

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 40)**

**z dnia 29 sierpnia 2012 r.**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 40)

29 sierpnia 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

**– rozpatrzenie „Sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2011” oraz przyjętego przez Radę Ministrów Harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2012 wraz z kierunkami realizacji zadań tego programu na lata 2013 i 2014 (druk nr 476).**

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Piróg** doradca Prezydenta RP, **Piotr Wasilewski** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Adriana Jabłońska** główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Ewa Sałas** przedstawicielka Zespołu Interwencyjno-Poradniczego Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Wacław Ofman** przedstawiciel Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Wanda Fidelus-Ninkiewicz** dyrektor w Naczelnej Izbie Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jolanta Kubajka-Piotrowska** przedstawicielka Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii oraz **Krzysztof Warzocha** dyrektor Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Maria Taurogińska-Kopec** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Grzegorz Ciura** – specjalista z Biura Analiz Sejmowych.

### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dzień dobry państwu. Chciałbym rozpocząć kolejne posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam z nową werwą i nowymi siłami panie i panów posłów. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z panem ministrem. Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz naszych szanownych gości, głównie merytorycznych, którzy na co dzień zajmują się sprawami związanymi z dzisiejszym tematem. Chciałbym również powitać pana ministra Piroga, który jest doradcą pana prezydenta.

Proponuję rozpatrzenie „Sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2011”. Jak państwo pamiętają, poprzednie spotkanie, które odbyło się kilka tygodni temu, dotyczyło roku 2010. Na tej kanwie urodziły się już pewnego rodzaju wnioski. Zaproponowałem ten punkt po to, żeby spróbować podsumować ponad połowę okresu trwania Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. W związku z tym na przyszłym posiedzeniu Komisji chcielibyśmy zająć się dezyderatem, który wstępnie wypracowała podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego – a więc, czy i w jaki sposób znowelizować Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, aby możliwie maksymalnie wykorzystać te środki, które w ramach tego programu zostały zagwarantowane do roku 2015. Wówczas – jak państwo pamiętają – mówiłem dużo o profilaktyce. Zdajemy sobie sprawę z tego, że ta część promocji działań prewencyjnych, profilaktycznych, niestety, budziła najwięcej kontrowersji, natomiast odnosząc się do wyników w tym sprawozdaniu dotyczących celów, jakie

zakładał Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, muszę powiedzieć, że mimo iż upłynęło 6 lat, te cele nadal są bardzo odległe. Przypomnę tylko, że podstawowym celem jest zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory. Wydaje mi się, że osiągnięcie tego celu, który postawiony został 6 lat temu, jest chyba nierealne, bo dzisiaj nowotwory nadal dynamicznie się rozwijają. Natomiast drugim celem było osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Z lektury sześciu już sprawozdań wynika, że mamy jeszcze wiele do zrobienia. Sądzę więc, że cały wysiłek – a przynajmniej znaczna jego część – powinien iść w stronę szybkiej wstępnej diagnozy, czyli promocji, profilaktyki, prewencji i wczesnego rozpoznawania, bo wtedy będziemy w stanie uzyskiwać średnie wyniki w zakresie przeżywalności i skutecznego leczenia, zgodnie z założeniami autorów tego programu, porównywalne do wyników państw starej Europy, czyli tzw. starej piętnastki. Dziękuję bardzo.

Czy ktoś zgłasza uwagi do zaproponowanego porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym poproszę pana ministra o skrótowne, ale podkreślające najważniejsze punkty, przedstawienie sprawozdania zawartego w druku nr 476. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

Mikrofon nie działa? Ogłaszam 3 minuty przerwy. Poczekajmy, bo technicy sejmowi muszą ustalić, dlaczego tak się dzieje, a przecież my wszystko nagrywamy.

*[po przerwie]*

#### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę państwa, ogłaszam koniec przerwy. Mam nadzieję, że tym razem bez większych problemów przystąpimy do realizacji naszego programu. Proszę bardzo, panie ministrze.

#### **Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:**

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, realizacja Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych odbywa się na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Zadania, jakie były realizowane w roku 2011 przedstawiono Wysokiej Komisji w załączniku nr 1. To było łącznie 12 grup zadań, które wyszczególniliśmy. Przyjęte do realizacji w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2011 były pozytywnie zaopiniowane przez Radę do Spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych, czyli organ opiniodawczo-doradczy ministra zdrowia w sprawach programu, który również jest powoływany na podstawie tej ustawy.

Realizatorzy zadań Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych zostali wybrani w drodze postępowania konkursowego prowadzonego w 2011 r., z tym, że realizatorzy zadań inwestycyjnych i niektórych zadań profilaktycznych – przede wszystkim skringingu w kierunku raka jelita grubego i opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe (moduły I i II) byli wybrani w roku 2010 na lata 2010–2011, natomiast realizatorzy badań skringingowych wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i wykrywania raka piersi zostali wybrani w roku 2010 na lata 2011–2015.

Środki zaplanowane na realizację Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, określone w programie, zaakceptowane przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w lutym 2011 r. wynosiły 250.000.000 zł. W ramach realizacji programu, po dokonaniu stosownych przesunięć i zmian środków pomiędzy poszczególnymi jego zadaniami oraz po zwiększeniu budżetu programu o środki finansowe w wysokości ponad 13.500.000 zł – to było przesunięcie z programów wieloletnich na podstawie uchwały Rady Ministrów – a także o środki finansowe w wysokości 203.000 zł, przesunięte z programu badań przesiewowych noworodków, w roku 2011 było łącznie realizowanych 346 umów na kwotę 263.821.000 zł, z czego środki majątkowe stanowiły 203.000.000 zł, a 60.147.000 zł stanowiły środki bieżące. Ostatecznie do 31 grudnia 2011 r. wydatkowano w ramach Narodowego programu łącznie kwotę ponad 259.232.000 zł.

Zgodnie z zapisem ustawowym, minimum 10% tej kwoty muszą stanowić środki wykorzystywane na realizację działań profilaktycznych. I tak, w roku 2011 na cele profilaktyki przeznaczono 49.545.000 zł, czyli mniej więcej 20% całej kwoty, nie licząc oczywiście

środków, które przeznaczył Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację programów profilaktycznych w dziedzinie onkologii. Środki finansowe przeznaczone w 2011 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia na badania profilaktyczne raka piersi to kwota 89.444.000 zł, natomiast na badania profilaktyczne raka szyjki macicy to kwota 19.250.000 zł.

Pomimo wprowadzenia przez ministerstwo bieżącego monitorowania umów na realizację programów inwestycyjnych i profilaktycznych, w szczególności raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego, i dokonania stosownych przeniesień środków finansowych pomiędzy poszczególnymi działaniami wymienionych programów, nie udało się zapewnić pełnego wykorzystania środków finansowych. Pozostała niewykorzystana kwota w wysokości 4.500.000 zł.

Nie wszyscy wykonawcy zadań, przede wszystkim profilaktycznych, zgłaszali zagrożenie niewykorzystania przyznanych im środków, pomimo wystosowania do nich oficjalnych pism z zapytaniami w tym zakresie. W ramach programów profilaktycznych, dopiero przy ostatecznym rozliczaniu umów, duża liczba realizatorów, pomimo braku wcześniejszych sygnałów, wykazała wykonanie zadań nie w pełnym stopniu.

Niewykorzystanie środków przez realizatorów w ramach realizowanych zadań inwestycyjnych, w stosunku do wartości zawartych umów, spowodowane było również tym, że w trakcie postępowań przetargowych realizatorzy uzyskiwali niższe koszty niż zostały określone w umowach. Ponadto niepełne wykorzystanie środków w ramach zadania „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” było spowodowane późnym przesunięciem środków finansowych w wysokości 13.674.000 zł z programów wieloletnich. Środki te przesunięto de facto dopiero w grudniu. Mimo to był to trzeci rok po latach 2010 i 2007 pod względem wysokości wydatkowanych środków na radioterapię.

Zadania realizowane w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych można podzielić na pięć dużych grup tematycznych. Pierwsza grupa to programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów. Druga, to programy inwestycyjne. Trzecia grupa, to programy zmierzające do poprawy jakości diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Czwarta grupa, to programy edukacyjne, a piąta grupa, to inne działania, w tym przede wszystkim poprawa systemów zbierania i rejestracji danych na temat epidemiologii i skuteczności leczenia chorób nowotworowych.

W ramach pierwszej grupy programów profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów prowadzone były działania z zakresu prewencji pierwotnej nowotworów, populacyjne badania przesiewowe wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, raka piersi, raka jelita grubego oraz program nad rodzinami wysokiego, genetycznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe z podziałem na trzy moduły, o których później chciałbym powiedzieć szczegółowo.

Programy inwestycyjne, czyli druga grupa działań realizowanych przez Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, to przede wszystkim: zakup aparatury diagnostycznej w celu wczesnego wykrywania nowotworów; poprawa systemu radioterapii onkologicznej w Polsce poprzez doposażenie i modernizację zakładów radioterapii tak, by zwiększać dostępność do tego typu świadczeń i osiągać światowe standardy dostępności; poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca poprzez doposażenie i modernizację klinik i oddziałów torakochirurgii oraz programy doskonalenia diagnostyki i leczenia białaczek u dorosłych w Polsce, z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z siecią „European Leukemia Net”.

Trzecia grupa działań, to programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów. W ramach tych programów realizowane były programy poprawy leczenia i diagnozowania nowotworów u dzieci, a także kontynuowane były programy kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci, w diagnostyce guzów litych u dzieci, w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci. Kontynuowano i zmodyfikowano program diagnostyki kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. Kontynuowano program oceny jakości życia i stanu zdrowia u dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu onkologicznym. Kolejny program polegał na ograniczeniu niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości.

Czwarta grupa działań, to programy edukacyjne kierowane przede wszystkim do personelu medycznego. W roku 2011 r. realizowane było szkolenie lekarzy specjalistów chirurgii ogólnej z zakresu diagnostyki nowotworów, a także postępowania terapeutycznego i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym.

Pozostałe programy, to przede wszystkim poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych na temat chorób nowotworowych.

Pozwolę sobie teraz odnieść się do poszczególnych działań i omówię je bardziej szczegółowo. Celem badań z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów jest edukacja społeczeństwa i popularyzacja prozdrowotnych postaw sprzyjających zachowaniu zdrowia poprzez upowszechnianie Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, a także poprzez organizowanie kampanii medialnych, edukacyjnych oraz popularyzację i upowszechnianie wiedzy na temat profilaktyki nowotworów, a generalnie, na temat zdrowego stylu życia.

Na te cele w 2011 r. z zaplanowanej kwoty 1.800.000 zł wykorzystano niespełna 1.800.000 zł i podjęto takie działania, jak produkcja i edycja niezbędnych materiałów informacyjnych i edukacyjnych, w tym Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem w nakładzie 21 tys. egzemplarzy, a także w formie dostosowanej dla odbiorców w wieku dziecięcym – w nakładzie 56 tys. egzemplarzy oraz młodzieży. Kolportowano te materiały do zainteresowanych podmiotów. Prowadzono stronę internetową [www.kodekswalkizrakiem.pl](http://www.kodekswalkizrakiem.pl) oraz [www.jakrzucicpalenie.pl](http://www.jakrzucicpalenie.pl) – te działania trwają już od 2007 r. Realizowano ogólnopolskie kampanie mające na celu zmianę postaw zgodnie z zaleceniami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Było to kilkaset wydarzeń na terenie całego kraju o charakterze lokalnym oraz ogólnopolskim. Z większych warto wymienić: obchody Dnia Walki z Rakiem; szkolenia dla wybranych grup zawodowych, między innymi, policjantów ruchu drogowego; obchody Światowego Dnia Bez Tytoniu; akcja z okazji Światowego Dnia Rzucania Palenia; liczne spotkania z młodzieżą w wieku szkolnym w Pałacu Młodzieży i w świetlicach środowiskowych, połączone z wykładami i dyskusjami na temat chorób nowotworowych; organizacja konferencji „Tytoń albo zdrowie”; działania na rzecz popularyzacji najprostszyc form wysiłku fizycznego, w ramach akcji „Chodzę, biegam – więc jestem”; działania na rzecz popularyzacji zdrowego stylu życia, w tym promocja zdrowiej diety, a także ogólnopolskie działania dla zmniejszania zachorowań i umieralności z powodu czerniaka złośliwego – w tym zakresie nawiązano owocną współpracę z Polską Izbą Turystyki; pomoc w rzuceniu palenia poprzez działanie infolinii oraz realizację akcji medialnych i kampanii edukacyjno-informacyjnych; przeprowadzenie ogólnopolskiego badania; realizacja licznych lokalnych programów interwencyjnych przez zakłady epidemiologii, a także inne liczne kampanie medialne.

Dalsze działania odnoszące się do profilaktyki drugiego rzędu, a zatem do badań przesiewowych, to kontynuacja populacyjnego programu przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy i w kierunku raka piersi. Celem tych programów jest przede wszystkim zmniejszenie umieralności i poprawa wykrywalności raka szyjki macicy i raka piersi, a de facto zmniejszenie zachorowalności, bowiem w ramach programu dochodzi do wykrycia zmian przednowotworowych. Możemy zatem mówić o tym, że celem tego programu jest także zmniejszenie zapadalności na chorobę nowotworową.

Trzeba podkreślić, że w Polsce rak szyjki macicy jest szóstym pod względem zapadalności nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet i siódmą nowotworową przyczyną zgonów kobiet w Polsce. Natomiast rak piersi zajmuje pierwsze miejsce w strukturze zarejestrowanych nowotworów u kobiet. Jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet, ale jest drugą przyczyną zgonów nowotworowych kobiet. Myślę, że warto to podkreślić, ponieważ ewidentnie działania z zakresu Narodowego programu prowadzone już od kilku lat spowodowały zmianę w trendzie epidemiologicznym. Mamy więc do czynienia z taką sytuacją, że umieralność z powodu chorób nowotworowych sutka przestała być dominująca w strukturze zgonów kobiet z powodów onkologicznych. Niestety, na pierwsze miejsce wysunął się rak płuca.

Ten program przesiewów populacyjnych jest realizowany przy współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, który finansuje realizowane w ciągu roku badania profilaktyczne w kierunku wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy. NFZ w roku 2011

– jak wspominałem wcześniej – wydał na te cele 89.000.000 zł (są to koszty przesiewu mammograficznego) i 19.200.000 zł na pokrycie kosztów badań cytologicznych. Ministerstwo Zdrowia finansuje część administracyjno-logistyczną tego programu poprzez refundację kosztów osobowych i zadaniowych oraz poprzez realizację zadań powierzonych Centralnemu i wojewódzkim ośrodkom koordynującym.

