

IX kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW  
ONKOLOGII  
(NR 5)  
z dnia 13 października 2021 r.**

**Komisja  
Zdrowia**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia

### – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 5)

13 października 2021 r.

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

### – informację Ministra Zdrowia na temat leczenia nowotworów piersi i nowotworów prostaty.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marzena Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Szymon Chrostowski** prezes Zarządu Fundacji Wygrajmy Zdrowie, **Tomasz Demkow** kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego oraz **Zbigniew Nowecki** kierownik Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Narodowym Instytucie Onkologii – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, **Piotr Fonrobert** członek Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Ewa Janiuk** wiceprezes Zarządu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Michał Jarzab** kierownik Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w NIO-PIB Oddział w Gliwicach, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Marek Wleklík** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Tadeusz Włodarczyk** prezes Głównego Zarządu Stowarzyszenia „Gladiator”.

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

#### **Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Szanowni państwo, chciałabym otworzyć kolejne posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Chciałabym przede wszystkim przywitać członków podkomisji stałej, zaproszonych gości, a szczególnie pana ministra Macieja Miłkowskiego, który będzie nam zdawać sprawozdanie odnośnie do informacji na temat leczenia nowotworów piersi i nowotworów prostaty.

Szanowni państwo, ja chcę uprzedzić, że czas mamy dzisiaj wyliczony, ponieważ są posiedzenia różnych Komisji, są procedowane różne ustawy. Tak więc będziemy limitować czas osób wypowiadających się, a wnioski formalne, jeśli państwo by chcieli żeby do ministerstwa trafiły, bardzo bym prosiła przesłać w formie pisemnej do podkomisji stałej do spraw onkologii. Panie ministrze, bardzo proszę o przedłożenie informacji.

#### **Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:**

Witam bardzo serdecznie państwa posłów. Witam serdecznie gości, stowarzyszenia pacjenckie. Dzisiejszym celem są dwa nowotwory. Dwa, ale bardzo istotne populacyjnie, gdyż łącznie na pewno mają największą liczbę osób, które chorują. Ale też w przypadku tych dwóch nowotworów nie tylko Polska, ale i świat, mają się czym pochwalić, bo są skuteczne technologie, które istotnie wydłużają życie lub praktycznie nie skracają tego życia w bardzo wielu przypadkach. Tak więc tu akurat, patrząc na sytuację światową, w porównaniu z innymi nowotworami, jest bardzo dobrze. Oczywiście problem dotyczy liczby pacjentów – bo tak jak powiedziałem, wskazanie prawie populacyjne – i wartości, którą przeznaczamy na to leczenie.

W pierwszej kolejności, żeby przedstawić sytuację, oddałbym głos panu naczelnikowi Mateuszowi Oczkowskiemu, który w Ministerstwie Zdrowia zajmuje się procesem refundacji w całości. Później jeszcze krótko powiedziałby o sytuacji pan dyrektor Michał Dziegielewski, który jest podporą naszego Ministerstwa Zdrowia.

**Naczelnik wydziału w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji MZ Mateusz Oczkowski:**

Witam szanownych państwa. Proszę państwa, rok 2021 akurat nie przyniósł nam żadnych nowych terapii – państwo oczekują od nas dosyłania nowych terapii dla pacjentów, aby rozszerzyć możliwości terapeutyczne. Natomiast rok 2021, jeśli chodzi o raka piersi, był przełomowy, ponieważ został napisany od nowa program lekowy dla raka piersi, gdzie pojawiły się duże ułatwienia dla pacjentek. Został znacząco przebudowany, aby nie tworzył pułapek terapeutycznych.

Niestety tworzenie programów lekowych jest trudne, ponieważ wymaga zgody wszystkich wnioskodawców, którzy są jego posiadaczami, i niestety, pierwszy raz to było procedowane aż dwa lata. Wydawać by się mogło, że to powinno być szybciej, bo takie zmiany powstają generalnie po dwóch–trzech miesiącach, jak już to oceni Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i podejmie decyzję pan minister zdrowia. Niestety, najwięcej czasu zajmują negocjacje. Negocjacje interesu wszystkich uczestników programów lekowych są najtrudniejszym aspektem, i tak jak mówię, trwały od 2019 r.

Przez ten czas udało się nam uzyskać... Po prostu stwierdziliśmy, że musimy zmniejszyć wymagania, jeśli chodzi o rozmiary raka piersi dla poszczególnych cząsteczek, które są wymagane do kwalifikacji. Ujednoliciliśmy wszystkie kryteria kwalifikacji, jeśli chodzi o raka piersi, ujednoliciliśmy wszystkie kryteria, jeśli chodzi o kryteria uniemożliwiające...

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

To są nowi pracownicy. Jeszcze nie mają tego obycia.

**Naczelnik wydziału w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji MZ Mateusz Oczkowski:**

Przepraszam bardzo... Wracając do tematu – pojawiły się również różne udogodnienia, jeśli chodzi o zapis programu lekowego, ponieważ umożliwiliśmy kwalifikację pacjentów, którzy w przeszłości leczyli się na nowotwory. Pozwoliliśmy, żeby istniały nowotwory współistniejące. Pozwoliliśmy na kwalifikację kobietom w ciąży. Pojawiły się również udogodnienia w postaci... Przepraszam.

Wracając do tematu – jak powiedziałem, pojawiło się kilka udogodnień w tym programie lekowym i udało się to nam osiągnąć. Jak mówię, w tym akurat roku nie było nowych zakwalifikowań, ponieważ większość procesów znalazła się na tym etapie w momencie oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Obecnie w procesie mamy leki stanowiące głównie kierunek leczenia pacjentów na HER2-dodatniego i HER2-ujemnego raka piersi. Naszym zdaniem, największe zapotrzebowanie, jeśli chodzi o program lekowy, jest w przypadku trzeciej subpopulacji, jeśli chodzi o pacjentki. Jest to potrójnie ujemny rak piersi. Mamy jeden wniosek w tym aspekcie, który niestety jest już zawieszony od półtora roku.

Generalnie poprosiliśmy Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, po wpłynięciu dużej liczby pism – to było chyba półtora roku temu – aby oceniła poziom refundacji oraz dostępność według wytycznych międzynarodowych, czyli ESMO oraz Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Z tego, co udało się nam uzyskać – akurat te raporty jeszcze się nie ukazały, nie są publiczne – wnioski są takie, że większość terapii, które były ocenione, bo było ocenionych 21 terapii w raku piersi – nie jest po prostu złożona w postaci wniosku, nie jest w procesie, wnioskodawca nigdy nie złożył wniosku. Generalnie, jeśli chodzi o raka piersi, to w historii zostały wydane bodajże dwie decyzje negatywne, więc większość terapii po jakimś czasie wchodzi.

