

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ONKOLOGII
(NR 10)
z dnia 9 marca 2022 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 10)

9 marca 2022 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat nowotworów jelita grubego, wątroby i trzustki.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jarosław Reguła** konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii, **Lucjan Wyrwicz** zastępca dyrektora ds. leczenia otwartego Narodowego Instytutu Onkologii, **Michał Jankowski** sekretarz Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia na rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi „Sanitas”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Witam bardzo serdecznie na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Chciałam otworzyć posiedzenie podkomisji.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Teraz chciałabym sprawdzić kworum. Jeszcze chwileczkę poczekamy. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat nowotworów jelita grubego, wątroby i trzustki. Tutaj prosiłabym przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia o zabranie głosu. Jednak zanim udzielę głosu, chciałabym poinformować, że materiały są dostępne w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane posłom drogą mejlową.

Bardzo proszę o udzielenie informacji z upoważnienia Ministerstwa Zdrowia. Bardzo proszę każdą osobę, która będzie się wypowiadać, o przedstawienie się w celu odnotowania tego w protokole. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Nazywam się Michał Dziegielewski. Jako dyrektor Departamentu Lecznictwa reprezentuję Ministerstwo Zdrowia pod nieobecność ministra Miłkowskiego, który w tej chwili pracuje w Senacie.

Proszę państwa, trzy nowotwory z zakresu przewodu pokarmowego: rak wątroby, rak trzustki i rak jelita grubego. Będę próbował je omówić w takiej kolejności, w jakiej zostały zaproponowane jako temat. W pierwszej kolejności chodzi o raka wątrobowokomórkowego. Jest on uznawany za raka stosunkowo rzadkiego – w roku 2019 było to mniej więcej 1400 przypadków z przewagą w stronę mężczyzn. Czynnikiem ryzyka tego raka jest marskość wątroby oraz zakażenie wirusami – to jedna z istotnych przyczyn. Oprócz tego także niektóre toksyny, takie jak alkohol i aflatoksyny. Otyłość, cukrzyca i stłuszczeniowa choroba wątroby także są identyfikowane jako czynniki ryzyka.

Jeżeli chodzi o leczenie, to jest tu prowadzona głównie chemioterapia. Ogólnie rzecz biorąc, cząsteczki dostępne w ramach samej chemioterapii są wypisane w opracowaniu, które przygotowaliśmy dla państwa. Są to takie substancje czynne, jak karboplatyna, cisplatyna, cyklofosfamid, dakarbazyna, doksorubicyna, etopozyd, fluorouracyl, izofosfamid, irynotekan, mitomycyna, winkrystyna, winorelbina i temozolomid. Natomiast w przypadku tego nowotworu dysponujemy także programami lekowymi. Program lekowy oparty jest o dwie cząsteczki. Jednak z tych cząsteczek to kabozantynib, a druga to sorafenib. To są dwa programy lekowe finansowane osobno. Tam są dokładnie określone kryteria, które powinni spełniać pacjenci kwalifikujący się do poszczególnych programów.

Jeżeli chodzi o koszty leczenia, to w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia najważniejsze wydatki są w ramach leczenia szpitalnego, czyli hospitalizacja takich pacjentów. W roku 2021 było to ok. 31 mln, w 2019 – zanim zaczęła się cała historia z epidemią – były to 34 mln. W programach lekowych wydatki były na poziomie 12-13 mln. Koło 2 mln w ramach radioterapii, 5,5 mln w ramach chemioterapii, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 2,5 mln. Takie są mniej więcej wydatki. Natomiast oczywiście to nie jest ostatnie słowo, które Ministerstwo Zdrowia powiedziało w tej kwestii. W tej chwili prowadzone są postępowania administracyjne dotyczące rozszerzenia możliwości leczenia raka wątrobowokomórkowego. Jest to Avastin, Tecentriq i Lenvima. Nie wszędzie są pozytywne rekomendacje prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, które nie są do końca wiążące dla ministra, jednak wyznaczają pewien tok postępowania. Te wszystkie programy są stosunkowo drogie.

Istotne znaczenie ma także profilaktyka chorób wątroby, w tym przede wszystkim możliwość leczenia wirusowych zapaleń wątroby. Jeśli chodzi o wirusowe zapalenie wątroby typu C, to jest prowadzony cały program lekowy. Jest to duży, populacyjny program nakierowany na całkowitą eradykację wirusa. Dzięki temu, że ten program jest dosyć powszechny, od lat obserwujemy w Polsce spadek kosztów leczenia pojedynczego pacjenta. Można za to zwiększyć ich liczbę. Fundusz prowadził także działania, które miały na celu scentralizowanie zakupu substancji leczniczych, co pomogło w większym stopniu obniżyć ceny. Tam są 4 konkurencyjne substancje, więc nie wygląda to w tej chwili najgorzej.

Jeżeli chodzi o raka trzustki... W raku trzustki znowu mamy zarówno normalne leczenie w ramach normalnych ścieżek chemioterapii, jak i programy lekowe oraz cząsteczki, które oczekują na procedowanie. Nie będę wymieniał wszystkich nazw po kolei. Na pewno więcej powiedzą eksperci, np. pan prof. Lucjan Wyrwicz, który specjalizuje się w chemioterapii. Natomiast jeśli chodzi o wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, to 60 mln kosztuje leczenie szpitalne, chemioterapia – 42 mln. Widzimy więc, że chemioterapia ma tutaj podstawowe znaczenie. Na programy lekowe w tej grupie pacjentów wydaliśmy w 2021 r. 16 mln, a na leczenia ambulatoryjne ok. 6 mln. Rak trzustki jest o tyle podstępny, że odzywa się stosunkowo późno. Pacjent długo cierpi i niestety bardzo często wykrycie tego nowotworu przychodzi nieco za późno.

Teraz trzeci z nowotworów – rak jelita grubego. Znowu bardzo duże znaczenie mają tutaj programy lekowe. Akurat w przypadku tego raka programy lekowe kosztują praktycznie tyle samo, ile całe leczenie szpitalne. Programy lekowe przewidują 4 linie leczenia tego nowotworu. Jest to chyba najbardziej rozbudowana forma. Oczywiście w dalszym ciągu są procedowane kolejne cząsteczki do leczenia tego nowotworu.

Jeżeli chodzi o wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia związane z tym nowotworem, to ambulatoryjna opieka specjalistyczna wyniosła 67 mln, leczenie szpitalne – 400 mln. Na programy lekowe w 2021 r. wydano 270 mln, a na chemioterapię – 183 mln. Leczenie chemioterapią – zarówno w chemioterapii, jak i w programach lekowych – wynosi praktycznie drugie tyle, co leczenie szpitalne, gdzie, jak wiemy, chirurgia jest metodą z wyboru, jeśli chodzi o raka jelita grubego. To akurat pan poseł będzie dobrze wiedział. Tam udaje się to wszystko robić najlepiej.