W roku 2011 na program przesiewowy przeznaczono kwotę 22.198.000 zł. Efektem tych działań było prowadzenie stałej bieżącej koordynacji, a także współpracy z lokalnymi jednostkami samorządu terytorialnego, władzami administracyjnymi, środowiskami lokalnymi i naukowymi, a także instytucjami społecznymi i kościołem. W ramach tej współpracy zrealizowano 403 konferencje edukacyjno-informacyjne, skierowane do różnych grup społecznych i zawodowych, co stanowi wyraźny wzrost w stosunku do lat ubiegłych. Przeznaczono o blisko 60% więcej nakładów i wykonano więcej zadań promocyjnych i edukacyjnych na rzecz uświadamiania i poprawy wiedzy na temat chorób nowotworowych. Przeprowadzono 328 akcji medialnych, 329 happeningów, które miały różną formę i charakter, wyemitowano ponad 4000 spotów radiowych, 1600 spotów telewizyjnych i podejmowano działania w celu zachęcania kobiet do uczestnictwa w spotkaniach. Wyprodukowano i rozdano ponad 1.400.000 ulotek informacyjnych i ponad 245.000 kalendarzyków menstruacyjnych zawierających dodatkowe informacje na temat promocji zdrowia, zdrowego stylu życia oraz podnoszące świadomość w zakresie chorób nowotworowych. Zorganizowano 27 szkoleń, w tym szkolenia teoretyczne dla ginekologów oraz pielęgniarek i położnych, praktyczne szkolenia dla cytodiagnostów oraz 17 szkoleń teoretyczno-praktycznych. Do kobiet z grupy ryzyka zdefiniowanych w programie, a zatem pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, wysłano 2.500.000 zaproszeń na badania mammograficzne, natomiast do kobiet objętych badaniem cytologicznym wysłano 3.355.000 zaproszeń na te badania. Łącznie wysłano 5.861.000 zaproszeń.

W ramach działań mających na celu kontrolę i poprawkę jakości udzielanych świadczeń, zespoły fizyków medycznych, wytypowane przez ośrodki koordynujące, na podstawie upoważnień Ministra Zdrowia, przeprowadziły na terenie całego kraju kontrolę jakości badań mammograficznych u świadczeniodawców, którzy realizują program profilaktyki raka piersi. W 2011 r. przeprowadzono ogółem 398 kontroli, w wyniku których 341 pracowni mammograficznych uzyskało wynik prawidłowy, natomiast 57 – nieprawidłowy.

W ramach populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi przeprowadzono audyt zdjęć mammograficznych, który objął 311 ośrodków, w tym 246 z aparatami analogowymi, 65 z aparatami cyfrowymi. Ten audyt zaliczyło pozytywnie 235 ośrodków z aparatami analogowymi i 56 z aparatami cyfrowymi, a więc zdecydowana większość.

W ramach profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy przeprowadzono u świadczeniodawców na terenie całego kraju 100 kontroli jakości badań skринingowych etapu podstawowego oraz 76 kontroli etapu diagnostycznego. Wykonano 803.507 badań cytologicznych u kobiet, co stanowiło objęcie, niestety, nadal tylko 24,4% wskazanej w programie populacji. Wykryto nowotwór u 108 kobiet. Oczywiście liczba wykrytych zmian łagodnych, a więc i liczba podejrzeń raka była znacznie większa. Wykonano 1.113.000 badań mammograficznych, co stanowiło przebadanie 43,48% wskazanej populacji, w tym stwierdzono nowotwór u 3240 kobiet, a u ponad 304.000 kobiet stwierdzono zmiany łagodne.

Wzorem lat poprzednich prowadzono program badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Ten program jest realizowany metodą przesiewu, badaniem endoskopowym, czyli kolonoskopowym raz na 10 lat u osób po 50 roku życia. W roku 2011 program ten był realizowany w 91 ośrodkach. Na realizację tego skринingu zaplanowano środki finansowe w wysokości 16.350.000 zł, wydatkowano zbliżoną kwotę. W efekcie tego programu wykonano ponad 40.000 badań kolonoskopowych, ponad 16.000 badań histopatologicznych, u ponad 15.000 stwierdzono obecność polipów, a u 422 pacjentów wykryto nowotwór jelita grubego.

Dzięki wdrożeniu i realizacji tego programu nastąpił w Polsce wyraźny postęp w osiągniętych wynikach leczenia w zakresie jelita grubego. Między rokiem 2003 a rokiem 2007 odsetek pięcioletnich przeżyć – jest to jeden z uznanych na świecie mierników jakości

opieki onkologicznej – wzrósł od 26% do 46%. W tym czasie średnia europejska wskazywana przez badania EURO CARE wynosiła 49%.

Ponadto realizowano program opieki nad rodzinami wysokiego, genetycznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. Jest to program realizowany w trzech modułach. Moduł pierwszy dotyczy wykrywania nowotworów złośliwych w rodzinach genetycznie uwarunkowanych wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi i raka jelita. Celem tego programu jest identyfikacja możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka. Szacuje się, że mniej więcej 15% przypadków raka piersi w Polsce wiąże się z dziedzicznie uwarunkowaną skłonnością powodującą blisko pięciokrotnie większe ryzyko zachorowania na nowotwór, co stanowi grupę między 60.000 a 100.000 kobiet w wieku między 25. a 70. rokiem życia. Celem programu było zatem zidentyfikowanie na podstawie wywiadów rodzinnych grup ryzyka, rozpoznanie u tych grup genetycznych skłonności do wystąpienia choroby nowotworowej, objęcia tych osób specjalnym programem badań przesiewowych i nadzorem medycznym, zidentyfikowanie kobiet, które są nosicielkami genów BRCA1 i wdrożenie ich do bardziej intensywnej diagnostyki, czyli badania rezonansem magnetycznym, a także dodatkowe, tak zwane interwałowe badanie ginekologiczne.

W 2011 w module pierwszym uczestniczyło 27 genetycznych poradni onkologicznych w całym kraju. Wydatkowano 7.165.000 zł. W efekcie zidentyfikowano ponad 3200 rodzin obciążonych wysokim ryzykiem, a tym samym objęto 7211 kobiet z grupy ryzyka szczególną opieką – nadzorem medycznym. W czasie tego nadzoru u 95 osób wykryto nowotwór piersi a u 27 nowotwór jajnika.

Moduł drugi tego programu, to wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy. Celem tego programu jest identyfikacja osób z zespołem FAP i z zespołem Lynch i zapewnienie im odpowiedniej opieki według standardu ścisłego nadzoru medycznego. Szacuje się, że spośród 10.000 zachorowań na raka jelita grubego 10–15% jest uwarunkowanych zwiększonym ryzykiem rodzinnym. Co najmniej kilkakrotnie jest większe ryzyko zachorowania na nowotwór osób obciążonych genetycznie, a zatem znowu mówimy o populacji 50-100 tys. osób w wieku między 20. a 70. rokiem życia.

Celem programu była identyfikacja, na podstawie wywiadów rodzinnych, grup rodzin o wysokim ryzyku, rozpoznanie u tych rodzin nosicieli genów predestynujących do częstszego występowania choroby nowotworowej jelita grubego, objęcie programami opieki, a w ramach programu objęcie tych osób okresowymi badaniami kolonoskopowymi, gastroskopowymi oraz oznaczeniem markerów nowotworowych. Nakłady na realizację tego modułu wynoszą 878.000 zł. Wydatkowano kwotę niewiele mniejszą. Efektem był zarejestrowanie 635 rodzin wysokiego ryzyka, wykonanie około 200 badań molekularnych oraz objęcie 1606 pacjentów szczególnym nadzorem medycznym. U tych pacjentów rozpoznano 9 zachorowań na raka jelita grubego i 3 zachorowania na raka błony śluzowej trzonu macicy.

Moduł trzeci tego programu odnosi się do wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych u rodzin z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów. Chodzi o siatkówczaka, dziedziczny rozlany rak żołądka i chorobę von Hippel-Lindau.

Celem programu jest identyfikacja możliwie największej grupy rodzin wysokiego ryzyka oraz objęcie tych osób podwyższonym nadzorem onkologicznym. Nakłady finansowe na realizację tego programu w roku 2011 wyniosły 112.000 zł. Dzięki tym środkom zidentyfikowano 84 nowe rodziny – u ośmiu wykryto mutację RB1, a u dziesięciu mutację VHL. W tym czasie wykryto 27 nowotworów siatkówczaka i 45 VHL, natomiast nie wykryto nowotworów żołądka.

Kolejny cel Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych to zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów. W 2011 r. kontynuowano te działania. Ich celem był zakup rezonansów magnetycznych dla potrzeb diagnostyki onkologicznej, w tym dla jednostek, które posiadały ponad 10-letnie urządzenia, a więc uznane już za stare i wymagające wymiany, lub w ogóle nie posiadały wskazanych urządzeń. W 2011 r. wydatkowano na ten cel programu 26.000.000 zł. Dokonano zakupu 8



rezonansów magnetycznych przy założeniu, że udział własny podmiotów, dla których dokonywano zakupów, wynosił 15% wartości kupowanego sprzętu.

W roku 2011, w zakresie poprawy działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce (doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii) kontynuowano powzięte wcześniej cele, z których głównym jest zwiększenie dostępności do leczenia tą metodą. Jest ona obecnie stosowana u 70% chorych na nowotwory złośliwe, ale trendy epidemiologiczne wskazują na to, że zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu radioterapii będzie coraz większe. Szacujemy, że w najbliższych latach co najmniej 100.000 chorych będzie wymagać tego leczenia, a obecnie napromienianiem jest leczonych około 76.000 osób. Warto powiedzieć, że efektem prowadzonego programu jest skrócenie okresu oczekiwania – pierwotnie było to 8–10 tygodni, a aktualnie 4–6 tygodni, w zależności od istniejącego, niestety, geograficznego zróżnicowania dostępności do tych świadczeń. W 2011 r. przeznaczono na te działania kwotę w wysokości 155.000.000 zł. Efektem realizacji programu było zakupienie w 2011 r. 11 przyspieszaczy liniowych, 2 tomografów komputerowych, 3 symulatorów, aparatu do brachyterapii, 5 stacji planowania leczenia, 5 opcji tomoradioterapeutycznych dla posiadanych akceleratorów, aparatu do hipertermii, 2 systemów do synchronizacji oddechowej oraz systemów rozbudowujących i uzupełniających dla systemów planowania leczenia, akceleratorów, kolimatorów, systemów dozymetrii oraz systemy unieruchomień. Udział własny oferenta również wynosił 15%.

W ramach realizacji programu zwiększyła się liczba chorych korzystających z tej metody leczenia. Liczba chorych napromienianych wzrosła z 40.000 w roku 1999 do 76.000 w roku 2011. Skrócił się czas oczekiwania – o czym już wspomniałem. Liczba akceleratorów wzrosła z 70 do 112 i aktualnie Polska zbliża się do europejskiego standardu dostępności, zgodnie z którym jeden aparat przypada na 300.000 osób. W Polsce w tej chwili mamy wskaźnik jeden aparat na 338.000, ale są województwa, gdzie ten wskaźnik jest znacznie lepszy, czyli poniżej 300.000 osób. Nastąpił zatem wyraźny skok technologiczny i poprawa leczenia radioterapeutycznego. 16 ośrodków do planowania leczenia radioterapeutycznego wykorzystuje rezonans magnetyczny, a 7 ośrodków PET.

Kolejny cel programu to poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca poprzez doposażenie i modernizację klinik i oddziałów torakochirurgii. Celem programu jest poprawa dostępności do świadczeń w zakresie leczenia raka płuca, który – warto nadmienić – jest pierwszą przyczyną zgonów mężczyzn i najczęstszym nowotworem u mężczyzn w Polsce, a drugim pod względem częstości nowotworem u kobiet i pierwszą przyczyną zgonów kobiet w Polsce.

Nakłady finansowe na realizację tego programu, w tym na zakup sprzętu specjalistycznego, prowadzenie koordynacji i szkoleń specjalistycznych oraz realizację badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka płuca opiewały na kwotę 15.339.000 zł. W ramach tego programu dokonano zakupu aparatury i sprzętu medycznego dla 21 jednostek, w tym ultraendosonografów, aparatów do badań autofluorescencyjnych, bronchoskopów, kriostatów i wielu innych urządzeń służących do diagnostyki. Dzięki realizacji programu – co warto podkreślić – o 25% spadła w Polsce liczba operowanych pacjentów z wyższym stopniem zaawansowania raka płuca, gdzie leczenie powinno być skojarzone i – co bardzo ważne – o 1/5 zmalała liczba wykonywanych operacji odjęcia płuca z równoczesnym wzrostem o 1/5 operacji usunięcia płata płuca, co jest znacznie mniej okaleczającym sposobem leczenia, a zatem jakością życia pacjentów po usunięciu płata płuca jest zupełnie inna niż po usunięciu całego płuca.

Kolejny program, który był realizowany w roku 2011, to doskonalenie diagnostyki i leczenia białaczek u dorosłych w Polsce z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z European Leukemia Net. Ten program był prowadzony przez Polską Grupę ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych. Wskazywano na wyższy niż w przodujących krajach wskaźnik wczesnych zgonów u chorych na ostre białaczki szpikowe. Wynosi on około 14%, podczas gdy statystyki europejskie podają 7–11%. Przyczyną tego – jak się spodziewamy – może być gorsza baza lokalowa i niewystarczająco dobre leczenie wspomagające. Chodzi tu przede wszystkim o jakość nadzoru higieniczno-epidemiologicznego

go w tym krytycznym momencie, kiedy chorzy wskutek leczenia nie mają praktycznie żadnej odporności.

Nakłady finansowe na realizację programu w 2011 r. obejmowały zakup sprzętu specjalistycznego na potrzeby poprawy leczenia i diagnostyki białaczek. Wydatkowano kwotę blisko 7.000.000 zł. Dokonano zakupu takich urządzeń, jak separatory komórkowe, komory laminarne, wirówki z chłodzeniem do pojemników na szpik, zamrażarki, urządzenia do rozmrażania szpiku, oprogramowanie, chłodziarki z oszklonymi drzwiami i urządzenia do fotoferezy.

Kolejną pozycją były programy poprawy jakości diagnostyki leczenia nowotworów u dzieci. Kontynuowano program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci. Warto wspomnieć, że w 2011 r. prowadzono centralną weryfikację badań immunofenotypu oraz badań cytogenetycznych, w tym badań cytomorfologicznych i immunofenotypu oraz przesyłanie preparatów do badań. Ten program jest i będzie kontynuowany.

