

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ONKOLOGII
(NR 11)
z dnia 7 kwietnia 2022 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 11)

7 kwietnia 2022 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat dostępu do jednoczesnej radiochemioterapii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Krzakowski** konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej i **Jerzy Walecki** konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, **Krzysztof Skłodowski** dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach, **Sebastian Irzykowski** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Adam Maciejczyk** przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, **Renata Buda** dyrektor biura zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Krystyna Wechmann** prezes zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Tadeusz Włodarczyk** prezes Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gla-diator”, **Katarzyna Gulczyńska** prezes Fundacji „Pokonaj Raka” oraz **Aleksandra Wilk** koordynator Sekcji Raka Płuca Fundacji „To się leczy”.

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

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dzień dobry. Chciałam państwa przywitać. Na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii chciałam bardzo serdecznie powitać jej członków i zaproszonych gości.

Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, które umożliwiają porozumiewanie się na odległość. Chciałabym sprawdzić, czy jest kworum. Proszę o zagłosowanie. Stwierdzam, że jest kworum, więc możemy kontynuować posiedzenie podkomisji stałej.

Dzisiejszy porządek posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat dostępu do jednoczesnej radiochemioterapii. Informację przedstawia tutaj minister zdrowia. Chcę zaznaczyć, że materiały są dostępne w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów w formie e-maili.

Proszę teraz pana ministra o przedstawienie informacji. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Pani przewodnicząca, przepraszam bardzo za to, że wyjątkowo łączę się z Ministerstwa Zdrowia, ale musiałem zostać tutaj na spotkaniu. Wstępnie powiedziałabym parę słów.

Jeśli chodzi o radiochemioterapię, to ta metoda jest stosowana przez polskie ośrodki już od dawna. Narodowy Fundusz Zdrowia dopuszcza jej stosowanie. Zresztą to jest standard postępowania w zakresie leczenia raka płuca, który jest zalecany w kojarzeniu chemioterapii z konsolidującą immunoterapią w III stopniu klinicznego zaawansowania niedrobnokomórkowego raka płuca. Mamy bardzo szeroki katalog chemioterapeutyków, które mogą być stosowane. Załącznikiem jest katalog C w obwieszczeniu refundacyjnym. Jest to finansowane przez NFZ. Są również programy lekowe, które zawierają immunoterapię.

Jeśli chodzi o program lekowy B.6, gdzie głównie jest używana radiochemioterapia w leczeniu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca, to chorzy, któ-

rzy mają miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca, mają dostęp do leczenia konsolidującego durwalumabem. Ta terapia jest bardzo specyficzna, bo przeznaczona dla konkretnej grupy osób, których rozpoznano nowotwór kliniczny w stopniu III oraz które zostały poddane właśnie radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny, a także u chorych, u których nie nastąpiła progresja choroby. W związku z tym, żeby tę najbardziej skuteczną metodę zastosować, pacjent musi otrzymać wcześniej radiochemioterapię. Będziemy jeszcze o tym rozmawiali, że wytyczne są bardzo jasne, ale odsetek pacjentów otrzymujących radiochemioterapię w Polsce jest niższy niż w ośrodkach w innych regionach Europy. Oczywiście jest to odsetek bardzo różny w poszczególnych ośrodkach w kraju, ale wiadomo, że nie wszyscy pacjenci mogą radiochemioterapię otrzymać. To są pacjenci, którzy są w lepszym stanie klinicznym, żeby tak intensywne leczenie móc otrzymać.

Prosiłbym, żeby szczegółły dotyczące leczenia – które ośrodki, jakie finanse, medyczny schemat leczenia – zaprezentował dyrektor Dziegielewski, który w tym zakresie wszystko państwu przedstawi.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Teraz poprosiłabym pana dyrektora o wypowiedź. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziegielewski:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, oczywiście jeśli chodzi o wstęp, to jest rak płuca czy oskrzeli, natomiast tym, o czym musimy pamiętać, jest to, że tę metodę trzeba stosować w starannie wybranych wskazaniach. Nie ma chyba trudniejszej do zniesienia dla pacjenta metody leczenia. Proszę pamiętać, że zarówno chemioterapia, jak i radiochemioterapia obarczone są poważnymi skutkami ubocznymi, a tutaj stosujemy dwie metody. Są to więc starannie wybrani pacjenci, u których taką metodę można stosować.

