

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 17)
z dnia 26 października 2022 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 17)

26 października 2022 r.

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

– informację na temat nowoczesnych metod leczenia wad słuchu.

W posiedzeniu udział wzięli: **Hubert Życiński** zastępca dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia, **Wiesław Konopka** kierownik Kliniki Otolaryngologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej, **Józef Mierziński** kierownik Oddziału Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, kierownik programu implantów słuchowych u dzieci, **Joanna Syta** p.o. zastępca dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Henryk Skarżyński** dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii oraz **Katarzyna Wiktorzak** główny specjalista w Departamencie Analiz i Innowacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Lista obecności została potwierdzona – mamy kworum stuprocentowe. Koledzy łączą się z nami zdalnie – ci państwo, których nie ma. Natomiast ja bardzo serdecznie chciałabym przywitać zaproszonych gości na dzisiejszym posiedzeniu podkomisji.

Witamy pana profesora Henryka Skarżyńskiego, dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, konsultanta krajowego w dziedzinie otorynolaryngologii – witam pana, panie profesorze. Witam bardzo serdecznie. Witamy pana profesora Wiesława Konopkę, konsultanta krajowego w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej – witam, panie profesorze. Witamy pana profesora nadzwyczajnego, kierownika Oddziału Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, kierownika programu implantów słuchowych u dzieci, pana Józefa Mierzińskiego.

Ministerstwo Zdrowia jest dzisiaj reprezentowane przez pana Huberta Życińskiego, zastępcę dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia – bardzo serdecznie witamy, panie dyrektorze. Witam panią dyrektor Joannę Sytę z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – dziękujemy za obecność właściwie już stałą na posiedzeniach naszej podkomisji. Tak, bardzo się z tego cieszymy. I witamy główną specjalistkę w Departamencie Analiz i Innowacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, panią Katarzynę Wiktorzak. Witam serdecznie wszystkich państwa.

Mamy na żywo transmisję z dzisiejszych obrad. Posiedzenie jest również archiwizowane, więc będzie dostępne na stronach parlamentu. Jeszcze powiem, że ponieważ wszystko jest nagrywane, bardzo proszę o przedstawienie się w momencie, kiedy państwo będziecie zabierali głos, żeby wszystko było zarejestrowane.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat nowoczesnych metod leczenia wad słuchu. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów na maile.

Proszę przedstawiciela Ministra Zdrowia o przedstawienie informacji. Panie dyrektorze, proszę o zabranie głosu.

Zastępca dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia Hubert Życiński:

Hubert Życiński. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie i za tę możliwość przedstawienia perspektywy Ministerstwa Zdrowia w zakresie innowacyjnych metod leczenia wad słuchu. Reprezentuję Departament Innowacji, który jest odpowiedzialny za transformację cyfrową ochrony zdrowia i wytyczane kierunki w tym zakresie. Z sukcesem realizujemy plan rozszerzania oferowania coraz to nowych usług cyfrowych. Przypomnę o e-recepcie, e-skierowaniu, elektronicznej dokumentacji medycznej, raportowaniu zdarzeń medycznych. Rozwijamy i proponujemy jedno miejsce styku obywatela i pacjenta z ochroną zdrowia w postaci Internetowego Konta Pacjenta i Mojego Internetowego Konta Pacjenta, które jest jego mobilną wersją.

Naszym zadaniem jest – tak jak wskazałem – cyfrowa transformacja ochrony zdrowia, optymalizacja zasobów, takich, które wykorzystują nowoczesne rozwiązania, technologie cyfrowe i podejście do pacjenta oparte na danych. Dane o zdrowiu są czynnikiem napędzającym naszą działalność. Umożliwiają zarówno ocenę stanu zdrowia w perspektywie indywidualnej, jak i w połączeniu z nowoczesną technologią działania w kierunku optymalizacji indywidualizacji podejścia i działań wyprzedzających, takich, które koncentrują swoją interwencję nie na schorzeniu, tylko na etapie, kiedy to schorzenie ma nastąpić lub może nastąpić, a my możemy się przyczynić do tego, żeby je opóźnić lub wyeliminować.

Szanowni państwo, przedstawię krótkie spojrzenie na podejście do innowacyjnego leczenia wad słuchu. Słuch jest jednym ze zmysłów. Oczywiście trudno dyskutować, który jest ważniejszy. Myślę, że jest równie ważny jak pozostałe zmysły. Możemy cieszyć się słuchem. Jeżeli wszystko jest w porządku, to możemy odbierać dźwięki o częstotliwości od 16 do 22 000 Hz, o natężeniu od 0 do 120 decybeli. Nie zawsze jest to nam dane. Możemy słuch mieć ograniczony z powodu choroby, z powodu uszkodzenia. Możemy mieć z tego tytułu również inne dolegliwości towarzyszące uszkodzeniom słuchu, takie jak zaburzenia równowagi czy zawroty głowy.

Nie zawsze jest tak, że prawidłowy wynik audiometrii tonalnej przesądza o tym, że pacjent ma prawidłowy słuch. Jeżeli wynik nie odbiega od normy, to znaczy, że pacjent wykrywa dźwięki i ta funkcja jest niezaburzona, ale inne funkcje, takie jak rozróżnianie dźwięków czy identyfikacja dźwięków, mogą być upośledzone.

Niedosłuch można leczyć na wiele sposobów, w zależności od tego, z jaką komplikacją mamy do czynienia. Jest to leczenie operacyjne, zabiegowe. Stosuje się aparaty słuchowe, implanty różnego rodzaju. Możemy też stosować podejście farmakologiczne. Tak jak wskazałem, wybór leczenia zależy od etiologii, miejsca uszkodzenia narządu słuchu, stopnia i rodzaju niedosłuchu.

Odzyskanie słuchu jest w dużej mierze uzależnione od tego, jak szybko to leczenie jest rozpoczynane. Samo leczenie nie jest często warunkiem wystarczającym do opanowania czy przywrócenia rozumienia mowy. Percepcja mowy musi być także rehabilitowana. Jej podstawą jest wieloetapowy trening słuchowy, który jest oparty na ćwiczeniach, od prostego różnicowania sygnałów do dostrzegania specyficznych różnic we wzorcach mowy.

My w Polsce, w perspektywie krajowej, leczymy wady słuchu na bardzo dobrym, światowym poziomie. Mamy w tej sali przedstawicieli wiodących ośrodków, które realizują wielowymiarowe leczenie wad słuchu. Czy jest to Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, czy jest to Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, czy są to szpitale kliniczne, takie jak Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu czy też Kliniczne Centrum Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, to te ośrodki leczą słuch w naszym kraju na dobrym poziomie, wykorzystując innowacyjne podejście.

Już w 2005 r. jednym z tych podejść była realizacja zdalnej diagnostyki, zdalnej metody oceny uwarunkowań dopasowania implantu ślimakowego poprzez realizację systemu telefittingu. Oczywiście to podejście było realizowane przez instytut w Kajetanach. Zaowocowało to także w 2009 r. stworzeniem i ustabilizowaniem w naszym kraju sieci teleaudiologii, która składa się w tej chwili z ponad 27 – proszę mnie poprawić, panie profesorze – czy 28 stanowisk telemedycznych, które są zlokalizowane w naszym kraju, ale także za granicą. Te stanowiska są wyposażone w zaawansowane urządzenia do nawiązywania połączeń telekonferencyjnych i systemy komputerowe, które mają dedykowane interfejsy diagnostyczne i aplikacje, które mogą służyć do programowania procesorów mowy wykorzystywanych w implantach. W każdym ośrodku współpracującym są przeszkoleni specjaliści – logopedzi, psycholodzy, pedagodzy oraz audioprotektycy, którzy współpracują z ekspertami, ze specjalistami ze Światowego Centrum Słuchu i zapewniają optymalną opiekę pacjentom.

Najważniejsze działania tej Krajowej Sieci Teleaudiologii obejmują wszechstronną pomoc pacjentom, którzy są kwalifikowani do korzystania z implantu ślimakowego, pniowego implantu ucha środkowego, nowoczesnego aparatu słuchowego w ramach ujednoczonej i kompleksowej opieki uwzględniającej specyficzne potrzeby i możliwości tej grupy osób. To także koordynacja zadań procesu rehabilitacji służących przywróceniu pacjentom możliwości słuchowego odbioru, porównywania i rozpoznawania bodźców akustycznych, wykorzystanie wiedzy, doświadczenia, osiągnięć multidyscyplinarnego zespołu specjalistów i rozpowszechnianie wiedzy na temat stosowania systemów implantów słuchowych.

W naszym kraju od lat 90. stosowaliśmy praktycznie wszystkie rodzaje implantów ucha środkowego i rodzaje implantów, które wykorzystują technologię przewodnictwa kostnego. Ja może nie będę wymieniał poszczególnych rodzajów tych implantów.

Warto zwrócić uwagę czy może wyszczególnić implanty ślimakowe, które są elektronicznymi protezami. Mogą zastąpić nieczynne komórki zmysłowe w uchu wewnętrznym. System implantu ślimakowego składa się z części wszczepialnej na stałe i z takiej mocowanej pod skórą w obrębie kości czaszki. Od tej części do ucha wewnętrznego, do ślimaka, odchodzi wiązka miniaturowych elektrod, których zakończenia stymulują poszczególne grupy włókien nerwu słuchowego. Za uchem znajduje się część zewnętrzna systemu, tak zwany procesor mowy, który zbiera dźwięki z otoczenia. Są one odpowiednio kodowane, przetwarzane, zamieniane w mikroimpulsy elektryczne, które przez skórę są przekazywane do wszczepionej na stałe części wewnętrznej.

Innym rodzajem implantów, które są stosowane, są implanty miniaturowe. Mają one zmniejszone wewnętrzne części elektroniczne oraz procesor mowy. Obecnie implanty miniaturowe są najmniejszym rodzajem implantów ślimakowych. Jednocześnie zachowują dość wysoką trwałość i są odporne na urazy. Dzięki użyciu dobrych materiałów i nowoczesnej konstrukcji taki implant może służyć pacjentowi bardzo długo, nawet przez całe życie w niektórych przypadkach.

U niektórych pacjentów wszczepiane są implanty słuchowe do pnia mózgu. Są one zbudowane podobnie jak implant ślimakowy. System składa się z części zewnętrznej i wewnętrznej wszczepianej. Różnica polega na budowie zakończenia elektrod, które są mocowane na pniu mózgu i stymulują bezpośrednio umieszczone tam jądra nerwu słuchowego. Implant pniowy zastępuje więc uszkodzony, na przykład przez guz nowotworowy, nerw słuchowy. Najistotniejsza różnica podczas leczenia operacyjnego tym sposobem polega na tym, że docieramy do wrażliwych struktur centralnego układu nerwowego, możemy bezpieczne stymulować te struktury i dzięki temu wywołać efekty słuchowe w korze mózgowej pacjenta.

Pierwszą operację wszczepienia takiego pniowego implantu wykonano w 1998 r. Dziesięć lat później zoperowano pacjenta, wszczepiając dwa implanty do pnia mózgu. Była to pierwsza tego rodzaju operacja na świecie. Pierwszą operację wszczepienia implantu pniowego u małego dziecka w Polsce przeprowadzono 1 października 2020 r. w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy.