Akurat jeśli chodzi o raka jelita grubego, to jest to drugi z ogłoszonych programów unitowych po kompleksowym leczeniu raka piersi. Czyli jest to tzw. kompleksowa jednostka, która zajmuje się leczeniem raka jelita grubego. Narodowy Fundusz Zdrowia

podpisał 36 takich umów. Jedynym województwem w Polsce, w którym w tej chwili nie ma podpisanej takiej umowy, jest województwo opolskie. Mam nadzieję, że tam też dojdzie do uzupełnienia tego braku. W pozostałych województwach pacjenci zawsze mają do wyboru jednostkę, w której takie leczenie jest prowadzone kompleksowo. To tyle wstępnie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę pana posła o głos.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Może źle pana zrozumiałem albo może taki był tytuł pana wystąpienia, ponieważ pan powiedział na początku przy raku wątrobowokomórkowym, że podstawowym leczeniem jest leczenie chemiczne. To nie jest prawda. Zresztą we wszystkich 3 nowotworach, które zostały wymienione – *colorectum*, trzustki i wątroby – podstawowym leczeniem jest leczenie chirurgiczne. To jest jedyne leczenie z intencją wyleczenia. We wszystkich tych nowotworach, o których rozmawiamy, chemioterapia jest zawsze leczeniem adjuwantowym albo paliatywnym. Oczywiście stosuje się ją tam, gdzie nie można leczyć chirurgicznie, natomiast myślę, że koszty związane z leczeniem są jednak przede wszystkim kosztami związanymi z chirurgią.

Jeżeli chodzi o wątrobę, to tam są różnego rodzaju resekcje. Oczywiście często jest tak, że pacjenci po prostu nie kwalifikują się do leczenia chirurgicznego, ponieważ raki wątrobowokomórkowe są zbyt późno rozpoznawane. Natomiast jeżeli można je leczyć, to oczywiście odbywają się mniej lub bardziej rozległe resekcje, a od pewnego czasu również absolutnie dopuszczalne przy izolowanym raku wątrobowokomórkowym są przeszczepy wątroby.

Natomiast jeżeli chodzi o trzustkę, to jeżeli pacjent jest nieoperacyjny, resekcja jest niemożliwa, a wyniki są niezbyt zadowalające... Efekt wyleczenia przynoszą raczej wyłącznie operacje pankreatektomii, operacje Whipple'a – jeśli leczenie jest podjęte wcześniej. Natomiast przy wszystkich pozostałych leczeniach pacjent raczej nie ma szans na wyleczenie. Natomiast one potrafią dosyć znacznie przedłużyć życie przy raku trzustki.

Natomiast przy *colorectum* absolutnie podstawowym leczeniem jest leczenie chirurgiczne. Czasami radioterapia przedoperacyjna czy pooperacyjna i chemioterapia – zwykle adjuwantowa, czyli pooperacyjna. Myślę, że z punktu widzenia NFZ podstawowe koszty to koszty chirurgiczne.

Chciałbym tutaj o coś zapytać, ponieważ nie sprawdzałem tego i nie wiem. Do niedawna był taki problem, że NFZ zwracał pieniądze za różnego rodzaju hemikolektomie, mniej lub bardziej rozległe resekcje jelita grubego w zależności od ICD-9 czy ICD-10. Jeżeli była przeprowadzana operacja jelita grubego, to przy hemikolektomii lewostronnej było tyle, przy prawostronnej tyle, a przy *rectum* jeszcze inaczej. Natomiast nie było zróżnicowania na operacje metodą otwartą i laparoskopową. To powodowało olbrzymi problem dla szpitali. Dzisiaj coraz więcej chirurgów onkologicznych – i nie tylko, bo również chirurdzy ogólni, którzy potrafią to robić, operują jelito grube – operuje laparoskopowo. Ten zabieg ma swoje dobre i złe strony, ale oczywiście w tej chwili jest przewaga pozytywów przy tego typu resekcji. Natomiast problemem jest to, że on jest znacznie droższy. Są szpitale, w których chirurdzy często operują wyłącznie laparoskopowo, chyba że mają do czynienia z powikłaniami, bo np. przychodzi pacjent z perforacją, rozlanym zapaleniem otrzewnej i metodą wyboru jest operacja otwarta. Jednak jeżeli operowali laparoskopowo, to szpital do tego leczenia dopłacał więcej niż do leczenia tradycyjnego, do którego zresztą też dopłacał, ale było to mniej dokuczliwe. A chirurdzy nie chcą zmieniać metody tylko dlatego, że dyrektor szpitala uważa, że leczenie laparoskopowe się nie opłaca. Oni się nauczyli leczyć laparoskopowo i uważają, że to jest lepsze. Mają rację, ja też ich tutaj popieram. Ja nigdy jelita grubego nie operowałem laparoskopowo i już na pewno nie będę. Jednak przyznaję, że jest to lepsza metoda, której po prostu nie miałem okazji się nauczyć.

To tyle. Myślę, że pan dyrektor po prostu o tym nie mówił, ponieważ po prostu taka była treść pana wystąpienia – leczenie chemioterapią i koszty nowowprowadzanych leków do terapii chemicznej nowotworów, o których mówimy.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Przepraszam, panie pośle – a właściwie panie doktorze – za pewien skrót myślowy. Chodziło mi bardziej o to, że o ile rak jelita grubego w naturalnym przebiegu i wykrywalności daje szansę na radykalną interwencję chirurgiczną i jest to najczęściej wybierany sposób leczenia, o tyle rak wątrobowokomórkowy i rak trzustki są nieco bardziej podstępne. Oczywiście, metodą z wyboru będzie zawsze leczenie chirurgiczne – pod warunkiem, że moment, w którym wykryjemy tego raka, da nam na to szansę. Akurat przy raku trzustki i raku wątroby ten komfort jest mniejszy, niż w przypadku jelita grubego. To tylko tyle tytułem wyjaśnienia. Oczywiście, większość opracowania będzie siłą rzeczy dotyczyła metod leczenia chemioterapią i programami lekowymi, ponieważ tutaj mamy największy postęp i najwięcej rzeczy dzieje się w tym obszarze. Dzięki polityce ministra Miłkowskiego coraz więcej nowoczesnych części jest refundowanych w obszarze leczenia poszczególnych rodzajów nowotworów. Dlatego akcentowałem tę część związaną z leczeniem chemioterapeutycznym. Owszem, chirurgia jest metodą z wyboru pod warunkiem, że wykryjemy raka w takim momencie, że można ją wprowadzić. Natomiast w przypadku raka wątroby i raka trzustki mamy pewne zaległości, jeśli chodzi o ich wykrywanie w odpowiedniej fazie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Zgadzam się z wypowiedzią, bo w moim otoczeniu akurat zdarzyły się takie bardzo trudne przypadki. Zresztą to jest ogólnodostępna wiedza, że rak trzustki jest bardzo podstępny. Poprosiłabym teraz o wypowiedź pana profesora Jarosława Regułę, konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii. Bardzo proszę, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii Jarosław Reguła:

Dzień dobry państwu. Chciałbym krótko odnieść się do zagadnienia raka jelita grubego. Chodzi mi oczywiście o program badań przesiewowych raka jelita grubego. Pan dyrektor Dzięgielewski wie o wszystkim i też się martwi, podobnie jak ja. Jednak powinno się o tym powiedzieć na tym forum i wyrazić niepokój. Mianowicie od 1 stycznia nie funkcjonuje program badań przesiewowych i nie ma możliwości wykonania badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Jak wiadomo, profilaktyka jest podstawą i jest skuteczniejsza niż późniejsze leczenie.

Bardzo krótko powiem, że 2 lata temu, na początku Narodowej Strategii Onkologicznej, podjęto dwie ważne decyzje. Jedna polega na tym, że zmieniono strategię przesiewową z kolonoskopii przesiewowej na testowanie FIT, czyli metodę, którą przechodzi już większość krajów europejskich. My też chcemy to zacząć od 2024 r., jednak do tego trzeba się przygotować organizacyjnie i szkoleniowo. Chcielibyśmy już móc zaczynać. To jest nasz pierwszy niepokój.

