

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 82)**

z dnia 11 lipca 2013 r.



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 82)

11 lipca 2013 r.

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

– Rozpatrzenie „Sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2012” oraz przyjętego przez Radę Ministrów Harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2013 wraz z kierunkami realizacji zadań tego programu na lata 2014 i 2015 (druk nr 1451),

– sprawy różne.

W posiedzeniu udział wzięli: **Krzysztof Chlebus** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Piróg** doradca w Kancelarii Prezydenta RP, **Hanna Hawrylik** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Milena Szuchnik** specjalista w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Kępiński** i **Anna Krzyżanowska** eksperci Pracodawców RP, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Porozumienia Zielonogórskiego – Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Teresa Kuziara** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Sergiusz Nawrocki** członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz **Marta Czernik**, **Jolanta Lissowska**, **Marta Mańczuk**, **Jarosław Reguła** i **Piotr Rutkowski** przedstawiciele Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

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

### Przewodniczący poseł **Tomasz Latos (PiS)**:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam serdecznie członków Komisji. Witam pana ministra z szerokim gronem współpracowników, konsultantów krajowych. Witam wszystkich zaproszonych gości. Witam serdecznie wszystkich państwa.

W dniu dzisiejszym mamy do zrealizowania dwa punkty porządku dziennego. Punkt pierwszy, to rozpatrzenie „Sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2012” oraz przyjętego przez Radę Ministrów Harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2013 wraz z kierunkami realizacji zadań tego programu na lata 2014 i 2015. I punkt drugi – sprawy różne.

Czy ktoś z państwa ma uwagi do porządku dziennego? Nie słyszę uwag. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty. W takim razie, przystępujemy do realizacji punktu pierwszego. Bardzo proszę, panie ministrze, oddaję panu głos.

### Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Krzysztof Chlebus**:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zgodnie z ustawowym obowiązkiem, przedłożę państwu sprawozdanie, które mówi o tym, jak był realizowany „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2012. Materiały oczywiście w sposób wyczerpujący omawiają wszystkie kwestie związane ze wszelkimi

aspektami realizacji tego programu, a ja postaram się – mam nadzieję – w zwały, krótki i konkretny sposób wypunktować najistotniejsze sprawy.

Gwoli formalności przypomnę tylko, że realizacja „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” odbywa się na podstawie ustawy z 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, i zgodnie z tą ustawą, planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w programie nie mogą być w poszczególnych latach niższe niż 250 mln zł, a nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania nowotworów muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10% ogólnej kwoty przeznaczanej na realizację programu.

Jeżeli jesteśmy przy kwestii środków finansowych, to od razu omówię ten aspekt w dwóch zdaniach, bo są to założenia ustawowe. Natomiast kwestię tego, jak zostało to wykonane w tym roku, też postaram się przybliżyć państwu w kilku zdaniach.

Środki zaplanowane na realizację programu planowanego w 2011 r. na rok 2012 wyniosły 251 mln zł, z czego 190 mln zł przeznaczono na środki majątkowe, a 61 mln zł stanowiły środki bieżące. W ramach realizacji tego programu, po dokonaniu stosownych przesunięć i zmian środków pomiędzy poszczególnymi zadaniami oraz zwiększeniu budżetu programu o środki finansowe w wysokości miliona złotych, doszło do przesunięcia środków z „Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym przez poprawę żywienia i aktywność fizyczną” – ta decyzja była podjęta w maju 2012 r. – i ostatecznie w roku 2012 realizowanych było 319 umów.

W roku 2012 na profilaktykę – to jest ten warunek ustawy, o którym wspominałem – przeznaczono 48.987.639 zł z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, nie licząc środków, które Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na realizację programów profilaktycznych w dziedzinie onkologii. Środki finansowe przeznaczone w 2012 r. przez NFZ – warto o tym pamiętać omawiając ten program – na badania profilaktyczne raka piersi, to kwota 93,7 mln zł, natomiast na badania profilaktyczne w zakresie raka szyjki macicy, to kwota 39,4 mln zł.

Pokrótko, w telegraficznym skrócie, omówię najistotniejsze efekty realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Trzeba podkreślić przede wszystkim istotny postęp w zakresie radioterapii w Polsce. To jest jeden z celów zakładanych w programie. Jest on konsekwentnie realizowany. Warto przytoczyć, że jeśli chodzi o liczbę chorych, którzy są poddawani leczeniu poprzez napromienianie, to ta liczba osób zwiększyła się dwukrotnie od roku 1990, kiedy tej metodzie leczenia było poddanych 40 tys. osób. W roku 2012 mówimy już o 80 tys. osób poddanych tej metodzie leczenia. Oznacza to nie tylko zwiększenie liczby osób poddanych leczeniu, ale również skrócenie czasu oczekiwania na to leczenie.

Znowu punkt odniesienia. 1998 r. – średni czas oczekiwania od ośmiu do dziesięciu tygodni. Średni czas oczekiwania na to leczenie w roku minionym, 2012, to cztery do pięciu tygodni. Mówimy więc właściwie o skróceniu tego czasu do połowy w stosunku do minionych 14 lat. Oznacza to realne ułatwienie dostępu chorych do najnowocześniejszych wysokospecjalistycznych metod leczenia.

Warto również wspomnieć, że oznacza to wyrównywanie istotnych różnic regionalnych w dostępie do nowoczesnej radioterapii. Trzeba przyznać, że te różnice wciąż jeszcze istnieją, ale na skutek tego progresu, który nastąpił w zakresie zwiększenia ilości sprzętu, te różnice zostały zmniejszone bardzo wyraźnie.

Skoro o tym mowa, warto wspomnieć o radykalnej poprawie wyposażenia ośrodków onkologicznych w aparaturę radioterapeutyczną. Jeśli porównamy to z rokiem 2005 – przedstawię kilka wymownych faktów – to liczba akceleratorów wzrosła z 70 do 123 w roku 2012. Jest to prawie dwukrotny wzrost. Aktualnie liczba ludności przypadająca na jeden aparat megawoltowy – bo tym parametrem często się posługujemy porównując się z innymi krajami – wynosi 321.154. Standard europejski przyjął normę 50 tys. na jeden aparat i poprzednia norma wynosząca 300 tys. uległa w ostatnim okresie zmianie. Jeżeli jednak przymierzamy to do tej normy, to właściwie w poprzednim punkcie odniesienia ten cel praktycznie został osiągnięty. Ponieważ te normy się nieco zmieniły, to widać wyraźnie, że jeśli chodzi o średnie wartości, jest jeszcze trochę do zrobienia, ale

ten wzrost – patrząc na podwojenie liczby sprzętu – jest ewidentny i wyraźny. Oznacza to oczywiście zmianę jakości sprzętu.

Zakupy sprzętu, które zostały dokonane w ostatnich latach oznaczają, że sprzęt starszy odsetkowo jest już w mniejszej ilości w porównaniu z latami ubiegłymi – jeśli popatrzymy na całość dostępnego sprzętu. Dość powiedzieć, że te stare wysłużone akceleratory stanowią już mniejszy odsetek. Można powiedzieć, że 90% obecnie posiadanych akceleratorów ma nie więcej niż 10 lat, ponad połowa ma nie więcej niż 5 lat, i to warto podkreślić, bo jest to sytuacja porównywalna z najbardziej zamożnymi krajami Unii Europejskiej. Możemy więc powiedzieć, że w tej dziedzinie nastąpił ewidentny skok technologiczny.

Z tym związana jest również duża poprawa jakości leczenia terapeutycznego. Przypomnę państwu, że to też jest jeden z celów opisanych na początku tworzenia tego programu. On w tym zakresie jest konsekwentnie realizowany i myślę, że możemy już mówić o bardzo przyzwoitych efektach tego programu.

Kolejny cel w opisie efektów „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, to jest kwestia, która już na początku została wyróżniona jako priorytet, oprócz radioterapii, czyli oddziały i kliniki torakochirurgii. Tutaj celem była poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca.

Kilka parametrów klinicznych – myślę, że to dobrze oddaje postęp, który się dokonał w tej dziedzinie. O blisko 25% spadła liczba operowanych pacjentów z wyższym stopniem zaawansowania – powyżej 3A – i to jest informacja świadcząca o tym, że jeśli chodzi o wykrywalność, rzeczywiście osiągnięto w skali kraju wyraźny postęp.

O 1/5 – 20% – zmalała liczba wykonywanych pneumonektomii, co oznacza, że w tym samym odsetku wykonano więcej lobektomii w raku płuca. To również świadczy, po pierwsze, o lepszej kwalifikacji, lepszej diagnostyce obrazowej, wcześniejszym wykrywaniu i o postępie w zakresie technik operacyjnych. Te wszystkie elementy przyczyniają się do tego, że te zabiegi są mniej okaleczające, mniej urażliwe i dają pacjentom, przy tym samym rokowaniu albo nawet lepszym rokowaniu, mniejszy ubytek na zdrowiu po takim zabiegu.

Ilość wykonywanych badań śródoperacyjnych – to jest też kwestia dostępności do diagnostyki – a tym samym jakość leczenia onkologicznego, również uległa znaczącej poprawie. Warto wspomnieć o tym, że jedno z tych podstawowych, dość istotnych narzędzi, do jakich należy rejestr, również odegrało pewną rolę, jeśli chodzi o długofalową ocenę skutków leczenia.

Przypomnę, że od pewnego czasu mamy Krajowy Rejestr Raka Płuca. To, z jednej strony, umożliwia monitorowanie jakości leczenia chirurgicznego we wszystkich ośrodkach chirurgii klatki piersiowej w Polsce, a z drugiej strony, pozwala na efektywne oceny w zakresie skuteczności takiego długofalowego leczenia. Co istotne, tym rejestrem jest objętych w tej chwili ponad 19 tys. chorych leczonych chirurgicznie. Ten rejestr jest kontynuowany i dane z tego rejestru stanowią istotną przesłankę do podejmowania kolejnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej w tej dziedzinie.

Przypomnę, że w Polsce, w działających obecnie ośrodkach torakochirurgicznych, przy dość równomiernym rozmieszczeniu na terenie całego kraju, jest zatrudnionych 163 specjalistów. Trzeba powiedzieć, że jest to elitarna grupa. Ta liczba może nie wywołuje ogromnego wrażenia, ale jest to elitarna grupa lekarzy. Dobrze posługiwać się parametrami uśrednień na liczbę mieszkańców – z tych przeliczeń wynika, że na jednego specjalistę w naszym kraju przypada populacja około 230 tys. mieszkańców, i to dopiero oddaje poziom wysycenia w zakresie tych usług. Powiem tylko, że ten wskaźnik jest dwukrotnie wyższy niż chociażby w Wielkiej Brytanii, gdzie jeden specjalista chirurgii klatki piersiowej przypada na około pół miliona mieszkańców. Wydaje się więc, że w tej sferze mamy już bardzo przyzwoite parametry dostępu do lekarzy tej specjalności.

W celu doprowadzenia do stopniowego wzrostu poprawy jakości diagnostyki chorób nowotworowych oraz zwiększenia dostępności pacjentów do wczesnej diagnostyki onkologicznej, dokonano również zakupu aparatury diagnostycznej. Wcześniej mówiliśmy o terapii, a teraz warto odnotować kwestię diagnostyki w kontekście tych faktów, które przytoczyłem, czyli wcześniejszego wykrywania nowotworów, wczesnych etapów nowotworów

oraz generalnie dostępu do diagnostyki i wykrywania zmian nowotworowych. Jest to fakt, który trudno przecenić. Te zakupy objęły 22 rezonanse magnetyczne, 4 cytomammobusy. W 2012 r. – 12 tomografów komputerowych, 5 gamma-kamer SPECT/CT, natomiast w 2013 r. planowany jest zakup pięciu tomografów i ośmiu rezonansów magnetycznych. To też jest istotna zmiana na mapie w zakresie diagnostyki onkologicznej.

Przy tej okazji warto też powiedzieć, co to znaczy w kontekście tych średnich parametrów, które odzwierciedlają stopień wysycenia sprzętem na liczbę mieszkańców w Polsce. Te parametry aktualnie kształtują się na poziomie 12,2 na milion mieszkańców, jeśli chodzi o tomografię komputerową. Dla porównania, w Europie Zachodniej średnie parametry to w dużej rozpiętości od 15 do 30 na milion mieszkańców.

Liczba aparatów rezonansów magnetycznych na milion mieszkańców wynosi w tej chwili 8 – w Europie Zachodniej ten parametr wynosi w rozpiętości od 10 do 20. Widać, że do tej dolnej granicy średniej europejskiej wyraźnie się zbliżamy dzięki tym zakupom. Stawia to nas w nieco innym świetle niż jeszcze 5 lat temu. Postęp w tym zakresie jest bardzo wyraźny.

Liczba gamma-kamer SPECT/CT na milion mieszkańców, zaawansowanego sprzętu – według zaleceń Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej – powinna wynosić co najmniej 10 na milion mieszkańców, natomiast liczba aparatów niezbędna do zapewnienia pacjentom onkologicznym dostępu do badań powinna wynosić 5 na jeden milion mieszkańców. Warto powiedzieć – to też jest rzecz, która powinna wybrzmieć w tym raporcie bardziej zdecydowanie – że w Polsce liczba gamma-kamer na milion mieszkańców wynosi obecnie 1,6. To również jest bardzo istotna zmiana na mapie sprzętu onkologicznego. Dla porównania, w Czechach ten sam parametr to 12 na milion mieszkańców, na Węgrzech 9 na milion mieszkańców, a w Europie Zachodniej od 20 do 40 na milion mieszkańców.

W zakresie programów profilaktycznych, mówiąc o efektach – bo mówimy o części sprzętowej, dostępie do diagnostyki, dostępie do terapii – trzeba też powiedzieć o pewnym poziomie zgłaszalności korzystania z tego sprzętu. To też jest istotny element. Dane w tym zakresie wciąż nie są satysfakcjonujące w stosunku do oczekiwań i zakładanych planów, ale trzeba tu również odnotować stały progres.