Kolejnym rozwiązaniem technologicznym jest system Baha, który jest dyskretny, zapewniający wyraźny dźwięk, dający komfort pacjentowi. Polega on na przekazywaniu

dźwięku za pośrednictwem kości czaszki. Dzięki temu sygnał nie jest tłumiony przez tkanki miękkie i skórę, więc użytkownik słyszy dźwięki lepiej i wyraźniej.

Ten system jest zbudowany także z dwóch elementów. Z takiego tytanowego implantu, który jest wszczepiany w kość skroniową czaszki, i procesora dźwięku. Tego procesora, który odbiera sygnały, przetwarza je na wibracje mechaniczne i przekazuje bezpośrednio do wszczepionego w kość implantu. W 2018 r. w naszym kraju miała miejsce czwarta na świecie operacja wszczepienia tego implantu najnowszej generacji. Odbyło się to w ramach programu badawczego.

Innym rodzajem leczenia, które jest wykonywane, mniej inwazyjnym, jest stosowanie aparatów słuchowych. Wśród aparatów rozróżniamy oczywiście wiele rodzajów tych urządzeń. Najnowszej generacji aparaty są często łączone z aplikacjami, które umożliwiają zarządzanie tym urządzeniem z poziomu telefonu komórkowego lub tabletu. Te aparaty są wyposażone w technologię Bluetooth i mogą być wielofunkcyjne. Wiele z parametrów może zmieniać sam pacjent w trakcie użytkowania tego urządzenia lub można je korygować zdalnie.

Wśród rodzajów aparatów słuchowych możemy wyróżnić aparaty zauszne BTE. Urządzenie umieszczone jest za uchem. Pozwala to na łatwą, manualną obsługę, a dźwięk dociera do narządu słuchowego dzięki specjalnej rurce i wkładce.

Innym rodzajem są aparaty zauszne RITE, których najważniejsze elementy aparatu znajdują się za uchem, jednak słuchawka zostaje umieszczona bezpośrednio w kanale słuchowym. Wewnątrzuszny aparat ITE – cała obudowa wraz ze wszystkimi częściami jest chowana w małżowinie usznej. Ostatni rodzaj takiego aparatu to jest aparat wewnątrzkanałowy CIC, który jest nazywany także aparatem niewidocznym, ponieważ mikrofon, słuchawka i wzmacniacz znajdują się w przewodzie słuchowym, więc urządzenie jest właściwie z zewnątrz niewidoczne. Tego typu aparatami można także sterować przy pomocy aplikacji w telefonie.

Do innych metod leczenia wad słuchu – tutaj mamy już do czynienia z innego rodzaju wadą – jest metoda tVNS. To jest podejście stosowane u pacjentów, którzy cierpią na szumy uszne. Forma pomocy takim pacjentom w tej metodzie zależy oczywiście od stopnia uciążliwości. Ci pacjenci, którzy cierpią na tę dolegliwość, zgłaszają często problemy z zasypianiem. Takim osobom proponuje się aplikację na telefon lub stacjonarne generatory szumu, które można włączać przed udaniem się na spoczynek. Jeżeli dolegliwości związane z szumami usznymi pojawiają się w ciągu dnia, zaleca się noszenie zausznych generatorów.

Ta metoda tVNS polega na stymulacji elektrycznej lewej gałązki usznej nerwu błędnego przy jednoczesnej terapii dźwiękiem. Może ona doprowadzić do zmian w mózgu i eliminacji lub zmniejszenia odczuwalnych szumów usznych. W tej metodzie wykorzystuje się efekt neuroplastyczności mózgu, czyli takiej zdolności do samorekonstrukcji poprzez generowanie nowych połączeń neuronalnych.

Chciałbym wspomnieć jeszcze o dwóch obszarach. Mianowicie o badaniach genetycznych. Badaniach genetycznych, które między innymi realizuje również Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, prowadzących do identyfikacji genów odpowiedzialnych za niedosłuch. Jest to bardzo ciekawy kierunek z naszego punktu widzenia. Ocenia się, że około 200 genów jest odpowiedzialnych czy powiązanych ze słuchem, dlatego niektóre wady słuchu mogą być uwarunkowane genetycznie. „Wymiana” czy ingerencja w gen powodujący niedosłuch mogłaby dawać możliwość poprawy słuchu. Myślę, że jeszcze przed nami stosowanie w praktyce tego typu podejścia na szerszą skalę.

Ostatni obszar, o którym chciałbym opowiedzieć, to terapia farmakologiczna. Terapia farmakologiczna, która jest także obiecująca, przy pomocy której zidentyfikowano geny i białko odgrywające kluczową rolę w procesie regeneracji komórek rzęsatych, i może być ona ukierunkowana na stymulowanie komórek wspierających w ślimaku, by tworzyć więcej komórek i zastępować te, które nie funkcjonują, już obumarły. Takie badania były realizowane między innymi w ramach projektu unijnego REGAIN. Ocenia się, że przy przeprowadzeniu dodatkowych badań klinicznych, we współpracy z innymi grupami badawczymi zajmującymi się utratą słuchu, możemy oczekiwać w ciągu kilku lat sku-

tecznych rozwiązań farmakologicznych w tym zakresie. Myślę, że zatrzymam się tutaj. Dziękuję bardzo za możliwość zabrania głosu.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Rzeczywiście jest to asumpt do dyskusji, a przede wszystkim do refleksji ze strony państwa profesorów, naszych gości, co już mamy, jak to oceniamy i w jakim punkcie drogi jesteśmy ku bardziej innowacyjnym rozwiązaniom, być może tym genetycznym, być może tym farmakologicznym.

Panie profesorze – zwracam się do profesora Skarżyńskiego – bardzo proszę o zabranie głosu w dyskusji. Proszę o przedstawienie się...

Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii Henryk Skarżyński:

Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii, a w zakresie nadzoru specjalistycznego osoba, która była specjalistą krajowym, od 1994 r. konsultantem krajowym w dziedzinie audiologii i foniatrii i od 2011 r. – otorynolaryngologii. Bardzo dziękuję za zaproszenie. To duży zaszczyt być na spotkaniu, na którym poruszane są zagadnienia dotyczące słuchu.

Seneka powiedział „nie jest dobrze wszystko widzieć, nie jest dobrze wszystko słyszeć”, ale myślę, że miał na uwadze nie to, co mamy my, lekarze. Jest dobrze wszystko widzieć i dobrze słyszeć, a jeżeli mówimy, który narząd jest ważniejszy, to powiem, że pierwszym narządem, który decyduje o rozwoju inteligencji człowieka, o jego kontakcie ze światem zewnętrznym, jest narząd słuchu, od 21 tygodnia życia płodowego. W tym okresie najszybciej rozwija się nasz mózg, przybywa połączeń neuronalnych, które decydują o naszych umiejętnościach, o naszych zdolnościach, o naszych predyspozycjach. Potem już jest różnie, bo jeżeli popatrzymy na ładną dziewczynę, która jest niesłysząca, to kojarzy nam się ona z ładną dziewczyną, a jeżeli popatrzymy na młodego chłopca, który będzie szedł w ciemnych okularach i z białą laską, współczucie będzie nieporównywalnie większe, bo ma atrybuty niepełnosprawności.

Przytoczyłem to, gdyż trudno dzisiaj polemizować, który zmysł jest ważny. Natomiast jeżeli popatrzymy na słuch w innym kontekście, w takim, w którym on decyduje o rozwoju codziennej komunikacji, a ta decyduje o rozwoju współczesnych społeczeństw, to powinniśmy sobie zdać sprawę, że od tego, jak wcześniej będziemy wykrywali wady słuchu i jak będziemy je leczyli, będzie bardzo dużo zależało, jaki będzie wpływ medycyny, nas bezpośrednio zaangażowanych w pomoc medyczną i wszystkich tych, którzy, tak jak państwo, pracują na rzecz tego, żebyśmy mogli pomóc jak najbardziej.

Ja często używam takiego określenia podczas wielu wykładów, że dziś możemy pomóc prawie każdemu, kto ma wadę słuchu. Potem zawieszam głos i mówię – musi do nas przyjść. To bardzo odważne stwierdzenie. Obecni tu lekarze mogą się z tym zgodzić lub nie, ale to jest efekt właśnie wielu osiągnięć polskiej szkoły medycznej w tym zakresie, osiągnięć na skalę światową.

Spróbuję tutaj uzupełnić tę bardzo ciekawą wypowiedź pana dyrektora, w której wprawdzie nie ustrzegł się drobnych nieścisłości, ale muszę powiedzieć, że podczas egzaminów specjalizacyjnych wielu by tak dokładnie nie podało informacji, jak pan podał. Mówię to nie po to, żeby chwalić przedstawiciela resortu zdrowia, tylko postaram się uściślić, bo to ma znaczenie.

Ten rok jest ważnym rokiem, i muszę to podkreślić, nie w kontekście swojej osoby, proszę tego tak nie taktować, bo nikt z nas nie pracuje jednoosobowo. Nawet jeżeli wykonuję operacje jednoosobowo, to na taką operację pracuje wielu. To rok trzech ważnych rocznic, które pokazują postęp, jaki się dokonał w Polsce przez te lata, i dostęp Polaków, często jako pierwszych albo jednych z pierwszych, do najnowszych technologii.

To znowu są bardzo ważne stwierdzenia, bo na to pracowały kolejne pokolenia, kolejne generacje pracowników ochrony zdrowia i wiele innych osób, które miały wpływ na tworzenie takich lub innych dokumentów. 30 lat temu przeprowadziłem pierwszą w Polsce operację leczenia całkowitej głuchoty i było to wtedy około 20 lat za czołówką światową. W tym samym czasie, następnego dnia, przeprowadziłem pierwszą operację u dziecka, i tu już byliśmy około 8 lat – tego nie da się policzyć z dokładnością do dnia

– za czołówką światową. Po 5 latach realizacji programu w Polsce, w 1997 r., na Międzynarodowej Konferencji Implantów Słuchowych w Nowym Jorku przedstawiłem istotne rozszerzenie programu leczenia całkowitej głuchoty i częściowej głuchoty. To rozszerzenie można porównać z tym, że jeżeli ówczesne wskazania do stosowania wszczepów ślimakowych czy implantów ślimakowych odnosiły się do dziesiątek tysięcy, to rozszerzenie to dawało szansę dla dziesiątek milionów. Taka była skala tego rozszerzenia, że w ciągu 5 lat udało się nie tylko dotrzeć do czołówki światowej, ale i w sposób istotny to rozszerzyć, opierając się na naszych polskich, udokumentowanych osiągnięciach.

20 lat temu przeprowadziłem pierwszą w świecie operację klasycznej częściowej głuchoty, która odzwierciedlała możliwości pomocy dla tych, którzy mają mniejsze lub większe resztki słuchu, które pozwalają o nich powiedzieć, że to nie są osoby całkowicie głuche, ale jeżeli uwzględnimy ich możliwości komunikowania się z otoczeniem na poziomie kilku procent, to szansa, jaką dało zastosowanie nowych technologii, była ogromna. I ta szansa odnosiła się do osób zarówno z głuchotą wrodzoną, jak i głuchotą nabytą.

Rozwój nowych technologii i wdrażanie wiązało się nie tylko z operacjami, ale i z całym szeregiem różnych działań, do których doszło i które były związane z wczesnym wykrywaniem wad słuchu. W 1993 r. przeprowadziliśmy pierwsze badania u noworodków. Zostały one przedstawione podczas Krajowej Konferencji Otolaryngologów Dziecięcych w Augustowie, a następnie przedstawiono je ówczesnym i kolejnym ministrom zdrowia. I w latach 1995-1998 został opracowany, opisany i złożony jako raport ministrowi zdrowia program wczesnego wykrywania wad u noworodków. Ten program z minimalnymi modyfikacjami jest realizowany do dziś przez wiele ośrodków w Polsce.

