

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
I INNOWACYJNOŚCI W MEDYCYNIE
(NR 7)
z dnia 14 października 2021 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 7)

14 października 2021 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, obradująca pod przewodnictwem poseł **Violetty Porowskiej (PiS)**, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat Europejskiego Planu Walki z Rakiem w kontekście nowoczesnych i innowacyjnych rozwiązań w diagnostyce i leczeniu.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Kubiela**s naczelnik Wydziału Lecznictwa Szpitalnego w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Szymon Chrostowski** prezes Zarządu Fundacji Wygrajmy Zdrowie, **Andrzej Fał** prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, **Małgorzata Gil** specjalistka w Naczelnej Izbie Lekarskiej, **Piotr Rutkowski** zastępca dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie oraz **Marek Wleklík** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

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

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dzień dobry. Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie.

Witam wszystkich członków podkomisji, państwa posłów i zaproszonych gości. Proszę pozwolić, że przywitam państwa gości. Na początku witam bardzo serdecznie pana ministra Sławomira Gadomskiego – bardzo mi miło. Dziękujemy za obecność. Witam panią dyrektor Departamentu Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia panią Joannę Adasik – witam pięknie. Witam pana prezesa Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, pana profesora Andrzeja Fała – witam serdecznie. Witam przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej, szefową zespołu Radców Prawnych, panią Małgorzatę Gil – witam bardzo serdecznie. Witam zastępcę dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, pana Piotra Rutkowskiego oraz pana Marka Wleklík, przedstawiciela Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”. Mam nadzieję, że nikogo nie pominęłam. Jeszcze z ministerstwa mamy pana Mateusza Oczkowskiego i panią Magdalenę Klimek. Dziękujemy za obecność. Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie.

Zapraszaliśmy na dzisiejsze spotkanie również przedstawiciela Unii Europejskiej, ale niestety, nie gościmy go dzisiaj na naszym spotkaniu. Przekażemy do przedstawicielstwa Unii wnioski z dzisiejszego posiedzenia.

Prządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat Europejskiego Planu Walki z Rakiem w kontekście nowoczesnych i innowacyjnych rozwiązań w diagnostyce i leczeniu. W związku z powyższym przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów na e-maile. Proszę pana ministra Gadomskiego o przedstawienie stanowiska w powyższej sprawie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Szanowna pani przewodnicząca, wysoka podkomisjo, czuję się trochę nie w swoich butach – trochę, ale będę jednak próbował tutaj uruchomić może pewną dyskusję wokół Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Myślę, że to posiedzenie podkomisji – dziękuję za jego zwołanie – jest również takim momentem, w którym my podsumowaliśmy sobie w ministerstwie, na jakim etapie jesteśmy my, nasi przedstawiciele, na jakim etapie jest Komisja Europejska w tym zakresie. Ja to pokrótce podsumuję.

Natomiast, pomimo tego, że nie mamy przedstawiciela Komisji, co rzeczywiście byłoby również dla nas inspirujące i myślę, że wartościowe, ale też wiem, że późno to zaproszenie wyszło, że to dlatego nie byli w stanie odpowiedzieć, jest z nami pan profesor Rutkowski z Narodowego Instytutu Onkologii, który z jednej strony, odpowiada i odpowiadał za opracowanie, a dzisiaj odpowiada za wdrażanie Narodowej Strategii Onkologicznej, za koordynowanie tych działań w imieniu ministra zdrowia, czy we współpracy z ministrem zdrowia, ale z drugiej strony, pośrednio i bezpośrednio w grupach roboczych. Do wielu z tych grup roboczych „dedykowana” jest pani profesor Iwona Ługowska, również z instytutu, i tu rzeczywiście mamy wiedzę z pierwszej ręki – jak można powiedzieć – jak te prace w zakresie już operacjonalizacji Europejskiego Planu Walki z Rakiem dzisiaj się toczą.

Komisja zaprezentowała ten plan w lutym 2020 r. Pewnie był to moment nieco niefortunny z punktu widzenia takich strategicznych dokumentów, bo tuż przed wybuchem pandemii w Europie. Ten plan był oczywiście konsultowany. Był konsultowany na poziomie unijnym. Zgłaszaliśmy do niego pewne uwagi, ale raczej miały one charakter techniczny, może wyjaśniający pewne kwestie, bo generalnie rzecz biorąc oczywiście oceniamy ten plan pozytywnie.

Uważamy, że wiele z tych działań, które zostały zaprezentowane w Europejskim Planie Walki z Rakiem, jest spójnych albo analogicznych do tych, które zaprezentowaliśmy nieco wcześniej w Narodowej Strategii Onkologicznej. Myślę, że ten plan, pomimo że skupia się na bardzo podobnych, czterech kluczowych obszarach: profilaktyce, wczesnym wykrywaniu, diagnostyce i leczeniu oraz jakości życia pacjentów onkologicznych i osób żyjących z rakiem lub wyleczonych, to ma pewien katalog działań, które – jak się wydaje – wykraczają poza Narodową Strategię Onkologiczną. Te działania głównie skoncentrowane są na badaniach naukowych i innowacjach, ale przede wszystkim być może na pewnej transformacji cyfrowej.

Plan w wielu punktach skoncentrowany jest na przygotowaniu pewnych rejestrów, pewnych baz danych, wdrożeniu możliwości wykorzystania na przykład obliczeń wielkoskalowych, wykorzystania sztucznej inteligencji. Narodowa Strategia Onkologiczna nie poszła jeszcze tak daleko. Mówię jeszcze, bo wierzę, że będziemy ją doprecyzowywać, natomiast ten katalog 95. działań – jeśli dobrze pamiętam – które zaproponowaliśmy w NSO, adresował problemy najważniejsze dla nas dzisiaj z punktu widzenia systemu, z punktu widzenia profilaktyki czy wtórnej, czy pierwotnej, z punktu widzenia kadr medycznych. Europejski plan w ten obszar praktycznie nie wchodzi.

Wydaje mi się, że daliśmy sobie dzisiaj możliwości w Narodowej Strategii Onkologicznej. Mamy jeden z pięciu filarów oparty właśnie na rozwoju innowacji w onkologii, na wsparciu badań klinicznych, na wsparciu niekomercyjnych badań klinicznych – to procesy, które już się dzieją, które realizowane są chociażby przez Agencję Badań Medycznych – na wdrażaniu nowych technologii, na wdrażaniu właśnie pewnych innowacji. Te zadania zostały zdefiniowane w Narodowej Strategii Onkologicznej, ale wydaje się, że jeszcze nie tak daleko jak w Europejskim Planie Walki z Rakiem.

Co ważne, bo rzeczywiście zaprezentowany w roku 2020, konsultowany... Dosyć duże spotkanie zostało zorganizowane przez prezydencję portugalską w tym roku, w marcu 2021 r., gdzie ministrowie zdrowia poszczególnych krajów członkowskich przedstawiali

stanowisko do tego planu i dyskutowaliśmy już o pewnych dalszych krokach. No i właśnie, w ramach tych kroków dalszych powstało wiele grup roboczych.