Zwiększająca się zgłaszalność na badania. Kilka elementów, które są kluczowe dla całego programu, czyli badania mammograficzne – wzrost zgłaszalności z prawie 24% w 2006 r. do prawie 43% w roku 2012. Jest to dwukrotny wzrost. Oczywiście daleko nam jeszcze do krajów, takich jak Finlandia, gdzie poziom zgłaszalności wynosi 80-90%, ale to jest kwestia krzywej uczenia się po trosze społeczeństwa i po trosze specjalistów. W Finlandii dojście do tych wyników trwało 20 lat, a u nas czas działania w tym zakresie jest krótszy. W związku z tym, możemy optymistycznie zakładać, że przy takim progresie – w ostatnich sześciu latach właściwie dwukrotnym zwiększeniu się liczby osób zgłaszających się – te parametry będą stale rosły.

Dla porównania, badania cytologiczne – ogromnie słaby punkt w dziedzinie wczesnej diagnostyki i pewnej edukacji społecznej. Dość katastrofalne dane z roku 2006 – zgłaszalność na poziomie 12,7%. W tej chwili znowu mówimy o prawie dwukrotnym wzroście – o 23,2% w roku 2012. Daleko do ideału, ale z całą pewnością istotny wzrost godny odnotowania. To też jest efekt prowadzonych regularnie akcji profilaktycznych o bardzo szerokim zakresie i o dużym zróżnicowaniu w zakresie formy i treści oraz różnych sposobach docierania do potencjalnych pacjentek.

Jeśli chodzi o faktycznie zrealizowane badania profilaktyczne mammograficzne i cytologiczne, to w tym kontekście też warto o tym powiedzieć – w ramach programów skriningowych, a także w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poziom zgłaszalności kobiet objętych skriningiem jest o około 10% wyższy w przypadku skriningu mammograficznego i o około 20% w przypadku skriningu cytologicznego.

Kolejny element wart wyróżnienia – z roku na rok poprawia się dostępność do badań kolonoskopowych. To jest kolejny istotny punkt – jak państwo pamiętają – który został wyróżniony jako priorytet w celach programu. Liczba realizatorów tego programu – to jest godne podkreślenia – wzrosła z 10 jednostek na początkowym etapie realizacji

programu do 91 w roku 2012. Dziewięciokrotny wzrost dobrze odzwierciedla zmiany w dostępie do badania i przekłada się to oczywiście na wyniki.

Zapewnienie dobrej jakości badań kolonoskopowych realizowanych w ramach programu przekłada się na to – patrząc na efekty – że Polska jest właściwie jednym z czterech krajów – obok Niemiec, Włoch i Luksemburga – w którym program wczesnego wykrywania raka jelita grubego jest prowadzony przy pomocy kolonoskopii. A jeśli chodzi o efekty, dysponujemy analizami europejskimi. EUROOCARE w zakresie tej opieki pokazuje bardzo wyraźnie, że odsetki pięcioletnich przeżyć w raku jelita grubego w Polsce wzrosły z 26% – są to dane z 2003 r. – do około 43-46%. Zatem w tym zakresie również mówimy o bardzo wyraźnej i istotnej poprawie tego parametru. Porównujemy tu dane zarówno z 2007 r., jak i z 2010 r. Jedne i drugie wskazują na bardzo istotny spadek śmiertelności. Te parametry rzeczywiście zmieniły się imponująco istotnie na tle europejskim.

Warto podkreślić, że na przestrzeni tych lat Polska odnotowała jeden z najwyższych wzrostów tego wskaźnika w Europie. Jest to chyba nieporównywalne. Patrząc na ostatnie 5-7 lat, ten wzrost jest na tyle dynamiczny, że brak innych punktów odniesienia, jeśli chodzi o kraje, które realizują podobne programy. Niemniej jednak mówimy o pozytywnej dynamice wzrostu, o tym, że parametry się poprawiają, ale oczywiście te pięcioletnie przeżycia są wciąż poniżej średniej europejskiej – stanowią około 54%. To jest tylko potwierdzenie słuszności tego programu i potrzeby jego kontynuacji, co znajduje odzwierciedlenie w planach na następne lata.

Jeśli chodzi o realizację programów poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci – kolejny duży punkt, który jest realizowany jako priorytet – to również odnotowaliśmy poprawę efektywności leczenia nowotworów. Prawdopodobieństwo całkowitego przeżycia pacjentów po pięciu latach wynosi w poszczególnych grupach – przytoczę tylko kilka tych elementów – w białaczkach, w grupie standardowego ryzyka – 97%, w grupie pośredniego ryzyka – 93%, w grupie wysokiego ryzyka – 80%. W guzach litych u pacjentów, u których rozpoznanie postawiono w wieku niemowlęcym, ten parametr wynosi 94%, u pacjentów powyżej 12 miesiąca życia – 64%, a w chłoniakach złośliwych u pacjentów z chłoniakami wielokomórkowymi – 81,6%, z prekursorowymi chłoniakami limfoblastycznymi typu T i pre-B parametr jest na poziomie 89,9%, z chłoniakami z dojrzałych komórek B – 53,6% i w nowotworach ośrodkowego układu nerwowego – 76,2%, w tym 96% w przypadku glejaków złośliwych, prawie 83% guzy typu ependymoma anaplasticum i 24% guzy pnia mózgu.

Ponadto z roku na rok wzrasta liczba finansowanych zakupów endoprotez dla dzieci – jest to już leczenie towarzyszące, ale przypomnę państwu, że jest wymienione jako jeden z priorytetów w tym działaniu. Jeśli chodzi o dzieci z nowotworami kości, te endoprotezy mają za zadanie poprawę jakości życia i umożliwienie zastosowania leczenia oszczędzającego. Realizacja zdania w istotny sposób poprawiła jakość życia pacjentów. Dość powiedzieć, że jeśli chodzi o liczbę endoprotez onkologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości, w minionych sześciu latach – od 2006 do 2012 – zakupiono 222 endoprotezy. Tyle, jeśli chodzi o realizację celów.

Chcę jeszcze tylko kilka zdań poświęcić modyfikacjom, bo zakładam, że „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” jest państwu dobrze znany, jest bowiem raportowany co roku. Natomiast warto wspomnieć o kilku elementach, które zostały zmodyfikowane w 2013 r. Są one istotne w kontekście omawiania uzyskanych dotychczasowych celów, jak i planowania pewnej strategii i zmian w realizacji tych strategii w roku bieżącym i w latach następnych – bo część z tych programów będzie realizowana do 2015 r.

Przede wszystkim, w roku bieżącym, w ramach „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”, kampanie medialne w zakresie działań na rzecz wysokiej zgłaszalności na badania profilaktyczne będą prowadzone przez centralny i wojewódzkie ośrodki koordynujące. Przypomnę państwu, że do tej pory kampanie medialne były realizowane przez Biuro Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia poprzez emisję spotów telewizyjnych, głównie w stacjach na poziomie ogólnopolskim – centralnym. Mieliśmy dane, żeby zmienić tę strategię

i przesunęliśmy ten element wykonania działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki na poziom wojewódzki. Zatem materiały edukacyjno-reklamowe dotyczące realizowanych programów profilaktycznych będą teraz emitowane przez cały rok w regionalnych stacjach telewizyjnych na terenie całego kraju.

Zmiana sposobu realizacji wynika oczywiście z oszacowania efektywności. To jest po prostu tańsza metoda – gwarantuje większą powtarzalność tych spotów, co jest warunkiem uzyskania pewnego edukacyjnego sukcesu. Gwarantuje również dotarcie do większej liczby osób. Wydaje się więc, że rozdysponowanie środków według tego klucza będzie bardziej efektywne i bardziej skuteczne. Oczywiście czas przyniesie możliwość oceny tych założeń, ale według wszelkich danych szacowania efektywności ekonomicznej wydatkowanych środków wydaje się, że jest to dobre posunięcie.

Kolejna zmiana, to wprowadzenie nowego zadania, dotyczącego szkolenia personelu medycznego w zakresie psychoonkologii. Tu mówimy o szeroko rozumianej poprawie jakości opieki onkologicznej, głównie poprzez poszerzenie realizacji tej opieki zdrowotnej w zakresie psychoonkologii, ale też opracowanie i wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie psychoonkologii dla personelu medycznego.

To są działania z jednej strony polegające na tym, że opracowujemy założenia, a później je realizujemy kształcąc wybrane grupy personelu medycznego. Mówmy tu o kształceniu lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz wprowadzeniu do systemu większej liczby psychologów, którzy we współpracy w pierwszym etapie, głównie z uczelniami medycznymi, ale też z zespołami psychoonkologów, mogliby umożliwić wprowadzenie zajęć fakultatywnych w zakresie psychoonkologii dla studentów wydziału lekarskiego i pielęgniarstwa. Ten element był sygnalizowany zarówno przez konsultantów krajowych, jak i przez organizacje pacjenckie – element brakującego ogniwa w tej opiece.

Nie trzeba rozwijając tego wątku, bo pacjenci onkologiczni z masą problemów natury psychologicznej, wymagają wsparcia zarówno w trudnym okresie, kiedy diagnoza jest podawana pacjentowi, jak i w długim okresie leczenia – na szczęście coraz dłuższym. Ten element wsparcia psychologicznego jest tu dość oczywisty i zrozumiały. Ministerstwo Zdrowia uznało, że należy poszerzyć elementy terapii również o ten zakres wsparcia. Mamy dane dotyczące nie tylko subiektywnej poprawy jakości życia tych pacjentów, ale również realnego wpływu pośredniego na wyniki leczenia. Ten model leczenia jest więc zgodny z nowoczesnymi trendami i odzwierciedla to, co od dłuższego czasu było postulowane przez wiele środowisk.

Kolejna zmiana, to wprowadzenie zadania polegającego na szkoleniu lekarzy w zakresie nowoczesnych technik obrazowania w onkologii. Wspomniałem o sprzęcie, który jest kupowany ze środków Ministerstwa Zdrowia nie tylko w zakresie sprzętu terapeutycznego, ale i diagnostycznego, a więc tomografy komputerowe, rezonanse PET-y. Wszystkie te elementy, oczywiście, wymagają kompatybilnego wprowadzania do systemu specjalistów, którzy są kompetentni w ich obsłudze i potrafią go możliwie efektywnie wykorzystać. Stąd pomysł na wprowadzenie elementu szkolenia. Właściwie jest to warunek sine qua non. Mamy z kraju bardzo częste sygnały, że jest dostępny sprzęt, ale jeśli chodzi o poziom specjalistów, o dostęp do specjalistów – żeby to były osoby fachowe, które potrafią ten sprzęt z jednej strony obsłużyć, a z drugiej, interpretować obrazy diagnostyczne – wciąż mamy wiele do zrobienia. Wydaje się, że w tej chwili jest to kluczowa kwestia, żebyśmy mogli jeszcze bardziej poprawić efektywne wykorzystanie sprzętu, który został zakupiony. Mówimy głównie o podniesieniu kwalifikacji lekarzy radiologów, ale również i innych klinicystów, którzy współpracują z radiologami w zakresie zastosowania nowych technologii obrazowania narządów w onkologii.

Następna zmiana wprowadzona w programie dotyczy zadania „Prewencja pierwotna nowotworów”. To też jest ważny element kampanii. Przypomnę państwu, że jeśli chodzi o zadania z zakresu profilaktyki, to wciąż mówimy o ogromnym zadaniu, jakie stoi przed całym systemem i decydentami, ale jest też pewnym wyzwaniem społecznym. Mówimy o poprawie świadomości i wzroście poziomu edukacji. W ramach tego zadania będzie wdrażany w całej Polsce projekt „Szkoła promująca zalecenia Kodeksu Walki z Rakiem” – mówimy tu o szeroko rozumianej budowie świadomości onkologicznej, a przede wszystkim, o poprawie jakości życia dzieci i młodzieży poprzez stwarzanie warunków,



kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności w zakresie wpływu zdrowego stylu życia na zapobieganie chorobom nowotworowym, jak również kształtowanie postawy aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia. Tak naprawdę, mówimy w tym kontekście o szeroko rozumianej, ale prawdziwej profilaktyce pierwotnej.

Wydaje się, że są dane, już dość przekonujące, z różnych miejsc na świecie gdzie zajmowano się tym problemem, że prawdziwie efektywne działanie profilaktyki pierwotnej odbywa się na poziomie dzieci i młodzieży. Efekty tych działań zobaczymy prawdopodobnie za lat kilkadziesiąt, ale wiadomo, że zmiana stylu życia na tym bardzo wczesnym etapie, kiedy są wdrukowywane pewne zachowania i kiedy mamy szansę na uzyskanie możliwie trwałych i skutecznych efektów we wszystkich zakresach stylu życia – od jedzenia począwszy, na aktywności fizycznej skończywszy – ma szansę przynieść największe efekty. Te działania zostały wdrożone i są kontynuowane zalecenia Kodeksu Walki z Rakiem. To jest właśnie dobry przykład realizacji takich zadań.

Na marginesie warto zaznaczyć, w związku ze smutnym faktem, że dominującą lokalizacją nowotworów złośliwych są płuca – jak wynika ze statystyk w ostatnich latach, a szczególnie to zjawisko jest widoczne w odniesieniu do kobiet – że znalazło to odzwierciedlenie w przedmiotowym zadaniu. Jest przewidziana grupa zadań edukacyjnych, działań z zakresu prewencji, profilaktycznych, w zakresie raka płuca, ze szczególnym uwzględnieniem właśnie tej grupy docelowej. Nie będę tu rozwijać tego wątku, bo jest on dość dobrze opisany, ale mówimy głównie o profilaktyce antytytoniowej, która jest skierowana do grupy młodych kobiet.