Od 1999 r. przygotowaliśmy program wczesnego wykrywania wad u dzieci w wieku szkolnym, rozpoczynających edukację szkolną. To był kolejny ogromny postęp we wczesnym identyfikowaniu problemu, możliwość wczesnej interwencji i uzyskania optymalnych wyników przy zmniejszonych kosztach.

Program wczesnego wykrywania wad słuchu u noworodków odnosi się, według różnych danych światowych i krajowych, do wykrycia poważnej wady słuchu u jednego, dwóch, trzech na 1000 urodzonych. Niektóre publikacje zmieniają to jeden, ale to jest ta skala. A zatem mówimy o pojedynczych promilach. Programem, który na przełomie wieków odnosił się do wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu – różnych, podkreślam, nie tylko głębokich – u dzieci rozpoczynających edukację szkolną, w ramach różnych działań z samorządami w poszczególnych regionach, z KRUS-em – objęte były na przykład wszystkie gminy wiejskie w Polsce, dwukrotnie całe Mazowsze, miasto stołeczne Warszawa – objęto ponad 1,5 mln dzieci. I tutaj wykrywamy 17-18% różnych zaburzeń słuchu. To jest zupełnie inna skala. O tych dzieciach nie można powiedzieć, że to są dzieci głuche, natomiast są to dzieci, u których wada słuchu ma wpływ na ich codzienne funkcjonowanie, codzienną edukację i korzystanie z tego rozwoju, który jest.

Pan dyrektor podał tutaj pewne informacje dotyczące wdrażania kolejnych nowoczesnych technologii. Muszę je przypisać sobie, panie dyrektorze. Poza chyba jedną, to prawie wszystkie wprowadziłem do praktyki codziennej w Polsce od 1992 r., w tym implanty ucha środkowego klasyczne w 2003 r. Wcześniej były stosowane zaczepty na przewodnictwo kostne u dzieci od 1997 r.

Jednak to nie jest ważne. Ważne jest, że stały rozwój programu w Polsce pozwalał nam na kontakt z ówczesnym światem nowych technologii i systematyczne wdrażanie tego, co w świecie się pojawiło, dzięki czemu można powiedzieć, że Polacy mają dzisiaj dostęp do tych najnowszych technologii jako pierwsi – z całą mocą to odkreślam – albo jedni z pierwszych w świecie. To bardzo ważne stwierdzenie, bardzo odważne, ale ono ma głębokie uzasadnienie. Tym uzasadnieniem są liczby.

Mogę powiedzieć o swoich liczbach. Ja przeprowadziłem w swoim życiu ponad 220 tys. operacji poprawiających słuch, różnych, w tym przyczyniłem się do powstania największej grupy w Polsce, ale jednej z trzech największych grup w jednym ośrodku, bo liczącej ponad 11 tys. osób, z implantami ślimakowymi. To jest odzwierciedlenie liczbowe, ale jednocześnie zarówno te działania w zakresie nowoczesnych technologii wdrażanych do wczesnego rozpoznawania wad słuchu u noworodków, u dzieci i w późniejszym wieku, jak i wyniki leczenia mają swoje odzwierciedlenie we współczesnej literaturze. To ważne,

bo to jest dowód, że publikujemy wszystkie nasze wyniki, że pokazujemy, jesteśmy obecni na najważniejszych kongresach i jesteśmy organizatorami najważniejszych w świecie.

Byłem prezydentem trzech światowych kongresów, z których dwa po raz pierwszy miały miejsce w Europie, a ostatni w tym roku, Światowy Kongres Audiologii, co jest dowodem uznania współczesnego świata naukowego, który przyznaje nam prawo do ich prowadzenia. W następnych latach będziemy mieli kolejne kongresy i konferencje interkontynentalne, które już nam zostały przyznane.

Powiedziałem o cytowaniach. Jeżeli państwo chcecie sprawdzić, moja pozycja nr 1 we współczesnej literaturze odnosi się do leczenia częściowej głuchoty, i nr 1 – do badań przesiewowych u dzieci, co jest odzwierciedleniem tego, co powiedziałem wcześniej, tak jeśli chodzi o wyniki, liczby, jak i zasięg programu.

By nie przedłużać i nie zabierać czasu kolegom i szacownej Komisji, chcę podkreślić raz jeszcze: dokonaliśmy wspólnie w naszym kraju ogromnego postępu, wykorzystując cały szereg nowoczesnych technologii służących wykrywaniu zaburzeń słuchu. One ciągle się rozwijają i są wdrażane.

Jedną z tych technologii jest telemedycyna – pan dyrektor zacytował te dane, początki w 2007 r. – dotyczące opieki nad pacjentami implantowanymi. Ten program systematycznie rozszerzam. Otrzymaliśmy w 2010 r. główną nagrodę w Waszyngtonie za ten program, a w 2014 r. Grand Prix Galien – to jest taki Oscar amerykański filmowy w światowych technologiach – w Monte Carlo. To też ilustruje, jak zostały te nasze działania przyjęte, a przede wszystkim wdrożone, które są pokazywane.

W tamtym roku wyszły pierwsze podręczniki – pierwszy polski, drugi anglojęzyczny – które ilustrują to wszystko, o czym mówiłem, te przełomowe rocznice, przełomowe wydarzenia. Jest to udokumentowane ponad 1300 operacjami pokazowymi, w których wzięło udział ponad 8 tys. osób, specjalistów z całego świata, ze wszystkich zasiedlonych kontynentów.

To wszystko, co powiedziałem, to są bardzo dobre, optymistyczne informacje. Chcę je zakończyć ważną, optymistyczną, że dożyłem takiego czasu, po 10 latach zabiegania o to, żeby wzmocnić finansowanie implantów, zwłaszcza u dzieci. Dokumentowałem na dziesiątkach różnych spotkań, że jeżeli zoperujemy kilkumiesięczne dziecko i przeliczymy efekt przez pryzmat jego całej aktywności do 70 r.ż., to ten wkład jednorazowy wydaje się, że jest wysoki, a w praktyce jest najmniejszy z możliwych, gdyż dajemy mu szansę na powszechne przedszkole, powszechną szkołę, swobodny rozwój karier zawodowych, a nawet artystycznych, czego dowodem są moi pacjenci, którzy śpiewają i grają na różnych instrumentach, z którymi byłem obecny dwa razy w Parlamencie Europejskim na zaproszenie przewodniczących parlamentu w 2018 r., na koniec poprzedniej kadencji, i w 2019, kiedy rozpoczynała się obecna kadencja. Reprezentowali oni pacjentów, beneficjentów nauki i medycyny, którzy w jakimś stopniu skorzystali ze środków unijnych, a to wiązało się z tym, że część środków została przeznaczona na budowę Światowego Centrum Słuchu, w którym od 20 lat wykonywanych jest najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch, a zatem byli oni beneficjentami środków unijnych.

Przez wiele lat mieliśmy ogromne problemy z przebieciem się i ogromne kolejki, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Dzięki Funduszowi Medycznemu w ubiegłym roku poinformowałem pana ministra, że po pierwsze wykonaliśmy najwięcej w świecie operacji wszczepienia implantów w jednym roku, a po drugie, że kolejki do operacji i wymiany procesorów, które sięgały ponad 1000 osób, zostały prawie zlikwidowane i dziś możemy powiedzieć, że to jest program realizowany w miarę na bieżąco.

Taką łyżką dziegciu będzie niestety to, co muszę powiedzieć – rozwiązanie tego problemu u dorosłych. W tej chwili 968 osób dorosłych czeka u nas od 8 do 12 lat w kolejkach na wymianę procesorów, a zatem są to te osoby, w które zainwestowano, które słyszą, ale jeżeli nie otrzymają wymiany, to nie będą z tego korzystać, a zatem nie będą dalej pracować w tych zawodach, nie będą użyteczne, staną się po prostu inwalidami.

I druga grupa – dokładnie 1417 osób dorosłych – oczekuje na wszczepienie implantów. To są bardzo duże liczby. Nikt w kraju nie ma takich liczb, przynajmniej na moją prośbę żaden ośrodek nie podał więcej niż kilkunastu, jeden – 50 oczekujących na wszczepienie implantów. I to jest wyzwanie dla nas wszystkich, żeby tym ludziom pomóc. Żaden

budżet żadnej jednostki, również resortowego Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, tego nie rozwiąże. Jeżeli więc przyczynimy się tą dyskusją do przynajmniej częściowego rozwiązania, to będziemy mogli powiedzieć, że bardzo pomogliśmy tym już zoperowanym, którzy wymagają dalszej opieki, w tym wymiany tych urządzeń zewnętrznych, oraz tym, którzy mają szansę utrzymać swoją pracę, nie być dla nas ciężarem, dobrze komunikować się z otoczeniem i otrzymają szansę praktycznie rozwiązania ich problemów poprzez wszczęcie implantu.

Bardzo dziękuję jeszcze raz, że mogłem się wypowiedzieć. Chciałem powiedzieć, że całe szczęście, że się dowiedziałem o tym w poniedziałek, gdyż od wczoraj 49 ośrodków doskonałości w tym obszarze... Jesteśmy ośrodkiem jednym z pięciu, obok Antwerpii, Wurzburga, Wiednia i Frankfurtu, które założyły taką sieć HEARRING. Spotykamy się co roku i w tej chwili moi koledzy z tych 49 ośrodków ze wszystkich kontynentów dyskutują o tym, w jakim kierunku powinien iść rozwój nowych technologii, by nasi pacjenci mogli z tego korzystać. A jeżeli mówię to o naszych pacjentach polskich, to żeby byli jako jedni z pierwszych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Oczywiście bardzo gratulujemy tych wszystkich osiągnięć. Cieszę się, że pan uzupełnił wypowiedź o kwestie związane z problemami, które stoją przed państwa branżą. Cieszę się, że też pan wspominał o nowych rozwiązaniach, bo nasza podkomisja zajmuje się właśnie innowacjami w medycynie i na tym chcielibyśmy się skupić. Co więcej, mam takie poczucie – zwracam się do moich kolegów i koleżanek posłów – że nasza podkomisja ma duże osiągnięcia w różnych kwestiach, w różnych specjalnościach. Wpieramy innowacyjne rozwiązania, które tutaj, właśnie na tej sali, były promowane. Często były ciche, a dzięki pracy naszej podkomisji, współpracy z Ministerstwem Zdrowia, udało się wiele kwestii rozwiązać.