Chyba najważniejszą z punktu widzenia europejskiego planu jest unijna grupa robocza do spraw wdrażania Europejskiego Planu Walki z Rakiem, która ma nakreślić czy zoperacjonalizować to, co w tym planie zostało określone. Z jednej strony, ma określić szczegółowe działania dotyczące wdrożenia planu, z drugiej strony, pokazać system monitorowania i przeglądu realizacji tego planu, no i coś, co może jest najważniejsze – może nie najważniejszej, ale na pewno ważne – określić, w jaki sposób ten plan będzie wsparty środkami finansowymi. Komisja Europejska publikując plan pokazała bowiem, że ma on źródło finansowania. To 4 mld euro na finansowanie tego programu. Natomiast te 4 mld euro zostały w pewien sposób skonsolidowane z innych programów, które już funkcjonowały: z Horyzontu Europa, z Erasmus Plus, z Cyfrowej Europy, a tak naprawdę dedykowane środki z programu UE dla zdrowia to 1,25 mld euro. Czyli prawie 6 mld zł środków dedykowanych na te działania unijne.

My też czekamy – nie chcę powiedzieć, że z pewną niecierpliwością – na dalsze wytyczne dotyczące finansowania, i tych programów, do których będziemy mogli aspirować. Być może wtedy nawet pokusimy się – ta dyskusja na pewno jest przed nami, to tak trochę na gorąco mówię – o nowelizację Narodowej Strategii Onkologicznej, bo rzeczywiście wiele tych działań, które niesie za sobą Europejski Plan Walki z Rakiem, jest bardzo ciekawa. Stworzenie chociażby swoistego atlasu obrazów z wykorzystaniem narzędzi wspomaganych komputerowo. Wiemy, że to są ogromne bazy danych. Wiemy, że ogromne nakłady informatyczne muszą pójść na to, żeby stworzyć taką mapę, chociażby z zakresu diagnostyki obrazowej w całej Europie. Myślę, że na poziomie poszczególnych państw europejskich to już są gigantyczne projekty, gigantyczne wsparcie infrastruktury informatycznej, serwerów, które będą w stanie takie ogromne ilości danych unieść.

Bardzo ciekawe zadania w Europejskim Planie Walki z Rakiem związane z wykorzystaniem narzędzi chociażby z zakresu sztucznej inteligencji. Myślę, że to też projekty, które wiedząc, jaka jest konstrukcja tych algorytmów, rzeczywiście idealnie byłoby realizować na forum unijnym. Na forum, na którym zbierzemy bazę danych o pacjentach onkologicznych nie w danym kraju, tylko na poziomie unii.

My mamy to szczęście w nieszczęściu, że jesteśmy dużym krajem, prawie 40-milionowym i de facto takie bazy danych, które możemy wykorzystywać do tych nowych technologii, są dosyć duże, ale wiemy dobrze, że w wielu krajach o mniejszej wielkości jest to trudne. Poza tym dobrze wiemy, że w wielu nowotworach – myślę, że nawet pan profesor Rutkowski może powiedzieć o tych obszarach zainteresowania klinicznego, które reprezentuje – te bazy danych nie pozwalają na wdrożenie takich narzędzi. Tak więc tutaj współpraca europejska rzeczywiście byłaby świetnym rozwiązaniem. Ale ta współpraca to również kolejne działania, na które jako Ministerstwo Zdrowia czy polski sektor ochrony zdrowia czekamy, bo to jest również wymiana danych o pacjentach. To jest stworzenie pewnych mechanizmów związanych właśnie z wymianą i wykorzystywaniem tych danych pacjentów. To na pewno są projekty, które muszą zostać dobrze zaplanowane, i jestem przekonany, że nie są to projekty, które wdrożymy tu i teraz na poziomie europejskim. Raczej projekty, które ewolucyjnie będziemy wdrażać w najbliższych latach.

W oczywisty sposób – i to już zaakcentowałem – my w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej te obszary, które określa Europejski Plan Walki z Rakiem, mamy zdefiniowane. Najmocniej pewnie zaakcentowane w zakresie właśnie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. My to w Narodowej Strategii Onkologicznej definiujemy jako inwestycje w edukację dotyczącą stylu życia, inwestycje w pacjenta rozumiane właśnie jako przede wszystkim obszar profilaktyki wtórnej, no i ten obszar nauki i innowacji, gdzie mówimy o wsparciu badań naukowych w onkologii, o zwiększaniu udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych, o dostępie do innowacyjnych terapii, chociażby lekowych, o zwiększeniu liczby leków refundowanych, o tych mechanizmach, które zaplanowaliśmy do realizacji w ramach ustawy o Funduszu Medycznym, czyli istotnego zwiększenia terapii innowacyjnych, terapii o wysokiej skuteczności klinicznej właśnie w obszarze onkologii.

Konkludując i będąc otwartym do dalszej dyskusji, myślę, że Europejski Plan Walki z Rakiem to na pewno narzędzie interwencji, które jest bardzo potrzebne szeroko na poziomie unijnym i poszczególnych krajów członkowskich. Rzeczywiście liczymy na to, że te środki będziemy w stanie wykorzystać przede wszystkim na procesy związane z transformacją cyfrową, na wdrażanie nowych technologii informatycznych, informacyjnych. Myślę, że takie wsparcie byłoby przez nas na pewno bardzo mile widziane. Liczymy na to, że te grupy robocze powołane do tych projektów będą intensyfikować te prace i ta operacjonalizacja europejskiego planu stanie się faktem.

Myślę, że tyle tytułem wstępu. Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to poproszę o krótkie uzupełnienie pana profesora Rutkowskiego, który będzie w stanie państwu syntetycznie przedstawić, na jakim mniej więcej etapie prac są te grupy robocze, w których mamy przedstawicieli. Mamy jako Polska, ale są to przede wszystkim przedstawiciele Instytut Onkologii, i nie tylko, bo również Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i kilku jeszcze podmiotów onkologicznych w Polsce.

Pani przewodnicząca, jeszcze słowo uzupełnienia. Ja równolegle jestem w tej chwili na posiedzeniu plenarnym. Jest procedowana ustawa budżetowa i ja odpowiadam za budżet w części 46. Niestety, mogę być wezwany na to posiedzenie nawet nagle. Zostawiam pani dyrektor, panią naczelnik i pana naczelników od leków, bo naszą informację skupiliśmy na tych terapiach innowacyjnych w lekach. Służą wyjaśnieniami. Myślę, że również pan profesor Rutkowski, z którym ściśle i bardzo blisko współpracujemy, będzie w stanie udzielić państwu wyczerpujących odpowiedzi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Dziękuję za obecność. Rozumiem, że taki podział pana osoby na posiedzenie plenarne i dzisiejsze posiedzenie podkomisji świadczy o wadze tematu podjętego przez naszą podkomisję z jednej strony, i również wielkiej odpowiedzialności pana ministra. Ta więc bardzo serdecznie dziękuję.

Oczywiście pan profesor Rutkowski tytułem uzupełnienia, jak rozumiem. Bardzo proszę o przedstawienie swojego stanowiska i uzupełnienie stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję.

Zastępca dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie Piotr Rutkowski:

Dzień dobry państwu. Piotr Rutkowski, Narodowy Instytut Onkologii. Po pierwsze, bardzo dziękuję za to, że podkomisja podjęła ten temat, bo samo to, że Unia Europejska jednak stworzyła Europejski Plan Walki z Rakiem świadczy o tym, że to jest w tej chwili jedno z kluczowych zagadnień w ochronie zdrowia.

My wystartowaliśmy w tym samym momencie, jeżeli chodzi o Narodową Strategię Onkologiczną i jakby spełniliśmy tym jeden z wymogów Europejskiego Planu Walki z Rakiem, ponieważ w ramach tego planu każdy z krajów członkowskich powinien mieć swój narodowy plan, strategię onkologiczną. W związku z tym rzeczywiście mamy to przygotowane i tak jak powiedział pan minister Gądomski, większość punktów jest spójnych między Europejskim Planem Walki z Rakiem a Narodową Strategią Onkologiczną. Ja krótko powiem, co jest spójne, co wykracza, a później powiem, co wchodzi w skład tematu dzisiejszego posiedzenia, czyli co jest w ramach innowacji.

