



Minister Zdrowia

DLG.050.73.2025.MGL
Warszawa, 16 maja 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
w odpowiedzi na interpelację nr 8858 przekazaną przez Pana Janusza Cieszyńskiego Posła na Sejm RP w sprawie zaleceń raportu „Roboty Medyczne. Stan obecny i przyszłość robotyki w polskim systemie ochrony zdrowia” (zwanego dalej Raportem), a także w ślad za przekazaną prologatą terminu udzielenia odpowiedzi znak: DLG.050.73.2025.MGL, z dnia 18 kwietnia 2025 r., uprzejmie informuję.

Do Ministerstwa Zdrowia nie wpłynął wymieniony na wstępie Raport, a w celu udzielenia odpowiedzi posłużono się wersją dostępną na stronie Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED. Jak wynika ze wstępnych ustaleń autorzy Raportu podejmują m.in. kwestie rekomendacji dla systemu ochrony zdrowia w zakresie zagadnień związanych z wprowadzeniem strategii rozwoju robotyki medycznej, modeli finansowania robotów oraz monitorowania jakości procedur, a także edukacji personelu medycznego w szczególności w odniesieniu do kształcenia lekarzy w zakresie obsługi systemów robotowych. Należy przy tej okazji zauważyć, że Minister Zdrowia przekazał Panu szczegółowe informacje i wyjaśnienia obejmujące m.in. omawiane w Raporcie obszary zagadnień udzielając odpowiedzi na Pana interwencję w sprawie chirurgii robotowej (odpowiedź Ministra Zdrowia na interwencję poselską z dnia 26 stycznia 2025 r.), a w szczególności związane np. z kwestią kwalifikacji personelu medycznego realizującego świadczenia chirurgii robotowej i wymaganego doświadczenia w zakresie obsługi systemów robotowych, a także monitorowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia dostępności i realizacji przez podmioty lecznicze świadczeń z wykorzystaniem chirurgii robotowej, w tym weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze wymaganych warunków realizacji w obszarach: wymagań formalnych, wskazań medycznych, kompetencji personelu wykonującego zabieg, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także organizacji udzielania świadczeń.

Odpowiadając na pytania: cyt. „1. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje opracowanie kompleksowej strategii rozwoju robotyki medycznej w Polsce, określającej kierunki wdrażania tej technologii w placówkach publicznej ochrony zdrowia?”, „1. Czy planowane jest włączenie procedur z wykorzystaniem robotyki medycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych i określenie zasad ich finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia?”, uprzejmie informuję, że poszczególne świadczenia gwarantowane z zakresu chirurgii robotowej dla których Minister Zdrowia określił minimalne warunki realizacji na podstawie

lp. 58, 62 i 63 załącznika nr 4 do rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obejmują aktualnie leczenie chirurgiczne raka gruczołu krokowego, raka błony macicy oraz raka jelita grubego. Kwalifikacja ewentualnych kolejnych świadczeń z zastosowaniem technologii robotowej, w tym także nowych modeli kompleksowych opiek związanych z leczeniem nowotworów (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika), stanowi obecnie przedmiot prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia analiz jak i prac zleconych przez Ministra Zdrowia do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W zależności od wyników tych prac, zostaną określone kierunki dalszych działań. Jednocześnie należy zauważyć, że wprowadzanie nowych technologii medycznych do systemu opieki zdrowotnej odbywa się według zasad ściśle określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn.zm.), a w szczególności w rozdziale 1a. Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych oraz w rozdziale 1B. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Należy jednocześnie wskazać, że do Ministerstwa Zdrowia nie wpływały w ostatnim czasie uzasadnione wnioski ekspertów wskazujące na konieczność wprowadzenia dodatkowych zmian legislacyjnych obejmujących strategię rozwoju robotyki w Polsce.

Ponadto, uprzejmie informuję, że AOTMiT na bieżąco dokonuje analiz związanych z poziomem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a taryfikacja świadczeń jest procesem złożonym i wieloetapowym. W procesie tym oprócz pracowników AOTMiT i Prezesa Agencji biorą udział przedstawiciele wielu grup społecznych takich jak: świadczeniodawcy, eksperci w dziedzinie medycyny właściwej do taryfikowanych świadczeń, przedstawiciele organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjentów, członkowie Rady ds. Taryfikacji, minister właściwy do spraw zdrowia i inni. Wycena aktualnie finansowanych ze środków publicznych świadczeń gwarantowanych związanych z zastosowaniem chirurgii robotowej została wprowadzona w oparciu o opracowania analityczne AOTMiT.