Jeśli chodzi o te wytyczne, to chyba największym zaskoczeniem, jakiego nam dostarczyła agencja, jest wskazanie docelowej kwoty, jaka by ona była, gdybyśmy objęli wszystkie rekomendowane terapie. Agencja zrobiła to pierwszy raz, i ta kwota jest porażająca, ponieważ, gdybyśmy chcieli przyjąć wszystkie terapie rekomendowane, byłby to koszt miesięczny na poziomie 1 mld 220 mln zł. Jest to ogromny koszt, ponieważ środki

na refundację są mocno ograniczone, a to jest tylko jeden kod ICD10. To tylko pokazuje, jakie są stawiane nam wymagania finansowe.

Stanowi to bardzo dużą barierę, ponieważ – jak mówię – nigdy nie było takich oszacowań. Pierwszy raz takie oszacowania powstały. Również agencja pokusiła się o różne porównania, jeśli chodzi o wytyczne ESMO i Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, ale również mierzone najwyższym procentem refundacyjnym. Jak mówię, niestety rak piersi jest wskazaniem populacyjnym. Jest to ogromne wskazanie. Pacjentów jest najwięcej, jeśli chodzi o program lekowy. Jest to największy program lekowy i będzie się rozwijał. W tej chwili, gdy sprawdzałem 12-miesięczny wpływ, dochodzimy do 12 tys. pacjentek.

Program lekowy nie jest jedynym źródłem dostępności lekowej. Jednak program lekowy jest utożsamiany, bo tam są najdroższe i najbardziej budzące emocje terapie... My leczymy pacjentki również w chemioterapii. Tam jest dosyć sporo tych pacjentek, bo w 2020 r. było 50 tys. Mamy również pacjentki, które dostają leczenie w ramach apteki – 110 tys., więc dosyć sporo.

Jak powiedziałem, większość tych terapii znajduje się na etapie oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Mamy takie produkty jak Piqray – alpeli-syb. Mamy również lek Phesgo, czyli połączenie trastuzumabu z pertuzumabem. Mamy również lek Talzenna na leczenie HER2-ujemnego raka piersi z subpopulacją potrójnie ujemnego raka piersi, na czym najbardziej nam zależy, jak powiedziałem, bo to jest populacja niezabezpieczona. Niestety atezolizumab jest zawieszony.

Rak piersi ma teraz pecha, bo większość terapii się umarza. Został umorzony również wniosek na wskazanie leczenia pooperacyjnego raka piersi trastuzumabem i pertuzumabem. Jedyny lek, jaki mamy teraz w momencie decyzji, to jest trastuzumab emtanzyna we wskazaniu pooperacyjnego raka piersi. Czeka na rozstrzygnięcie przez ministra zdrowia. Jest jeszcze jeden lek – neratynib, czyli druga linia leczenia pooperacyjnego HER2-dodatniego raka piersi. Tam akurat było rozstrzygnięcie negatywne. Decyzja jeszcze nie została wydana.

Jeśli ten raport zostanie opublikowany, to będzie bardzo cenne źródło wiedzy dla państwa, bo zazwyczaj nie mówi się o kosztach. Jednak koszt miesięczny tylko na jeden kod ICD10, gdy są ich tysiące, raczej zaspokaja tę wiedzę, z czym się zmierzymy w przyszłości, bo większość terapii nie została złożona, a zostało ocenionych 21 terapii.

Jeśli chodzi o gruczoł krokowy, to obecnie mamy w refundacji trzy terapie, jeśli chodzi o program lekowy. Mamy substancję enzanutamid, czyli leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami przed zastosowaniem chemioterapii, w trakcie lub po chemioterapii. Mamy również octan abirateronu – takie samo wskazanie jak poprzednio, czyli leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, i również dichlorek radu, czyli lek Xofigo – leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego po farmakologicznym leczeniu kastracyjnym.

W procesie mamy obecnie 5 cząstecznowskazań – nazwijmy to cząsteczkowskazaniami. Mamy enzanutamid, darolutamid i apalutamid przy wskazaniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów oraz wnioski dla apalutamidu i enzanutamidu, czyli we wskazaniu wrażliwego na hormonoterapię raka gruczołu krokowego z przerzutami w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej.

Odnosnie do raka gruczołu krokowego to większość z tych wszystkich wniosków, jeśli chodzi wskazanie „bez przerzutów”, znajduje się na etapie rozstrzygnięcia przez ministra. Wobec tego minister ma wszystkie wnioski u siebie i może konsolidacyjnie wszystko ocenić, bo wszystko znajduje się na jednym etapie i może negocjować. To są cząsteczki z tej samej grupy lekowej, wobec czego można coś uzyskać, bo zawsze negocjacje są łatwiejsze, jeśli jest więcej wnioskodawców. Jednak, jak oceniła Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, przyjęcie wszystkich tych terapii to będzie koszt miesięczny na poziomie 26 mln zł, więc na pewno mniej niż rak piersi, ale są to duże koszty. Ja mówię o koszcie miesięcznym 26 mln zł. Jeśli mamy 12 miesięcy, to łatwo przemnożyć, że to jest bardzo duża kwota w małej populacji, bo rak gruczołu krokowego dotyczy akurat małej populacji. Z mojej strony to będzie na razie wszystko. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, czy jeszcze coś do dodania? Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na to, że w tym roku, od 1 maja, na wniosek konsultanta krajowego i lekarzy przyjęliśmy wskazania off-label dla kwasu zoledronowego w uzupełniającym leczeniu pooperacyjnym kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie. To wskazanie też jest bardzo szerokie. Bardzo wiele pacjentek kwalifikuje się do tego leczenia, ale to nie jest wskazanie bezpośrednio do leczenia onkologicznego, ale bardzo istotne klinicznie i faktycznie wydłuża te wszystkie okresy, które są badane. Może pan dyrektor Michał Dzięgielewski.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

**Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:**

Dziękuję bardzo. Dzień dobry państwu. W skrócie, szanując czas, o który prosiła pani przewodnicząca, pominię wszystkie materiały, które zgromadziliśmy w przygotowanym opracowaniu, gdzie jest bardzo dużo liczb, bardzo dużo zestawień. Skupię się na najważniejszych rzeczach.

Proszę państwa, kluczem, jeżeli chodzi o onkologię, jest niewątpliwie profilaktyka, a ta nam nie działa najlepiej. Mamy mniej więcej na poziomie 1/3 populację, która poddaje się badaniu mammograficznemu, jeżeli mówimy o raku piersi. Trwają intensywne prace, żeby zmotywować lekarzy POZ-u, by zadbali o swoją populację. Jeżeli pojawią się czynniki motywacyjne związane z populacją, która poddaje się badaniu mamograficznemu, być może dotrzemy w ten sposób do pacjentek. Wydaje się to na dzisiaj najlepszą możliwą metodą, bo kto ma bliżej do pacjentek niż lekarz POZ-u.