Jeżeli chodzi o spójne punkty, to przede wszystkim dotyczące prewencji pierwotnej. Tu mamy bardzo duży nacisk na choćby walkę z wyrobami tytoniowymi, z ich nadużywaniem i szkodliwym spożyciem alkoholu. Aktywność fizyczna, jak państwo wiedzą, jest duża promocja zdrowia w tym zakresie.

To, gdzie jesteśmy, gdzie też wkroczyliśmy, ale część krajów europejskich ma już spory sukces w tym zakresie, to są szczepienia przeciwko HPV. Jednocześnie apeluję, aby ustawodawstwo w tym zakresie umożliwiło jednak refundację szczepień przeciwko HPV. Mam nadzieję, że to zdarzy się na najbliższych posiedzeniach Sejmu, bo to bardzo blokuje postęp w zakresie realizacji tego punktu zgodnego między Europejskim Planem Walki z Rakiem i Narodową Strategią Onkologiczną.

Jeżeli chodzi o programy screeningowe, to programy mamy. Wiemy, jakie są problemy w Polsce, jeżeli chodzi o zgłaszalność pacjentów. Tu podjęliśmy kilka działań, między

innymi dotyczącymi zaangażowania nowej infolinii Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie profilaktyki, jak i – co jest sugerowane przez specjalistów zdrowia publicznego i epidemiologów – włączenia między innymi Internetowego Konta Pacjenta w możliwości indywidualizowanego informowania i zapraszania na programy przesiewowe.

Bardzo ważne jest zmodernizowanie Europejskiego Systemu Informacji o Raku, to jest European Cancer Information System, w celu właśnie gromadzenia badań przesiewowych, monitorowania ich. To też dzieje się w Polsce i tu Narodowy Fundusz Zdrowia modernizuje swój system w tej chwili.

Wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej też postępuje zgodnie z sugestiami Europejskiego Planu Walki z Rakiem odnośnie do Comprehensive Cancer Network i opracowanie wskaźników i mierników w celu monitorowania i oceny Krajowej Sieci Onkologicznej. W tej chwili jesteśmy na etapie finalnym. Powinniśmy do końca listopada przedstawić Ministerstwu Zdrowia sugestie w tym zakresie. To jest praca wielu ośrodków i wielu specjalistów, nie tylko onkologów w tym zakresie, mam nadzieję, również analityków we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Następnie zapewnienie wysokiej jakości pracowników służby zdrowia. Między innymi rozpoczynamy działania edukacyjne i promocyjne w zakresie kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek, żeby wybierali właśnie specjalności związane z onkologią.

Jeżeli chodzi o dostęp do podstawowych leków i innowacji, to jest tu pan dyrektor, ale my mamy oczywiście postęp w tym zakresie. Myślę, że bardzo ważna jest planowana zmiana ustawy refundacyjnej, ponieważ tak naprawdę ona sama z siebie często blokuje nam jako lekarzom, Ministerstwu Zdrowia, możliwości wdrażania nowych programów lekowych.

Powstanie nowych infrastruktur badań biomedycznych i zaawansowanych technologii, narzędzi i sprzętu do pracy nad nowymi terapiami. To się dzieje między innymi na podstawie współpracy z Agencją Badań Medycznych. Od razu powiem, że to jest najbardziej innowacyjny zakres naszych działań, bo on obejmuje również wsparcie różnych obszarów i spersonalizowanej medycyny. Tu nie było aż takiego nacisku naszej narodowej strategii, ale dzięki współpracy z Agencją Badań Medycznych myślę, że jest na to szansa. Przedstawiliśmy projekt. Rozmawialiśmy z agencją, żebyśmy wprowadzali sieć biobanków i badań translacyjnych możliwości opierając się na sekwencjonowaniu następnej generacji na poziomie tych ośrodków wsparcia badań klinicznych, które właśnie dotyczą onkologii. Myślę, że to bardzo wyrówna możliwość spersonalizowanej medycyny w Polsce, bo w tej chwili są tak naprawdę 3-4 ośrodki, które dysponują realną możliwością wykonywania tych badań, i jeszcze są one niewłaściwie wycenione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nad czym też pracujemy.

Nowe platformy dotyczące europejskiej chmury dla otwartej nauki. To może umożliwić współpracę naukowców różnych dziedzin, w tym między innymi dane zbierane w ramach Europejskiej Sieci Referencyjnej – mamy taką. Ona niestety jest mało aktywna. Polskie ośrodki w tym uczestniczą, ale tak naprawdę brak finansowania unijnego w European Reference Networks blokuje ich realne działania w nowotworach rzadkich i w ogóle w chorobach rzadkich. I unijna sieć kompleksowych ośrodków onkologicznych, czyli to, o czym wspominałem. Tutaj właśnie Krajowa Sieć Onkologiczna występuje naprzeciw temu, jeżeli chodzi choćby o możliwość analizy danych.

Walka z nowotworami wśród dzieci i wytyczne dla osób w okresie przejściowym z wieku dziecięcego w wiek dorosły. One zostały już przygotowane. Te wytyczne będą oceniane przez AOTMiT. To samo dotyczy wytycznych w kilku nowotworach. Zatem w tym zakresie jesteśmy spójni i realizacja postępuje.

Jeżeli chodzi o elementy Europejskiego Planu Walki z Rakiem, które nie zostały ujęte w Narodowej Strategii Onkologicznej, to jest to, to o czym wspominał pan minister. Dotyczą głównie wykorzystania danych i cyfryzacji w profilaktyce i opiece nad chorymi na nowotwory, w tym właśnie ten atlas obrazów związanych z nowotworami złośliwymi. My, szczerze mówiąc, przygotowaliśmy już zespół analityczny, który poszerzamy we współpracy z Departamentem Analiz Ministerstwa Zdrowia i NFZ-em, wykorzystując już powoli techniki IE dla analizy danych onkologicznych. W związku z tym poniekąd dążymy, aby wykraczając nawet poza cele Narodowej Strategii Onkologicznej zoptyma-

lizować możliwości koordynacji Narodowej Strategii Onkologicznej właśnie z użyciem tych technik. Zobaczymy więc, na pewno będziemy w to się włączać.

Zmniejszenie zanieczyszczenia środowiska nie było celem samym w sobie Narodowej Strategii Onkologicznej. Oczywiście wiemy, że jest to jeden z czynników przyczyniających się do gamy chorób, w tym chorób nowotworowych. Tutaj Europejski Plan Walki z Rakiem zakłada ścisłą współpracę z Green Deal, działania na rzecz zerowego zanieczyszczenia, co oczywiście może skutkować zmniejszeniem zachorowań również na nowotwory. Nie tylko nowotwory płuca, ale – jak powiedziałem – całą gamę nowotworów.