Proszę państwa, to nie tylko rak płuca. To jest cały szereg litych nowotworów, w tym takich jak nowotwory przewodu pokarmowego, nowotwory głowy i szyi, różne postaci nowotworów ginekologicznych i dróg moczowo-płciowych oraz nowotwory mózgu i mięsaki. Metodę stosujemy wtedy, kiedy dążymy do całkowitego wyleczenia, kiedy chcemy radykalnie zmniejszyć masę guza przed planowanym leczeniem operacyjnym i w różnych sytuacjach. Jeżeli chodzi o częstość realizacji przy poszczególnych wskazaniach, tam, gdzie one zostały ujawnione w materiałach NFZ, to na pierwszym miejscu jest niewątpliwie rak mózgu, potem odbytynicy, oskrzela i płuca, szyjki macicy, przełyku, migdałka i krtani. To są takie wskazania, w których mamy powyżej kilkuset pacjentów w okresie obserwacji, czyli w ciągu tych kilku lat. Są to te wskazania, które się pojawiają. Oczywiście tacy pacjenci są leczeni w innych lokalizacjach, niemniej są to nowotwory stosunkowo rzadsze, więc występuje to rzadziej. Tak jak to zostało wymienione w materiale – oskrzela, płuca, mózg, szyjka macicy, piersi. To są te wskazania, które dominują w całym leczeniu. O leczeniu drobnokomórkowego płuc powiedział już minister Miłkowski. Słuchać mnie?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Słuchać.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Jeżeli chodzi o liczbę leczonych pacjentów w poszczególnych latach, to w roku 2018 mieliśmy prawie 4000 pacjentów, w 2019 r. – 4150, w roku 2020 – 3500, w 2021 r. – 3600. Pandemia także miała pewnego rodzaju wpływ na to wszystko. W latach, kiedy notowaliśmy też duże wzrosty zachorowań na nowego, świeżego, zaimportowanego z Chin wirusa, mieliśmy do czynienia jakby z mniejszym natężeniem tego wszystkiego, niemniej jest to przedział między 3500 a 4000 pacjentów rocznie, którzy są leczeni metodą jednoczesnej radiochemioterapii.

Jeżeli chodzi o wartość zrealizowanych świadczeń, oscyluje ona wokół 100 mln zł. Ze względu na to, że jest to metoda radykalnie inna, ze znacznie większą częstością różnego

rodzaju powikłań, jest ona też wyceniona drożej niż osobno chemioterapia, a osobno radio-terapia czy hospitalizacje do nich, tak więc tutaj jest odrębny produkt rozliczeniowy NFZ.

Radiochemioterapię stosuje się praktycznie we wszystkich województwach. Muszę te dane jeszcze zweryfikować, bo wśród ośrodków, które realizują świadczenia metodą radiochemioterapii, nie ma województwa kujawsko-pomorskiego, a przecież mamy tam bardzo silny ośrodek bydgoski. Nie jestem tego w stanie zweryfikować na podstawie tych materiałów, które mam. Natomiast jeżeli mówimy o dostępności radiochemioterapii jednoczesnej, to poza województwem kujawsko-pomorskim ośrodki sprawozdawały takie świadczenia we wszystkich 16 województwach. Mówimy o 35 ośrodkach, które kiedykolwiek wykonywały świadczenia metodą radiochemioterapii, przy czym 25 z nich przyjmuje co najmniej 40 pacjentów rocznie, a pozostałe... To nie są wszystkie lata. To są pojedyncze przypadki. Należałoby właśnie rozważyć, czy jakoś nie zawęzić wskazań do realizacji samej radiochemioterapii do ośrodków o największym doświadczeniu. Zapewne więcej o tym powie profesor Maciejczyk, jeżeli będzie się wypowiadał, bo pewnego rodzaju koncentracja świadczeń też zawsze była rozważana, jeżeli chodzi o onkologię.

