzętu dla szpitali powiatowych, w których w ramach planów przekształcenia ustanowione zostaną jednostki lub ośrodki udzielające świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej lub geriatrycznej.

Każde przedsięwzięcie będzie musiało być zgodne z realizowanymi reformami oraz być odpowiedzią na potrzeby zidentyfikowane w Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

24. Czy Ministerstwo posiada analizę ryzyk związanych z potencjalnie niedostatecznym przygotowaniem bazy kompetencyjnej w ramach planowanego Programu, która skutkować może kosztami dla Narodowego Funduszu Zdrowia, głównie wynikającymi

z wielokrotnych, a możliwych do uniknięcia dzięki odpowiednim kompetencjom personelu medycznego, wizyt diagnostycznych i reoperacji?

W trakcie prac kwalifikacyjnych świadczeń jako świadczenia gwarantowane bierze się pod uwagę wpływ proponowanego świadczenia opieki zdrowotnej na poprawę zdrowia obywateli, uwzględniając priorytety zdrowotne oraz wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, skuteczność kliniczną i praktyczną, bezpieczeństwo stosowania, relację korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania oraz wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców.

AOTMiT ocenia skuteczność (kliniczną oraz praktyczną) i bezpieczeństwo, dokonuje oceny ekonomicznej, w tym szacunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz ocenia wpływ nowego świadczenia na system ochrony zdrowia, w tym wpływ na budżet płatnika publicznego.

Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.

Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, *life years gained*) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, *quality adjusted life years*) wskutek zastosowania terapii.

Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.

Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.

Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.

Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym, ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dzisiaj”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia

będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika. Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.

- 25. Czy Ministerstwo planuje przeprowadzenie badań przesiewowych (screening) w zakresie endometriozy na populacji Polek? Jeśli tak, jakiego narzędzia diagnostycznego planuje użyć, na podstawie jakich badań podjęto decyzję o wyborze tego narzędzia oraz jaka jest jego skuteczność oraz liczba wyników fałszywie dodatnich i negatywnych oraz czułość i swoistość?**

Ministerstwo Zdrowia obecnie nie planuje przeprowadzenia badań przesiewowych w zakresie endometriozy na populacji Polek.

- 26. Jaka liczba godzin w podstawie programowej dla przyszłej kadry medycznej i absolwentów nauk o zdrowiu dotyczy zagadnienia jakim jest endometrioza? Czy są plany wdrożenia zmian dla tego schorzenia w ramach zwiększania wiedzy i kompetencji absolwentów kierunków medycznych i nauk o zdrowiu dla poprawy diagnostyki i terapii?**

Tematyka kształcenia kadry medycznej, która współuczestniczy w procesie diagnostyki i leczenia pacjentek z endometriozą została omówiona w odpowiedzi na pytania 9-12 oraz 18 i 19.

- 27. Ile centr referencyjnych ma powstać w ramach Programu, jakie będą kompetencje kadry oraz niezależny nadzór nad utrzymaniem standardu ośrodka referencyjnego?**
oraz

- 28. Jakie kluczowe kompetencje dla Zespołów Interdyscyplinarnych zostaną wyznaczone w ramach Programu oraz w mających powstać Ośrodkach Referencyjnych? Jakie specjalizacje lekarskie, pielęgniarskie, inne, dedykowane do celowanej terapii endometriozy zostały lub będą wyznaczone w ramach takich zespołów?** *oraz*

- 29. Czy zostały wyznaczone jakościowe wskaźniki docelowe dotyczące skuteczności działania Programu oraz Ośrodków Referencyjnych? Jakie to są wskaźniki?** *oraz*

- 30. Jaką perspektywę czasową przewiduje się w ramach docelowego Programu, w jakim zakładane wskaźniki są możliwe do osiągnięcia?**

Szczegółowe elementy rozwiązań z zakresu diagnostyki i leczenia endometriozy wskazane w pytaniach nr 27-30 są obecnie w trakcie opracowania we współpracy z ekspertami, dlatego też na tę chwilę nie jest możliwe udzielenie konkretnej odpowiedzi w tym zakresie.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/