I zmniejszenie nierówności w opiece onkologicznej w UE. My proponowaliśmy, bo zgłaszaliśmy na poziomie tworzenia European Cancer Beating plan i teraz na poziomie wdrażania operacyjnych... Tak jak było powiedziane i przedstawiciele od nas, i z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, i choćby z ośrodka warmińsko-mazurskiego są choćby w tym zakresie nierówności. Ma to więc być pewien rejestr. My wprowadzając pewne działania w profilaktyce i wytycznych działamy na poziomie naszego kraju, żeby te nierówności były jak najbardziej zmniejszane, ale na pewno problemem jest to, że istnieje duża różnica, choćby w finansowaniu i dostępie do niektórych terapii czy właśnie panelu badań molekularnych pomiędzy krajami. Dlatego my też zgłaszaliśmy taki postulat, żeby stworzyć chociaż taki minimalny zakres danych czy procedur, które powinny być realizowane we wszystkich krajach.

Jeżeli chodzi o innowacyjność, to jest trzecia rzecz będąca dzisiaj właściwie głównym tematem. To, po pierwsze, jeżeli chodzi o diagnostykę, tak jak powiedziałem: diagnostyka molekularna i biobanki. Tu liczymy na duże wsparcie projektów Agencji Badań Medycznych i zasypanie tej przepaści.

Leczenie: onkologia precyzyjna oparta na rozwoju badań klinicznych early faze. To zaczęło się dziać, łącznie z badaniami akademickimi. Nowe technologie z leczeniem miejscowym; z tym mamy większy problem, no i w organizacji ta edukacja i dostęp do baz cyfrowych. To na pewno, łącznie ze sztuczną inteligencją, znajduje wyraz w tym, w czym rzeczywiście europejski plan wykracza bardziej, ale to jest ewidentna przyszłość. To tytułem tego, co chciałem w tej chwili uzupełnić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Tych punktów stycznych trochę jednak mamy, natomiast oczekiwania, jak można było się spodziewać, dotyczą sensu stricto nowoczesnych technologii i innowacyjnych technologii.

Ja mam taką propozycję. Może pozwólmy naszym gościom się wypowiedzieć, a później państwo posłowie, w ramach dyskusji, zadawaliby państwu pytania. Czy możemy umówić się na taką formułę naszego spotkania? W takim razie, bardzo proszę, nasi goście. Zapraszam, panie profesorze. Proszę się przedstawić, bo to nagrywamy.

Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego Andrzej Fal:

Dzień dobry. Andrzej Fal. Ja jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego i jako taki tutaj zasiadam. To, co powiedział pan profesor przed chwilą, to jest absolutnie kluczowe, i z tym wszyscy się zgadzamy, że zarówno innowacyjność terapii, jak i monitorowanie, jak i równość dostępu, a przede wszystkim możliwość dostępu, są kluczowe dla tak istotnej grupy chorób cywilizacyjnych, jaką są nowotwory. Im dłużej żyjemy, tych nowotworów będzie coraz więcej, bo taka jest uroda naszego systemu immunologicznego.

Ja natomiast chciałbym prosić, żebyśmy – i państwo posłowie – zwrócili uwagę na tę część, która jest dużo wcześniej, przed screeniowaniem. To podstawowa profilaktyka, bo jeszcze przed pierwszorzędowną profilaktyką mamy profilaktykę podstawową, czyli edukację, i nie ma możliwości osiągnięcia trwale bezdymnej Polski, nie ma możliwości osiągnięcia trwale bezalkoholowej, a może bez binge drinking – bez nadmiernie alkoholowej itd. – jeżeli to nie zacznie się od tak zwanej primordial prevention, czyli tej pierwotnej profilaktyki. To i w tym, co omawiamy dzisiaj, i w projekcie europejskim jest omawiane, natomiast, jak w większości projektów mówiących o którejkolwiek z grup chorób przewlekłych, czyli noncommunicable disease – NCD jest to wspomniane w pew-

nym momencie i wydaje mi się, że jeżeli chodzi o rangę tej profilaktyki i tego działania, jest wspomniane dosyć marginalnie.

Podobnie jak diskutowaliśmy o tym mniej więcej 3 lata temu przy projekcie walki z chorobami kardiologicznymi, mamy dużą szansę zacząć tę edukację, to znaczy, ułatwić instytutowi pracę czy zmniejszyć ilość pracy, ale niestety, za 20-30 lat, bo jeżeli zaczniemy tę profilaktykę teraz, to jej efekt będzie widoczny dopiero po mniej więcej jednym pokoleniu. Niemniej jednak uważam, że jest to bardzo ważne i bardzo bym prosił, żeby to podkreślać we wszystkich miejscach, gdzie do tego europejskiego czy polskiego projektu walki z rakiem będziemy wracać.

I druga rzecz. Pan profesor wspomniał, że rzeczywiście w naszym dokumencie nie było mowy generalnie o czystości środowiska. Ja miałbym taką propozycję. Dosyć prężnie funkcjonuje przy ministrze klimatu PROŚ – ładny akronim – czyli Polska Rada Ochrony Środowiska. Tam zdrowie jest ewidentnie niedoreprezentowane. Ja myślę, że byłby to może dobry przyczynek w tej chwili skorzystać również z prac tej rady. Na teraz bardzo dziękuję państwu.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, panie profesorze. Oczywiście wracamy do klasyki, czyli profilaktyka, profilaktyka. Dziękuję bardzo.

Czy z państwa gości chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę się przedstawić. Widzę, pan prezes fundacji. Witam serdecznie...

Prezes Zarządu Fundacji Wygrajmy Zdrowie Szymon Chrostowski:

Dzień dobry. Szymon Chrostowski, Fundacja Wygrajmy Zdrowie, organizacja pacjentka. Ja w zasadzie chciałbym tylko wzmocnić to, co powiedział pan profesor Rutkowski, ale też pan profesor Fal, że ma to kluczowe znaczenie dla naszej przyszłości. Kluczowe znaczenie ma też wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej, którą mamy już prawie na „urodzeniu”, czyli w styczniu 2022, mam nadzieję, dlatego że tam właśnie cała ścieżka pacjenta, cały system jest oparty na opiece koordynowanej. Bardzo nam brakuje większej liczby cancer unitów, jeżeli chodzi o raka piersi czy też inne narządy. Myślę, że pacjenci bardzo mocno liczą na to, że ta opieka koordynowana, która w tej chwili jest w pilotażu jeszcze w czterech województwach, będzie standardem obowiązującym w całej Polsce i ułatwi przede wszystkim lekarzom leczenie pacjentów.

To z czym się borykamy jako organizacje, to ciągle trochę za późno wprowadzane terapie. My naprawdę przez ostatnie 2-3 lata – na pewno państwo z ministerstwa to potwierdzą – wielokrotnie zwiększyliśmy liczbę programów lekowych i cząsteczek, które znalazły się na liście leków refundowanych, która obejmuje już naprawdę sporą liczbę pacjentów z różnymi nowotworami, natomiast w dalszym ciągu jest to niestety problem późnego włączenia pacjentów – tutaj taki właśnie jakby postulat zgłaszamy.

A jeszcze odnosząc się do pana profesora Fala i do ochrony środowiska, zwróciłbym też uwagę na żywienie, jakość żywienia w Polsce, trochę jako drugą kategorię żywienia, moim zdaniem, która również ma bezpośredni wpływ na takie nowotwory jak chociażby rak jelita grubego. Sądzę, że to też przy okazji takiego międzyresortowego myślenia byłoby ważne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie prezesie. Słuszne uwagi. Czy ktoś z państwa gości chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Otwieram dyskusję tym samym. Bardzo proszę państwa posłów o zadawanie pytań, odniesienie się do przedstawionego materiału. Bardzo proszę.