Drugi niepokój jest taki, że drugą podjętą decyzją było przeniesienie finansowania kolonoskopii przesiewowej z Ministerstwa Zdrowia do NFZ. To miało się zacząć 1 stycznia 2022 r., czyli 3 miesiące temu. Zapewnienia pana ministra Gadomskiego były takie, że ta transformacja będzie gładka, używaliśmy nawet takich określeń, że odbędzie się w stosunku 1:1. Czyli program będzie przeniesiony i tylko finansowanie zmieni się na NFZ. Jednak pojawiła się – jak można powiedzieć – rysa. Pojawiły się problemy organizacyjne i przede wszystkim legislacyjne, które trwają i się przedłużają. Nie można tego zrealizować. W szczegóły nie będę wchodził. Chcę po prostu wyrazić wielki niepokój, bo te prace legislacyjne się wydłużają. Najbardziej byłoby szkoda tego, że Centrum Onkologii posiada program, który służy do badań przesiewowych i jest wieloletnią inwestycją Ministerstwa Zdrowia. Dzięki niemu możemy zapewnić kontrolę jakości, o której przecież sam pan minister zdrowia mówił wielokrotnie, że jest bardzo ważna. NFZ podkreśla, że jakość jest tak ważna w służbie zdrowia, że płaci się za jakość. My to mamy, dysponujemy takimi narzędziami. Można powiedzieć, że jesteśmy liderami światowymi w określaniu parametrów jakości, łącznie z publikacjami w „The New England Journal of Medicine”. Znosi się na to, że z powodów legislacyjnych ten program być może pój-

dzie do kosza, bo nie da się go zintegrować z systemem informatycznym NFZ. Jesteśmy gotowi do tego, provider tego programu jest gotów to zrobić. Jednak są – powiem ogólnie – problemy z zaimplementowaniem tego. Na dzisiaj brakuje szczegółów, co będzie dalej. Wyrażam wielki niepokój i chciałbym, żeby pan minister to usłyszał i też się zaniepokoił, ponieważ moim zdaniem jest to niezwykle niebezpieczne zjawisko. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Poproszę pana dyrektora ustosunkowanie się. Albo jeszcze kolejne wypowiedzi, jak pan dyrektor woli?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Myślę, że jeszcze kolejne wypowiedzi.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Kolejne wypowiedzi. Poproszę teraz pana Lucjana Wyrwicza, zastępcę dyrektora ds. lecznictwa otwartego Narodowego Instytutu Onkologii. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora ds. lecznictwa otwartego Narodowego Instytutu Onkologii Lucjan Wyrwicz:

Dzień dobry państwu. Ja także w tej samej sprawie, dosłownie bardzo krótko. Jako odpowiadający za profilaktykę w Narodowym Instytucie Onkologii, chciałbym podkreślić wartość wypowiedzi pana prof. Reguły. Jest to pilnie potrzebne, abyśmy realizowali założenia Narodowej Strategii Onkologicznej. Powinniśmy dopinać szybko i likwidować legislacyjne przeszkody w uruchomieniu tej nowej formuły, nowych programów przesiewowych. To dotyczyło tej poprzedniej wypowiedzi.

Odnosnie do wypowiedzi pana dyrektora Dzięgielewskiego, to rzeczywiście nakłady na chemioterapię w raku jelita grubego, w raku trzustki i nowotworach wątroby są nakładami wysokimi. Moglibyśmy je lepiej spożytkować przez założenie ograniczenia liczby hospitalizacji dla podawania chemioterapii w przypadku raka jelita grubego i częściowo raka trzustki. Tutaj wielki ukłon w kierunku wprowadzonego u progu pandemii instrumentu finansowego, jakim jest chemioterapia w warunkach domowych z wykorzystaniem infuzorów. To jest środek oszczędzający koszty i – co ważne – oszczędzający czas. W obecnej chwili mamy szpitale, które prawie 100 % chorych prowadzą za pomocą tego sposobu leczenia. O skali niech da państwu wyobrażenie to, że przed wprowadzeniem tego instrumentu ok. 900 łóżek w skali kraju było codziennie wykorzystywane w celu zrobienia chemioterapii w terapii raka jelita grubego. To udało się w jakimś stopniu ograniczyć poprzez stosowanie refundowanych już infuzorów. Prosimy bardzo ministerstwo o sprawdzenie zakresu i wysłanie monitu do jednostek, które nie stosują takich uznanych już narzędzi. Narodowy Instytut Onkologii od 15 lat stosuje możliwość niekładzenia do szpitala osób z rakiem jelita grubego. Tymczasem w dalszym ciągu w 2022 r., po 2 latach pandemii, która się nie skończyła, widzimy karty informacyjne z oddziałów szpitalnych, gdzie pacjenci znajdują się ciągle w szpitalach. Chodzi tu o kompletnie niepotrzebne, wielodobowe wlewy chemioterapii, które można by realizować ambulatoryjnie. To jest drugi wątek.

Trzeci wątek to dostępność produktów leczniczych, leków. Tutaj taki pozytywny aspekt, dotyczący zarówno raka jelita grubego, jak i raka wątrobowokomórkowego, to jest utrata ochrony patentowej dwóch cząsteczek, dla dwóch substancji czynnych – bewacyzumabu i sorafenibu. Te dwie cząsteczki są obecnie w programach lekowych. Przeniesienie ich z programów lekowych do tzw. katalogu chemioterapii umożliwiłoby szersze ich stosowanie, a jednocześnie poprzez zakupy centralne ograniczyłoby wydawane na to środki finansowe przy zapewnieniu tego samego lub wyższego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Wiem tym, że trwa postępowanie. Dlatego bardzo chciałbym usłyszeć odpowiedź pana dyrektora Dzięgielewskiego na pytanie, czy jest perspektywa na to, że sorafenib znajdzie się w katalogu chemioterapii we wskazaniu do raka wątrobowokomórkowego, a bewacyzumab także przy raku wątrobowokomórkowym i w raku jelita grubego.

Ostatni aspekt to aspekt podziękowania i proszenia o więcej. Jako klinicysta pracujący z pacjentami jestem bardzo wdzięczny za nowe opcje leczenia, które powodują,

że możemy nowoczesnie leczyć naszych pacjentów. To był element podziękowania dla pana ministra Miłkowskiego. Jednak oczywiście prosimy o więcej. Ciągłe pozostaje kilka cząsteczek, które są w toku oceny. W raku wątrobowokomórkowym – atezolizumab w połączeniu z bewacyzumabem, w raku trzustki – nanosomalna postać irynotekanu, w raku jelita grubego – połączenie encorafenibu z cetuksymabem. To są takie opcje leczenia, które w świecie przestają być opcjami, a zaczynają być leczeniem standardowym. Tego brakuje. Chociaż nie chciałbym zostać tak odebrany, że pan dyrektor z Narodowego Instytutu Onkologii powiedział na końcu, że brakuje leków. Nie, wręcz przeciwnie. Uważam, że te rzeczy systemowe – lepsza wycena laparoskopii, upowszechnienie infuzorów, wznowienie programów przesiewowych – są najważniejsze, o nich powinniśmy najwięcej mówić. Leki też, ale na końcu, w tle. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz o głos prosiła pani Aleksandra Rudnicka z organizacji pacjentek. Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia na rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi „Sanitas” Aleksandra Rudnicka:

Dzień dobry. Bardzo dziękuję za oddanie głosu. Rzecznik stowarzyszenia „Sanitas” z Sanoka. Witam państwa bardzo serdecznie. Chcę powiedzieć, że oczywiście przyłączamy się jako grupa pacjentów do głosów panów profesorów. Chodzi o ten niepokój dotyczący zawieszenia funkcjonowania programu przesiewowego raka jelita grubego. To jest bardzo niepokojące, że przeszkody legislacyjne nie dopuszczają do tego, żeby ten program działał. Tym bardziej, że ten program rzeczywiście był na bardzo wysokim poziomie.