Natomiast jeśli chodzi o ośrodki, które realizują tego typu program, oczywiście na pierwszym miejscu jest Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, który w swoich lokalizacjach przyjmuje 500–600 pacjentów rocznie. Na drugim miejscu jest Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli. Na trzecim miejscu jest Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii. Tej nazwy będę się musiał nauczyć, bo ona się niedawno zmieniła. Na kolejnym miejscu są Poznań i ośrodek świętokrzyski. Widać więc, że te ośrodki, które realizują najwięcej świadczeń z zakresu jednoczesnej radiochemioterapii, są też centrami onkologii, bo taki model przyjęliśmy w naszym kraju.

Dziękuję. Tyle tytułem wstępu. Potem może się pojawią pytania.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Teraz oddaję głos profesorom. Kto pierwszy się zgłosił? Bardzo proszę panią Dorotę Korycińską o zabranie głosu.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Bardzo dziękuję za możliwość udziału w dzisiejszym posiedzeniu. Chciałam właśnie zapytać przedmówcę odnośnie do jednej kwestii. Pan dyrektor powiedział, że jednoczesowa radiochemioterapia jest toksyczna i oczywiście tak jest. Rozumiem, że jest to jeden z czynników, dla których niechętnie jest podejmowana. Natomiast z raportu na temat jednoczesowej radio- i chemioterapii, pochodzącego z października 2021 r., wynika, że w krajach unijnych oraz w Stanach Zjednoczonych radiochemioterapia – oczywiście jednoczesowa – jest podejmowana u 60% pacjentów, więc inne kraje potrafią sobie chyba poradzić z tą toksycznością. W związku z tym chciałam zapytać, jakie jeszcze są bariery, oprócz toksyczności, że wprowadzenie jednoczesowej radiochemioterapii w polskich ośrodkach napotyka na tak ogromne trudności.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

To wszystko, tak?

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Mam jeszcze, jeżeli mogę, drugie pytanie. To jest kierowane do Ministerstwa Zdrowia. Jakie konkretnie działania w związku z tym, co przed chwilą powiedziałam i sytuacją, która jest nam znana, MZ zamierza podjąć, żeby zwiększyć udział pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca? Jak wiadomo, ta jednoczesowa radiochemioterapia często daje szansę na wyleczenie, a też znacznie wydłuża życie. Znana jest rekomendowana przez ekspertów lista zmian, które należałoby wprowadzić, żeby zwiększyć dostęp pacjentów do jednoczesowej radiochemioterapii. Czy w związku z tym, zgodnie z tą listą, MZ planuje podjąć jakieś działania i rozpocząć realizację tych rekomendacji? To właściwie na razie tyle.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Teraz poproszę o zabranie głosu pana doktora habilitowanego Adama Maciejczyka, przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Bardzo proszę.

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Adam Maciejczyk:

Dzień dobry. Chciałem się odnieść do tych uwag. Na pewno konsekwentnie... Zresztą tu widziałem i pana profesora Składowskiego, i pana profesora Krzakowskiego, konsultantów krajowych, którzy przede wszystkim powinni się chyba wypowiedzieć przede mną.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Zaraz będą się wypowiadać.