Zanim więc oddam głos panu profesorowi Wiesławowi Konopce – bardzo jestem zainteresowana państwa osiągnięciami i państwa spojrzeniem na kwestię innowacji w otorynolaryngologii – bardzo proszę pana posła Wichra, bo chciałby odnieść do prezentacji pana profesora Skarżyńskiego i zadać pytanie. Ponieważ jest nas dzisiaj trochę mniej niż zazwyczaj, pozwólmy więc sobie na taką konwencję – być może wypowiedź i wypowiedź.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Może nie do końca do pana profesora, a ogólnie do gości, ale bardzo dziękuję, panie profesorze. Jesteśmy zaszczytni, że panowie profesorowie jesteście z nami. Historia i osiągnięcia Polski w tej dziedzinie, jak usłyszeliśmy, są wybitne – można to tak delikatnie ująć – natomiast interesuje mnie, bo pan profesor też mówił, że w tych czasach – te 30 lat temu – byliśmy 20 lat za peletonem, 8 lat, w zależności od zakresu. Interesowałby mnie, panie profesorze – panowie profesorowie, bo to szersze pytanie – jak dzisiaj to wygląda. Jak jest dzisiaj z tymi technologiami – świat a my, to znaczy, czy my w Polsce mamy dostęp do wszystkich najnowocześniejszych metod, czy one są osiągalne dla naszych pacjentów? Oczywiście w zależności od potrzeby, bo nie każdy pacjent musi mieć supernowoczesnego mercedesa wszczepionego, jeśli jego schorzenie tego nie wymaga, można to prostszymi metodami osiągnąć. Zresztą w raporcie jest to napisane, że można iść krok po kroku i patrzeć, która metoda może pacjentowi pomóc. Między innymi są to te kwestie genetyczne – te dokumenty, które nam ministerstwo przygotowało – czyli genetycznego wychwytywania potencjalnych schorzeń słuchu albo preferencji, że ktoś może w przyszłości wykazać się takim schorzeniem, które może się ujawnić od strony genetycznej.

Czyli chodzi mi tu o te badania przesiewowe. Jak to wygląda? Jakie są te metody? Czy są stosowane w Polsce? Jakie są grupy zagrożenia, a więc bardziej... Bo tego, co usłyszeliśmy, naprawdę warto było wysłuchać, ale chcielibyśmy zobaczyć, jak tak naprawdę jest dzisiaj. Jakie są problemy? Jak jest z finansowaniem, czy są tu jakieś problemy? Jak to wygląda odnośnie do budżetowania? I jak jest z tymi ośrodkami, które są wyspecjalizowane w Polsce i ile ich jest, bo słyszę od pana profesora, że najbardziej znany w mediach i najsłynniejszy ośrodek w Kajetanach ma kolejkę na 1000 osób, a są inne ośrodki, które mają 50 i mniej. Czy tej kolejki nie warto byłoby rozpraszać? Czy te inne ośrodki nie mają możliwości, żeby ci pacjenci, skoro technologię mamy wspólną, już

wszędzie osiągalną...? No właśnie, czy we wszystkich ośrodkach jest osiągalna ta sama technologia, te same metody i czy można tę kolejkę rozproszyć, przyspieszyć jej obsługę. Wiadomo, że pacjent ma prawo wyboru ośrodka. Wiadomo, że ten jest najwybitniejszy, ale czy jednak czasami oczekiwanie nie przynosi pacjentowi więcej straty dla jego psychiki, zdrowia, codziennego funkcjonowania?

Może to trudne pytania, ale też chcielibyśmy się zmierzyć z sytuacją teraz i na przyszłość, bo żeby pomóc państwu, musimy mieć wiedzę, w czym pomóc. W osiągnięciach wam nie pomożemy, bo to wy jesteście mistrzami świata, panie profesorze. To, co pan dokonał, co panowie dokonujecie, jest wybitne i jesteśmy dumni, że to Polacy mają takie osiągnięcia. Przepraszam i dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Ja bym powiedziała, że na posiedzeniach naszej podkomisji nie boimy się trudnych pytań. Nie boimy się wyzwań. Jesteśmy do spraw innowacji, więc z wyzwaniem sobie radzimy.

Panie profesorze – pan profesor Wiesław Konopka, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej Wiesław Konopka:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja reprezentuję Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Klinikę Otolaryngologii, której jestem kierownikiem. Jednocześnie jestem konsultantem krajowym w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej.

Przede wszystkim chciałbym się podzielić swoim zaszczytem, jaki mnie spotkał dzisiaj, kiedy mogę być wśród szanownych państwa posłów, ale jednocześnie z panem profesorem Skarżyńskim, który – muszę powiedzieć – wprowadził polską medycynę, polską laryngologię, polską otologię na poziom światowy. Bez tych pionierskich zabiegów, właściwie bez tego ciągu pionierskich osiągnięć, nas by tutaj nie było.

Ja myślę, że poza tym, co pan profesor Skarżyński przedstawił, jest to ciągle bardzo skromne przedstawienie tego zagadnienia. My, proszę państwa – odpowiadam panu posłowi na pytanie – jesteśmy dzisiaj na poziomie naprawdę światowym. My nie mamy czego się wstydzić w sensie stosowanych technologii, w sensie metod, jakie stosujemy, metod operacyjnych i w sensie liczby zabiegów operacyjnych. To jest, proszę państwa, niezmiernie duże osiągnięcie cywilizacyjne. To, że Polska dzisiaj pozwala sobie na, można powiedzieć, nieograniczone stosowanie tych nowoczesnych technologii, które są bardzo kosztochłonne... Proszę państwa, 100 tys. zł kosztuje implant ślimakowy. My naprawdę dajemy to każdemu potrzebującemu pacjentowi.

Mnie bardzo interesują dzieci, bo operuję dzieci od 0 do 18 r.ż. – jest to szczególnie drażliwy pacjent, wartościowy dla mnie, nie pomniejszając oczywiście wartości pacjentów dorosłych... My dzisiaj wszczepiamy implanty ślimakowe dzieciom z Ukrainy. To jest bardzo duże osiągnięcie. W ogóle implanty ślimakowe były jednym z największych osiągnięć XX w., proszę państwa.

Jeszcze raz chciałbym bardzo serdecznie podziękować panu profesorowi Skarżyńskiemu za to, że dzięki jego pionierskim osiągnięciom my możemy dzisiaj reprezentować ośrodki implantologiczne – bo tych ośrodków jest kilka w Polsce – które również wykonują kawał dobrej roboty.

Proszę państwa, wszczepienie implantu ślimakowego – pan profesor o tym nie mówił – to jest niezmiernie złożony proces. To jest proces, który angażuje bardzo duży zespół ludzi, od diagnostyki – różnej diagnostyki, już nie będę państwu mówił – po zespół chirurgiczny, po zespół anestezjologiczny, po zespół rehabilitantów, logopedów, surdologopedów. To jest ogromna liczba osób, które są zaangażowane. Ale co to znaczy? To znaczy, że one również biorą udział w tym rozwoju. One również się uczą. Ten postęp dotyczy nie tylko sensu stricto otolaryngologii czy otologii, czy implantologii, ale również pokrewnych dziedzin. O tym warto również pamiętać.

Proszę państwa, od 2010 r. do 2021 zostało zaimplantowanych w Polsce 8106 pacjentów, z tego 4129 dzieci. Pozostali to są osoby dorosłe. Ja uważam, że każdy pacjent

ma prawo słyszeć, ale to, że dajemy szansę słyszeć dzieciom, ma niezmiernie istotny aspekt społeczny, aspekt ekonomiczny, tak jak pan profesor Skarżyński powiedział.

Proszę mi wierzyć, że gdy dzisiaj widzę dziecko, które operowałem rok temu, i to dziecko dzisiaj mówi, śpiewa, to ja jestem wzruszony po prostu. A cały czas nie mogę uwierzyć w ten sukces tej technologii i tej metody, którą my stosujemy. To są naprawdę rzeczy niezmiernie wzruszające i emocjonujące.

Jeżeli chodzi o dzieci, proszę państwa, może powiem tak, że dobrze jest, że dzisiaj jest wiele ośrodków, które zajmują się wszczepianiem implantów słuchowych w ogóle, bo my wszczepiamy nie tylko implanty ślimakowe, a właściwie te wszystkie, o których pan dyrektor tutaj wspomniał. Dobrze jest, że pacjent ma możliwość wyboru. Dobrze jest, że te kolejki są przez to mniejsze.

Oczywiście Kajetany – my wiemy – to wielki, fantastyczny ośrodek o wielkich możliwościach, medialny ośrodek, i to też powoduje, że ten strumień pacjentów płynie tam i ci pacjenci wolą czekać w Kajetanach, niż wybierać inny ośrodek. To jest zrozumiała rzecz – pacjent ma prawo wyboru. W tym nie ma nic złego, bo ci pacjenci właściwie wszędzie są leczeni w ten sam sposób. Tutaj nie ma ośrodków lepszych czy gorszych, chociaż zawsze mówię, że Kajetany są wiodącym ośrodkiem, bo o wielkich możliwościach. My się uczymy na tym, co Kajetany nam proponują i co robiły do tej pory.

Jeżeli chodzi o kolejki, proszę państwa, to kolejki u nas oczywiście są mniejsze i my staramy się zoperować tych pacjentów jak najszybciej. Powiem tak, że w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki nie mamy żadnych problemów. Dyrekcja stwarza nam naprawdę nieograniczone możliwości operowania. Kiedyś było różnie, były limity. Dzisiaj my po prostu operujemy można powiedzieć prawie na bieżąco – ta kolejka nie jest duża. Staramy się, żeby dzieci, szczególnie te małe, nie czekały na operację, dlatego że rehabilitacja tych dzieci następuje znacznie lepiej niż u osób starszych, nawet niż u dzieci starszych.

Ja reprezentuję ośrodek, gdzie mamy szczególnych pacjentów, których, no nie chcę tego mówić, że nikt nie chce. Nie mają po prostu takiego zabezpieczenia, jakie ma Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki. To są dzieci po wielokrotnych, ciężkich operacjach kardiochirurgicznych, które ogłuchły albo w przebiegu wady serca – czyli genetyczna wada, skojarzona z głuchotą – albo ogłuchły również w tym procesie leczenia wad serca. Te dzieci operujemy. One wymagają specjalnego zabezpieczenia anestezjologicznego, specjalnych OIOM-ów. My to im dajemy. Jesteśmy tym ośrodkiem, do którego te dzieci napływają.

Myślę, że jeżeli dalej będzie się ten kierunek implantologii rozwijał – to jest dobry kierunek – to będzie z pożytkiem przede wszystkim dla pacjentów, dlatego że dzisiaj często to pacjent decyduje – tak jak powiedział pan poseł – do jakiego ośrodka się udaje. My oczywiście też mamy kolejki, ale staramy się tych pacjentów operować na bieżąco.

Proszę państwa, to jest tak, że my zajmujemy się pełną laryngologią. To nie jest tak, że my wykonujemy tylko jedną działalność. W związku z tym my musimy mieć miejsce na sali operacyjnej dla każdego pacjenta, w tym dla chorego implantowanego. My czekamy, rezerwujemy to miejsce, w związku z tym ta kolejka ma również tego typu wydźwięk, że jest masa innych pacjentów.

My operujemy 1300 pacjentów rocznie, w tym oczywiście będą również implanty. To są pacjenci różni. To są zabiegi krótsze, zabiegi długie, zabiegi bardzo poważne, zabiegi onkologiczne. W związku z tym ta grupa pacjentów implantowanych stanowi oczywiście pewną część naszej pracy, ale bardzo istotną, bardzo satysfakcjonującą.

Jakie są kierunki, proszę państwa? Ja myślę, że Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu prowadzi te badania w kierunku uwarunkowań genetycznych i możliwości terapii genowej. Jeżeli ten kierunek badań będzie kontynuowany, oczywiście z ośrodkami zagranicznymi, to jest to rzeczywiście przyszłość. Czyli terapia genowa w leczeniu głuchoty lub terapia podawania leku z zastosowaniem implantów ślimakowych bezpośrednio do ślimaka, z zastosowaniem nanotechnologii. Ja myślę, że to są kierunki, na które my czekamy.