Poseł Riad Haidar (KO):

Dzień dobry. Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo profesorowie i goście, jako lekarz, jednocześnie poseł i społecznik, mogę powiedzieć, że patrząc na całą tę ogólnokrajową strategię onkologiczną uważam, że bardzo dużo się nie udało w reformowaniu naszej służby zdrowia, ale to mogę naprawdę pochwalić i powiedzieć, że to poszło bardzo dużo do przodu i być może zazdroszczą nam inne kraje.

Wiadomo, że choroby onkologiczne wysunęły się być może na pierwsze miejsce, jeśli chodzi o przyczynę zgonów, pomijając oczywiście pandemię, ale chorych onkologicznie

chyba też najwięcej zmarło podczas tej pandemii, która nas dotknęła. Ja chylę więc czoło, wobec tego trudu i tej ciężkiej pracy idącej oczywiście w kierunku wyprowadzenia naszego kraju na poziom europejski.

Ja zgadzam się z panem profesorem, jeśli chodzi o możliwości czy równość dostępu. Z tym czasami jest naprawdę bardzo trudno i ciężko. Szanowni państwo, sam jako pacjent wiem doskonale, co to znaczy być zwykłym Kowalskim – z szacunkiem do nazwiska – i jak można odejść z przysłowiowym kwitkiem, z niczym. Tak więc, dużo się zmieniło. Tysiące ludzi naprawdę zawdzięczają życie tym postępom, które są.

Jestem przekonany, że jeszcze bardzo dużo musi się zmienić, a w tym – i to jest bólaćca rzecz – kwestia refundacji, ta polityka refundacyjna. Skoro pan profesor mówi, i pan minister też do tego się odniósł, że jest jakaś kwestia zmiany, albo że ewentualnie będzie rozpatrzona ta polityka refundacyjna, to jestem trochę spokojniejszy, że nie będzie takiej sytuacji, że jakiś pacjent rozpoczyna leczenie, jest na etapie terapii, nawet już celowanej, i w pewnym momencie stop, bo już zabrakło lekarstwa. Nie zabrakło lekarstwa fizycznie, tylko zabrakło już możliwości refundacji. Mam nadzieję, że to będzie brane pod uwagę, bo to stwarza duży kłopot i dla lekarza leczącego, i dla samego pacjenta.

Kolejna kwestia, te fundusze różnego rodzaju: medyczne itd. itd., które były hucznie obiecanne. Chciałbym zobaczyć część tych funduszy skierowaną właśnie do grupy osób, a zwłaszcza dla dzieci z rzadkimi chorobami, czy to będą genetyczne, czy to będą nowotworowe.

Chyba od dawna wiadomo, już nie wiem, od ilu set lat, że lepiej hartować aniżeli chorować. Profilaktyka jest czasami lepsza 100 tys. razy od leczenia, i jeśli chodzi o tę oświatę zdrowotną, której pan profesor żąda od nas, żebyśmy ją rozpowszechnili, to jestem jak najbardziej za. Też, jeśli chodzi o zmianę sposobu żywienia, zmianę naszego podejścia do klimatu, do sprawy środowiska. To są elementy, które – mam nadzieję – będziemy wspólnymi siłami, bo choroba łączy... Nawet jeżeli rodziny są skłócone i nagle ktoś zachoruje, to cała rodzina jest zatroskana o tego pacjenta, czyli o tego chorego człowieka. Tak samo w naszym społeczeństwie. Choroba nie ma nazwy, nie ma imienia, nie ma legitymacji partyjnej ani pochodzeniowej. Dlatego patrzę na to i cieszę się bardzo, że akurat jestem tu i teraz, bo widzę, jaki to jest postęp, a mi leży na sercu kwestia chorób nowotworowych, bo każdy z nas ma w swojej rodzinie albo bliskiej, albo dalszej, jakiś kontakt z chorobą nowotworową i wie doskonale, czym to pachnie i jakie mogą być tego skutki.

Tak więc, jak najbardziej będę orędownikiem tej walki o lepszą organizację i lepszy dostęp do onkologów, bo mamy wspaniałe, doskonałe ośrodki, ale one wciąż są za małe, żeby przyjąć wszystkich. I powiem, że wizyta u pana profesora X graniczy z cudem, bo trzeba czekać, czekać, czekać nie dlatego, że pan profesor nie chce, tylko dlatego, że po prostu nie ma siły, żeby przyjąć wszystkich. Chylę więc czoło jeszcze raz i dziękuję za te wszystkie nowości planowane, aktualne i te, które będą. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, w kolejności zgłaszania, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, to, co zostało nam dzisiaj przedstawione na posiedzeniu podkomisji, dotyczy głównie innowacyjności leków. Właściwie całe to sprawozdanie, które tutaj przedstawił pan minister, dotyczy przede wszystkim leków. Oczywiście tutaj pan profesor poruszył również sprawę szczepień przeciwko HPV, i bardzo dobrze, one na pewno powinny być, natomiast chyba zbyt mało informacji mamy tak naprawdę, co innowacyjnego w onkologii dzieje się poza lekami, czyli poza leczeniem.

Fundusz Medyczny, który jest w tej chwili bardzo dużym funduszem i tutaj też, panie ministrze, brakowało mi sprawozdania, co poza pieniędzmi przeznaczonymi na innowacyjność leczenia w onkologii się zadziało w związku z tym... Mówi się o sieci onkologicznej, i bardzo dobrze. Ja bym może miała tylko takie pytanie, czy uwzględniacie państwo na pewno istotnie Polskę powiatową w tych sieciach onkologicznych... Oczywiście pan profesor Rutkowski tu wspominał, że nie wszystkie województwa są równe pod tym względem – tak to zazwyczaj bywa, że to pewnie nie tylko sprawa pieniędzy, ale również personelu, który pracuje w danych województwach. Natomiast zabrakło mi w tym sprawozdaniu innowacyjności w onkologii, bo to co kolega mówił, faktycznie sprawa onkolo-

gii jest chyba typowym przykładem sprawy ponadpartyjnej, ponieważ DiLO rozpoczęło się już dawno, jeszcze przed tymi ośmioma laty i właściwie jest doskonałe. Ono jest kontynuowane teraz przez państwa, i bardzo dobrze, tak powinno iść. Tak jak mówię, są pewne mechanizmy, które nie ustają, a nie dlatego, że zmienia się opcja, zarzuca się pewne rzeczy i robi się coś nowego. Doskonali się pewne rzeczy i w końcu faktycznie, z korzyścią dla pacjenta, to będzie się działo.

Natomiast w tej kompleksowości, o której tutaj też pan profesor wspominał, na pewno niezmiernie istotne są opieka paliatywna i opieka rehabilitacyjna. Dość często tę opiekę rehabilitacyjną w tej kompleksowości trudno osiągnąć, bo wiadomo, że są szpitale, które są szpitalami ostrymi i mają leczyć ostro. One nawet nie powinny posiadać w swojej strukturze rehabilitacji, bo ona owszem, przyłóżkowa, taka szybka, jak najbardziej powinna być, ale nie długoterminowa i długofalowa, która powinna być jak najbliżej pacjenta. Wiadomo bowiem, że duże ośrodki onkologiczne nie muszą być jak najbliżej pacjenta. Pacjent dotrze do tych ośrodków. Jednak na pewno ta komponenta opieki koordynowanej, czyli ta rehabilitacja czy opieka tak zwana przewlekła, czasami hospicyjna, powinna być jak najbliżej miejsc zamieszkania pacjenta.