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Adam Maciejczyk:

Ale jak już jestem przy głosie, to powiem, bo i tak konsekwentnie, wspólnie działamy. Prowadzenie leczenia jednoczasowego przede wszystkim wymaga kompleksowego podejścia do opieki onkologicznej i kwalifikacji kompleksowej. O tym już wielokrotnie rozmawialiśmy również na posiedzeniach Komisji. Problem po prostu polega na tym, że bywa tak, że na konsyliach kwalifikujących do leczenia brakuje kompletu wszystkich specjalistów. Z tym problemem zmagają się właściwie wszystkie mniejsze szpitale. Stąd na tej liście, o której mówił pan dyrektor, szpitalami, które najczęściej realizują najbardziej kompleksowe świadczenia jednoczasowe, są już szpitale onkologiczne, w których wszystkie specjalizacje i możliwości terapeutyczne są dostępne.

Chcę też powiedzieć, że jednym z mierników testowanych w pilotażu, który – jak uważam – w Krajowej Sieci Onkologicznej też znajdzie swoje zastosowanie, jest właśnie udział procentowy pacjentów z danym typem nowotworu w tej terapii jednoczasowej. Oczywiście grupa tych pacjentów, o czym już była mowa, uzależniona jest od stanu ogólnego, od chorób współistniejących, bo nie każdego pacjenta można w taki sposób leczyć. Tak samo parametry europejskie i procenty też są podawane w różnych kontekstach. To nie jest zawsze ten sam mianownik, więc tu bardzo uważałbym z takimi bezpośrednimi porównaniami, ale da się tę liczbę zwiększać. Zbadaliśmy to w trakcie pilotażu w sytuacji, w której szczególną uwagę poświęca się właśnie kwalifikacji pacjentów do leczenia jednoczasowego. Liczba tych pacjentów wzrasta.

Trudna nazwa naszego szpitala została niedawno rozszerzona, ponieważ do centrum onkologii przyłączyliśmy ośrodek, który zajmował się pulmonologią i torakochirurgią, czyli też diagnostyką i leczeniem raka płuca, ale bez radioterapii. Po tym połączeniu widzimy znaczny wzrost – właściwie obserwowany z miesiąca na miesiąc – liczby osób kwalifikowanych do leczenia jednoczasowego. Krajowa Sieć Onkologiczna i konsekwentne mierzenie tego parametru na pewno dodatkowo pomogą w zwiększeniu dostępności leczenia jednoczasowego, a w raku płuca dodatkowo również do leczenia konsolidującego po tym leczeniu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Teraz poproszę pana profesora Krzysztofa Składowskiego, dyrektora gliwickiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii. Bardzo proszę.

Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach Krzysztof Składowski:

Dzień dobry państwu. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w uzupełnieniu tego, co było tutaj powiedziane, bo pan dyrektor i pan...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Proszę wziąć bliżej mikrofon, bo słabo słyszymy, panie profesorze.

Dyrektor oddziału NIO–PIB Krzysztof Składowski:

Dobrze. A jak teraz? Lepiej?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Lepiej.

Dyrektor oddziału NIO-PIB Krzysztof Składowski:

Świetnie. W uzupełnieniu tego, co powiedzieli moi przedmówcy, chciałem podkreślić, że celem zastosowania jednoczesnej radio- i chemioterapii jest przede wszystkim zwiększenie promieniowrażliwości w leczeniu guza nowotworowego i w konsekwencji również obniżenie ryzyka przerzutów odległych, jeżeli takie ryzyko występuje, a zazwyczaj mamy z nim do czynienia, ale to jest jakby... Oczywiście w związku z tym wszelkie toksyczne są...

Natomiast odpowiadając tutaj na pani pytanie, polscy pacjenci, z którymi mam do czynienia u siebie w klinice...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, może bez obrazu, bo mamy bardzo słabą jakość przekazu i złą słyszalność. Coś jest nie tak.

Dyrektor oddziału NIO-PIB Krzysztof Składowski:

Mam cały czas pogłos, bo słyszę takie... Może teraz będzie lepiej?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak, słuchamy. A teraz? No lepiej, lepiej.

Dyrektor oddziału NIO-PIB Krzysztof Składowski:

Dobrze. To już dosłownie trzymam przy uchu odbiornik. Tak więc polscy pacjenci są obciążeniu w dużo większym stopniu chorobami przewlekłymi niż pacjenci zachodni...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, mamy prośbę, żeby się wylogować i zalogować jeszcze raz. Dobrze? Bo jest bardzo zła słyszalność.