Niestety jeżeli chodzi o profilaktykę raka gruczołu krokowego, sprawa nie jest aż tak prosta. Istnieje wprawdzie badanie, które, jak wszyscy podejrzewają, mogłoby być dobre, czyli PSA, ale jego wartość jest kwestionowana, jeżeli chodzi o możliwość skutecznego wykrywania. Istnieje także obawa pewnej nadrozpoznawalności czy niepotrzebnej terapii u pacjentów, u których będą wyższe wyniki dotyczące gruczołu krokowego. Niemniej jednak do 2025 r., w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej powinno się udać wprowadzić program profilaktyczny w kierunku raka prostaty, żeby móc go wykrywać z wyprzedzeniem i robić skuteczny przesiew w populacji.

Jeżeli chodzi o zmiany w programach profilaktycznych, w tej chwili procedowany jest przez AOTMiT wniosek o podniesienie o 5 lat górnej granicy wieku pacjentek, które będą poddawane mammografii, co byłoby pewnym rozszerzeniem populacji, wyrównaniem strat spowodowanych pandemią. Niestety, jeżeli chodzi o badania profilaktyczne, widać tam wyraźnie wpływ tego, że kontakt z medycyną był utrudniony a część osób wprost się tego bała.

I z istotnych rzeczy jeszcze jedna. Trwają intensywne prace, żeby zmienić model kompleksowej opieki nad rakiem piersi. Ten, który jest, działa, owszem, ale wydaje się, że trzeba go zmodyfikować dość porządnie, między innymi przyjmując pewne rozwiązania, które EUSOMA wprowadziła dla Breast Cancer Unitów, bo to jest model, który obowiązuje w Europie i który wydaje się być przepracowany przez długie lata, oparty na bardzo długim doświadczeniu. Chcielibyśmy więcej z tego modelu ściągnąć.

Trwają także intensywne prace nad modelem kompleksowego leczenia w przypadku raka prostaty. Mamy nadzieję, że całość problemów rozwiąże szykowana właśnie ustawa o sieci onkologicznej, która powinna w ogóle uporządkować wszystko z onkologią, nie tylko w zakresie tych dwóch nowotworów, ale w zakresie w ogóle zapewnienia kompleksowej opieki i dobrej współpracy pomiędzy poszczególnymi ośrodkami, uwzględniając doświadczenie, możliwości i dostęp pacjentów do świadczeń. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Na początek może poproszę posłów, a później stronę społeczną. Tylko też bardzo proszę o dyscyplinę czasową. Tak jak podkreślałam,

są na dzisiaj zaplanowane posiedzenia komisji, gdzie są procedowane ustawy i musimy po prostu zmieścić się w czasie. Bardzo proszę.

**Posel Elżbieta Gelert (KO):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, aż przyjemnie słuchać, że o 5 lat chce się wydłużyć możliwość badania mammografii, bo nie dość, że była pandemia, to również aktywny wiek kobiet się wydłuża. Zatem to często było postulatem, dlaczego tylko do 69. roku życia i że ewentualnie jeszcze dłużej powinno to być.

Ja mam jeszcze takie pytanie. Tutaj mówi się o kompleksowości opieki. Mówicie państwo o Breast Unitach, kompleksowości etc., a następnie ukazują się takie dane, które mówią, że za kompleksowość będziemy płacili. Przelicznik został w tej chwili podniesiony do 1,18, ale tylko w takim przypadku, kiedy dana jednostka posiada wyłącznie sama... Czyli nie ma mowy o podpisywaniu współpracy w jakimś zakresie. Wiadomo, że są trzy zakresy – chirurgia, radioterapia i onkologia... I chemioterapia, tak, te trzy podstawowe zakresy. Jeśli dana jednostka te trzy podstawowe zakresy posiada, to nie ma problemu, dostaje wskaźnik 1,18. Natomiast, jeżeli nie posiada, pomimo że została przez państwa jako ministerstwo zakwalifikowana do kompleksowej opieki, czyli musiała spełniać warunki – to tego nie ma. Tak więc ja bym chciała spytać, czy jest tu racjonalność w myśleniu. Czy tu jest w ogóle jakakolwiek poprawność w myśleniu?

Dostaliśmy odpowiedź, że tak wyliczył AOTMiT, że jeżeli ktoś posiada kompleksówkę, to wtedy go to drożej kosztuje. To po co ma, jeżeli go to drożej kosztuje? Nie chodzi o to, żeby leczyć coraz drożej, tylko o to, żeby koszty były takie, jakie powinny być. Moje pytanie jest więc takie, kiedy państwo albo sprostujecie to, albo nad tym się pochylicie.

Pan minister Gadomski twierdził, że pracujecie państwo nad tym, więc ja mam nadzieję, że faktycznie pracujecie, bo jeżeli jeszcze jakieś ogniwo jest dodatkowo na terenie danego szpitala, to nie to, że ono jest w innym mieście, podpisujemy umowę i my pacjenta wozimy do innego miasta... W danym mieście, na terenie danej placówki jest taka usługa, a mimo wszystko my nie możemy skorzystać. Jest to niezmiernie istotne, bo dla danego szpitala mieć czy nie mieć paru złotych więcej i wykonywać to samo – jest to niezmiernie istotne.

Miałabym więc bardzo wielką prośbę, aby państwo na to zwrócili uwagę i może pochylili się na tym, tym bardziej, że pan minister Gadomski zapewniał, że takich jednostek naprawdę nie ma dużo w Polsce. Ponoć są dwa–trzy takie miejsca jak szpital, którym kieruje, że właśnie takie przypadki występują. Prosiłabym więc, żeby zwrócić na to uwagę, bo czujemy się bardzo poszkodowani. Jeżeli dostajemy nawet wskaźnik 1,25, bo jednak wykonuje się tego dużo, więc nie jest to szpital powiatowy – taki, który nie wykonuje mało, tylko powiatowy, który wykonuje dużo... Teraz już nie wiadomo czy to wojewódzkie, czy powiatowe, dlatego że w powiecie leży... Dlatego wielka prośba, aby nad tym się pochylić.

Natomiast mammografia plus 5 lat to naprawdę wydaje się pozytywne. A to, że leki i terapie kosztują miliard na miesiąc – trudno, żeby nawet najbogatsze państwo wszystko mogło sfinansować. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

**Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Dosłownie przed chwileczką byłem na posiedzeniu zespołu do spraw onkologii, gdzie był omawiany dokładnie ten sam temat. Między innymi występowała pani profesor z Narodowego Instytutu Onkologii. Przysłuchiwałem się jej wnioskowi i recepcji na poprawę sytuacji, która na pewno była tutaj omawiana. Jest fatalna. Mamy niedostateczną wykrywalność raka piersi i największą chyba w Europie umieralność z powodu raka piersi, w związku z czym nie ma z czego się cieszyć. Wnioski były podobne do tych, co tutaj padają. To znaczy – konik pana ministra Gadomskiego – żeby było więcej Breast Cancer Unitów, co oczywiście jest ważne, ale ja uważam, że to absolutnie nie poprawi w sposób znaczący wyników leczenia, a już na pewno wykrywalności.

Druga sprawa, to jest wydłużenie screeningu o 5 lat. Od razu chcę powiedzieć parę zdań na temat screeningu. Ja jestem onkologiem, który pracuje od wielu lat, jak widać po mojej twarzy i przyjmuję tygodniowo mniej więcej 150 osób w poradni onkologicznej.

Muszę powiedzieć, że większość z tych osób – a wypisuję co tydzień przynajmniej kilka kart diagnostyki i leczenia onkologicznego – to są osoby, u których rozpoznano raka piersi wcale nie na podstawie badania mammografii, tylko na podstawie badania USG. To badanie USG jest badaniem komplementarnym, o czym ani NFZ, ani ministerstwo jakby w ogóle nie pamiętają.

Większość Polek, które mają wiedzę na temat tego, że jest screening, który polega na tym, że można bez żadnego skierowania zgłosić się do mammobusu między 50. a 69. r.ż., uważa, że jeżeli poszły na mammografię, to odfajkowują, że teraz za 2 lata. Dostaną potem liścik, że wszystko jest dobrze i życzymy pani dużo zdrowia i szczęścia, i na tym sprawa się kończy. Tymczasem, proszę mi uwierzyć, że mam miesięcznie przynajmniej kilka przypadków, w których mammografia nie wykazała raka, a wykazało badanie USG.

U wielu kobiet, szczególnie między 40. a 50. r.ż., a również po 30. r.ż., piersi są gruczołowe i mammografia jest mało przydatna, aczkolwiek powinno się ją robić. Jeszcze raz mówię – to są badania komplementarne. Dobrze by było, gdyby w NFZ i ministerstwie o tym pamiętali. Nie ma skutecznego wykrywania raka, jeśli stosuje się tylko jedną metodę. W mammografii u osób młodych, które mają piersi gruczołowe, które generalnie nie są dobre do mammografii, mimo wszystko można wykryć na podstawie mikrozwapnień w skupisku wczesnego raka. Jeżeli jednak te piersi gruczołowe poddane są mammografii jako jedynemu badaniu, to widać dużo białych plam i niewiele można z tego wyczytać, i tutaj badaniem uzupełniającym jest badanie USG. W związku z tym powinno się zrobić wszystko, aby po pierwsze, lekarz pierwszego kontaktu, lekarz POZ-u, mógł kierować pacjentki zarówno na badanie mammograficzne, jak i USG. Dzisiaj nie może kierować na żadne z tych badań, żeby było jasne. W związku z tym apelowanie tutaj, aby lekarze POZ bardziej zajmowali się swoimi pacjentami jest troszeczkę dziwne, skoro nie dało się im narzędzi do tego. W każdym wątpliwym przypadku powinno się kierować pacjentki do onkologii.

Nie zapominajmy o tym, że bardzo ważnym badaniem jest badanie kliniczne. Nawet gdyby w screeningu robiło się i USG i mammografię, to te pacjentki i tak powinny być zbadane jeszcze palpacyjnie albo przez ginekologa, albo najlepiej przez onkologa, który ma doświadczenie.

Ja o tym mówię od wielu lat. Wydawało mi się, że gdy będę w Sejmie, to coś da. To wszystko odbija się od ściany. Decydenci o tym wysłuchają i robią swoje – Breast Cancer Unit, mammografia bardziej dostępna dla starszych osób. A co z mammografią dla kobiet 40–50? Ja przypominam, że według wytycznych, które są właściwie uznane na całym świecie, pierwszą mammografię powinno się zrobić w wieku lat 35, żeby był porównawcza. Potem powinno się zrobić w wieku lat 40. Potem powinno się robić co 2–3 lata, a potem, między 50. a 60. r.ż., powinno się robić co roku. To jest prawidłowy sposób postępowania, oczywiście jeśli mamy mammografy cyfrowe, w których jest stosunkowo niewielka dawka promieniowania na piersi. Tak więc należy to naprawdę przemyśleć i nie fokusować się wyłącznie na screening mammograficzny, bo on nie poprawi wyników rozpoznawania, a na pewno nie leczenia. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję. Ja poproszę teraz pana profesora Jarzaba z Narodowego Instytutu Onkologii. Przepraszam, że tak do tablicy wywołuję, panie profesorze, ale wydaje mi się, że przedmówca nie do końca ma rację. Bardzo bym prosiła o pokazanie, jak naprawdę to wygląda, bo sama – powiem to publicznie – jestem leczona onkologicznie dzięki POZ-owi, dzięki lekarzowi pierwszego kontaktu, który wyczuł pewne sprawy zarówno z badań morfologii, jak i z wywiadu, i właściwie mnie pokierował. Tak więc POZ jest bardzo istotny w diagnostyce nowotworowej. Bardzo proszę, panie profesorze, o wypowiedź.

#### **Kierownik Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach Michał Jarzab:**

Bardzo dziękuję, pani poseł. Michał Jarzab, Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach. Ja jestem kierownikiem Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi. Odniosę się do paru aspektów, szanując państwa czas, bardzo skrótowo, za co przepraszam.



Ja zgadzam się z panem posłem absolutnie, że dzisiaj nie załatwimy Breast Cancer Unitami całości problemów raka piersi, ale nie wierzę osobiście, i muszę głośno powiedzieć, że to nie jest dobra droga, żeby lokować leczenie raka piersi pośrodku. Zgadzam się z panem posłem, kompetencja i możliwości powinny być skierowane w stronę lekarzy rodzinnych. Tak, lekarz rodzinny powinien móc zlecić mammografię na tej samej zasadzie jak zleca ją onkolog czy jak dostępna jest w programie profilaktycznym, ale nie zgadzam się, że Breast Cancer Unity są rozwiązaniem, bo to oczywiście nie jest panaceum.

To nie jest pomysł na to, że my wprowadzając tę ideę rozwiążemy problem. One teoretycznie są założone na 200 tys. mieszkańców, ale wiadomo, że my w populacji polskiej nie osiągniemy tego wolumenu, ale tylko w miejscu...

Proszę mi wierzyć, ja widzę przykłady ośrodków mniejszych czy większych. Pan profesor Nowecki, siedzący koło mnie, kieruje pewnie jednym z największych takich ośrodków w Polsce. My mamy rocznie mniej więcej 700 pacjentów. Tylko jeśli ma się wolumen pacjentów, to są w stanie spotkać się ze sobą radioterapeuta, onkolog kliniczny, chirurg, radiolog, patolog i genetyk. Inaczej nie stać nas na to, żeby ten specjalista rzadkiej specjalności pomógł w ośrodku małym. Natomiast lekarze w ośrodkach małych, jeśli nie spotykają się ze specjalistami tych rzadkich dyscyplin, nie czują tej perspektywy.

Rozumiem zdanie pana posła dotyczące użyteczności USG w wybranych sytuacjach, ale tak jak pan dyrektor wyliczał, że leki kosztowałyby miliard miesięcznie, tak i gdybyśmy pozwolili na screening w ogromnej populacji przy pomocy USG, startując od osób młodych, to uzysk z tego będzie niewielki, dlatego że u młodych kobiet rak jest rzadki. Ja nie mówię, że to nie byłoby dobre rozwiązanie, ale wydaje się, że dzisiaj Polski na to niestety nie stać.

Odnosząc się do wypowiedzi pana ministra i panów dyrektorów, chcę zauważyć, że rzeczywiście w Polsce 2 lata temu mieliśmy dostępną ogromną gamę ważnych terapii i gdy 2 lata temu rozmawialiśmy z kolegami na Zachodzie, mówiliśmy – tak, jesteście na czasie, jeśli chodzi o leczenie raka piersi. Natomiast w międzyczasie znowu świat poszedł do przodu, a my trochę się zatrzymaliśmy i zarówno jeśli chodzi o dostępność leków dla chorych na potrójnie ujemnego raka piersi czy atezolizumabu czy pembrolizumabu, na który wniosek, jak słyszę, nie leży, to są to terapie dostępne.

Ja nie mówię, że na nie powinien być program, bo to są terapie drogie, ale dzisiaj ustawowa konstrukcja RDTL-i, czyli narzędzi do stosowania ratunkowego technologii lekowych jest taka, że pacjent może dostać tę technologię lekową tylko w momencie, kiedy wyczerpał inne dostępne opcje. Dla kobiety chorej na potrójnie ujemnego raka piersi oznacza to, że ona musi dostać 4 nieskuteczne chemioterapie, żeby w piątym rzucie ktoś jej powiedział, że w RDTL-u tego leku nie dostanie, bo on jest zarejestrowany w pierwszym rzucie terapii na raka piersi.

Ja akurat nie jestem adwokatem tego konkretnego rozwiązania, to jest drogie rozwiązanie, ale chcę zwrócić uwagę na to, że konstrukcja ustawowa dostępu do ratunkowych terapii powoduje, że my dzisiaj korzystamy z nich u pacjentów, którzy są u kresu swojej drogi. Oni oczywiście potrzebują pomocy, ale u pacjentów, u których większa korzyść mogłaby być uzyskana na początku drogi, takiego narzędzia nie mamy.

I ostatnia rzecz, którą chciałbym poruszyć i podnieść, to jest kwestia dotycząca finansowania jednostek kompleksowych i pracy. My dzisiaj skupiamy się na lekach, skupiamy się na screeningu, ale nie słyszymy tego, że nowe technologie kosztują. Kosztują nie w tym sensie, że trzeba za nie zapłacić, tylko w takim, że dawniej chory na raka piersi w stadium rozsiewu przychodził do nas raz na 3 miesiące, a dzisiaj taki pacjent przychodzi do nas raz na 2 tygodnie. Potrzebujemy czterokrotnie więcej lekarzy, żeby przyjąć tych pacjentów racjonalnie.

Oczywiście potrzebujemy współpracy i z lekarzami rodzinnymi i delegowania części tych uprawnień – może rozliczeniowego, może w innej inżynierii, ale dzisiaj kadra onkologiczna jest zbyt mała i te specjalności onkologiczne... Rozumiem, że one nie są najbardziej priorytetowe w tym sensie, że patologów mamy jeszcze mniej niż onkologów klinicznych czy chirurgów onkologicznych, ale jeśli czegoś nie zrobimy, to za 2 lata te technologie nie będą stosowane nie dlatego, że nie chcemy za nie płacić, tylko dlatego, że nie ma kto ich podawać, a niekompetentni lekarze – w sensie, bez doświadczenia

– zmarnują więcej pieniędzy podając leki nie tym pacjentom, którzy potrzebują, niż w innych sytuacjach. Wydaje się, że inwestowanie w ludzi ma dzisiaj równie duże znaczenie jak inwestowanie w leki. Bardzo dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Teraz oddaję głos stronie społecznej. Bardzo proszę.

**Prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej Anna Kupiecka:**

Dzień dobry wszystkim państwu. Na wstępie serdecznie dziękuję pani przewodniczącej za zorganizowanie tak ważnego spotkania i podjęcie tego tematu...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo proszę o przedstawienie się do protokołu.

**Prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej Anna Kupiecka:**

Anna Kupiecka, Fundacja OnkoCafe-Razem Lepiej. Dziękuję za zajęcie się tak ważnymi tematami jak rak prostaty i rak piersi. Jako fundacja już wielokrotnie zwracaliśmy się do pani przewodniczącej z prośbą o umieszczenie tych kwestii. Tak więc serdecznie dziękuję, że udało się nam tutaj spotkać.

Nie ulega wątpliwości, że rak prostaty nadal stanowi społeczne tabu i sama świadomość i wiedza, jakim zagrożeniem może być ta choroba, jest niewielka. W efekcie mamy jeden z najwyższych, wciąż rosnący zresztą, wskaźnik zachorowalności w Europie, a chorzy w naszym kraju są najczęściej diagnozowani wtedy, kiedy choroba jest w zaawansowanym stadium.

Aby odklamać ten nowotwór, jako fundacja od lat realizujemy kampanię „ProstaTa Historia”, w której przypominamy mężczyznom, jak dużym zagrożeniem może być rak gruczołu krokowego i jak ważne w tym kontekście są regularne badania profilaktyczne. Dlatego mnie niezmiernie cieszy, że pan minister był uprzejmy tutaj powiedzieć, że są rozważania nad wprowadzeniem programu przesiewowego. Badanie PSA znalazło się też w programie „Profilaktyka 40 Plus”, tak więc chyba jest ono w jakiś sposób wiarygodnym i pewnie jedynym narzędziem, którym teraz możemy wcześniej wykrywać te nowotwory lub w ogóle monitorować mężczyzn.

Pierwszym z obszarów, które wymagają znacznych zmian, jest właśnie edukacja i profilaktyka. Drugim, niewątpliwie dostęp do leczenia, tak chirurgicznego, jak i farmakologicznego. Chodzi tu przede wszystkim o podniesienie wycen procedur w chirurgii, na które zwracają uwagę urologicy. W ostatnim czasie dużo dyskusji wokół tego się toczyło, jakie metody powinny być lepiej wycenione, jakie są mniej efektywne i niosą mniejsze skutki uboczne oraz zagrożenia u pacjenta.

Oczywiście zwiększenie dostępu do nowoczesnych opcji terapeutycznych to wciąż poruszany temat. Nasi onkolodzy, z którymi współpracujemy, między innymi profesor Jakub Żołnierek, który dzisiaj miał tutaj być, niestety nie udało się, wielokrotnie wskazywali, że w szczególnej sytuacji znajdują się pacjenci, u których nie wystąpiły jeszcze przerzuty tej choroby. Tu mówimy o tym, że pacjenci ze względu na COVID stawiają się z bardziej zaawansowanymi nowotworami zarówno w piersi, jak i w prostaty, dlatego też, jeśli chodzi o tę edukację o wczesnym wykrywaniu, to my musimy zadbać o to – tu pan profesor przed chwilą wspominał, że dużo jest takich przypadków – żeby ta świadomość wśród ludzi, wśród społeczeństwa, była wyższa, żebyśmy rzeczywiście mogli oszczędzać na tym leczeniu poprzez to leczenie, które generuje mniejsze koszty, czyli przy wczesnym wykryciu.

Jednak, jeśli chodzi o pacjentów z rakiem prostaty, u których jeszcze nie wystąpiły przerzuty, jest możliwość zastosowania tej nowoczesnej terapii, o której wspominał pan naczelnik. Dotychczas są one u nas niedostępne. Umożliwiłoby to odsunięcie w czasie momentu wystąpienia przerzutów i konieczności włączenia chemioterapii. Dane i badania wskazują, że nawet do dwóch lat może to być odsunięte. To stanowi niezmiernie istotny element, bo ten człowiek może wówczas normalniej funkcjonować w społeczeństwie i pełnić swoje role, ale też to leczenie zapewnia znacznie lepszą jakość życia.

W związku z tym niezmiernie się cieszę, że proces jest już tak dalece zaawansowany i wierzę głęboko, że ta decyzja będzie zakończona sukcesem. To komplementarne podej-

ście do tematyki może pozwolić na to, że uda się uzyskać takie propozycje, które będą do udźwignięcia przez nasz system, dlatego że każde opóźnienie w otrzymaniu leczenia znacząco zwiększa ryzyko pojawienia się przerzutów, co znacząco pogorszy i tak trudną sytuację. Listopad dobry miesiąc, bo miesiąc męskich nowotworów.

Przy wielu okazjach podkreślaliśmy również, jak ważna jest kwestia koordynacji ścieżki pacjenta, która pozwoliłaby na usprawnienie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Obecnie pacjenci z rakiem gruczołu krokowego często nie wiedzą, gdzie mają się udać. W dużej mierze korzystają oczywiście z prywatnych wizyt u urologów, ale wiele przypadków, zwłaszcza z ostatniego roku – już o tym wspominałam – wskazywało na to, że błądzili po pięciu placówkach, finalnie trafiając do ostatniej, co dawało miesiące przeciągnięcia, no i efekty wiadomo, jakie – utratę cennego czasu, a z perspektywy rozwoju tej choroby to może mieć dramatyczne skutki. I tu powtarzam apele, które słyszymy od dawna z ust onkologów, urologów i ekspertów systemowych, aby powołać Prostate Cancer Unity oraz wdrożyć tę ścieżkę kompleksowej opieki nad pacjentem chorych na złośliwy nowotwór gruczołu krokowego.

Troszkę mnie to zasmuciło – nie wiem, czy dobrze zrozumiałam – iż planuje się, że w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej powstaną takie rozwiązania, które te ścieżki usprawnią. Z tego wynika pytanie, czy to oznacza, że będziemy próbowali odchodzić od koncepcji unitów narządowych. Prosiłabym ewentualnie o informację.

Przed nami wszystkimi wiele wyzwań, zadań, aby poprawić los i codzienność pacjentów z rakiem prostaty, w tym przede wszystkim jakość i długość ich życia. Z uwagą i nadzieją będziemy śledzić najbliższe działania resortu, a z naszej strony, jak zwykle niezmiennie, deklarujemy pełne wsparcie. Jeśli chodzi o raka piersi...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Ale czas, czas, bardzo proszę...

**Prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej Anna Kupiecka:**

Już kończę. Jeśli chodzi o raka piersi, to oczywiście serdecznie dziękujemy za ten uaktualniony program czy planowane zmiany w funkcjonowaniu Breast Cancer Unitów, podniesienie progu wiekowego mammografii. To są takie pierwsze kroki, które mogą przynieść dobre efekty. Nie oznacza to jednak, że możemy ogłosić sukces i osiąść na laurach. Jak już tutaj było wspomniane, kluczowe jest ciągle prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych, i tutaj duży ukłon w stronę różnych organizacji pacjentek czy firm, które w październiku prowadzą wiele wspaniałych akcji edukacyjnych, tym samym wspierając działania polskiego systemu ochrony zdrowia. W celu poprawy wczesnej wykrywalności trafiamy bowiem do setek tysięcy ludzi z wielomilionowymi wartościami medialnymi tych kampanii. Staramy się więc robić, co możemy z naszej strony, jako organizacje pacjenckie, aby wpływać na poprawę tego wczesnego wykrywania. My prowadzimy też kampanię BreastFit, gdzie jest bezpłatne USG...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Pani Aniu...

**Prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej Anna Kupiecka:**

...i tutaj rzeczywiście problematyka USG powinna być podjęta. Bardzo się cieszę i serdecznie dziękuję, że w rozmowach z ministerstwem udało się nam uzyskać...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Pani Aniu, bardzo proszę. Naprawdę, czas nas bardzo goni... Jeszcze bardzo proszę o wypowiedzi inne osoby...

**Prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej Anna Kupiecka:**

Jedno zdanie. Dziękuję serdecznie za zaopiekowanie się i wzięcie pod uwagę problemów pacjentek z HER2-dodatnim raka piersi i z chorobą resztkową. Mamy nadzieję, że tutaj zapadną i potwierdzą się dobre informacje. Za wszystkie leki, o których pan minister mówił, serdecznie dziękuję. Przepraszam za przedłużenie. Zdawało mi się, że będzie krótko.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję. Proszę następną osobę, tutaj. Bardzo proszę.

**Ekspert ds. zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:**

Uprzejmie dziękuję, pani przewodnicząca. Wojciech Wiśniewski...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

I proszę o dyscyplinę czasową.

**Ekspert ds. zdrowia FPP Wojciech Wiśniewski:**

Oczywiście zrobię, co w mojej mocy. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Bardzo dziękuję panu dyrektorowi Dzięgielewskiemu za informację o tym, że będzie nowelizowane rozporządzenie dotyczące Breast Cancer Unitów w duchu harmonizacji tego wytycznymi EUSOMA. Sam kiedyś wspólnie z przyjaciółmi z organizacji pacjentów – ja też wówczas w jednej z nich byłem – wnosiliśmy o to świadczenie i odejście od tej idei było jednym z powodów, dla których, jeżeli chodzi o to świadczenie, jesteśmy w tym miejscu, a nie w miejscu lepszym.

Chciałbym zadać trzy pytania. Mianowicie, 1 lipca 2017 r. parlament na wniosek rządu, bo był to rządowy projekt, przyjął nowelizację Pakietu Onkologicznego. Tam, bodaj w artykule 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach, minister nałożył... Może nie sam na siebie, bo to parlament... Na wniosek Ministerstwa Zdrowia wprowadzono obbligo publikacji w formie obwieszczenia wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w dziedzinie onkologii. Do tej pory pojawiły się jedne, w lipcu 2018 r., niezbyt udane, dla raka piersi. Chciałbym zapytać, kiedy możemy spodziewać się publikacji innych wytycznych, w związku z tym, że jest to integralna część tej dyskusji o unitach, którą prowadziliśmy.

Druga rzecz. W związku z tym, że pan naczelnik był uprzejmy w sposób bardzo szczegółowy omawiać kwestie związane z dostępnością leków, też chciałbym wrócić o nieco ponad 2 lata. Mianowicie, Ministerstwo Zdrowia zleciło Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w związku z treścią Narodowej Strategii Onkologicznej, przygotowanie syntetycznego wskaźnika dostępności terapii onkologicznych. Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną przyjętą przez cały rząd – bo to jest rozporządzenie Rady Ministrów czy uchwała, ale w każdym razie jest to zobowiązanie całej Rady Ministrów. Była mowa o tym, że w horyzoncie objętym NSO będziemy mieli do czynienia z dostępnością 90% tych terapii. Chciałbym zapytać, czy to zlecenie zostało zrealizowane, jak wygląda ten syntetyczny wskaźnik i być może, skoro pan naczelnik tak mówił o kosztach – jaki będzie koszt osiągnięcia tej wartości, która jest podana przez Radę Ministrów.

I ostatnia rzecz. W ostatnim czasie pojawiły się niepokojące publikacje dotyczące braku wykorzystania środków z Funduszu Medycznego. Z łącznie ponad 6 mld zł – bo 2 mld zł w ubiegłym roku, 4,2 mld zł obecnie – wydano raptem 171 mln zł i nie posądzając mnie o złą wolę, proszę tylko o przyjęcie, że to jest nic ponad to, co nie było finansowane wcześniej. Chciałbym więc zapytać, czy Ministerstwo Zdrowia, w związku z tym, że ustawa 7% PKB daje takie możliwości przesuwania pieniędzy w części 46 – Zdrowie budżetu państwa, rozważa sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia przez dotację celową. My, jako federacja, od dawna zwracamy uwagę na to, że nie możemy pozwolić na wzrost wydatków na ochronę zdrowia poza NFZ-em. Polscy pacjenci potrzebują dostępności świadczeń. Z tego powodu chciałbym zapytać, czy pieniądze z Funduszu Medycznego jeszcze w tym roku mogą trafić do NFZ-u. Pięknie dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, bardzo proszę, i podsumowanie, wnioski końcowe.

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Dziękuję bardzo. Jeśli chodzi o te pytania, czy odchodzimy od centrów narządowych, to ewidentnie nie. Wzmacniamy je i kierunek jest taki, że pozostałe narządy też będą miały swoje jednostki referencyjne. Ta centralizacja, chirurgii w szczególności, będzie następowała, tak jak pan profesor mówił. To na pewno się dzieje.

Jeśli chodzi o panią Annę Kupiecką, było pytanie o trastuzumab entanzynę. Ja powiem, że ministerstwo nic na ten temat jeszcze nie wie, że coś takiego jest planowane.

Pan profesor Jarzab z Narodowego Instytutu Onkologii faktycznie zwrócił uwagę na badania przesiewowe. Badania przesiewowe są opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, gdzie zawsze jest analiza, czy jest to opłacalne, bo wiadomo, że w pewnym wieku jest tak niska zapadalność na niektóre choroby... Widzimy właśnie, zresztą coraz częściej... Nie ma żadnych wytycznych, żeby robić badania przesiewowe przed 30. r.ż. Nowotwory jelita grubego czy inne nowotwory są tak rzadko spotykane, że nie ma sensu w pewnych populacjach poszerzania tego. Dlatego to poszerzenie populacji 69–74 najprawdopodobniej zasługuje na uwagę i agencja zatwierdziła, że tak ma to wyglądać.

Jeśli chodzi o ten wskaźnik 1,18 dla kompleksowej opieki, to zorientujemy się. Muszę powiedzieć, że ja już troszkę odszedłem od medycyny takiej najlepszej, prostej, bo organizacja systemu ochrony zdrowia to jest to. To jest najważniejsza część. Leki to jest dodatkowa część, zresztą to jest 17 czy 20% budżetu, ale pozostała część jest najważniejsza.

No i to, co państwo powiedzieli – współpracujemy z profesorami. Ja jestem pełen szacunku, jak można się połapać w onkologii w tych schematach leczenia, ponieważ są tak trudne. I nie mówimy nawet o ośrodkach mniejszego poziomu referencyjnego. Tam nie ma specjalistów nawet tych podstawowych, żeby wiedzieć, która terapia ze wszystkich dostępnych jest dla pacjenta–pacjentki najlepsza. W związku z tym, tak czy inaczej, kadra jest najważniejsza. Oczywiście staramy się też przy przyjmowaniu leków. Jeśli jest przyjmowany 4 tygodnie, 8 tygodni – zamiast 2 tygodnie, to się zgadzamy. Wliczamy to już w ceny produktu, że te produkty, które wymagają rzadziej monitorowania, mogą być droższe. Zmieniamy czasami programy lekowe, gdzie było podawanie leków co 2 tygodnie, ale teraz jest informacja z realnego życia, że można to wydłużyć do 4 czy 9 tygodni i też na to się zgadzamy. Czasami – wiemy – jest możliwość leczenia w domu, wydania leku do domu na dłuższe okresy. Też na to się zgadzamy. Widzimy te różne problemy związane i z dojazdem i z kosztami systemu ochrony zdrowia.

Na pytania, na które nie odpowiedziałem – ustalimy to i będzie na piśmie... Ewentualnie ustosunkujemy się do pani przewodniczącej i odpowiemy na wszystko na piśmie.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję. Prosiłabym właśnie państwa, aby o wszelkie informacje, które państwo chcieliby uzyskać ze strony Ministerstwa Zdrowia, zwrócić się w formie pisemnej albo bezpośrednio do ministra, albo poprzez podkomisję stałą.

Jest jeszcze jeden głos. Ale bardzo proszę – bo ja już mam następne posiedzenie Komisji, gdzie bardzo ważna ustawa jest procedowana. Dwie minuty i zmierzamy do zamknięcia posiedzenia podkomisji stałej. Dziękuję.

**Prezes Głównego Zarządu Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator” Tadeusz Włodarczyk:**

Dziękuję bardzo za zaproszenie na to spotkanie...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo proszę do mikrofonu, i proszę się przedstawić.

**Prezes GZ SMzChP „Gladiator” Tadeusz Włodarczyk:**

...i że w ogóle takie spotkanie zostało zorganizowane. Proszę państwa, nazywam się Tadeusz Włodarczyk. Jestem prezesem Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”. Zajmujemy się pacjentami z nowotworami urologicznymi. Prowadzimy infolinię telefonu zaufania i zbieramy ogromną liczbę wiadomości od pacjentów, także pretensji.

Przed wszystkim pacjenci chcieliby mieć bardziej przyjazny, szerszy dostęp do stosowanych terapii w raku prostaty. Chodzi o to, że niewielu z tych pacjentów korzysta z tego, ponieważ kryteria, które dotyczą tych terapii, są bardzo ostre. Cały świat prowadzi taką taktykę, że pacjentów się kontroluje, diagnozuje wcześniej i jak najwięcej tych pacjentów jest leczonych tymi terapiami wcześniej.

U nas, jeśli chodzi o zaawansowany stopień choroby nowotworowej, pacjentów przybywa. Natomiast na Zachodzie pacjentów cały czas ubywa. Diagnostyka jest tak rozbudowana, że nowotwory wykrywa się bardzo wcześnie i w stopniu niezaawansowanym. Ja chciałbym zapytać pana ministra, czy rozważa możliwość rozluźnienia tych kryteriów, żeby większa liczba pacjentów mogła z tego korzystać i łatwiej mogłaby korzystać.

Obserwuję również, że pacjenci narzekają, szczególnie jeśli chodzi o tereny wiejskie, na brak edukacji. Ludzie nie wiedzą prawie nic o nowotworach. Mamy takie przykłady, że młode matki bardzo często do nas dzwonią i pytają – co ja mam zrobić, jeżeli przyjeżdżam do mojej mamy z małym dzieckiem chorym na nowotwór, a mam każe mi się wyprowadzić z domu, żeby nie zarazić się tą chorobą. Takich przykładów mamy bardzo dużo.

Mamy również przykłady, jeśli chodzi o raka prostaty. Także ze wsi mamy sygnały od pacjentów, co mają robić, jeżeli wracają ze szpitala po zabiegu operacyjnym w raku prostaty, a wieś się zbiera i uznaje, że powinni się wyprowadzić, żeby nie zarazić całej wsi. Oczywiście staramy się pomagać tym pacjentom. Wysyłamy odpowiednie ilości naszych materiałów, broszur, żeby wieś zapoznała się z nimi. Oczywiście to procentuje, ale to są jednostkowe przypadki. Taką edukację trzeba prowadzić, moim zdaniem, bardzo rzetelnie i masowo, szczególnie jeśli chodzi o tereny prowincjonalne, wiejskie. Ponadto...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Ale bardzo proszę już...

**Prezes GZ SMzChP „Gladiator” Tadeusz Włodarczyk:**

Już kończę...

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo bym prosiła.

**Prezes GZ SMzChP „Gladiator” Tadeusz Włodarczyk:**

Już kończę. Są zgłoszone nowe terapie lekowe, jeśli chodzi o prostatę. Chciałbym od pana ministra usłyszeć, czy te nowe terapie będą miały szansę na refundację. Dotyczy to darolutamidu i olaparibu. Pacjenci sygnalizują, że takie terapie są już na Zachodzie stosowane.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję. Czy jest jeszcze jakiś wniosek, pytanie do pana ministra ze strony państwa? Bardzo proszę, ale też...

**Członek Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Piotr Fonrobert:**

Piotr Fonrobert, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Ja chciałbym powiedzieć, że w tej naszej dyskusji mówiliśmy o tym wysokim poziomie, czyli dostępności do refundacji itd. itd. Ja chciałbym zwrócić uwagę na to, że jeszcze bardzo ważne jest to, co dzieje się z nami, gdy wychodzimy ze szpitala. Mamy wypis, w tym wypisie jest – następna kontrola za 2 miesiące, a gdyby coś się działo, to SOR. No i tu zaczyna się tragedia. I ta tragedia dobrostanu psychicznego, jaki uzyskaliśmy przez leczenie szpitalne, pryska. To tylko tyle. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, już na zakończenie, końcowe wnioski. Dziękuję.

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Jeśli chodzi o nowe wskazania dla gruczołu krokowego, pan naczelnik powiedział – mamy to do rozstrzygnięcia. Nie chcę znowu powiedzieć, jak to zostanie ostatecznie rozstrzygnięte – zawsze publikujemy to poprzez projekty obwieszczeń ministra. Na pewno w listopadzie tego nie będzie. Jeśli chodzi o olaparib, to w ogóle takiego wskazania, takiego wniosku nie mamy na żadnym etapie. Rozmawialiśmy z firmą często. Nie słyszeliśmy, żeby planowali taki wniosek złożyć. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):**

Dziękuję. Chciałabym wszystkim państwu podziękować za udział w posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Tematem dzisiejszego była informacja Ministra Zdrowia na temat leczenia nowotworów piersi i nowotworów prostaty.

Chcę poinformować, że wszelkie materiały są dostępne w wersji elektronicznej w folderze SDI. Posłowie mają wszelkie materiały. Państwo też możecie w Internecie prześledzić posiedzenie podkomisji stałej, tak więc można do tego wrócić.

Tak jak mówiłam na wstępie, bardzo bym prosiła o sugestie, o swoje własne stanowiska albo zapytania do Ministerstwa Zdrowia. Staramy się tutaj ten dialog prowadzić, żeby państwo mieli swój udział w toczących się zmianach, w podejmowaniu decyzji w sprawach onkologii. Jest opracowana strategia onkologiczna, ale w założeniu Ministerstwa Zdrowia najważniejszy jest dialog między organizacjami społecznymi a ministerstwem, aby wypracować dobre wzorce ku poprawie zdrowotności Polek i Polaków. A najważniejsza w tym wszystkim jest profilaktyka, żebyśmy przestrzegali, aby te sytuacje bardzo złe związane z chorobami nowotworowymi w miarę szybko opanować, a przed wszystkim być zdrowym, bo życie jest najcenniejszym darem. Tak więc wszystkim państwu bardzo, bardzo dziękuję.