

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 102)

z dnia 7 listopada 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 102)

7 listopada 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację dotyczącą problemów opieki pulmonologicznej w kontekście profilaktyki i leczenia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Aleksander Soplński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnuś** doradca w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Jan Cieśliński** członek Naczelnej Rady Lekarskiej, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Danuta Miłkowska-Mendrek** wiceprzewodnicząca Krajowej Komisji Rewizyjnej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy oraz **Paweł Śliwiński** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc wraz ze współpracownikami.

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

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

Proszę o zajmowanie miejsc. Witam serdecznie państwa posłów. Witam pana ministra i zaproszonych gości. Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad składa się z jednego punktu. Jest to rozpatrzenie informacji dotyczącej problemów opieki pulmonologicznej w kontekście profilaktyki i leczenia. Czy są jakieś uwagi dotyczące porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty. Bardzo proszę, panie ministrze, oddaję panu głos.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Aleksander Soplński**:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, tematem dzisiejszego posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia jest informacja dotycząca problemów opieki pulmonologicznej w kontekście profilaktyki i leczenia.

Jeżeli chodzi o sprawę chorób układu oddechowego, to muszę powiedzieć, że choroby układu oddechowego stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów, i to nie tylko w Polsce i Europie, ale na całym świecie. Ocenia się, że co czwarty zgon spowodowany jest jakimiś chorobami pulmonologicznymi. Przewiduje się, że w roku 2020, obserwując stale wzrastającą ilość zgonów z powodu chorób pulmonologicznych – szeroko to określam – będzie to prawie co trzeci przypadek.

Do najistotniejszych i najczęściej występujących chorób należy choroba obturacyjna płuc, po drugie – rak, choroba nowotworowa, po trzecie – gruźlica, po czwarte – astma i po piątą – obturacyjny bezdech senny. To są najczęstsze schorzenia, które występują.

Jeżeli chodzi o częstość, to najczęstszym takim schorzeniem jest przewlekła obturacyjna choroba płuc. Kiedyś to określano jako przewlekłe zapalenie oskrzeli czy rozedma płuc, a jest to po prostu POChP. Jeżeli chodzi o badania epidemiologiczne, jak często występuje to schorzenie, to szacuje się, że w populacji osób dorosłych – a najczęściej występuje to między 41 a 72 rokiem życia – wynosi ono 10%.

Dlaczego mówię, że się szacuje? Dlatego, że właściwie tę chorobę rozpoznaje się najczęściej już w stanie zaawansowanym. Są cztery stopnie zaawansowania tego schorzenia i najczęściej dopiero wtedy, kiedy pacjent już ma objawy duszności, zgłasza się do lekarza POZ-u. Ilościowo jest to olbrzymia grupa chorych i najczęściej znajdują się w niej palacze papierosów. Czyli, można powiedzieć, że jest to również choroba odytoniowa. Jednak to schorzenie występuje również u dzieci z tego względu, że jest to związane z pewnym

defektem genetycznym – brak pewnego enzymu. Jeśli zaś chodzi o koszty zdrowotne i społeczne są one dość znaczne. Dane statystyczne w Stanach, na świecie, wskazują, że często leczenie POChP jest zbliżone lub takie samo jak leczenie chorób nowotworowych. Jest to więc poważne schorzenie. A jeśli chodzi o koszty społeczne, to określa się, że około 20% osób, które przechodzą na renty inwalidzkie, mają związek z tym schorzeniem. Może później będę mówił o metodach, sprawach dotyczących leczenia tego schorzenia i o programach terapeutycznych. Jeżeli więc chodzi o POChP, istotna jest kwestia wczesnej diagnostyki i właściwego leczenia. Tyle w wielkim skrócie.

Schorzeniem płuc, które bardzo często występuje – jest na drugim miejscu – jest rak płuc, choroba nowotworowa. Choroba nowotworowa jest najczęstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn, a w niektórych województwach w Polsce, również najczęstszą przyczyną zgonów kobiet – przewyższyła nawet choroby piersi. Jeżeli chodzi o dane, to w roku 2010 zapadalność na nowotwory złośliwe płuca była nieco wyższa niż w roku poprzedzającym – zachorowało na tę postać nowotworu prawie 21 tys. osób, przy czym gros z nich to mężczyźni. Są oczywiście wyraźne różnice w zapadalności na raka płuc, w zależności od województwa. W roku 2010 na nowotwory złośliwe zmarło ponad 16 tys. mężczyzn i 6170 kobiet. Oczywiście realizowane są specjalne programy, jak „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Te programy są realizowane od 2011 r. Natomiast w związku z tym wzrostem zachorowalności na raka płuc należy rozpatrywać ewentualne wprowadzenie programu populacyjnego, tak jak to się dzieje przy raku szyjki macicy, raku piersi czy raku jelita grubego. Dlatego w naszych nowych założeniach, ze względu na wielkość zachorowań, będziemy iść w tym kierunku, żeby ewentualnie taki program populacyjny był wprowadzony.

Oczywiście, poprawiamy również standard leczenia operacyjnego, przede wszystkim skojarzonego. Chcemy, tak jak w przypadku leczenia onkologicznego w ogóle, żeby to było leczenie kompleksowe, żeby po prostu pacjent, który trafia do placówki onkologicznej mógł być zoperowany, dostać chemię czy radioterapię. Chodzi o to, żeby nie były to jakieś całkiem inne placówki, tylko żeby pacjent był objęty całościową opieką i całościowym procesem leczenia.

Poza tym, również w tym programie Ministerstwo Zdrowia dysponuje środkami inwestycyjnymi, głównie na zakup sprzętu, jeżeli chodzi o radioterapię, zakup bronchoskopów, bronchofiberoskopów, pomp infuzyjnych, a również laserów czy innej aparatury, na przykład USG przełykowego, i innego sprzętu, żeby ułatwić diagnostykę i leczenie, aby efekty lecznicze były lepsze. A ponieważ efektów leczniczych w raku szyjki macicy nie mamy dobrych z tego względu, że ci pacjenci bardzo późno mają postawione rozpoznanie i przeprowadzoną diagnostykę tego schorzenia, taki program populacyjny i takie kompleksowe leczenie na pewno ułatwiłoby nam cały standard leczenia.

To jest, po drugie. Czyli, pierwsze schorzenie to jest POChP – choroba obturacyjna, a drugie, to rak szyjki... przepraszam, płuca... Jestem ginekologiem, dlatego...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Wychodzi specjalność przy okazji tej dyskusji...

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Dlatego też...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale, panie ministrze, to też ważne zagadnienie...

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

To też ważne zagadnienie, ale siedzi we mnie... Następna sprawa, to gruźlica. Wydawałoby się, że w wyniku szczepień nie mamy jakiś większych problemów z gruźlicą, chociaż nie ma trudnych sytuacji związanych z umieralnością – bo tu jest ona niewielka, ale są jednak pewne koszty leczenia. I tak, chciałbym poinformować Wysoką Komisję, że 2012 r. zarejestrowano ponad 7,5 tys. przypadków gruźlicy. To są nowe zachorowania. Było ich o 936 mniej niż w roku 2011, przy czym ogólnie, jeżeli chodzi o zapadalność na gruźlicę we wszystkich postaciach, to w 2012 r. wynosiła ona 19,6 na 100 tys. ludności

i była niższa o 11,7% w porównaniu z rokiem 2011. Takich nowych zachorowań na gruźlicę było 6665 przypadków. Wznów było 877 przypadków w roku 2012.

Jeżeli chodzi o wiek, to najczęściej chorują ludzie w przedziale wiekowym 50-54 lata – największy odsetek mieścił się właśnie w tym przedziale – a również młodszy, w wieku 45 lat. Jeżeli chodzi o dzieci, to zgłoszono 95 przypadków gruźlicy u dzieci do 14 roku życia i 166 przypadków nowych zachorowań u młodzieży w wieku 15-19 lat.

Odnośnie do leczenia, chciałbym powiedzieć, że jest ono całkowicie bezpłatne, nie tylko ubezpieczonych, ale wszystkich, którzy chorują na gruźlicę. Jest również bezpłatne dla obcokrajowców. Obowiązkowe leczenie, pani poseł, i w systemie zamkniętym, jest wtedy, kiedy pacjent prątkuje przez okres minimum czterech tygodni. Jeżeli chodzi o zakaźność, nie jest ona wielka, natomiast po stwierdzeniu zachorowania wszyscy badani są pod kątem gruźlicy.

Tu też jest duża rola lekarza POZ-u w profilaktyce. Kontrolne badanie rentgenowskie, szczególnie u palaczy papierosów. Poza tym, jeżeli chodzi o gruźlicę, w 26 przypadkach stwierdziliśmy ją u chorych na HIV, a w 243 przypadkach u osób, które przebywały w aresztach lub więzieniach. Dobrze, że tylko w 31 przypadkach gruźlica była wielolekooporna. Pozostałe przypadki gruźlicy miały odpowiednią reaktywność na leczenie. Jeżeli chodzi o przyczynę zgonów, to w 2011 r. 640 osób zmarło z powodu gruźlicy płuc.

Następna sprawa, to astma. Jest to przede wszystkim schorzenie alergiczne. Jest to związane najczęściej z... Wprowadziliśmy całkowicie nową specjalizację alergologię dziecięcą, która, między innymi, zajmuje się przypadkami astmy.

Oczywiście, olbrzymim problemem, być może jeszcze niedocenionym, na co zwracamy małą uwagę, jest obturacyjny bezdech senny. W Niemczech określono, że około 500 tys. osób choruje na to schorzenie. Dotyczy ono najczęściej osób z nadwagą, cukrzycą – u nich występuje bezdech senny – a także u osób z nadciśnieniem tętniczym i dlatego w Polsce nie mamy na razie odpowiednich przychodni. Musimy nad tym popracować, żeby stworzyć takie przychodnie, ale nie tylko, bo również, jeżeli chodzi o promocję zdrowia, żeby pacjent wiedział, że mając takie dolegliwość może zgłosić się do lekarza i być leczony.

Panie przewodniczący, jeżeli chodzi o sprawy związane ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu opieki pulmonologicznej, to w nowym koszyku świadczeń gwarantowanych prowadziliśmy pewne zmiany. Mianowicie, postulowane przez konsultanta krajowego z zakresu pulmonologii wyodrębnienie i leczenie niewydolności oddechowej przy pomocy tak zwanej nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w zaostrowym przebiegu choroby obturacyjnej. A to dlatego, że ci pacjenci dotychczas trafiali zwykle na oddział intensywnej terapii, a od stycznia 2014 r. – bo ten koszyk zacznie obowiązywać od 2014 r. – mogą być hospitalizowani w salach ogólnych i nie będą zajmować tego miejsca w OIOM-ach, a poza tym to znacznie obniży koszty leczenia tych pacjentów. To jest bardzo ważne, bo pulmonolodzy na to szczególnie zwracali uwagę, a również kwestia leczenia przy pomocy nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.

W nowych rozporządzeniach koszykowych zwracamy również szczególną uwagę na program zdrowotny dotyczący możliwości realizacji badań przez pielęgniarki, jeżeli chodzi o spirometrię. Obecnie w tych rozporządzeniach koszykowych określamy, w jakich gabinetach spirometr musi być, a w jakich niekoniecznie. Określamy w tych rozporządzeniach koszykowych również to, jakie musi być wyposażenie.

Oczywiście, większość tych chorób i powikłań wiąże się z chorobą nikotynową i dlatego realizowany jest program zwalczania chorób odtytoniowych. Muszę powiedzieć, że liczba tych osób, początkowo, kiedy wprowadziliśmy ten program ustawa, nieco spadła, a obecnie utrzymuje się już na stałym poziomie, nie ma tendencji spadkowej.