Dyrektor oddziału NIO-PIB Krzysztof Składowski:

Dobrze, już dobrze. W takim razie chciałbym znowu...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dobrze. To teraz poproszę o głos pana profesora Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej. Bardzo proszę, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej Maciej Krzakowski:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję za zaproszenie. Jeśli pani przewodnicząca i państwo pozwolą, to już nie będę powtarzał pewnych spraw, o których była wcześniej mowa.

Zatrzymam się na tym, co według mnie jest przyczyną tego niedostatecznego wykorzystywania jednoczesnej radiochemioterapii w raku płuca. Myślę, że numerem jeden jest wciąż jednak nieprzestrzeganie zasady kwalifikowania chorych w ramach wielospecjalistycznych konsyliów z udziałem wszystkich specjalistów, którzy tutaj powinni być zaangażowani, tzn. specjalistów chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej. To jest takie minimum. Oczywiście w znacznym stopniu może to rozwiązać stworzenie ośrodków kompleksowej opieki nad chorymi na nowotwory płuca, czyli *lung cancer units*, jak i krajowej sieci, czyli systemu ośrodków, które rzeczywiście będą ośrodkami specjalistycznymi.

Drugim elementem na dziś, dopóki te ośrodki nie powstaną, to jest... Myślę, że powinny być podjęte działania, które będą zmierzały do lepszego wykorzystania możliwości współpracy ośrodków, które stosują albo leczenie systemowe, albo leczenie za pomocą napromieniania. Sytuacja jest bowiem taka, że ośrodków, które pod jednym dachem mają obie metody do dyspozycji i mają możliwość przeprowadzenia wielospecjalistycznego konsylium, w sumie nie jest tak dużo, natomiast jest bardzo dużo ośrodków np. w obrębie jednego miasta czy niezbyt odlegle położonych, które niestety ze sobą w tym zakresie nie współpracują. To jest punkt nr 2.

Punkt nr 3 to jest moim zdaniem niejednoznaczność wytycznych czy zasad, które dotyczą wskazania realizatorów radiochemioterapii odpowiedzialnych za leczenie powikłań, bo niewątpliwie tych powikłań jest trochę więcej. Nie można tego problemu demonizować, to nie powinno być zasadniczą przeszkodą, ale tutaj powinno być jakieś określenie tej kooperacji.

Punkt nr 4 to jest niedostateczne finansowanie procedury równoczesowej radiochemioterapii oraz leczenia powikłań, co podkreślam, bo to powinno być w jednym pakiecie czy produkcie rozliczeniowym odpowiednio wycenione.

Są jeszcze przyczyny moim zdaniem mniej istotne, bo wymieniłem cztery najważniejsze. Mianowicie to, że niewątpliwie trzeba tutaj posiadać doświadczenie w zakresie skojarzonego leczenia z udziałem radio- i chemioterapii – zarówno jednoczesnej, jak też i sekwencyjnej. To również jest zadanie dla nas, dla naszych środowisk, dla naszych towarzystw naukowych, które powinny lekarzy lepiej przysposobić w sensie edukacyjnym do tego postępowania. Plus chodzi jeszcze o posiadanie odpowiedniego wyposażenia. Przykładowo do prawidłowego zakwalifikowania chorego do radiochemioterapii należy wykonać badanie pozytonowej emisyjnej tomografii, jak również badania wydolności układu oddechowego i układu sercowo-naczyniowego. To są takie elementy, które dodatkowo też trzeba byłoby tu uwzględnić w dążeniu do zwiększenia liczby chorych poddawanych równoczesnej radiochemioterapii w Polsce, bo ta liczba jest niedostateczna. Bardzo dziękuję państwu za udzielenie głosu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poproszę teraz pana profesora Składowskiego. Bardzo proszę.