Zgodnie z art. 31 ha ust.1 cytowanej na wstępie ustawy, co roku na podstawie rekomendacji Prezesa AOTMiT dokonywana jest całościowa zmiana sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określanego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Odpowiadając na pytanie cyt. „ 1. Czy Ministerstwo ma spójną strategię działania w zakresie finansowania zakupu i utrzymania robotów medycznych w placówkach publicznych?”, uprzejmie informuję, że na podstawie informacji uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, który zawiera umowy ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń m.in. z zakresu chirurgii robotowej, opierając się na danych pozyskanych od świadczeniodawców, należy wskazać, że niektóre systemy robotyczne zostały zakupione ze środków własnych podmiotów leczniczych, a część systemów zakupiono w ramach dofinansowania/ współfinansowania ze środków własnych inwestorów oraz dotacji celowych ze środków budżetu państwa/ budżetu województwa/ z Urzędu Marszałkowskiego/ z gminy/ z Unii Europejskiej/ programu KPO/dotacji MON/ innych źródeł. Pragnę ponadto zauważyć, że świadczeniodawca chcący realizować świadczenia, dla których warunki minimalne zostały określone w lp. 58, 62 i 63 załącznika nr 4 do ww. rozporządzenia, powinien zapewniać całodobowo, przez wszystkie dni obowiązywania umowy, wymagany system robotowy w lokalizacji (rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń). Natomiast kwestia własności sprzętu wykorzystywanego do realizacji świadczeń gwarantowanych jest odrębnym zagadnieniem. Przedmiotowe

rozporządzenie Ministra Zdrowia nie reguluje kwestii związanych z wymogiem posiadania przez świadczeniodawców własnego systemu robotowego do realizacji świadczeń gwarantowanych, a tym samym świadczeniodawcy mogą korzystać z systemów robotowych dostarczonych przez firmę zewnętrzną (producenta czy dystrybutora etc.) do miejsca udzielania świadczenia (zgodnego z warunkami formalnymi dla danego świadczenia) na podstawie umowy dzierżawy/ wypożyczenia o ile sprzęt ten jest dostępny w lokalizacji, całodobowo przez wszystkie dni obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie zawartej przez świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednocześnie jak wynika ze wstępnych analiz, dzierżawienie przez szpitale systemów robotowych może być optymalnym rozwiązaniem pod względem ponoszonych kosztów z tytułu zapewnienia przez szpital wymaganego systemu robotowego, gdyż szpital nie ponosi wówczas dodatkowych własnych kosztów związanych z zakupem niezwykle kosztochłonnej technologii jak i jest zwolniony z wysokich kosztów amortyzacji oraz serwisu sprzętu.

Odpowiadając na pytanie cyt. „1. Jak Ministerstwo ocenia potencjał robotyki medycznej w kontekście długoterminowej efektywności kosztowej systemu ochrony zdrowia?”, uprzejmie informuję, że wymienione wyżej świadczenia gwarantowane z zastosowaniem chirurgii robotowej realizowane w warunkach szpitalnych, mają na celu poprawę wyników leczenia i jakości życia pacjentów z nowotworami złośliwymi w poszczególnych wskazaniach. Analiza dostępnych publikacji i doniesień naukowych odnośnie efektów zdrowotnych zastosowania chirurgii robotowej wykazała, że przeprowadzenie ww. zabiegów z zastosowaniem systemu robotowego w porównaniu do operacji klasycznych pozwala wnioskować na korzyść operacji robotycznych, zwłaszcza w odniesieniu do parametrów związanych precyzją zabiegów, czasem trwania operacji, skróceniem pobytu pacjenta w szpitalu oraz znacząco niższym odsetkiem występowania śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych (ryzyko infekcji i utraty krwi podczas operacji itp.) jak i mniejszą liczbą powikłań pooperacyjnych u pacjentów, a w konsekwencji krótszym okresem rekonwalescencji. Należy jednocześnie zauważyć, że efektywność kosztowa podejmowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych zależy od wielu czynników, w tym także związanych np. z rodzajem nowotworu i jego stopnia zaawansowania oraz ryzyka przerzutów, biologicznego wieku pacjenta, występowania chorób współistniejących, ogólnego stanu zdrowia.