Druga rzecz, o której mówił pan profesor Wyrwicz – a której bardzo sekundujemy – dotyczy możliwości leczenia pacjentów w warunkach domowych. Chodzi o te infuzory, o których mówił. To powinno być coraz bardziej popularne i dostępne. Powinny być stosowane u jak największej liczby pacjentów.

Natomiast jeśli chodzi o dostęp do leków, to ta dostępność rzeczywiście w ostatnim czasie się bardzo, bardzo poprawiła. Mamy ich coraz więcej. Natomiast chciałam zwrócić uwagę na pewien rodzaj raka trzustki. Powiedziałabym, że to jest nowotwór najtrudniejszy w leczeniu, najbardziej traumatyczny dla pacjentów i dla lekarzy. On ma też postać neuroendokrynną. Od wielu lat są dostępne terapie na ten rodzaj raka. Była też polska terapia – niestety nie została zarejestrowana w Polsce i niestety została wycofana przez Instytut, ponieważ nie miała formalnej rejestracji. W tej chwili ubiegamy się o lek, który nazywa się Lutathera. To jest leczenie celowane, radioterapia celowana – tzw. radioterapia radioligandowa. Ona jest w tej chwili dostępna dla pacjentów tylko w postaci darowizn od firmy. Wiemy, że proces refundacyjny jest już zaawansowany. Jest już w gestii pana ministra Miłkowskiego, na jego biurku. Bardzo liczymy na to, że zostanie pozytywnie rozstrzygnięty. Natomiast co do perspektyw, to też chcielibyśmy, żeby możliwe było kolejne zastosowanie olaparibu, który również jest lekiem celowanym dla pacjentów z mutacjami BRCA1 i w ogóle BRCA i znakomicie sprawdził się w leczeniu pacjentek z rakiem jajnika. Chcielibyśmy, żeby ten lek – który w tej chwili jest w out-meece, z tego co wiem – także za chwileczkę był wzięty pod uwagę i mógł być dostępny. Wiemy, że w raku trzustki jest bardzo mało tych nowoczesnych, innowacyjnych leków. W związku z tym – tak jak wspomniał wcześniej pan dyrektor – wszystkie są na wagę złota. Warto je wprowadzać, bo w drobnokomórkowym raku płuca i w raku wątrobowokomórkowym sprawdziliśmy, że jednak dają one szansę pacjentom na przedłużenie życia. Nie na uratowanie życia, ale na jego przedłużenie. U takich pacjentów każdy dzień jest na wagę złota. Pacjenci chcą też ten czas przeżyć w jak najlepszej jakości, a te leki to umożliwiają. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Osobiście chcę podziękować pani Jadwidze za taką prężną współpracę. Za to, że przy wielu kwestiach potrafiliśmy się pochylić nad problemami pacjentów i udało nam się wspólnie z Ministerstwem Zdrowia osiągać naprawdę dobre cele związane z refundacją innowacyjnych leków z dziedziny onkologii.

Było jeszcze zgłoszenie... Ktoś jeszcze chce zabrać głos? Bardzo prosimy panią Dorotę Korycińską z Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej o zabranie głosu.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu. Ja tak bardzo szybko, dopóki nie włączy się wiertarka u sąsiada. Chciałam zapytać o dwie rzeczy. Po pierwsze, o program lekowy dla raka wątrobowo-komórkowego, ponieważ taki miał być. Drugie pytanie jest o plany dotyczące unitów narządowych, jeżeli chodzi o unity *colon cancer*. Miały być już dosyć dawno wprowadzone, a dosyć długo czekamy. I już wyłączam mikrofon, ponieważ niestety sąsiad włączył wiertarkę.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz poproszę pana Michała Jankowskiego. Jest pan Michał? Jest. Bardzo prosimy.

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej Michał Jankowski:

Dzień dobry. Jako przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej chciałbym podziękować panu posłowi za ciepłe słowa pod adresem chirurgii onkologicznej.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo źle słyhać. Bardzo proszę dać bliżej mikrofon, bo nie słyszymy się.

Sekretarz PTChO Michał Jankowski:

Czy teraz lepiej mnie słyhać?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak, teraz lepiej. Bliżej mikrofonu.

Sekretarz PTChO Michał Jankowski:

To może jeszcze raz powiem, że chciałem ogromnie podziękować za ciepłe słowa na temat chirurgii. Leczenie nowotworów przewodu pokarmowego to leczenie skojarzone. Tu liczy się współpraca z wieloma specjalistami. Z mojej strony chciałem powiedzieć, że środowisko chirurgiczne jest zaniepokojone problemami z programem badań przesiewowych i dziękujemy za wsparcie...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Jest bardzo zła jakość głosu. Nie dałoby się coś... Może jakby się jeszcze raz rozłączyć i połączyć? Coś nam tutaj nie funkcjonuje. Bardzo bym prosiła, bo nie słyszymy wypowiedzi. Bardzo bym prosiła.

Sekretarz PTChO Michał Jankowski:

Czy teraz lepiej mnie słyhać?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak. Może też wolniej i bliżej mikrofonu, bo naprawdę jest zła jakość wypowiedzi.

Sekretarz PTChO Michał Jankowski:

Czy teraz lepiej mnie słyhać?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak, teraz zdecydowanie lepiej.

Sekretarz PTChO Michał Jankowski:

Przepraszam. Chciałbym tylko wyrazić ogromne wsparcie dla programu badań przesiewowych. Dziękuję też panom profesorom za ciepłe słowa. Natomiast chciałbym zwrócić państwu uwagę na problem, który jest od lat, a mianowicie, na niską wycenę procedur chirurgicznych, zwłaszcza tych związanych z wyrzutkiem wśród chirurgii, czyli chirurgią przewodu pokarmowego. To jest chirurgia jamy brzusznej, różne resekcje wątroby, trzustki, jelita grubego. Wcześniej był też już wspomniany brak różnicowania między zabiegami laparoskopowymi a klasycznymi. Operacje laparoskopowe są droższe. Skutkują one lepszą jakością życia chorego. Skutkują mniejszą liczbą powikłań i szybszym wyjściem do domu. Z pewnością to wszystko jest niestety okupione większymi kosztami okołoperacyjnymi.

Duży problem, z którym styka się zwłaszcza chirurgia przewodu pokarmowego, to problem – można powiedzieć – demograficzny i etatystyczny. Brakuje pewnych ludzi. Brakuje nowych pokoleń chirurgów. Niestety ta specjalizacja z wielu względów nie jest atrakcyjna. O jednym ze środków, które mogłyby to poprawić, wspominał pan poseł. Moglibyśmy uniknąć takich sytuacji w przyszłości, że zabiegi chirurgiczne zawsze będą deficytowe dla prowadzenia szpitali, także szpitali onkologicznych. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękujemy. Panie dyrektorze, prosimy o wypowiedź.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Jeżeli mam być szczery, to wspólnym mianownikiem wszystkich wypowiedzi był program kolonoskopowy, który – jak zauważył pan profesor Reguła – także mi leży na sercu. Od dłuższego czasu próbujemy wyjść z tego impasu, którym jest niemożność przełożenia wprost 1:1 tego, co było w Ministerstwie Zdrowia i tego, co było w Narodowym Funduszu Zdrowia. Próbujemy umieścić go jak najlepiej. Jesteśmy w stałym kontakcie z panem profesorem. Sami spotkaliśmy się kilka razy, żeby ustalić szczegóły. One ciągle się zmieniają. Mam nadzieję, że jesteśmy już na finiszu fazy zastanawiania się, w którym miejscu to wsadzimy i już to będzie szło.