Dyrektor oddziału NIO-PIB Krzysztof Składowski:

Czy teraz słyhać dużo lepiej?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bez porównania.

Dyrektor oddziału NIO-PIB Krzysztof Składowski:

Proszę państwa, tylko wróć do tego, o czym mówiłem. Oczywiście pan profesor Krzakowski wypunktował tutaj najważniejsze rzeczy związane z logistyką.

Natomiast chcę tylko jeszcze dodać, że polscy pacjenci są w dużo większym stopniu obciążeni chorobami współistniejącymi o charakterze przewlekłym, czyli takimi jak cukrzyca, miażdżyca, często dna moczanowa. Ich wydolność w zakresie tak agresywnego leczenia jest już na starcie dużo gorsza. To się obserwuje w praktyce, gdzie kwalifikacja np. w mojej klinice do jednoczesnej radiochemioterapii nowotworów głowy i szyi nie dotyczy wszystkich pacjentów, którzy spełnialiby kryteria z powodu zaawansowania czy charakteru choroby nowotworowej. Po prostu wiemy już z góry, że ryzyko powikłań będzie u nich dużo gorsze, chociażby na skutek zaostrzenia tychże chorób albo gorszego stanu pacjentów, związanego wieloletnim chorowaniem na tego typu schorzenia.

Oczywiście rozpoczęcie tego typu leczenia wymaga bardzo dużego doświadczenia, a przede wszystkim też zaplecza związanego z pomocą nie tylko internistyczną, ale często też pomocą np. w postaci interwencji i intensywnej terapii. Nie mogą się więc tym zajmować ośrodki, które po prostu nie są do tego przygotowane. Oczywiście mamy nadzieję, że krajowa sieć przyczyni się do tego, ażeby koncentracja tego typu leczenia była z korzyścią dla pacjentów i lekarzy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. To bardzo cenna uwaga. Wielu ekspertów podkreśla, że właśnie taka koordynacja przez wysoko wyspecjalizowane ośrodki i prowadzenie leczenia specjalistycznego są z wielką korzyścią dla pacjenta. Panie profesorze, bardzo serdecznie dziękuję.

Kto jeszcze teraz prosił o głos? Pani Krystyna, tak? Bardzo prosimy panią Krystynę Wechmann o udzielenie swoich uwag i przemyśleń. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Krystyna Wechmann:

Dziękuję bardzo za zaproszenie. W nawiązaniu do wypowiedzi profesora Adama Maciejczyka, jak i profesora Macieja Krzakowskiego chciałam tylko coś dodać, bo tutaj właśnie uwypuklone zostały te najważniejsze przyczyny tego, że nie wszyscy pacjenci są kwalifikowani, a można by ich kwalifikować więcej, jeżeli chodzi o jednoczesną radiochemioterapię, jak i wpływ...

Mówimy tu akurat o raku płuca. Myślę, że zabrakło tutaj w wypowiedziach czegoś ważnego. To brak rejestru monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa terapii. Koleżanka Korycińska wspomniała o tym, czy to toksyczność jest przeszkodą w tym, że niższa liczba pacjentów może korzystać z tej jednoczesnej terapii. Natomiast na pewno ważne jest to, o czym wspominali specjaliści, że są opóźnienia diagnostyczne. Bardzo ważna jest też sprawa finansowania terapii, bo jej skuteczność wydaje się nie do przecenienia. Możliwość większego udziału tych pacjentów wtedy dawałaby szansę na dłuższe przeżycie. Jeszcze raz podkreślam brak rejestru monitorowania skuteczności, bo to jest nie tylko w tej terapii, ale generalnie we wszystkich innych terapiach bardzo istotny element. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Teraz nie wiem, czy pan minister do tego się odniesie. Czy jest pan minister? Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziągiewski:

Przepraszam, że tylko ustami dyrektora, ale tak jakoś wypadło, że dzisiejszy dzień niósł wiele niespodzianek.