Jest mi miło, że koło mnie siedzi pan profesor Mierzwiński, który również, podobnie jak w przypadku ośrodka w Kajetanach, wykonał operację wszczepienia implantu pni-

wego. To jest w ogóle wyjątkowa historia. To jest pionierska operacja, bardzo trudna. To jest operacja neurochirurgiczna, która może nie jest tak spektakularnie, czynnościowo fantastyczna jak implanty ślimakowe, ale również daje tym pacjentom możliwość porozumiewania się ze światem dźwięków. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję. To w sposób naturalny zapraszamy do zabrania głosu pana profesora Mierzwińskiego. Ja jeszcze tylko przedstawię dokładnie – pan profesor Mierzwiński, Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, Oddział Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii. Bardzo proszę.

Kierownik Oddziału Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, kierownik programu implantów słuchowych u dzieci Józef Mierzwiński:

Józef Mierzwiński. Już nie będę w związku z tym się przedstawiał. Szanowni państwo, po tych znakomitych prezentacjach moich poprzedników nie jest łatwo coś dodać, ale kilka rzeczy jeszcze mi się nasuwa. Przede wszystkim chciałbym podziękować panu dyrektorowi za znakomite podsumowanie tych wszystkich nowoczesnych technologii, które pan dyrektor tak wyczerpująco tutaj przedstawił.

Proszę państwa, my oczywiście patrzymy na Kajetany. Pan profesor Skarżyński to nasz lider. Dziś my też jeździmy na zjazdy, prezentujemy na międzynarodowych konferencjach nasze osiągnięcia. Gdy Polak wstaje i zaczyna mówić o otolaryngologii, to naprawdę sala milknie. Pojechałem do Chicago – pan profesor Skarżyński, jeden z wykładów inauguracyjnych. To naprawdę serce rośnie... Jednak nie mamy w Polsce tylko Kajetan. Mamy również inne ośrodki i muszę państwu powiedzieć, że ja myślę, że to jest wielka duma dla kraju, że w tak naprawdę niewielkim ośrodku jak mój, wojewódzki szpital dziecięcy – my tam kochamy otologię, codziennie tam operujemy uszy – możemy dzisiaj zaproponować wszystko, co oferuje współczesna medycyna, jeżeli chodzi o leczenie niedosłuchu. Wszystko.

My jesteśmy takim ośrodkiem specjalistycznym, który również bardzo ściśle kooperuje z neurochirurgią dziecięcą i wykonujemy również łączone zabiegi otologiczne, neurochirurgiczne, stwarzamy neurochirurgom dostęp do podstawy czaszki, do guzów nerwu słuchowego. Dlatego pozwoliło nam to spełnić takie moje marzenie, żeby naszym polskim pacjentom, małym dzieciom, które nie mają nerwów słuchowych i nie mają żadnej możliwości słyszenia, czy nie mają przestrzeni w uchu wewnętrznym, gdzie można wszczepić implant ślimakowy, stworzyć również możliwość – oczywiście decyzja należy do rodziców, bo te wyniki nie są tak spektakularne... Jednak dziś dziecko, które rodzi się bez nerwów słuchowych, bez ucha wewnętrznego, też ma możliwość korzystania ze świata dźwięków.

Poroszę państwa, myślę, że to, iż w ostatnich latach powstało w Polsce dodatkowo kilka ośrodków, jest korzystne. Oczywiście telemedycyna jest fantastyczna i pan profesor Skarżyński również jest światowym liderem stworzenia tych sieci teleinformatycznych, które pozwalają ustawiać i programować implanty na odległość, nawet za granicą, ale gdy je implantujemy malutkiemu dziecku, które ma kilkanaście miesięcy czy rok, to tu telemedycyna w ustawieniu niestety nie jest możliwa, ponieważ na początku niezbędny jest bezpośredni kontakt z tym dzieckiem całego zespołu – surdologopedów i audiologów, dopóki te reakcje nie będą na tyle stabilne, żeby rzeczywiście można było przejść na te znakomite systemy, za które pan profesor dostał tyle nagród. Jednak na początku, proszę państwa, pacjent musi jeździć do ośrodka.

Dlatego ja myślę, odnośnie do powstania tej sieci ośrodków – bo w tej chwili mamy kilka ośrodków implantów ślimakowych dziecięcych i dla dorosłych – jest jednak ogromnym ułatwieniem dla pacjentów, że w kujawsko-pomorskim mają swój ośrodek i nie muszą jeździć do Poznania czy Warszawy na początku. Później oczywiście ta sieć teleinformatyczna jest możliwa. Myślę, że dla pacjentów z Bydgoszczy to jest komfort, że ich dzieci mogą mieć w kujawsko-pomorskim dobry ośrodek. Nie taki wielki, ale gdzie również audiologia i chirurgia mogą być na najwyższym poziomie, gdzie mamy też znakomitych chirurgów. Sądzę więc, że to jest bardzo ważne.

Ja jeszcze chciałbym powiedzieć o kilku technologiach, o których pan dyrektor nie wspomniał, i kierunkach, o których być może w naszym kraju powinniśmy myśleć, i o rozwoju, ponieważ my dzięki takim znakomitym ośrodkom jesteśmy rzeczywiście światowym liderem – my, to znaczy Polska – jeżeli chodzi o leczenie niedosłuchu. Dzięki takim, jednym z największych ośrodków na świecie. Są jednak takie technologie, o których pan profesor nie wspomniał.

Proszę państwa, ucho jest nie tylko narządem słuchu, ale również narządem równowagi. Jest grupa pacjentów, którzy rodzą się z zupełnie wypadniętą funkcją błędników, ale jest również grupa pacjentów, którzy mogą to mieć w sposób nabyty. Zatem drugą protezą narządów zmysłu, która podąża za implantami ślimakowymi, będą implanty przedsionkowe. Takie badania już kilka ośrodków w Europie i na świecie wykonuje.

W zeszłym miesiącu byłem w Madrycie na konferencji Barany'ego. Pokazywali imponujące efekty u osób, które miały naprawdę ogromne problemy z równowagą, a implant przedsionkowy wprowadzony do narządu równowagi bardzo pomaga w stabilizacji funkcji właśnie narządu równowagi. Myślę więc, że to jest taka nowa rzecz, o której powinniśmy na tym spotkaniu wspomnieć.

Kolejna rzecz. My kochamy chirurgię i nie bardzo chcemy oddać to pole chirurgii urządzeniom, ale do medycyny wchodzi robotyzacja. W tej chwili w Europie jest kilka grup, które stworzyły roboty również do zakładania implantów ślimakowych. My nie mamy kompleksu, jeśli chodzi o chirurgię – akurat ci wszyscy, którzy tu siedzimy – ale ręka robota, jeśli chodzi o to końcowe wprowadzenie elektrody do ślimaka, jeśli chodzi o jednostajny ruch, o wsunięcie, wydaje się, że będzie bardziej precyzyjna niż nasza ręka chirurga, chociaż – tak jak mówię – my nie mamy kompleksów.

Tak więc takie grupy w Europie są. Roboty są tworzone. One na razie nie są wykorzystywane na co dzień, bo podłączenie tego robota zajmuje dużo czasu, a my potrafimy dziś implant założyć, jeżeli mamy doświadczenie kilkuset czy kilku tysięcy implantów, tak jak pan profesor, bardzo szybko i sprawnie. Jednak w przyszłości, myślę, że robotyzacja wejdzie również na naszą działkę chirurgii ucha. Ostatnio moja rezydentka była w Paryżu – też nowy robot powstał. Myślę, że jeszcze nie czas, żebyśmy wprowadzali to w praktyce, ale bacznie przyglądamy się tym ośrodkom, tym technologiom i być może kiedyś to wejdzie – mówimy o nowoczesnych technologiach – do naszej codziennej praktyki.

Proszę państwa, chciałbym również wspomnieć – pan dyrektor nie wspomniał – że jest taka grupa... Troszkę pan dyrektor wspomniał, że można mieć sprawny narząd słuchu i nie słyszeć. To jest grupa dzieci z zaburzeniami przetwarzania centralnego. Tu również w ostatnich latach bardzo dużo się wydarza, ponieważ i w sensie diagnostyki, i w sensie rehabilitacji tych dzieci naprawdę zrobiliśmy w ostatnich latach ogromny postęp. To są takie dzieci, które słyszą, ale mają blokadę ośrodkową, a dzięki polisensorycznej rehabilitacji efekty nabywania rozwoju mowy i słuchu naprawdę są imponujące. W tej rehabilitacji, poza neruologopedami, surdologopedami, mamy stworzone platformy elektroniczne, które znakomicie się sprawdzają. Myślę, że to też jest taki nowoczesny kierunek, o którym powinniśmy myśleć.

Ostatnia rzecz, o której chciałbym wspomnieć, jeżeli chodzi o nowoczesność i o czym na pewno nie możemy zapominać. My, tu siedzący, nie zoperujemy wszystkich niesłyszących. Za nami idą młodzi, dynamiczni, chcący się szkolić. Serce rośnie, że powstają takie ośrodki jak Warsaw LAB czy Poznań LAB, czy ośrodki CEMED, gdzie młodzi ludzie mogą szkolić się na kadawerowych kursach, które zresztą i w Kajetanach, i w naszych ośrodkach od wielu lat robiliśmy, ale sprowadzenie tych zwłok nie jest proste. W tej chwili wzięły to w swoje ręce firmy...

My z profesorem Konopką ostatnio zorganizowaliśmy taki cykl kursów, między innymi otochirurgicznych, i planujemy na przyszłe lata, żeby młodzi ludzie w doskonałych warunkach mogli szkolić się na preparatach mrożonych głów ludzkich z zastosowaniem najnowocześniejszych mikroskopów, endoskopów, urządzeń, wiertarek, najnowocześniejszych technologii, jakie są możliwe. Chciałbym podkreślić, że wielka chwała za to, że lokalne samorządy, województwa, dofinansowują to, ponieważ te szkolenia są drogie. One kosztują 6,5 tys. zł. Lokalne samorządy dofinansowują je do takiego poziomu, że moi rezydenci za takie szkolenia płacili 1000 zł. Zachęcam gorąco, jeżeli mogą to tutaj

powiedzieć, do dofinansowywania takich działań, ponieważ młodzi są za nami. Ażeby tak sprawnie operować jak nasz lider, pan profesor Skarżyński, to są setki godzin szkolenia. Oczywiście predyspozycje również muszą przyjść z góry, ale bez treningu nikt nie osiągnie doskonałości. Dlatego też chciałbym zwrócić uwagę na to, że te szkolenia w najnowszych warunkach, z dostępem do najnowocześniejszych wiertarek, sprzętu medycznego, są bardzo ważne, ponieważ dziś bez sprzętu nawet największy chirurg, najbardziej znakomity lekarz, nic nie zrobi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Ciekawe aspekty pan poruszył. Dziękujemy. Kolejny nasz gość, pan profesor – jesteśmy zaszczytzeni – który zwraca uwagę na to, że rzeczywiście państwa branża jest chlubą dla nas, dla Polski. Dziękujemy za wysforowanie nas na te pierwsze miejsca w świecie.

Zwrócił pan uwagę na ciekawe kwestie, czyli powstanie sieci ośrodków. Myślę, że to jest bardzo cenne. To byłaby chyba interesująca mapa dla wszystkich – mapa Polski – żeby pokazać, gdzie mamy jednak białe plamy. To jest chyba dosyć istotne.