Jedyne, co mogę w tym momencie powiedzieć, to że pacjenci nie są pozostawieni sami sobie. W międzyczasie weszło po pierwsze, zniesienie jakichkolwiek limitów w ambulatorium na opiece specjalistycznej, a po drugie, znieczulenie przy badaniach kolonoskopowych. Ogólnie rzecz biorąc, znakomita większość ośrodków, które prowadzą badania profilaktyczne, posiada umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na zwykle kolonoskopie. To opóźnienie dotyczy tylko i wyłącznie przekazywania danych, ale jest to pewien problem, jeśli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia. Trzeba zauważyć, że ktoś, kto będzie odbierał te dane i komunikaty, to ktoś zupełnie inny niż płatnik. A do tej pory występowały tylko i wyłącznie bilateralne stosunki. Trzeba więc to zapisać w odpowiednim miejscu, aby móc zagwarantować także możliwość nadzoru jakościowego. To rzeczywiście jest jeden z lepszych projektów, o których słyszałem. Jest oparty o sztuczną inteligencję, która analizuje opisy i próbuje znaleźć te kilka procent, które budzą pewne wątpliwości. One wtedy są już dokładnie oglądane. Czyli co do kolonoskopii, to nie jest naszą intencją zawieszenie całego programu. Program będzie kontynuowany. Mamy nadzieję, że już jesteśmy na finiszu, jeśli chodzi o wypracowanie konkretnych rozwiązań.

Teraz spróbuję odnieść się w pewnym sensie do wypowiedzi pani Aleksandry Rudnickiej ze stowarzyszenia pacjentów. Już jest możliwość leczenia w warunkach domowych. Chodzi tylko o inne podejście do tego i rozpowszechnienie. Oczywiście są ośrodki, które taką metodę prowadzą. Odbierałem już własną przyjaciółkę, która wychodziła z pompą do leczenia domowego. Zaskoczyło mnie to, ponieważ to był taki rodzaj balonu. To było dla mnie bardzo ciekawe zjawisko. Rzeczywiście z czymś takim można w kontrolowany sposób podawać chemię w domu i nie ma potrzeby leżenia w szpitalu. Byłem zafascynowany, że takie możliwości istnieją. Czyli chodzi bardziej o stworzenie pewnego rodzaju standardów czy produktów, które będą wymuszały wręcz leczenie ambulatoryjne w miejsce hospitalizacji. Hospitalizacja była po prostu nie najgorszym interesem, bo była w miarę dobrze płatna.

Jeżeli chodzi o raka trzustki i te dwie cząsteczki, o których rozmawialiśmy, to Lutathera w tej chwili jest na etapie podejmowania decyzji przez organ. Organ – a przynajmniej jego reprezentant – siedzi obok.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Chciałam właśnie przywitać pana ministra Macieja Miłkowskiego.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Właśnie, panie ministrze, chwalili pana. Wszystko, co złe, to ja, a wszystko, co dobre, to pan minister Miłkowski. To brzmiało we wszystkich wypowiedziach dzisiaj, ale bardzo ładnie to wypadło.

Jeśli chodzi o drugi z tych preparatów, o których rozmawialiśmy, czyli lynparzę, to w tej chwili jest ona na etapie opracowywania założeń do programu lekowego. To tyle,

jeżeli chodzi o te dwa programy. To nie jest tak, że nikt o nich nie pamięta, wnioski są złożone, to wszystko jest procedowane. Miejmy nadzieję, że one także szczęśliwie rozszerzą możliwość załatwiania problemów z rakami trzustki, o których rozmawialiśmy.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Ale bardzo proszę tutaj... Bardzo przepraszam, panie dyrektorze. Panie pośle, jest pewien porządek. O głos prosi się przez mikrofon.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Myslałem, że pan skończył.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziegielewski:

Nie, panie pośle. Po prostu chcę złapać oddech. To są jednak szalone emocje, jak się występuje samemu. Wprawdzie minister Miłkowski przyszedł, ale ja już spróbuję dociągnąć to do końca.

Jeżeli chodzi o zróżnicowanie wyceny, jeżeli chodzi o operacje laparoskopowe i zabiegi otwarte, to ten problem poruszę w gronie NFZ i outmeetu. W tej chwili nie odpowiem na to z głowy. Wiem, że zazwyczaj są robione odrębne wyceny, jeśli jest duże zróżnicowanie w kosztach. Z jednej strony, owszem, mamy niezbędny sprzęt – który obecnie nie jest już tak drogi, ponieważ dość powszechnie przyjęły się laparaskopy – i, bądź co bądź, większe umiejętności chirurgów. Z drugiej strony jednak – o czym była mowa – pacjent wychodzi wcześniej, czyli są niższe koszty związane z hospitalizacją. Jednak porozmawiam o tej wycenie i dowiem się, jakie są przyczyny tego, że nie ma takiego zróżnicowania, jeżeli rzeczywiście go nie ma.

Był jeszcze taki głos, że te wyceny właściwie stoją w miejscu i hospitalizacje chirurgiczne są niedoszacowane. Chcę przypomnieć, że całkiem niedawno – bo w zeszłym roku, o ile dobrze pamiętam – weszła duża zmiana cen, jeżeli chodzi o chirurgię. Poszły tam większe pieniądze. Do tego ośrodki, które prowadzą leczenie kompleksowe, czyli osiągają pewien próg umiejętności – bo doświadczenie rośnie wraz z liczbą operowanych przypadków – mają dodatkowe współczynniki, które jeszcze podnoszą ceny świadczeń związanych z operowaniem, tymi najpowszechniejszymi procedurami chirurgicznymi. Wydaje mi się więc, że to nie jest już taka sytuacja, że wszyscy hurtem dopłacają do oddziałów chirurgii onkologicznej. Wydaje mi się, że ta wycena była zrobiona rzetelnie i dotyczyła właściwie całej onkologii. Nie była ruszana tam, gdzie była zmniejszona.

Przepraszam, wyświetlę sobie jeszcze resztę pytań. Pan prof. Wyrwicz głównie chwalił ministra Miłkowskiego. Podkreślił także tę przyganę w stosunku do mnie, którą wygłosił prof. Reguła. Mówiliśmy o tych hospitalizacjach. Jest możliwość nieprzyjmowania pacjenta na hospitalizację, tylko leczenia go w domu. W dalszym ciągu uważam, że jest to kwestia po pierwsze, wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej, która od razu będzie niosła pewnego rodzaju standardy. Te standardy będą przestrzegane. Myślę, że tutaj należy działać na wielu frontach, bo jak się okazuje – jeżeli się chce, to można. To jest kwestia tylko tego, że się nie chce. Jednak mam nadzieję, że rozsądne opracowanie standardów – a Narodowy Instytut Onkologii siedzi nad standardami do poszczególnych narządowych zastosowań, leczenia chirurgicznego i leczenia chemioterapeutycznego – sprawi, że podejmiemy do tego inaczej, kiedy standardy zaczną obowiązywać.