Żeby krótko móc się ustosunkować przede wszystkim do wypowiedzi pani Doroty Korycińskiej, powiem, że oczywiście to nie z powodu tego, że jest to ciężka dla pacjentów metoda, tylko z powodów, które na szczęście zostały wyjaśnione już nieco później. Po pierwsze chodzi o możliwość koordynacji i współpracy między ośrodkami. Po drugie czasem brak doświadczenia, po trzecie wreszcie...

Proszę państwa, w roku 2015 tak naprawdę dość powszechnie wprowadziliśmy konsylia, jeżeli chodzi o początek leczenia onkologicznego. Wierzę gorąco, że we wszystkich centrach onkologii takie konsylia działały przez cały ten czas, ale zdaje się, że to było pewnego rodzaju zadekretowanie czegoś, co wydawałoby się oczywiste na świecie, bo to kilku specjalistów, siadając ze sobą, musi uradzić, jaka metoda jest najlepsza dla danego pacjenta. Oczywiście standardy w jakimś sensie wpływają na to wszystko, dlatego standardy powinny się pojawić. Są i dodatkowe przyczyny, o których wspomniano. Stan zdrowia polskiego społeczeństwa akurat się wiąże z tymi powikłaniami, ale to nie jest już dlatego, że wszyscy się boją, tylko dlatego, że po prostu niektórzy pacjenci nie mogą zostać zakwalifikowani do tej metody, bo jednak kryteria zakładają jakiś stopień wydolności krążeniowej i oddechowej u pacjentów.

Czy ministerstwo coś robi? To będzie z grubsza odpowiedź właściwie na wszystkie pozostałe zarzuty. Profesor Maciejczyk właściwie już wskazał, co robi ministerstwo, ponieważ układamy Krajową Sieć Onkologii. To będzie sieć ośrodków, które będą miały bardzo dobrze wyznaczone role, w tym związane z nadzorem, ale będziemy to także monitorować w oparciu m.in. o wskaźniki wypracowane w czasie realizacji programu pilotażowego. Mamy nadzieję, że wkrótce będziemy próbować pokazywać tego typu rozwiązania. Zresztą państwo je oglądali, bo były już wcześniej w konsultacjach publicznych. Tu już chodzi o pewnego rodzaju możliwość nadzorowania przez ośrodki koordynujące czy o jeden ośrodek koordynujący na terenie kraju, jak i o ustalenie jednolitych, obowiązujących wytycznych, a przede wszystkim o stałe monitorowanie poziomu jakości leczenia, jego efektów i wszystkiego, co z tego wypływa. Wierzę, że takie podejście zmieni najbardziej to wszystko, co się dzieje. Oczywiście planowane są też wyspecjalizowane ośrodki kompleksowej opieki nad pacjentami z rakiem płuca.

Wierzę, że te dwie rzeczy bardzo wydatnie poprawią sytuację, jeżeli chodzi o leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc, jak i każdego innego, ponieważ zostanie to oddane w ręce specjalistów i skupione w jednym miejscu. Od dawna powtarzamy, że w onkologii bardzo istotną rzeczą jest doświadczenie, jeżeli chodzi o prowadzenie pacjentów, stąd też mimo wszystko do sieci onkologicznej po jakimś czasie nie powinny wchodzić ośrodki, które przyjmowałyby pojedynczych pacjentów, bo chyba tak się nigdzie nie robi.

Jeżeli chodzi o lepsze wykorzystanie współpracy między ośrodkami, o której mówił pan profesor Krzakowski, to jak najbardziej przydałoby się, żeby to było robione, natomiast oczywiście punktem wyjścia do tego powinny być te konsylia, które będą razem

współpracowały. Powinny być możliwości współpracy, tylko pragnę zauważyć, że tak naprawdę nie wypływa to ani z żadnych przepisów, które dotyczą Ministerstwa Zdrowia, ani z przepisów, które dotyczą Narodowego Funduszu Zdrowia. Pewne formy jeszcze się nie przyjęły. Myślę, że to jest kwestia ciągłej i nieustającej edukacji.