Z przeznaczonych na realizację programu w 2011 r. kwoty 993.600 zł wydano kwotę niemal identyczną. W rezultacie w roku 2011 wykonano ponad 190 badań cytogenetycznych i 100 badań immunofenotypu, co prowadziło do poprawy efektywności leczenia. Uzyskano obniżenie poziomu toksyczności i kosztów leczenia, utworzono bazy danych o pacjentach z rozpoznaniem białaczek limfoblastycznej i szpikowej, zmniejszono liczbę błędów diagnostycznych oraz zwiększono precyzję klasyfikacji poszczególnych pacjentów do grup ryzyka, umożliwiono poprawę wyników leczenia poprzez zastosowanie bardziej intensywnego leczenia u dzieci z cechami niekorzystnymi rokowniczo, zwiększono liczbę przypadków całkowitych wyleczeń u dzieci z białaczką.

Kolejnym programem realizowanym w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych był program kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci. Jego celem była poprawa wyników leczenia dzieci z nowotworami litymi, zwiększenie wiarygodności badań patomorfologicznych, zredukowanie kosztów leczenia, zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia. Na te cele wydatkowano kwotę 218.500 zł. W efekcie sfinansowano wykonanie 295 weryfikacji badań patomorfologicznych i ponad 100 weryfikacji badań immunohistochemicznych.

Kolejny program – kontrola jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci. Jego celem była poprawa wyników leczenia dzieci z chłoniakami nieziarniczymi, zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia, zredukowanie kosztów leczenia. Na ten cel wydatkowano kwotę 334.000 zł.

Następnym był program kompleksowej diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. Jest to program nakierowany na poprawę wyników leczenia oraz jakości i długości życia dzieci chorujących na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego, wypracowanie optymalnych metod kompleksowego leczenia poszczególnych rodzajów nowotworów u dzieci, obniżenie kosztów leczenia. Na ten cel wydatkowano kwotę 234.000 zł.

Kolejnym programem realizowanym w 2011 r. był program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu onkologicznym. Jego celem było zidentyfikowanie odległych następstw w zakresie stanu zdrowia i jakości życia u dzieci. To jest problem, który wskutek poprawy leczenia onkologicznego jest coraz częściej podnoszony. Chodzi o zwiększenie ryzyka zapadalności na kolejne nowotwory w późniejszych latach życia, co dotyczy zwłaszcza pacjentów dziecięcych onkologicznych, bo przecież ich czas życia jest długi, co uzmysławia konieczność prowadzenia szczególnego nadzoru przez kilkadziesiąt lat w stosunku do tych osób, które zostały wyleczone w wieku dziecięcym. Nakłady finansowe na realizację tego programu wyniosły niespełna 350.000 zł.

W roku 2011 był realizowanym również program w zakresie ograniczenia niepełnosprawności dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości. Jest to program kierowany do osób po leczeniu guzów kości w celu wypracowania zasad optymalnego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadku najczęstszych guzów kości, ograniczenie niepełnosprawności u dzieci i młodzieży z nowotworami układu kostno-mięśniowego i utrzymanie równego dostępu do tej formy leczenia wszystkim pacjentom – tu chodzi przede wszystkim o umożliwienie dostępu do endoprotez stosowanych

po resekcji guza. Nakłady finansowe na ten cel wyniosły 4.130.000 zł. Dzięki temu przeprowadzono 40 ekspertyz dotyczących kwalifikacji do określonej protezy, wprowadzono bazę danych chorych na nowotwory złośliwe kości oraz zakupiono i wszczepiono 42 endoprotezy onkologiczne.

W roku 2011, wzorem lat poprzednich, prowadzono także programy edukacyjne, w tym szkolenie lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej z zakresu diagnostyki nowotworów, postępowania terapeutycznego oraz opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. Celami tego programu była poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych u osób dorosłych poprzez szerokie włączenie lekarzy specjalistów chirurgii do procesu radykalnego i paliatywnego leczenia onkologicznego, a także poprawa dostępności chorych do specjalistycznego leczenia onkologicznego, optymalizacja postępowania chirurgicznego odnośnie do nowotworów złośliwych, czyli zmniejszanie zakresu istotnie okaleczającej operacji i poprawa jakości życia chorych na nowotwory złośliwe w wyniku zwiększania liczby lekarzy przeszkolonych w prowadzeniu tego typu operacji.

Warto zauważyć, że około 70% nowotworów w Polsce jest rozpoznawanych w stadium zaawansowanym, w przypadku którego wyniki leczenia są złe, a osiągnięcie wskaźnika 2-letniego przeżycia bez obecności nowotworu lub progresji, niestety, nie jest możliwe. Istnieje zatem pilna potrzeba (Narodowy program realizuje te działania) zaangażowania znacznie większej niż dotąd liczby lekarzy, przede wszystkim lekarzy pierwszego kontaktu, w poprawę dostępności i wczesne wykrywanie nowotworów, co dawałoby szansę na poprawę skuteczności leczenia, a także ograniczenie kosztów leczenia nowotworów złośliwych. W 2011 r. uznano, że taką grupą szkoloną staną się chirurdzy ogólni. Tych lekarzy w Polsce jest ponad 6000.

Może nieco skróć swoją wypowiedź. Nakłady finansowe na realizację tego programu w 2011 r., wyniosły blisko 600.000 zł. W wyniku wydatkowania tej kwoty powołano Komitet Naukowy, który opracował program szkolenia, materiały naukowe i materiały instruktażowe w poszczególnych zakresach tematycznych objętych programem szkolenia. Przeszkolono łącznie 441 lekarzy chirurgów z zakresu diagnostyki nowotworów, postępowania terapeutycznego, opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. Cykl tych szkoleń zakończony został pisemnym egzaminem przygotowanym centralnie przez Komitet Naukowy. Wskaźnik efektywności szkolenia oparty na procentowej proporcji liczby uczestników, którzy zdali egzamin, w stosunku do całkowitej liczby lekarzy, którzy uczestniczyli w szkoleniu, wyniósł 100%, co świadczy o tym, że osoby te zostały przeszkolone właściwie.

Ostatni punkt – pozostałe programy. W tym punkcie, w materiałach przesłanych Wysokiej Komisji, umieściliśmy dane na temat realizacji programu poprawy działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach. Celem tego programu jest utrzymanie wysokiej jakości i kompleksowości rejestracji danych o nowotworach w 16 rejestrach wojewódzkich i Krajowym Rejestrze Nowotworów. Nakłady finansowe na tę część Narodowego programu wyniosły 1.615.000 zł. W efekcie podtrzymano wzrost poziomu kompletności danych gromadzonych przez Krajowy Rejestr Nowotworów i wojewódzkie rejestry, poprawiono stan wyposażenia rejestrów w sprzęt specjalistyczny wykorzystywany do rejestracji danych. W ramach programu realizowano szkolenia specjalistyczne, które umożliwiały stosowanie najnowszych metod rejestracji zgodnych z wymaganiami Unii Europejskiej.

Panie przewodniczący, dziękuję.

#### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Rozumiem, że reszta materiału zawarta jest w suplemencie i w drugiej części, czyli w planach na rok 2012 i 2013, które są tam załączone.

Czy jeszcze ktoś z pana zespołu chciałby coś dodać do tego sprawozdania? Jeśli nie, pozwolę sobie otworzyć dyskusję. Zapraszam panie i panów posłów do zadawania pytań.

Zgłaszają się pani poseł Hryniewicz i pan poseł Hoc. Proszę uprzejmie.

#### **Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za to sprawozdanie. Pewnie byłabym bardzo zadowolona, gdyby nie to, że po bardzo szczegóło-

wej lekturze, na podstawie przedstawionych informacji, nie jestem w stanie odtworzyć struktury wydatków. Bardzo bym prosiła, żeby to sprawozdanie uzupełnić, przedstawiając rodzajową strukturę wydatków w poszczególnych latach. Chciałabym po prostu wiedzieć, ile pieniędzy między innymi idzie na działania związane bezpośrednio z programem, a ile na inwestycje. Tam oczywiście są podane dane dotyczące inwestycji, ale prosiłabym o uzupełnienie tego sprawozdania także o ocenę wykorzystania sprzętu, bo jeśli kupujemy bardzo drogi sprzęt, to ma być on wykorzystywany. Sprzęt to nie jest starożytna biżuteria, której wartość wzrasta wraz z wiekiem, tylko jego wartość z wiekiem maleje.

Następna sprawa. Jestem posłem z województwa podkarpackiego i byłabym bardzo zobowiązana, gdybym na podstawie tego sprawozdania mogła moim wyborcom powiedzieć, że województwo podkarpackie jest pod lepszą lub gorszą opieką, że idą tam mniejsze lub większe środki. Jest niezwykle ważne, aby uzupełnić to sprawozdanie o informację o realizacji tego programu w poszczególnych województwach i o dostępności opieki onkologicznej w poszczególnych województwach.

Panie ministrze, jeśli pan tak dobrze ocenia tę dostępność, to może jutro albo któregośkolwiek innego dnia pojedziemy na Ursynów, do Instytutu Onkologii, i zobaczymy o 7 rano kolejkę, która się tam kłębi, i chorych, którzy przyjeżdżają tam z całego kraju i czekają często do godziny 16, 17 a nawet 18, żeby przyjął ich często dobry, ale nierzadko nie dość przygotowany specjalista. Jak to jest – jeśli pan ocenia, że dostępność się polepsza – że kolejki w Instytucie Onkologii w Warszawie, na Ursynowie, nie zmniejszają się? Jak to jest, że dostępność usług onkologicznych jest niedostateczna? Jeżeli nie wykonuje się niektórych programów, a jednocześnie rozsyła się pod koniec roku zawiadomienie o badaniach profilaktycznych raka piersi, które odbywają się chyba w kilkudziesięciu przychodniach w Warszawie – jestem od dawna pacjentką Instytutu Onkologii, więc dlatego moje zainteresowanie tą dziedziną jest szczególnie duże – wskazując oczywiście, żeby zgłaszać się do przychodni, które – w moim przekonaniu – dopiero od niedawna zaczęły się specjalizować w tych badaniach profilaktycznych, to wydaje mi się, że nie ma w tym zakresie koordynacji ani na szczeblu ministra, ani na szczeblu ośrodka mazowieckiego.

Ostatnia sprawa, o której informacji bardzo pilnie szukałam w tym sprawozdaniu. Wynika ona z moich obaw, jakie miałam przy omawianiu poprzedniego sprawozdania. Otóż, piszą państwo o tym, że przeszkoliliście lekarzy chirurgów i radioterapeutów. Podane są duże liczby. Chciałabym jednak zapytać, czy przełamana została niechęć lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy rodzinnych do szkolenia w zakresie wczesnego wykrywania chorób nowotworowych i profilaktyki nowotworowej. To są ci lekarze, którzy mogliby znacznie zmniejszyć – podkreślam, znacznie – liczbę zaawansowanych chorób nowotworowych dzięki swojej pracy i starannemu badaniu. Jeżeli w poprzednim sprawozdaniu piszą państwo, że oni nie chcą się kształcić, to przecież Narodowy Fundusz Zdrowia ma swoje możliwości, aby ich zachęcić, także finansowo, do podjęcia takich działań.

I jeszcze jedna sprawa, która mnie trochę zadziwiła. Jeżeli dają państwo ocenę realizacji tych programów konsultantom krajowym z poszczególnych dziedzin, to mogę panu bez czytania powiedzieć, że są tam różne wyrażenia, że następuje istotny postęp, że jest coraz lepsza jakość i inne ogólne wyrażenia. Chciałabym jednak, żeby w takim sprawozdaniu, i w pracy nad nim, pokusić się o przeprowadzenie oceny według pewnych mierzalnych kryteriów. A takim mierzalnym kryterium jest odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych. Jeśli przyjrzymy się temu w statystykach Głównego Urzędu Statystycznego, to odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych w Polsce nie spada, a rośnie. Można zajrzeć chociażby do danych, które systematycznie publikuje Rządowa Rada Ludnościowa w raporcie o sytuacji demograficznej Polski. Jeżeli realizacja programów kardiologicznych przyniosła istotny, kilkuprocentowy spadek zgonów z powodu chorób układu krążenia, to w przypadku chorób nowotworowych ich udział w ogólnej liczbie zgonów wciąż jest bardzo wysoki. Mniej więcej co czwarty zgon w Polsce następuje w wyniku chorób nowotworowych. Bardzo dziękuję.

### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Hoc, a później pan przewodniczący Maciej Orzechowski.

### **Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Będę mieć pytania głównie do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, aczkolwiek również do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Trudno wyrazić swoją opinię, jeśli rejestrujemy dwie rzeczywistości albo jej dwa, zgoła odmienne stany, bo z jednej strony mamy do czynienia z rzeczywistością dramatyczną. Przypomnę, że co roku w Polsce 130.000 osób dowiaduje się, że ma raka, a 85.000 z nich umiera, a więc umiera około 60% ludzi, u których rozpoznaje się raka. To jest dramatyczna sytuacja.

Jeśli rejestrujemy taką rzeczywistość, że głównym wskaźnikiem, który mówi o wydolności służby zdrowia, o systemie służby zdrowia i skuteczności leczenia, jest wskaźnik przeżywalności – pięcioletniego przeżycia, to w Polsce jest tak, jak jest. Wskaźnik nie jest zły, ale nie jest dobry w porównaniu z państwami Europy Zachodniej, a przede wszystkim Anglii, Danii czy Szwecji, gdzie jest wskaźnik przeżycia do 60%. W Polsce, w przypadku kobiet, jest 50–40% itd. Drugim wskaźnikiem jest czas od wykrycia choroby nowotworowej do włączenia nowoczesnego leczenia – chemioterapii czy leczenia biologicznego. Ten czas jest w Polsce bardzo wydłużony, jeden z najdłuższych w Europie. Trzecim wskaźnikiem – mówiłem o tym często – są nakłady na leczenie nowotworowe. W Polsce jest to 41 euro na jednego mieszkańca, a w krajach Europy Zachodniej 148 euro. To jest właśnie ta dramatyczna, zła rzeczywistość.

A drugi stan, który pan minister długo opisywał, to rzeczywistość mówiona i pisana, która wydaje się bardzo satysfakcjonująca w opinii pana ministra i innych osób. Natomiast w opinii obywateli, pacjentów i nas – lekarzy i posłów, jest fatalnie, nie ma poprawy. Może jest wzrost wykrywalności, ale przeżywalność jest taka sama albo niekiedy mniejsza. Patrząc na to sprawozdanie, myślę, że jest to pudrowanie rzeczywistości i tego programu, który w swojej istocie jest dobry. Dobrze, że jest Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, ale jego realizacja trwa siódmy rok, więc musimy mieć efekty. Jeśli po siódmym roku nie mamy efektów, to znaczy, że coś jest źle, że trzeba wszystko zrewidować, poddać głębokiej refleksji, dokładnie zanalizować i wyciągnąć wnioski, a nie pudrować, zaklinać rzeczywistość i mówić, że jest dobrze.