Panie ministrze, padło tu pytanie, na które ja osobiście nie potrafię odpowiedzieć. Zadał je pan prof. Wyrwicz. Dwie cząsteczki, które są w tej chwili w programach lekowych w przypadku raka wątrobowokomórkowego tracą ochronę patentową. Czy mamy zamiar przenieść je do chemioterapii? Powiem szczerze, że to jest dla mnie pytanie zbyt specjalistyczne.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Poprosiłabym jeszcze o głos pana posła, ponieważ się zgłaszał. Bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wszyscy chwalimy pana ministra Macieja Miłkowskiego i rzeczywiście jest za co, bo naprawdę wprowadził wiele bardzo efektywnych i innowacyjnych cząsteczek, dzięki którym dorównujemy Europie i światu. To dobrze, bardzo się wszyscy z tego cieszymy, przede wszystkim pacjenci. Jednak przypomnę – bo pana mini-

stra nie było – że pan profesor się upominał o raka jelita grubego i cząsteczki encorafenib i cetuksymab. To jest takie podwójne połączenie. Czy pan minister prowadzi tę kwestię w kierunku ewentualnej refundacji? To tak, żeby jeszcze troszeczkę zakłopotać pana ministra.

Natomiast ja mam jedno pytanie, pani przewodnicząca, do szerokiego gremium profesjonalistów. To pytanie w kontekście raka wątrobowokomórkowego. Chodzi o hepatitis C, czyli wirusowe zapalenie wątroby typu C. Wiemy, że w Polsce to jest tak bomba z opóźnionym zapłonem. Co dziesiąty Polak, który ma hepatitis typu C, wie o tym i ma rozpoznanie. A wiadomo, że to jest bomba z opóźnionym rozwojem i po kilkunastu latach może prowadzić do marskości wątroby i potem do raka wątrobowokomórkowego. Wiadomo, że to jest zakażenie drogą krwiopochodną. Panie ministrze, czy mamy jakiś program, jakąś profilaktykę? Oczywiście wiemy, że hepatitis typu C jest wyleczalne. Kiedyś to była katorga, dramat, jeśli u kogoś rozpoznano hepatitis typu C. Teraz mamy zestaw trójlekowy i, szczerze mówiąc, mamy światowy poziom leczenia. Jednak niektórzy po prostu nie wiedzą, że mają tego typu schorzenie.

Mam jeszcze taki osobisty pogląd i refleksję na temat raka trzustki. Wiadomo, że rak trzustki jest chyba najwredniejszym z tych raków, jeśli chodzi o rokowania. Jednak chciałbym właśnie pochwalić Centralny Szpital Kliniczny MSWiA. Tam jest taki profesjonalista, pogromca raka trzustki – który, wydawało się, czasami jest nieoperacyjny – pan prof. Marek Durlik. Znam kilka osób, które zostały wyciągnięte przez niego z takiego stanu, że wszyscy mówili, że zostały im 2-3 miesiące. Warto mówić o takich ludziach. Osobiście nie znam pana profesora, ale to są fakty. Warto mówić o tym, że mamy nie tylko wspaniałych wiceministrów i ministra, którzy walczą o innowacyjne terapie genowe i medycynę spersonalizowaną – bo trzeba mówić o tym, że to jest przede wszystkim medycyna spersonalizowana, w której niszczymy komórki nowotworowe, a nie wszystkie komórki u pacjenta, co jest trendem światowym – lecz także profesorów, profesjonalistów, którzy w tak ekstremalnych, niejednokrotnie beznadziejnych przypadkach, ratują życie. To trzeba chwalić i nagłaśniać. To chyba tyle. Jeśli chodzi o HCV typu C, to bardzo mnie interesuje, czy mamy jakieś predyspozycje do tego, żeby lepiej wykrywać u ludzi to HCV i leczyć ich – bo mamy czym.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Chciałam jeszcze zadać pytanie od siebie. Z tego, z czym zdążyliśmy się zapoznać, to ministerstwo od 1 marca będzie refundować zabiegi... Tak, zabiegi robotami. Bardzo przepraszam, ale jestem dzisiaj po całym dniu posiedzenia Komisji Obrony, tak że...

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziegielewski:

Od 1 kwietnia będzie refundować.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Od kwietnia, tak? Bardzo prosiłabym o udzielenie informacji. Bardzo proszę, pan poseł.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Jeszcze jak mówimy o chirurgii robotowej, to jest robot da Vinci, tak? Ale jest jeszcze teraz robot Versius, jeszcze bardziej nowoczesny.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak, jest jeszcze lepszy.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Czy Versius też będzie w tym ujęty, czy tylko da Vinci?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo słuszne pytanie. Panie ministrze, proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

W koszyku świadczeń gwarantowanych jest zdefiniowany bez nazwy. Nas nie interesuje logo firmy i producent. Jest to system robotowy i tak jest wyceniony. Podpisałem wycenę dla Narodowego Funduszu Zdrowia, tak że 1 kwietnia szpitale będą już mogły

to realizować. Oczywiście tylko te, które mają bardzo istotne doświadczenie. To świadczenie było najpierw gwarantowane w ramach normalnego katalogu operacji wykonywanych normalnie. Ponieważ koszty były wyższe, to nie wszystkie szpitale to realizowały. Te, które istotnie je realizowały, mają doświadczonych operatorów i będą mogły teraz je wykonywać. Pozostałe – większość – nie będą mogły tego wykonywać z racji braku jeszcze doświadczenia, braku kompetencji w tym zakresie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Jeszcze jedno słówko do tego wszystkiego, żeby to wybrzmiało. Jesteśmy na obradach dotyczących raka wątroby, trzustki i jelita grubego. Póki co chirurgia robotowa jest dopuszczona w jednym wskazaniu, które zostało jednoznacznie dobrze ocenione, czyli w raku prostaty. To akurat omawialiśmy wczoraj na posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak, ale tu musimy wiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia dostrzega te potrzeby innowacyjności w leczeniu pacjenta. Jesteśmy z troską, bo jest też – jeżeli chodzi o doświadczenie i kompetencje – naprawdę wykwalifikowana kadra medyczna, która ma osiągnięcia. Trzeba się też tu pochylić nad innymi zabiegami, innych rodzajów nowotworów. Będziemy jako Komisja i wspólnie jako posłowie wnioskować o to i pracować. Jest przychyłność ministerstwa – z tego, co wiem, pan minister jest bardzo przychylny, ale jest też bardzo dokładny, skrupulatny, jeżeli chodzi o refundację z finansów publicznych. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Oczywiście, tak jak pani przewodnicząca powiedziała – to musi być uzasadnione. Nas interesuje, żeby leczyć ludzi, a nie dać jednej osobie, a pozostałe 50 zostawić bez możliwości leczenia. Wszystkie te nowoczesne, innowacyjne technologie są przeważnie droższe. W związku z tym trzeba patrzeć bardzo skrupulatnie. Na razie widzimy to bardzo słabo, jeśli chodzi o kolejne rozszerzenia – żeby nie zabierać leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej czy w leczeniu ambulatoryjnym. To też jest istotne, żeby nie zabierać środków z podstawowego leczenia. To by było bardzo złe, gdybyśmy je zabrali.

To jeszcze, jak już mam głos, odniosę się do tych kilku pytań dotyczących WZW typu C. Od 5-6 lat, od kiedy pojawiły się bardzo skuteczne leki terapii bezinterferonowej, to Narodowy Fundusz Zdrowia bardzo mocno zaangażował się w leczenie. Przez pierwsze 3 lata był to olbrzymi, największy, najdroższy program lekowy – leczenie pacjentów powyżej 50 tys. zł przy ich bardzo dużej liczbie. Zlikwidowanie listy oczekujących trwało ok. 3 lata. Właściwie na dzień dzisiejszy wszystko jest na bieżąco. Wszystkie grupy, które były diagnozowane jako osoby chore, zostały w znacznej liczbie zdiagnozowane. Zostały już przeleczone. W związku z tym jedna z istotniejszych grup, które jeszcze w tym roku została w programie polityki zdrowotnej, to grupa pacjentów w więzieniach, których dotyczy rozpoczęty projekt realizacji świadczeń. Tam jest duża populacja chorych, którzy mają utrudniony dostęp do normalnego leczenia. Nie ma uzasadnienia, żeby te osoby były chore. Wszystkie pozostałe osoby mają możliwość szybkiego zapisania się i szybkiego wdrożenia leczenia. Mamy aktualnie programy realizowane w tym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Są to programy profilaktyczne dla osób z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby. Szpitale realizują te programy. Jednak główna informacja jest taka, że nie ma problemów ani kolejek. Są terapie dla poszczególnych genotypów lub terapie pangenotypowe i są one normalnie stosowane.

Jeśli chodzi jeszcze o pytania o kolejne terapie lekowe, to jak państwo chwalili, to bardzo dziękuję. Myślę, że teraz będzie zdecydowanie gorzej. Wchodzimy w trudny okres i naprawdę trzeba bardzo ostrożnie podchodzić do kolejnych bardzo nowoczesnych technologii. W szczególności będziemy mocno zwracać uwagę na zmianę programów lekowych. Nad tym ewidentnie pracujemy cały czas. Jeśli chodzi o raka wątrobowokomórkowego, to będą bardzo istotne zmiany w tym zakresie. Program lekowy będzie uzgodniony praktycznie w całości na poziomie europejskim. Dotyczy to wszystkich terapii, nawet powyżej charakterystyki produktu leczniczego na wniosek Ministerstwa Zdrowia. Konsultanci się zgodzili, Agencja Oceny Technologii się zgodziła i najprawdopodobniej w naj-

bliższym obwieszczeniu będą te wszystkie zmiany. Cały czas trwają prace techniczne, tak że jeszcze wszystko może się zdarzyć. Jednak wszystko idzie w dobrym kierunku.

Jeśli chodzi o leczenie nowotworu trzustki, to tam mamy trzy terapie, ale dwie z negatywną rekomendacją prezesa. W związku z tym najprawdopodobniej w tym roku trudno będzie sfinansować te terapie jako nowoczesne technologie. Przy raku trzustki jest dostępnych bardzo dużo leków z katalogu chemioterapii. Jest kilkanaście terapii normalnie finansowanych. Jeśli chodzi o leczenie raka jelita grubego, to tam właściwie też wszystko jest sfinansowane. Ostatnio nawet łącznie z czwartą linią. Bardzo dużo osób zakwalifikowało się właśnie do czwartej lub trzeciej linii – triflurydyny w skojarzeniu z typiracylem. Ta terapia przez ostatnie 2 lata miała istotny trend wzrostowy. Liczba pacjentów się już bardzo ustabilizowała.

Jeszcze oczywiście pytanie, czy przenosimy programy, leki, które straciły okres wyłączności. Tak, obecnie lek, które ma największe, bardzo różne wskazania w wielu programach lekowych – bewacyzumab – jest przygotowywany do przeniesienia w całości do katalogu chemioterapii. Z wyłączeniem jednego specyficznego programu leczenia cukrzycowego obrzęku płamki. Było też pytanie o wykorzystywany przy raku wątrobowokomórkowym sorafenib, który też skończył okres wyłączności. Na razie nie staramy się o to. W momencie uzyskania zakończenia ochrony patentowej i okresu wyłączności, gdzie już są leki, nie wnioskujemy, żeby natychmiast było to przeniesione. Staramy się przez rok obserwować okres poszerzenia wskazań w programach lekowych. Bardzo często – tak będzie też w najbliższym czasie – jest poszerzenie nowego leku, który stracił okres wyłączności w hematologii. Tak staramy się to realizować – nie natychmiast, tylko najpierw obserwacja. Niektóre leki są bardzo szeroko stosowane i w przypadku terapii lekowych mamy nad tym nadzór, a w przypadku chemioterapii sytuacja może w pewnym momencie wyjść spod kontroli i moglibyśmy mieć problemy. Dziękuję bardzo serdecznie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję bardzo. Tutaj się zgłasza pan poseł.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chciałem jeszcze ustosunkować się do dwóch spraw, które były tutaj przez panów poruszone. Chciałbym jeszcze na moment wrócić do tej wyceny, ponieważ pan dyrektor powiedział, że się w tym nie orientuje. Chcę powiedzieć, że ja się orientuję, ponieważ szpital w Szczecinku współpracował przez wiele lat z Agencją Oceny Technologii Medycznych i miał umowę, na podstawie której prowadził bardzo rzetelną wycenę poszczególnych zabiegów. Różnica nie polega na tym... Oczywiście, laparoscopies tanieją. Jednak tu nie chodzi o laparoskop. Tu chodzi o to, ile się używa staplerów w czasie każdej operacji. To jest kosztochłonne, staplery wcale tak bardzo nie staniały. Staplery endoskopowe czy laparoskopowe są droższe. W związku z tym każda taka operacja jest droższa od operacji tradycyjnej o 2 do 3 tys. złotych. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa jest już zupełnie na marginesie. Ponieważ pan dyrektor powiedział, że w Polsce rekomendacje są takie, żeby tego da Vinci stosować właściwie tylko przy operacjach prostaty. Chcę powiedzieć, że od wielu, wielu lat operacje robotem da Vinci stosowane są w znacznie większej gamie różnych zabiegów. Co najmniej 7 lat temu byłem w szpitalu w Lievensberg w Holandii, gdzie obserwowałem operacje wykonywane na co dzień robotem da Vinci. Ginekolodzy właściwie wszystko operowali przy pomocy tej maszyny. Chirurdzy onkologiczni natomiast przy pomocy da Vinci robili m.in. niską resekcję odbytnicy. Czyli przy operacjach *colorectum* również na świecie jest stosowany ten robot. To tylko tak w ramach ciekawostki. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Zamknę to klamrą. Panie doktorze, ja 10 lat temu byłem w szpitalu 40-lecia, bo akurat wtedy byłem dyrektorem medycznym na Dolnym Śląsku, w oddziale NFZ. Tam, jak wiadomo, był pierwszy polski da Vinci – u prof. Witkiewicza. Pamiętam, jak on pokazywał

i operację z zakresu chirurgii naczyniowej, i kardiochirurgii. Tak naprawdę wszystko operowali z grantów. Tak więc wiem, że da Vincim można operować w zasadzie wszystko. Natomiast twarde dowody na skuteczność i skuteczność ekonomiczną... Zdecydowaną przewagę tego robota niezależnie od kosztów związanych z wymiennymi narzędziami – bo taka jest sprytna polityka firmy – z całą pewnością widać przy operacjach prostaty. Rozważaliśmy jeszcze trzon macicy, rozważaliśmy jelito grube, bo z tego, co pamiętam, tam też są wskazania. Póki co outmeet wybrał to. Będziemy myśleli o rozszerzaniu, owszem. Chcieliśmy zacząć od czegokolwiek, żeby roboty miały w ogóle szansę zaistnieć. Jeżeli chodzi o prostatę, to ona jednak jest najlepiej rozreklamowana, ponieważ to właśnie z powodu zalet takiej operacji pacjenci podróżowali także do Niemiec do prywatnych ośrodków czy do prywatnych polskich ośrodków i bardzo chętnie się operowali.