Niejednoznaczność wytycznych co do leczenia powikłań wpływa także z tego podziału pomiędzy poszczególnymi ośrodkami. Jeden ośrodek prowadzi radioterapię, drugi ośrodek prowadzi chemioterapię. Jak coś z pacjentem się dzieje, nie wiadomo, kto powinien leczyć. Tu trzeba by się zastanowić, ale być może należałoby to uzgodnić między tymi ośrodkami, które są tym zainteresowane.

Co do wyceny, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) kilka razy zabierała się ostatnio do wyceny. Także w onkologii te wyceny były robione. Będziemy starali się to robić w miarę na bieżąco. Zresztą przyjdą kolejne rozwiązania, jeżeli chodzi o narodową sieć onkologii. Tam będzie trzeba od nowa podejść do kwestii finansowania tych świadczeń, gdyż sama opieka onkologiczna zostanie zdefiniowana w nieco inny sposób razem z ośrodkami koordynującymi. To, że czołowymi ośrodkami realizującymi jednoczasową radiochemioterapię są ośrodki onkologii, nie powinno dziwić, bo to są właśnie te miejsca, w których nie trzeba podpisywać jakichś paktów o współpracy, nie trzeba mówić o tym, że konsylia są dobre. Te ośrodki od samego początku działają kompleksowo i działają na wszystkich obszarach, o których tutaj mówimy.

Jeżeli chodzi o uwagi pana profesora Krzysztofa Składowskiego, to już wspomniałem na samym początku, że dziękuję za ten argument, bo sam by mi nie przyszedł do głowy, że nasi pacjenci są w nieco gorszym stanie i stąd może nieco niższy wynik ośrodka. A pragnę przypomnieć, że mówimy o ośrodku, który ma jedno z czołowych miejsc, jeżeli chodzi o Polskę, w liczbie zrealizowanych jednoczasowych radiochemioterapii u swoich pacjentów.

W kwestii tego, co przedstawiała pani Krystyna Wechmann, będziemy rozwijali pewnego rodzaju rejestry, jeżeli chodzi o onkologię. Rozumiem te starania, żeby było to monitorowane. Mam nadzieję, że przynajmniej to, co zawrzemy w raporcie statystycznym, i to, co będziemy określali jako mierniki, pomoże nam na bieżąco śledzić i monitorować skuteczność leczenia w poszczególnych ośrodkach, jak i że będziemy mieli coraz dokładniejsze dane, które będziemy mogli także pokazywać, gdzie po prostu leczy się pacjenta lepiej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. To bardzo cenne uwagi. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos?

Bardzo się cieszę, że posiedzenie podkomisji stałej nie wzbudza takich złych emocji, tylko wszyscy tutaj są zgodni co do kierunku, który obiera MZ i co do rozwiązań. To jest bardzo istotne, że zarówno organizacje pacjentów, ale i autorytety medyczne oraz nasze ośrodki onkologiczne współpracują w tym celu, aby zapewnić pacjentom jak najlepszy komfort leczenia. Chciałam wszystkim państwu podziękować za wielką pracę. Tutaj wielkie ukłony w stronę MZ za to, że potrafi umiejętnie wyczytywać zarówno potrzeby nauki i świata lekarskiego, ale też i potrzeby pacjenta.

Do wszystkich państwa kieruję wielkie podziękowania i zapraszam na następne posiedzenie, które będzie już w maju. Czas bardzo szybko pędzi. Będziemy rozmawiać. Mam nadzieję, że też wszyscy będziemy zgodni co do kierunku obranego przez MZ.

Bardzo serdecznie dziękuję za dzisiejsze posiedzenie. Zamykam posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Życzę państwu naprawdę takiej satysfakcji w pracy, jaką mogę tutaj również mieć jako poseł. Naprawdę wielkie uznanie i przyjemność prowadzenia takiej podkomisji stałej. Dziękuję pięknie.