Zaobserwowano olbrzymi wzrost jeżeli chodzi o używanie tytoniu wśród kobiet i być może dlatego rak płuc częściej zaczyna występować u kobiet niż u mężczyzn. Czyli te wszystkie programy zdrowotne, które realizujemy, mają na celu ograniczenie tych schorzeń chorób układu oddechowego. Tyle na wstępie. Dziękuję bardzo, pani przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, pani ministrze. Może najpierw zapytam, bo wydaje mi się, że na sali nie ma przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, chyba że nie widzę... W takim

razie, panie ministrze, na pana ręce składam pewną dezaprobatę. Oczywiście będę się w tej sprawie kontaktować z panią prezes Pachciarz. I żeby nie było żadnej wątpliwości – my zawsze zapraszamy przedstawicieli NFZ-u i doprawdy nie rozumiem, dlaczego w tak ważnych sprawach mam rozmawiać pod nieobecność płatnika, bądź co bądź osoby, która w dużym stopniu poprzez swoje decyzje finansowe kreuje takie czy inne decyzje dotyczące zdrowia Polaków. W moim przekonaniu, jest to sytuacja skandaliczna, szczerze mówiąc, bo nie bardzo to sobie wyobrażam – jeżeli pani prezes nie mogła i nikt z wiceprezesów nie mógł, to są jeszcze dyrektorzy, główni specjaliści etc. etc., a nie przyszedł nikt. Rozumiem, że pan minister w tej sprawie. Rozumiem, również wyrazy niezadowolenia.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Soplński:

Panie przewodniczący, nie w tej sprawie. Nie powiedziałem o tym, jaką kadrą dysponujemy, ilu mamy pulmonologów.

Chciałbym powiedzieć, że jeżeli chodzi o pulmonologów, to w sumie specjalistów z drugim stopniem i z pierwszym stopniem mamy ich ponad 2700. Obecnie robi specjalizację 198 lekarzy. Dodam, że zmieniamy kształcenie z zakresu pulmonologii. To kształcenie dotychczas było prowadzone w ten sposób, że lekarz musiał najpierw zrobić specjalizację albo z interny, albo z pediatrii i dopiero potem robił specjalizację z pulmonologii. Wprowadzamy tak zwany system modułowy – 3 lata interny lub 3 lata pediatrii i dopiero 2 lata specjalizacji z pulmonologii. Ten system wprowadzimy. Obecnie trwa opracowanie programów specjalizacyjnych i dopiero po zatwierdzeniu programów specjalizacyjnych wprowadzimy system modułowy, jeżeli chodzi o kształcenie pulmonologów.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim będziemy dyskutować, oddam jeszcze głos innym naszym gościom. Gościmy na sali prezesa Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, pana prof. Sliwińskiego, i panią dr Czajkowską-Malinowską – państwo przygotowali prezentację. Proszę uprzejmie o przedstawienie nam problemu dzisiejszego posiedzenia Komisji. Proszę bardzo.

Rzecznik prasowy Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Szanowni państwo, panie przewodniczący, przede wszystkim bardzo serdecznie dziękujemy za zaproszenie i bardzo dziękujemy, że problem chorób płuc został dostrzeżony przez państwa i chorobom płuc poświęcona jest specjalna sesja. Tak więc, bardzo się cieszymy i dziękujemy również panu ministrowi za wyczerpujące omówienie epidemiologii – będzie nam to znacznie łatwiej przedstawić.

Proszę państwa, choroby płuc i najważniejsze problemy, z którymi chcielibyśmy państwa zapoznać, to choroby, o których wspominał pan minister, ale przy których chcielibyśmy się na krótko zatrzymać – przewlekła obturacyjna choroba płuc, rak płuca, przewlekła niewydolność oddychania – o czym wspominał pan minister mówiąc o nieinwazyjnej wentylacji – zaburzenia oddychania w czasie snu, w tym właśnie obturacyjny bezdech senny, gruźlica, choroby śródmiąższowe i rzadkie choroby płuc oraz mukowiscydoza.

Jeśli spojrzymy na ten slajd, który pokazuje główne przyczyny zgonów na świecie, to wyraźnie widać, że główne przyczyny zgonów to są oczywiście choroby sercowo-naczyniowe, ale zaraz za chorobami sercowo-naczyniowymi są choroby płuc, właśnie POChP, zapalenia płuc, gruźlica i rak płuca. Gdybyśmy wszystkie te choroby wrzucili w jeden worek, to sądzimy, że podniosłyby one swój poziom nieco wyżej niż obecnie, bo są po prostu chorobami rozproszonymi.

Jak państwo widzą, tendencja przewidywania na rok 2020 jest taka, że choroby te, szczególnie POChP, przesuną się z czwartego miejsca umieralności na trzecią pozycję. To jest to, co nas bardzo niepokoi. A poza tym pacjenci umierają rzadziej z powodu samej POChP, a częściej z powodu raka płuca i chorób sercowo-naczyniowych, a więc zwiększają pulę zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Poza tym obturacyjny bezdech senny nieleczony, niediagnozowany, powoduje również powikłania i zgony sercowo-naczyniowe. A więc jest to kolejna choroba, która zwiększa umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych i którą zajmują się pneumonolodzy. Poproszę następną slajd.

Pan minister wspominał o gruźlicy. Proszę zobaczyć, ten slajd na dole wyraźnie obrazuje, że latach 60., kiedy gruźlica była rzeczywiście wielkim problemem i zapadalność na gruźlicę była bardzo wysoka, pneumonolodzy w Polsce, prowadząc program walki z gruźlicą wspólnie z ministerstwem, tę zapadalność znacznie obniżyli. Znacznie zmniejszyła się zapadalność na gruźlicę. Proszę jednak spojrzeć na lata 2000-2012, ostatnie lata – widać wyraźnie *plateau*, czyli wyraźne zahamowanie tej zapadalności na gruźlicę.

Oczywiście, za to odpowiedzialna jest cała część wschodnia – migracje ze Wschodu, gruźlica wielolekooporna – ale, powinno nas niepokoić to, że ta zapadalność utrzymuje się od kilku lat na tym samym poziomie. Natomiast, patrząc na Europę – na Europę Zachodnią – jesteśmy tą granicą między niską zapadalnością, bo proszę spojrzeć, Niemcy mają zapadalność 5 na 100 tys., a my mamy współczynnik 22 na 100 tys. Tu właśnie wyraźnie widać Polskę – jest znacznie niżej niż na wschodzie, niż w Rosji, gdzie jest 100 na 100 tys., a Polska ma 22 zapadalność, natomiast w krajach Europy Zachodniej jest to około 5-7. Poproszę następny slajd.

POChP – choroba, która nie jest do końca rozpoznana. To jest ta góra lodowa – szacujemy, że jest około 2 mln chorych na POChP, ale tylko 400 tys. ma chorobę rozpoznaną, a 1,6 mln osób nie ma tej choroby rozpoznanej. To są zadania dla nas. To jest właśnie ten program wczesnego wykrywania POChP, który był wcześniej prowadzony przez Ministerstwo Zdrowia jako program narodowy, teraz kontynuowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Poproszę następny slajd.

Proszę państwa, oczywiście, wszystko jest związane z paleniem papierosów, ale ten slajd pokazuje też wyraźnie działania polityki zdrowotnej. W latach 70., kiedy rozpowszechnienie było bardzo duże, paliło w Polsce ponad 60% mężczyzn. Kiedy zostały wprowadzone programy antynikotynowe w latach 90., rozpowszechnienie stopniowo się zmniejszało. W tej chwili, od 2006 r., mamy kolejne *plateau* – znowu nie ma spadku rozpowszechnienia palenia. Wręcz przeciwnie – kobiety zaczynają palić więcej, jak zresztą mówił pan minister. To nas bardzo niepokoi. Wiemy, że te pół procent wpływów z akcyzy, które było ustawą gwarantowane na działania antynikotynowe, w tym również i leczenie uzależnienia, nie jest realizowane, ponieważ – z tego, co wiemy – milion złotych było przekazane na te działania z 60 mln zł przeznaczonych na ten rok. To są te pieniądze, na które oczekują wszyscy, ażeby pomóc palaczom w porzuceniu palenia. Proszę zobaczyć, jak wyglądamy na tle Europy – mężczyźni na piątym miejscu. A kobiety? Kobiety na pierwszym miejscu. Nie ma tutaj Grecji – jesteśmy na równi. Jesteśmy pierwsi w Europie, jeżeli chodzi o rozpowszechnienie palenia tytoniu.

To, oczywiście, przekłada się też na to, o czym mówił pan minister – na umieralność z powodu raka płuca. Mężczyźni zaczynają palić mniej, i tu widzimy wyraźnie – umieralność z powodu raka płuca zmniejsza się u mężczyzn, ale zwiększa się umieralność wśród kobiet. Proszę zobaczyć – rak piersi, pierwszy nowotwór, a tuż za nim, rak płuca, który w województwie warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim staje się w Polsce pierwszym nowotworem, z powodu którego umierają kobiety. Bardzo proszę, następny slajd.

Proszę państwa, kolejną przyczyną umieralności – niewydolność oddychania. W Polsce – to są dane Narodowego Funduszu Zdrowia – jest ponad 23,5 tys. chorych hospitalizowanych z powodu niewydolności oddychania. Główną przyczyną jest oczywiście POChP, ale nie tylko. Spośród tych osób prawie 4 tys. zmarło. Większość z nich przebywała na oddziałach intensywnej terapii, niestety, bez możliwości prowadzenia dotychczas w Polsce nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Jest to wentylacja, która jest prowadzona w sposób nieinwazyjny, czyli leczenie respiratorem, ale poprzez założenie maski na twarz, na nos i w ten sposób wspomaganie wentylacji. Taki rodzaj leczenia zmniejsza liczbę intubacji prawie o 30%, skraca czas hospitalizacji, jest mniej powikłań z powodu pobytu na oddziale intensywnej terapii i przede wszystkim są niższe koszty leczenia.

Proszę zobaczyć, jak wygląda rozpowszechnienie domowej wentylacji na tle Europy. Ostatni był 2009 r. Jesteśmy na samym końcu. Proszę państwa, jesteśmy 30 lat wstecz za Europą Zachodnią. Jaka jest tego przyczyna? Przede wszystkim brak środków w ramach budżetów szpitali na zakup odpowiedniego sprzętu, aparatury, respiratorów. Nie ma sal, które by prowadziły odpowiedni nadzór i dotychczas nie istniał żaden system, który pozwalałby nam wprowadzenie takiej procedury. Nie było płatnika, ale

i nie było rozporządzenia. Tak więc, bardzo dziękujemy panu ministrowi, ministerstwu, za wprowadzenie tej procedury.