Robotyka. My w ramach naszej podkomisji uznajemy, że robotyka jest przyszłością. Pewnie w wielu aspektach rodzi się w bólach, ale jednak doświadczenia z innych specjalności pokazują, że robotyka wchodzi również w kwestie chirurgiczne. Ta precyzja ręki...

Młode pokolenia, proszę państwa, no tak. To jest kwestia, którą powinniśmy się zajmować, szczególnie państwo jako pionierzy, jako liderzy, mentorowie... Bezwzględnie dla młodego pokolenia trzeba stwarzać szansę rozwoju właśnie w tej nowoczesnej medycynie.

Pani dyrektor – zwracam się do pani dyrektor z AOTMiT-u – czy pani chciałaby to w jakiś sposób skomentować, zanim pan profesor Skarżyński odniesie się do tych wszystkich kwestii, pojawiły się bowiem nowe aspekty, nawet wychodzące poza raport, który przygotowało Ministerstwo Zdrowia.

P.o. zastępca dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Joanna Syta:

Tak, bardzo dziękuję. Oczywiście bardzo dziękuję za zaproszenie, że mogłam usłyszeć zarówno o osiągnięciach, jak i kierunku zmian, bo po to właściwie przysłam, żeby usłyszeć, jakie są nowe rozwiązania, ponieważ agencja nie działa z własnej inicjatywy, realizuje zlecenie ministra. Wydział Świadczeń, który reprezentuję, dokonuje oceny nowych technologii pod kątem efektywności klinicznej i bezpieczeństwa. Istotny jest także stosunek kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę to, co pani przewodnicząca powiedziała odnośnie do robotyki, to oceniliśmy robotykę w aspekcie onkologicznym, jakim jest rak gruczołu krokowego czy rak jelita grubego. No, nie ma jeszcze takich mocnych dowodów przemawiających za tym, że to jest lepsza metoda w stosunku do na przykład operacji laparoskopowych. Trzeba jednak też mieć na względzie, że robot sam nie pracuje. Musi mieć wyszkolonego operatora, i to też są lekarze, którzy wymagają szkoleń, również za granicą na ten moment. Nie wszyscy... Nie jesteśmy w stanie...

Tak więc na ten moment nie mamy żadnych zleceń, które ocenialibyśmy pod kątem nowych technologii, z uwzględnieniem wyrobów czy nawet tych metod genetycznych, czy w ogóle oceny. Jeśli takie się pojawiają od ministra, to oczywiście, jak najbardziej... Żeby wiedzieć, w jakim kontekście, z kim z państwa można się ewentualnie kontaktować do wyszukania i pomocy w badaniach klinicznych, bo panowie profesorowie macie więcej doświadczenia, uczestniczycie w kongresach, znacie wszystkie nowości... Zatem jakby w takim aspekcie chciałabym podziękować za możliwość uczestnictwa, wysłuchania. Na ten moment nie oferuję nic, jeśli chodzi o agencję, ponieważ oczekuję ewentualnych zleceń od ministra. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo pani dyrektor. Czy pani Katarzyna Wiktorzak z Narodowego Funduszu Zdrowia chciałaby się odnieść do tej materii?

Główny specjalista w Departamencie Analiz i Innowacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Katarzyna Wiktorzak:

Dzień dobry. Katarzyna Wiktorzak. Też przede wszystkim chciałabym bardzo podziękować za zaproszenie. Nie jestem zaskoczona pozycją Polski, jeżeli chodzi o otolaryngologię, bo śledzimy poczynania pana profesora i panów profesorów. Zresztą, gdy spojrzymy na kontrakty i to, za co narodowy fundusz płaci, to skala ośrodka w Kajetanach, gdzie średnio kontrakt roczny to około 100 mln, i pozostałych ośrodków, które dobijają do 20, pokazuje, jakie środki są kierowane, jeśli chodzi o finanse, ale też liczby, bo to jest jednak 10 albo nawet 20-krotnie więcej niż w innych miejscach w Polsce.

Odnośnie do tego, co usłyszałam dzisiaj, że faktycznie jesteśmy gotowi zwiększyć liczbę przeprowadzanych zabiegów implementacji, fundusz jest na to otwarty, nie ma na to limitów, można w ten sposób postępować i do tych pacjentów kierować pomoc, szczególnie na tym pierwszym etapie. Jednak Narodowy Fundusz Zdrowia jest na końcu tego łańcucha, czyli, niestety, my płacimy za to, co już zostało sprawdzone, ocenione i zapisane w odpowiednich dokumentach ministra zdrowia. To tyle z mojej strony. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. To jest optymistyczna informacja – bez limitów. Tak więc pan profesor będzie tak... Dlatego, panie profesorze, zostawiłam résumé dla pana, uznając pana wiodącą rolę, za którą bardzo serdecznie dziękujemy i której niezmiernie gratulujemy. Pana osiągnięcia są znane powszechnie, nie tylko w naszym środowisku medycznym w Polsce, ale i za granicą. Cieszę się, że koledzy mają takie uznanie... Natomiast bardzo proszę, panie profesorze, o odniesienie się do tych wątków, które zostały podjęte, bo pewien horyzont nowości chcielibyśmy jednak otworzyć, zobaczyć, co jeszcze przed nami, na czym powinniśmy się skupić, w czym możemy pomóc.

Pamiętajcie, że my spotykamy się tutaj po to, żeby bliżej poznać państwa specjalność, problemy i właśnie w tych problemach chcielibyśmy pomagać. Po to jesteśmy. W związku z tym, jeżeli możemy pana profesora poprosić o résumé, podsumowanie tego, co usłyszeliśmy, ale również pewną projekcję tego, gdzie usytuować pomoc parlamentu...

Dyrektor IFiPS, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii Henryk Skarżyński:

Dziękuję raz jeszcze za udzielenie głosu. Pani przewodnicząca, tak jak powiedziałem poza mikrofonem, że nie będę do nikogo strzelał, bo nie o to chodzi. Chciałbym podziękować kolegom za uzupełnienie mojej wypowiedzi. Zawsze czuję się trochę skrępowany, bo nie wiem, jak głęboko mam wejść w szczegóły, co jeszcze powiedzieć, co będzie zrozumiałe, zdając sobie sprawę z tego, że gdyby do mnie mówił chirurg – mówię o chirurgu, na przykład traumatologu czy torakochirurgu – to też bym pewnie wszystkiego nie rozumiał.

Pan poseł zapytał, jak to wygląda dziś. Myślę więc, że tak jak tutaj siedzimy we trzech, pokazaliśmy, jak to wygląda z pozycji resortowego instytutu, instytutu jednego, drugiego czy ośrodka regionalnego. Wykazaliśmy chyba jednogłośnie, że problem w zakresie dzieci dzięki Funduszowi Medycznemu został rozwiązany. I to jest wielki sukces ostatnich lat, że nie marnujemy czasu i nie marnujemy środków, że w naszym ośrodku może być zoperowane dziecko powyżej 6 kg, powyżej 6 miesiąca życia, co w praktyce oznacza, że często w wieku 1,5 roku – 2lat jest lepiej wyrehabilitowane słuchowo i językowo niż dzieci słyszące. To jest ogromna zasługa tego, co jest, a w ubiegłym roku, kiedy pan minister pytał o wykorzystanie Funduszu Medycznego, to chyba byliśmy ośrodkiem, który w największym stopniu wykorzystał ten fundusz w odniesieniu do programu leczenia dzieci z zastosowaniem różnych urządzeń wszczepialnych, implantów słuchowych, już nie wchodząc w szczegóły.

Jak jest z innymi? No, tutaj właściwie podniosłem rękę – o ile nie ma limitu w odniesieniu do dzieci, o tyle obowiązuje limit w stosunku do osób dorosłych. Ja z panem prezesem Filipem Nowakiem często na te tematy rozmawiamy przy okazji różnych forów, różnych spotkań, i oczekujemy – myślę, że wspólnie – na decyzje, które będą płynęły z parlamentu do ministerstwa, żeby to rozwiązać, bo dziś mówimy o prawie 1000 osób, które powinny być dawno zaopatrzone i żaden budżet żadnego szpitala, nawet naszego instytutu, tego nie udźwignie... A to są zaległości. To nie jest perspektywa. My mamy

prawie 1000 osób oczekujących, które muszą otrzymać wymianę... Osób dorosłych, tak jest. Jeżeli to się dokona, to znaczy, że one będą użyteczne, nie będą się izolowały, będą funkcjonowały w środowiskach, będą wykonywały...

Jeśli chodzi o osoby oczekujące na wszczepienie implantu, to powiem tak. Ogólna kolejka, która jest łatwa do sprawdzenia, to około 20 tys. osób. Czy do Kajetan ktoś musi jechać na usunięcie migdałków? Odpowiadam, nie. Ale czy ja go mogę odesłać. Niestety nie. I mówię to nie z satysfakcją, a często z przykrością, że kiedy rodzic się nie zgadza, bo mówi, że on chce tu i tu się zapisać, to jest pewien problem. Dzisiaj, jeżeli mamy wolny wybór, to my nie zmusimy kogoś, żeby był w tym albo innym miejscu. I tego nie podejmowałbym się wprowadzać, bo możemy chyba więcej stracić, niż zyskać.

Jeśli chodzi o perspektywę dalszego rozwoju, ponieważ mamy bardzo dużą bazę wyników i badań, wspólnie z mocnym ośrodkiem naukowym, jakim jest Instytut Nenckiego, włączyliśmy się do zasilania bazy światowej, bo dziś pewne propozycje mogą się urodzić, kiedy będziemy analizowali nie tysiące, ale setki tysięcy danych. Przystąpiliśmy więc do ogólnoswiatowej bazy, gdzie dostarczamy nasze wyniki badań genetycznych i innych. Rzeczywiście z tych megabaz mogą wyjść zupełnie inne kierunki, w których powinniśmy podążać. Jednak to jest perspektywa.

Natomiast dziś, jeżeli do nas przychodzi małe dziecko, to ono musi być zoperowane. Dlaczego? Dlatego, że zapewnimy mu rozwój słuchu, rozwój mowy i opanowanie języka. Jeżeli wejdą nowoczesne technologie, takie czy inne – ja nie mogę powiedzieć, w jakie jesteście zaangażowani, a jesteście zaangażowani w kilka, to jest objęte pewną tajemnicą – to pacjenci mogą skorzystać na każdym etapie swojego życia.

Teraz odniosę się do tej propozycji, którą przedstawiłem w Nowym Jorku 25 lat temu, która wcale nie była przyjęta entuzjastycznie, między innymi z tego powodu, że przyjechał ktoś z Europy, z której części Europy – czy to jest przed Rosją czy za Rosją, to nie dla wszystkich jest oczywiste, i musimy sobie z tego zdawać sprawę. Natomiast ta propozycja z wtedy, którą realizujemy dziś, odnosi się do takiego operowania dzieci, taką technologią, którą opisałem w pierwszym anglojęzycznym podręczniku – nie chwalebę się, tylko po prostu podaję fakt – żeby zachować nieruszoną strukturę ucha wewnętrznego po to, żeby dziś to małe dziecko miało szansę skorzystać z tej technologii, która jest, która pozwoli mu na rozwój słuchu, mowy i języka, ale jeżeli za 20, 30 czy 50 lat będzie coś lepszego, innego, łatwiejszego i tańszego, to będzie mogło skorzystać z każdego z tych rozwiązań. To jest wielkie wyzwanie, jeżeli nie największe po samym fakcie wprowadzenia implantów ślimakowych do praktyki klinicznej. Czyli mamy szansę, na podstawie badań genetycznych, uzyskać wiele informacji, w tym informacji takich, które mogą wskazywać na możliwość rozwinięcia się zmian, które doprowadzą do głuchoty.

Z jednym się nie zgodzę, i tutaj protestowałem delikatnie. Mówię o robotyce. Musimy mieć świadomość i pewne rzeczy trzeba nazwać po imieniu. Sieć HEARING od początku była przy pierwszym robocie, który za dość duże środki unijne został wyprodukowany w Szwajcarii i w tej chwili koledzy proszą, żeby kolejny ośrodek zoperował. Nas błagają wręcz – proszę tego nie odebrać źle – żebyśmy przynajmniej jednego pacjenta zoperowali, bo to będzie oznaczało, że będziemy na liście, że w Warszawie też został zoperowany pacjent.

Odpowiadam – operacja ta trwa 7 godzin, a ja wykonuję operację w ciągu 30 minut. Jeżeli pani chce jako agencja ocenić wszystkie koszty i je policzyć, to dzisiaj nie ma to żadnego uzasadnienia, żebyśmy wydawali wielokrotność tej kwoty w czasie zaangażowania personelu w sytuacji, gdy i tak pewne elementy operacji muszą być wykonane, bo to nie jest tak, że robot przychodzi, dotyka, przez skórę wchodzi i wprowadza. I co jest najważniejsze – ten robot dzisiaj jest dedykowany pacjentom z całkowitą głuchotą.

Ten robot nie ma takiej ręki, że wprowadzi elektrodę. To tylko na symulacjach tak świetnie wygląda, że wprowadzi tam, gdzie mamy częściowo zachowany słuch albo istotne resztki słuchu przedoperacyjne. Tego jeszcze żaden robot nie próbował i nie spróbuje.

Natomiast to nie oznacza, że ja jestem przeciwnikiem robotyzacji. Robotyzacja zaistniała. Rozkwitła dzięki temu, że wprowadzili ją urolodzy, i dzisiaj, jeżeli myślimy o drugim albo trzecim nowotworze u mężczyzn, który zbiera ogromne żniwo, to robotyza-

cja zdecydowała o jakości operacji, o efektach operacji i pooperacyjnym prowadzeniu, funkcjonowaniu pacjenta. I tam to jest ogromny sukces. Inne specjalności obserwują ten ogromny sukces, chcą to przenieść na siłę, nie licząc się z kosztami.

Ja nie będę mówił, do czego jest wykorzystywany robot w otolaryngologii w Polsce, bo bym musiał powiedzieć źle o kolegach, ale, drodzy państwo, tak droga technologia nie może służyć do tego, żeby usuwać zmianę z błony śluzowej, bo ją widać, jeżeli nie gołym okiem, to w niewielkim powiększeniu pod mikroskopem. Tak jest.

Czy to się zmieni? Być może to się zmieni i wtedy ja też będę mówił inaczej. Na razie mówię na podstawie tego, przy czym byłem od samego początku, bo ta grupa ośrodków doskonałości współpracowała z tym zespołem, który to opracował i wdrożył. Jest to najbardziej zaawansowany robot, jeśli chodzi o operacje wszczepiania implantów ślimakowych, natomiast to może się pojawić w okolicach, na przykład na podstawie czaszki, o znacznie większej trudności dostępu, a może to być mniej inwazyjne. To jest perspektywa.

Natomiast kolejną perspektywą dla nas są implanty całkowicie wszczepialne. W takim programie też funkcjonujemy. To jest coś, co będą chcieli mieć wszyscy. Nikt nie chce nosić czegoś, co jest widoczne na głowie, zwłaszcza jeżeli – tak jak mówię – zabraknie mu odpowiedniej liczby włosów, które to przysłaniają.

Jakie są wyzwania? Pani przewodnicząca o to zapytała i bardzo za to dziękuję. W tej chwili jest przed nami opieka pooperacyjna, która może być w ośrodku i może być w domu. Od 2004 r. rozwijamy telerehabilitację pod hasłem „Domowa Klinika Rehabilitacji”.

Co oznacza „Domowa Klinika Rehabilitacji”? Oznacza to, że w domu dziecka mogą być warunki takie, jakie spełnia mój instytut, instytut profesora Konopki czy inny ośrodek. To są lepsze warunki, bo to są najbardziej przyjazne warunki dla dziecka. Ono tam się czuje najbardziej swobodnie, rodzice są zaangażowani, bo uczyć wymawiać poszczególne słowa i nadawać im znaczenie można, gotując zupę, przyrządzając herbatę czy cokolwiek innego. To są wszystkie słowa, które wchodzi w proces rehabilitacji.

Rehabilitacja to nie tylko pokazywanie „kotek”, „świnka” czy czegoś innego na obrazkach. Nie, to jest wprowadzenie dziecka. To wprowadzenie dziecka do rehabilitacji w jego domu, w jego najbardziej przyjaznym otoczeniu, jest wyzwaniem. Staramy się temu sprostać. Mamy zbudowane dwa studia telemedyczne po to, żeby przy wykorzystaniu internetu rodzice mogli się łączyć z nami, żeby jeden specjalista mógł obserwować pracę rodziców, ale przede wszystkim, żeby to było tańsze i żeby to było dostępne rzeczywiście w domu, a nie tylko w specjalistycznym ośrodku. To pewnie nie zastąpi go w każdej sytuacji, ale w medycynie nie jest tak, że każda sytuacja jest do zastąpienia, natomiast to jest wyzwanie.

Kończąc, chciałbym zaapelować, żeby stąd wypłynął jednak wniosek do pana ministra. Z panem ministrem też rozmawiałem na ten temat, abyśmy to uregulowali. Skoro mamy coraz więcej środków w funduszu, to chyba ta mikroskopijna część, która byłaby przeznaczona na zaniedbania, rozwiązałyby problem tych, którzy powinni otrzymać świadczenie. Czy oni te świadczenia otrzymają w Kajetanach? Nie. Oni mogą otrzymać je w każdym miejscu, gdzie potrafią im to dobrać. To nie jest tak, że ja zapraszam wszystkich, że mają przyjechać do Kajetan. To jest pierwsze.

Drugie, że pacjenci dorośli nie mogą mieć poczucia, że są dyskryminowani. My wszyscy wiemy, że jeżeli wyleczymy dziecko – i odnośnie do tego absolutnie się zgadzamy – to dajemy mu szansę na całe życie. No, ale nie możemy powiedzieć osobie, która ma 30, 40 czy 50 lat, że ona ma być skazana na niebyt. Jeżeli dzisiaj mówimy o nowoczesnej medycynie, jeżeli mówimy – a powiedzieliśmy to i udokumentowaliśmy wszyscy razem, jak tu siedzimy – że pacjenci mają dostęp do najnowszych technologii często jako pierwsi, to ja nie dodałem „wszyscy mają dostęp jako pierwsi”. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Myślałam, że to będzie kłamra naszego dzisiejszego spotkania, ale pan poseł Wicher chciałby jeszcze się odnieść. A ponieważ spotykamy się, żeby debatować i dotknąć wszystkich wątków, to bardzo proszę, panie pośle.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Ja po prostu chciałbym podziękować panom profesorom za wysmienite wystąpienia i poszerzenie naszych horyzontów, wiedzy o tej bardzo ciekawej i ważnej dziedzinie. Cieszy fakt – co panowie podkreślili – że Fundusz Medyczny pana prezydenta rozwiązał problem, że dzieci nie czekają już w kolejkach. To jest sukcesem cywilizacyjnym dla nas, że te dzieci już od początku są objęte opieką.

Mnie chodzi o to, żeby uszczegółowić pewne rzeczy, żebyśmy wiedzieli, o czym mamy rozmawiać w ministerstwie, do jakiego celu dochodzimy. Rozumiem, że jeśli chodzi o te 1000 osób, które dzisiaj są w kolejce, są też zaległości z lat ubiegłych. Czy tak? Czy to jest takie bieżące...?

Dyrektor IFiPS, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii Henryk Skarżyński:

To są zaległości z lat ubiegłych.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Czyli rozumiem, że gdybyśmy hipotetycznie dzisiaj znaleźli środki i te 1000 osób zoperowali, to później co roku, według panów profesorów, ile by było osób w kolejce? Skoro tu mamy do czynienia z jakimś nadkładem, z jakąś zaległością, to o jakich skalach mówilibyśmy później, tak zwanych bieżących skalach? Chodzi mi o koszty. Czy na przykład wydanie teraz tych...?

Kierownik Kliniki Otolaryngologii ICZMP w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej Wiesław Konopka:

Zdaje się, że panu profesorowi Skarżyńskiemu chodzi o wymianę procesorów.

Posel Patryk Wicher (PiS):

A właśnie. Chciałem uszczegółowić.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii ICZMP w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej Wiesław Konopka:

To jest zupełnie inna sprawa...

Posel Patryk Wicher (PiS):

Chodzi o wymianę już wszczepionych...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii ICZMP w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej Wiesław Konopka:

Tak.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Okej. No to już wiem. Już uszczegółowione pytanie... Tak jest. Czyli to są takie zaległości w sensie wymiany urządzeń, które powinny być... Dobrze.

Jest jeszcze jedna rzecz. Ja zgadzam się z panem profesorem, że dzisiaj nie oddałbym się żadnemu robotowi, chyba że w dobrych rękach, tak jak ręce pana doktora Wisza z Rzeszowa, który jest świetnym operatorem da Vinci. Byliśmy świadkami tej operacji.

Oczywiście dzisiaj technologie nie są doskonałe. Ja jestem zwolennikiem tej doktryny, że człowiek zawsze musi być, a technologia jest tylko uzupełnieniem pracy człowieka, bo to jest też nasze człowieczeństwo, żeby nas jednak sztuczna inteligencja nie wyparła z rzeczywistości... Tak, ale może pomóc.

W związku z tym chciałbym rzucić, zresztą panowie profesorowie na pewno to śledzicie na bieżąco... Ja zawsze mam ten przykład brytyjski. Stworzyli aplikację – cały czas ją tworzą od 10 czy 15 lat – do rozpoznania nowotworów płuc. Oni tam wgrywają miliony zdjęć. Po kilku specjalistów do spraw opisów je opisuje i dzisiaj ta sztuczna inteligencja, to oprogramowanie, po tych bodajże 15 latach, jeśli się nie mylę, ma ponoć skuteczność 4-5% lepszą niż człowiek.

Dlatego ja zawsze mówię tak, że technologia może być słaba, człowiek zawsze musi być przy technologii, ale żeby technologia się rozwijała, to człowiek musi jej trochę pomóc w tym rozwoju, bo bez nas by się nie rozwijała. Tak jak ta aplikacja, ta sztuczna inteligencja nie miałyby szans rozpoznawania nowotworów, tak jak da Vinci pewnie by się

nie rozwijał, gdyby tak wybitne osoby, jak doktor Wisz i reszta – bo przecież i „Wołoska” w Warszawie operuje i w Krakowie... W ogóle robotów da Vinci mamy w kraju już pewnie około 30 – mówię o tych prywatnych, publicznych i nie tylko. Tak więc oni, operując, udoskonalają je, bo dają uwagi do producenta i one będą się pewnie udoskonalają. I ja, panie profesorze, zgadzam się w stu procentach, że ten robot, którego panowie przedstawili dzisiaj, jest toporny, ale może jednak w praktyce faktycznie trzeba próbować, żeby kiedyś stał się tym waszym orężem, który będzie wspierał waszą pracę.

Natomiast mam jeszcze jedno pytanie o państwa rezydentów. Czy jest problem z rezydenturami? Czy jest problem na przykład z brakiem chętnych czy z finansowaniem, bo rozumiem, że szkolenia to jest jedno, że powinniśmy znaleźć środki na takie szkolenia, jak panowie profesorowie mówili. Chodzi jednak o to, czy w zakresie rezydentur są jakieś problemy z ilością i nie tylko? To mnie interesuje, czy mamy odpowiednią liczbę następców, jak to panowie profesorowie mówili. Czy wy jako mistrzowie, mentorzy, macie ten narybek w wystarczającej liczbie? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, panie pośle. Odnośnie do sztucznej inteligencji moje zdanie jest takie, że nie powinniśmy tego mitologizować. Słuchajcie, przecież tak naprawdę ta sztuczna inteligencja na tyle będzie sprawna, na ile my algorytmy tam wstawiamy. Przecież to człowiek tworzy algorytmy dla tej sztucznej inteligencji, więc raczej przewyższyć nas nie może. Panie profesorze – profesor Konopka chciał się odnieść – bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii ICZMP w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej Wiesław Konopka:

Ponieważ razem z panem – myślę, że pan profesor też – jesteśmy nauczycielami akademickimi, ja mam między innymi zajęcia z VI rokiem studiów, to niestety, sytuacja nie jest najbardziej wesoła, dlatego że do specjalności zabiegowych nie ma zbyt dużo chętnych. Ja każdemu studentowi, każdej grupie, zdaję pytanie, jakie pan/pani ma plany na przyszłość. No, nie chcą ryzykować. Nie chcą brać odpowiedzialności na siebie. Taka jest dzisiaj tendencja wśród młodych lekarzy. Jest permanentna asekuracja. Lekarze boją się, a boją się z różnych powodów – bo opinia, bo gazety, bo odpowiedzialność prawna, bo roszczenia. Taka jest po prostu sytuacja, proszę państwa. Jeżeli więc my nie stworzymy dobrej aury wokół specjalności zabiegowych – to może być również aura finansowa, to może być aura szanowania tego trudnego zawodu chirurga w każdej specjalności – to może być problem. Nie ma chętnych.

My nie mamy problemu, panie pośle, z miejscami dla rezydentów. Mamy miejsca często nieobsadzone. My się cieszymy z każdego rezydenta, bo to są dodatkowe ręce do pracy.

Proszę państwa, 20% naszej pracy to operacje, a 80% naszego czasu to otoczka. To jest ta biurokracja, która zostaje nam narzucona przez system, przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przez wiele, wiele rzeczy. Do tego są potrzebni również rezydenci, którzy płacą cenę za to, że ich uczymy, jeżeli w ogóle chcą się uczyć. To jest pewien problem. Ja nie wiem, jak uważają moi szanowni koledzy – są, mamy ich, ale też...

Poza tym to, co mówił pan profesor Mierzwiński. Proszę państwa, jeśli chodzi o wyszkolenie chirurga, to ten chirurg również inwestuje duże pieniądze we własne szkolenie. To nie jest tak do końca... My dzisiaj jesteśmy na etapie, że w warunkach krajowych jesteśmy w stanie wyszkolić dobrego chirurga implantologa. To jest fakt. Każdy z nas, i pan profesor Skarżyński, i my, jeździliśmy za granicę, żeby się uczyć, ale dzisiaj poziom chirurgii, a szczególnie otochirurgii, jest naprawdę wysoki w Polsce. Jesteśmy w stanie wyszkolić go tu, w kraju, nie musi jeździć.

Mój syn, który jest okulistą, chciał jechać do Indii i uczyć się operować w Indiach. Ja mówię – czyś ty oszalał? Czy chcesz przywieźć żółtaczkę? Nauczył się w Polsce. Jest chirurgiem okulistą, operuje w Polsce. Takie Polska daje dzisiaj możliwości. Kiedyś nie mieliśmy takich możliwości. Natomiast są możliwości, ale ten lekarz musi zainwestować naprawdę duże pieniądze, proszę państwa, bo jeden dostaje dofinansowanie, ale inny musi trzy razy pojechać na taki kurs po 6 tys. zł. Niestety to również jest pewne ograni-

czenie, bo on musi zarobić na te kursy albo wziąć kredyt, proszę państwa. To są młodzi ludzie, młodzi lekarze. Tak więc jest to pewien problem. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, panie profesorze. To taka trochę smutna konstatacja, bo jak rozmawiamy – wszyscy jesteśmy ze środowiska ochrony zdrowia – to nie tylko w państwa specjalności obserwujemy pewien deficyt, brak zainteresowania rozwijaniem się. Ostatnio ukłułam takie powiedzenie – nie wiem, czy koledzy ze mną się zgodzą – że jedyna specjalność, która cieszy się zainteresowaniem, chociaż nie jest ona formalnie specjalnością, chociaż nie wiadomo, co się wydarzy – jest medycyna estetyczna...

Kierownik Oddziału Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii WSD w Bydgoszczy, kierownik programu implantów słuchowych u dzieci Józef Mierzwiński:

I POZ. Wszyscy wolą iść do POZ-u.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Z POZ-em też bywa różnie.

Kierownik Oddziału Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii WSD w Bydgoszczy, kierownik programu implantów słuchowych u dzieci Józef Mierzwiński:

Wszyscy wolą iść do POZ-u.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

W każdym razie, proszę państwa, pięknie dziękuję za dzisiejszą debatę. Pięknie dziękuję za dzisiejszą dyskusję. Tak jak mówiłam, wszystko jest archiwizowane. My przyjrzymy się z kolegami, w których aspektach możemy państwu pomóc. Zwróciliście uwagę na pewne kwestie, więc my na pewno będziemy w kontakcie z panem ministrem, z AOTMiT-em, chociaż pani dyrektor tutaj potwierdza – inspiracja musi z zewnątrz wyjść. Państwo możecie, jeżeli uznajecie, że niektóre nowe świadczenia, innowacyjne, powinny być supportowane przez państwo, przez fundusze z budżetu państwa, no to do Ministerstwa Zdrowia, minister zdrowia do AOTMiT-u... Tak więc sugerujemy tę drogę.

Natomiast cieszymy się, że spotkając się z państwem, ze środowiskiem laryngologów, słyszymy, że w tej branży jesteśmy w czołówce... Tak, oczywiście, panie pośle. Bardzo proszę, cieszyć się z zabrania głosu.

Poseł Riad Haidar (KO):

Pani przewodnicząca, dziękuję. Szanowni nauczyciele moi, bo tak można powiedzieć, jako pediatra neonatolog ze 40-letnim stażem w pracy wiem doskonale, jak otolaryngologia poszła do przodu. Ja cieszę się bardzo, gdy widzę dziecko, które było kierowane do państwa, żeby było operowane z powodu wady słuchu, które wraca po jakimś czasie, to widzę radość rodziców przede wszystkim, a później tego małego dziecka, które zaczyna rozpoznawać świat zupełnie inaczej, tak jakby był w zupełnie innym świecie. Zatem bardzo serdecznie dziękuję za tę waszą pracę, za wasz trud.

My jako „noworodkarze” – mówiąc językiem medycznym – też dostarczaliśmy do was tych naszych pacjentów dzięki temu programowi przesiewowych badań słuchu, dzięki Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy. Z tego miejsca chciałbym bardzo serdecznie podziękować. No i trzymamy kciuki. Te wszystkie sukcesy, jakie zostały osiągnięte, no i renoma – otolaryngologia polska jest na świecie, panie profesorze Skarżyński... Chylę czoło i wam, kolegom lekarzom, serdecznie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo dziękuję za uczestnictwo. Pan profesor, bardzo proszę.

Dyrektor IFiPS, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii Henryk Skarżyński:

Ja chciałbym zakończyć jednak czymś bardzo pozytywnym. Chcę powiedzieć, że jeżeli te mikroskopijne środki finansowe zostaną przesunięte nawet czasowo, to my ten problem zaległy rozwiążemy. Dziękuję bardzo.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Tak mniej więcej, według pana, jaka byłaby to kwota dla tych 1000 osób...

Dyrektor IFiPS, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii Henryk Skarżyński:

32,5 mln zł.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Dobrze, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Będziemy rozmawiać, panie profesorze. 32,5 mln...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Czyli ja bym wnosił, panie dyrektorze – jeśli można, już tak poza protokołem – z prośbą oczywiście. Będziemy oczywiście rozmawiać z panem ministrem, że ta kwota nie wydaje się taka powalająca, a moglibyśmy naprawdę wesprzeć gros ludzi, którzy by tak jakby zwolnili przestrzenie do dalszej pracy. Myślę więc, że 32-33 mln zł to jest w realnym zasięgu, do wykonania.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Jeszcze raz bardzo dziękuję. Proszę państwa, stwierdzam zakończenie omawiania informacji dotyczącej nowoczesnych metod leczenia słuchu. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia podkomisji.

Zamykam posiedzenie podkomisji w tym zakresie. A jeszcze na sekundę otworzę w innym.

Otóż, proszę państwa, za chwilę listopad. Chciałabym koleżanki i kolegów zaprosić do Opolą, ponieważ w Opolu będzie się odbywał IX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kęgosłupa, gdzie również będą omawiane kwestie związane z innowacyjnymi rozwiązaniami. A odbędzie się w Opolu nie dlatego, że ja jestem z Opolą, proszę państwa...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Przez przypadek.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Z Opolą jest pan profesor Łątka, nowy prezydent towarzystwa. W związku z tym w swoim imieniu i w imieniu pana profesora Łątki mam honor i zaszczyt zaproponować państwu wizytę w naszym mieście na spotkaniu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kęgosłupa, IX Zjazd Naukowy Polskiego... Już, przepraszam, proszę państwa – 24-26 listopada w Opolu.

Zwracam się do biura, panie Jakubie, żebyśmy mogli takie zaproszenia do wszystkich naszych kolegów i koleżanek posłów przesłać, bo myślę, że udział w kraju w różnych spotkaniach i oglądanie różnych ośrodków nam jako posłom daje inny obraz postrzegania rozwoju medycyny w naszym kraju, naprawdę. Tak jak pan poseł Wicher odwołuje się często do tego spotkania w Rzeszowie w szpitalu klinicznym, gdzie mogliśmy obserwować operację, pracę pana doktora Wisza... No z czego bierze się teraz nasza świadomość? Z tego, że mogliśmy tego po prostu doświadczyć, obejrzeć to...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

I dotknąć.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

...i dotknąć, zobaczyć, z pacjentami porozmawiać. Tak więc to jest zupełnie inny obraz. Dlatego, tak jak pan profesor opowiada o Kajetanach, tak myślę, że we wszystkich jednostkach, tych, w których uda się nam być, gdzie nas zapraszają, to powinniśmy korzystać z tych zaproszeń.

Dziękuję bardzo i zapraszam do Opolą. Jeszcze raz państwu profesorom, naszym gościom, dziękuję bardzo.