Sięgamy do suplementu, gdzie na stronie 6 jest zdumiewająca informacja i ocena. Jeśli ona jest prawdziwa, to *chapeau bas* – kapelusze z głów – i wielki szacunek. Jest tam napisane, że w Polsce, w ciągu ostatniej dekady nastąpiła poprawa wskaźnika przeżyć w przypadku raka piersi u kobiet o 13 punktów i wskaźnik przeżycia wynosi teraz 75%, podczas gdy wiemy, że Polki zabija przede wszystkim rak piersi. Tu jest napisane, że wskaźnik przeżywalności wynosi 75%, czyli najwięcej na świecie. Jeśli więc jest to informacja prawdziwa, to jest to zdumiewające. Natomiast jeśli jest to tylko informacja tego typu, że ktoś to pisze, a ktoś inny podpisuje i nie wie, co podpisuje, to trzeba z tego wyciągnąć konsekwencje, bo w tak poważnych sprawach podawanie takiej informacji jest nieprzyjemne... Chyba że jest to prawda, ale byłoby to opisywane we wszystkich periodykach medycznych na świecie, że w Polsce przeżywalność w przypadku raka piersi wynosi 75%.

Dalej. W suplementie na stronie 4 jest tabelka, gdzie wymienione są osiągnięte wyniki z realizacji badań skryningowych w ramach programu, w poszczególnych latach. Konia z rzędem temu, kto wyciągnie z tego jakkolwiek wniosek, bo zwróćmy uwagę na to, że w 2006 r. liczba podejrzeń raka piersi wyniosła 52.620, a rzeczywistych zachorowań było 1558. Czyli skuteczność podejrzeń wyniosła około 3%. Na przykład w roku 2010 na 4952 podejrzenia było 4810 wykrytych raków piersi – skuteczność prawie 100-procentowa. Można myśleć, że w 2006 r. nie mieliśmy tak dobrej aparatury, doświadczenia, ale w 2011 r. tylko w dwóch miesiącach jest 5376 podejrzeń, a ponad 3000 wykrytych raków. Czyli, praktycznie nic nie można z tego wywnioskować. Najlepiej byłoby, gdybyście podali wskaźnik śmiertelności – że w 2006 r. tyle kobiet w Polsce umierało na raka piersi, potem tyle, a potem tyle. Wtedy wiedzielibyśmy, czy ten wskaźnik się

zmniejsza. Co z tego, że mamy informację, iż następuje wzrost wykrywalności? Wiadomo, że gdy zaprosimy na badania więcej kobiet, a dokonaliśmy tak potężnych inwestycji w nowoczesny sprzęt – i dobrze – to będzie większa wykrywalność, ale chodzi o to, czy zahamujemy śmiertelność, czy zmniejszymy nadumieralność w tych chorobach. I to jest istota sprawy. Nas nie będzie potem interesować to, czy je dobrze wykrywamy, ale to, jak je leczymy. A leczymy tak, jak powiedziała pani profesor – proszę wejść do Centrum Onkologii i zapytać każdego, kto ma raka, czy ma nowoczesne leczenie. Oczywiście, otrzymuje standard, ale jeśli jest on nieskuteczny, to koniec. Wtedy przychodzą ludzie do posłów, do znajomych lekarzy i błagają o pomoc, bo terapia immunoglobulinami czy przeciwciałami monoklonalnymi humanizowanymi kosztuje bardzo dużo. Mówi się pacjentowi, że ten lek byłby lepszy, co więcej, lekarze onkolodzy mówią do pacjentów w ten sposób – ten lek, który pani dostaje, to jest standard, ale jest lek lepszy. Jakby panią było stać, to mogłaby pani go sobie zakupić – a kuracja roczna lekiem biologicznym kosztuje 150.000 zł. Musimy więc rejestrować rzeczywistość, która istnieje na zewnątrz, natomiast nie możemy się poddawać temu, co nam tu podajecie, bo po prostu pudrujecie te sprawy, a w tak poważnych sprawach nie wolno tego robić.

W związku z tym mam propozycję, ponieważ niebawem kończy się 10-letni Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. W siódmym roku jego działania powinniśmy mieć konkretne wyniki, a praktycznie ich nie mamy, poza tym, że tu dobrze opisujecie te sprawy. Przeczytałem pewne sformułowania: „Należy stwierdzić, że w latach 2006–2008 wykrywalność raka piersi stopniowo wzrasta, natomiast wskaźnik umieralności ulega stopniowemu zahamowaniu. Rosnąca zachorowalność na raka piersi, przy ustabilizowanym trendzie umieralności, świadczy o poprawie wykrywalności i/lub leczenia”. Zdajecie sobie sprawę z tego, co tu jest napisane – po prostu ble, ble. Jest to napisane tak, żeby nikt nie widział, o co chodzi. Niby jest wzrost i poprawa, a fakty są dramatyczne.

Jaki jest wniosek? Konkretny wniosek jest taki, że państwo przygotowują Komisji Zdrowia konkretny raport – krótki i zwięzły – czy są konkretne efekty tego siedmioletniego już trwania bardzo dobrego z założenia programu zwalczania chorób nowotworowych. I przestańmy już bawić się w omamianie i manipulowanie informacjami. Ma to być konkretna informacja o tym, jakie pieniądze są zaangażowane i jaki jest skutek – czy Polki i Polacy rzadziej umierają na choroby nowotworowe i czy mają dostęp do nowoczesnego leczenia choroby nowotworowej. I to jest *clou* wszystkiego, a nie te wszystkie informacje. To jest po prostu naigrywanie się albo niepoważne traktowanie Komisji Zdrowia, posłów, lekarzy i fachowców. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Maciej Orzechowski.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, postaram się mówić krócej niż mój przedmówca.

Ponieważ medycyna – mimo że ją trudno sparametryzować tak, jakbyśmy chcieli – dąży w kierunku *evidence-based medicine* i do parametryzacji, to rzeczywiście warto byłoby pokusić się w tych corocznych sprawozdaniach o to, żebyśmy parametrycznie wiedzieli, dokąd zmierzamy, czy w którym momencie jesteśmy. Jeśli Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych zakładał pewne cele, to chcielibyśmy znaleźć w tych sprawozdaniach informację o tym, jak bardzo do tych celów się zbliżamy, w jakim tempie, i co w międzyczasie dzieje się w Europie czy na świecie. Wtedy moglibyśmy powiedzieć, czy pieniądze są wydatkowane we właściwy sposób i ile jeszcze będziemy musieli wyłożyć środków, żeby zakładane cele osiągnąć. Tego, niestety, nie znajdujemy w tym sprawozdaniu, podobnie jak w poprzednich.

Poprzednie sprawozdanie – od razu odpowiem na jedno z pytań pani poseł Hrynkiwicz – zawierało informację o tym, iż zrezygnowano ze szkolenia lekarzy rodzinnych po negatywnej ocenie Najwyższej Izby Kontroli i niewielkim zainteresowaniu samych lekarzy. Nasuwa się więc pytanie, które kieruję do Ministerstwa Zdrowia. Wydaje się, że

lekarze rodzinni powinni być tym sitem, które z jednej strony wylapuje takie przypadki, a z drugiej strony prowadzi *follow-up* tych pacjentów, ma nad tym jakąś kontrolę.

Kolejną sprawą, na którą zwróciłem uwagę, było wydatkowanie środków. Znajdujemy tabele, w których opisuje się, że kupiono taki czy inny sprzęt, że kosztowało to mniej czy więcej pieniędzy, że ten sprzęt jest bardzo nowoczesny, ale brak informacji o tym, jak ten sprzęt jest wykorzystywany i jakie są cele wykorzystywania tego sprzętu. Jeśli kupujemy kolejny PET, to chciałbym wiedzieć, jakie wykorzystanie tego sprzętu zakładamy – ilu pacjentów mamy dzięki temu przyjąć i czy jest to realizowane.

Wreszcie, nie znajduję w tym sprawozdaniu informacji – może to by się przydało ze względu na jego wielkość – w jakich stadiach nowotwory są wykrywane. Profilaktyka czy badania skryningowe mają na celu przede wszystkim wykrycie choroby, zmniejszenie śmiertelności i zachorowalności pacjentów. Skutkiem tego ma być zmniejszenie kosztów leczenia. Każdy nowotwór wykryty we wczesnym stadium to same plusy w tych sytuacjach, które wymieniłem. Natomiast nowotwór wykryty późno, to tak naprawdę leczenie paliatywne tego pacjenta, a wcześniej niezwykle kosztowne próby leczenia chemioterapią czy radioterapią. Teraz pytanie – czy my w tym skryningu, i w jakim procencie, znajdujemy wczesne stadia nowotworów czy rozpoznajemy już bardzo późne.

To, co chyba najbardziej wszystkich martwi, to jest brak sposobu mierzenia wszystkich akcji profilaktycznych, promocyjnych. Czytamy o tym, że są poszczególne akcje w radio, telewizji i Internecie, że są strony internetowe, broszury, ale nie mamy informacji zwrotnej, na ile wszystkie te akcje przekładają się na wzrost świadomości społeczeństwa. Chciałbym wiedzieć, na przykład, po wyłożeniu 2.000.000 czy 5.000.000 zł na akcje telewizyjne, czy świadomość naszych obywateli w wyniku takiego czy innego badania skryningowego wzrosła z 30% do 34%. Wtedy mielibyśmy odpowiedź na pytanie, w jaki sposób liczba uczestników spotkań, sama liczba tych spotkań czy materiałów, które są rozsyłane, przekłada się na późniejszą zgłaszalność do programów profilaktycznych. Jest to olbrzymi kamień, który nam ciąży, bo nie jesteśmy w stanie przekroczyć bariery kilkudziesięciu procent. A jeśli nie jesteśmy w stanie jej przekroczyć, to, tak czy owak, pacjenci onkologiczni nadal będą i nie poprawią się nam wskaźniki zarówno zachorowalności, jak i umieralności, bo często z tych pacjentów niezgłaszających się na badania skryningowe będą się rekrutować ci, którzy te sumaryczne wyniki zachorowalności i śmiertelności będą pogarszać.

Oczekiwałem, bo chyba nie jesteśmy jedynym krajem, który prowadzi takie badania skryningowe – doświadczenia w różnych krajach po kilkunastu czy kilkudziesięciu latach są bardzo obiecujące – żeby tego typu diagnozę postawić, bo będzie nam łatwiej oceniać parametrycznie, że coś się poprawiło, jak daleko jesteśmy, tak naprawdę, od zakładanych celów i gdzie w tym czasie powędrowała Europa i świat. Dziękuję.

#### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani przewodnicząca Szymiec-Raczyńska.

#### **Posel Halina Szymiec-Raczyńska (RP):**

Dziękuję bardzo. Mam pytanie do pana ministra. Od pięciu lat programy profilaktyczne – mówię o programach raka szyjki macicy i raka piersi – są realizowane z wielomiesięcznymóźnieniem. W tym roku ruszyły dopiero pod koniec czerwca, mimo że świadczeniodawcy podpisują umowy na przełomie września i października. My naprawdę tracimy pacjentki, które mogłyby wykonać badania. Czy państwo nie biorą pod uwagę możliwość podpisywania wieloletnich umów z firmami, które wysyłają zaproszenia, bo z tego co się zorientowałam, cały problem polega na wysyłaniu zaproszeń do pacjentek?

Następne pytanie dotyczy mammobusów. Bardzo często się zdarza, że pacjentki przynoszą do mnie wyniki badań mammograficznych z mammobusów, które ze względów technicznych nie są możliwe do oceny. Ja takich wyników mam bardzo dużo. Dużo z nich wysyłałam do dolnośląskiego WOK-u i nie wiem, czy z tym coś jest robione, czy mammobusy kontrolowane są w ten sposób, że ktoś sprawdza numery seryjne mammografu z wynikami robionych badań. Czy te mammobusy nie są podstawiane? Ja naprawdę mam problemy z tymi pacjentkami, a mam wątpliwości odnośnie do wiarygodności wykonywanych badań, bo potem jako lekarz robię dalsze badania i nie wiem, czy

badanie z mammobusu jest dla mnie na tyle wiarygodne, że mogę mu zaufać i odstąpić od robienia USG i dalszych badań, czy każdą pacjentkę mam dalej diagnozować ultrasonograficznie. Bardzo proszę o zastanowienie się.

I jeszcze jedno. Umowy na realizację programu profilaktycznego raka szyjki macicy są podpisywane na rok, jeżeli więc któryś ze świadczeniodawców – mówię o świadczeniodawcach mniejszych, niepaństwowych – chce zainwestować w nowy sprzęt, to może być pełen niepokoju, bo nie wie, czy za rok będzie mieć podpisaną umowę, czy jemu opłaci się inwestować w ten sprzęt. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Ziętek.

**Poseł Jerzy Ziętek (PO):**

Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący. Dziękujemy za skrupulatne i szczegółowe przedstawienie sprawozdania z realizacji programu za 2011 r. Na podstawie ostatniej konferencji przeprowadzonej w Sejmie na temat raka szyjki macicy przy udziale ministra Sopińskiego, związanej z Polską Koalicją na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, chciałbym zapytać o sprawę profilaktyki raka szyjki macicy, a myślę o profilaktyce pierwotnej.

Wiemy o tym, że dyskusja na temat szczepień HPV toczy się już od dawna. Były już oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych, początkowo negatywne. Ze źródeł ministerialnych wiemy, że ponownie zwrócono się do tej Agencji o ocenę. Widzimy, że w 2011 r. nie było tych szczepień, ale, na jakim etapie jest ta ocena Agencji i czy jest możliwość uwzględnienia w planach na lata 2013 i 2014 koniecznej prewencji pierwotnej raka szyjki macicy i wprowadzenia jakiegoś finansowania? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, jeszcze raz pani przewodnicząca.

**Poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Pokuszę się o małe podsumowanie, ponieważ tak się złożyło, że w tym roku już po raz kolejny rozmawiamy na tematy związane z onkologią i profilaktyką. Po raz drugi w tym roku przyjmujemy sprawozdania z wykonania Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Odbyła się konferencja, o której mówił pan poseł i zajmowaliśmy się tym problemem również na posiedzeniu podkomisji zdrowia publicznego. Myślę więc, że świadomość posłów w tym zakresie jest dość duża. Natomiast powiem tak, panie ministrze, to sprawozdanie jest bardzo obszerne, ale jest kalką tego, które było w roku 2010, a nawet w roku 2009, które mam ze sobą. Oczywiście, zmieniają się wartości w liczbie badań, w liczbie wykrytych nowotworów, ale absolutnie nie zmienia się polityka i nie zmieniają się cele, do których dążymy. Rozumiemy, że głównym celem jest zmiana wskaźników, nie tylko umieralności, a przede wszystkim zachorowalności na nowotwory, natomiast z tych sprawozdań i z tego, co pan minister dzisiaj powiedział – z całym szacunkiem do programu, bo wszyscy tu chylimy czoła, że taki program jest i są pieniądze, które na to wydatkujemy – nie wynikają efekty tego programu.

Przy przyjmowaniu poprzedniego sprawozdania zwracaliśmy uwagę na ten problem. Chcieliśmy wiedzieć, jakie efekty osiągnięto przez te wszystkie lata, i co należy zmienić, w którym kierunku poprowadzić profilaktykę raka szyjki macicy czy raka piersi, ażeby zwiększała się liczba kobiet, które zgłaszają się na badania. Wydaje mi się więc, że posłowie dzisiaj czekają bardziej na tego typu odpowiedź, a nie na szczegółowe sprawozdanie, które każdy z nas, jeżeli zechce, to sobie przeczyta. Dlatego też, jeżeli widzę z danych – mówię głównie o tych dwóch nowotworach – że liczba kobiet, które przystępują do programu, badają się, nie zwiększa się – 23% w przypadku raka szyjki macicy i jeśli dobrze pamiętam 42% w przypadku raka piersi – to znaczy, że mamy jakiś problem.

Osobiście uczestniczyłam w wielu konferencjach, gdzie mówi się o tym, że mamy problem z wysyłanymi zaproszeniami, kobiety mają niską świadomość, że nie odpowiadają. To jest nasz problem, nad tym powinniśmy popracować i to zmieniać. Dlatego też na posiedzeniu podkomisji zdrowia publicznego, kiedy rozmawialiśmy o nowotworach, przygotowaliśmy dezyderat. Tu, na posiedzeniu Komisji Zdrowia, zwracam się do pana przewodniczącego, aby poddał pod głosowanie Komisji Zdrowia ten dezyderat, w któ-



rym apelujemy do pana, panie ministrze, o pewną zmianę filozofii w prowadzeniu tych programów, bo to jest najważniejsze, i o to, abyśmy mogli wiedzieć, jakie są tego efekty i do czego, w jakim czasie się przymierzamy, jakie cele sobie wytyczamy do osiągnięcia za 2 lata, a jakie za 10 lat. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Latos.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, dziękuję za tę informację. Już kilka lat obserwujemy funkcjonowanie tego programu, a jeszcze kilka przed nami.

Chciałem powiedzieć, że w znacznym stopniu zgadzam się z tym, co powiedział pan przewodniczący Orzechowski. Rzeczywiście, panie ministrze, potrzeba określenia miejsca, w którym jesteśmy i naszego miejsca w stosunku do innych krajów, tego, jak wygląda nasza sytuacja. Wydajemy przecież niemałe pieniądze na ten niezwykle ważny program. Musimy też określić, jaki jest nasz cel, co chcemy osiągnąć.

Z pewnością jednym z tych problemów, w wyniku których zachorowalność na nowotwory w Polsce jest ogromna, a skuteczność leczenia gorsza niż w wielu krajach świata, jest odpowiednio wczesna wykrywalność i późniejszy dostęp do dalszej diagnostyki i leczenia. Na pewno nakłady, które już poza tym programem są przeznaczane z Narodowego Funduszu Zdrowia, są zbyt małe i jeszcze długo będą zbyt małe, aby te wszystkie potrzeby zaspokoić. Natomiast jeśli mówimy o diagnostyce, ważne jest też to, w jakim kierunku będziemy szli w najbliższych latach.

Panie ministrze, widzę, że wśród zaproszonych gości i pana współpracowników jest również konsultant krajowy w dziedzinie radiologii, pan prof. Walecki – znakomity ekspert i wspaniały lekarz i autorytet w środowisku. Ponieważ pan minister mówił o zakupach zarówno tomografów komputerowych, jak i rezonansów magnetycznych, chętnie bym się dowiedział, jakie są plany na najbliższe 3 lata. Czy nie warto byłoby, na przykład, w mniejszym stopniu kupować tomografy komputerowe, a w większym postawić na rozwój diagnostyki poprzez zakup rezonansów magnetycznych? Jest badanie niewątpliwie mniej inwazyjne w stosunku do tomografii komputerowej. Oczywiście, te zakupy były niezwykle ważne i potrzebne, ale jednak ich inwazyjność jest duża. W kontekście dyskusji o chorobach nowotworowych warto ten czynnik uwzględnić. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Jarosław Katulski, proszę.

**Poseł Jarosław Katulski (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Chciałbym pokrótce podsumować niektóre wypowiedzi moich przedmówców, z którymi w większości się zgadzam – chodzi o panią przewodniczącą Małecką-Libereę, pana przewodniczącego Orzechowskiego, a również pana przewodniczącego Piechę, który też się wypowiedział.

Ja byłem sprawozdawcą przy podsumowywaniu poprzedniego sprawozdania i jego opiniowaniu i chciałem zwrócić uwagę na pewną rzecz. Wtedy prawie jednogłośnie pozytywnie zaopiniowaliśmy realizację programu, zwracając uwagę na to, o czym mówili moi poprzednicy, i zapowiedzieliśmy, że nadal będziemy pozytywnie opiniować Narodowy program i jego efekty pod warunkiem jego znacznej modyfikacji, żeby zwrócić uwagę na to, że nie powinniśmy już bezkrytycznie ponosić dużych nakładów finansowych na zakupy inwestycyjne. Zwróciliśmy uwagę na to, że zbyt mało pieniędzy wydaje się na edukację. Jest to skromny wydatek, jeśli chodzi o wydawanie pieniędzy z Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Chcielibyśmy usłyszeć odpowiedź, czy o tym w ogóle się mówi, czy następne sprawozdanie, które będzie dotyczyć roku 2012, będzie zupełnie inne, odmienne od poprzednich, czy utrzymane w tym samym duchu, i – jak powiedziała pani przewodnicząca – będzie kalką z nieco innymi liczbami. Bo my oczekujemy tego, że te liczby będą się zasadniczo różnić, i że to nie będzie kalka. Musi chyba nastąpić zmiana filozofii myślenia. My na razie nie osiągnęliśmy zakładanych wskaźników, mimo kilkuletniego już trwania tego programu i doskonale zdajemy sobie

sprawę z tego – a w każdym razie ci, którzy mają styczność z medycyną – że przy takim podejściu do zakończenia 10-letniego programu nie osiągniemy tych wskaźników. Musi nastąpić zmiana. Efekty pojawią się za jakiś czas, ale pod warunkiem tego, że rzeczywiście wcześniej będziemy wykrywać nowotwory. Wtedy efekty będą widoczne. Dzisiaj mówimy, że robimy mammografię milionom kobiet, wykrywamy ponad 3000 zmian, ale nie dowiadujemy się, jak wcześniej te zmiany są wykryte, a w związku z tym, jak długo te kobiety będą żyć, czy to będzie przeżycie dwuletnie, a rak jest zaawansowany, czy dziesięcioletnie, bo da się wyleczyć. Oczekujemy tego, że Ministerstwo Zdrowia podejdzie do tego w sposób nowatorski, wykorzysta grono ekspertów, które niewątpliwie jest w zasięgu i w zasadniczy sposób zmodyfikuje Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani poseł.

**Poseł Krystyna Kłosin (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja również zgadzam się z tym, co powiedzieli moi przedmówcy, więc nie będę powtarzać, że istnieje zapotrzebowanie na statystyki, jak wyglądamy na tle Europy i na tle postępu, jaki dokonał się w zakresie diagnostyki w krajach europejskich, i żeby do następnego sprawozdania przygotować więcej danych strictly ekonomicznych, pokazujących nas na tle osiągnięć europejskich. Natomiast mam inne pytanie.

Przed dzisiejszym posiedzeniem został nam dostarczony materiał sygnowany przez Akademię Czerniaka. Chciałabym w związku z tym zapytać o program terapeutyczny dotyczący stosowania nowych terapii immunologicznych w leczeniu czerniaka, który został złożony do Ministerstwa Zdrowia w sierpniu 2011 r. Czy jest szansa na to, żeby go włączyć i jakie są ewentualne przeszkody, które niepozwalają na jego włączenie? Państwo podają, że jego ocena nie została do tej pory dokonana, mimo dopełnienia wszystkich wymaganych merytorycznych formalności ze strony lekarzy i konsultantów krajowych. Czy tak jest rzeczywiście, czy coś się w tej sprawie zmieniło? Jaka jest szansa na włączenie tego programu? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z gości chciałby zabrać głos w tej materii? Proszę uprzejmie, pan minister Piróg.

**Doradca Prezydenta RP Maciej Piróg:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, rozumiem, że wolno powiedzieć nie tylko o samym sprawozdaniu, które oczywiście oddaje realizację programu, jest pozytywne w takim sensie, w jakim pozytywny jest program, który powstał nie bez przyczyny. Proszę zauważyć, że programy takie, jak Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych powstały na skutek złego systemu opieki zdrowotnej, scentralizowanego, w którym płatnik posiadający 96–98% środków jest ustawowo zobowiązany do zakupu świadczeń zdrowotnych. W związku z tym, przy tak kolosalnych wydatkach, jakie są potrzebne na onkologię, minister zdrowia nie ma narzędzia, dzięki któremu mógłby próbować ten problem rozwiązać.

Jestem przeciwny wszelkiego rodzaju specustawom, a to jest specustawa, czyli występowanie poza budżetem ochrony zdrowia o coś, co skądinąd jest absolutnie potrzebne. Ten program 7 lat temu był taką protezą, kiedy był uchwalany, po wcześniejszych decyzjach, które doprowadziły do jeszcze większej centralizacji i przesunięcia środków na tak zwany system ubezpieczeniowy. W związku z tym bardzo dobrze, że w tej sytuacji epidemiologicznej, zatrważających wynikach i głównym problemie polityki zdrowotnej w Polsce, jakim są choroby nowotworowe, ten program w ogóle jest, ale chociaż 7 lat temu może był on dobry, to w tej chwili jest absolutnie anachroniczny. Myślę, że za chwilę będzie przedmiotem sprawozdania harmonogram działania na lata 2013 i 2014, ale, niestety, tam jest powielany – także z tego powodu, że za podobne pieniądze – ten sam błąd i jest ta sama nieskuteczność. To nie jest złe wykorzystanie pieniędzy, ale ta sama nieskuteczność w osiągnięciu wskaźników zdrowotnych, czyli tym, o co nam chodzi.

Jeżeli mamy sobie poradzić z tym problemem, a musimy, to brakuje mi w takiej dyskusji nie sprawozdania, które skądinąd jest potrzebne, a które podlega rygorom zatwierdzenia przez parlament, co jest oczywiste. Szkoda tylko tych 45 na czytanie tego programu, a reakcja sali była najlepszym dowodem tego, że był to czas stracony. Natomiast oczekiwałbym, żeby w tak poważnym gremium, wtedy, kiedy minister przedstawia swój plan, musiało to być przedmiotem przedłożenia i dyskusji, w jaki sposób – bo nie przy pomocy li tylko tego programu czy takiego programu – jest możliwe rozwiązanie tego problemu. Potrzebna jest dyskusja nad tym, w jaki sposób powinna być zorganizowana sieć lecznictwa onkologicznego. Czy w dalszym ciągu pozostawienie ośrodków regionalnych w gestii marszałków jest dobre? Czy rozwiązania na świecie – w Stanach Zjednoczonych, Anglii i innych krajach, które sobie z tym lepiej radzą, nie tylko ze względu na większą ilość pieniędzy, a może właśnie z tego powodu, że mamy ich mniej – nie powinny być powielone? Czy Narodowy Instytut Raka – jakby go nie nazwać – który dyktuje standardy i merytorycznie czuwa nad leczeniem onkologicznym w Polsce, nie jest w tej chwili absolutnie konieczny? Jeżeli będzie pustka, to za chwilę poza działalnością samorządów, nie zawsze odpowiedzialną w tym zakresie, odezwą się uniwersytety medyczne, które chcą to przejąć. To nie jest dobre. Organ właścicielski nie jest optymalny w takiej sytuacji. W związku z tym potrzebne są tego typu działania. Jest potrzebna odpowiedź. Za 2,5 roku ten program się skończy – to jest mgnienie oka – a co będzie od roku 2015? Czy jesteśmy w stanie zmienić system, który pozwoli normalnie finansować także onkologię, czy będzie potrzebna kontynuacja Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych? Mam nadzieję, że jeśli kontynuacja, to nie w takim względzie. Chęć, żeby to powielić – może za większe pieniądze – będzie, a to trzeba całkowicie przebudować, jeśli taka proteza będzie jeszcze za te 2 lata potrzebna, a nawet wcześniej, bo uchwalanie takiego programu to długa droga. Tego typu dyskusja, przy tak poważnym problemie jest potrzebna. Rozumiem, że ona wykracza poza przyjęcie sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych za rok 2011. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję. O głos poprosiła jeszcze pani przewodnicząca. Proszę uprzejmie.

**Posel Beata Małecka-Libera (PO):**

Poprosiłam jeszcze raz o głos po wystąpieniu pana ministra, dlatego że przypominam sobie, jak w kwietniu przyjmowaliśmy sprawozdanie za rok 2010. Wtedy odbyła się bardzo szeroka dyskusja, która dotyczyła również zmian organizacyjnych. Minęło już kilka miesięcy, w związku z czym, mam pytanie, panie ministrze. Czy w ministerstwie toczą się takie prace nad zmianą organizacyjną?

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Zanim udzielię głosu, chciałem powiedzieć – bo pewnie... Proszę bardzo. Proszę siedzieć, panie profesorze.

**Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej Marian Reinfuss:**

Reinfuss, konsultant w dziedzinie radioterapii. Ja dlatego zabieram głos, i przepraszam, że zabieram państwu czas, że w tym tygodniu mija 10 lat od wypadku radioterapeutycznego w Białymstoku. Wtedy 5 kobiet zostało ciężko poparzonych – dwie z nich zmarły, zresztą u mnie, z przyczyny rozsiewu procesu nowotworowego, a trzy bardzo długo i ciężko chorowały. Zamiast otrzymać pomoc, dostały nadmiar cierpienia. Na szczęście, od tego czasu nie zdarzył się wypadek radiacyjny w Polsce.