Tak więc na pewno dobrze, żeby to było wyartykułowane w jakimś stopniu w przypadku tej sieci onkologicznej. Powiem państwu może jako praktyk pracujący w ochronie zdrowia, że to oczywiście bardzo ładnie wygląda na papierze: tu połączymy, tu połączymy, tu jest ścieżka taka, ścieżki wszystkie opisane, tylko potem to się zderza z rzeczywistością, że bardzo trudno do kompleksowości uzyskać jeden element, potem trzeba robić różnego rodzaju dostosowania, żeby ten element był, żeby można było nazwać: tak, to jest kompleksowość, bo inaczej potem się ocenia kompleksowość leczenia, a że jakiegoś ogniwa brakuje... Myślę jednak, że na pewno na następnych spotkaniach, bo to przecież nie jest to ostatnie spotkanie, które dotyczy innowacyjności w ochronie zdrowia, w tym w onkologii, uzyskamy dużo więcej materiałów, jeżeli chodzi o tę innowacyjność nie tylko w lekach, ale również w sprzęcie.

Miałabym więc takie pytanie, czy mają państwo zrobione rozpoznanie, jakie potrzeby mają tak naprawdę te ośrodki, które leczą pacjentów onkologicznie. Przede wszystkim zapotrzebowanie w sprzęt, w infrastrukturę szpitalną, bo to jest niezmiernie ważne. Ona bardzo często kuleje i nawet jeżeli są bardzo dobrzy lekarze i właściwie wszystko się posiada, to brakuje pieniędzy na dostosowanie do dobrych warunków pobytowych pacjenta. Czy więc to rozeznanie mają państwo, nawet na podstawie map zdrowotnych, które były robione wcześniej i będą kontynuowane, czy faktycznie ta infrastruktura zarówno budowlana, jak i sprzętowa, są wystarczające do tego, aby jak najwięcej pacjentów objąć tą opieką? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, pan poseł. Ja mam taką propozycję, panie ministrze, żebyśmy skomasowali wszystkie pytania, wszystkie refleksje i wtedy pan minister mógłby się odnieść. Widziałam, że pani Dąbrowska-Banaszek... Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni goście, wysoka podkomisjo, ja bardzo dziękuję za zwrócenie uwagi na wciąż jeszcze niedocenianą rolę profilaktyki. Medycyna naprawcza jest po prostu bardzo droga, często mało skuteczna, natomiast profilaktyka ma duże możliwości. Wciąż panuje przekonanie, że zwykle młodzi ludzie nie chorują, więc bagatelizują pewne objawy i dlatego często wykrywanie jest bardzo opóźnione.

Ja mam kontakt z grupami młodych krwiodawców, którzy stopniowo edukowani to wiedzą i bardzo sobie cenią badanie przed pobieraniem krwi. Właściwie to między innymi mobilizuje ich do tego, żeby jeden drugiego zachęcać, bo przed oddaniem krwi będzie zbadany – ma pobrane badanie. Zatem, taka zmiana myślenia, że to jest ważne i że trzeba też mówić o pewnych dolegliwościach.

Jeżeli chodzi o leczenie paliatywne, to myślę, że wciąż jest za mało poradni leczenia bólu, bo tak naprawdę przy tych lekach, jakie mamy, nie powinno to już występować, a przynajmniej w bardzo niewielkim zakresie, kiedy osoba jest rzeczywiście bardzo mało wrażliwa na leki. Tak samo terapia żywieniowa w chorobach nowotworach. To leczenie

paliatywne jest dostępne, ale może nie w takim zakresie, jak jest to możliwe. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję pani poseł. Bardzo proszę, pan poseł Chrzan.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, krótkie pytanie, ale myślę, że bardzo ważne. Dzisiaj bardzo ważne. Rozmawialiśmy tutaj, że rzeczywiście jesteśmy zadowoleni z tego, co się dzieje, natomiast mamy taką sytuację – jeżeli dobrze wiem i pamiętam – w trzech ośrodkach publicznych, w Szczecinie, Warszawie i Rzeszowie, ustawiono roboty da Vinci, które pracują i wykonują bardzo precyzyjne operacje, między innymi onkologiczne: rak prostaty, rak jelita grubego, ale też kardiologiczne. Natomiast, panie ministrze, moje pytanie do pana: dotychczas nie mamy wycenionych procedur, jeżeli chodzi o operacje robotyczne. Czy resort zdrowia planuje jakiś pilotaż na tego typu operacje, ewentualnie, kiedy możemy liczyć na wycenę tych operacji, tych procedur, żeby szpitale mogły rozliczać je nie w ramach innych procedur, tylko już w ramach procedur robotycznych? O ile dobrze wiem, to dzisiaj rozliczane to jest jak zwykła operacja laparoskopowa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie. Czy jeszcze ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Panie ministrze, w takim razie oddaję głos. Bardzo proszę o ustosunkowanie się do przedstawionych kwestii.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję bardzo za te pytania. Dziękuję również za podziękowania. Ja faktycznie myślę, że onkologia absolutnie powinna być poza wszelkimi podziałami i że powinniśmy wspólnie pracować nad pewnymi rozwiązaniami, bo postulujemy bardzo podobne rozwiązania, które w onkologii mogą się sprawdzić. Postaram się w miarę po kolei.

Ciągłość wniosków refundacyjnych – pan doktor o tym mówił. Ta ciągłość dzisiaj jest zapewniona, nawet jeżeli... Z jakich przyczyn możemy nie przedłużyć refundacji leku? Oczywiście, firma, koncern farmaceutyczny, może nie złożyć wniosku refundacyjnego o przedłużenie, co nieraz się zdarza. Po drugie, może złożyć wniosek, który nie przechodzi przez proces negocjacyjny. Po prostu, na tyle ta cena jest wyższa niż wcześniej, że nie może być akceptowana. Mamy jednak mechanizm, który umożliwia pacjentom będącym w trakcie terapii przez kolejne 12 miesięcy i jest to okres, który, jak obserwujemy, jest wystarczający, finansowanie tego odrębnym strumieniem. To jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku takich terapii, których, mimo że wyszły z procesu refundacji, nowy pacjent już nie może dostać, to ci, którzy je zaczęli, przez 12 miesięcy mają możliwość ich kontynuacji. Nie mamy dzisiaj za bardzo sygnałów, że to okres za krótki, chociaż pewnie zdarzają się takie terapie, w których jest to niestety możliwe.

Fundusz Medyczny. Cieszę się, że dzisiaj tak spokojnie o tym funduszu, bo ja rozumiem, że on budzi pewne kontrowersje. Jest to bowiem duża część środków, które może nie to, że są zamrożone, ale rzeczywiście nie dajemy rady ich dzisiaj wydatkować w takiej skali jak chcieliśmy, jak szacowaliśmy, w szczególności przed COVID-em. Dużą część tych środków – odchodząc na chwilę od tematu – ponad 500 mln, szacowaliśmy, że będziemy wydatkowali w pediatrii na nadwykonania, które były, na to, żeby te świadczenia były bezlimitowe. 500 mln to była skala nadwykonań. My liczyliśmy na to, że z funduszu pokryjemy więcej, bo jeszcze to jakby napędzimy, niektóre podmioty będą chętniej realizowały, ale wiadomo, COVID sprawił, że dzisiaj pediatria nie jest w stanie wykonać tego, co miała w kontraktach. Jest to bardzo trudne, więc ten mechanizm wsparcia, na który liczyliśmy nie tylko my w ministerstwie, ale i wielu klinicystów, pediatrów, onkologów dziecięcych itd., niestety, nie znajduje dzisiaj tego uzasadnienia w świecie pocovidowym. Być może za chwilę – mówię za chwilę, ale być może w najbliższej nowelizacji tej ustawy – będziemy myśleć o pewnym zastąpieniu tego mechanizmu wsparcia.