I ostatnia rzecz. W 2013 r. zrezygnowaliśmy, niestety, z realizacji w ramach programu z opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. Realizacja nie była możliwa z uwagi na to, że nie wyłoniono oferentów, ponieważ zabrakło ofert w postępowaniu konkursowym. Przypomnę, że moduł ten dotyczył identyfikacji rodzin z predyspozycją dziedziczną do rozlanego raka żołądka. A brak możliwości realizacji wynikał z faktu, że nie zgłosił się nikt, kto byłby w stanie realizować ten projekt w sposób kompetentny, kompatybilny i zgodnie z zasadami przewidzianymi w raporcie.

To chyba tyle, jeśli chodzi o podstawowe kwestie związane z raportem. Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Oddaję głos.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

**Poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Bardzo dziękuję, panie ministrze za przedstawienie tego sprawozdania. Powiem tak – szkoda, że nie ma dzisiaj pana ministra Winnickiego, dlatego, że na temat nowotworów mówiliśmy na posiedzeniach Komisji Zdrowia na przestrzeni półtora roku chyba 3-4 razy i wtedy sprawozdawał pan minister Winnicki. Nie wiem, czy panu przekazał, że stanowisko Komisji Zdrowia było dość sceptyczne, nie chcę powiedzieć negatywne.

Oczekiwaliśmy zmian w programie. Zresztą wyraziliśmy to w dezyderacie – przed chwilą dostałam kopię tego dezyderatu. Dezyderat był przedstawiony we wrześniu zeszłego roku – w 2012 r. Otrzymaliśmy odpowiedź, której Komisja nie przyjęła i prosiliśmy o jej uzupełnienie przede wszystkim o to, aby w Narodowym programie nastąpiły istotne zmiany, jeżeli chodzi o zakres profilaktyki.

Dzisiaj pan minister powiedział o tym, że w 2013 r. pojawiło się kilka zmian w tym programie, ale, panie ministrze – z całym szacunkiem – nie o to nam chodziło. Nam chodziło o to, żeby środki publiczne, które są wydatkowane od 2006 r., przyniosły rzeczywisty efekt.

Jeżeli popatrzymy na ten problem z perspektywy 2006 r., to efekt jest, bo kupiliśmy sprzęt, bo zaczęliśmy mówić o profilaktyce, bo tak naprawdę startowaliśmy w 2006 r. od zera. Ja nie chcę być odebrana jako osoba, która jest przeciwna temu programowi – wręcz przeciwnie, uważam, że wtedy, w 2006 r., bardzo dobrze stało się, że ten program powstał. Jednak minęło kilka lat i teraz, analizując efektywność, jakiej za te pieniądze oczekiwaliśmy, mogę powiedzieć, że jestem trochę rozczarowana, ponieważ te liczby, które pan tu dzisiaj podał – nie

wiem, czy pan minister to wie – na przykład, o zgłaszalności kobiet w celu wykrycia raka szyjki macicy, są identyczne jak w roku 2010 i w roku 2011. Nie chcę powiedzieć, że to jest kopia sprawozdania z 2011 r., ale w większości tak jest.

Niestety, na przestrzeni lat, kiedy Komisja Zdrowia ocenia ten program – nie chcę powiedzieć, że od 2006 r., aczkolwiek jest oceniany – ale w ostatnich kilku latach przyglądamy mu się bardzo uważnie z tego powodu, że po kilku latach inwestowania środków powinny poprawiać się wskaźniki. Nie mamy poprawy w zgłaszalności kobiet. Pan mówił, że źle zadziałała informacja i przekaz skierowany do kobiet nie był trafiony – to prawda – ale oprócz tego powiedział pan dzisiaj o wysyceniu gamma-kamerami – taka sama ilość była w roku 2011. Zatem okazuje się, że mimo iż te środki cały czas są wydatkowane, brakuje rzeczywistych efektów.

Kolejna rzecz – to, o czym pisaliśmy wysyłając dezyderat. Oczekiwaliśmy przemodulowania całego programu. Zresztą tak samo – ja to pamiętam – wypowiedzieli się eksperci, którzy byli na tych spotkaniach i mówili, że jest taka potrzeba zmiany i nowelizacji.

Kolejna rzecz, o której chce wspomnieć, to radioterapia. Bardzo dobrze, że kupujemy akceleratory. Nikt nie ma odnośnie do tego wątpliwości. Pytanie z mojej strony jest jednak takie – jaka występuje korelacja pomiędzy zakupem tychże akceleratorów a kontraktowanymi świadczeniami, bo dostępności w tym zakresie, niestety, też nie poprawiliśmy?

Następna sprawa, o której wiem od onkologów. Ja nie jestem onkologiem, ale to onkolodzy mi powiedzieli, że przeżycie pięcioletnie nie zwiększyło się mimo wdrożenia tego kilkuletniego programu. W związku z tym, gdzieś coś szwankuje. Nie ma standardów postępowania. Czy to jest za krótki okres, według pana ministra, do oceny? To są opinie onkologów, które usłyszałam – okres przeżycia powinien już ulec zwiększeniu, a tak nie jest.

W związku z tym, muszę powiedzieć z bólem, że uważam, iż efekty finansowe i wydatkowane pieniądze, które są przeznaczane na ten program, nie przekładają się tak prawdę na efektywność. Ja dokładnie zapisałam to, co pan minister powiedział, co ulega zmianie w roku 2013. Mamy już połowę tego roku. Bardzo szybko przyjdzie czas na kolejne sprawozdanie. Chciałabym więc pana ministra bardzo prosić o to, żebyśmy przyjmując sprawozdanie za rok 2013 mówili nie tak samo jak w tej chwili – przywołując te same liczby i te same strony co w latach ubiegłych – tylko mówili o tym, co rzeczywiście zostało zmienione, co ministerstwo wdrożyło i jaki jest efekt, co z tego uzyskaliśmy. I wtedy będę uważać, że program rozwija się i jest adekwatnie realizowany w stosunku do obecnych potrzeb. Bo to, co było w 2006 r., a to, co jest w chwili obecnej, to są naprawdę dwa różne tematy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni goście, może zacznę od beczki miodu. Skoro w 2006 r. startowaliśmy od zera i wydawaliśmy 250 mln zł, mamy rok 2012, wydajemy podobną kwotę, i jest lepiej – bo jak czytam ewaluacje poszczególnych programów, to jest lepiej – to znaczy, że posunęliśmy się do przodu.

Czego mnie osobiście brakuje – co od kilku lat powraca w trakcie ewaluacji tego programu? Brakuje jakichś parametrów, aby osoby, które są członkami tej Komisji, a pojawiły się w nowej kadencji, wiedziały o tym, jaki jest stosunek tych parametrów do wydatkowanych środków. Na przykład, jak się zmieniają przeżycia w tych latach. Bo my zawsze mamy jakiś punkt odniesienia – często są to nawet odległe lata, ale chodzi o to, żebyśmy mieli jakąś linię. Czy, na przykład, przeżycia pięcioletnie rosną, maleją czy stoją w miejscu?

Cieszę się z powodu zakupu sprzętu, ale też chciałbym wiedzieć, jak ten sprzęt jest wykorzystywany. Pan minister uświadomił nam bardzo wyraźnie jedyny parametr, że jeśli chodzi o nasycenie tym sprzętem w stosunku do tego, co dzieje się w Europie czy na świecie, to mamy jeszcze trochę do nadgonienia. Powstaje jednak pytanie, czy kupując tak nowoczesny sprzęt i mając na takim poziomie wysycenie tym sprzętem w stosunku do populacji, odpowiednio go wykorzystujemy.

Wreszcie, wydawałoby się prosty parametr – ile, tak naprawdę, kosztuje nas wykrycie jednego danego nowotworu, w jakim stadium, i czy to się zmienia? Myślę, że wszystkie osoby, które są zaangażowane w ten program, to doskonali naukowcy, profesorowie, którzy w wielu swoich publikacjach doskonale potrafią przedstawić, jak dana metoda leczenia czy dana metoda diagnostyki poprawia się, jak wpływa na przeżycie chorych. Takich parametrów i takich wytycznych na przestrzeni ostatnich lat nam brakuje, i to chcielibyśmy znaleźć w sprawozdaniu.

Chodzi o poszczególne segmenty, którymi się zajmujemy, od profilaktyki i zwalczania chorób nowotworowych żeńskich narządów rozrodczych, do nowotworów z zakresu hematologii. Myślę, że takie bramki można ustawić. Wtedy byśmy wiedzieli, czy w stosunku do tego, co dzieje się w Europie czy na świecie, jesteśmy bliżej, czy dalej, czy w ciągu ostatnich lat w danym segmencie poprawiło się, czy nie. I wtedy moglibyśmy zadawać sobie pytanie – dlaczego? Czy system informowania, promocji jest niewystarczający, czy może go zmodyfikować, czy może rzeczywiście nie jesteśmy w stanie spowodować tego, żeby więcej niż 24% pacjentek zgłaszało się na profilaktykę raka szyjki macicy czy badanie mammograficzne?

I wreszcie – może byśmy potrafili zewaluować to, w jaki sposób nakłady na działania trudno wymierne, takie jak kampanie marketingowe w radio, telewizji czy akcje promocyjne – tu mowa o książkach, broszurach, programach – wpływają na wzrost świadomości, a także na zgłaszalność tych pacjentów. Czy możemy przebadac ankietowo jakąś grupę pacjentów, naszych obywateli, czy do nich ta informacja dotarła, ile tych osób się zgłosiło, żebyśmy, tak naprawdę, wiedzieli, jaki jest miernik tego w populacji? O to wnosiliśmy przed rokiem, i konsekwentnie, rok po roku, będziemy się o to dopominać.

Tak jak powiedziałem na początku, jest lepiej, bo za te same pieniądze potrafimy uzyskać lepszy efekt. Czy jest optymalnie? Ciężko się zorientować, ponieważ mamy bardzo różne parametry i bardzo różne wskaźniki w przypadku różnych programów zawartych w tym programie i nie mamy punktów odniesienia, dzięki którym członkowie Komisji, nie będąc fachowcami w poszczególnych dziedzinach, w łatwy i czytelny sposób mogliby się zorientować, że tu można jeszcze zwiększyć nakłady, a tu środki wykorzystywane są optymalnie albo rewelacyjnie. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Katulski.

**Poseł Jarosław Katulski (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Właściwie pozostaje mi przychylić się do zdania przede wszystkim pani przewodniczącej Małeckiej-Libery, bo mam swoje *déjà vu*. Rozmawiamy o bardzo podobnym dokumencie, który przed nami leżał rok temu. Sprawozdanie praktycznie się nie zmieniło, mimo tego, że dwukrotnie zwracaliśmy się jako Komisja Zdrowia do Ministerstwa Zdrowia w formie dezyderatu – odpowiedzi pierwotnie nie przyjęliśmy – z oczekiwaniami, jak według nas program powinien być modyfikowany.

Pomijam fakt, że pewne dane liczbowe – z przykrością muszę to powiedzieć – są dla nas trochę nieczytelne. Pan minister zwrócił uwagę na bardzo charakterystyczną liczbę. Przypomnę moją wypowiedź sprzed roku – prawie tak samo będzie brzmieć teraz. Otóż, wtedy, według tamtych danych – a więc rok temu – mieliśmy podobne albo takie samo nasycenie populacji tomografami komputerowymi i rezonansami magnetycznymi jak wysoko rozwinięte kraje Europy Zachodniej, natomiast wyraźnie brakowało nam gamma-kamer i był podany wskaźnik 1,6 gamma-kamery na milion mieszkańców. Jak się okazuje, jest to zdecydowanie za mało, bo powinno ich być przynajmniej 5, a optymalnie 10. Według dzisiejszego dokumentu, zakupiono 5 gamma-kamer, a dalej podawany jest wskaźnik 1,6. Prosta matematyka na poziomie szkoły podstawowej wykazuje, że to jest 2, a nie 1,6. Czyli, coś się jednak zmieniło.

To może być tylko pomyłka, zadam następujące pytanie. Jeśli mamy wystarczającą liczbę tomografów komputerowych, to dlaczego kupuje się 5 gamma-kamer, których bardzo brakuje, ale dodatkowo kupuje się 12 tomografów komputerowych. To są dane, które państwo ujęli w tabelach. Podejrzewam, że te wydatki inwestycyjnie w dalszym ciągu nie do końca są przemyślane. Nie chcę dalej wnikać, jak to wygląda, jeśli chodzi o roz-

proszenie w kraju, bo śmiem twierdzić, że ten wskaźnik i tak jest bardzo mylący. Nie dam sobie ręki uciąć, ale myślę, że nasycenie w Warszawie i prawdopodobnie na Śląsku jest optymalne, a może nawet lepsze niż optymalne, ale są regiony w kraju, gdzie tego nasycenia nie ma w ogóle albo prawie w ogóle. Do tego państwo nie odnosi się zupełnie.

Muszę powiedzieć, że ten dokument z mojego punktu widzenia jest niezadowolający, tak samo jak niezadowolający był rok temu. Wydaje mi się, że jako Komisja Zdrowia, która trzeci raz dyskutuje na ten temat, mamy jednak prawo oczekiwać zupełnie innego podejścia do tego zagadnienia. Samo sporządzenie tego dokumentu też powinno być bardziej przejrzyste, bo osoby, które są członkami Komisji Zdrowia i mają do czynienia z ochroną zdrowia zawodowo, to wiele z tych danych są w stanie dokładnie przeanalizować samodzielnie, ale osoby, które są posłami – członkami Komisji Zdrowia, niezwiązane z ochroną zdrowia mają dość duży problem z tym, żeby to zrozumieć, bo dokument jest napisany mało czytelnie. Rozumiem, że taki pewnie jest zwyczaj w Ministerstwie Zdrowia – tak się opisuje ten dokument – ale, niestety, nas to nie satysfakcjonuje.

Jednak najważniejszą i kluczową rzeczą – muszę to powtórzyć za panią przewodniczącą – jest to, że mimo oczekiwań Komisji Zdrowia – a one wynikają nie z naszego chęćstwa, tylko z tego, że wskaźniki... Bo przecież celem programu nie jest zakupienie iluś aparatów i zrealizowanie iluś programów profilaktycznych. Celem programu jest poprawienie wskaźników, jeśli chodzi o wczesną wykrywalność, zachorowalność i umieralność na choroby nowotworowe. Niestety, tych celów nie osiągamy. W związku z powyższym, możemy się cieszyć, że jest lepiej niż było w roku 2006, ale, szanowni państwo, mamy rok 2013. W medycynie od 2006 r. do 2013 r. jest przepaść, a my nie rozwiązaliśmy wielu prostych kwestii.

Już nie chcę mówić o najlepszym przykładzie, jakim jest profilaktyka raka piersi i raka szyjki macicy, bo to jest wstyd dla nas, że wydajemy kilkaset milionów złotych w skali kraju i nie potrafimy tak prostej kwestii rozwiązać. Zwracaliśmy uwagę na to, że ten program w niewystarczającym stopniu zawiera – jak się okazuje – różnego rodzaju elementy promocyjne i edukacyjne w zakresie chociażby tych dwóch chorób. Możemy się pocieszać, że wysyłamy jakieś zaproszenia, ale te akcje marketingowe, które są promowane, są po prostu niewystarczające – są kiepskie. Trzeba wymyślić coś nowego. I tego oczekiwała Komisja Zdrowia.

Wydaje mi się, że powinniśmy zastanowić się nad tym. Nie będziemy pewnie robić tego, co ostatnio, ale oczekujemy jednak innego dokumentu. Sugerowałbym, żeby ministerstwo ten letni czas wykorzystało do przygotowania dokumentu takiego, jakiego byśmy oczekiwali, a szczególnie, jeśli chodzi o założenia na następne lata. Takiego, aby podsumowując program, kiedy będzie się kończyć – a wtedy też będzie się zbierać Komisja Zdrowia – można było powiedzieć, że udało się przynajmniej część wskaźników osiągnąć w stopniu zadowolającym z punktu widzenia zdrowia publicznego. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący, że pan prosty lud poselski dopuszcza do głosu...

Panie przewodniczący, panie ministrze, ze smutkiem czytałam ten program i z rosnącą irytacją. Porównałam sprawozdania, które państwo dostarczyli w roku ubiegłym i jeszcze poprzednim, i muszę powiedzieć, że przygotowanie takiego sprawozdania metodą kopiuj-wklej dla komisji sejmowej, gdzie – co podkreśliło prezydium Komisji – są lekarze, nie jest w porządku.

Ja prosiłam rok temu, aby państwo przedstawili to w ujęciu regionalnym, żeby państwo pokazali, jak to jest w regionach. A że takie dane są dostępne, to mogliście je łatwo zdobyć, bo ja zdobyłam je z Internetu – publikacja dotyczy tego, jak kształtuje się w Polsce zachorowalność na niektóre nowotwory w latach 1999-2007 i 2011.

Zacznijmy od zgłaszalności. Otóż, państwo piszą tu, że zgłaszalność na badania mammograficzne wynosi 42,64%. A ja chcę powiedzieć, że ta sama zgłaszalność w roku 2011 wynosiła 43,48% i była bardzo różna w różnych województwach – dlatego o to prosiłam.

Na przykład, w województwie mazowieckim wynosiła 32,19%. Oczywiście są takie województwa, gdzie jest ona istotnie wyższa, jak lubuskie – 56,85%, ale niemało jest też takich, gdzie jest poniżej średniej, jak pomorskie czy małopolskie. Trzeba to przeanalizować.

Ponieważ jestem z Podkarpacia, sięgnęłam jeszcze do danych, które dotyczą poszczególnych powiatów – bo takie dane też są dostępne. I sędzę, że kierownictwo ministerstwa też powinno do takich danych sięgać, ponieważ dopiero wtedy można podjąć rzeczywiście bardzo skuteczne akcje przeciwdziałające i akcje profilaktyczne.

Jeżeli zachorowania w powiecie leskim są 6 razy wyższe niż w powiecie rzeszowskim, to o czymś to zaświadcza. Prawda? To samo dotyczy umieralności na raka piersi. Może warto sięgnąć po te dane. Jeżeli ja bez żadnego zaplecza urzędniczego, instytutowego i researcherskiego jestem w stanie dotrzeć do takich danych, to zapewniam, że pan dysponując wieloma instytutami, w tym Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego, może spokojnie wszystkie te dane przeanalizować, i może pan palcem wskazać – mając całą sieć ośrodków regionalnych zwalczania nowotworów – gdzie, co, jak i po co robią. Nie jest to rzecz niemożliwa. Ona jest naprawdę możliwa.

Jeżeli państwo wydają ogromne pieniądze na wysyłanie listów, to powiem, że wczoraj mieliśmy spotkanie z pielęgniarkami, które mówią, że za 3,40 zł... Ile kosztuje taki list który wysyłacie? 3,60 zł. A one mówią, że za 3,40, a nie za 1,70 zł są w stanie roznieść wszystkie te zaproszenia i jeszcze namówić kobiety do takich badań. Co więc stoi na przeszkodzie – podpisana umowa na wiele lat z pocztą czy jakimś dostarczycielem listów?

Czytając to, po prostu chce się płakać. Ja już jestem w takim wieku, że dużo czasu spędzam na oddziałach onkologicznych. Bo to jest właśnie taki wiek, w którym nie tylko ja sama, ale także moja rodzina i przyjaciele, moi znajomi, dużo czasu tam spędzają. I kiedy widzę to, co tam się dzieje, i kiedy widzę, że w każdej pozycji, którą tu przedstawicie, panie ministrze, zostały wam pieniądze – czemu one zostały, nie ma potrzeb, nie wiecie, jak je wydać? – to może trzeba kierownictwo tego programu wymienić. A może jest już tak, że te pieniądze zostały podzielone między różne grupy interesariuszy, mówiąc najdelikatniej, i po prostu nie można już nic więcej zmienić, już nie można nic zrobić. Już się kupuje ten sprzęt. Już się wysyła te listy – wszystko jedno, czy czytają, czy nie czytają, przychodzą, nie przychodzą. W województwie mazowieckim, gdzie sieć tych poradni jest przecież dostateczna, na badania mammograficzne przychodzi mniej niż co trzecia kobieta.

A czemu pan nigdy nie pójdzie – ja o to prosiłam i proszę już trzeciego ministra – do Instytutu Onkologii, gdzie prowadzi się badania przesiewowe raka piersi? Zobacz pan, co tam się odbywa, w jakich warunkach i w jaki sposób. Co dalej jest z tymi badaniami? Ja byłam w bardzo wielu poradniach, dlatego, że jestem w Komisji Zdrowia. Ja tym nie kieruję, ale posłałabym tam moich współpracowników i poprosiła, żeby oni to zrobili.

Państwo piszą przy każdym programie „podniósł się poziom”. Jak się podniósł? W jaki sposób państwo mierzą podnoszenie się tego poziomu? Nie ma ani jednego wskaźnika, ani jednego kryterium pomiaru, jak się ten poziom ponosi.

Chcę panu powiedzieć, że w Internecie znalazłam niezwykle ciekawe dane dotyczące wykrywalności nowotworów piersi – to jest dzisiaj największy zabójca, jeśli chodzi o nowotwory u kobiet. I tak, w badaniach skrininowych w roku 2006 wykryto 22 przypadki nowotworu piersi, a poza skrininowaniem 588 przypadków. W roku 2008, w badaniach skrininowych wykryto 181 przypadków nowotworu piersi, a w zwykłych badaniach poza skrininowaniem – 728 przypadków. W roku 2010 wykryto w skriningu 158 przypadków, a poza skrininowaniem 682. Nie będę dalej czytać, bo to oznacza, że ten skrinin albo jest źle zorganizowany, albo jest źle adresowany, albo następuje zły dobór próby. I widać dokładnie, które kobiety zgłaszają się na te badania.

Chciałabym wiedzieć, dlaczego państwo nie dostarczyli nam takiej dokładnej analizy. Ona jest do wykonania dość prosto, bo wszystkie te dane, o których mówię, są w Internecie... Proszę?

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Szanowni państwo, bardzo proszę. To ja na razie prowadzę posiedzenie Komisji i dyskusję...

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Ja nie chcę z panią dyskutować.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo proszę, czy pani poseł ma jeszcze coś do dodania?

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Tak, mam.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

To bardzo proszę konkludować. Później udzielię głosu innym osobom.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Wracam do strony 31. Na kształcenie lekarzy zaplanowali państwo 520 tys. zł. Nie sądzę, żeby to było dużo, ale w ramach tego przeszkoliliście 80 chirurgów i przygotowaliście materiały szkoleniowe dla patomorfologów. Bardzo dobrze. A gdzie są lekarze pierwszego kontaktu, o których mówiliśmy? Ja wiem, że oni nie chcą się kształcić, ale czy pan podjął jakieś działania zachęcające lekarzy pierwszego kontaktu i dlatego zostało 389 tys. zł z pieniędzy zaplanowanych na kształcenie lekarzy.

Mam bardzo dużo uwag. Już po prostu nie chcę mówić.... Proszę pani, wszystkie moje dane pochodzą z rejestru – z oficjalnego rejestru nowotworów. Może je pani pobrać. Dysponuje nimi Narodowy Instytut Zdrowia i Główny Urząd Statystyczny.

Na zakończenie mam pytanie do pana ministra – może pan na nie odpowiedzieć dzisiaj, a może pan na nie odpowiedzieć na piśmie. Panie ministrze, co pan zamierza zmienić? Z tego, co pan przedstawia, wynika, że ma być kontynuacja w następnych latach. A jeśli ma być kontynuacja, to nie ma zmiany – państwo uważają, że wszystko jest dobrze. Jednak zapytam pana. Co, może pod tej wpływem dyskusji – przecież i posłowie kolacji rządzącej wypowiadają się krytycznie o tym programie – zamierzają państwo zmienić?

A drugie moje pytanie jest następujące. Jakie zmiany w ustawie ustanawiającej program profilaktyczny nowotworów państwo proponują? Komisja Zdrowia w błyskawicznym tempie przyjmuje różne zmiany w ustawach zdrowotnych, których ważność upływa, namówię więc wszystkich posłów, żeby siedzieli tutaj dzień i noc i wprowadzili takie zmiany w ustawie ustanawiającej program profilaktyki nowotworowej, jeśli pan widzi taką potrzebę. I bardzo proszę o odpowiedź, jeśli nie dzisiaj, to na piśmie. I jeszcze raz ponawiam prośbę o przedstawienie sprawozdania w ujęciu regionalnym. A teraz będę jeszcze bardziej bezczelna i poproszę o przedstawienie wszystkich tych danych dotyczących nowotworów w ujęciu powiatowym, bo takie dane są. Ja takimi danymi dysponuję dla województwa podkarpackiego, ale chętnie zobaczyłabym, czy w innych miejscach nie ma tak dużych zaniedbań jak na terenie tamtego województwa.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Zanim udzielię głosu następnej osobie – zgłosiły się pani poseł Okrągły i pani poseł Zalewska – to chciałbym wyjaśnić pani poseł – pani profesor – że udzielam głosu w kolejności zgłoszenia. W dniu wczorajszym udzieliłem pani głosu jako pierwszej, bo pani pierwsza się zgłosiła. Dzisiaj zgłosiły się przed panią inne osoby. Staram się wszystkich traktować jednakowo – nikogo nie wyróżniać i nikogo nie dyskredytować, nie traktować gorzej...

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Nie mam żadnej pretensji do pana przewodniczącego.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Jednak ta pretensja została wyrażona i zaprotokołowana. Stąd te moje wyjaśnienia. Może na przyszłość warto powściągnąć pewne emocje.

Bardzo proszę, pani poseł Okrągły.

**Posel Janina Okragly (PO):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, mam do pana ministra kilka pytań. Pierwsze będzie dotyczyć edukacji społeczeństwa w kierunku popularyzacji postaw zdrowotnych i upowszechnienia wiedzy na temat profilaktyki nowotworów. Jeśli chodzi o moje pytanie, właściwie zaczął o tym mówić pan poseł Orzechowski, który nawiązał do ewaluacji programów. Mam pytanie, czy jest ewaluacja programów zdrowotnych dotyczących tej dziedziny, jakie są efekty i jak wygląda planowanie takich programów. Czy to jest tylko planowanie jednoroczne, czy z wyprzedzeniem do kilku lat?

Pytam, bo obserwuję niedobre zjawisko. Jednym z tematów podjętych w tym programach jest profilaktyka antynikotynowa pierwotna. Obserwuje się, że otwiera się nieodporny kierunek – zaczyna się lekki wzrost liczby ludzi palących, a szczególnie dotyczy to kobiet. Jest to bardzo niebezpieczne z tego powodu, że już nie rak piersi jest główną przyczyną zgonu z powodu nowotworu – zaczyna dominować rak płuca i oskrzela, jak tu mi pan podpowiada.

Mam pytanie, czy są projekty dotyczące profilaktyki pierwotnej, edukacji dotyczącej nikotynizmu i jego szkodliwości i czy są jednocześnie przewidywane wskaźniki, jakie chcemy osiągnąć, i ewaluacja tych programów, żebyśmy mogli to oceniać? To jest jedna sprawa.

Druga sprawa dotyczy tych nieszczęsnych zaproszeń, o których mówiła tu pani profesor Hrynkiewicz. Wysłałyśmy ponad 6 milionów zaproszeń. Zgłasza się powyżej 750 tys. osób na badania i ponad milion osób na badania mammograficzne. Mam więc pytanie, czy analizuje się, ile osób z tych zgłaszających się, to odzew na te właśnie zaproszenia. Na pewno część zgłasza się w wyniku zaproszeń, a część z powodu innych czynników. Chodzi mi po prostu o to, czy to jest metoda efektywna, bo może się okazać zupełnie nieefektywna i szkoda tych pieniędzy, które można przeznaczyć na inny sposób zachęcania.

I trzecia sprawa, o którą chciałabym zapytać. Jest to edukacja lekarzy. Od 2011 r. i w 2012 r. były programy dotyczące edukacji lekarzy chirurgów z zakresu onkologii. W 2012 r. wykorzystano mniej niż połowę zaplanowanych pieniędzy i skorzystało z tego 80 chirurgów. Jakie były tego przyczyny? Co powinno się zrobić, żeby te szkolenia były bardziej atrakcyjne i bardziej odpowiadały na zapotrzebowanie lekarzy?

I jeszcze jedno. Czy to jest tylko na te dwa lata i kończymy ten program edukacyjny? Chciałabym wrócić do programu, w ramach którego była edukacja i programy dla lekarzy opieki podstawowej. Nie wyrażali tym zainteresowania. Czy były zanalizowane przyczyny? Wydajemy się, że lekarze raczej są zainteresowani szkoleniem. Jakie zatem były przyczyny tego, że był brak zainteresowania, bo ja nie wierzę, żeby to była grupa, która absolutnie nie chce się kształcić? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Zalewska.

**Posel Anna Zalewska (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, zaproszeni goście, zanim zacznę, chciałabym, żeby pani, która tutaj głośno komentowała, przestała się, dlatego, że mamy wrażenie, że rozmawiamy z Ministerstwem Zdrowia, a okazuje się, że nie do końca tak jest. Jest to interesujące o tyle, że być może są to państwo, którzy przygotowywali część sprawozdania albo są beneficjentami różnego rodzaju programów. I ja bym to chciała wiedzieć, zanim rozpocznę dyskusję, bo to jest uczciwe, jeżeli dyskutuje się po partnersku.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Ja nie słyszałem komentarza, więc...

**Posel Anna Zalewska (PiS):**

Ale my słyszeliśmy. Prosimy, żeby pani się przedstawiła.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Proszę, kto z państwa...

**Zastępca kierownika Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy Marta Czernik:**

Dzień dobry państwu. Marta Czernik, Zastępca kierownika Centralnego Ośrodka Koordynującego populacyjne programy w kierunku profilaktyki raka piersi raka szyjki macicy.

**Posel Anna Zalewska (PiS):**

Beneficjenci. Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, zgodnie z sugestią pana przewodniczącego, żeby się nie powtarzać, będę dopytywać o kolejne kwestie, bo rzeczywiście wybrzmiewa tu brak satysfakcji chyba z całego sprawozdania, bo dobrze napisane sprawozdanie właściwie wszystko wyjaśnia, dokumentuje. Myślę – bo to jest kolejny materiał sprawozdawczy Ministerstwa Zdrowia – że pozwala ono na wysunięcie jednego wniosku. Państwo muszą znaleźć sposób analizowania. Musicie mieć dobre pomysły analityczne.

To nie jest tylko problem tego, że jest to przepisane, zrobione metodą wytnij-wklej. Mam wrażenie, że tego sprawozdania nie zrobiła jedna osoba, dlatego, że umiejętność analizowania prowadzi do odpowiednich wniosków, pozwala eliminować wszystkie luki w systemach. My mówimy o publicznych pieniądzach i o bardzo ważnym problemie, na którym bezdyskusyjnie zależy i państwu, i nam.

I to nie jest kwestia tego, jak pan wiceprzewodniczący powiedział – pani profesor i ja nie jesteśmy lekarzami, stąd takie żartobliwe rozpoczęcie wystąpienia pani profesor – że tylko lekarze rozumieją słownictwo. Tu nie ma żadnego słownictwa czy nowomowy lekarskiej. To jest po prostu źle przeprowadzona analiza.

Ta metoda wytnij-wklej powoduje, że podawane są nawet różne okresy, których w żaden sposób nie można ze sobą porównać. Ja mówię to po raz kolejny do pana ministra, bo już taki materiał dotyczący opieki nad osobami starszymi – długoterminowej opieki – tak samo się pojawił. Żadnych wniosków z tego absolutnie nie można wyciągnąć. To, po pierwsze. To jest kwestia strategiczna – dobra analiza, umiejętność prowadzenia analizy i wyciągania wniosków. W ministerstwie to absolutnie „leży”.

Po drugie, sprostowanie, bo słusznie pan wiceprzewodniczący Orzechowski mówił o tym, że ciągle dajemy tyle samo pieniędzy, a efekty są lepsze. Ja wiem, że lekarzami z reguły zostają ludzie, którzy mają świadectwo z paskiem i świetne wyniki na maturze, czy są dobrzy z matematyki. Sześć lat funkcjonowania systemu, panie wiceprzewodniczący, to prawie 2 mld zł. To stąd owa efektywność i to nasycenie. My wciąż dokładamy te pieniądze. To nie jest constans.

I jeszcze jedna ważna kwestia. Też raczej komentarz, nie pytanie. Ze smutkiem obserwowałam, jak pieniądze w ciągu ostatnich lat potrafią być wykorzystane politycznie. Nie wspomnę, która to była kampania, kiedy akcja różowej wstążeczki została wykorzystana wyłącznie przez jedną partię polityczną. To też jest duży problem, który pokazuje, że można te pieniądze wyciągnąć po to, żeby realizować kampanię wyborczą. Panu ministrowi powiem, która to była kampania i przez kogo wykorzystana – domyślamy się, o jaką partię chodzi, jeśli mówimy o ostatnich sześciu latach.

I jeszcze analityczne kwestie, o których już wspomniała pani prof. Hrynkiewicz. Czytam, na przykład: „Kontynuacja programu kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci”, panie ministrze. „Poprawa wyników leczenia z ostrą białaczką” – czyli? Ile było, jak było, jak się zmieniło? „Zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia” – chociaż w nawiasie 3-4 przykłady, ze dwie liczby. „Zredukowanie kosztów leczenia” – czyli? Z jakich na jakie, dlaczego? Czy zastosowano lepszą technologię, lepsze leki, jest lepszy sprzęt? Czy on jest bardzo istotny? „Zmniejszenie liczby błędów diagnostycznych” – mogę tak przeczytać całe sprawozdanie. Nie widać analizy i w ogóle nie można zastanawiać się, czy pieniądze są dobrze wydane, czy nie.

I na zakończenie podobny komentarz. Oczywiście na kilku stronach pisze się o dniach otwartych, olimpiadach wiedzy, włączeniu się do IV Majówki z Medycyną, manifestacji antytytoniowej – liczba beneficjentów, ilość wydanych pieniędzy, przewidywany skutek, bo po coś to robimy. Jeżeli robimy jakąś akcję w centrum Warszawy, to przewidujemy, że chcielibyśmy uzyskać jakiś efekt. W ilu programach wyemitowano informację na ten



temat? Czy właściwie rozliczono środki? Itd. Chociażby na pięciu przykładach z kilku stron. Wtedy możemy to analizować, zastanawiać się, czy to przynosi efekt.

Nie wspomnę o roznoszeniu pocztą, bo rzeczywiście przychodnie zrobiłyby to z przyjemnością i pielęgniarki – ponieważ mają kontakt z pacjentami – po prostu przekonywałyby do tego rodzaju rozwiązań. I zgodnie z obietnicą, nie będę się powtarzać, bo pewnie jeszcze wiele kwestii bym tutaj poruszyła. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan przewodniczący Katulski z wnioskiem formalnym.

**Poseł Jarosław Katulski (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Nie z wnioskiem formalnym, ale z wnioskiem. Przysłuchuję się tej dyskusji i jeszcze raz chciałbym wrócić do tego, o czym mówiliśmy rok temu. Wydaje mi się, że nie ma sensu, żebyśmy kolejny raz przygotowywali dezyderat, który będzie obligować do czegoś Ministerstwo Zdrowia – z tego niewiele będzie wynikać.

Mam propozycję – i składam taki wniosek – żebyśmy dzisiaj zakończyli rozpatrywanie tego sprawozdania i poprosili Ministerstwo Zdrowia o dopisanie suplementu, w którym zostanie dokładnie opisana modyfikacja programu w zakresie części inwestycyjnej i profilaktycznej na następne lata. I żeby to było w innym ujęciu – tak, jak oczekuje tego Komisja Zdrowia, i zwracała się o to w dezyderacie sprzed roku – bo to, co znajduje się w tym sprawozdaniu, absolutnie nie jest zgodne z oczekiwaniami Komisji. Prosimy także o korektę danych liczbowych, które w sprawozdaniu są zawarte i, niestety, nie zgadzają się. Taki wniosek składam, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze ja, niejako w uzupełnieniu, też prosiłbym, panie ministrze, żeby kwestie regionalne rzeczywiście były tu uwzględnione w szerszym stopniu, bo dla planowania opieki onkologicznej istotne jest przyjrzenie się, jak to wygląda na szczeblu regionalnym. Pani poseł prosiła też o informacje ze szczebla powiatowego. Rozumiem, że te dane można przygotować, ale z punktu widzenia całego systemu, pewnej referencyjności ośrodków, do której powinniśmy dążyć, ważny jest szczebel regionalny.

Jeszcze ad vocem, ponieważ był wywołany z nazwiska, pan przewodniczący Orzechowski. Bardzo proszę.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Ja tylko bardzo krótko odniósłbym się do wypowiedzi pani poseł Zalewskiej. Jak pani poseł pamięta, ja w swojej wypowiedzi odnosiłem się do problemu, nie atakowałem ludzi. Uważam, że takie argumenty ad personam to ciosy poniżej pasa. Nie wiem, jakie świadectwo jest potrzebne – z paskiem, czy bez – ale powiem tak, że oczywiście jest coś takiego jak procent ciągniony i akumulacja sprzętu czy czegoś takiego zawsze będzie wpływać na to, że z roku na rok powinno być lepiej, ale nie sądzę, żeby w kolejnym roku kalendarzowym pacjentki posługiwały się zaproszeniami z roku poprzedniego. Jeśli więc rośnie efektywność zgłaszalności, to jest ona również wynikiem tego, co dzieje się w danym roku.

Nie wolno zapominać o tym, że sprzęt medyczny również się starzeje, więc na pewno część z tego sprzętu, który był w roku 2006 nie istnieje i nie funkcjonuje. Ja również nie poruszam faktu – o czym eksperci mówili wielokrotnie – że tak naprawdę dochodzimy do pewnych parametrów, jeśli chodzi o efektywność tego programu, do których wiele krajów dochodziło przez dziesięciolecia. Dlatego głównym punktem jest to, żeby postawić sobie punkty docelowe, czyli, na przykład, jeśli chcemy dojść do jakiegoś parametru, który dzisiaj obowiązuje w jakimś kraju europejskim, to ile lat nam to zajmuje i jak szybko dochodzimy.

I wreszcie niebagatelna rzecz. Każdy nowo kupowany sprzęt – a jest kwota 250 mln zł – niestety, rokrocznie, ze względu na to, że jest lepszy, jest często droższy. O tym warto nie zapominać, zwłaszcza, że pamiętam naszą rozmowę – bo pani poseł też jest gorącym orędownikiem i walczy o fermy wiatrowe...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Przeciwnie...

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

No tak, przeciwko fermom wiatrowym... Że te nowsze urządzenia są cichsze, bezpieczniejsze. Warto o tym pamiętać. Również w medycynie sprzęt medyczny sprzęt ma to do siebie, że się starzeje i jest wycofywany, chociażby ze względu na jeden parametr – bezpieczeństwo pacjentów. Warto o tym pamiętać, pani poseł, w swoich wypowiedziach, zanim pani kogokolwiek zaatakuje.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dobrze. Tę kwestię zostawmy Komisji Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa. My mamy własną problematykę.

W związku z tym pytam, czy ktoś z państwa posłów jest przeciwny wnioskowi postawionemu przez pana przewodniczącego Katulskiego. Rozumiem, że pani profesor jest przeciwna.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Nie. Ja nie jestem przeciwna. Jestem za tym wnioskiem, tylko chciałabym go uzupełnić, żebyśmy jednak debatowali tutaj także z ekspertami. Pamiętam, że kiedy na jednym z posiedzeń Komisji byli eksperci z ośrodka z Gliwic, bardzo dużo od nich dowiedzieliśmy się. Byłoby więc dobrze, żeby tutaj byli zaproszeni eksperci, ale wtedy posiedzenie Komisji powinno się odbyć o wcześniejszej porze. Tak więc bardzo gorąco popieram wniosek pana Katulskiego.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Ekspertci zostali zaproszeni i siedzą przy panu ministrze. Z pewnością można jeszcze zaprosić kolejnych. Ze względu na przebieg dyskusji nie mieli dzisiaj okazji się wypowiedzieć, a odnośnie do godziny, niestety, wynika to z braku sal i pewnego porządku, który jest nam odgórnie narzucony.

Skoro nikt nie jest przeciwny, to rozumiem, że ten wniosek został przyjęty. Pozostaje tylko do rozstrzygnięcia kwestia terminu. Panie ministrze, zmierzylibyśmy się z tym we wrześniu, a może nawet w sierpniu. We wrześniu. W związku z tym, proponuję termin wrześniowy na uzupełnienie tej informacji. Ponownie będą państwo zaproszeni.

Przechodzimy teraz do punktu drugiego, bo mamy jeszcze punkt drugi... Przepraszam bardzo, jeszcze pan minister. Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:**

Panie przewodniczący, rozumiem, że państwo wniosek przyjęli – ja to z pokorą przyjmuję – natomiast, chciałbym jednak mieć możliwość odpowiedzenia na pewne pytania. Skoro zaprosiliśmy tutaj autorytety z dziedziny onkologii, chciałbym, żeby te osoby również miały szansę odnieść się do sprawy, bo z mojego punktu widzenia sytuacja jest mało komfortowa. Pada dużo zarzutów, dużo różnych sformułowań dość radykalnych, natomiast zamyka się posiedzenie na etapie, kiedy nie mamy szansy do nich się ustosunkować.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie ministrze, nie to było intencją moją czy prezydium Komisji. Intencją jest nie zamknięcie, a przerwanie posiedzenia i przekazanie tej informacji na kolejnym spotkaniu, kiedy będziemy się tą tematyką zajmować, ponieważ taka została przyjęta procedura. Było jeszcze wiele innych zgłoszeń do dyskusji. My nie kończymy – przerywamy. Mamy świadomość tego, że państwo mają określone zdanie w tej sprawie, zapewne inne od przedstawionych tutaj tez... Bardzo proszę, panie pośle.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, ja bym się przychylił do wniosku pana ministra, chociażby z szacunku dla grona, które dzisiaj przybyło. To jest ich bardzo cenny czas. To są osoby, które są wybitnymi ekspertami w tej dziedzinie i przyjechały tu po to, żeby podzielić się z nami swoją wiedzą, to po pierwsze. A po drugie, tracą czas, który mogliby przeznaczyć na pomoc pacjentom.

Jeśli więc mamy możliwość – a dowiedziałem się w sekretariacie Komisji, że dysponujemy salą do godziny 19.00 – to nawet skrótowo i syntetycznie niech się do tego odniosą – a to są ludzie, którzy świetnie to robią. I pan minister też by się odniósł, bo padło sporo różnych zarzutów i sporo różnych tez – chcielibyśmy wysłuchać odpowiedzi, która nie zawsze znajduje się w treści materiału, albo której nie zawsze potrafimy znaleźć. Dlatego z szacunku do naszych gości i do pana ministra, poprosiłbym pana przewodniczącego o to, żeby jednak to posiedzenie jeszcze jakiś czas potrwało.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Pan przewodniczący nie dał mi dokończyć myśli. Jak powiedziałem, panie ministrze, my przerywamy to posiedzenie, ale oczywiście chciałbym, aby była możliwość krótkiego odniesienia się do tego, co tu było powiedziane, jednak z zastrzeżeniem, że – tak jak powiedziałem – my temat przerywamy, nie kończymy. Prosimy tylko o krótkie odniesienie się do najważniejszych spraw, które zostały tu poruszone, a do reszty odniesiemy się szczegółowo już na posiedzeniu wrześniowym. Bardzo proszę, panie ministrze – pan, ewentualnie osoby przez pana wyznaczone.

**Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:**

Bardzo dziękuję za przychylenie się do naszej prośby. Ja ustosunkuję się pokrótce i w telegraficznym skrócie tylko do kilku zagadnień, na pewno nie do wszystkich. Mam nadzieję, że następnym razem rozwiniemy te wątki, ale bardzo mi zależy, żeby zabrały głos osoby, które specjalnie przyjechały na to posiedzenie, żeby też miały szansę krótko ustosunkować się. Ja błyskawicznie i przekrojowo ustosunkuję się do kilku kwestii, po czym przekażę głos panom profesorom z prośbą o to, żeby tematycznie ustosunkowali się do pewnego zakresu zagadnień.

Najpierw teza, którą sformułowała pani poseł Małecka-Libera – i ta teza przewinęła się w kilku wypowiedziach – dotycząca powtórzenia parametrów. Proszę państwa, bardzo trudno mi polemizować odnośnie do parametrów. Są to ostatnie parametry, z 2012 r. Jeśli one się nie zmieniły, to – przepraszam – są powtórzeniem z tego, co było w roku 2011. Możemy się zastanawiać – to jest rzetelny raport – dlaczego się nie zmieniły, i to jest osobny wątek do dyskusji. Natomiast warto pamiętać o jednej rzeczy. Nie zgadzam się z tezą, którą pani poseł zaprezentowała – nie znam jej źródła – o takim samym poziomie śmiertelności i o braku zmian w tym zakresie. Instytut Onkologii na swojej...

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Przepraszam, panie ministrze, żeby sprawa była jasna. Jeżeli dobrze zrozumiałem wypowiedź zarówno nieobecnej pani poseł, jak i pana przewodniczącego Katulskiego, chodziło o parametry, kiedy jest informacja, że dokupiono sprzęt, a parametr się nie zmienił. Można to, być może, traktować jako błąd w druku, natomiast tak to wygląda...

**Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:**

Już odpowiadam. Mówię raczej o parametrach śmiertelności, ale jeśli pan przewodniczący do tego nawiązuje, to oczywiście pan poseł Orzechowski już ustosunkował się do tego – sprzęt jest równolegle wycofywany. Jeśli państwo sobie tego życzą, będziemy każdorazowo zbierać dane, ile sprzętu znikło. Proszę wierzyć, że jeśli jest parametr... Pani poseł pozwoli... Jeśli chodzi o parametr 1,6, to uwzględnia on 5 gamma-kamer. Proszę wierzyć, że jest dokładnie tak wyliczony – to znaczy, że z systemu ubyło ileś gamma-kamer. I prosiłbym, żeby ten fakt też uwzględniać każdorazowo, jeśli te parametry są podawane... Bo pada bardzo poważny zarzut, że powtarzamy nieprawdziwe dane, czyli ktoś je „klepie” bez opamiętania. Chcę więc sprostować. Mamy dokładne dane i te dane prezentujemy, jeśli chodzi o poziom sprzętu.

Jeśli chodzi o poziom śmiertelności, która rzekomo się nie zmienia – zacząłem mówić o Instytucie Onkologii – prezentuję te dane. Są one dostępne. Ja nie przytaczam danych, mówimy o danych dotyczących programu. Populacyjne dane epidemiologiczne, jeżeli państwo sobie życzą, możemy przytaczać z różnych źródeł – za chwilę ustosunkuję się do tego, co pani poseł Hryniewicz powiedziała. Instytut Onkologii pokazuje wyraźnie, jeśli chodzi o ogólne parametry – 25-30% za okres ostatnich 8-10 lat, wzrost do 45%. Jeśli w państwa ocenie to jest to samo... Jako lekarz nie onkolog, ale znający nieco onkologię,

twierdzą, że jest to jednak duża różnica. Mówimy o ogólnym parametrze. To znaczy, nie wnikamy tutaj w rodzaje nowotworów, grupy wiekowe, płeć itd. Mówimy o pewnym ogólnym parametrze, stąd ogólny poziom przekazu.

Wracając do kwestii uszczegółowienia danych – bo to dotyczy właściwie każdego zagadnienia, które państwo poruszyli. Uszczegółowienie danych dotyczące poziomu przeżywalności – pani poseł Hryniewicz o tym wspomniała, czy pani poseł Zalewska, że to są mało czytelne dane. Oczywiście możemy na państwa zapytanie ustosunkować się do każdej kwestii, ale proszę sobie wyobrazić... Wyobrażam sobie reakcję pani poseł Hryniewicz, gdybym zaprezentował państwu ogromną książkę, w której przedstawiamy poziomy zachorowalności, przeżywalności i innych parametrów ze zdrowia publicznego w zakresie wszystkich nowotworów z podziałem na płeć, na regiony i powiaty... Możemy to zrobić, pani poseł.

Ja pytam celowo – już kończę, tylko chciałbym dokończyć myśl. Chcę powiedzieć, że formułowaniu takiej tezy właściwie nie ma końca. Te dane są dostępne. Notabene, jeśli chodzi o dane, które pani poseł przytacza, nikt nie twierdził, że ich zdobycie jest niemożliwe. My też umiemy korzystać z Internetu. Dodam, że warto pamiętać, że to w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia i przy ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego te dane gromadzi. Jesteśmy uczestnikami tych spotkań wieńczących pewien proces poznawczy. Jesteśmy tego świadomi i mamy te dokumenty właściwie jako pierwsi, kiedy jeszcze nie są opublikowane.

Uważałbym, że byłoby dużym nietaktem – myślę, że pani profesor by się ze mną zgodziła – gdybym pojawił się na tym posiedzeniu Komisji z wielką książką, która prezentuje to rozbicie. Możemy to zrobić jako dodatek, natomiast to, że w tym raporcie nie ma takiego rozbicia, nie znaczy, że ministerstwo nie jest świadome istnienia tych danych. One służą do analizy, i – jak pani poseł Zalewska powiedziała – są poddawane głębokiej analizie. Proszę mi wierzyć. Ale nie jest to przedmiotem tego raportu. To nie jest miejsce – tak mi się przynajmniej wydawało... Ale życzenie posłów jest dla nas święte.

To jest tak, jak z interpelacją – państwo pytają, my odpowiadamy. Nie ma żadnego problemu. Dane są, możemy wykonać dowolną analizę, możemy zaprezentować dowolną tezę, którą – jeżeli państwo sformułują to pytanie – jesteśmy w stanie zweryfikować. Zaręczam, że mamy aparat intelektualny, merytoryczny, do zweryfikowania takich tez. Jeśli chodzi o tego rodzaju kwestie, nie chcę ich przytaczać, bo mamy mało czasu.

Odnosnie do kwestii dotyczącej śmiertelności, padają dość ogólne sformułowania, natomiast warto pamiętać o tym, że wspomniałem o EURCARE – czynniku, który porównuje obiektywnie pewne parametry dla Polski. I znowu mówię o ogólnych parametrach. Jeżeli chcemy dyskutować, to mamy pełną świadomość tego, że dla województwa mazowieckiego czy wielkopolskiego wskaźniki są najwyższe. W wojewódzkie mazowieckim wskaźniki przeżyć w przypadku nowotworu piersi wynoszą 79,3%. Porównywalne są z Wielką Brytanią – 77,3% i Szkocją – 79,5%.

Proszę państwa, mogę mnożyć te figury retoryczne dotyczące poszczególnych nowotworów, poszczególnych grup wiekowych, ale pamiętam jeszcze nie tak dawno, jak tu, trochę w innym składzie, pan przewodniczący Piecha wyraźnie korygował wiceministra zdrowia, że zasypuje Komisję niepotrzebnymi danymi. Po to jest ten raport, żeby każdy mógł się do niego ustosunkować i żebyśmy mogli uwypuklić tematy do analizy. Ja jestem bardzo otwarty, natomiast nie zgadzam się z zarzutem, że nie zmieniły się dane i ktoś kopiuje i wkleja dane do tego raportu.

Jeśli chodzi o kwestie poruszone przez państwa, pani prof. Hryniewicz mówi, że nowotwór piersi jest na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o śmiertelność kobiet. Chcę to skorygować. To nie rak piersi najczęściej zabija kobiety. To jest oczywiście rak płuc – już o tym wspominałem.

Muszę się jednak ustosunkować do danych ze skryningu – to jest bardzo ważna rzecz. Z całym szacunkiem, pani profesor – mówię jako lekarz – nie można i jest to niewłaściwe, jeśli chodzi o aparat metodologiczny, porównywanie danych ze skryningu z danymi z normalnej procedury wykrywania nowotworów w każdej grupie. Skryning jest po to, pani poseł, żebyśmy przeprowadzili to badanie w zdrowej populacji, i te dane są prawdziwe. Nie ma w tym nic zaskakującego. Jest to normalna sytuacja, że te dane odzwierciedlają

to, jak działa skrining. Zdrowa populacja poddana przesiewowi *versus* pacjentki, które mają podejrzenie nowotworu i które raportujemy. Nie ma w tym nic dziwnego... Pani poseł, ja cały czas to traktuję w ten sposób, że te dane poddawane są w wątpliwość. Nie ma takich podstaw. Tłumaczę tylko w zakresie metodologii, jak to wygląda. Myślę, że jest zasadne, żeby się do tego w taki sposób ustosunkować.

Dwa zdania na temat kształcenia lekarzy i dlaczego te środki – padało takie zapytanie – nie zostały w pełni wykorzystane. Procedura jest taka, proszę państwa, że te środki są wydatkowane... Ubolewam, ale taka jest procedura – państwo też jako posłowie w tym uczestniczą – kiedy środki są przyznawane i kiedy są wydatkowane. Z reguły beneficjenci dostają te środki w połowie roku. Niestety. Z reguły też – jeśli chodzi o konkursy – to się odbywa w drugiej połowie roku. I tak się zdarzyło i tym razem. Dwa ośrodki wycofały się w grudniu ze szkolenia, bez podania przyczyn, mimo że były w procedurze konkursowej. W drugiej połowie grudnia Ministerstwo Zdrowia zostało postawione wobec faktu, że ośrodki, które miały te szkolenia prowadzić, po prostu ich nie prowadziły. To jest przyczyna. Nie ma w tym cienia marnotrawstwa. Jesteśmy gotowi poddać się wszystkim procedurom kontrolnym. Wszystko się odbyło zgodnie z przepisami, zgodnie z procedurami, które w tym kraju obowiązują. Taka jest przyczyna. Nie mamy wpływu na to, że ośrodek X czy Y po wygraniu konkursu nie przystępuje do niego, a taka w tym przypadku była przyczyna.

I już oddając głos naszym ekspertom powiem tak, że jeśli chodzi o plany, to jest to zbyt obszerne zagadnienie, żebyśmy je w tej chwili omawiali. Chcę tylko powiedzieć – i to znowu mówię do posłów nie lekarzy, bo mam nadzieję, że lekarze mają tę świadomość – że formułowanie pewnych tez dotyczących oceny skuteczności, szczególnie jeśli mówimy o pięcioletnim przeżyciu, wymaga co najmniej kilkuletniego okresu obserwacji. Jeżeli więc pewne tezy były formułowane, nawet na tym forum w roku 2011, to nie mamy prawa i żadnego narzędzia do oceniania wiarygodności przeprowadzonego wywodu i tych wniosków, które zostały postawione. To trwa, i na rozliczanie tego przyjdzie czas. Warto więc o tym pamiętać, że to nie jest jeszcze moment do rozliczania tego rodzaju rzeczy.

I ostatnia kwestia. Powtarzanie pewnych rzeczy, to nie jest arogancja Ministerstwa Zdrowia. Przypomnę państwu, że dezyderat powstał w zeszłym roku, ale Ministerstwo Zdrowia zostało postawione w obliczu pewnych zmian – tak naprawdę, pod koniec zeszłego roku. My mówimy o wdrożonych procedurach, które w zeszłym roku już były poza konkursami. My mówimy o programie, który był w trakcie trwania, był po przeprowadzeniu konkursów. Zakładam brak złej woli, mówię więc uświadamiająco, że jeżeli dezyderat powstaje we wrześniu, Ministerstwo Zdrowia ustosunkowuje się do niego na posiedzeniu Komisji w grudniu, to wyrażone w lipcu stwierdzenie, że arogancją Ministerstwa Zdrowia jest nieustosunkowanie się do pewnych tez wynika – jak zakładam – z nieświadomości tego, jak wyglądają procedury. Nie było takiej szansy. Nie było takiej opcji. I zapewniam państwa, że tezy z dezyderatu zostaną uwzględnione wtedy, kiedy cały legislacyjny timing umożliwi ustosunkowanie się do nich. To jest podstawowa kwestia i zareczę, że te rzeczy są dla nas bardzo istotne.

I ostatnie zdanie. Formułując tezy dotyczące zasadności albo braku zasadności, skuteczności albo braku skuteczności pewnych elementów programu, warto pamiętać, proszę państwa, że jako lekarz nie mam w sobie takiej arogancji, żeby twierdzić, że jestem merytorycznie kompetentny do tego, żeby to ocenić. Co więcej, nikt z urzędników w Ministerstwie Zdrowia nie jest na tyle arogancki, żeby tak twierdzić. Te programy, proszę państwa, nie są konstruowane na zamówienie polityczne przez urzędników. Te programy powstają w gronie ekspertów, z których część jest tu na sali, a część jest nieobecna. Tezy do tych programów, założenia i warunki merytoryczne są opracowane przez ludzi, którzy znają te kwestie na wylot – myślę, że najlepiej w tym kraju.

Jeśli chodzi o zarzuty dotyczące tego, że to jest słabe merytorycznie, przepraszam bardzo, przy całym szacunku dla posłów, którzy to oceniają, wydaje mi się, że warto jednak pochylić się z respektem nad pracą osób, których kwalifikacje są optymalne. Zareczę, że jeżeli wskażą nam państwo lepsze autorytety w tym kraju... W Polsce, gdzie naprawdę współpracujemy z towarzystwami naukowymi, konsultantami krajo-

wymi, doskonale państwo wiedzą, że niezależnie od zmian politycznych i zmiany władzy, tak naprawdę wszyscy opieramy się na ludziach – i tak być powinno, to jest absolutnie zdrowe i zasadne – którzy merytorycznie są kompetentni.

Byłbym w związku z tym bardzo ostrożny – to już jest moja ogólna uwaga – w ocenie merytorycznej tego, jak program jest skonstruowany, czy jest skuteczny, czy mógłby być lepiej zrobiony. Mam w sobie dużo pokory i byłbym bardzo ostrożny w formułowaniu tak radykalnych tez, dlatego że konfiguracje polityczne się zmieniają, a specjaliści i eksperci pozostają. I taka jest prawda w tym zakresie. Na szczęście te programy, jeśli chodzi o założenia teoretyczne, są konstruowane na przestrzeni wielu lat, oparte na autorytetach merytorycznych.

Oddaję głos. Bardzo bym prosił jeszcze o krótkie...

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie ministrze, już przekażę głos dalej, chciałbym tylko, żeby pewne kwestie były jasne.

Panie ministrze, każdy rozumie to – przynajmniej tak mi się wydaje – że było za późno na zmianę w programie na rok 2013, ale tu mamy wskazane również kierunki na lata 2014 i 2015, myślę więc, że raczej chodziło o tę część. To po pierwsze.

Po drugie, zakładam, że każdy ma szacunek do ekspertów, i mamy świadomość, że program przygotowali eksperci. Natomiast, oceniając go przez lat kilka – bo osiem lat pracuję w tej Komisji, więc wielokrotnie miałem przyjemność pochylać się nad tym programem – chodziło też o szukanie nowych, być może bardziej efektywnych rozwiązań dla realizacji tego niewątpliwie ważnego i potrzebnego programu, odnośnie do którego była pełna zgoda polityczna. Przecież ten program został uchwalony za rządów lewicy, był wdrożony za rządów Prawa i Sprawiedliwości, a jest realizowany za rządów Platformy Obywatelskiej i PSL-u. Możemy więc mówić o pełnej zgodzie politycznej w tym zakresie, natomiast, nie zmienia to faktu, że pewne rzeczy wymagają modyfikacji...

Dzieje się coś, co podejrzewałem, panie ministrze, i poseł Orzechowski mnie źle zrozumiał. Już znowu widzę zgłoszenia do dyskusji, i za chwilę się okaże, że ot tak przegłosowaliśmy wniosek formalny, którego powinniśmy się trzymać, bo jest coś takiego jak regulamin Sejmu, który pewne rzeczy narzuca. Wniosek właściwie kończy dyskusję, natomiast zrobiliśmy pewien ukłon, żeby państwo mogli się do tego krótko odnieść. Prosiłbym o krótkie odniesienie, dlatego, że widzę tu wiele zgłoszeń...

Dobrze. Informuję państwa, że było kilka innych zgłoszeń z całej sali – państwo ich nie widzieli – do pytań. I my to przerwaliśmy. Nie mogę więc teraz udzielać głosu komuś w dalszej dyskusji, skoro kilka innych osób pominąłem. Będziemy jeszcze na ten temat dyskutować, ponieważ nie zamykamy sprawy. My ją tylko przerywamy. Będziemy o tym dalej dyskutować. Będzie można zajrzeć do protokołu z posiedzenia i kontynuować dyskusję. Prosiłbym więc jeszcze o krótkie odniesienie się do najważniejszych kwestii przez zaproszonych gości i przejdziemy do punktu drugiego.

#### **Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Doceniamy to odstępstwo od protokołu jako ukłon w stronę naszych ekspertów. Chciałbym tylko prosić o zabranie głosu pana profesora Sergiusza Nawrockiego, pana profesora Dziadziuszkę oraz pana profesora Waleckiego. Prosimy o krótki i zwarty komentarz dotyczący tego, co państwo usłyszeli.

#### **Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Sergiusz Nawrocki:**

Dzień dobry państwu. Sergiusz Nawrocki. Reprezentuję Polskie Towarzystwo Onkologiczne, największe z towarzystw zrzeszających ekspertów w tej dziedzinie. Przewodniczący tego Towarzystwa, pan prof. Jacek Jassem jest akurat na urlopie, ale uzgodniłmy stanowisko.

Krótko odniosę się chyba do najważniejszej rzeczy, którą podnosimy w Polskim Towarzystwie Onkologicznym. Narodowy program jest bardzo ważny, ale on powinien być realizowany w ramach szerszej narodowej strategii zwalczania chorób nowotworowych. 19 państw europejskich posiada taką narodową strategię. My jej nie posiadamy – co jest wstydem. W związku z tym, muszą państwo być realistyczni w ocenie tego programu, dlatego że 250 mln zł wydanych rocznie na onkologię w różnorodny sposób nie zmieni radykalnie śmiertelności, ponieważ wydajemy oczywiście o wiele więcej pieniędzy w tym

kraju choćby w związku z finansowaniem tej onkologii. I przykład. Odniosę się do liczby urządzeń do radioterapii. Ona w istotny sposób wzrosła, ale, jeżeli wezmą państwo pod uwagę kontrakty NFZ-owskie na radioterapię z lat 2011, 2012 i 2013, to okaże się, że one nie wzrosły. Wręcz przeciwnie – jest w tej chwili planowane zamrożenie kontraktu. Takie dane otrzymałem z NFZ-u od jednego z dyrektorów na temat planu NFZ-u w zakresie radioterapii. Te środki mają być takie same albo mniejsze.

Proszę państwa, i co z tego, że będzie więcej nowoczesnych urządzeń, że technologia będzie dostępna, jeśli nie będzie można jej zastosować. I to dotyczy również tomografów komputerowych i wielu innych nowoczesnych urządzeń. Tak więc, Narodowy program będzie skuteczny, jeżeli będzie umiejscowiony w szerszej strategii, która będzie definiować, na przykład, jak są wydawane środki publiczne – nie tylko z programu, ale również NFZ-owskie – i koordynować te cele, które są w programie, z możliwością wykorzystania sprzętu.

Inny przykład. Programy skryningowe. Mówimy tu o zgłaszalności. W niektórych województwach jest ona wysoka – w województwach biednych. W województwach bogatych jest ona niska, bo tam kobiety chodzą prywatnie, na przykład, na cytologię i gdy otrzymują zaproszenie, to nie mają możliwości odesłania go i powiedzenia, że już były na badaniu. To też trzeba skoordynować.

Krótko mówiąc, Polskie Towarzystwo Onkologiczne postuluje, aby taki program pod egidą ministerstwa powstał jak najszybciej i w kontekście tego programu należy oceniać „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” i ewentualnie zmieniać jego kierunki lub go modyfikować. Polskie Towarzystwo Onkologiczne jest oczywiście do dyspozycji i cały zespół ekspertów może w tym uczestniczyć.

Polskie Towarzystwo Onkologiczne podjęło pewne działania, od dwóch lat pracujemy nad... Opublikowaliśmy dwie książki, które są dostępne w pełni na naszej stronie internetowej. W kwietniu tego roku rozpoczęliśmy debatę nad przejrzystą strategią dla onkologii. Wyniki tej debaty też mogą państwo znaleźć w Internecie. Proponujemy tutaj współpracę nie tylko ekspertom-lekarzom, ale również analitykom i organizacjom pacjenckim. Taki szerszy konsensus jest potrzebny do opracowania tej strategii. Uważamy, że bez narodowej strategii ocena takiego programu zawsze będzie fragmentaryczna i obciążona licznymi błędami. Czyli, narodowa strategia musi powstać i musi uwzględnić więcej niż sam program, bo programem nie zmniejszymy śmiertelności, proszę państwa. Myślę, że to jest najważniejszy postulat Towarzystwa. Do innych rzeczy, z braku możliwości czasowych, nie będę się odnosić. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie. Bardzo proszę kolejną osobę o zabranie głosu. I jeżeli od razu mogę skomentować, panie profesorze, to myślę, że to, co pan powiedział na początku, wyjaśnia całość tego, o czym dyskutujemy, dlaczego pewne sprawy wyglądają tak, a nie inaczej i dlaczego nie wszystko daje się poprawić. Wydaje mi się, że jest to odpowiedzią na wiele wątpliwości i pytań. Bardzo proszę kolejną osobę.

#### **Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej Rafał Dziadziuszko:**

Rafał Dziadziuszko. Dzień dobry. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie radioterapii onkologicznej i chciałbym zabrać głos w dwóch sprawach.

Po pierwsze, moim obowiązkiem jako konsultanta jest czuwanie nad wykorzystaniem zakupionej w ramach programu aparatury terapeutycznej. I tutaj pozwalam sobie powiedzieć państwu, że każdy akcelerator, który został zakupiony w ramach programu, w tej chwili jest wykorzystywany w pełni.

Dane dotyczące kontraktowania w skali ostatnich trzech lat rzeczywiście budzą pewien niepokój. Myślę, że w dziedzinie radioterapii onkologicznej sytuacja wygląda względnie dobrze, natomiast rzeczywiście, na przykład, w dziedzinie diagnostyki, w której funkcjonują między innymi tomografy zakupione w ramach programu, sytuacja mogłaby wyglądać lepiej, zwłaszcza w niektórych regionach, w których stopień kontraktowania diagnostyki przez jednostki regionalne Narodowego Funduszu Zdrowia wygląda dość różnicowanie. To powinno ulec zdecydowanej poprawie. Wiemy o tym. To powinno

być ujęte w strategii – tak, jak wspominał prof. Nawrocki – po to, żeby ten sprzęt optymalnie wykorzystać.

I druga sprawa, którą chciałbym poruszyć, to rak płuca, o którym był mowa wielokrotnie, jako przykład nowotworu, który jest pierwszym zabójcą zarówno wśród mężczyzn, jak i obecnie wśród kobiet w Polsce. To, co się udało osiągnąć w ramach programu, proszę państwa, to właściwie doskonały poziom torakochirurgii polskiej w porównaniu z poziomem europejskim. Niemniej jednak pięcioletnie wskaźniki wyleczeń w Polsce są bardzo niskie – na poziomie około 12%. Niech państwo jednak się nie spodziewają, że te wskaźniki będą dużo lepsze. Stany Zjednoczone, które wydają dziesięciokrotnie więcej w tej dziedzinie, mają wskaźniki rzędu 14%. To, co możemy zrobić, po to, żeby zmienić bezwzględne liczby umierających na raka płuca w Polsce, to wspólnie zwrócić uwagę – zarówno my jako konsultanci, Ministerstwo Zdrowia w ramach programu, jak i państwo, którzy również uczestniczą w kształtowaniu polityki zdrowotnej kraju – na silną politykę antytytoniową. To jest bardzo ważne. Wdrażanie tego programu w szkołach musi być oczywiście umiejętnie prowadzone. Pozwalam sobie tylko zwrócić uwagę na to, że zysk z Narodowego programu w postaci ośrodków torakochirurgicznych jest rzeczywiście widoczny na co dzień, ale potrzebna jest również silna polityka antytytoniowa, która powinna być wspólnym ogniwem programu na lata przyszłe, w ramach strategii kraju w zwalczaniu chorób nowotworowych. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. I kolejna osoba, bardzo proszę.

**Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej Jerzy Walecki:**

Jerzy Walecki. Jestem konsultantem krajowym do spraw radiologii i diagnostyki obrazowej. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, że mam szansę na wyjaśnienie pewnych szczegółów i na poziomie szczegółowym chciałbym odnieść się do dwóch kwestii – zresztą krótko i zwięźle.

Chciałbym odpowiedzieć panu przewodniczącemu Katulskiemu na pytanie i pewne zdziwienie – to była jedna z pierwszych uwag, jakie padły – dlaczego jest taka dysproporcja pomiędzy zakupem sprzętu TK a gamma-kamer. W Polsce jest ponad 460 pracowni tomografii komputerowej, a poniżej 100 gamma-kamer. Po prostu, taki jest rozkład tych metod – są to inne modalności, jakby inne wskazania, i o co innego chodzi. Dlatego nasza polityka była logiczna. Po pierwsze, kupowaliśmy sprzęt do ośrodków dedykowanych onkologii. Notabene jednym z kryteriów zakupu było to – tak było ustawione postępowanie przetargowe – że ten sprzęt kupujemy tym pracownikom, gdzie sprzęt już się zużył – minęło 10 lat i sprzęt jest już nie diagnostyczny.

Chciałbym więc, panie pośle, z całą pewnością stwierdzić, że my nie jesteśmy w stanie o tym wszystkim powiedzieć. Setki kartek z naszej strony leżą u pana ministra, na których bardzo szczegółowo odnosimy się do tego wszystkiego. I na pewno w tym wrześniowym aneksie odniesiemy się do tego.

Drugi temat. Przypominam – wspomniano tu o tym trzykrotnie, z naciskiem mówił o tym pan poseł Orzechowski – przecież ten sprzęt ulega zużyciu. Te liczby dlatego matematycznie nie bardzo się panu zgadzały, że owszem, przybyło 5 – nie chcę się powtarzać – ale ubyło 3 czy 4. To ilustruje fakt, że wszyscy w tej sali mamy dobre intencje, umiemy liczyć i wszystko jest OK., tylko nie zawsze się rozumiemy. W moich uwagach nie ma cienia złośliwości, tylko po prostu każdy z nas ma jakiś obszar, na którym się zna i te szczegóły różnią nas czasami. I to tyle, bo miało być krótko. Natomiast wszystko chętnie rozwinie my we wrześniu.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję. Czy jeszcze ktoś, panie ministrze? Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:**

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, jeszcze pan profesor Jarosław Reguła.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Proszę uprzejmie.



## **Kierownik Gastroenterologii w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie Jarosław Reguła:**

Bardzo dziękuję. Ja jestem odpowiedzialny za program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i bardzo było mi przykro, kiedy słyszałem głosy oskarżycielskie, że nic się nie dzieje i nie ma poprawy.

Chcę powiedzieć, że jeśli chodzi o pięcioletnie przeżycia w raku jelita grubego, dane pomiędzy latami 2003-2010 zwiększyły się z 26% do 46%. Czy to jest nic? To nie jest nic. To jest prawie dwukrotny wzrost. Ta informacja znajduje się na stronie 10, w dokumencie „Suplement do Sprawozdania”. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Bardzo było mi przykro, gdy padały oskarżenia, że to jest sprawozdanie przygotowane na zasadzie kopiuj-wklej. Jestem gotów wpłacić dowolną kwotę do skarbnicy sejmowej, jeśli państwo na str. 10 i 11 tego suplementu, który ja przygotowałem, znajdą kopię tego, co było rok temu. Zapewniam państwa, że nie ma tam takiego fragmentu. Słowa pewnie są, bo muszą się powtarzać, ale całego zdania na pewno nie ma.

W tym fragmencie na stronie 10 chcę też powiedzieć o spadku umieralności czy liczby zgonów na raka jelita grubego w powiatach, w których był dostępny program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, w porównaniu z powiatami, w których ten program nie był dostępny. A więc, takie podejście z uwzględnieniem powiatów, również w odniesieniu do raka jelita grubego, było omówione. I te dane są dostępne.

I na koniec, żeby nie przedłużać, chcę powiedzieć dwie rzeczy. Byłem tu na spotkaniu rok temu i chyba dwa lata temu, i mówiłem o tym samym – że prawo ustanawiają państwo posłowie, a niektóre rzeczy są złe z punktu widzenia prawa. Nasze, wykonawców – państwo nazwali nas beneficjentami, ale już trudno – jest takie, że umowy na realizację programów są podpisywane w połowie roku. Nie z naszej winy, nie z winy Ministerstwa Zdrowia, tylko z winy uregulowań prawnych, za które – jak rozumiem – odpowiadają posłowie i ustawodawcy.

Proszę sobie wyobrazić. Zawierają państwo umowę w czerwcu na realizację programu. Czerwiec jest tuż przed wakacjami. Mijają 2-3 miesiące wakacji... Na przykład, w krajach skandynawskich przerywa się badania przesiewowe na okres wakacji, bo zgłaszalność jest słaba – wszyscy wyjeżdżają na wakacje.

Zatem, umowa w czerwcu, mijają dwa miesiące wakacji i niewiele się dzieje. Zostaje nam wrzesień, październik i listopad, a do 10 grudnia musimy przygotować sprawozdanie. Proszę więc zauważyć, że na realizację zadań na cały rok mamy 3 miesiące. To nie jest nasza wina. To nie jest wina ministra zdrowia, że te umowy są tak późno podpisywane. Ten sam problem mają wszyscy. Apelowalem ja, i wiele innych osób, o to, żeby to zmienić, żeby można było podpisać umowę na realizację programów wcześniej, żeby można było realizować te programy cały rok. Nic z tego. W tym roku umowy też były podpisane w czerwcu. Dziękuję bardzo.

## **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie. Panie profesorze, tylko jedno wyjaśnienie. Nie jest tak, że to jest wina Sejmu. Myślę, że jednak wina w większym stopniu – proszę mi wybaczyć, panie ministrze – jest po stronie ministerstwa. Naprawdę. Ja wiem, że to jest problem. Dotyczy on zresztą nie tylko tych programów, ale i wielu innych, i w wielu innych dziedzinach.

Niestety, rzeczywiście te umowy są podpisywane zbyt późno, i zbyt późno pieniądze są przekazywane do realizacji. Idealem byłoby z pewnością podpisywanie umowy na czas dłuższy niż jeden rok, wówczas można by to było realizować w sposób planowy, ale to nie parlament i nie Komisja są inicjatorami tych zmian.

Proszę też dodatkowo pamiętać, że to wszystko jest jeszcze skorelowane z przyjmowaniem budżetu państwa. I tyle w tej sprawie... A to nie posłowie decydują, w którym momencie budżet jest przyjmowany. Rozumiem, że to wszystko na ten moment. W takim razie, bardzo proszę, panie ministrze, jeszcze krótko...

## **Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:**

Na zakończenie, chciałbym jeszcze przekazać głos panu Januszowi Mederowi z Polskiej Unii Onkologii. Bardzo proszę.

### **Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:**

Dzień dobry państwu. Ja bardzo krótko. Z jednej strony chcę przekazać pewne przemyślenia, między innymi z dzisiejszego tu spotkania i posiedzenia, jako ktoś, kto był jednym z głównych motorów do tego, żeby powstał „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Robiłem to czynnie przez wiele lat zanim ten program powstał. Potem miałem okazję zasiadać w Radzie do spraw zwalczania chorób nowotworowych przez okres pierwszych czterech lat. Mam punkt widzenia zarówno z pracy w Ministerstwie Zdrowia, jak i w środowisku polskich onkologów, a także jako realizator programów komplementarnych do „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, żeby wzmocnić jego efektywność na zasadzie wielkich kampanii społecznych, między innymi, wśród młodzieży ponadgimnazjalnej „Mam Haka na Raka” i „Zdrowa Gmina”, w celu pobudzenia inicjatyw na poziomie terytorialnym – gmin.

Chcę powiedzieć, że dużo można zrobić i dużo zostało zrobione. I bardzo mnie boli, bo chciałem to samo powiedzieć co pan prof. Reguła – nie będę się powtarzać – że musimy jednak patrzeć na realne efekty tego programu, które zaistniały do dzisiaj i na pewną dynamikę zmian, łączącą się zarówno z realizacją w poszczególnych latach uzupełnień bazy infrastruktury, która naprawdę była w potwornej zapaści wtedy, kiedy „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” wreszcie powstał. I chcę nawiązać dzisiaj do tego bardzo ważnego stwierdzenia Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, które tutaj zostało bardzo skąpo przekazane z braku czasu, ale, proszę państwa, jest to naprawdę ostatni moment do tego, żeby zrealizować postulaty Unii Europejskiej. Jesteśmy krajem członkowskim, który ma bardzo duże opóźnienia w tym, żeby wtedy, kiedy w 2015 r. obecnie realizowany program dobiegnie końca, mieć już gotowy program na następne lata, który ma być programem strategicznym. Ten program, który do tej pory jest realizowany, jest programem interwencyjnym.

Przypominam państwu, że przez 15 lat nic się nie działo w onkologii i doszło do tak wielkich zaniedbań i niedofinansowania, że trzeba było robić to, co właśnie w tym programie jest robione. Pewnie, że chcielibyśmy, żeby było lepiej, ale też ocena tego programu będzie możliwa za 10-15 lat, proszę państwa. Nie da się ocenić tych wszystkich dokonań, które przekładają się później na konkretne parametry mówiące o poprawie polskiej onkologii, bazując na wynikach leczenia... To jest proces wieloletni, żeby później móc to rzetelnie ocenić.

Apeluję też do wszystkich państwa z prośbą o pomoc – powstał przecież Parlamentarny Zespół do Spraw Onkologii, dzięki inicjatywnie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego – żebyśmy ostro zabrali się do wspólnej mozolnej pracy pod kątem utworzenia następnego narodowego programu o charakterze strategicznym. Bardzo dziękuję.

### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Panie ministrze, szanowni państwo, żeby sprawa była jasna, każdy z nas ma świadomość tego, że gdyby nie było tego programu, to byłoby zupełnie źle, natomiast są określone uwagi po kilku latach funkcjonowania tego programu. Jeżeli państwo mają uwagi, jak to wszystko powinno być inaczej zorganizowane, niezależnie od tego programu, również w inny sposób finansowane, to nic nie stoi na przeszkodzie, aby w podsumowaniu na następnym spotkaniu także takie wnioski ze strony państwa zostały przedstawione. Ponieważ takie wnioski nie są składane, można uznać, że wszystko jest dobrze i że wszyscy są zadowoleni z tego, co jest. A przecież tak nie jest, co wynikało jasno również z wypowiedzi ekspertów. Zatem, panie ministrze, mamy tutaj sporo do zrobienia, również w sensie tego, o czym państwo sami wspomnieli.

Przerywamy w związku z tym posiedzenie w tym punkcie, przechodzimy do punktu drugiego – sprawy różne. Czy ktoś z państwa posłów ma jakieś uwagi, coś do powiedzenia w tym punkcie? Nie widzę zgłoszeń.

Ja mam jedną sprawę. Panie ministrze, pozwolę sobie wrócić do sprawy, którą już sygnalizowałem. Kwestia dotyczy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Piskowicach, a w zasadzie należałoby się całej sprawie przyjrzeć szerzej, chociażby na przykładzie tego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Dla osób, które nie są zorientowane i tego nie wiedzą, jest to zakład prowadzony przez siostry zakonne, gdzie znajduje się kilkadziesiąt dzieci

ciężko upośledzonych. Na ogół są to dzieci osierocone lub porzucone, są zdane wyłącznie na łaskę i pomoc ze strony państwa.

Wiążą się z tym dwojakiego rodzaju problemy, panie ministrze. Kontrakt jest niższy niż w innych ośrodkach, również w tej części Polski. I to pozwoliłem sobie zasygnalizować. A druga sprawa, to już kwestia do dyskusji z resortem pracy i polityki społecznej. Chodzi o finansowanie pobytu tych dzieci. Bo leczenie tych dzieci, opieka i rehabilitacja to jedno, ale czym innym jest kwestia pobytu, ponieważ te osoby nie mogą liczyć na żadną pomoc ze strony rodziny czy innych osób.

Rozumiem, że pan minister powie dwa zdania w tej sprawie. Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Oczywiście temat jest bardzo ważny, bardzo trudny i bardzo bolesny. Znamy go ze wstępnego researchu, który w ciągu kilku godzin byłem w stanie zrobić. Wiem już, jak tam wygląda stawka osobodnia, wiem jak wyglądają warunki i funkcjonowanie tego zakładu. Poszukamy sposobu. Porozmawiamy na pewno z panem prezesem o tym, co jest możliwe w ramach obowiązujących przepisów, o jakimś wzroście stawki osobodnia. Z całą pewnością obiecuję.

Wczoraj rozmawialiśmy z sekretarzem stanu z Ministerstwa Pracy i Pomocy Społecznej w tym zakresie, żebyśmy mogli znaleźć jakieś rozwiązanie, które, być może, będzie unikatowe. Wiem, że problem dotyczy pięćdziesięciorga dzieci i te stawki są niewystarczające, wobec faktu, że te dzieci są zupełnie odarte z jakiegokolwiek pomocy socjalnej. Są na ogół pozbawione rodzin, albo z rodzinami, które z różnych przyczyn – chorób psychicznych, przeszłości kryminalnej czy innych – nie są w stanie dodatkowo wspomagać tego miejsca. A to miejsce, z czysto ludzkiego powodu, zasługuje na największe uznanie, bo tam zakonnice prowadzą bardzo ciężką pracę u podstaw i właściwie wspomagają cały system opieki socjalnej w bardzo istotny sposób.

Zatem obiecuję, że sprawą zajmę się osobiście. Postaram się ją pilotować w naszym ministerstwie i w ministerstwie, które odpowiada za kwestie socjalne. Obiecuję panu przewodniczącemu, że będziemy w kontakcie na bieżąco. Mam nadzieję, że uda się nam znaleźć dobre rozwiązanie w tej kwestii.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Dziękuję państwu. Zamykam posiedzenie.