Proszę państwa, dziś już nikt nie będzie – jak wtedy – pracować na aparaturze, która nie spełnia norm nowoczesności. Wtedy lekarze byli w sytuacji takiej – albo będę leczyć, albo w ogóle nie będę leczyć. 5 lat trwały naciski prokuratury, szukanie winnych, po czym jednogłośnie stwierdzono, że winny był tylko aparat, tak jak w przypadku kierowcy, który prowadzi samochód – ma na liczniku 60 km. Zatrzymuje go policja i okazuje się, że jechał z prędkością 110 km. To samo wskazywał ten aparat – był stary, zużyty. Akcelerator na licencji francuskiej, produkowany w Polsce, służył w poprzednich latach bardzo dobrze, tylko był stary.

Dlaczego o tym mówię? Po pierwsze, dlatego, że jest rocznica tego wypadku, a po drugie, że program radioterapii ma bardzo dużo pieniędzy z tego programu. Chciałbym tylko przypomnieć, że cały Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych – jest tu kilku twórców tego programu, ja również, oczywiście z merytorycznego punktu widzenia – był pomyślany jako program interwencyjny, który – powiem brzydko – miał załatać dziury. Taką dziurą była radioterapia. W 2001 r. byliśmy na przedostatnim miejscu w Europie. Za nami była Albania, a przed nami Rumunia. A gdzie jesteśmy teraz? Padło tu wiele pytań, jak wyglądamy na tle Europy. Ja mówię oczywiście tylko o radioterapii. Proszę państwa, jeszcze 2–3 lata temu wyglądaliśmy znacznie lepiej. Byliśmy na 7–8 miejscu w Europie. Sytuacja w tym momencie nie jest lepsza. Ktoś powie – jak to, przecież płacimy ogromne pieniądze, i co? Tak, proszę państwa, ale każdy, kto ma komputer wie, że po dziesięciu latach na tym komputerze można już tylko grać – dzieci mogą grać. Mamy supernowoczesne urządzenia, które są jednym wielkim komputerem. Pacjent wchodzi, a praktycznie resztę robi z nim komputer. Proszę państwa, aparaty się starzeją, więc w tej chwili pieniądze przeznaczone na aparaturę, na przykład, na wymianę akceleratorów, idą właśnie na wymianę, a nie na wzrost ilościowy.

Ta sprawa jest dla mnie przykra i przerażająca. Ja kończę swoją działalność, ponieważ jestem bardzo starszym panem. Ale dlatego chcę to państwu powiedzieć. Tu słyszę, że nakłady na radioterapię są za duże. One spadły. Z przerażeniem zauważyłem, że nakłady na 2012 i 2013 r. są już o 20% niższe. Zdaję sobie sprawę z tego, że są to wielkie kwoty, ale moim obowiązkiem jest państwu powiedzieć, że sytuacja nie będzie się poprawiać, ona stanie w miejscu.

Co nas ratuje? Trzeba powiedzieć szczerze, że ratują nas trochę powstające prywatne ośrodki radioterapii, ale one nadal leczą napromienianiem 6–7% chorych. Podejrzewam, że w najbliższym czasie może wzrosnąć do 10%, ale 90% chorych jest leczonych w ośrodkach państwowych. Proszę państwa, pan minister słusznie powiedział, że jeden aparat powinien przypadać na 300.000 ludności – taki jest wskaźnik. Jakieś wskaźniki trzeba przyjąć – państwo posłowie o tym mówili. Ten wskaźnik był przyjęty na początku programu. W tej chwili przyjmuje się już wskaźnik jeden aparat na 250.000 ludności. Co robić? Ręce opadają, ale świat idzie do przodu. We Francji ten wskaźnik spadł do 200.000 mieszkańców, a na napromienianie też się czeka 2–3 tygodnie. Dlaczego? Dlatego, że potrzeby radioterapeutyczne wszędzie rosną. Mówiło się dawniej o 60% chorych, którzy wymagają napromieniania – już kończę – a teraz jest to już grubo ponad 75%.

Dam państwu jeden przykład. Dawniej, gdy kobieta miała niedużego guza w piersi, to co się robiło (jestem onkologiem 44 lata) amputowało się pierś. Jeśli nie miała przerzutów w pasze, to po 3–4 dniach szła do domu, i to był koniec leczenia. Teraz ogromna rzesza kobiet ma już w Polsce robioną operację oszczędzającą. Ale operacja oszczędzająca wiąże się potem z wielotygodniowym napromienianiem. Nie może być tak – a mam takie sygnały – że chora z małym guzkiem jest operowana, wycina się mały guzek i trzeba czekać.

Proszę państwa – powtarzam – ja kończę swoją działalność w tym zakresie, ale apeluję do państwa. Trzeba bardzo rozsądnie popatrzeć na tę sprawę. Sytuacja, w porównaniu z poprzednimi latami, poprawiła się zdecydowanie, ale jeżeli będzie dalszy wzrost liczby chorych nowotworowych – jest ich coraz więcej, już wiemy, że w ciągu 4–5 lat będziemy leczyć napromienianiem około 100.000 chorych – to będą problemy.

Dziękuję, że państwo mnie wysłuchali, wywiązałem się z obowiązku.

### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Myślę, że jeszcze pan minister odpowie na zadane pytania, natomiast ja chciałbym jednak nawiązać do tego, co w pewnym sensie powiedział pan profesor, który lobbował za sprzętem, że to nie jest załatwione, i co mówili posłowie o profilaktyce i prewencji, i co mówił pan minister, że Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych jest łąką, protezą, która miała zastąpić działanie normalnego systemu poprzez tłoczenie, po pierwsze, innych decyzji – nie tylko z ośrodka, jakim był Narodowy Fundusz Zdrowia, ale również z ośrodka ministerialnego, który inaczej widzi pewne sprawy. Po drugie, proteza ta pozwoliła na zakup sprzętu, być może często nietrafionego

– czegoś za dużo, a czegoś za mało – ale można o tym dyskutować. Jednak w normalnym systemie nie warto operować protezami, tylko ma to być systemowo uregulowane.

Kilkanaście tygodni temu już mówiliśmy o podobnym sprawozdaniu. Na początek chciałbym zadać jedno pytanie, panie ministrze. Harmonogram zadań, który ma być wykonywany w ramach tego programu jest tożsamy z tym, co państwo przedstawiali nam w kolejnych 3–5 sprawozdaniach. To znaczy, że nic się w Polsce nie zmieniło – taki wypływa wniosek – i nadal trzeba realizować to, co jest. I to, że to jest kalka poprzednich sprawozdań ze zmieniającymi się liczbami – jak zauważyło wielu posłów – nas nie satysfakcjonuje. W związku z tym, pewnie na przyszłym posiedzeniu Komisji – odpowiem pani przewodniczącej – zajmiemy się dezyderatem, żeby to, co jeszcze zostało z tego programu, zrewidować i trochę inaczej ukierunkować. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. To jest sprawozdanie. Natomiast moje pytanie jest proste. Jeżeli chodzi o sprawy związane z celami, to cele trzeba zrewidować. Przecież chodzi o zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory. Czy ten program to zmieni? Nie. Dzisiaj wiemy, że choroba nowotworowa jest chorobą cywilizacyjną związaną z różnymi czynnikami środowiskowymi, a również z długością życia itd. Nie wpisujemy więc celów nierealnych do wykonania. Mieliśmy natomiast doprowadzić do osiągnięcia średnich europejskich wskaźników – uwaga – w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Na stronie 27 tego sprawozdania czytam, że w Polsce 70% nowotworów jest rozpoznawanych w stadium zaawansowanym. Gdzie tu Europa, jeżeli mówimy o 70%? Zatem ten cel nie został zrealizowany.

Kolejna sprawa dotyczy poprzedniego sprawozdania. Okazało się, że lekarze pierwszego kontaktu – tak zwani rodzinni – już nie muszą się niczym zajmować, a zwłaszcza nowotworami, bo Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła pewne nieprawidłowości. To trzeba było tak przeprofilować ten program, żeby nie było nieprawidłowości. Natomiast jeżeli nie będzie u lekarzy pierwszego kontaktu czynności onkologicznej, to myślą się państwo, panie ministrze, jeśli myślą, że wynik 70% późnych rozpoznań poprawi się. Przecież nie jest możliwe, żeby to wszystko wylapywali chirurdzy, których teraz proponujecie, bo do chirurga nie idzie się bez skierowania. Do onkologa idzie się bez skierowania, a to jest różnica, bo chodzi o dostępność do poradni onkologicznych. Proszę spróbować się zarejestrować w ciągu 2–3 miesięcy. Gratuluję, jeżeli pan mi poda adres poradni, gdzie jestem w stanie zarejestrować się do onkologa w ciągu 2–3 miesięcy. Jest to po prostu niemożliwe.

I jeszcze jest sprawa przyszłości, bo mówimy o przyszłości. Ile w tym programie wykorzystano pieniędzy? Według danych z sześciu lat – 1,5 mld zł. Siódmy rok – będzie wykorzystanych 1,8 mld zł, biorąc pod uwagę to, co realizuje się dziś. Program był przygotowany na najmniej 3 mld zł. Proszę powiedzieć – skoro, jak wynika z tych sprawozdań, nigdy nie udało się zrealizować budżetu, zawsze to było 90% albo 95%, to jak państwo chcą w następnych latach – pomijam sprawę kryzysu gospodarczego i finansów publicznych – zrealizować Narodowy program i przeznaczyć 400 mln zł rocznie. Jakim cudem chcecie to wykorzystać? Trzeba to już dzisiaj wiedzieć, bo z harmonogramu, który państwo przedstawili, nie wynika, że nagle da się sensownie zweryfikować 150 mln zł.

Na zakończenie bardzo ważne pytanie. Chwalą się państwo tym – i słusznie – że mamy doskonałe rejestry. Czy państwo przedstawili jakikolwiek wynik, jak wygląda nasza sytuacja z przeżyciami, wczesną wykrywalnością, zachorowalnością, które populacje są zagrożone, jakie województwa są białymi plamami? Czyli, mamy rejestry, za które płacimy, a wiedza wynikająca z tych rejestrów w sprawozdaniu jest żadna.

Muszę się zgodzić z moimi przedmówcami. Ja też się cieszę, że przynajmniej raz muszę się zgodzić. Muszę się zgodzić z tym, że nie wykorzystujemy tego sprawozdania do budowania przyszłych wniosków, bo w tym sprawozdaniu, panie ministrze, nie ma żadnych wniosków. Jeżeli są wnioski, to ten harmonogram powinien być zbudowany na ich podstawie. A skoro nie ma wniosków, to harmonogram jest kalką następnych działań. Dziękuję bardzo. Jeśli można, proszę krótko odpowiedzieć na poruszane kwestie. Proszę bardzo.

### **Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie posłanki i panowie posłowie, bardzo dziękuję za owocną dyskusję.

Wydaje mi się, że poruszamy tu kilka pokrewnych tematów, ale jednak nie tożsamy. Z jednej strony mówimy o sprawozdaniu z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych i celów, które wytyczono w momencie uchwalania programu, a z drugiej strony mówimy o konieczności reformy całego systemu czy leczenia onkologicznego, co państwo podnosili, a ja się z tym zgadzam. To są cele zbieżne, ale absolutnie nie są tożsame w tym rozumieniu.

Pozwolę sobie odnieść się do kilku głównych aspektów, które poruszono. Zdecydowanie zgadzam się z tym, że w przyszłej realizacji programu trzeba poprawiać jakość i skuteczność programów przesiewowych poprzez docieranie do jak największych grup społecznych, do jak największej liczby osób, w taki sposób, żeby te osoby łatwiej przystępowały do programu. Nie jest w tej chwili niewydolnością tego systemu jakość i sposób wysyłania zaproszeń. Ciągłe olbrzymim problemem jest lęk, brak świadomości i brak woli. Z tym wiąże się wielka praca na przyszłość, którą trzeba wykonać. Mówię o społeczeństwie, o ludziach, którzy uczestniczą w programie, do których kierowane są te działania, a którzy jednak nie wykorzystują tych możliwości. Warto zwrócić jeszcze uwagę na fakt, że nadal bardzo niska liczba osób, które zostały objęte badaniem, czyli te 24,5% populacji, którą zaplanowano przebadać, jest trochę zaniżona z tego względu, że te dane nie obejmują liczby osób, które uczestniczyły w przesiewie w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i tych osób, które miały wykonywane badania cytologiczne w gabinetach prywatnych, a to też jest grupa, o której nie mamy wiedzy. Zatem, jest ich więcej, ale nadal jest to niezadowolająco niska grupa, w stosunku do której działania programu w przyszłości będą wymagać zwiększenia skuteczności głównie akcji promocyjnych, a także edukacji. Mam na myśli edukację z wykorzystaniem nowoczesnych technik edukacji zdrowotnej.

W dyskusji padały również pytania dotyczące naszego miejsca – gdzie jesteśmy i jaka jest nasza sytuacja epidemiologiczna. Pan profesor również podjął tę myśl. Trzeba sobie zdać sprawę z tego, że procesy transformacji epidemiologicznej, o których mówił pan przewodniczący, wynikają z tego, że żyjemy coraz dłużej, a zatem liczba nowotworów rozpoznawanych w ciągu roku będzie się zwiększać. Natomiast jeżeli chodzi o zachorowalność, czyli częstość występowania tej choroby w odniesieniu do pewnego standardu, czyli populacji, to nie chcę wprowadzać zamętu, ale posługujemy się nie tylko wskaźnikami surowymi, ale także wskaźnikami standaryzowanymi. Warto więc zauważyć, że zwiększa się zachorowalność w Polsce przez ostatnie 12 lat, czyli od roku 2000, głównie u kobiet, natomiast jest w miarę stabilna, jeżeli chodzi o mężczyzn. To znaczy, liczba osób, które w ciągu roku zachorują na nowotwór, z roku na rok będzie wzrastać, ale w porównaniu z wielkością populacji i do jej struktury, ona de facto u mężczyzn jest taka sama.

To, co udało się osiągnąć przez ostatnie lata – o czym mówimy – to wyraźny spadek umieralności mężczyzn z powodu nowotworów, a przede wszystkim nowotworu płuca. Udało się to uzyskać dzięki zahamowaniu konsumpcji nikotyny... Tak, absolutnie zgadzam się z panem posłem. Natomiast w przypadku kobiet mamy do czynienia ze wzrostem zachorowań na nowotwór piersi – on jest i będzie – ale skuteczność leczenia i już zauważalna wczesna wykrywalność nowotworów, między innymi dzięki działaniom programu powoduje, że udało się uzyskać w Polsce taką sytuację, że nowotwór piersi, który zawsze w Polsce powodował najwięcej zgonów z przyczyn onkologicznych, już nie jest pierwszy, nie jest dominującym powodem. Jest wyraźny trend spadkowy śmiertelności tego nowotworu, czyli liczby zgonów na ten nowotwór wśród wszystkich osób, które zachorowały na tę chorobę. Natomiast zapadalność rośnie i będzie rosła. To jest trend populacyjny, którego nie jesteśmy w stanie powstrzymać, przynajmniej na tym etapie.