Zastępca dyrektora ds. leczenia otwartego NIO Lucjan Wyrwicz:

Szanowni państwo, jeśli mogę tutaj bardzo krótko się wypowiedzieć...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora ds. leczenia otwartego NIO Lucjan Wyrwicz:

Lucjan Wyrwicz, Narodowy Instytut Onkologii. Drodzy państwo, to jest bardzo niebezpieczna sytuacja. Mamy teraz do czynienia z bardzo dużym, lawinowym wzrostem instalacji robotowych. Tempo instalacji przekracza tempo szkolenia chirurgów. Jako onkolog praktyk pragnę zwrócić uwagę, iż bezpośrednie wyniki ośrodków holenderskich są bardzo dalekie od wyników, które osiągamy w Polsce. Niestety w chwili obecnej nie rekomendowałbym pacjentom, aby operowali się w ośrodkach, które w Polsce proponują chirurgię robotyczną, poza wybranymi ośrodkami operacji raka prostaty. Mamy bezpośrednio złe wyniki w zakresie limfadenektomii, na przykład w przypadku raka jelita grubego. Prawie nie ma ośrodków, które przeszły już krzywą uczenia. Niestety brakuje nam pewnego *policy paper*. Brakuje nam głosu ministerialnego, że być może chirurgia robotowa będzie miała wartość równą chirurgii laparoskopowej w innych wskazaniach, niż rak prostaty. Wiemy po ostatnim kongresie ASCO GI – który odbył się dosłownie miesiąc temu – że nie ma żadnej wartości dodanej w zastosowaniu chirurgii robotowej w kierunku raka jelita grubego, raka odbytnicy w warunkach zestandaryzowanych. A czym w ogóle będzie sytuacja, w której chirurg po raz pierwszy postanowi zoperować chorego z użyciem robota, a pacjent nie będzie miał świadomości, że to jest pierwsza operacja tego chirurga?

Stąd poza rekomendacją i finansowaniem leczenia raka prostaty powinien pojawić się jakiś głos ministerstwa, który to zauważy. Powie: drodzy pacjenci, to jest rodzaj operacji laparoskopowej, będziemy się temu przyglądać. To nie jest standard. Nie ma danych, że to jest zdecydowanie lepsze. Jako ekspert kliniczny deklaruję swój udział w takim przedsięwzięciu, jeśli ministerstwo chciałoby skierować taki głos do pacjentów. Ponieważ w tym momencie mamy do czynienia z takimi sytuacjami, jaką wczoraj miałem w poradni. Pacjent odmówił operacji w Narodowym Instytucie Onkologii, bo postanowił operować się przy użyciu chirurgii robotowej. W wyniku tego zakres limfadenektomii był nieadekwatny. Czyli każdy chirurg w Narodowym Instytucie Onkologii zaproponowałby lepszą operację, a tymczasem pacjent poszedł za głosem reklamy, że chirurgia robotowa daje coś więcej. I był gorzej zoperowany, niż byłby zoperowany w sposób klasyczny. Czyli potrzeba *policy paper* na temat wartości chirurgii robotowej w Polsce. Ze strony Narodowego Instytutu Onkologii deklaruję państwu udział ekspertów w tym zakresie. Narodowy Instytut Onkologii nie ma żadnej takiej instalacji, ponieważ tu nie chodzi o koszty, tu chodzi o siłę dowodów. Ona jest pośrednia w uroonkologii i naprawdę marginalna w pozostałych wskazaniach. Natomiast ścieżka uczenia prawdopodobnie tylko w uroonkologii, przy prostatce, jest osiągnięta w niektórych ośrodkach w Polsce. Wszystkie pozostałe mogą nawet dawać gorsze wyniki niż chirurgia klasyczna. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, może słowo komentarza?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

To tak naprawdę było podsumowanie tego, o czym tutaj mówiliśmy.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Wczoraj była jeszcze dyskusja na posiedzeniu Komisji Zdrowia i bardzo mocno wnioskowaliśmy o to, żeby nie było reklamy publicznej wyrobów medycznych przeznaczonych dla profesjonalistów, bo tak to się kończy. Pacjenci wybierają bardziej medialną terapię, zdecydowanie mniej skuteczną dla pacjentów. Jeżeli pacjent odmawia leczenia wszystkimi skutecznymi metodami, lekarz nie ma prawa odmówić użycia tej czwartej metody, która jest zdecydowanie najgorsza. Wtedy pacjent pozostałby całkowicie bez leczenia. To jest więc kwestia etyki. Te reklamy to właśnie kwestia etyki.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Pani przewodnicząca, chciałbym tylko powiedzieć, że moja wypowiedź w żadnym stopniu nie była lobbowaniem za robotyką. Zgadzam się z wypowiedzią pana profesora w 100%. Rzeczywiście, pan profesor chyba też się zgodzi, że jeżeli chodzi o prostatę, to są silne dowody na to, że w rękach umiejętnego urologa czy chirurga onkologicznego, który to potrafi zrobić, bo różni specjaliści na świecie to operują, jest jednak przewaga chirurgii robotycznej. To jest oszczędzanie nerwów, mniej pacjentów ma później impotencję po operacji. To jest oczywiście bardzo ważne dla pacjentów. Natomiast rzeczywiście nie ma jakichś twardych dowodów na to, że choćby w *colorectum*... Pewnie jest wręcz tak, jak mówi pan profesor, że wyniki są gorsze. Po prostu powiedziałem, że to jest na świecie używane do różnych zabiegów, i tyle. Jednak nie namawiam, żeby wszyscy nagle przechodzili na da Vinci.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo, głos chce jeszcze zabrać pani Alicja Uszyńska-Osowska, główny specjalista w Wydziale Lecznictwa Szpitalnego Departamentu Świadczenia Opieki Zdrowotnej. Bardzo prosimy, pani Alicjo.

Jest pani Alicja? Jest problem z połączeniem? Jest włączony mikrofon? No trudno. W każdym razie chcieliśmy udzielić głosu.

Chciałam bardzo podziękować panu ministrowi za pracę nie tylko w onkologii, ale w ogóle jeśli chodzi o politykę lekową. To jest naprawdę bardzo szerokie spojrzenie. Spojrzenie na pacjenta, na jego potrzeby i efekt wyleczenia. Dlatego, panie ministrze, bardzo dziękujemy w imieniu pacjentów i członków Komisji Zdrowia za wielkie serce. Za to, że pan minister potrafi wypracować dobre stanowisko w czasami bardzo trudnych tematach. Mam nadzieję, że posiedzenia z zakresu onkologii przyczyniają się do tego, aby podejmować dobre decyzje. Wspólnie działamy dla pacjentów i za to chciałabym bardzo podziękować zarówno panu ministrowi, jak i wszystkim departamentom w Ministerstwie Zdrowia.

Wyczerpaliśmy dzisiaj porządek dzienny posiedzenia podkomisji stałej ds. onkologii. Bardzo dziękuję wszystkim gościom, wszystkim ekspertom i ministerstwu za opracowanie materiałów. Zapraszam na następne posiedzenie i zamykam posiedzenie podkomisji stałej. Dziękuję.