Proszę państwa, dla nas, pneumonologów, jest to tak ważny przełom, jak wprowadzenie inwazyjnej kardiologii, czyli koronarografii, działań inwazyjnych w kardiologii. Nieinwazyjna wentylacja jest takim przełomem. To są działania, które podejmowaliśmy przez 2 lata, żeby wspólnie z ministerstwem wypracować tę procedurę i jej wprowadzenie. Opracowaliśmy wspólnie z ministerstwem „Krajowy program zmniejszenia umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc”, a jego celem jest właśnie przede wszystkim zmniejszenie umieralności i zmniejszenie dysproporcji w stosunku do krajów Unii Europejskiej. Chodziło nam o zorganizowanie specjalnych sal, pododdziałów, które by miały wzmoczony nadzór, ale nie byłyby oddziałami intensywnej terapii. Ważne jest, żeby takie oddziały można było wyposażać w odpowiedni sprzęt. Marzyliśmy o tym, że w ramach tego projektu będzie taka możliwość, że będziemy mogli przeszkolić personel, szczególnie lekarski i pielęgniarski. Jeżeli nie ma takiej procedury w Polsce, to gdzie ci lekarze mają się uczyć? Są wiodące ośrodki, które takie szkolenia mogą prowadzić. Zatem, poprzez taki program byłaby możliwość zwiększenia dostępności do nieinwazyjnej wentylacji. Zakładaliśmy, że do 2014 r., przy wprowadzeniu krajowego program zmniejszenia umieralności z powodu niewydolności oddychania przy pomocy nieinwazyjnej wentylacji, uda nam się stworzyć w Polsce 80 takich pododdziałów, które będą mieć do dyspozycji 320 nadzoru. W naszej ocenie, byłoby to wystarczające do opanowania problemu zmniejszenia umieralności. Koszty takiego programu, to ponad 21 mln zł. Zakładając, że byłoby to stopniowe, w pierwszym roku przekazano by 6 mln zł na doposażenie i przeszkolenie personelu. Chcę jednak podziękować, przede wszystkim Ministerstwu Zdrowia, za ten pierwszy krok. Liczymy na to, że płatnik, Narodowy Fundusz Zdrowia sfinansuje tę procedurę, bo to jest kluczowe, żeby cała nasza wspólna działalność nie poszła na marne. To jest podstawowa sprawa.

Patrząc na epidemiologię, którą państwu przedstawiliśmy, mamy propozycję utworzenia w Polsce narodowego programu zdrowia płuc pod nazwą POL-SPIRO. *Spiro*, czyli, z łaciny, oddychać. Stąd ta nazwa. Chcielibyśmy zaproponować podstawowe zagadnienia. Poproszę następny slajd. Przede wszystkim, dotyczy to POChP. Pan minister wspominał, że jest program wczesnego wykrywania POChP, realizowany przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Proponujemy – zresztą taki projekt złożyliśmy już w Ministerstwie Zdrowia – żeby przebudować ten projekt z tych samych środków i włączyć do tego specjalistów chorób płuc, a także powołać koordynatora tego programu, koordynatorów wojewódzkich, łącznie z oceną jakości badań spirometrycznych. Bardzo istotne jest przeprowadzenie kampanii medialnej dotyczącej POChP. Tylko 3% Polaków zna termin POChP, wie, co to za choroba. Jak więc można badać pacjentów i zachęcać ich do wykonania badań, skoro świadomość choroby jest bardzo niska? Rak szyjki macicy, rak piersi, mają swoje kampanie. Myślimy, że w ramach tego programu również taka szansa będzie.

Chcielibyśmy też, aby w ramach tego programu POL-SPIRO była możliwość stworzenia sieci specjalistycznych poradni antynikotynowych, a nie tylko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent ma w tej chwili szansę, oczywiście, w ramach specjalistycznego etapu programu chorób odtytoniowych, skorzystania z takiej pomocy, ale ze względu na bardzo niskie finansowanie tej procedury, praktycznie tylko dwa ośrodki w Polsce podpisały kontrakt na pomoc palaczom w porzuceniu palenia w ramach tego programu.

Chcielibyśmy też stworzyć sieć akredytowanych pracowni spirometrycznych, ponieważ Polskie Towarzystwo Chorób Płuc opracowało zalecenia wykonywania i interpretacji badań spirometrycznych. Jest więc taki materiał, który mógłby służyć pomocą. Wprowadzenie kursów specjalistycznych dla pielęgniarek, edukatorów pulmonologicznych, ażeby pacjent wiedział, jak przyjmować leki.

Kolejne zagadnienie, które dotyczy niewydolności oddychania. Pierwszy krok, bardzo ważny, to legislacja, czyli projekt rozporządzenia, które wprowadzi możliwość nieinwazyjnej wentylacji. Jednak bardzo ważne jest wdrożenie w życie krajowego programu zmniejszenia umieralności z powodu niewydolności oddychania, żeby wyposażać te oddziały.

Kolejną bardzo ważną rzeczą jest wprowadzenie zintegrowanego programu opieki nad pacjentami z ciężką postacią POChP. Na spotkaniu w tamtym roku, na którym była pani prof. Jassem razem z nami, i przedstawiała propozycje programu opieki zintegrowanej, przedstawialiśmy ten projekt. Myślimy, że w ramach tego projektu, który już jest złożony w ministerstwie, będziemy mogli kontynuować tę opiekę zintegrowaną.

Rak płuca. Pan minister też wspominał, że jest propozycja programu wczesnego wykrywania raka płuca – to jest tomografia komputerowa niskodawkowa. Jest możliwość realizacji programu. Natomiast, ważne jest również stworzenie ośrodków szybkiej diagnostyki, aby dostęp do bronchoskopii, do tomografii był jak najszybszy, bo, proszę państwa, bardzo się cieszymy, że wspomagają nas w tym onkolodzy, natomiast od strony klinicznej chcielibyśmy uświadomić państwu jedną rzecz – płuca są narządem różnicowym. To znaczy, że patrząc na zmiany w płucach nie możemy jednoznacznie powiedzieć, czy to jest guz, czy to jest gruźlica czy zapalenie płuc. Dlatego jest to narząd, który wymaga przede wszystkim szerokiego spojrzenia, a nie tylko onkologa, bo gdzieś po drodze możemy zgubić gruźlicę. Często się to zdarza, że pobierając materiał z drzewa oskrzelowego onkolog zapomina, że jest gruźlica, czy pobierając tkankę płucną zapomina o gruźlicy i wówczas zaczynamy diagnostykę od początku. Dlatego ważne jest, żeby ośrodki pulmonologiczne prowadziły kompleksową opiekę w granicach chorób płuc.

Kolejne zagrożenie – zaburzenia oddychania w czasie snu. To również jest bardzo związane z pulmonologami, chociaż ośrodki kardiologiczne zostały wyposażone w programie POLKARD. Jak najbardziej jest to słuszne, natomiast pulmonolodzy prowadzą leczenie i diagnostykę od wielu lat – zajmują się niewydolnością oddychania, więc to naturalnie łączy się całościowo z podejściem do pacjenta. Bo taki pacjent, który ma obturacyjny bezdech senny, w okresie zaawansowania choroby może być również pacjentem z niewydolnością oddychania. Chcielibyśmy stworzyć akredytowane ośrodki zajmujące się diagnostyką zaburzeń oddychania w czasie snu, a także wprowadzić telemedycynę – tak, jak i w krajach Europy Zachodniej – do monitorowania leczenia chorych z obturacyjnym bezdechem sennym.

I kolejny element, to dwa punkty dotyczące gruźlicy. Mianowicie, utworzenie nowych i doposażenie obecnie istniejących referencyjnych laboratoriów prątko, ażeby jak najwięcej przypadków gruźlicy było potwierdzonych bakteriologicznie. I następna rzecz, której w tej chwili nie ma, a która jest kolejnym wyzwaniem, to wykrywanie i nadzór nad osobami zakażonymi gruźlicą. Wtedy będziemy wiedzieć, jaką mamy populację, która może zachorować na gruźlicę.

I rzadkie choroby płuc – choroby śródmiąższowe i mukowiscydoza. Również tworzenie ośrodków – ośrodki wybrane, nie wszystkie – które będą mieć możliwość pełnej diagnostyki i stworzenie ośrodków mukowiscydozy dla dorosłych. Dzieci mają pełną diagnostykę i prowadzenie leczenia i dzięki zaangażowaniu pediatrów żyją coraz dłużej. Teraz czas na pneumonologów dla dorosłych, aby mogli też kompleksowo prowadzić takie leczenie.

To są chyba wszystkie nasze propozycje w ramach programu POL-SPIRO. Wierzimy, że ten program zostanie przez państwa przyjęty, zaakceptowany, a odnośnie do nowej procedury, która została przez ministerstwo wprowadzona, bardzo dziękujemy, że będzie finansowana. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, za tę niezwykle interesującą, profesjonalną prezentację. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, szanowni państwo, z wielką uwagą przysłuchiwałam się temu, co pani doktor mówiła, ponieważ w podkomisji zdrowia publicznego zajmujemy różnymi problemami, związanymi także z niewydolnością, z opieką długoterminową, z opieką domową. Tak więc te tematy są mi znane i bliskie. Chciałabym właściwie dopytać o dwie rzeczy, żeby mieć jasność w postępowaniu i strategii odnośnie do tych problemów.

Pierwsza rzecz – powiedziała pani na temat raka płuca, że bardzo ważne jest wczesne wykrywanie i profilaktyka. My, przy konstruowaniu narodowego programu do spraw

zwalczania chorób nowotworowych, wnosiliśmy o to, że w tym programie nastąpić wiele zmian, między innymi elementy dotyczące profilaktyki raka płuca. I w związku z tym, mam pytanie do pana ministra. Ja zrozumieć pani wypowiedź na temat stworzenia ośrodków szybkiej diagnostyki... Czy to jest już przedyskutowane w Ministerstwie Zdrowia i jest szansa na to, że w następnym roku tego typu ośrodki zaczną się pojawiać, czy jest to tylko na razie na etapie rekomendacji państwa, nie ma jeszcze tego przełożenia na realizację programową? To jest pierwsze moje pytanie.

Drugie pytanie dotyczy opieki wobec osób wentylowanych, bo też jasno pani tutaj powiedziała, że potrzeba 320 łóżek – tak to sobie zapisałam – żeby to w pełni było zabezpieczone. Na ten moment ja nie wiem, jaka jest ta ilość, ale podejrzewam, że minimalna, bo większość tych pacjentów jest leczona na OIOM-ach. Zatem, kierunek jest słuszny, ponieważ koszty leczenia w ramach tego typu zorganizowanej opieki będą niższe. Wiem, że są budowane takie ośrodki – osobiście taki znam. I w związku z tym, bardzo boleję nad tym, że nie ma tu przedstawiciela Funduszu, bo chciałabym zadać pytanie, czy tego typu oddziały, czy pododdziały, które powstaną, i na które – jak państwo mówią – jest olbrzymie zapotrzebowanie także w odniesieniu do ekonomii, będą kontraktowane. Czy były takie rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia i czy jest uzgodniony jeden cel pomiędzy ministerstwem i NFZ-em, że robimy coś, żeby doprowadzić do zmniejszenia tego typu zachorowalności właśnie poprzez profilaktykę i szybką diagnostykę? Na to pytanie chciałabym otrzymać odpowiedź. Wiem, że pewnie pan minister mi nie odpowie w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia, ale może uczestniczył w jakichś rozmowach i przybliży nam ten temat, bo to jest dość istotne, czy, jeżeli będą powstawać takie pododdziały, znajdują się pieniądze na ich finansowanie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Chciałabym bardzo podziękować za to spotkanie, za ten materiał i za prezentację, zastanawiam się jednak, czy my jeszcze długo będziemy tak rozmawiać. Wszelkie koszty chorób układu oddechowego, także publiczne, są ogromne. Jeżeli na astmę choruje 10% dzieci, jeżeli następne kilka procent – mówię o dzieciach do 19 roku życia – ma przewlekłe choroby związane z układem oddechowym, to są to potencjalni pacjenci do kolejnego leczenia. To są także osoby, które, jeśli pójdą do pracy – jeżeli kiedykolwiek pójdą – to będą bardzo częstymi pacjentami, osobami pobierającymi zasiłki chorobowe, a potem renty inwalidzkie. Już nie mówię o kosztach leczenia, które się pojawiają, tylko o tym, jak ogromne to są straty.

My właściwie od wielu lat o tym rozmawiamy. Dobrze, że jest program, ale jest też pytanie do ministerstwa, do Narodowego Funduszu Zdrowia, a może też do premiera, do rządu, jaki program zamierza się naprawę wdrożyć, dlatego, że samo leczenie oczywiście jest potrzebne. Wtedy, kiedy pojawia się choroba, kiedy pojawia się cierpienie, to jest to niezwykle ważne, tylko wszystkie te działania, które wiążą się z ochroną zdrowia, promocją zdrowia, edukacją zdrowotną i profilaktyką, muszą nabrać odpowiedniej rangi, a nie widzę, żeby takiej rango to nabierało.

Ja pracuję całe życie z młodymi ludźmi i bardzo staram się o to, żeby systematycznie prześwietlać płuca. Od pewnego czasu w Polsce nie ma przesiewowych badań dotyczących gruźlicy. Na mnie największe wrażenie, chyba na początku tego wieku, zrobiła ekspertyza krajowego konsultanta do spraw gruźlicy, prof. Roszkowskiego dwojga nazwisk, którą czytałam. Był to oficjalny dokument, który przyniosła mi moja asystentka, w którym profesor napisał, że leczenie gruźlicy jest tak tanie, że właściwie nie ma po co robić tych badań przesiewowych w kierunku gruźlicy. Jeśli więc mówimy, że to jest ponad 7 tys. zachorowań, to są przecież zachorowania nie rzeczywiste, tylko zachorowania wykryte przypadkiem. Ile naprawdę jest tych nowych zachorowań, tego nie wiemy.

I moje pytanie do pana ministra. Czy my nie zamierzamy, przynajmniej w niektórych grupach, wrócić do tych badań przesiewowych? Gruźlica pojawia się niekiedy w środowiskach, o których tradycyjnie mówiło się że się pojawia – zaniedbanych, uzależnionych od różnych substancji. Pojawia się także w środowisku młodych ludzi.

Ja pracuję na uniwersytecie, gdzie raczej trudno przypuszczać, że są tam środowiska bardzo uzależnione, bo takie by tam pewnie nie trafiły, ale także tam pojawia się. I przy badaniach z medycyny pracy, które obowiązkowo wykonywane są także dla nauczycieli co kilka lat, ja muszę stoczyć prawdziwą walkę z lekarzem pierwszego kontaktu – lekarzem medycyny pracy, żeby dostać skierowanie na prześwietlenie płuc. Muszę o to sama zabiegać od pewnego czasu. Kiedyś szłam do prywatnego zakładu i prześwietlałam płuca, a od pewnego czasu trzeba mieć skierowanie na prześwietlenie. Ja nie mogę pójść na Waryńskiego, jak zwykle to robiłam, i się prześwietlić, tylko okazuje się, że muszę dostać skierowanie. Jest więc bardzo wiele działań, które są po prostu zupełnie nieskoordynowane. One są niepozbierane. Nie wiadomo, jak się w tym się znaleźć.

Bardzo mnie cieszy to, co mówił pan minister, że są starania o to, aby w ramach programów profilaktyki nowotworowej był także nowotwór płuc. Z tym, że jeśli to ma być skuteczne – a palenie papierosów bardzo pomaga w tym, żeby rak płuc rozwijał się – to musi być jeszcze nasilona działalność edukacyjna związana z ograniczeniem palenia papierosów. Obserwuję w środowiskach studenckich, że palenie papierosów stało się niemożliwe, co mnie niezwykle cieszy. Tylko niewielka liczba osób pali papierosy. Generalnie rzecz biorąc, musi być mądra edukacja związana z tym, aby młodzi ludzie nie palili papierosów – mówię młodzi ludzie, bo ze starszymi trudno byłoby pewnie takie programy prowadzić.

Zatem, wszystko to, co państwo mówią, co – mam nadzieję – będziemy robić, bardzo cieszy, tylko że ja słyszę o tym, że ciągle coś zamierzamy, ale realnie, w praktyce, niewiele z tego wchodzi. I dlatego też mam jeszcze jedno pytanie. Czy ktoś policzył wszystkie koszty łączne choroby układu oddechowego? Czy, na przykład, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny... Czy tam nie zlecono takich badań, żeby to policzyć, bo przecież koszty tego są gigantyczne, ogromne? To jest choroba, która trwa latami i latami człowiek jest uzależniony od opieki, od pobierania leków, cierpi z tego powodu, nie może pracować, a jeśli już wraca do pracy, to nie w pełni – ma ograniczoną możliwość normalnego funkcjonowania w różnych rolach społecznych. To jest taka choroba trwa latami, a nie bardzo ją widać, i my tak latami mówimy o tym, że dobrze byłoby..., że są programy..., że trzeba..., ale jest to tak mało efektywne i tak długo trwające, że w gruncie rzeczy nic nie ma. Dlatego będę oczekiwać od pana ministra, aby powiedział, co w tej sprawie rzeczywiście będziemy robić, ile pieniędzy... Jeżeli 20% osób idzie na renty, to gdyby szło tylko 18%, byłyby zaoszczędzone ogromne pieniądze, które można by przeznaczyć na profilaktykę. Przecież koszty systemu rentowego są ogromne. A do tego musimy doliczyć koszty zwolnień lekarskich, które też są bardzo znaczne.

I sprawa gruźlicy. To jest wstydliwa sprawa w Polsce, powiedzmy sobie, dlatego, że bardzo wiele krajów Europy Zachodniej, a Kanada już od dawna, są bez gruźlicy. Kiedy obecnie wyjeżdża się do Kanady, to trzeba przynieść zaświadczenie, że nie jest się chorym na gruźlicę i nikt nie chce rozmawiać... Nie ma najmniejszych powodów do tego, żeby w Polsce była rozpowszechniona gruźlica i żebyśmy nie wiedzieli, ile naprawdę tych zachorowań jest, ponieważ zrezygnowaliśmy z badań przesiewowych. Niestety, trzeba się przyznać, w Polsce – pamiętam to dokładnie, bo poniosłam bardzo dużą karę za to, że sprzeciwiłam się jako bardzo młoda jeszcze asystentka likwidacji tego programu powszechnego zwalczania gruźlicy w końcu lat 70. To jest dawna sprawa. Pamiętam to dokładnie, gdy w Polsce ogłoszono, że nie ma gruźlicy. Jest gruźlica. Jest ona we wszystkich środowiskach. Jest coraz więcej gruźlicy... Rozmawiam bardzo często z konsultantem wojewódzkim w Rzeszowie, skąd jestem posłem, i tym się interesuję. Jest dużo gruźlicy lekoopornej, której już nie da się leczyć. I, panie ministrze, ja bym nie mówiła tak...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To było też pokazane w prezentacji...

Poseł Józefa Hrynkiwicz (PiS):

Ale chcę powiedzieć, że ja bym nie mówiła, że gruźlica jest mało zakaźna. Proszę porozmawiać z osobami, które bezpośrednio pracują ze studentami na uczelniach. Znam oso-

biście kilka przypadków osób zarażonych w pracy. Nie są więc to sprawy, które możemy lekceważyć i mówić, że mamy zachorowań tylko 5 razy więcej niż w Niemczech – o 5 razy za dużo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo bym wszystkich państwa prosił o dyscyplinę czasową, żeby wypowiedzi nie trwały 10 minut. Myślę, że 5 minut w zupełności powinno wystarczyć. Tak więc, bardzo wszystkich o to proszę. Teraz udzielam głosu panu przewodniczącemu Katulskiemu. Proszę uprzejmie.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Teraz nie wiem, czy ma się odnosić do głosu eksperta, pani doktor, której prezentację oglądaliśmy, czy do głosu eksperta z dziedziny pulmonologii, pani poseł Hrynkiewicz, ponieważ było to prawie powtórzenie i odniesienie się do tego, co mówiła pani doktor. Ale teraz już poważnie – nie o tym chciałem mówić.

Wydaje mi się, że poważny problem, jeśli chodzi o pulmonologię, jest taki, że – powiedziałbym w ten sposób – choroby płuc nie są w tej chwili w *mainstreamie* odbioru zagrożenia. Dzisiaj muszą paść słowa „rak”, „nowotwór”, „zawał serca” – wtedy wiemy, że mamy do czynienia z poważną chorobą. Natomiast dane, które państwo przedstawiają, a które mówią o tym, że mniej więcej 2 mln osób w Polsce choruje na POChP – już sam skrót jest mało przyjazny do odbioru. Może więc warto też nad tym popracować, chociaż rozumiem, że terminologia medyczna ma swoje wymogi. Jeśli 2 mln osób chorują na POChP, które jest poważnym schorzeniem i co więcej, następstwa rozwijającej się choroby, nieleczonej, niezdiagnozowanej – bo jak to przedstawiła pani doktor, to około 1,6 mln osób ma niediagnozowaną chorobę – są oczywiście katastrofalne dla zdrowia publicznego, bo to nie jest schorzenie, które dotyka niewielkiej liczby ludzi, tylko skala tego jest masowa.

I druga liczba, którą warto porównać. Mniej więcej 20 mln zł – tak, jak pani powiedziała – potrzeba na zbudowanie systemu łóżek nieinwazyjnej wentylacji. Jeżeli więc za 20 mln zł możemy osiągnąć efekt leczniczy, który, w taki czy inny sposób, będzie dotyczyć około 2 mln chorych – jak rozumiem, taka jest możliwość – to wydaje mi się, że ekonomicznie, jest to oczywiście jak najbardziej zasadne, ale też medycznie jest to bardzo zasadne. I to tylko odnośnie do POChP.

Palenie papierosów, rzecz jasna, stanowi bardzo wielki problem – pani też to podnosiła w swojej prezentacji. Chciałbym zapytać, czy przyjmują państwo jakieś rozwiązania z krajów, które mają dłuższe doświadczenia w intensywnym zwalczaniu... Ja kiedyś uczestniczyłem w takim wyjeździe studyjnym do Finlandii, gdzie prezentowano nam różne sposoby, jakimi Finlandia od ponad 20 lat walczy z paleniem papierosów, włącznie ze stawianiem w centrach handlowych specjalnych kiosków – marketing bardzo szeroko pojęty, właściwe generalnie można powiedzieć, że jest to już prawie reklama, jak każdego innego produktu, który można zastosować. Chciałbym więc wiedzieć, czy mają państwo opracowane własne metody tego typu, czy chcecie kopiować wzory z innych krajów, które osiągnęły wskaźniki znacznie lepsze, i tam się to sprawdziło.

I trzecia sprawa, regionalna, na którą zwróciłem uwagę – akurat jestem posłem z tego regionu, w którym pani doktor praktykuje. Zwróciłem uwagę na jedną informację, która poruszyła mnie, i prosiłbym o wyjaśnienie. Otóż, według tego, co pani powiedziała, w kujawsko-pomorskim jest najwyższy wskaźnik umieralności kobiet na raka płuc. Czy tak? I moje pytanie bierze się stąd, że w kujawsko-pomorskim mamy potężne centrum onkologii, uważane za jeden z najlepszych ośrodków onkologicznych w Polsce, a wielokrotnie wygrywające nagrody w konkursach na w ogóle najlepszy szpital w Polsce, z olbrzymim centrum, czy ośrodkiem profilaktyki nowotworów, i do tego mamy drugi specjalistyczny szpital pulmonologiczny, w którym zresztą pani doktor pracuje. Powiem więc szczerze, że ta informacja trochę mnie zdumiała, bo spodziewałbym się każdego regionu, ale nie kujawsko-pomorskiego, bo doskonale wiemy, że umieralność na każdego raka właściwie jest pochodną jego późnego wykrycia. To znaczy, że coś tutaj szwankuje – albo profilaktyka w tym regionie nie działa skutecznie, albo leczenie jest źle prowadzone. Prosiłbym o krótki komentarz. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Chciałabym zapytać o to. Ponieważ pani profesor przedstawiała tu w zasadzie perspektywy i to, co nas czeka, to są dane bardzo niepokojące i zresztą pan minister również mówił o tym, że w perspektywie roku 2020 czy 2030, co trzecia osoba będzie umierać z powodu szeroko pojętych chorób płuc. I to nie tylko nowotworu, ale również innych chorób. Chciałabym zapytać, jak wygląda profilaktyka i jak wygląda w tej chwili leczenie poza tym programem, który ma być stworzony, a o którym mówili i pan minister, i pani profesor. Chciałabym zapytać, jak to wygląda w dniu dzisiejszym.

Panie ministrze, bardzo dziękujemy za to sprawozdanie i za te dane, które otrzymaliśmy. Tu są bardzo wyczerpujące dane, jeśli chodzi o statystyki dotyczące zachorowalności na gruźlicę. Natomiast, jeśli chodzi o raka płuc, to ostatnie dane, które są prezentowane, dotyczą 2010 r., i dlatego chciałabym jeszcze dopytać, czy dysponuje pan minister danymi z roku 2011 i 2012. Czy te trendy dotyczące spadku zapadalności na nowotwory złośliwe w poszczególnych przekrojach utrzymują się? To znaczy, są...

Rzecznik prasowy PTChP Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Takie same są...

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Rozumiem, czyli nie ma powodu do niepokoju i to, co państwo prognozują na ten moment, jeszcze się nie potwierdza.

Mam też prośbę do pani profesor i do pana ministra, aby państwo wskazali, jak w tej chwili wygląda sytuacja, jeśli chodzi o diagnostykę przeciętnego pacjenta w zakresie wykrywalności nowotworów i w ogóle wykrywalności chorób płuc. Jak wygląda ścieżka diagnostyczna takiego przeciętnego pacjenta? To jest pytanie podobne trochę do tego, o czym mówiła pani prof. Hrynkiewicz, ale myślę, że nie jest tak źle, jak przedstawiała pani profesor. Proszę więc o informację, które z ośrodków w Polsce są w tej chwili ośrodkami referencyjnymi, które specjalizują się i które będą jakby bazą do rozwoju tych oddziałów, o których mówiła pani profesor.

I moje ostatnie pytanie dotyczy profilaktyki i programów, które prowadzimy w szkołach, przeciwdziałających nałogowi palenia wśród młodzieży, ale też już coraz częściej u dzieci. Wiemy bowiem, że może nie tyle młodzież, która nie tak bardzo jest zagrożona, ale coraz młodsze dzieci sięgają po papierosy. Papieros jest dostępną powszechnie używką i bardzo często obserwujemy, że już w szkołach podstawowych coraz młodsze dzieci sięgają po papierosy. Czy w tym zakresie mamy jakieś statystyki, jakieś dane, jak to wygląda i czy mamy programy przeciwdziałające temu zjawisku?

I jeszcze jedno, ostatnie pytanie. Mamy tu bardzo ciekawe zestawienia dotyczące profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym właśnie POChP. To są dane świeże, za 2012 r., dotyczące podziału na województwa, jeśli chodzi o świadczeniodawców i pacjentów. I tutaj jest bardzo duże zróżnicowanie – to jest str. 19. Są województwa, w których jest bardzo duża liczba pacjentów i dość duża liczba świadczeniodawców – tu przoduje województwo pomorski – ale są też województwa, takie, jak na przykład wielkopolskie, które ma tylko jednego świadczeniodawcę w tym zakresie i zaledwie czterech pacjentów. Z czego wynikają te duże różnice? Czy to wynika z tego, że nie docieramy z tym programem, czy nie ma chętnych, czy NFZ nie kontraktuje? Nie ma chętnych? A jeżeli nie ma chętnych, to dlaczego? Czy on jest źle wyceniony? Być może jest źle wyceniony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Okragły.

Poseł Janina Okragły (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, przeczytałam, że w ministerstwie trwają obecnie prace nad projektem kolejnej edycji „Programu Ograniczenia Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce”, a moje pytanie brzmi – jakie działania

będą zaproponowane w programie, jak będą wyglądać te działania, aby był większy odsetek osób rzucających palenie? Bo po kampanii w latach 2010-2011, szczególnie w 2010 r., kiedy była uchwalana ustawa o przeciwdziałaniu skutkom palenia tytoniu, mieliśmy spadek osób palących, natomiast, jeśli chodzi o 2012 r., zauważa się jednak wzrost liczby osób palących. Jakie więc działania będą proponowane? Jest jeszcze kwestia systematyczności tych działań i pieniędzy.

Następna rzecz jest taka. Ostatnio nasila się kampania medialna reklamy e-papierosów. Czy ministerstwo monitoruje zjawisko palenia tego typu papierosów? Bo chociaż nie jest to akurat wyrób tytoniowy i może nie wpływa na choroby płuc, ale wpływa na choroby układu krążenia – nikotyna jest tam zawarta. Czy rzeczywiście e-papierosy, które kupują młodzi ludzie – bo najczęściej młodzi – są wystandaryzowane, czy jakieś normy są przestrzegane i co dalej ministerstwo zamierza z tym robić?

I jeszcze jednak rzecz, a propos gruźlicy. Na początku roku, albo już pod koniec ubiegłego roku – nie pamiętam dokładnie – był przypadek gruźlicy w szkole wrocławskiej i był problem, kto ma objąć opieką i badaniem osoby z kontaktu. Czy już w tej chwili są ustalone zasady postępowania, bo czy ta poradnia, czy inna poradnia, to mamy swobodny wybór lekarza itd. itd.? Czy jest tak, że jakby teraz taka historia powtórzyła się, to nie byłoby problemu przez ileś dni, kto ma co, kiedy i jak robić? Kto ma przyjąć nadzór, kto ma wykonać badania i kto ma objąć badaniami osobę z kontaktu? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję serdecznie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za tę prezentację. Przyznam się szczerze, że myśląc o gruźlicy, szczególnie u dzieci, od razu przypomina mi się prewentorium w Rabce, które zresztą jest ewenementem, bo jest to jednostka urzędu marszałkowskiego województwa śląskiego, a jest w województwie małopolskim. I pamiętam te czasy, kiedy sam tam przebywałem – dla dzieci chorych na gruźlicę było tam 700 łóżek. W tej chwili to zreorganizowaliśmy – są tam w tej chwili miejsca i dla dorosłych, dla matek z dziećmi i dla dzieci.

Natomiast wiadomo jest, że najbardziej pożądana i chyba najtańsza jest profilaktyka, i to we wszystkich chorobach – i nowotworowych, i kardiologicznych. Chciałbym zapytać, jak państwo to rozwiązują. Mamy profilaktykę pierwotną i wtórną. Ze zdjęć małych obrazkowych zrezygnowaliśmy – nie wiem, czy wobec tego nie warto do nich wrócić jako do zasadniczej profilaktyki.

I druga sprawa – tak samo, jak w przypadku... Jestem inicjatorem Śląskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy i dobijam się o szczepienia HPV, a tutaj mamy szczepienia przeciwko gruźlicy. Mamy tu szereg problemów, bo wiadomo – ja jestem ginekologiem-położnikiem – jakie są rekomendacje państwa, jeżeli chodzi o szczepienia. Wiadomo, że szczepimy dzieciaki, ale u pewnych dzieci, które urodzą się z niską masą urodzeniową, wcześniactwem czy wadami, odraczamy te szczepienia. I problem jest taki, bo w niektórych krajach europejskich, ale również w Stanach Zjednoczonych, ze względu na dobrą sytuację epidemiologiczną w ogóle nie robi się odczynu tuberkulinowego, a przyjeżdżają... Ja mam pacjentki, które prowadzę, nawet w ciąży, które nie zawsze zdążą w Polsce urodzić, ale rodzą w Anglii i potem często są powroty tych dzieci, które tam nie są szczepione, a przyjeżdżają do Polski na stałe. Jak z takim problemem sobie poradzić? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Gos.

Poseł Marek Gos (PSL):

Ja bardzo krótko chcę zapytać, a właściwie postawić taką sprawę, i to pod adresem pana ministra. Bardzo żałuję, że nie ma nikogo z Funduszu, ale i konsultanta krajowego, bo za lobbowanie za określonymi dziedzinami, a przede wszystkim w układzie finansowym, również odpowiedzialny jest konsultant i jakby siła przebicia. Ja muszę powiedzieć, że porównując różne dziedziny medycyny, a szczególnie lecznictwo zamknięte,

twierdzą, na podstawie wieloletnich nie tylko obserwacji, bo uczestniczyłem w tym przez wiele lat, że niestety szpitale pulmonologiczne są bardzo kiepsko finansowane. A więc, procedurę pulmonologiczną fatalnie wyceniono.

W świętokrzyskim mamy jedyny specjalistyczny szpital i gdyby nie oddziały „ostre”, to dawno by już upadł. To jest po prostu niedopuszczalne. I to nie jest rok... My cuda tam robimy, i robiliśmy, i w dalszym ciągu staramy się ten szpital jakoś prowadzić, bo bez niego nie wyobrażamy sobie w ogóle krajobrazu województwa. Natomiast żadne argumenty przez lata do Funduszu nie docierają. Bierze się jakieś historyczne dane, porównuje się z regionami, a jesteśmy niestety regionem, gdzie nie jest najciekawiej, jeżeli chodzi o zachorowalność na choroby płuc, w tym gruźlicę. Kardiologowie, kardiochirurdzy, lekarze wielu tych dyscyplin, które są dzisiaj bardzo istotne, znaleźli dobry grunt dla swoich działań i dzisiaj poziom finansowania kardiologii generalnie – nie mówię o inwazyjnej kardiologii, bo ta szczególnie – jest na najwyższym poziomie. Odnośnie do onkologii, mamy jeszcze wiele do życzenia, natomiast, jeśli chodzi o pulmonologię, w tym pulmonologię onkologiczną, jest po prostu fatalnie.

Trak więc, panie ministrze, jest to dzisiaj bardzo poważna sprawa. Mam wieki szacunek do tych wszystkich informacji, które dzisiaj do nas docierają, ale jeśli nie zmienimy podejścia w finansowaniu zarówno specjalistki, jak i profilaktyki – o profilaktyce było tu już dużo powiedziane – a szczególnie, jeśli chodzi o gabinety, a przede wszystkim leczenie w układzie zamkniętym, to naprawdę sukcesów na tym polu mieć nie będziemy. Tym bardziej – miejmy świadomość – że mimo wszystko do tych szpitali trafia najbiedniejsza część społeczeństwa, która po krótkim czasie wychodzi – bo dzisiaj wszyscy starają się te czasy skracać – przestaje brać leki i trafia z powrotem w dużo cięższym stanie. Tak więc ten proceder trwa i bez zaangażowania ministerstwa i bez dobrej woli Narodowego Funduszu Zdrowia niewiele tutaj zdziałamy, mimo państwa dużego zaangażowania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Czy ktoś z zaproszonych gości też chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie. Proszę się przedstawić do mikrofonu.

Członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Mariusz Kocój:

Mariusz Kocój, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, wysłuchując relacji pana ministra usłyszałem, że jest prowadzony program – i takie głosy też padały na sali – dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – bo reprezentujemy głównie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – program profilaktyczny POChP. Usłyszałem również, iż gruźlica jest schorzeniem leczonym bezpłatnie, bez konsekwencji dla pacjentów. Padły również pytania z sali odnośnie do kierowania na badania przesiewowe, w tym zdjęcie klatki piersiowej.

Otóż, przed kilku laty Narodowego Funduszu Zdrowia finansował program profilaktyki POChP, ale była to procedura tak czasochłonna, związana z wypełnieniem szeregu ankiet i zabierająca czas lekarzowi, że zainteresowanie lekarzy i świadczeniodawców było znikome. Na dzisiaj nie wiem, jakimi danymi dysponuje pan minister, natomiast ja, będąc lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej na umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie przypominam sobie, żeby funkcjonował jakiś dodatkowy program profilaktyki POChP.

W przypadku gruźlicy, na dzisiaj jest utrzymane finansowanie tylko dla pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i bodajże jest to odpłatność 1 zł za wypełnieniu ankiety. W związku z powyższym, jest totalna klapa – nikt tym nie jest zainteresowany.

Przed laty NFZ również finansował program profilaktyki chorób odtytoniowych. Lekarze byli zobowiązani do zdobycia stosownych certyfikatów i wobec znikomego finansowania było również znikome zainteresowanie, i do dzisiaj ten program nie jest finansowany.

Odnośnie do gruźlicy, mam pytanie. Jak to będzie w roku przyszłym, bo wobec zapowiedzi pani prezes Pachciarz – kolokwialnie mówiąc – „wycięcia” z listy pacjentów nie-

ubezpieczonych, którzy, według słów pana ministra, będą posiadać pełne prawo do leczenia gruźlicy? Kto w takim razie zapłaci za diagnostykę gruźlicy? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie – pani. Bardzo proszę.

Wiceprzewodnicząca Krajowej Komisji Rewizyjnej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Danuta Miłkowska-Mendrek:

Danuta Miłkowska-Mendrek. Ja też jestem lekarzem, specjalistą chorób wewnętrznych i medycyny pracy. Chciałabym uzupełnić... W tej chwili jestem również lekarzem pierwszego kontaktu i także wykonuję badania medycyny pracy.

Chciałabym jeszcze raz pana ministra poprosić, żeby może jednak wrócić do tego, żeby w ramach przyjęcia do pracy były przynajmniej co 4 lata obowiązkowe zdjęcia rentgenowskie. Teraz są one tylko obowiązkowe w przypadku narażenia na pyły. Właściwie tylko w przypadku narażenia na pyły. Byłoby to bardzo ważne w profilaktyce gruźlicy, a może nawet w POChP.

Poza tym, jako lekarz praktyk chciałabym powiedzieć, że droga pacjenta jest bardzo długa. Pracowałam przez wiele lat w Instytucie Medycyny Pracy w Sosnowcu. Nie jestem pulmonologiem, ale uważam, że mam o tym duże pojęcie. Wykonywałam badania spirometryczne i uważam, że pacjent z POChP w tej chwili bardzo trudno leczy się w Polsce, ma trudny dostęp do lekarzy. Rzeczywiście, jest ich mało. A jeżeli ja wykryję u pacjenta POChP – właściwie jestem pewna, już po pierwszym obejrzeniu wyniku spirometrii, a nawet posłuchaniu go jednym czy dwukrotnym – to nie mogę mu wypisać odpowiednich leków, a jeśli go skieruję, to jeśli nie idzie prywatnie, przychodzi z kartką, że w najlepszym razie za trzy miesiące albo za pół roku ma konsultację u pulmonologa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. Proszę, żeby pan się przedstawił.

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej Jan Cieślicki:

Jan Cieślicki. Reprezentuję Naczelną Radę Lekarską. Jestem pulmonologiem od 35 lat. Mam 25 doświadczenia klinicznego, 12 lat prowadzę oddział, tak więc mogę coś w tej dyscyplinie z własnego doświadczenia powiedzieć.

Pytanie pierwsze, podstawowe. Pani ministrze, mamy 2943 specjalistów – tak podaliśmy jako Naczelna Rada Lekarska, ale z tego zawód wykonuje 2500 lekarzy. Mediana wieku tych lekarzy to mniej więcej 55-60 lat. To jest grupa zawodowa, która wkrótce po prostu przestanie istnieć. Kto będzie leczyć tych pacjentów, których przybędzie 20%? To jest podstawowe pytanie. Nie ma żadnych priorytetów dla lekarzy, nie ma tego... Chwała Bogu, wrócili państwo do specjalizacji dwustopniowej – to ułatwia to, żeby ci specjaliści zaczęli być szkoleni. Ale czy będą wybierać tę dyscyplinę medycyny? Będę chcieli, jeżeli ona będzie dofinansowana. A w tej chwili jest totalnie niedofinansowana.

Tak jak tu pan poseł zaznaczył – za co bardzo dziękuję – szpitale toną w długach i po prostu walą się, bo są tak głęboko niedofinansowane. Ja reprezentuję akurat szpital, który obejmuje prawie milion mieszkańców Rybnickiego Okręgu Węglowego i który jest trzyoddziałowym szpitalem chorób płuc. 640 zgonów na gruźlicę w XXI wieku... Proszę państwa, jeżeli państwo to przedstawią na świecie, to naprawdę nie tylko będą się z nas śmiać, ale i będą płakać nad tym, co się w Polsce dzieje.

Obserwuję – bo u nas jest taki oddział, gdzie ci pacjenci są prowadzeni w sposób zamknięty – i przez 25 lat pracy w klinice nie widziałem takich przypadków, jakie tam trafiają od 10 lat. Przypadki pacjentów, którzy wkrótce umierają, są bardzo zaniedbani. Jeśli chodzi o kwestię badań radiofotograficznych, to chyba już zostało ustalone, że ich wykonywanie nie pokrywa się z tym, że zgłaszają się te osoby, które chorują, bo to jest grupa, która nie zgłasza się na te badania i dlatego nie są...

Nowotwory. Nowotwory, które leczymy, są najczęściej nieoperacyjne. Dlaczego? Dlatego, że znowu ci pacjenci późno trafiają. A dlaczego? Dlatego, że słyszymy o kolejce do okulisty, ale to chodzi o to, że ludzie chcą lepiej widzieć i trzeba im rogówki wymienić. My słyszymy o ortopedach, ale czekają do nich ludzie, którzy chcą lepiej chodzić, chcą

się lepiej ruszać. Jednak nikt nie słyszał, że trzymiesięczna kolejka do pulmonologa jest problemem. To nie jest problem. Ten pacjent po prostu przechodzi w następną fazę raka płuc, już nieoperacyjną, czyli śmiertelną. Ten pacjent przechodzi w taką fazę gruźlicy, którą powoduje, że zakaża całe otoczenie. I proszę mi wierzyć, że gruźlica występuje nie tylko wśród „nizin”, bo i wśród nauczycieli, wykładowców, pracowników wyższych uczelni, i to bardzo często tylko o tym się nie mówi, bo po prostu nikt się tym nie chwali. Natomiast miodem na moje serce była deklaracja pana ministra, że państwo dysponują możliwością zakupu bronchofiberoskopów. Bardzo bym prosił o to, żeby pan minister jakoś nam przybliżył ten temat, w jaki sposób można się starać o ich uzyskanie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, bardzo dziękuję za wszystkie głosy w dyskusji. One pokazują, tak naprawdę, że decydując się w ramach prezydium na wpisanie tego tematu do planu pracy Komisji, trafiliśmy w dziesiątkę, bo rzeczywiście jest to ważna sprawa, której – tak się złożyło – przynajmniej oddzielnie, nie poświęciliśmy czasu na posiedzeniach Komisji. Dlatego sądzę, że warto będzie do tego wracać. Zresztą rozmawiałem tu z panią przewodniczącą Beatą Małecką-Libera, że podkomisja do spraw zdrowia publicznego może być dobrym forum do tego, żeby o tym rozmawiać.

Ja muszę powiedzieć, że mamy ogromny dysonans, bo, z jednej strony, mamy dobry materiał, znakomitą prezentację, a dzięki temu – jak myślę – bardzo interesującą i konstruktywną dyskusję, ale jednocześnie pan minister został wystawiony sam. Z całym szacunkiem – nie tak to powinno wyglądać. Konsultant krajowy, nie wiem, dlaczego, nie przyszedł. Sprawdzalem to przed chwilą w prezydium Komisji... No tak, ale... Bardzo dobrze, że jest pan profesor, że jest pani doktor, ale jednak sądzę, że przynajmniej powinniśmy o tym wiedzieć. Przynajmniej powinniśmy być o tym powiadomieni. Tak mi się przynajmniej wydaje, że wypadałoby, chociażby szanując rangę sprawy, ponieważ brak reakcji pokazuje, że konsultantowi specjalnie nie zależy na tym problemie, a powinno zależeć niezwykle.

Następna sprawa – nie ma nikogo z Funduszu. Nasze postulaty to niczym pisanie na Berdyczów. Bo ja rozumiem, że pan minister to przekaże, ale nie będzie to już mieć swojej mocy, którą miałyby ta dyskusja, te pytania i ta prezentacja. Ja oczywiście od razu państwu deklaruje, że tej sprawy tak nie zostawię. Będę wyjaśniać z panią prezes, kto nawalił i dlaczego nie przyszedł, bo nie rozumiem tego zupełnie. To jest też lekceważenie Komisji i powagi Sejmu.

I pozostaje nam odpowiedź na pytanie, co dalej z tą sprawą. Nie chcę tu powtarzać tych argumentów, bo padło tu wiele bardzo ważnych głosów w dyskusji. Cieszę się i już oczekuję z niecierpliwością na odpowiedzi na te pytania, niemniej jednak chciałbym, panie ministrze, od pana w ramach pewnych deklaracji to usłyszeć – nie wiem, czy da się na to coś konstruktywnego i wiążącego powiedzieć w tej chwili – ale tą sprawą, w jakiś sposób, również od strony finansowej, zająć się musimy. Po prostu znowu powróci stwierdzenie, które tu czasami pada, że, z jednej strony, oczywiście, mamy zbyt krótką „kołdrę”, zbyt mało pieniędzy, ale, z drugiej strony, widać – nawet z tych danych, które tu były przedstawione – że po prostu opłaca się pewną alokację środków zrobić, pewne decyzje podjąć, bo właśnie dlatego, że ta „kołdra” jest zbyt krótka, ta nieinwazyjna wentylacja – jak i przedstawione tu dane – pokazuje, że dzięki temu wydamy mniej pieniędzy w innym miejscu. Zresztą, nie tylko tego to dotyczy.

I żeby – jak powiedziałem – nie powtarzać już pytań, prosiłbym, jeszcze o krótką informację panią doktor, czy pana profesora, na temat e-papierosów, bo to też jest sprawa, która powraca. Niestety, w dalszym ciągu mamy utrzymujące się na wysokim poziomie palenie, zwłaszcza kobiet, ale mamy też, szanowni państwo, nową modę – e-papierosy i przekonanie, że to właściwie wszystko jedno, że to taka zabawa. Ani się obejrzymy, minie jeszcze kilka lat i to będzie nowy styl bycia, tak jak kiedyś takim stylem był papieros. W starych filmach można to obserwować. Niektóre z tych filmów są takie, że główni bohaterowie odpalają jednego papierosa od drugiego i przez cały film nie wypuszczają papierosa z ręki. Teraz już tego nie ma, ale za chwilę będziemy mieć nową

modę na e-papierosy. Gdyby państwo w tej sprawie też coś mogli powiedzieć... Jeszcze raz dziękuję za tę prezentację i proszę o odpowiedź na pytania.

Panie ministrze, ponieważ chyba większość pytań była skierowana do naszych ekspertów, to, jeżeli pan pozwoli, w pierwszej kolejności poprosimy ich o odpowiedzi, a później pana ministra, zwłaszcza, jeśli chodzi o te kwestie związane z programem i z pewnymi zamierzeniami ministerstwa. Tak więc, dziękuję bardzo i proszę o odpowiedź.

Rzecznik prasowy PTChP Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Może najpierw odpowiem na pytania dotyczące wczesnego wykrywania POChP – tego programu. Tak się akurat składa, że zarówno pan prof. Sławiński, jak i ja rozpoczynaliśmy ten program jeszcze pilotażowo, w 98 roku ubiegłego stulecia, dlatego też mamy pewne doświadczenie. Chcę zwrócić uwagę na to, że na początku to był narodowy program wczesnego wykrywania POChP finansowany przez ministerstwo. Brali w nim udział pneumonolodzy, ale w ciągu dwóch lat zbadali oni 100 tys. osób. To za mało, żeby wykryć te 1,6 mln osób. Dlatego w 2004 r. ten program stał się programem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Było tak – był etap podstawowy realizowany przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mieli wykonać spirometrię i udzielić tak zwanej minimalnej interwencji antynikotynowej. I drugi etap, pogłębiony, polegający na wykonaniu spirometrii i w momencie, kiedy była obturacja oskrzeli, lekarz specjalista wykonywał próbę rozkurczową, która jest konieczna do potwierdzenia rozpoznania POChP, i oczywiście udzielał również porady antynikotynowej. My oceniliśmy te badania – skuteczność tych porad, ponieważ, proszę państwa, to jest niesamowity program, który pozwala na bezpośredni kontakt pacjenta z lekarzem. Nie ma takiego drugiego programu. Nawet program dotyczący raka piersi – jest wykonywana mammografia, wynik jest wysyłany, badanie palpacyjne – już niekoniecznie jest związany z edukacją tak bardzo jak program POChP. Przychodzi pacjent, który ma bezpośrednio kontakt z lekarzem, który udziela mu porady indywidualnej i później ma możliwość pomocy po rzuceniu palenia.

Proszę państwa zrobiliśmy badania po roku. Okazało się, że spośród osób, które miały prawidłowy wynik badania spirometrycznego, 8% rzuciło palenie. Sama minimalna interwencja daje skuteczność na poziomie niecałych 5%. Natomiast u tych osób, które miały obturację oskrzeli, skuteczność była na poziomie 14%, a po czterech latach skuteczność wzrosła do 50% bez żadnych leków. To jest powtarzalna porada, która... Takie jest uzależnienie od nikotyny. Tego nie można robić akcyjnie.

Ten program realizowany w późniejszym roku, od 2006 r., został programem kadłubkowym. Wyrzucono byłych palaczy, wyrzucono palaczy biernych, pozostali tylko aktualni palacze, natomiast nie było etapu pogłębionego. Realizowali to tylko lekarze podstawowej opieki zdrowotnej bez udziału specjalistów, natomiast w późniejszym etapie znowu pojawiały się dalsze modyfikacje, które spowodowały, że ten program stał się niechętnie przyjmowany przez lekarza. Narzucono dużo dokumentów, które trzeba było wypełniać. Lekarze nie byli do tego przygotowani. Nie było centralnych szkoleń i nie było koordynatora programu ani wojewódzkich koordynatorów, jak to jest w programie raka szyjki macicy czy raka piersi, gdzie jest koordynator, który sprawdza jakość badania, jest szeroka kampania medialna. Tutaj tego nie ma. W związku z tym, nie było szans na to, żeby ten program mógł się udać. Lekarze się zniechęcili. Poza tym, koszty takiego badania były wycenione dość nisko, tak że nie pozwalały na pokrycie kosztów zarówno spirometrii, jak i udzielanej porady zarówno przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i przez specjalistę. Dla porównania podam, że program kardiologiczny polegający na wykonaniu badania poziomu cholesterolu, zmierzeniu ciśnienia tętniczego, gdzie większą część wykonuje pielęgniarka, jest wyceniony dwu-trzykrotnie wyżej niż program POChP, a przecież program związany z wykonaniem spirometrii jest znacznie bardziej pracochłonny, więc trudno... Zatem, główna przyczyna jest finansowa, ale także zubożenie tego programu. Dlatego rekomendowaliśmy, aby ten program wrócił do pierwotnej wersji, ażeby lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, ci którzy chcą, byli przygotowani do dobrze wykonywaniach badań. A pneumonolodzy mogą oczywiście w tym pomóc. My jesteśmy gotowi do podjęcia etapu rozszerzonego, pogłębionego.

Jeżeli chodzi o program wczesnego wykrywania POChP, on nadal jest realizowany, proszę państwa, ale z roku na rok zmniejsza się liczba lekarzy, którzy biorą udział w tym programie. Dla przykładu powiem – bo koordynowałam ten program w województwie kujawsko-pomorskim – że jeszcze w 2008 r. było 112 realizatorów tylko z województwa kujawsko-pomorskiego, już w 2010 r. było ich tylko 55, a teraz, jeżeli jest ich 12, to byłby sukces. To o czymś świadczy, że lekarze tego nie realizują, a także etap pogłębiony, polegający na specjalistycznym poradnictwie antynikotynowym, które dla nas jest najważniejsze, zupełnie „leży”. Po prostu wycena tych procedur jest tak niska, że żadne szpital, żadna poradnia nie podpisała kontraktu na realizację.

Natomiast był projekt rozporządzenia dotyczący przebudowania tego programu i nasze Towarzystwo – Polskie Towarzystwo Chorób Płuc – też rekomendowało propozycje zmian w zapisie tego programu. Tak że wiem, że te prace się toczą i mamy nadzieję, że jeżeli ten program, który proponujemy, będzie wdrożony, będzie można wtedy całościowo ten program realizować, ale musi to być podejście kompleksowe. Tak samo, jak do raka płuca, o czym mówił pan doktor.

Sytuacja pulmonologii w Polsce jest dramatyczna, proszę państwa. Nie ma pneumonologów, tak jak wiemy, średni wiek jest wysoki, więc nie mamy młodych pneumonologów, których chcemy przygotowywać do dalszej pracy. To jest podstawowa sprawa. Miejmy nadzieję, że ten tryb specjalizacji będzie to rozwiązywać. Poza tym, ciągle kojarzenie pulmonologii wyłącznie z gruźlicą. Pneumonologia jest teraz nowoczesną dziedziną. Jak państwo widzą, wikła się z intensywną terapią i innymi dziedzinami – z obturacyjnym bezdechem sennym. Jest to piękna specjalizacja, którą młodzi ludzie mogliby podejmować i specjalizować się.

Natomiast niedocenywanie tych procedur – o czym też mówił pan poseł – jest dramatyczne. Dla przykładu podam – wycena choćby procedury zapalenia płuc jest trzykrotnie wyższa niż zaostrzenia POChP z niewydolnością oddychania. Pacjent ma wykonane takie same, a nawet jeszcze więcej, jest cięższym pacjentem – chociaż trudno porównywać – niż pacjent z ciężką postacią i z niewydolnością oddychania, a procedura zapalenia płuc jest droższa. Jest taka, jaka powinna być, natomiast niedoszacowana jest procedura zaostrzenia POChP z niewydolnością oddychania.

Odnosnie do raka płuca, wspominaliśmy tutaj o wczesnym wykrywaniu raka płuca. Chciałabym jeszcze raz podkreślić, dlaczego jest taka trudna sytuacja epidemiologiczna i dostęp, dlaczego trzy miesiące, a nawet dłużej, pacjent czeka. Bo przede wszystkim widzimy wyraźne zahamowanie właśnie przy wykonywaniu zdjęcia rentgenowskiego. Zdjęcia są wykonywane zbyt późno. Rzeczywiście, kiedy były badania radiologiczne, na które pacjent mógł się sam zgłosić, czuł jakiś niepokój, było to otwarcie furtki. Dla nas zdjęcia małoobrazkowe nie są teraz dobrą metodą, ale przy okazji było to głównie wykrywanie nie gruźlicy, ale przede wszystkim innych zmian w płucach. Natomiast teraz są nowe metody, szersze, dlatego wydaje się, że można by pójść w nieco innym kierunku wczesnego wykrywania raka płuca metodą tomografii komputerowej przesiewowej. Są już przecież wyniki badań, które pokazują, że ta metoda jest skuteczna i przedłuża życie, a poza tym zależy od grupy osób, do której będą kierowane. Na przykład, jeżeli będzie to kierowane do palaczy papierosów z odpowiednim czasem palenia, czy osób, które mają obturację oskrzeli – bo u tych osób to ryzyko jest znacznie większe – to ten program będzie jeszcze bardziej skuteczny.

Nie wiem, czy jeszcze coś... Odnosnie do naszego programu nieinwazyjnej wentylacji, może oddam głos panu profesorowi, i jeśli chodzi o e-papierosy. Natomiast, jak wygląda kujawsko-pomorskie – panie pośle. To nie dotyczy Bydgoszczy, ale dotyczy, na przykład, takich miast, jak Lipno, Rypin, Grudziądz. Tam jest bardzo wysoki współczynnik umieralności. Natomiast, co bardzo niepokoi. Nie mam teraz tego slajdu, ale muszę państwu powiedzieć, że mamy powiaty, miasta – przykładowo, w województwie kujawsko-pomorskim Toruń – gdzie współczynnik umieralności jest wyższy niż zachorowalność. To znaczy, że rozpoznanie – przepraszam, że to powiem – stwierdzone jest już w karcie zgonu. Szkoda, że nie pokazałam tego slajdu, ale to jest ta straszna dysproporcja. To, o czym mówił pan doktor – późne rozpoznanie raka płuca. Mówią o tym torakochirurdzy. Tylko 17% pacjentów z rakiem płuca kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego. Reszta, to już

są pacjenci nieoperacyjni. Także to jest pilne. To jest właściwie priorytet w tym momencie – rak płuca, łącznie z POChP. I to musi być w ośrodkach pulmonologicznych, a nie w ośrodkach onkologicznych, dlatego, że wyposażane są ośrodki onkologiczne w ramach tego programu, o którym mówił pan minister, a niedoposażone są ośrodki pulmonologiczne, i to jest problem.

I jeszcze odnośnie do e-papierosów, chciałabym tylko powiedzieć, że są dwa badania, które zajmują się badaniem e-papierosów, natomiast nie ma odległych badań, które by mówiły, jaki jest wpływ na nasze zdrowie, czy zachorowania na choroby tytoniozależne. Wiemy natomiast, że jest to badanie, które było opublikowane w Tobacco Control stosunkowo niedawno, przeprowadzone przy udziale zespołu amerykańskiego i polskiego z Rybnika, a wykazało, że e-papierosie oczywiście jest mniej związków szkodliwych i rakotwórczych, natomiast jest glikol i gliceryna, które spalane są w 200 stopniach i to spalanie powoduje wytworzenie związków kancerogennych. Dlatego nie można powiedzieć, że e-papierosy są bezpieczne. Nie są one rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia w żadnym wypadku jako środki, które pomagają w rzuceniu palenia, ponieważ wkłady do e-papierosów nie zawierają stałej dawki nikotyny, tak jak jest w nikotynowej terapii zastępczej, kiedy pacjent kupując gumę czy plaster ma określoną dawkę nikotyny i stopniowe zmniejszanie tej dawki może pomóc mu w zmniejszeniu stopnia uzależnienia od nikotyny. W przypadku e-papierosów pacjent zaciąga się raz większą raz mniejszą dawką, w związku z tym nie odczy się przy pomocy e-papierosa palenia. Natomiast mamy już pacjentów, którzy są uzależnieni od e-papierosów. Tak więc, musimy poczekać. Nie ma badań, nie możemy więc wszystkiego jednoznacznie powiedzieć, trzeba więc być ostrożnym w takich sądach, że e-papierosy są bezpieczne. Może oddam jeszcze głos panu profesorowi Śliwińskiemu.

Wiceprezes PTChP Paweł Śliwiński:

Panie przewodniczący, panie ministrze, jeszcze może w tym duchu. Mówimy o e-papierosach, natomiast ogromnie modne jest w tej chwili palenie tak zwanych *slimów* – papierosów cienkich. Niedawno mieliśmy dyskusję na ten temat, nawet na forum Parlamentu Europejskiego. Chcę powiedzieć, że tak zwane *slimy* – cienkie papierosy – absolutnie nie są bezpieczniejsze, bo one wprawdzie w jednostce zawierają mniej tych wszystkich substancji szkodliwych, które są przyczyną pojawienia się POChP, raka płuca i innych chorób, między innymi, układu krążenia, ale palacz wypala tych papierosów więcej. Zatem, dawka ogólna tych substancji jest taka sama. Na tym polega ogromne nieporozumienie i bagatelizowanie tego problemu.

Koleżanka przedstawiła państwu propozycję, jaką nasze Towarzystwo zgłasza i chciałoby, żeby została ona poważnie rozważona. Mam ogólną uwagę. Nie należy chorób płuc traktować w odizolowaniu od innych układów i innych narządów, bo człowiek jest jednym organizmem i chorowanie na jedną chorobę z reguły sprzyja zachorowaniu na kolejną, albo powoduje, że ta druga choroba, i trzecia, ciężiej przebiegają. Ewidentny jest związek między chorobami układu oddechowego, w tym POChP – moją „ulubioną” chorobą, którą od ponad ćwierć wieku się zajmuję – a, na przykład, chorobami układu krążenia. Chorowanie na POChP cztero-pięciokrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną serca, więc nie można izolować jakiegokolwiek choroby, a zwłaszcza POChP, od chorób, na przykład, układu krążenia. Polskie państwo – państwo i państwa poprzednicy – zrobiło genialny ruch wprowadzając system pod kryptonimem POLKARD, za którym poszły ogromne pieniądze, czego efekty widzimy. A widzimy je w postaci ogromnej redukcji zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce. Dlaczego by nie pochylić się na drugą w kolejności grupą chorób, które są przyczynami zgonów w Polsce i wszędzie na świecie. Przedstawił to zarówno pan minister w swoim wystąpieniu, jak i koleżanka pokazała. To są dane WHO, a więc to nie są dane dla jakiegoś pojedynczego kraju, zebrane i opublikowane przez jeden ośrodek. Wydaje się, że są to w miarę rzetelne i wiarygodne dane, które są dość zatrważające.

W związku z tym, wszyscy oczywiście wiemy, że środków finansowych nie ma i pewnie nie będzie, a medycynie zawsze ich będzie brakować. Dlatego bardzo istotna jest

odpowiednia alokacja tych środków tak, aby w miarę możliwości zaspokoić potrzeby wszystkich specjalności.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że taka choroba jak POChP – tak, jak powiedziałem – sprzyja również rozwojowi chorób układu krążenia, a druga choroba, o której koleżanka wspominała, zaburzenia oddychania w czasie snu, są powszechnie uznanym czynnikiem ryzyka takich powszechnych chorób, których wszyscy się boją, jak nadciśnienie tętnicze, udary mózgu, to dlaczego nie poświęcić części środków na profilaktykę i leczenie tych chorób. To również wpłynie na dalsze zmniejszenie zapadalności, a prawdopodobnie i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia.

Wiele głosów dotykało tutaj problemu gruźlicy. Oczywiście, jest to bardzo poważny problem, ale w skali jest to żaden problem w porównaniu z chorobami na POChP, czy z chorobami układu krążenia. Mnie się wydaje, że problem gruźlicy w Polsce jest przede wszystkim związany z brakiem odpowiedniej koordynacji, dlatego, że pewne środki na diagnostykę i leczenie gruźlicy są, tylko trzeba je dobrze wydać, tworząc, między innymi, to, co my proponujemy – pewne ośrodki, tak zwane ośrodki referencyjne, które zajmowałyby się tym problemem i monitorowały, zwłaszcza gruźlicę tak zwaną lekooporną, czy wielolekooporną, która faktycznie, jeśli się zdarzy, jest ogromnym problemem, bo w zasadzie nie potrafimy sobie z takim zakażeniem porazić.

Tak więc, gdyby państwo przemyśleli naszą propozycję i pomogli nam, łącznie z ministerstwem, zbudować program, który byłby pewną analogią do programu, jakim dysponują kardiologowie, to myślę, że mielibyśmy w krótkim czasie... Może nie w krótkim czasie, bo są to choroby przewlekłe i musi upłynąć kilka lat, zanim zobaczymy efekty takich działań, ale jestem absolutnie przekonany, że efekty takich działań mielibyśmy na poziomie tego, co w tej chwili widzimy w kardiologii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze, zanim oddam głos panu ministrowi, pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera. Bardzo proszę.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Ja chciałabym się odnieść do tego, co pan profesor w tej chwili powiedział o ewentualnych pracach nad takim programem. Wydaje mi się, że coraz częściej na posiedzeniach Komisji Zdrowia mówimy o potrzebie leczenia kompleksowego. My widzimy taką potrzebę, żeby nie leczyć poszczególnych jednostek chorobowych wyrywkowo, tylko patrzeć na to globalnie.

Widzimy również potrzebę budowania opieki skoordynowanej, poprzez profilaktykę, wczesne wykrycie, diagnostykę, etap leczenia, który się pojawia i później jeszcze kontynuowanie w niektórych przypadkach poprzez rehabilitację, na przykład. I dlatego wydaje mi się, że powinniśmy wrócić do tego tematu, że dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia, w moim odczuciu, wywołuje ważny temat. Tak jak państwo powiedzieli, jest to druga-trzecia przyczyna naszych problemów związanych z zachorowalnością i umieralnością, ale także ekonomicznych.

Dziękuję też za te słowa związane z gruźlicą, bo musimy, niestety – i powiem to brutalnie – patrzeć na wszystko przez pryzmat społeczeństwa i potrzeb, jakie mamy w społeczeństwie. W tym przypadku POChP staje się takim wyzwaniem, podobnie jak rak płuca, który jest rozpoznawany po prostu z późno i nie ma już wtedy pomocy.

Dlatego chciałabym tutaj zadeklarować jakąś pomoc. Ponieważ dzisiaj wywołaliśmy temat, pan minister na pewno odpowie to, co na ten moment będzie mógł powiedzieć, natomiast nad tym tematem chyba trzeba popracować dalej. Oczywiście, zaraz po posiedzeniu Komisji dam namiary na siebie i podkomisję zdrowia publicznego – chciałabym, żebyśmy byli w kontakcie, bo może rzeczywiście warto zastanowić się, czego w tych elementach brakuje, i gdzie powinniśmy taki program doprecyzować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo cieszę się z tej deklaracji pani przewodniczącej. Tu jesteśmy jednomyślni. Zresztą tak rozmawiamy w ramach całego prezydium. Zanim oddam głos panu ministrowi, powiem, że właściwe byłoby, i taką mam pozycję – myślę, że mogę to powiedzieć w imieniu całego prezydium – że na następane posiedzenie Komisji przygo-

tujemy dezyderat, który wspólnie uzgodnimy, a który warto przyjąć, tym bardziej, że nie ma przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby był jakiś ślad wynikający z tej naszej dyskusji. Choćby z tego powodu również.

Muszę też jeszcze jedną rzecz dopowiedzieć pani poseł Hrynkiewicz, jako radiolog, a propos tych zdjęć, które kiedyś mogła pani sama wykonywać, a w tej chwili tak nie można. W moim przekonaniu, wynika to z funkcjonującej od kilku lat ustawy, która reguluje kwestie związane z ochroną radiologiczną. Z racji tego, musi być skierowanie. Powiem więcej, musi być diagnoza – przyczyna. Oczywiście, jeśli chodzi o badanie profilaktyczne czy wstępne do pracy, czy o inne sprawy, to też jest wskazanie do przeprowadzenia badania, ale coś takiego musi być. Inaczej, pod rygorem ustawy, nie wolno wykonać żadnego badania RTG, w tym również zdjęcia klatki piersiowej. To jest wytlumaczenie, dlaczego tak jest w tej chwili, co nie zmienia faktu, że – tak jak mówił pan doktor z „Porozumienia Zielonogórskiego” i chyba jeszcze ktoś – warto szukać rozwiązań, żeby jednak wrócić do częstszego kierowania na badanie, na zdjęcie klatki piersiowej, czy też, być może, w niektórych przypadkach, TK – chociaż nie ukrywam, że podchodzę z pewną wstrzeźliwością, może jako radiolog przesadzoną, do badań przesiewowych TK. Jednak później porozmawiamy na ten temat. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Dziękuję bardzo. Chciałbym bardzo serdecznie wszystkim podziękować za te cenne uwagi, myślę, że są one do wykorzystania przez Ministerstwo Zdrowia.

Jeżeli chodzi o ten program, jesteśmy w kontakcie z Polskim Towarzystwem Chorób Płuc i myślę, że tę pracę rozpoczniemy. Zresztą, czeka nas również analiza wszystkich programów – i onkologicznych, i przesiewowych – na następne lata. W związku z tym, jeżeli będzie taka inicjatywa – a ze strony Ministerstwa Zdrowia jesteśmy na to otwarci, bo jest to olbrzymi problem – to taki program przesiewowy, wzorem programów onkologicznych stosowanych w stosunku do kobiet, byśmy wprowadzili. Jest tylko kwestia pewnych wyborów, dlatego, że, proszę państwa, my mamy takie, a nie inne możliwości finansowe. Jednak kiedyś musimy przełamać jedną rzecz – czy mamy finansować medycynę naprawczą, czy profilaktykę. Tu jest cały czas taki...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, przepraszam, nie chcę być niegrzeczny, ale pozwolę sobie zwrócić uwagę na jeden element, że czasami warto wydać na coś w jednym miejscu, po to, żeby zaoszczędzić w innym. Prawda?

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Trudny wybór, panie przewodniczący. Wiadomo, kto ustala budżet.

Wracają do tej ustawy o ograniczeniu palenia papierosów – ja pracowałem i kierowałem tą komisją w Sejmie. Wiem, ile wysiłku to kosztowało, ile posiedzeń było podczas tych prac. Ta ustawa jest dobra, tylko ona wymaga przede wszystkim egzekwowania ze strony służb samorządowych – musimy się o to zwrócić – szkoły, służb, jeśli chodzi o miasta, przystanki itd., itd. To wymaga egzekwowania. Ta ustawa po prostu...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę mówić do mikrofonu...

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Ta ustawa po prostu przestała być egzekwowana. Ona jest egzekwowana w restauracjach, w barach, w pociągach, natomiast w miejscach publicznych przestała być egzekwowana. I stąd powrót do tego i zwrócenie uwagi na to, żebyśmy tego przestrzegali.

Jeżeli chodzi o szkolenie – była tu poruszona kwestia specjalizacji. Oczywiście, nie było dotychczas rezydentur z zakresu pulmonologii, dlatego, że były to specjalizacje po specjalizacjach. Obecnie, gdy będzie wprowadzony system modułowy, będą rezydentury, dlatego, że miejsc do kształcenia z zakresu pulmonologii w Polsce nie brakuje, tylko nie ma chętnych. Tak jak w przypadku innych rezydentur, które są deficytowe, trzeba to będzie ewentualnie wprowadzić.

Poruszane tu były również kwestie wyceny... Nie mogę tutaj wypowiadać się za Narodowy Fundusz Zdrowia, ale stwierdzam, że naprawdę dużo wysiłku kosztowało nas

opracowanie tego programu, który będzie wdrożony od stycznia 2014 r. To jest olbrzymi koszt. To są olbrzymie środki, które będą wydane na ten program.

Jeżeli będzie dezyderat, to chętnie na niego odpowiemy i ustosunkujemy się szczególnie do tych wszystkich problemów, ale naprawdę jesteśmy otwarci w Ministerstwie Zdrowia na realizację takiego programu, bo jest to naprawdę olbrzymi problem zdrowotny społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Rozumiem, że wyczerpaliśmy dzisiejszy porządek obrad. Dziękuję wszystkim państwu. Zamykam posiedzenie Komisji.