Oczywiście duża część środków w Funduszu Medycznym jest alokowana właśnie na innowacje w onkologii, w chorobach rzadkich. Natomiast tu od początku zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że to procesy, które muszą trwać. Już w ustawie te terminy,

które zostały zadeklarowane na przeprowadzenie pewnych analiz, nazwijmy to analiz pokrycia, analiz luki, analiz tego, co dzisiaj refunduje Europa, mówiąc w uproszczeniu, a co refundujemy my, analiz tego, jakie dzisiaj, czyli w ostatnich dwóch-trzech latach, zostały zarejestrowane terapie innowacyjne, których w Polsce nie ma... Te analizy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji miała przeprowadzić odpowiednio do końca marca, jeżeli dobrze pamiętam, i do końca sierpnia. I przeprowadziła. Te procesy się zamknęły. Natomiast wiemy dobrze, że kolejnym krokiem po tych analizach była analiza tego przez ministra zdrowia, a następnym krokiem, chyba najtrudniejszym, jest próba przekonania tych firm farmaceutycznych, żeby w zakresie tych terapii, które określiliśmy jako będące w spektrum zainteresowań ministra zdrowia, zechciały złożyć wnioski refundacyjne.

Na posiedzeniu Komisji Zdrowia, nie podkomisji, dyskutowaliśmy o tym, że liczba terapii innowacyjnych z tego katalogu została ograniczona przez AOTMiT, zbytnio ograniczona. Możemy dyskutować o tym, czy tak było, czy nie, czy kolejna powinna być szersza, natomiast, żeby też państwo wiedzieli: na 9 terapii, które określiliśmy jako te, które minister zdrowia chciałby refundować, tylko 3 firmy wyraziły zainteresowanie. Teraz mamy kolejną listę tych terapii nie innowacyjnych. – będzie publikowana prawdopodobnie w październiku... w listopadzie – tylko tych, które uznajemy za terapie o wysokiej skuteczności klinicznej, a których nie mamy dzisiaj w polskim systemie refundacji. To będzie kolejne wskazanie dla tych firm, że chcemy te terapie refundować w Polsce.

Dzisiaj identyfikujemy 35 cząsteczek, po AOTMiT prowadzone są jeszcze nasze weryfikacje. Jest 35 takich terapii, takich leków. Chciałbym bardzo, żeby wszystkie firmy odpowiedziały pozytywnie. Po to mamy właśnie ten Fundusz Medyczny, po to mamy środki na to alokowane, ale już po pierwszych sygnałach, które otrzymujemy, wydaje się, że tak nie będzie.

Tak więc, jeśli chodzi o samo niewydatkowanie środków Funduszu Medycznego, to z jednej strony, zgadzam się, chcielibyśmy je wydatkować. Chcielibyśmy je przeznaczyć dla pacjentów. Z drugiej strony, wprowadziliśmy pewne mechanizmy, na które rynek, jak widać, wcale nie odpowiada tak chętnie, jak zakładaliśmy. Nie mamy jednak możliwości zmuszenia żadnej firmy farmaceutycznej do tego, żeby sprzedawała nam leki w Polsce. Trochę jesteśmy w tym względzie skazani na decyzję tych firm.

To co najważniejsze – jeszcze odnośnie do Funduszu Medycznego, bo ja nadal wierzę w siłę tego funduszu i wierzę w to, że wiele procesów, które tam mamy, może wesprzeć onkologię – środki funduszu nie przepadają. Środki w Funduszu Medycznym, nawet niewydatkowane w danym roku, przechodzą na lata kolejne. Mamy tam również część infrastrukturalną. Dedykowany konkurs, który chcemy ogłosić w następnym roku na poprawę infrastruktury w onkologii, myślę, że w końcówce I kwartału, może w II kwartale, to będzie gigantyczna alokacja na ten obszar. To będzie alokacja na poziomie, jak dzisiaj szacujemy, 1,5 do 2 mld zł. Dla porównania, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych wcześniej, a teraz Narodowa Strategia Onkologiczna. Program dysponował kwotą około 120 mln na infrastrukturę w onkologii, a narodowa strategia dzisiaj – ponad 200 mln. Widzicie więc państwo, że tutaj w jednym postępowaniu konkursowym chcemy skierować 10 razy tyle środków co w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. Myślę więc, że wydatkowanie tych środków się rozpędzi, że po prostu będziemy mieli lata, że zasilenia 4-miliardowe nie będą pokrywały i będziemy znacznie więcej... Wierzę w to i tego tak naprawdę oczekuję.

Pani poseł Gelert pytała też o uwzględnienie roli szpitali powiatowych w onkologii. Absolutnie nie jesteśmy w stanie, i nigdy nie mówiliśmy, że skoncentrujemy świadczenia wyłącznie w ośrodkach kompleksowych czy wysokoreferencyjnych. My oczywiście chcemy wyróżniać te ośrodki. Po to chociażby realizujemy projekty związane z wdrażaniem kolejnych świadczeń opieki kompleksowej, w raku piersi, raku płuca, raku jelita grubego, ale – tak jak to mówiłem kilkakrotnie – to taka wisienka na torcie. To wyróżnik tych najlepszych, tych kompleksowych. Natomiast oczywiście rola szpitali na niższych poziomach referencyjnych – nie chcę definiować, czy wojewódzkich, czy powiatowych, to pewnie w zależności od tego, jaki zakres świadczeń dzisiaj realizują – jest w projekcie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, który już skierowaliśmy do Kancelarii Prezesa

Rady Ministrów i który oczekuje na wpis do wykazu prac rządu. Tam określamy poziomy referencyjne i mówimy, że absolutnie jest miejsce w sieci dla ośrodków, które realizują choćby jedną metodę leczenia onkologicznego. Natomiast chcemy zapewnić pełne mechanizmy współpracy, mechanizmy kontrolne, żeby ten pacjent nie był skazany na to, idąc do ośrodka, który realizuje wyłącznie chirurgię onkologiczną, że ta decyzja będzie ukierunkowana na tę chirurgię, co jest dzisiaj pewnie naturalne w wielu ośrodkach. Chcemy, żeby był pewien nadzór ośrodków o tym najwyższym poziomie referencyjnym i żeby rzeczywiście ta decyzja była decyzją najlepszą dla pacjenta, a nie zdeterminowaną przez to, że do jakiego szpitala trafił i jakie metody terapeutyczne on może realizować.

Opieka rehabilitacyjna to wątek rzeczywiście bardzo ważny w leczeniu onkologicznym. Ja się zgadzam z panią poseł, że niektóre ośrodki onkologiczne nie muszą tego zapewniać, może z racji tego, że często są to ośrodki nie wyłącznie onkologiczne, tylko pewnie – tak jak w przypadkach, o których rozmawiamy – szpitale wielospecjalistyczne, w których onkologia jest jedną z wielu dziedzin. Jednak muszę też powiedzieć, że rehabilitacja to nie jest wymysł ministra zdrowia. Mieliśmy ogromne oczekiwania głównie środowisk pacjentów, żeby tam, gdzie ośrodki leczą onkologicznie, gdzie oferują leczenie onkologiczne, ta rehabilitacja była możliwa na miejscu. Często te procesy terapeutyczne trwają przez dłuższy czas. To nie jest leczenie, które kończy się radykalnie operacją i pacjent idzie do domu, bo wtedy, zgadzam się, mógłby rehabilitować się gdzieś indziej, być może pod kontrolą tych ośrodków, ale też ta rehabilitacja – nie chcę ekspercko się wypowiadać, bo chyba jako finansista nie mam takiego mandatu, ale wsłuchuję się w te głosy – często jest specjalistyczna. Chociażby rehabilitacja po mastektomii jest wyjątkowo specjalistyczna i wiele ośrodków podstawowej rehabilitacji nie umie zrobić tego w tak profesjonalny sposób, jak te ośrodki onkologiczne, które to dzisiaj realizują. Myślę, że nadal będziemy wspierać rehabilitację w kompleksowości, aczkolwiek w Krajowej Sieci Onkologicznej na poszczególnych poziomach pewnie nie będzie to wymóg konieczny do realizacji na każdym poziomie.

Jeszcze trzy wątki. Infrastruktura. Nie mamy zmapowanej takiej mapy potrzeb, która by odpowiedziała na to, co dany ośrodek potrzebuje. Natomiast te konkursy infrastrukturalne, które realizujemy, odpowiadają temu, co wypracowujemy na podstawie map potrzeb i oczekiwań konsultantów wojewódzkich i konsultantów krajowych. Mamy przedstawicieli w Krajowej Radzie Onkologicznej.

Realizowaliśmy w ostatnim okresie różne konkursy, nie tylko w radioterapii, co może jest sugerowane, bo to rzeczywiście najwięcej środków... Realizowaliśmy konkursy w torakochirurgii, w pulmonologii, rehabilitacji, mammografii, i myślę, że nadal będziemy rozwijać ten zakres opierając się na opiniach ekspertów... Przepraszam bardzo, ale myślałem, że to właśnie z posiedzenia plenarnego.

To, jeśli jeszcze mam chwilę, innowacje, bo tutaj kilkakrotnie mówiono o tych innowacjach. Pani poseł zresztą słusznie mówiła, że może kiedyś poświęcimy posiedzenie podkomisji... Myślę, że to jest dobry pomysł...

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Ja powiem, panie ministrze, dodam, że kolejne posiedzenie naszej podkomisji poświęcone jest tylko i wyłącznie badaniom w kierunku innowacyjnych rozwiązań klinicznych, terapii i wynalazków. Tak więc mamy całe posiedzenie temu poświęcone. Myślę, że ono będzie dosyć pogłębione, z zaproszeniem gości z instytucji dedykowanych temu tematowi. Zapraszam bardzo serdecznie pana ministra.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Świetnie. Myślę, że to rzeczywiście dobre forum do dyskusji o tym, bo jest to obszar młody w Polsce. Nie ukrywajmy, że kilka czy kilkanaście lat temu pewnie nie było takiego nacisku na innowacje. Pewnie nie było również możliwości, które dzisiaj mamy, czy które stworzyliśmy, ale ograniczając się wyłącznie do Agencji Badań Medycznych – tak na szybko analizowałem – praktycznie połowa postępowań dotyczyła onkologii. Postępowania na niekomercyjne badania kliniczne, jeśli dobrze pamiętam, jak otrzymywałem raporty, to w 50 % te badania kliniczne były skoncentrowane wokół obszarów onkologicznych.

Duże postępowanie konkursowe na wdrożenie czy wyprodukowanie w Polsce – tak trochę kolokwialnie mówię – terapii CAR-T-cells. To prawie 100-milionowy konkurs ABM-u w tym zakresie. Konkursy na stworzenie centrów wsparcia badań klinicznych, gdzie również te środki trafiły do ośrodków albo onkologicznych – przykładem Narodowy Instytut Onkologii Oddział w Gliwicach – albo ośrodków, w których onkologia jest jedną z istotnych działek i gdzie te niekomercyjne badania kliniczne będą realizowane.

Myślę, że na poziomie innowacji pewnie jeszcze sporo przed nami w onkologii. Może nie tylko poprzez takie instrumenty jak Agencja Badań Medycznych, ale chociażby w Krajowym Planie Odbudowy, który wspólnie z Departamentem Oceny Inwestycji nadzorujemy, tworzyliśmy, negocjowaliśmy z Komisją, czy zadania z zakresu transformacji cyfrowej, wkraczające właśnie w obszar innowacji w onkologii, czy zadania z zakresu kolejnego wsparcia innowacji w onkologii, na przykład poprzez start-upy medycznych, które też się pojawiają. Wiemy również, że pojawiają się w onkologii i często nie znajdują w Polsce finansowania, które umożliwiłyby im przejście z tej fazy pomysłu czy pewnego startupu, który jeszcze, może z powodu braku środków finansowych, nie stanął do badania klinicznego. Chcemy z tego poziomu systemowego takie działania wspierać.

Odnosnie do operacji robotycznych – już kończąc moją wypowiedź – rzeczywiście dzisiaj operacje robotyczne są coraz bardziej powszechne. W Polsce stoi już chyba 20 robotów. A co może najważniejsze, również z punktu widzenia rozwoju tego segmentu i tego, że minister zdrowia pewnie powinien, ale już mówię, że musi zająć się tym obszarem w taki sposób systemowy, to jest to, że dzisiaj w tym obszarze nastąpiła konkurencja, że prawa patentowe wygasły. Już nie mówimy o jednej firmie, która dostarczała te rozwiązania, tylko mówimy o tym, że konkurencja jest już większa, co stwarza większe możliwości i wsparcia tego obszaru, i procedowania podmiotów o to wsparcie.

Jestem przekonany, że w najbliższym czasie to świadczenie pewnie do koszyka świadczeń gwarantowanych nie wejdzie w tak prosty sposób, natomiast już dzisiaj rozmawiamy, chociażby z uczelniami medycznymi, że trzeba rozpocząć proces kształcenia i być może takiej fazy, jak pan poseł mówi, pilotażowego wdrożenia tego w niektórych podmiotach. Nie wiem, czy w 20. Nie definiowałbym tego. Nie powiedziałbym, że to dzisiaj będzie produkt dostępny dla tych podmiotów, które dzisiaj mają robota. Raczej bym chciał, żeby taki pilotaż – i będziemy prowadzili prace w tym kierunku – był dedykowany podmiotom, które jednocześnie zapewnią kształcenie i tak naprawdę rozwój edukacyjny w tym obszarze. Jestem przekonany, że nie dłużej niż w kilka miesięcy taki pilotaż zostanie zrealizowany czy to przez Ministerstwo Zdrowia, czy to przez Agencję Badań Medycznych. Dziękuję, pani przewodnicząca i rzeczywiście chętnie zapisuję się na kolejne posiedzenie podkomisji o innowacjach.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Pięknie dziękuję. Przede wszystkim dziękuję za tak wyczerpujące odniesienie się do pytań i refleksji państwa posłów. Ja też, tylko ad vocem refleksji pani poseł Dąbrowskiej-Banaszek odnośnie do leczenia bólu. Kolejne posiedzenie zespołu parlamentarnego do spraw praw pacjentów będzie poświęcone właśnie leczeniu bólu, tak więc zapraszam na to spotkanie.

Czy są jeszcze jakieś pytania w zakresie tematu dzisiejszego posiedzenia podkomisji? Nie widzę zgłoszeń.

Dziękuję wszystkim państwu bardzo serdecznie, przede wszystkim za ciepłe podsumowanie wyboru tematu i zapraszam na kolejne posiedzenia. Dziękuję wszystkim państwu gościom. Dziękuję panu ministrowi.