Odpowiadając na pytania cyt. „1. Jakie działania są podejmowane w zakresie kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego w dziedzinie obsługi robotów medycznych?”, „1. Czy planowane jest nawiązanie współpracy z innymi krajami europejskimi w zakresie wymiany doświadczeń i dobrych praktyk związanych z wdrażaniem robotyki medycznej?”, „1. Jakie działania podejmuje Ministerstwo w celu wsparcia polskich ośrodków naukowych i przedsiębiorstw w rozwoju własnych rozwiązań z zakresu robotyki medycznej?”, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia zaktualizował program specjalizacyjny w dziedzinie urologii. Aktualizacja programu specjalizacyjnego uwzględni obowiązkowy dwutygodniowy staż, w trakcie którego lekarze zapoznają się z podstawowymi informacjami dotyczącymi systemów robotowych stosowanych w tej dziedzinie medycyny. W ramach stażu przewidziano także korzystanie z symulatora i/lub trenażera (w zależności od dostępności) pod kierunkiem operatora lub asystenta oraz analizę zapisów wideo operacji.

W pozostałych dziedzinach procedury związane z robotyką będą sukcesywnie wprowadzane do szkolenia specjalizacyjnego w miarę pozyskiwania dla Centrów Symulacji Medycznej sprzętu robotowego. Lekarze, którzy specjalizują się na oddziałach posiadających dostęp do sprzętu robotowego mają możliwość bezpośredniego kształcenia się na tym sprzęcie medycznym. Należy bowiem pamiętać, że jednostek akredytowanych na terenie kraju do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach zabiegowych jest kilkaset, w których specjalizuje się łącznie kilka tysięcy lekarzy. Proces zapewnienia lekarzom jednoczesnego dostępu do symulatorowych warunków chirurgicznych z udziałem

trenażerów robotowych przebiega stopniowo, stąd wydaje się, że nie jest zasadne na tym etapie wprowadzanie do programów specjalizacyjnych obligatoryjnych szkoleń robotowych. Powyższe umiejętności lekarze mogą natomiast zdobywać w ramach doskonalenia zawodowego. Każde szkolenie z zakresu chirurgii robotowej powinno być dostosowane do rodzaju wprowadzanego na rynek sprzętu medycznego, który zmienia się wraz z coraz nowszymi technologiami medycznymi. Szkolenie z chirurgii robotycznej staje się zatem obowiązkowe dla lekarzy wraz z zakupem/ dzierżawą etc. przez podmiot leczniczy określonego sprzętu medycznego.

Uczelnie medyczne w ramach otrzymywanej subwencji budżetowej na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego mogą doposażać centra symulacji medycznych w urządzenia służące szkoleniu przeddyplomowemu oraz doskonaleniu zawodowemu w technikach małoinwazyjnych w tym robotycznych. Mając na względzie perspektywę rozwoju chirurgii robotowej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia będzie kontynuować działania umożliwiające zdobycie odpowiedniego poziomu umiejętności przez kadry medyczne w dziedzinie chirurgii robotowej, korzystając z najlepszych praktyk edukacyjnych od lat rozwijanych w Europie oraz rekomendowanych przez towarzystwa naukowe.

Odpowiadając na pytanie cyt. „1. Czy Ministerstwo planuje zwiększyć dostępność zabiegów z wykorzystaniem robotyki medycznej dla pacjentów korzystających z publicznego systemu ochrony zdrowia?”, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia na bieżąco podejmuje działania o charakterze analityczno – koncepcyjnym, mające na celu m.in. zarówno rozszerzenie wskazań do poszczególnych świadczeń gwarantowanych jak i zakwalifikowanie nowatorskich technologii jako świadczeń gwarantowanych, w miarę jak pojawiają się uzasadnione wnioski ekspertów w różnych dziedzinach medycyny, podyktowane nowymi dowodami naukowymi, czy nowymi skutecznymi schematami leczenia. Działania te mają na celu z jednej strony wprowadzanie alternatywnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, które są stosowane w uzupełnieniu innych form terapii i diagnozowania jako komplementarny ich element, a z drugiej strony, wpływają pozytywnie na przyspieszenie powrotu do zdrowia pacjenta, czy pełnej sprawności po przebytej chorobie i często skrócenie pobytu w szpitalu. Intencją podejmowanych przez Ministra Zdrowia działań z zakresu uzasadnionych zmian warunków realizacji świadczeń gwarantowanych jak i kwalifikacji nowych świadczeń jako świadczeń gwarantowanych jest także zwiększenie dostępności do świadczeń w poszczególnych zakresach. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, poprawa wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych i rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin to główne cele realizowanej od lat Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), która wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie inwestycji w kadry medyczne, edukację, pacjenta, naukę i innowacje. Każdorazowa zmiana wykazu świadczeń gwarantowanych wymaga przeprowadzenia odpowiednich szczegółowych ocen z udziałem ekspertów w danej dziedzinie m.in. w zakresie potwierdzenia skuteczności klinicznej oraz bezpieczeństwa zdrowotnego realizacji świadczeń z zastosowaniem nowych technologii na podstawie dostępnych dowodów naukowych, a także oszacowania kosztów dla Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje ze środków publicznych świadczenia gwarantowane. Warto jednocześnie zauważyć, że decyzja Ministra Zdrowia o zakwalifikowaniu nowych świadczeń jako świadczeń gwarantowanych nie powinna skutkować ograniczeniem dostępności do innych świadczeń, na realizację których środki publiczne zostały już zarezerwowane w Planie Finansowym NFZ na dany rok.

Należy jednocześnie wskazać, że decyzje z zakresu polityki zdrowotnej, w tym także te związane z wprowadzaniem zmian w ramach świadczeń gwarantowanych z wykorzystaniem chirurgii robotowej, powinny być oparte na racjonalnych podstawach wynikających z oceny technologii medycznych, która łączy wiedzę z zakresu m.in.: medycyny, epidemiologii, biostatystyki, ekonomii, prawa i etyki oraz dostarcza naukowych podstaw podejmowania tych decyzji.

Odpowiadając na pytanie cyt. „1. Czy Ministerstwo planuje stworzenie ogólnopolskiego rejestru operacji robotycznych, który umożliwiłby monitorowanie jakości i efektywności tych procedur?”, uprzejmie informuję, że zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146), Narodowy Fundusz Zdrowia posiada kompetencje do monitorowania oraz oceny jakości i dostępności do świadczeń na terenach poszczególnych województw.

Należy ponadto wskazać, że zgodnie z głównymi założeniami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 2465), jednym z najważniejszych zadań współczesnego państwa obywatelskiego jest zapewnienie wszystkim obywatelom, podmiotom gospodarki narodowej, a także aparatowi państwa dostępu do informacji, przy jednoczesnym zachowaniu warunków i mechanizmów prawnych gwarantujących bezpieczeństwo informacyjne. Zgodnie z art. 19 przedmiotowej ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, minister właściwy do spraw zdrowia tworzy i prowadzi rejestry medyczne w następujących celach:

1. Monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Monitorowania stanu zdrowia usługobiorców.
3. Prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotne.
4. Monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych.
5. Monitorowania jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą - może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Podmioty prowadzące bazy danych w zakresie ochrony zdrowia są obowiązane do stworzenia warunków organizacyjnych i technicznych zapewniających ochronę przetwarzanych danych, w szczególności zabezpieczenia danych przed nieuprawnionym dostępem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem, a także ich modyfikacją, uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą. Zasadność tworzenia rejestrów wynika przede wszystkim z konieczności pozyskiwania danych w ww. obszarach, tym samym rejestry nie są tworzone w sytuacji, gdy pożądane dane są możliwe do pozyskania w ramach istniejących baz danych w ochronie zdrowia w ramach Systemu Informacji Medycznej (SIM) jak i dziedzinowych systemów teleinformatycznych, których wykaz został określony na podstawie art. 5 ww. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Wobec powyższego, uprzejmie informuję, że zarówno dane o podmiotach wykonujących operacje z zastosowaniem chirurgii robotowej jak i ewentualne informacje o powikłaniach zarówno okołoperacyjnych jak i pooperacyjnych, długości pobytu w szpitalu, a także ewentualnych efektach terapii, monitorowanych np. podczas wizyt kontrolnych po przebytych leczeniu operacyjnym, są aktualnie dostępne i możliwe do wygenerowania w ramach funkcjonujących systemów informacji w ochronie zdrowia. Jednocześnie utworzenie kolejnych rejestrów, w których byłyby gromadzone dane aktualnie dostępne w ramach istniejącej infrastruktury teleinformatycznej, nie jest uzasadnione i tym samym nie są planowane prace w tym zakresie.

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