Kolejne pytanie. Pan poseł Hoc przytaczał wartości nakładów na leczenie onkologiczne porównując Polskę ze Szwecją. Bardzo bym chciał, żeby możliwy był taki poziom nakładów...

**Posel Czesław Hoc (PiS):**

Mówiłem o krajach Unii Europejskiej.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Mówiąc o krajach Unii Europejskiej, posłużył się pan przykładem Szwecji. Niestety, u nas nakłady na system opieki zdrowotnej są znacznie mniejsze. Procentowy udział nakładów na leczenie onkologiczne w naszym kraju w całości nakładów na wszystkie świadczenia zdrowotne rośnie, ale w konfrontacji – jeśli przeliczymy to w euro – jesteśmy poniżej średniej europejskiej. Jest to wynik sytuacji ekonomicznej kraju, czyli wielkości PKB.

Odnośnie do zmian w udzielaniu świadczeń onkologicznych, pani poseł pytała, czy prowadzimy w ministerstwie prace zmierzające do zmiany organizacji opieki onkologicznej w Polsce. Odpowiadam – tak, prowadzimy. W ciągu ostatniego miesiąca odbyły się przynajmniej dwa spotkania, w których uczestniczyły osoby obecne również w tej sali – profesorowie, wybitne autorytety polskiej onkologii. Są to działania, których celem jest wprowadzenie takich zmian systemu opieki, żeby jak najbardziej zwiększyć kompleksowość leczenia. To znaczy, to, co zaszło w Polsce w ciągu ostatnich kilkunastu lat, to zjawisko rozczłonkowania lecznictwa onkologicznego w taki sposób, że powstały często małe podmioty, które udzielają pojedynczych świadczeń, nie zapewniając kompleksowości leczenia pacjentów. Z jednej strony doprowadza to do niekorzystnej sytuacji finansowej dużych szpitali, z których wyciągane są przysłowiowe wisienki procedur, które są najlepiej opłacalne, a z drugiej strony, powoduje to, że pacjenci często gubią się i błądzą po systemie, nie będąc zaopatrywani w sposób kompleksowy. Takie prace się toczą. Tworzy się zamysł reformy zmierzającej przede wszystkim do zapewnienia kompleksowości udzielania świadczeń.

Ponieważ jest na sali przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, nie będę się odnosić do pytania dotyczącego sposobu kontraktowania świadczeń i opóźnień kontraktowania.

Pan poseł Ziętek pytał o profilaktykę pierwotną raka szyjki macicy i o stan oceny wniosku w Agencji Oceny Technologii Medycznych dotyczącej szczepionki przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka. Otóż, Agencja Oceny Technologii Medycznych 26 lipca tego roku wydała odpowiedź na przysłane przez Ministra Zdrowia zapytanie w tej kwestii, w której zwraca uwagę na to, że – cytuję – „Dokonanie oceny efektywności klinicznej i kosztowej szczepionki przeciwko HPV wymagałoby oceny efektywności klinicznej i kosztowej oraz bezpieczeństwa każdego z dostępnych na polskim rynku preparatów szczepionkowych oddzielnie, co pociągałoby za sobą konieczność przygotowania analizy HTA w trakcie długotrwałego i pracochłonnego procesu analitycznego”. Innymi słowy, AOTM zwraca uwagę na to, że w chwili obecnej jest to niemożliwe z uwagi na nie tylko obciążenie pracą AOTM-u, ale tak naprawdę, z uwagi na niepełność i niedoskonałość danych, które mówią o skuteczności tej technologii w faktycznym zapobieganiu raka szyjki macicy.

Państwo posłowie pytali także o strukturę wydatkowanych kwot w programie. Jeżeli to, co jest w suplemencie, jest niewystarczające – o czym mówiła pani poseł Hryniewicz – to oczywiście prześlemy pani profesor taką analizę, z uwzględnieniem struktury wydatków w ujęciu wojewódzkim.

Analiza wykorzystania sprzętu i sposób przeprowadzania konkursów w ministerstwie obejmuje analizę sposobu wykorzystania sprzętu w poprzednich latach, struktury kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, liczby, wielkości i struktury personelu, liczby wykonywanych procedur. Czyli, na tym etapie sprzęt, w który są doposażone nasze polskie szpitale w pewnej procedurze, jest kierowany z zamysłem do najlepiej wybranych ośrodków, tych, które go najbardziej potrzebują.

Odnośnie do jakości i efektów leczenia oraz pięcioletnich wskaźników, myśląc o kompleksowości leczenia i generalnej reformie warto zauważyć, że w kraju mamy do czynienia z dużym zróżnicowaniem w jakości leczenia i wyników osiągniętych przez różne ośrodki. Istnieje dużo ośrodków, które mają takie same albo porównywalne wyniki leczenia chorób nowotworowych z ośrodkami najwyższych stopni referencyjności w Europie

Zachodniej i Stanach Zjednoczonych. Mamy też takie ośrodki, w których wykonywane analizy wskazują na to, że osiągają one niższą skuteczność. Porównanie pięcioletnich przeżyć względnych w Polsce według województw wskazuje na to, że różnimy się od 26% do 34,7% w ujęciu wojewódzkim, a gdybyśmy porównywali konkretne ośrodki świadczeniodawców, to te różnice zapewne byłyby większe. To są liczby dotyczące przeżyć pięcioletnich mężczyzn – nieco mniejsze różnice dotyczą przeżyć pięcioletnich kobiet.

Odnosząc się do pytania pana przewodniczącego, dotyczącego harmonogramu zadań, powiem, że harmonogram zadań jest planowany przez Radę Programu. Najbliższe posiedzenie Rady odbędzie się 3 października. Będzie ono obejmować analizę tych danych, które mamy i ustalenie priorytetów działania na przyszłość, w sprawie kontynuacji programu.

Myślę, że do większości tematów się odniosłem. Jeśli nie, to proszę o dodatkowe pytania... Proszę? A, terapia czerniaka.

Jeśli chodzi o terapię czerniaka, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, pan Matuszewicz wydał rekomendację w odniesieniu do preparatu Ipilimumab, bo rozumiem, że o to leczenie chodzi. Jest pozytywna rekomendacja prezesa, przy czym, biorąc pod uwagę efektywność kosztową, AOTM wyznacza poziom ceny leku, który przy dostępnych danych obejmujących skuteczność leczenia, wielkość odpowiedzi i średnią medianę przeżycia, jest akceptowany kosztowo, według sugestii AOTM-u. Jest więc ocena i będzie tworzony program terapeutyczny dla tej grupy osób.

#### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo, pan profesor jeszcze chciał zabrać głos. Proszę uprzejmie.

#### **Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej Tadeusz Orłowski:**

Proszę państwa, chciałbym wrócić do tematu aparatury i przede wszystkim bardzo krótko uzasadnić, dlaczego wracam do tego tematu – bo mówię o aparaturze diagnostycznej, nie do radioterapii – i przypomnieć, że kosztowo ceny aparatów są olbrzymie i dzisiaj ceny PET-u, rezonansu czy tomografii wielowarstwowej, to jest poważna pozycja w tym budżecie i element kosztowy jest bardzo istotny. Chociażby dlatego trzeba o tym dwa słowa powiedzieć – to po pierwsze, a po drugie, dlatego, że aparatura, czyli nowe technologie w sposób istotny wpływają na ten parametr wykrywalności. Tu z całą mocą chciałbym podkreślić, że technologia i wykrywalność to jest jakby tylko element w całym łańcuchu, jak to państwo doskonale jako lekarze w większości wiedzą. I to, że my dzięki tym nowym drogim technologiom wcześniej wykrywamy i tę wykrywalność podnosimy, to się niestety nijak ma do efektów końcowych. To jest bardzo smutna prawda, ale jest to oczywiste. Bardzo często ci chorzy są do nas kierowani późno, mimo olbrzymich postępów w zakresie technologii medycznych. Zbyt późno trafiający pacjent, czy też następnie pacjent zbyt późno leczony, to też w jakimś sensie negatywnie wpływa na końcowy efekt.

Chciałem na wstępie odpowiedzieć – zanim odpowiem panu posłowi Latosowi na temat naszej wizji tych technologii diagnostycznych – w jaką stronę to powinno pójść i odpowiedzieć pani profesor Hryniewicz, a ściślej mówiąc, wyjaśnić, że sprawa obiektywnej oceny wykorzystania sprzętu – o czym pan minister wcześniej wspominał – była przedmiotem bardzo dokładnych analiz. My występując do poszczególnych podmiotów i otwierając ten konkurs (mówię o aparaturze diagnostycznej) bardzo dokładnie analizowaliśmy, czy ludzie, którzy będą beneficjentami tego sprzętu, rzeczywiście mają odpowiednio lata doświadczeń i odpowiednią ilość wykonanych badań. W moim głębokim przekonaniu było to rzetelnie ocenione. Nie było tak, że aparatura trafiała w nieodpowiednie ręce, w sensie doświadczeń i wiedzy. Czyli, to akurat jest mierzalne. Można, oceniając zespół, miejsce, powiedzieć: tak, tym ludziom należy się PET, MR, umieją posługiwać się tym drogim i technologicznie zaawansowanym sprzętem. Zatem akurat w tym punkcie chciałbym mocno podkreślić, że jest to od lat bardzo pilnowane.

Jest także bardzo ważny punkt, który się przewijał w paru państwa wypowiedziach. Myśmy, z panem profesorem Nowackim i panem profesorem Reinfussem bardzo uważnie analizowali to, jak mają być oprogramowane te aparaty, bo przecież jeżeli mówimy dzisiaj tyle o piersi – ta pogłębiona diagnostyka to jest coś więcej niż USG czy mammo-



grafia. To czasami jest właśnie rezonans magnetyczny itd. Czyli – proszę mi wierzyć – grupa naszych ekspertów traktowała to jako pewną oczywistość, że my nie możemy przyznawać tego sprzętu bez jasnego zdefiniowania, czemu on ma służyć. To też – jak mi się wydaje – jest dość uporządkowane. Nie mam żadnej wątpliwości.

Pytanie pana posła Latosa dotyczące tego, czy dalej będziemy stosować ten jakby algorytm diagnostyczny.

Proszę państwa, diagnostyka obrazowa zmienia się niesłychanie i bardzo spektakularnie. W niektórych działach, jak na przykład neuroonkologia, nie działamy dzisiaj bez nawigacji, bez planowania zabiegów stereotaktycznych, bez oceny na poziomie już molekularnym. To nie jest futurologia. Dzisiaj możemy oceniać zmiany już na poziomie komórkowym. Zresztą nie tylko w PET, a właśnie w rezonansie. Myślę więc, odpowiadając panu, że nadal będziemy pilnowali odpowiedniego poziomu i tego wysycenia aparaturą do tomografii komputerowej, bo chociażby, jeśli chodzi o symulację do planowania terapii, sama zasada planowania terapii opiera się na pensyjności, gęstości tkanki. Mówię o algorytmach, o systemach, programach, które się stosuje właśnie do planowania, do symulacji.

Myślę, że do wczesnego wykrywania, do oceny wznowy, zdecydowanie powinniśmy iść w kierunku rezonansu magnetycznego i PET-u. Natomiast jednocześnie zmieniała się zupełnie technologia na tym niskim poziomie. Odchodzimy od tak zwanego pośredniego ucyfrowienia aparatów. Idziemy w kierunku bezpośrednio cyfrowej aparatury czy w mammografii, czy w klasycznych rentgenach – tak zwanych klasycznych, ale one są już cyfrowe, a nie ucyfrowione poprzez folię i poprzez jakieś obejście drogi technologicznej. Czyli, podsumowując moją wypowiedź dotyczącą aparatury, zdecydowanie tomografia jest techniką bardzo potrzebną między innymi do uniwersalnego stosowania aparatu, potrzebną do diagnozowania pozaonkologicznych powikłań. Jak wiemy, choroby naczyniowe mózgu, chociażby udary, są jednym z fatalnych powikłań towarzyszących leczeniu onkologicznemu. Poza tym tomografia komputerowa w przypadku ciężko chorych i źle współpracujących zdecydowanie jest metodą, która pozwala w kilkanaście sekund zrobić akwizycję badania i rekonstruować we wszystkich płaszczyznach, a więc robić to, co między innymi torakochirurgom przydaje się w praktyce chirurgicznej – oceniać wirtualną bronchoskopię, oceniać anatomicznie struktury. Zatem, podsumowując, rezonans magnetyczny jest zdecydowanie tym kierunkiem, w którym powinniśmy iść.

Proszę państwa, w ostatnim „Lancecie” pojawiły się dwie duże prace, na dużym materiale, które wracają do problemu indukowania guzów przez promienie rentgenowskie. W badaniu TK mamy dawki do 30 milisieverta przy badaniu klatki piersiowej. To są dawki, które mogą, przy częstym powtarzaniu badania, być... Ja nawet ten „Lancet” mam ze sobą. To są dość zatrważające informacje. One wracają raz na parę lat, ale musi to być jasne – tomografia komputerowa, tak jak zresztą angiografia, nie jest metodą nieinwazyjną. W gruncie rzeczy wykorzystujemy promieniowanie jonizujące i te radiacyjne uszkodzenia są – na poziomie genomu, ale na pewno są. I w związku tym najlepiej by było wykorzystywać PET i MR; PET dzięki możliwości oceny metabolizmu, oceny wznowy, MR to doskonała topografia i charakterystyka tkankowa. My nad tym pracujemy, przedstawiamy ministerstwu nasze przemyślenia, pracujemy w zespołach, czyli onkolog, diagnosta onkologiczny. Myślę, że w tym obszarze mogą państwo być spokojni, że nie będziemy popełniali żadnych błędów.

A odnośnie do sytuacji, w jakiej jesteśmy na tle innych krajów, mam tu opracowania, z których wynika, że na przykład, jeśli chodzi o rezonanse w ogóle w kraju, średnia wynosi 8-9 rezonansów na milion mieszkańców, bo nie wszystkie prywatne instalacje jesteśmy w stanie wyłapać, ale to nic nie znaczy, bo wiele tych pracowni rezonansów, chociażby w cytowanych przez panią województwach, które wykonują proste, łatwe badania, typu stawy kolanowe czy kręgosłup, tą onkologiczną diagnostyką się po prostu nie zajmują. Także jedno z zadań jest takie, żebyśmy pilnowali, żeby ten drogi, dobry sprzęt szedł z klucza do ośrodków onkologicznych, gdzie są dobrzy eksperci. Dziękuję.

### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Pan poseł, proszę uprzejmie.

### **Poseł Rajmund Miller (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo. Zanim zadam pytanie, chciałbym przytoczyć wypowiedź pana profesora Zatońskiego, który na pewno jest autorytetem w tych sprawach.

Otóż, w Polsce obserwujemy powolny spadek umieralności na nowotwory szyjki macicy, ciągle jednak umieramy z powodu tej lokalizacji nowotworowej, należy do najwyższych w Europie. Kontrastuje to z rozwojem sytuacji w większości zachodnich państw europejskich. W niektórych krajach skandynawskich dzięki dobrze zorganizowanym badaniom przesiewowym zachorowalność spadła o 80%. Najważniejszym czynnikiem ryzyka raka szyjki macicy jest przenoszone drogą płciową zakażenie niektórymi szczepionkami tak zwanego wirusa brodawczaka ludzkiego HPV. Wykryto go w około 90% przypadków raka szyjki macicy.

Proszę państwa, ja jestem trochę załamany wypowiedzią pana ministra. Mam pytanie, czy Agencja Oceny Technologii Medycznych jest jedynym arbitrem, który ma zdecydować o przyszłości kobiet, które zachorują na raka szyjki macicy? Czy my jesteśmy w Europie, czy poza Europą? Czy są inne agencje w Europie, które potwierdziły skuteczność tej szczepionki? Czy tylko Polska jest takim pępkiem świata, że ta Agencja musi wydać następne środki na potwierdzenie skuteczności tej szczepionki? Bo jeżeli mamy na to wyrzucać pieniądze w ramach tego programu, to jest bezsens.

Proszę państwa, mówimy tutaj o kosztach przyznanych środków na urządzenia do diagnostyki i do leczenia. Proszę bardzo, diagnostyka tak, ale wszyscy dzisiaj wiemy – ja jestem lekarzem – że leczenie kosztuje znacznie więcej niż profilaktyka. W związku z tym, proszę mi powiedzieć, dlaczego samorządy potrafią zorganizować szczepienia profilaktyczne dla kobiet, a ministerstwo nie potrafi tego zrobić? Skoro pan przewodniczący mówi, że jest tak dobrze, że przez 3 lata nie wykorzystamy do końca tych środków, które są przeznaczone na ten program (oczywiście mówię to podchwytliwie) to czemu nie wyznaczymy środków na zakup tych szczepionek. Skoro udało się to w krajach skandynawskich – przytaczam opinię autorytetu, bo ja nie jestem onkologiem, jestem laryngologiem – zachorowalność spadła o 80%, to proszę policzyć, jakie będą skutki finansowe, ale nie tylko, bo i zdrowotne, dla kobiet w Polsce z zastosowania tego programu. Dziękuję, więcej pytań nie mam.

### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, jeszcze pani przewodnicząca.

### **Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:**

Dziękuję serdecznie. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni posłowie i zaproszeni goście, onkologia jest tą dziedziną, która, niestety, jest niepokojąca, jeżeli chodzi o jej skutki. Oczywiście, cieszymy się z różnego rodzaju postępowań, kiedy kończy się to dobrze. Natomiast ja zabieram głos niejako wywołana do odpowiedzi.

Dziękuję panu przewodniczącemu za wskazanie – podstawowa opieka zdrowotna i lekarz rodzinny. Odpowiem, że obszar w tym zakresie, czyli onkologii, jest ciągle niewykorzystany. Nie będę odnosić się do sprawy powiadamiania kobiet, bo sama takie powiadomienia otrzymywałam, powiem, jak pacjentki i pacjenci reagują na kolejną ulotkę – z całym szacunkiem – w swojej skrzynce. Ja już to nieraz zgłaszałam. Dlaczego pewna forma przepływu informacji, uświadamiania, nie jest wykorzystywana przez podstawową opiekę zdrowotną? Od razu mówię, że nie musi to być lekarz. Mamy położne. Owszem, jest ich mało, ale są w podstawowej opiece zdrowotnej. Dlaczego nie są wykorzystywane, a są wykorzystywane na świecie?

Druga sprawa – informacja od lekarza POZ-u. Szanowni państwo, nigdzie nie ma takiego przepływu informacji, relacji między pacjentem a lekarzem, jak w podstawowej opiece zdrowotnej, bo ten pacjent trafia do nas.

Biorąc pod uwagę podsumowania, które mamy, powiem, że w ciągu roku przeprowadzono 150 mln badań, porad lekarskich na 37 mln Polaków. Nie jest więc trudno przeliczyć, ile razy pacjent bywa w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Nie odnoszę się do szkoleń, które były i które zostały zaniechane, bo myślę, że to jest temat już przebrzmiały, ale to nie oznacza, że z podstawowej opieki nie można skorzystać – a powiem

więcej – nie trzeba skorzystać. Trzeba, bo tutaj możemy zrobić mnóstwo badań przesiewowych. Tu możemy pacjentkę czy pacjenta zapytać, czy był, czy nie był.

Zapewniam państwa, bo jestem praktykiem, jestem lekarzem rodzinnym, jestem pediatrą, że bardzo trudno moim pacjentkom odpowiedzieć, kiedy je rutynowo pytam, kiedy była robiona cytologia? Kiedy? Kiedyś. Mówię wtedy: to ja panią informuję, że tu wpisuję, że pani na dzień dzisiejszy nie wie, kiedy miała zrobioną cytologię. Informuję, że przy najbliższej okazji o to zapytamy. I duża część pacjentek przychodzi z wynikiem cytologii, bo wiedzą, że lekarka to sobie w historii zapisała. Tu jest to sedno profilaktyki i kontaktu między ochroną zdrowia a pacjentem. I trzeba z tego skorzystać. Dlatego my jesteśmy za tym, żeby w te programy, systemy profilaktyki, wpiąć podstawową opiekę zdrowotną, żeby te przesiewy tu były robione, a nie na wezwanie.

Kolejna rzecz, pewne postępowania, które miały miejsce w ostatnim czasie. Myśmy to zgłaszali, podobnie zresztą duża część posłów, odnośnie do wymogu w małych miejscowościach – ginekolog trzy razy w tygodniu. Szanowni państwo, za parę lat będą skutki tych decyzji. Poginęły drobne przychodnie ginekologiczne w ośrodkach wiejskich z takiego powodu, że ginekolog nie miał możliwości przyjeżdżać 3 razy i – powiem więcej – nie miał takiej potrzeby. Sama jestem tego przykładem. Moja gmina Kazimierz Biskupi miała ginekologa, który właściwie był potrzebny na półtora dnia w tygodniu, bo tyle wykonywał świadczeń. Takie było zapotrzebowanie pacjentek. Od tego roku go nie mamy. Pacjentki mają dużo dalszą drogę. To na pewno przyniesie jakiś efekt, niestety, negatywny. Ale, wracając do założeń, podstawowa opieka zdrowotna od wielu lat mówi o profilaktyce. Mówi o tym, żeby tu korzystać z tej profilaktyki, tu korzystać z tej informacji i jej przepływu do pacjenta. My zgłaszamy akces, wolę współpracy, a również chcemy, żeby ta informacja mogła wychodzić również od nas, żeby POZ-u nie pomijać. Korzystajcie państwo z tego, co jest najbardziej powszechne. Dziękuję.

#### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Będziemy powoli zmierzać do końca. Chciałbym jeszcze tylko zwrócić się do pana ministra.

Panie ministrze, proszę nie stosować tego, co tu już było nazwane impossibilizmem, czyli niemożliwością, i nie mówić, że harmonogram konstruuje Rada Programowa, ponieważ ja ma przed sobą załącznik, na którym jest uchwała numer 19/2012 podpisana przez Prezesa Rady Ministrów, pańskiego premiera. Pan powiedział, że on nic nie może, bo to robi Rada Programowa. Jeżeli Rada Programowa ciągle powiela stare błędy, pomimo iż apelujemy o to, żeby zmienić i inaczej rozłożyć akcenty, to co stoi na przeszkodzie, żeby jednym ruchem długopisu zmienić Radę Programową. Przecież umiecie to robić doskonale. Więc nic nie stoi na przeszkodzie, zmieńcie Radę, nie trzeba wtedy tego powielać. Proszę mi nie wmawiać, że Rada Programowa jest alfą i omegą, i wyrocznią w tej sprawie, bo tak nie jest.

Natomiast oczekiwałem – pewnie to będzie wynik dezyderatu – żeby jednak coś z tym programem zrobić, w jakiś sposób go ukierunkować. Od pół roku czekamy na jakiś sensowny program. Jeśli odbyły się dwa spotkania, to oczekiwałem wyników tych spotkań – w którym kierunku zmierza onkologia. Od wielu lat się mówi, że onkologia się po prostu rozproszyła i jest wszędzie, to znaczy nigdzie, nie mówi się o skoordynowanej opiece onkologicznej. Z tego co wiem, miały być takie ośrodki, które prowadzą za rękę chorą onkologicznie na raka piersi, na raka szyjki macicy, na wiele innych schorzeń nowotworowych, a nadal to jest rozproszone. Chory jak był, tak jest dzisiaj zagubiony w tym systemie, zwłaszcza, jeśli jest chory onkologicznie. Jest przerażony, zagubiony i pozbawiony jakichkolwiek informacji.

Natomiast – pan poseł o to pytał, a pan minister pewnie odpowie – AOTM jest dzisiaj ustawowo wyznaczona do bardzo ważnych decyzji. Jedna jest decyzją wiążącą. To znaczy, że jeżeli jakakolwiek terapia przekracza z założenia określoną kwotę pieniędzy, to ani AOTM, ani minister, nie mogą zezwolić na jej prowadzenie, ale takie rozwiązania, panie pośle, sami żeśmy wprowadzili.

Ja nie byłem zwolennikiem takich rozwiązań, bo uważam, że ktoś za coś powinien odpowiadać, a tym kimś jest minister zdrowia – ma dużo ciał doradczych – ale w Polsce

właściwie minister zdrowia musi brać odpowiedzialność za stanowienie i egzekwowanie prawa. Dotąd nie ma innego modelu. W tym zakresie nie jest też dobrym adresatem Sejm, bo po to wybiera się organy wykonawcze, żeby realizować prawo.

Panie ministrze, czy jeszcze chciał coś pan powiedzieć na ten temat, bo – jak sądzę – za dwa tygodnie będziemy przystępować do pracy nad dezyderatem, który zmusi wreszcie rząd do powiedzenia „be”, zamiast mówienia od sześciu lat „a”, ale to nie my, to Rada Programowa. Proszę bardzo.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Oczywiście, posłużyłem się konstrukcją Rady Programowej, którą – pan przewodniczący ma rację – zatwierdza Prezes Rady Ministrów, ale przecież faktycznie minister zdrowia opiera się na głosach ekspertów, zresztą tu obecnych...

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Zmienić tych ekspertów. Ja oczywiście żartuję, tylko, panie ministrze, proszę nie traktować nas jak dzieci. My wiemy, kto jest odpowiedzialny za politykę zdrowotną w Polsce. Myślę, że wie to przeciętny obywatel, więc proszę nie zwalać tego wszystkiego na profesorów. Profesorowie mają to do siebie, że mają swoją perspektywę, inaczej widzą pewne rzeczy, ale rząd jest od tego, żeby to wszystko połączyć i wyciągnąć wspólny wniosek. To samo było z profilaktyką i ze słynnym szkoleniem lekarzy. Wystraszonego jednego sprawozdania NIK, w którym były podejrzenia, że może niedobrze są rozdzielane środki na te szkolenia. To co zrobiono? Zrezygnowano ze szkoleń i nie ma problemu. A myślę, że te szkolenia są potrzebne, chociażby z tego powodu – pani przewodnicząca wyraźnie tu mówiła – że bez lekarza pierwszego kontaktu niewiele się da zrobić, żeby zmienić wskaźnik wczesnego wykrywania, bo o to nam przecież chodzi. Natomiast, jeśli chodzi o sprawy samego leczenia, skuteczność leczenia, to od tego są już merytoryści, czyli specjaliści. Natomiast do tego, żeby wcześniej wykryć, niekoniecznie ma być onkolog. Onkolog jest od leczenia sprawy onkologicznej, a nie tylko od wykrywania.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Szkolenia, oczywiście, trwają. Przeszkolono do tej pory 10.000 lekarzy rodzinnych, natomiast później faktycznie nie było nic. Trwają szkolenia różnych kadr medycznych, natomiast lekarzy rodzinnych przeszkolono 10.000. Faktycznie, później już nie było chętnych spośród lekarzy rodzinnych do udziału w szkoleniach.

Natomiast jest jeszcze jedna kwestia. Myśląc o zwiększeniu dostępności modyfikacji programu, prowadzimy w tej chwili prace i dyskusje z NFZ na temat możliwości czynnego włączenia do przesiewowego programu cytologicznego położnych, które miałyby pobierać materiał do badań.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, mamy do przyjęcia dezyderat. Myślę, że nastąpi to w przyszłym tygodniu. Jest on bardzo krytyczny i zmusza rząd do działania.

Proponowałbym, żeby Komisja Zdrowia przyjęła dzisiejszą informację, natomiast Wysoka Izba wypowie się jednocześnie na temat sprawozdań – bo są już dwa sprawozdania – podczas posiedzeń plenarnych. W związku z tym, nie pozostaje mi nic innego, jak zapytać, po pierwsze, czy są jakieś głosy przeciwne w tej materii? Nie słyszę sprzeciwu. W związku z tym poproszę, żeby posłem sprawozdawcą odnośnie do tego sprawozdania była pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera. Czy są jakieś głosy w tej sprawie? Rozumiem, że w normalnej perspektywie, w normalnej debacie na plenarnym posiedzeniu, kluby odniosą się do tych programów. Mam nadzieję, że na przyszłym posiedzeniu Sejmu uda się nam wypracować wspólnie dezyderat. Ten dezyderat już został wypracowany w podkomisji do spraw zdrowia publicznego. Jest on dość krytyczny w stosunku do tego, co się z tym programem dzieje.

Pozwalam sobie zauważyć, że rację ma pan minister Piróg, że to jest lata, a my chcemy, żeby był stworzony system. Dobrze, że się udało coś wypełnić, natomiast nie możemy co chwilę konstruować wieloletniego programu zwalczania chorób, który będzie zajmował się zakupem sprzętu medycznego, aczkolwiek i on jest potrzebny, czy również

prowadzeniem profilaktyki. Jaki ma charakter ten wieloletni program, to powinna być stała troska naszego rządu, a nie działalność akcyjna.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie.