

IX kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW  
ONKOLOGII  
(NR 3)  
z dnia 20 lipca 2021 r.**

**Komisja  
Zdrowia**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia

### – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 3)

20 lipca 2021 r.

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

– **informację Ministra Zdrowia na temat zwiększenia skuteczności profilaktyki nowotworów i poprawy zgłaszalności pacjentów do programów badań przesiewowych nowotworów: piersi, szyjki macicy, jelita grubego. Niskodawkowa tomografia komputerowa w nowotworze płuca.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Paweł Korzeniowski** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Anna Jasińska** rzecznik Polskiej Unii Onkologii, współzałożyciel Medycznej Racji Stanu, **Dorota Korycińska** prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej, **Marcin Migaczewski** ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej, **Agata Polińska** wiceprezes Zarządu Fundacji ALIVIA, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Karina Szota** prezes i **Joanna Sypko-Śnietka** wiceprezes Stowarzyszenia Podiatrów i Podologów, **Aleksandra Wilk** koordynator Sekcji Raka Płuc Fundacji TO SIĘ LECZY, **Wojciech Wiśniewski** przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Marek Wleklík** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

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):**

Witam państwa serdecznie na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Jest to drugie posiedzenie podkomisji po mojej dłuższej przerwie chorobowej, tak więc cieszę się, że widzę państwa i że będziemy mogli tutaj wspólnie omawiać bardzo ważny temat związany z profilaktyką. Na początek stwierdzam, że jest kworum, bo jest to bardzo istotny element posiedzenia podkomisji stałej.

Chciałabym bardzo serdecznie przywitać pana wiceministra Sławomira Gadomskiego, który jest dobrym duchem zmian w zakresie onkologii, i nie tylko, który wsłuchuje się w potrzeby pacjentów i strony społecznej. Chciałabym też bardzo serdecznie przywitać przedstawicieli strony społecznej.

Dzisiaj na posiedzeniu będziemy przede wszystkim rozpatrywać informację Ministra Zdrowia na temat zwiększenia skuteczności profilaktyki nowotworów i poprawy zgłaszalności pacjentów do programów badań przesiewowych nowotworów: piersi, szyjki macicy, jelita grubego. Niskodawkowa tomografia komputerowa w nowotworze płuca. Czy podkomisja to akceptuje? Nie ma uwag. Przystępujemy do realizacji porządku posiedzenia podkomisji stałej. Panie ministrze, bardzo bym prosiła o udzielenie informacji na temat profilaktyki.

#### **Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:**

Dziękuję, pani przewodnicząca. Bardzo przepraszam wszystkich członków podkomisji i gości za spóźnienie. Jakieś logistyczne problemy na naszej drodze stanęły, a szczerze – posiedzenie parlamentu cieszy się jakąś wyjątkową popularnością, bo nie było gdzie

zaparkować, a dałem kierowcy urlop. Zatem serdecznie przepraszam. Znalazłem jednak jakieś ostatnie miejsce pod Senatem, więc udało się. Przejdźmy do tematu, do meritum.

Profilaktyka onkologiczna to szczególnie teraz, po pandemii, ekstremalnie ważne zagadnienie. Myślę, że i profilaktyka onkologiczna, i wczesna diagnostyka onkologiczna to są takie tematy, w których ta luka, która powstała w pandemii, jest najbardziej niebezpieczna, bo każde zaburzenie na tym etapie powoduje, że pacjenci, którzy trafiają do leczenia, mają potencjalnie wyższy stopień zaawansowania nowotworu. Wtedy te metody, czy terapeutyczne, czy w ogóle metody kliniczne, mogą być albo ograniczone, albo, niestety, mniej skuteczne.

Na wstępie może bardzo ważna informacja. W dniu dzisiejszym opublikowany został przez Narodowy Instytut Onkologii – była temu poświęcona konferencja prasowa, miałem w niej uczestniczyć, ale niestety, z uwagi na przedłużające się negocjacje i spotkanie zespołu trójstronnego nie udało mi się – raport dotyczący onkologii w COVID. Raport obiektywny, bazujący na tym, jak wyglądały u nas procesy diagnostyczne, terapeutyczne i profilaktyczne właśnie w trakcie pandemii, pewne porównanie międzynarodowe. Mam nadzieję że raport, który trochę przetnie takie medialne czy publiczne, nieprawdziwe tezy dotyczące tego, że na przykład liczba wydanych kart DiLO spadła o 90%. Być może w jakimś krótkim okresie, tak, ale trzeba to rozpatrywać w kontekście całego roku, a nie marca 2020 r., kiedy wiemy, że wszystko stało i wszyscy byliśmy generalnie w domach. Raport, który również mówi o profilaktyce pokazuje, jak wyglądamy na tle Europy, jak w innych krajach była realizowana profilaktyka onkologiczna.

No i pewnie nie jest dla nikogo tajemnicą, i nie ma co ukrywać, że profilaktyka jest tym obszarem, który w pandemii został poturbowany. Zresztą samo stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia i nasze – Ministerstwa Zdrowia, konsultantów krajowych – było takie, żeby na jakiś czas wstrzymać badania profilaktyczne z racji oszacowania ryzyka zakażenia, wtedy jeszcze w dużej części nieznanym wirusem, bo mówimy o marcu-kwietniu tamtego roku. Tak więc rzeczywiście badania profilaktyczne w tamtym okresie zostały wstrzymane. Natomiast ja mam nadzieję, że dzisiaj na posiedzeniu podkomisji skupimy się nie tylko na COVID i nie tylko na tych skutkach pandemicznych, ale generalnie, na pewnym podejściu do profilaktyki i pewnych działaniach, które albo określiliśmy w Narodowej Strategii Onkologicznej, albo określiliśmy w ustawie o Funduszu Medycznym i w założeniach, które tam są, albo je de facto realizujemy jako pewne zadania stałe czy ministra zdrowia, czy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szanowni państwo, to jest tytuł naszego posiedzenia podkomisji, ale sam jego początek, czyli zwiększenie skuteczności profilaktyki nowotworów i poprawy zgłaszalności jest jednym z celów Narodowej Strategii Onkologicznej. Jak państwo pewnie doskonale pamiętacie, pięć filarów Narodowej Strategii Onkologicznej – od kadr medycznych, poprzez właśnie profilaktykę, najpierw pierwotną, później wtórną, czyli ten obszar, o którym dzisiaj dyskutujemy, przez innowację i naukę, aż do pewnych procesów systemowych, procesów terapeutycznych, procesów koordynowanej opieki onkologicznej. Jeden filar poświęcony jest właśnie profilaktyce onkologicznej. Wiele działań w Narodowej Strategii Onkologicznej ukierunkowanych jest na to, żeby w tym obszarze nastąpiła poprawa i zgłaszalności, i jakości badań profilaktycznych.

Jak rozumiem – to może od razu taka dygresja na początek – dzisiaj podkomisję interesuje również temat badań niskodawkowej tomografii komputerowej w raku płuca. To ważny i ciekawy projekt. Z jednej strony ciekawy, bo pilotażowo zdecydowaliśmy się na jego realizację w roku 2019. Wtedy ogłaszając go, oczywiście nikt nie myślał o pandemii. Założyliśmy ten pilotaż na poziomie 100 mln zł. Miał być realizowany w sześciu makroregionach, ale po dwóch latach widzimy, że głównie był realizowany w tych województwach, w których podmioty przystąpiły. W tych województwach ościennych, gdzie było założenie, że też będą aktywne, szczególnie w roku pandemicznym, było to niezwykle trudne albo niemożliwe.

Natomiast wiedząc i rozmawiając z ekspertami, z konsultantami krajowymi, obserwując to, co właśnie się dzieje w nowotworach płuc, w przypadku których to wczesne wykrycie jest bardzo ważne – a widzimy w pandemii, że rzeczywiście nowotwór płuc był w jednej z tych grup narządowych, która najmocniej ucierpiała – zdecydowaliśmy

się już teraz na rozszerzenie tego pilotażu. Trochę nie czekając na jego wyniki, na jego ewaluację, zdecydowaliśmy, że we wszystkich województwach, poza tymi sześcioma, dokontraktujemy ze środków Narodowej Strategii Onkologicznej czy wejdziemy z tym projektem.

Ten konkurs jest na ukończeniu. Wydaje mi się, że w jednym województwie oferta nie została złożona. Teraz jesteśmy na etapie oceny ofert. Ale co ważne, może jeszcze wspomnę – za dużo wątków naraz – że w ramach tego postępowania, czyli tego z Narodowej Strategii Onkologicznej rozszerzającego na całą Polskę ten projekt przesiewu, wykrywania nowotworów płuca na 3 lata, to około 70 mln zł budżetu, czyli sporo więcej niż w tym unijnym, ale w tym unijnym też zwiększyliśmy alokację. Czyli w tych sześciu województwach, które przystąpiły już 2 lata temu do tego projektu, wystąpiliśmy do tych podmiotów o to, na ile są w stanie zwiększyć alokację, ile więcej tych badań są w stanie zrealizować w kolejnych latach i rzeczywiście ten projekt rozszerzyliśmy. Umowy na zwiększenie zostały już podpisane. Szanowni państwo, wróć do tego za chwilę.

To jest podsumowanie roku 2020 i roku 2021. Myślę, że za chwilę padną pytania o to, jak to wyglądało w roku 2019, więc zaraz wróć do tych informacji. Ściągniemy sobie ten rok 2019 i od razu, żeby już nie pojawiały się pytania, na to odpowiem.

Tomografia niskodawkowa – to, co już wstępnie powiedziałem. Zakładaliśmy około 20 tys. osób objętych wsparciem. Do tej pory z programu skorzystało około 5 tys. osób. Wykryto 13 raków płuca. Pytanie, czy to dużo, czy mało. Pytanie o to, czy te kryteria, które zostały zdefiniowane, zostały zdefiniowane właściwie, czy nie.

Trzyście raków płuca, to oczywiście nie jest 13 zmian, które wykryto przy pomocy tomografii niskodawkowej, bo tych zmian jest około 1000. Wydaje się, że na 4 tys. osób przebadanych to dość dobry odsetek, ale tę ocenę pozostawiam ekspertom, którzy od początku współpracują z nami w tym pilotażu. Myślę, że pod koniec tego roku nastąpi taka ewaluacja i ewentualnie zastanowienie się nad kryteriami wejścia do tego projektu.

To co na pewno w ramach projektu unijnego realizowaliśmy, to również szkolenia dla personelu medycznego, bo sygnały, które docierały przede wszystkim ze środowiska osób zaangażowanych bardzo mocno – prof. Adamek – były takie, że rzeczywiście trzeba zacząć od szkoleń. To nie jest taka standardowa procedura, nie jest tak oczywista być może dla wszystkich radiologów, więc te szkolenia się odbyły.

Tak jak mówiłem, ten projekt istotnie rozszerzamy. Liczymy na to, że jako projekt ogólnopolski, który obejmie mam nadzieję całą Polskę. Tu mam dane o dziesięciu województwach, więc zaraz to zweryfikujemy... OK., to by wskazywało, że we wszystkich, ale ja mam wrażenie jednak, że niestety w jednym tych ofert nie mamy i że na ten moment będzie 9 plus te 6 z programu unijnego. Oczywiście, jak tylko jacyś chętni oferenci by się pojawili, to być może z początkiem następnego roku będziemy ten projekt rozszerzali, chociaż zainteresowanie nim aż tak duże nie było i realizatorów chętnych do tego projektu aż tak dużo nie było.

Co warto wspomnieć? Poza oczywiście pewnymi programami, do których wróć zaraz – czyli kolonoskopia, program w raku szyjki macicy, program mammograficzny finansowany czy z Narodowego Funduszu Zdrowia czy z Narodowej Strategii Onkologicznej – istotne środki skierowane do profilaktyki są również realizowane z programów unijnych. Regionalne programy operacyjne, których realizacją zajmują się urzędy marszałkowskie, przeznaczyły na to do tej pory około 0,5 mld zł. W tym zakresie było zrealizowanych 50 konkursów w różnych grupach narządowych, ale rzeczywiście w szczególności, na przykład, w raku jelita grubego, gdzie była to pewna alternatywa czy kolejne źródło dostępu właśnie w ramach programów unijnych do tego typu badań.

Warto powiedzieć – w prezentacji może tych szczegółów nie ma – że również w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, tych programów profilaktycznych, które uruchomiliśmy w tych może mniej oczywistych grupach narządowych, na przykład w czerniaku, w nowotworach głowy i szyi... To projekty, które pilotażowo realizowaliśmy w ramach środków, które były w dyspozycji ministra zdrowia właśnie w ramach tych środków unijnych.

Myślę, że to bardzo ważne – jest tu z nami pan profesor Bidziński, więc będzie mógł rozszerzyć tę informację, którą przekaże – my również w niektórych programach prze-

siewowych, które mamy, zastanawiamy się nad zmianą ich formuły realizacji. Jednym z takich jest właśnie pilotaż badań HPV-DNA, którego realizację powierzyliśmy Narodowemu Instytutowi Onkologii w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. To pilotaż, w którym finalnie mamy zdecydować, czy badania HPV-DNA, z jednej strony droższe i w oczywisty sposób bardziej obciążające system finansowy, ale być może dla wielu pacjentem bardziej atrakcyjne, co by zachęciło do większej zgłaszalności... Ale też wydaje się, że dzisiaj jest taka teza, że skuteczność tych nowych testów jest jednak wyższa niż standardowych badań cytologicznych, więc być może po zakończeniu tego pilotażu podjęlibyśmy decyzję albo o istotnej zmianie formuły realizacji programu w raku szyjki macicy, albo uzupełnieniu i rzeczywiście wprowadzaniu stopniowo tego nowego testu HPV-DNA.

Ten pilotaż w 2020 r. objął 3 tys. osób. Na 2021 zrekrutowanych jest ponad 4,2 tys. pacjentek. Oczywiście pandemia nie pomogła w jego realizacji – te założenia na 2020 r. były nieco większe – ale mam nadzieję, że już po tym okresie 2020-2021 będziemy w stanie dokonać takiej ewaluacji.

Narodowy Instytut Onkologii realizuje również pewne projekty pilotażowe w zakresie innych programów profilaktycznych. Takim programem profilaktycznym jest program w raku jelita grubego. Ja zresztą ostatnio na posiedzeniu komisji sejmowej, przy innym temacie, już o tym wspominałem, że zastanawiamy się nad zmianą formuły tego projektu.

Zgłaszalność do badań kolonoskopowych jest ciągle znacznie niższa niż tego oczekiwaliśmy, pomimo że dzisiaj te badania funkcjonują w systemie mieszanym. Czyli docieramy do pacjentów z grupy ryzyka, z grup wiekowych, przy pomocy zaproszeń, ale odpowiedź na te zaproszenia jest jednak dość niska.

Narodowy Instytut Onkologii przeprowadzał taką ankietę, takie badanie, z czego to wynika, jakie są losy tych zaproszeń. No i są bardzo martwiące i bardzo smucące informacje, że 50% tych zaproszeń praktycznie bez otwarcia trafia do kosza. Niestety, ten sposób dotarcia jest średnio skuteczny. Staramy się oczywiście – o czym zaraz będę mówił – docierać również innymi kanałami.

Natomiast chciałbym powiedzieć o tej zmianie potencjalnej całego programu profilaktycznego w raku jelita grubego polegającej na tym, że oparlibyśmy go nie na kolonoskopii w pierwszym kroku, tylko na teście FIT – teście na krew utajoną w kale – i dopiero po pozytywnym wyniku tego testu byłaby realizowana kolonoskopia. To nie jest oczywiście zmiana, bo z jednej strony oczywiście sposób dystrybucji testu FIT, przekonanie, że jest to badanie, z którego warto skorzystać, to jest jedna noga, być może nawet ta w pewnym sensie łatwiejsza, natomiast druga noga, nieco trudniejsza, to przygotowanie dzisiaj systemu realizacji badań kolonoskopowych. Te kolonoskopie nie będą już takie łatwe – tak to nazwijmy – jak w badaniu przesiewowym. Jednak inne zasoby i kadrowe, i sprzętowe, zaplecze anestetyczne itd. będą wymagane do tego, żeby te po FIT realizować kolonoskopie.

Wydaje się więc, że ewolucyjnie podchodząc do tego projektu bylibyśmy gotowi na jego zmianę pewnie za około – patrzę na to ambitnie – 2 lata. Eksperci, pan profesor Jarosław Reguła, konsultant krajowy, mówi o trzech latach, więc realnie pewnie za jakieś 2,5 roku bylibyśmy w stanie ten system wdrożyć, ale też – co ważne – trwa właśnie w Narodowym Instytucie Onkologii pilotaż – od tego zacząłem – w którym różne grupy pacjentów mają realizowane testy FIT. Mam nadzieję, że również pod koniec tego roku poznamy jego miarodajne wyniki.

Oczywiście tym, co wspiera obszar profilaktyki onkologicznej, są precyzyjne urządzenia. W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej podjęliśmy się dość ambitnego zadania, jak się wydaje, że w ciągu trzech lat wymienimy wszystkie mammografy używane w profilaktyce raka piersi na cyfrowe. Dzisiaj w systemie funkcjonują jeszcze analogowe ucyfrowione i cyfrowe. Chcielibyśmy, żeby wszystkie aparaty, które świadczeniodawcy posiadają, były cyfrowe. Łącznie do tej pory mamy zakontraktowanych do wymiany 121 mammografów z 88 podmiotów. Mówię zakontraktowanych, bo część z nich jest przeznaczona do wymiany w roku 2022, ale 28-29 takich umów już zawarliśmy na rok przyszły. To nieco mniej niż zakładaliśmy.

Trzeba sobie powiedzieć jasno, że szczególnie te konkursy w roku 2020 nie wyszły nam tak, jak chcieliśmy. Nie wyszły i z powodu pandemii – pewnie świadczeniodawcy mieli nieco istotniejsze bolączki na głowie – ale też w roku 2021 nieco poluźniliśmy pewne kryteria tych konkursów na okres 2021/2022 i wydaje się, że to zainteresowanie już teraz było istotnie większe. Myślę, że w roku 2022 jeszcze ponowimy jedno postępowanie konkursowe i być może faktycznie uda się bez problemu zrealizować ten cel ze strategii onkologicznej – dotyczący wymiany mammografów na cyfrowe.

Kolejne zadanie istotne z punktu widzenia profilaktyki onkologicznej to szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. To zadanie, które jest określone w Narodowej Strategii Onkologicznej. To zadanie, odnośnie do którego pierwsze działania zostały już zrealizowane.

Może rozdzielić to na dwa filary, bo z jednej strony możemy mówić o szczepieniach HPV w trybie ustawy refundacyjnej. Jeden taki wniosek refundacyjny trafił do Ministerstwa Zdrowia. To jeszcze nie jest to, czego oczekujemy, bo w Narodowej Strategii Onkologicznej zadeklarowaliśmy, że te szczepienia będą powszechne i bezpłatne. Ten wniosek refundacyjny, który trafił, jest związany z częściową odpłatnością przez obywateli, przede wszystkim rodziców tych dziewczynek, które są przewidziane do szczepień w ramach tego wniosku. Ten wniosek też procedujemy, żeby to weszło do refundacji – mam nadzieję – po przejściu procesu refundacyjnego. Natomiast niezależnie od tego przygotowane zostały rozwiązania legislacyjne, które umożliwiają ministrowi zdrowia kupno szczepionek na HPV. To istotne dlatego, że minister zdrowia może dzisiaj nabywać szczepionki, które wchodzi do Kalendarza Szczepień Obowiązkowych. Te nie będą traktowane jako szczepienia obowiązkowe. Będą traktowane jako szczepienia dobrowolne, ale żeby była podstawa prawna, to rzeczywiście minister zdrowia, po wcześniejszym wpisaniu przez głównego inspektora sanitarnego tych szczepień jako zalecanych, żeby mógł je kupić musi mieć podstawę prawną i w ramach przepisów, niejako przy okazji ustawy o Funduszu Kompensacyjnym, takie rozwiązania legislacyjne zostały zaplanowane. Mam nadzieję, że ustawa o funduszu już niedługo trafi pod obrady parlamentu i że w czwartym kwartale będziemy mogli uruchomić postępowania zakupowe właśnie na szczepionki przeciwko wirusowi HPV.

Coś, co jest bardzo istotne z punktu widzenia profilaktyki onkologicznej, i o tym mówiłem przy zaproszeniach, to te inne kanały dotarcia. My od 2018 r. realizujemy kampanię społeczną „Planuję długie życie” – dużą kampanię społeczną. Pewnie ciągle, nie chcę powiedzieć, że z mniejszymi zasięgami, ale może z mniejszą rozpoznawalnością niż oczekiwaliśmy. Jak państwo widzicie, mimo tych audycji edukacyjnych i spotów, i artykułów, i dotarcia przy pomocy krótkich filmików krótkometrażowych, influencerów itd, czyli chyba wszystkich możliwych kanałów informacji, ciągle pewnie jest ona mniejsza niż nasze oczekiwania odnośnie do rozpoznawalności tej kampanii, mimo zaangażowanych istotnych środków, bo rokrocznie wydajemy ponad 20 mln zł na te audycje. A też trzeba jasno powiedzieć, że rozgłośnie czy stacje telewizyjne traktują nas w tym kontraktowaniu nieco inaczej niż podmioty komercyjne, na nieco lepszych warunkach, więc rzeczywiście ten ekwiwalent jest nawet jeszcze wyższy niż te 20 mln zł. Te działania będziemy kontynuowali i w jeszcze większym stopniu będziemy starali się dotrzeć przy pomocy mediów internetowych, tego przekazu internetowego, ale dalej podtrzymując pewne kampanie standardowe.

To co również jest istotne w punktu widzenia profilaktyki onkologicznej, to nie tylko zgłaszalność, ale też poprawa jakości, o czym już mówiłem. Tutaj kontynuujemy albo realizujemy nowe zadania z Narodowej Strategii Onkologicznej. Niektóre realizujemy już od jakiegoś czasu, na przykład audyt kliniczny zdjęć mammograficznych, ektoer – są działaniami, które chcemy rozszerzyć, tak jak na przykład certyfikacja cytodiagnostów i kolposkopistów realizujących program profilaktyki raka szyjki macicy. Z pewnością chcemy w następnej perspektywie unijnej wdrażać pewne projekty szkoleniowe w tym zakresie, a więc są pewne plany określone albo już realizowane – tak jak mówię – w Narodowej Strategii Onkologicznej.

Myślę, że warto wspomnieć o pracach zespołu do opracowania planu naprawczego dla odbudowy profilaktyki w związku z pandemią COVID. Taki zespół powołaliśmy w grud-

niu. Te prace nałożyły się na prace związane z programem 40 PLUS, który – jak dobrze państwo wiecie – został uruchomiony 1 lipca i zawiera elementy profilaktyki onkologicznej. Natomiast zespół powołany przez ministra zdrowia miał wypracować pewne propozycje nowych założeń czy nowych programów profilaktycznych związanych właśnie z taką odpowiedzialnością pocovidową. Niektóre postulaty tego zespołu są w trakcie realizacji czy są zaadresowane do realizacji. Jednym z takich postulatów jest to, żeby wydłużyć czy rozszerzyć pewne czasy, wiek pacjentów, którzy mogą zgłosić się do badań profilaktycznych, ponieważ mamy zaplanowane zmiany w koszyku świadczeń gwarantowanych, przeniesienie programu raka jelita grubego do właśnie koszyka świadczeń gwarantowanych z budżetu Ministra Zdrowia. Przy tej okazji na pewno będziemy realizować te postulaty.

Pewne postulaty dotyczące wypracowania narzędzi motywacyjnych zwiększających zgłaszalność na badania profilaktyczne to są postulaty, które udało się nam zaadresować praktycznie wcześniej, w ustawie o Funduszu Medycznym, ale mówię tu na razie o teorii i o budżecie, a nie o faktycznym przeniesieniu tych rozwiązań na grunt POZ-u. Ustawa o Funduszu Medycznym, o której nie mówiłem – a jednym z subfunduszy jest też subfundusz profilaktyki – wyodrębnia budżet środków na motywację dla zespołów lekarzy POZ-u, żeby objąć swoją populację pacjentów jak największą zgłaszalnością na badania profilaktyczne w tych trzech programach, o których mówimy przede wszystkim.

Te narzędzia motywacyjne widzimy w ten sposób, że byłaby to premia za wyższą niż pewna benchmarkowa, pewna standardowa zgłaszalność dla danego POZ. Chcieliśmy te rozwiązania wdrażać praktycznie już teraz, po pandemii, ale w związku z powołaniem przez ministra zdrowia zespołu, który ma zająć się pewną analizą realizacji świadczeń przez POZ i pewną reformą POZ, zespołu, do którego zostali doproszeni właśnie przede wszystkim przedstawiciele POZ, to te zadania zostały tam określone na nowo, żeby ten zespół wypracował założenia tego systemu motywacyjnego, aby w tych pracach uczestniczyli lekarze POZ. Mam nadzieję, że właśnie te narzędzia motywacyjne uruchomimy od 1 stycznia 2022 r. w ramach, nie chcę powiedzieć nowych umów, bo umowy z POZ zawarte zostały albo na czas nieoznaczony, albo na kolejne 18 miesięcy, czyli do końca 2023 r., ale te narzędzia motywacyjne chcielibyśmy uruchomić jednak już od nowego roku.

Szanowni państwo, to tak w pigułce. Myślę, że tych działań, które w profilaktyce onkologicznej są dla nas istotne, które zostały zainicjowane... Bardzo szybko przeleciałem przez ustawę o Funduszu Medycznym, ale tam to nie tylko narzędzia motywacyjne. Drugim filarem jest wsparcie realizacji programów profilaktycznych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Do tej pory ten udział czy jakby sygnały od wielu jednostek samorządu terytorialnego były takie, że chciałyby uzyskać większą pomoc w finansowaniu czy współfinansowaniu tych programów profilaktycznych, więc ustawa o Funduszu Medycznym takie rozwiązania daje. W tych programach profilaktycznych, które zostały zaakceptowane i wprowadzone na listę – nazwijmy to – zalecanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, będziemy uruchamiali konkursy dla jednostek samorządu terytorialnego po to, żeby to dofinansowanie było znacznie wyższe, jeśli dobrze pamiętam, nawet do 80%.

Jestem oczywiście otwarty... Aha, miałem wrócić do slajdu. Przepraszam bardzo państwa, bo być może to nie mniej istotne niż te działania systemowe. To kontynuacja programu opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka zachorowań na nowotwory złośliwe, przede wszystkim w raku piersi i raku jajnika. Tu kontynuujemy działania, które realizujemy od kilku lat. Pula pacjentów obejmowanych opieką z roku na rok zwiększa się. W roku 2020 prawie 10 tys. nowych rodzin obciążonych wysokim ryzykiem i identyfikacja tych kobiet – 7,3 tys. kobiet ujętych w grupie najwyższego ryzyka zachorowania i ponad 13, prawie 14 tys., z rodzin wysokiego ryzyka. W ramach tego programu wykryto 168 nowotworów piersi i 55 nowotworów jajnika. Ten program będzie kontynuowany.

Badania w zakresie profilaktyki raka piersi. W roku 2020 ponad 760 tys. badań mammograficznych. Dla porównania, w roku 2021, do połowy roku, prawie 520 tys.

Szacunki na koniec roku. Ponieważ ten I kwartał był jeszcze trudny z punktu widzenia aktywności świadczeniodawców w realizacji tych badań, szacujemy około 1,1 mln badań



mammograficznych na koniec roku i byłby to wynik wyższy niż w roku 2019, kiedy zrealizowano nieznacznie powyżej 1 mln tych badań.

Badań cytologicznych, realizowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2020, było 295 tys. Co warto zauważyć, w roku 2021 przez pierwsze pół roku już istotnie więcej, bo 384 tys.. To wskazuje, że do końca roku tych badań możemy mieć zrealizowanych na poziomie 700-800 tys. Byłoby to istotnie więcej niż w ostatnim „normalnym” roku 2019, kiedy tych badań było nieco mniej niż 0,5 mln – 480 tys. Zatem akurat w zakresie badań cytologicznych aktywność świadczeniodawców w roku 2021 jest rzeczywiście duża i wskazująca na pewną odbudowę po pandemii czy po tym trudnym roku 2020.

Jeśli spojrzymy na badania w zakresie raka jelita grubego, to w roku 2020 niecałe 84 tys. badań kolonoskopowych, w roku 2021, przez pół roku – prawie 48 tys. Też mam nadzieję, że zbliżymy się do 100 tys. badań w roku 2021. W 2019 było tych badań 70 tys., więc mam nadzieję, że te dane i to porównanie, w szczególności roku 2021 z rokiem 2019, pokazują, że ta aktywność we wszystkich programach będzie istotnie większa niż w tym ostatnim standardowym roku 2019. Dziękuję serdecznie.

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

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Wypowiedź była naprawdę bardzo budująca. Teraz jesteśmy w nowej rzeczywistości. Tak jak wszyscy podkreślamy, musimy się zmierzyć z pandemią, bo pandemia nadal jest. Musimy tak przeciwdziałać, aby choroby cywilizacyjne się nierozprzestrzeniały.

W związku z tym, że mamy tutaj bardzo dużo przedstawicieli strony społecznej, pozwolą państwo, że wyczytam i przedstawię osoby, które reprezentują organizacje społeczne mocno angażujące się w profilaktykę. Są z nami: już wspomniany profesor Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej; pani Anna Jasińska, rzecznik Polskiej Unii Onkologii, współzałożyciel Medycznej Racji Stanu; pani Dorota Korycińska, prezes Zarządu Ogólnopolskiej Fundacji Onkologicznej; pan Paweł Korzeniowski, wicedyrektor Departamentu Zdrowia NIK; pani Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej; pani Grażyna Mierzejewska, ekspert Polskiej Unii Onkologii, współzałożyciel Medycznej Racji Stanu; pan Marcin Migaczewski, przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej; pani Agata Polińska, wiceprezes Zarządu Fundacji ALIVIA; pani Aleksandra Rudnicka rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych; pani Aleksandra Wilk koordynator Sekcji Raka Płuc Fundacji TO SIĘ LECZY; pan Wojciech Wiśniewski przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich, pan Marek Wleklík przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz panie Joanna Śnietka i Karina Szota – Medyczne Centrum Edukacji.

Szanowni państwo, zanim udzielię głosu, chciałabym wszystkim ze strony społecznej podziękować za uwagi, które wpływają do Ministerstwa Zdrowia, bo z tego, z czym zdążyłam się zapoznać, wynika, że naprawdę są zmiany w zakresie podejścia do profilaktyki. Jest to bardzo ważna dziedzina, która musi być finansowana. Mówiąc o profilaktyce mamy na uwadze również tak zwany rachunek ekonomiczny, bo profilaktyka jest tańsza od leczenia. Powinno nam wszystkim zależeć na tym, aby to dobrze przedstawić społeczeństwu. Myślę, że państwo jako organizacje pozarządowe bardzo dużo robicie, ale może jeszcze znajdziemy wspólne rozwiązania, żeby wspomóc działania Ministerstwa Zdrowia, które naprawdę widzi te potrzeby społeczne.

Bardzo proszę o zgłaszanie się do dyskusji oraz przedstawianie, kogo państwo reprezentujecie. Bardzo proszę przedstawić się i zabrać głos, jeżeli ma pani uwagi odnośnie do podejścia do profilaktyki, zmian, czy zaakceptowania tego, co jest. Bardzo proszę.

### **Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Fundacji Onkologicznej Dorota Korycińska:**

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Mam troszeczkę pytań do pana ministra, więc spróbuję po kolei...

Panie ministrze, mówimy o profilaktyce wtórnej, natomiast w lutym 2021 r. został opublikowany unijny raport onkologiczny dotyczący profilaktyki. Tam jest bardzo duży nacisk położony na profilaktykę pierwotną. W związku z tym, między innymi jednym

z ważnych elementów jest na przykład redukcja nikotynizmu do 5%. Chciałabym zapytać, w jaki sposób Polska, Ministerstwo Zdrowia, ma zamiar podejść do tej profilaktyki pierwotnej, bo nie muszę tutaj nikomu chyba przypominać, że nowotworów odnikotynowych jest bardzo dużo.

Drugi element, na który zwracała uwagę Unia Europejska, to zadbanie o czyste środowisko, żebyśmy mogli oddychać czystym powietrzem i nie powodować tych nowotworów, które są generowane z tego tytułu, a także edukacja i oczywiście wyrównywanie nierówności. Mam więc pytanie, w jaki sposób polska strona chce doprowadzić do realizacji tych unijnych założeń i czy w ogóle jest takie podejście. Cały czas mówi się bowiem o profilaktyce wtórnej, a ta pierwotna jest również bardzo istotna.

Pan minister wspomniał o tym, że 50% ulotek czy zaproszeń trafia do kosza. Jest więc w pewnym sensie dokonana diagnoza, dlaczego zgłaszalność jest taka niska. Natomiast ja mam pytanie, co można z tym fantem zrobić. Czy jeszcze są jakieś przyczyny, które Ministerstwa Zdrowia zauważyło, czy dokonało jakiejś analizy tych pozostałych 50%, dlaczego ta zgłaszalność jest taka niska. Jakie są przyczyny, oprócz tego, że ulotki trafiają do kosza i jakie wyjście z tej sytuacji Ministerstwo Zdrowia opracowało czy jest w trakcie opracowywania?

Jeszcze wrócę do tych chorób odnikotynowych. NFZ niedawno ogłosił, że one kosztują nasze państwo 2,7 mld zł rocznie. To jest bardzo wysoka kwota. Zredukować nikotynizm – to nie tylko będą oszczędności, ale również zdrowsze społeczeństwo.

Mam jeszcze pytanie o akcyzę na papierosy. W jakiej wysokości ta akcyza wpływa i na co jest przeznaczana? Czy jest przeznaczana, na przykład, na leczenie nowotworów płuca, czy poradnie leczenia nałogów? My dobrze wiemy, że palacze mają bardzo duże problemy z tym, żeby wyjść z nałogu i też nie bardzo widzimy, że mają jakąkolwiek pomoc w tym względzie. Czy Ministerstwo Zdrowia chce coś zrobić z tym problemem i jakie są możliwe koncepcje?

Chciałabym jeszcze wrócić do tego zespołu do spraw odbudowy profilaktyki onkologicznej, bo uczestniczyłam w jego pracach – miałam taką możliwość. Tam mówiliśmy o tym, żeby do profilaktyki wtórnej włączyć, na przykład, lekarzy medycyny pracy. To zresztą często się powtarza, bo wielu pacjentów nie korzysta z publicznej opieki zdrowotnej albo nie ma takiej potrzeby, bo dobrze się czują, natomiast każdy pracujący musi przejść przez tego lekarza medycyny pracy. To jest też pomysł na to, żeby właśnie zwiększyć tę zgłaszalność, zmobilizować ludzi do tego, żeby byli objęci profilaktyką, żeby ich namówić. W związku z tym, czy w tym kierunku prowadzone są jakieś działania.

I drugi problem, który w ramach tego zespołu również był poruszany, żeby stworzyć wspólne rejestry badań profilaktycznych, które są wykonywane w publicznych i niepublicznych podmiotach. Na przykład, cytologia. Tak naprawdę, to my nie znamy pełnych danych, ile kobiet wykonuje, i jak, czy systematycznie, badania cytologiczne, ponieważ te badania są robione w różnych podmiotach. Nie mamy tych danych, więc tak naprawdę nie wiemy, ile kobiet wykonuje cytologię, jak często i czy systematycznie.

Ostatnie moje pytanie. Ile nowotworów zostało wykrytych dzięki badaniom przesiewowym?

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

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, czy pan będzie od razu odpowiadał, czy jeszcze jakieś pytania państwa...? Może jeszcze ktoś ma jakieś pytanie? Tam jeszcze. Bardzo proszę.

#### **Koordynator Sekcji Raka Płuc Fundacji TO SIĘ LECZY Aleksandra Wilk:**

Witam szanownych państwa. Panie ministrze, pani przewodnicząca, Aleksandra Wilk, Sekcji Raka Płuc Fundacji TO SIĘ LECZY. Miałam przyjemność mieć spotkanie z panem ministrem w lutym tego roku, kiedy sygnalizowałam problem diagnostyczny, ale też terapeutyczny i właśnie profilaktyki, jeśli chodzi o raka płuca.

Chciałabym się odnieść do tych danych, o których tutaj pan minister powiedział, że w latach 2020-2021 przewidziane było zbadanie 2 tys. osób w programie wczesnego wykrywania raka płuca. Moje pytanie – dlaczego tylko 5 tys. osób zostało przebadanych.

Nasza sekcja na przełomie stycznia-lutego uruchomiła specjalną infolinię dla pacjentów z rakiem płuca w Polsce. Zgłosiło się do nas ponad 100 osób. Na razie tę infolinię

próbujemy reklamować i informować o niej pacjentów w różnych ośrodkach onkologicznych. W tym momencie trwa dystrybucja materiałów edukacyjnych. Te wszystkie osoby, które do nas się zgłosiły to, niestety, w 90% były osoby, które zdiagnozowaliśmy z rakiem płuca w stadium zaawansowanym. Moje pytanie jest więc takie, czy ten program przewiduje też przebadanie osoby w młodszym wieku, bo niestety mamy bardzo dużo osób młodych, które nie paliły, i jest to przedział wiekowy 35-45. Czy przewidywana jest modyfikacja wieku w tym programie?

Myślę, że też państwo pamiętają, że dawno temu wykonywaliśmy dosyć regularnie badanie rentgenowskie. Były zlecane w zakładach pracy, tak samo na studiach. Sądzę, że można by przemyśleć temat powrotu do takich badań przesiewowych. Ja dosłownie 2 tygodnie temu osobiście brałam udział w takim gminnym badaniu profilaktyki raka płuca tomografią dla osób palących i niepalących od 45 r.ż., które sfinansował burmistrz jednej z gmin. I było pytanie naszych pacjentów – bo prowadzę też grupę pacjentów – dlaczego tylko w tamtej gminie takie badanie zostało przeprowadzone, i że nie dotyczyło tylko osób palących, ale też niepalących. Trudno mi było odpowiedzieć na takie pytanie. Być może jest jakaś możliwość dofinansowania gmin i takich programów profilaktycznych, przesiewowych, właśnie jeśli chodzi o raka płuca.

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

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, prosiłabym o u dzielenie informacji, a później następne pytania. Dobrze?

**Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:**

Dziękuję za te pytania, bardzo trafne i myślę że absolutnie dobrze diagnozujące problemy i wyzwania, przed którymi stoimy. Odnośnie do profilaktyki pierwotnej – bardzo ważna dla nas. Odzwierciedlone to zostało chociażby w Narodowej Strategii Onkologicznej, gdzie – tak jak już mówiłem – cały jeden filar działań jest związany z profilaktyką pierwotną. Jeden z tych pięciu filarów, na których opiera się strategia.

Przytoczę bardzo krótko, bo myślę, że strategia bez problemu jest dostępna do pewnej analizy, ale na przykład, jeżeli mówimy o wyrobach tytoniowych, to zadeklarowaliśmy cele związane chociażby ze zwiększeniem odsetka dziewcząt i chłopców w wieku 15 lat deklarujących niepalenie wyrobów tytoniowych, ale też, na przykład, ograniczenie odsetka kobiet i mężczyzn z nadwagą i otyłością, odsetka kobiet i mężczyzn używających wyrobów tytoniowych. Do tych celów zostały zaproponowane pewne działania, takie jak... Może nie szczegółowo, ale pewne grupy działań przytoczę: poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe; poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe; wdrożenie pewnych regulacji prawnych wspierających chociażby zdrowe odżywianie, w szczególności u dzieci; wdrożenie pewnych regulacji wspierających politykę antytytoniową i tu również mówimy o tym, o co pani pytała, czyli na przykład o modyfikacji programu profilaktyki chorób odtytoniowych, o utworzeniu poradni pomocy palącym koordynujących działania edukacyjne, o rozbudowie ogólnopolskiej sieci pomocy palącym. To są właśnie te działania.

Jeżeli mówimy o samych fiskalnych działaniach, to również jest działanie z doprowadzeniem do systematycznego wzrostu podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe, ale też trzeba mieć na uwadze to, że jeśli chodzi o ten podatek dzisiaj w Polsce – porównując z innymi krajami europejskimi – udział akcyzy w koszcie paczki jest stosunkowo wysoki. My budując NSO analizowaliśmy to – jeden z najwyższych w Europie. Co nie znaczy, że jako minister zdrowia nie postulowałbym, żeby był jeszcze wyższy. Dla mnie może być najwyższy w Europie.

Natomiast pewne narzędzia fiskalne już wdrożyliśmy. Takim narzędziem jest podatek cukrowy, który ewidentnie z jednej strony jest narzędziem interwencji w obszarze właśnie profilaktyki pierwotnej, a z drugiej strony bezpośrednio zasila budżet Narodowego Funduszu Zdrowia na walkę z chorobami związanymi z tyciem, z otyłością. Ten katalog działań został więc jak najbardziej określony.

Oczywiście w Narodowej Strategii Onkologicznej długo wahaliśmy się, czy zajmować się również działaniami związanymi z czystym powietrzem. Ja się zgadzam, to bardzo

ważne, natomiast uznaliśmy, że pewne programy rządowe, które już funkcjonują – czy wspierane środkami krajowymi, czy wspierane środkami unijnymi – są na tyle upowszechnione i realizowane, że już w tych naszych dokumentach to się nie znalazło, ale jak najbardziej te programy... Wybaczenie państwu, nie jestem kompetentny do szczegółowej analizy i odpowiedzi na pytania, na ile dzisiaj są realizowane i w jakim stopniu, ale przecież dość powszechnie widzimy te działania proekologiczne. Jako odpowiedzialny za Krajowy Plan Odbudowy w obszarze zdrowia też uczestniczyłem w różnych negocjacjach, no i przecież obszar związany z czystym powietrzem, ze zdrowym klimatem, był tym, którego alokacja jest największa w ramach Krajowego Planu Odbudowy, więc rzeczywiście i działań, i środków przewidzianych tutaj jest bardzo dużo.

Było pytanie o ulotki trafiające do kosza. Ja przytoczyłem, że 50% trafia do kosza, ale żeby było jasne, ta zgłaszalność z tego badania, które przeprowadza Narodowy Instytut Onkologii, jest jednocyfrowa, bo losy kolejnych zaproszeń też nie są dobre. Jeśli dobrze pamiętam – wybaczenie państwu, to tak trochę z głowy, to że 2 lata temu analizowaliśmy z profesorem Regułą – kolejne chyba 25% po otwarciu też zostało odłożonych na półkę i te osoby nigdy się nie zgłaszały, uznając to za mało istotne, więc tutaj ta analiza była dość gruntowna.

Natomiast, jakie inne działania można realizować. To jest bardzo dobre pytanie, myślę, że otwarte i też chętnie wysłucham, bo od dawna staramy się szukać takich pomysłów.

To, co na dzisiaj zaproponowaliśmy w Narodowej Strategii Onkologicznej i w innych naszych działaniach, to na pewno ciągle, ustawiczne, systematyczne kampanie medialne o różnych zasięgach, ogólnopolskie, i dotarcie przy pomocy tych różnych innych kanałów informacyjnych, w szczególności internetowych. Jednak to, co może w sposób całkiem nowy otworzy nam możliwości dotarcia, być może sprawi, że ten system zaproszeniowy, nawet gdyby był mało efektywny, to przynajmniej byłby tani, to Internetowe Konto Pacjenta.

My przed pandemią mieliśmy 0,5 mln IKP i już wtedy myśleliśmy o tym, jak IKP wykorzystać do profilaktyki onkologicznej. Dzisiaj mamy – jeśli dobrze pamiętam – ponad 10 mln IKP i robi się z tego świetne narzędzie do dotarcia do pacjenta, aplikację mObywatel, pewne narzędzia wdrożone, alerty RCB. To są narzędzia, które chcemy rozwijać i właśnie chcielibyśmy wdrażać w obszarze profilaktyki. Ankieta profilaktyczna, realizowana w ramach „Programu 40 PLUS” w ramach IKP, to już jest taki pierwszy element, ale mam nadzieję – zresztą takie określiłem cele dla Centrum e-Zdrowia, takie przyjęliśmy założenia – że IKP będzie jeszcze aktywnie wspierać obszar profilaktyki. Mając zebrane tam maile, mając zebrane częściowo numery telefonów do osób, które założyły IKP, będziemy mogli w pewien sposób, może nie nachalny, ale subtelny, zauważalny, atakować te osoby czy zaproszeniami, czy przypomnieniami. Przypomnieniem – myślę, że panie mogą się z tym źle czuć – że już trafiły do tej grupy wiekowej, w której warto zrobić mammografię. Drogie panie, musicie wybaczyć, ale pewnie będziemy takimi wiadomościami was atakowali, mężczyźni również.

Lekarze medycyny pracy. Tak, pamiętam ten postulat z prac tego zespołu. Zresztą włączenie lekarzy różnych specjalności, w szczególności medycyny pracy, jest również określone w Narodowej Strategii Onkologicznej. Narodowa strategia mówi, że od roku bodajże 2022 albo 2023 my aktywnie chcemy włączyć lekarzy medycyny pracy do realizacji pewnych działań profilaktycznych – nie chcę jeszcze powiedzieć „badań profilaktycznych” tylko właśnie „działań profilaktycznych”. Faktycznie, nie ukrywam, mamy pewną trudność – dzisiaj już na poziomie wstępnych analiz – z ustawieniem tego problemu, bo jak dobrze wiemy, finansowanie lekarza medycyny pracy odbywa się poprzez pracodawców. Myślę, że część pracodawców chętnie dołożyłaby się do tego, bo jednak zdrowy pracownik, w tej dzisiaj dość trudnej sytuacji kadrowej na całym rynku, jest dla nich pewnym benefitem. Wiele osób już się włącza.

To w formie dygresji, odchodzę od pytania – przygotowaliśmy taki program „Pracodawca Zdrowia”, w ramach którego wynagradzamy tych pracodawców, którzy w taki ponadstandardowy sposób dbają o swoich pracowników czy zachęcając ich do aktywności sportowej, zdrowego żywienia czy kierując właśnie na badania profilaktyczne, udzielając

dnia wolnego itd. Tych certyfikatów przyznaliśmy już kilkadziesiąt, a może nawet kilkadziesiąt. Zatem część pracodawców na pewno chętnie, nawet mimo zwiększonego kosztu badania, je rozszerzyła, ale część niekoniecznie chętnie. Ci lekarze dzisiaj pracują poza systemem Narodowego Funduszu Zdrowia, więc na pewno kwestie związane i z czasem ich pracy – bo lekarzy medycyny pracy wcale za dużo w systemie nie mamy – i z wynagrodzeniem, musimy rozstrzygnąć przed tym okresem, który mamy określony w harmonogramie Narodowej Strategii Onkologicznej.

Wspólne rejestry. Tak, zgadzam się. To jest problem, bo my faktycznie mówimy, że zgłaszalność na cytologię jest na poziomie 20-25%, może 30, podczas gdy na przykład z badań GUS-u wiemy, że ona wynosi około 60-70%, co można byłoby nawet uznać za zadowalające z punktu widzenia celów populacyjnych. Wydaje się, że dzisiaj dalszy rozwój systemów opartych na Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki to nie jest ten kierunek. Natomiast przypominam, że od 1 lipca wdrożony został wymóg prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, skierowany i do świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, i do świadczeniodawców prywatnych, więc odnośnie do zasady, być może po takim pierwszym okresie półrocznym zobaczymy, na ile te dane są kompletne z punktu widzenia również profilaktyki, bo jak najbardziej powinny być zasilane do P1. Zatem być może te rejestry utworzą się nam automatycznie przy okazji EDM, co rzeczywiście byłoby dużą wartością również dla nas, dla tworzenia takiej aktywnej polityki w zakresie profilaktyki onkologicznej.

I rak płuca. Dlaczego tak mało tych pacjentek? Rzeczywiście mniej, niż byśmy oczekiwali. Ja nawet robiłem takie spotkanie statusowe ze wszystkimi sześcioma realizatorami i odpowiedź była jedna – przez pandemię. Jednak nie byli w stanie aktywnie realizować tych badań. Były dwa ośrodki – bo to też trzeba jasno powiedzieć. Z tych sześciu praktycznie tylko dwa zrealizowały tę pulę pacjentów, pozostałe weszły do tego marginalnie. Pewne deklaracje, które wtedy zostały złożone, były takie, że jak najbardziej te cele zostaną osiągnięte, i to nie tylko te cele pierwotne. Tak jak mówię, wydaje mi się, że z tych sześciu ośrodków pięć zadeklarowało zwiększenie tego wcześniejszego poziomu umów. Mam więc nadzieję, że zostanie zrealizowana nawet większa liczba niż pierwotnie zakładana.

Odnośnie do wieku, pewnych kryteriów wejścia, ja też chcę przypomnieć to, co już mówiłem – to z jednej strony program pilotażowy, a z drugiej ciągle jeszcze innowacyjny, bo nie ma dzisiaj w Europie uznanej metody przesiewu w raku płuca. Praktycznie, kiedy my wchodziliśmy do pilotażu w roku 2019, to chyba tylko Wielka Brytania realizowała podobny pilotaż i chyba jeden z krajów Beneluxu realizował to w sposób bardziej powszechny, i tyle. Zatem de facto jesteśmy trochę prekursorem w tym obszarze w takim szerszym wejściu, a teraz, po rozszerzeniu tego na cały kraj, na wszystkie województwa, myślę, że docelowo to my będziemy mogli chwalić się wynikami tego przesiewu.

Myślę, że odnośnie do wieku i kryteriów wejścia pewna ewaluacja pojawi się pod koniec tego roku – jak już wcześniej mówiłem – i na pewno pewien panel z ekspertami, aczkolwiek nie zakładam jednoznacznie, żeby daleko odejść od tych kryteriów, które mamy dzisiaj. Chcemy te badania skierować głównie do palaczy – takie jest tam założenie. Dziękuję.

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

Bardzo dziękuję. Widzę, że są następne pytania, tylko bardzo bym prosiła, żeby skrać wypowiedzi, żeby wszyscy mogli wypowiedzieć się na posiedzeniu podkomisji. Bardzo proszę o przedstawienie się i o pytanie.

#### **Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:**

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Ja chciałabym najpierw nawiązać do tego bardzo słusznego postulatu objęcia profilaktyką osób palących. Wydaje mi się, że tutaj powinniśmy też pamiętać o bardzo ważnej sprawie, jaką są e-papierosy, o których zapominamy. To też jest sprawa nieuregulowana prawnie, a poza tym jest to bardzo niebezpieczne dla zdrowia, ponieważ, o ile o tytoniu i jego szkodliwości, o paleniu papierosów, wiemy już dużo, o tyle o tych nowych produktach wiemy niewiele, a jest ogromna moda wśród młodzieży na palenie właśnie e-papierosów.

Rak piersi. Tutaj dołączyłabym do postulatu Oli, to znaczy rozszerzenia grupy wiekowej... Ja wiem, ale ja mówię o raku piersi, żeby też rozszerzyć grupę wiekową kobiet, które powinny być poddawane tej profilaktyce. Czyli przedłużyć przynajmniej dla pań z grupy 74 lata, natomiast dla pań młodszych USG, bo to jest konieczność. W tej chwili choruje bardzo dużo młodych kobiet.

Rak szyjki macicy. Pan minister powiedział, że będziemy mieli jakby dwa programy szczepień HPV. Jeden z nich będzie nieodpłatny, a drugi częściowo odpłatny. Ja bym chciała wiedzieć, do jakich grup pacjentów będzie skierowany ten odpłatny częściowo. To znaczy, ile będzie pokrywał NFZ w ramach tego badania, a ile pacjent, a raczej pacjentka będzie musiała sama zapłacić.

Mam też pytanie do pana profesora Bidzińskiego, jeśli chodzi o program HPV. Czy pan profesor mógłby nam coś bliżej powiedzieć, jak ten program będzie wyglądał? Czy to będzie tylko taki program zakładający szczepienia, czy również edukację lekarzy i pacjentów, bo to jest bardzo istotne w tym programie, a wiem, że pan i cały zespół pracują nad tym programem?

Chciałabym też zapytać o głowę i szyję, bo mamy bardzo innowacyjny program profilaktyki nowotworów właśnie głowy i szyi ze środków europejskich. Czy on jest kontynuowany, czy skończyliśmy na pilotażu? Pacjenci o to pytają.

Następna, bardzo ważna rzecz, to nowotwory dziedziczne rodzinne. Czy u kobiet będących nosicielkami BRCA1 i BRCA2 wykonywane są już w tej chwili badania pogłębiane? Nie tylko proste, ale NGS. Czy jest to przewidziane w tych programach, bo pan minister mówił, że dużo więcej środków jest wykorzystywanych i kierowanych do tej grupy pacjentów? Czy tutaj też jest ta pogłębiona diagnostyka?

I na koniec – to jest w zasadzie zdanie mojej pani prezes Krystyny Wechmann, która od ćwierćwiecza walczy o profilaktykę, a nawet dłużej, i uważa, że potrzebny jest nam jednak jakiś audyt dotyczący właśnie odpowiedzi na pytania, dlaczego ta profilaktyka u nas, mimo dużych nakładów, mimo tego, że wszyscy się staramy, nie jest dobrze realizowana. Wydaje się nam, że to nie musi być żaden wielki zespół. Wystarczyłoby zatrudnić pięciu specjalistów w tej dziedzinie, żeby pochylili się nad tym tematem i przedstawili nam taki raport, co robiliśmy źle i co, na przykładzie innych krajów i państw, moglibyśmy robić lepiej. Dziękuję bardzo.

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

Bardzo dziękuję. Jeszcze następne pytanie. Pani była pierwsza, przepraszam.

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

Dzień dobry. Anna Kupiecka, Fundacja OnkoCafe-Razem. Ja chciałabym tylko nawiązać krótko do słusznego kierunku, który też opiniowaliśmy i absolutnie popieramy ten kierunek, aby poszerzać zaangażowanie POZ w profilaktykę, we wczesne wykrywanie. To również naszym zdaniem jest absolutnie ten kierunek. Tak jak pan minister był uprzejmy powiedzieć, troszeczkę odsuwa w czasie. Liczę zatem na zestaw ekspertów w tej komisji czy zespole, którzy wypracują takie rozwiązania, które rzeczywiście pomogą aktywować lekarzy POZ, aby chcieli swoją populację bardziej kontrolować pod kątem wykrywania nowotworów. Jest więc pytanie, czy w tym zespole bierze udział również strona społeczna, czy głosy pacjentów czy organizacji pacjenckich są uwzględnione, brane pod uwagę. I jak najbardziej ten kierunek – jednostki samorządu terytorialnego również powinny... Bardzo więc się cieszę. Pan minister mówił, że w 80-procentach – nie wiem, co. Czy wzrost w 80-procentach, czy o 80% więcej? Jestem ciekawa. Jak najbardziej popieramy te kierunki.

I mam pytanie, czy mamy takie analizy, na którym poziomie ta zgłaszalność jest wyższa/nizsza. Czy na poziomie realizowanych przez Narodowy Instytut Onkologii programów profilaktyki czy jednostki samorządu terytorialnego? Czyli, kto osiąga wyższą zgłaszalność. Czy osiągamy ją w innych jednostkach czy w onkologicznych? Jeśli bowiem 50 czy 75% zaproszeń trafia do kosza, nie są otwarte, to może warto byłoby pomyśleć o tym, aby profilaktykę onkologiczną realizować w placówkach onkologicznych nie w tak szerokim zakresie, bo nie dziwi się tym 50%, które natychmiast rozrywają kopertę

i zostawiają ją nawet na skrzynce. Przecież nikt nie chce czytać listu z placówki onkologicznej, bo uruchamiają się lęki, które występują u wszystkich.

My to widzimy w naszej pracy, i wszystkie organizacje pacjenckie – każdy boi się onkologii jak niewiadomo czego. Dlatego – naszym zdaniem – ta skuteczność wysyłek podpisanych „Narodowy Instytut Onkologii, zapraszam Cię do mnie”... One są po prostu nieefektywne. Może więc warto te środki przesunąć po prostu na inne pola zdecydowanie i szybko, ponieważ utopimy się w programach, na które dajemy miliony, a one tak naprawdę nie przynoszą efektów.

Uważam, że można zminimalizować nierówności w zdrowiu, w dostępie do profilaktyki onkologicznej, poprzez działania oddolne, czyli w danych regionach. Dany lekarz zna swoją populację, pielęgniarka, położna, regionalne oddziały. Wiemy, że takie programy – pacjenci nas informują – są wykorzystywane w 100-procentach. „Chciałam iść na mammografię – u mnie w urzędzie miasta było ogłoszenie, miejsca już się skończyły, chciałam iść tu, chciałam iść tu...”. Tak więc sygnały od społeczeństw, przy okazji naszych działań profilaktycznych, które robimy, są takie, że w regionach bardzo chętnie przyjmowane są takie programy. Dziękuję.

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

Bardzo dziękuję. Jeszcze jedno pytanie i zmierzamy do końca. Później wypowiedź pana ministra i pana profesora.

**Rzecznik Polskiej Unii Onkologii, współzałożyciel Medycznej Racji Stanu Anna Jasińska:**

Króciutkie pytanie. Anna Jasińska, Medyczna Racja Stanu. My 5 lat temu powołaliśmy think tank Medyczna Racja Stanu i tam były właściwie dwie najlepiej przyjęte przez system tezy dla zdrowia, które wypracowaliśmy wspólnie z naszą radą ekspertów. To był „sugar tax” i cieszymy się bardzo, że to się udało. Natomiast drugą, wciąż niezrealizowaną, z którą związany jest taki roller coaster informacyjny w przestrzeni publicznej, jest „godzina dla zdrowia”.

Te wszystkie postulaty, o których tu państwo mówicie, ta nasza absolutna bezsilność... Ja nie umiem ocenić, czy działa mit instytutu onkologii, czy pani, która jest niemiła „na frontlajnie” w Damianie. Nie potrafię tego ocenić. Natomiast na pewno, jeśli nie wykształcimy młodzieży, jeśli nie nauczymy dzieci podstawowej troski o zdrowie i zrozumienia tego, czym jest zdrowie, to pomimo COVID, który powinien być dla nas, dorosłych, lekcją każącą przemodelować cały sposób myślenia o priorytetach w państwie, pozostaniemy bezsilni i znowu za rok, dwa, trzy spotkamy się i będziemy pytali, co zrobić. No, trzeba zacząć od fundamentów. Nauczmy dzieci i zacznijmy rozmawiać o tym, że będzie godzina dla zdrowia.

Ja byłam podczas takiej sesji w Polskiej Akademii Nauk w sekcji języka polskiego, która była poświęcona językowi komunikacji zdrowotnej. Spotkałam tam panią, która od 10 lat ma przygotowany skrypt do prowadzenia takich zajęć starszaków w przedszkolach i w szkole podstawowej. Są ludzie, którzy to przygotowywali. Przez te 10 lat zmieniły się dzieci. Na pewno to nie mogą być te same skrypty, i może w ogóle inna formuła elektronicznej komunikacji obrazkowej, natomiast powróćmy do tematu, bo międlimy go od pięciu lat i nic. Dziękuję.

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

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:**

Dziękuję, pani przewodnicząca. Sporo tych pytań szczegółowych. Mam nadzieję, że za dużo nie pomnę.

HPV – odpłatne czy nieodpłatne, i te dwa modele. To, co my zakładamy w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, to bezpłatne szczepionki dla dziewczynek w wieku lat 9-13, a w drugiej kolejności – jeśli dobrze pamiętam – w roku 2026, również dla chłopców w tym przedziale wiekowym. Natomiast – jak pamiętam – charakterystyka produktu leczniczego dla szczepionek HPV daje możliwości znacznie szerszego tego czasookresu. Tam jest chyba 8-16, a może nawet dwadzieścia kilka lat. Pan profesor najwyżej mnie poratuje, jeżeli ja się mylę, ale na pewno ten okres jest szerszy.

Tak więc, my zakładamy... I ponieważ na pewno będzie tak, że my będziemy prawdopodobnie nabywać te szczepienia w ramach systemu bezpłatnego dla jednego rocznika 12-13-latek, no to ten wniosek refundacyjny na częściową odpłatność – te negocjacje jeszcze trwają, więc nie będę mówił, na jaką on jest złożony – będzie dawał możliwości tym chętnym przynajmniej częściowej refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jeżeli będziemy mieli kogoś wykraczającego poza tę grupę 9-13 z narodowej strategii, czy jeżeli ktoś będzie chciał się zdecydować, na przykład, nie czekać na swój rocznik 12-latek, tylko zaszcześcić 9-latkę, tak jak jest w ChPL. Dlatego te dwa systemy równolegle.

W przypadku programu wysokiego ryzyka, tych rodzin uwarunkowanych, badania NGS są finansowane w ramach zarówno mutacji BRCA1, jak i BRCA2. Tam NGS jest w katalogu tych badań finansowany. Zresztą, to jeden z głównych kosztów tego programu i rzeczywiście istotne środki przede wszystkim na te badania genetyczne...

Na ten moment program unijny profilaktyki głowy i szyi, faktycznie dość innowacyjny, jest realizowany do końca 2022 r., więc on jest kontynuowany. Po tym okresie, czyli pod koniec następnego roku, będziemy zastanawiali się nad tym, co dalej z tym programem, czy go kontynuować i na ile te efekty zostały zrealizowane. Zresztą, podobnie jak w wielu innych programach profilaktycznych unijnych, świadczeniodawcy sygnalizują nam, że pandemia bardzo im utrudniła ich realizację.

Odnośnie do audytu – bo wiedzę jeszcze, audyt – zawsze jestem chętny na jakąś wymianę doświadczeń, natomiast wydaje mi się, że w obszarze profilaktyki my dość dobrze wiemy, co chcemy robić i być może nie zawsze do końca mamy zgodność odnośnie do metod. Długo dyskutujemy o tym, czy wysyłka zaproszeń, czy inne metody, natomiast wydaje mi się, że i w Narodowej Strategii Onkologicznej, i w tym zespole, który powołałem w grudniu, te tezy są dość jednoznaczne i takie, które chyba już są ugruntowane.

Ja nie wiem, czy znajdziemy jakieś nowe modus operandi na to, co dzieje się w Europie. To, co dzieje się w Europie, to właśnie – co mówiłem wcześniej – ukierunkowanie na FIT, ukierunkowanie na badanie HPV-DNA. Może nieco inne podejście do oceny – chociaż myślę, że akurat na polu oceny jakości czy badań mammograficznych, w szczególności raka jelita grubego, to my absolutnie nie mamy o co się martwić i czego wstydzić, więc raczej być może tego typu działania, które dzisiaj realizujemy. Aczkolwiek chętnie wsłuchuję się we wszystkie takie postulaty w zakresie profilaktyki i nowe pomysły.

JST i Fundusz Medyczny – do 80% wielkości programu będzie mogło być dofinansowanie ze środków Funduszu Medycznego. Wnioski na takie dofinansowanie takiego programu polityki zdrowotnej będą realizowane w trybie konkursowym. Myślę, że z początkiem następnego roku będziemy ogłaszać pierwsze projekty w tym zakresie, pierwsze konkursy.

Ja też nie wiem, czy definiowałbym, kto osiąga większą zgłaszalność – czy ośrodki onkologiczne, czy ośrodki specjalistyczne, i czy lepsze jest zaproszenie ze strony wcześniej centrum onkologii, teraz NIO, czy innych podmiotów. Myślę, że powinniśmy – kolo-kwialnie mówiąc – uderzać z różnych stron. Na wielu osobach logo instytutu onkologii czy centrum onkologii zrobi wrażenie, a innych faktycznie wystraszy.

Wcześniej zaproszenia były wysyłane przez ministra zdrowia – nie wiem, czy państwo pamiętacie. I na pewno tym, do czego doszliśmy w ramach pewnej ewaluacji, było to właśnie, żeby jednak zaproszenia w programie raka jelita grubego wysyłał instytut onkologii, bo to jest lepiej odbierane niż zaproszenie od ministra zdrowia. Myślę jednak, że tutaj wielokanałowość i zaangażowanie JST jak najbardziej byłoby wskazane. Natomiast myślę, że wszyscy zgadzamy się odnośnie do tego, że to rola POZ, żeby informować o tych badaniach, o ich istotności, krytyczności w pewnym wieku czy z pewnymi uwarunkowaniami rodzinnymi, żeby do nich zachęcać.

Chociaż ja mówiłem o tych premiach i o tym systemie motywacyjnym, ale powiedzmy sobie jasno, że jednak oczekiwałbym – i oczekuję, i mam nadzieję, że tak to będziemy realizować – że po pewnym okresie, nie za długim, kiedy będziemy tylko wynagradzać najlepszych, to również zaczniemy karać najgorszych. Myślę, że nie akceptowalna dla nas wszystkich powinna być sytuacja, że dany ośrodek POZ ma zgłaszalność na pewne programy na poziomie 20-30%. Może więc trzeba będzie spojrzeć na to obiektywnie i fak-



tycznie dalej utrzymać finansowanie wynagradzania najlepszych, ale tych najgorszych, tych, którzy będą dalecy od benchmarku, również karać.

Odnośnie do „godziny dla zdrowia”, ja myślę, że to nie jest tak, że od pięciu lat nic z tym się nie dzieje, bo to zadanie jest jednym z 95 wpisanych do Narodowej Strategii Onkologicznej. Niestety, jednym z tych – ostatnio w Sejmie przedstawiałem – których nie udało się nam zrealizować w harmonogramie, bo ono było zaplanowane na rok poprzedni. Natomiast z punktu widzenia tego zamieszania, niestety, związanego z systemem edukacji wywołanego pandemią, lekcjami zdalnymi, to wszyscy doskonale wiemy, że to zadanie przenieśliśmy na rok obecny. Mamy przygotowane skrypty dla klas I-III, jesteśmy na końcu przygotowania skryptu dla klas IV-VIII, natomiast – szczerze – też nie wiem, czy uda się nam odpalić to w tym roku. To trochę zależy od tego, czy będzie czwarta fala, czy nie, czy szkoła będzie pracowała w trybie normalnym, czy nie. Tak więc, bardzo chcielibyśmy. To zadanie jest zaplanowane do uruchomienia jeszcze w tym roku. Czy się uda? Oby. Mam nadzieję.

Nie wiem, czy pominąłem jakieś pytanie. Mam nadzieję, że nie. Dziękuję.

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

Zanim udzielię głosu kolegom posłom, chciałabym jeszcze prosić o wypowiedź pana profesora.

### **Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:**

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, dziękuję za pytanie dotyczące HPV. Oczywiście dzisiaj możemy powiedzieć, że ta tak zwana klasyczna cytologia rzeczywiście odchodzi do lamusa i coraz rzadziej w kręgach, które zajmują się profilaktyką wtórną dotyczącą nowotworów szyjki macicy, mówimy o skuteczności cytologii, a mówimy przede wszystkim o skuteczności badań opartych na elementach molekularnych. To wynika z wielu faktów – tu nie będę przytaczał – ale na pewno tak zwana czułość oraz specyficzność metody jest wyraźnie wyższa.

Pracujemy razem z Biurem Polityki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia nad zmianą programu badań profilaktyki wtórnej i w tej chwili są dosyć zaawansowane prace nad tym, żeby rzeczywiście przenieść ten tak zwany system na właśnie tak zwany element HPV. Jakie są korzyści z tego, wynikające przynajmniej ze statystyk z innych krajów? Przede wszystkim to, że możemy rozrzedzić liczbę tych badań. W krajach, które w tej chwili są rzeczywiście liderami tej metody, robi się badania HPV co 5 lat i te działania są jak najbardziej efektywne.

Druga rzecz – od razu zmniejszyła się liczba laboratoriów, które mają w tym zakresie konieczność raportowania, bo uważam, że my dzisiaj dzięki temu, że nie posiadamy tych rejestrów, musimy się zastanowić nad tego typu elementem, jak rejestrować te badania. Wszyscy bowiem faktycznie wiemy, że w ramach SIMP-u otrzymujemy tylko garstkę informacji. Druga część, tak zwane zakłady nieuspołecznione, cała ta część prywatnych usługowców, niestety, w tym systemie nie uczestniczy. Wydaje się, na bazie tego doświadczenia pocovidowego, które uzyskaliśmy, że raportowanie ze szczebla laboratoryjnego będzie najbardziej efektywne. I zgadzam się z panem ministrem, że rzeczywiście dzisiaj ucyfrowienie tego całego systemu pozwoli nam w najbliższym czasie doprowadzić do tego, że te rejestry będą bardziej funkcjonalne.

O czym jeszcze chciałbym powiedzieć? Otóż, jeśli chodzi o profilaktykę, chyba tu wszyscy wspólnie dochodzimy do takiego wniosku, że trzeba przenieść element profilaktyki na szczebel działań podstawowej opieki zdrowotnej czy ewentualnie działań w zakresie medycyny pracy, bo to jest zadanie dla POZ. My dzisiaj możemy powiedzieć, że nie zostało to dobrze zdefiniowane albo że jeżeli zostało zdefiniowane, to nie zostało faktycznie rozliczone, kto i jak w tym zakresie uczestniczy. Są oczywiście placówki na terenie kraju, które wyczerpały i bardzo dobrze funkcjonują w ramach profilaktyki – i to nie tylko profilaktyki onkologicznej, ale również każdej innej profilaktyki w zakresie chorób metabolicznych, kardiologicznych czy układu oddechowego – natomiast są to nadal, mimo wszystko, jeszcze nie tak popularne miejsca.

W związku z tym tu rzeczywiście postulowałbym, żeby spowodować przeniesienie tego do powiatu, który jako jednostka samorządu terytorialnego mogłaby powoływać tak

zwane centra profilaktyki. Centra profilaktyki byłyby też dysponentem środków, które byłyby przeznaczone na tę część profilaktyczną i jednocześnie rozliczałyby POZ, które są w ich obszarze, bo one mają rzeczywiście zdecydowanie łatwiejszy nadzór nad tym, a te POZ, które byłyby nieefektywne, wypadałyby z tego systemu. Jednak te powiatowe centra profilaktyki miałyby za zadanie koordynowanie. Miałyby również – w moim przekonaniu – obowiązek podpisywania umów, które byłyby rzeczywiście elementem bardzo istotnym z punktu widzenia rozliczania, bo my dzisiaj chcielibyśmy uzyskiwać nie tylko kwestie systemowe, ale również efektywność tego tak zwanego elementu realizacyjnego powinna być monitorowana. Na tym poziomie to monitorowanie – w moim przekonaniu – będzie bardzo efektywne. Dziękuję bardzo.

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

Bardzo dziękuję. Teraz udzielam głosu kolegom posłom, bo zgłaszali chęć udziału...

### **Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Z wielką przyjemnością przysłuchiwałem się tutaj przede wszystkim wypowiedziom strony społecznej. Właściwie prawie ze wszystkim się zgadzam. To, co pan minister pokazał, to jest rzeczywiście głównie profilaktyka wtórna. Prawie w ogóle nie było mowy o profilaktyce pierwotnej, która jest absolutnie najważniejsza. Ja w ogóle całe życie uważałem, że mówienie o wczesnym wykrywaniu, że to nie jest profilaktyka, to jest nadużycie, no bo profilaktyka to jest zapobieganie, a my tutaj niczemu nie zapobiegamy, tylko po prostu staramy się różne nowotwory wcześniej wykryć. A ponieważ nie wiemy w wielu przypadkach, w jaki sposób one powstają i dlaczego, to dobrze, że przynajmniej staramy się je wcześniej wykryć. Natomiast w tej pierwotnej, szczególnie jeżeli chodzi o nikotynizm – to są pewne truizmy, że on powoduje dziesiątki chorób nowotworowych, nie tylko raka płuc – powinniśmy oczywiście bardziej agresywnie działać, żeby zmniejszyć liczbę palaczy, szczególnie wśród młodzieży. Chciałbym o paru rzeczach powiedzieć.

Przede wszystkim zacząłbym od nowotworu, który jest najpopularniejszy, to znaczy, od raka piersi. Ponieważ w Polsce już od wielu lat nie zmienia się to, że jesteśmy prawie na samym końcu, jeżeli chodzi o leczenie i wykrywanie raka piersi, powstał pewien program profilaktyczny mammografii dostępnej głównie w mammobusach u pacjentek między 50 a 69 r.ż. Mnie się wydaje – z akcentem na „wydaje”, bo nie jestem pewien tego, co mówię – że nikt nad tym nie pracuje, żeby to zmodyfikować, a to jest program, który często jest bardzo szkodliwy. Oczywiście tam, gdzie kobiety w ogóle nie chodzą, na przykład na wsi, jeżeli mammobus tam nie pojedzie, to one w ogóle nie pójdą. I tutaj chapeau bas!, oczywiście to ułatwiamy. Jest to jednak wybranie mniejszego zła, dlatego że w ogóle powinno być inaczej.

Przede wszystkim – inny algorytm badania pacjentek. One powinny być badane, po raz pierwszy mieć wykonaną mammografię, w 35 r.ż. – to właściwie na całym świecie tak się uważa – potem w 40. i co 2 lata między 50 a 60, a kiedy jest największe zagrożenie, co rok. Natomiast młodsze panie mają głównie piersi gruczołowe i w ich przypadku bardzo często przychodzi uspokajający wynik mammografii, że wszystko jest w porządku i że pani gratujemy i zapraszamy za 2 lata, a jej nawet przez myśl nie przejdzie, żeby pójść na dalsze badania.

Ja muszę powiedzieć ze swojego doświadczenia, że niestety nawet w ciągu ostatniego roku miałem kilka przypadków takich, że pacjentki uspokojone wynikami mammografii przesiewowej po prostu się nie badały – nie poszły do onkologa ani nie były na USG – a tam, gdzie jest pierś gruczołowa to po prostu... Zresztą nawet często w opisie jest tak napisane, że przydatność mammografii jest niewielka, ale nic tutaj złego nie widzimy. Jest napisane BI-RADS 1, BI-RADS 2 i pani uspokojona śpi sobie dalej, a rak rośnie. Jeszcze raz mówię – to powinno się zmodyfikować. W przypadku, gdy radiolog opisuje piersi gruczołowe, te osoby obligatoryjnie powinny być zapraszane na badanie ultrasonograficzne. I oczywiście to, co już któraś z pań powiedziała, że granica wiekowa powinna być przesunięta, dlatego że bardzo wiele osób w Polsce uważa, że skoro program jest od 50 r.ż. to w ogóle nie ma żadnego powodu, żeby robić mammografię przed 50 r.ż. Mało tego, niestety wielu ginekologów utwierdza kobiety w tym przekonaniu, że pierwszą

mammografię powinno się wykonać w wieku 50 lat, co – mówię autorytatywnie – jest nieprawdą. To jedna rzecz.

Chciałbym więc prosić pana ministra, jeżeli moglibyśmy nad tym się pochylić, żeby jednak modyfikować ten program, który nie jest zły. Mówię o programie wykonywania mammografii bez skierowań, ponieważ on jednak trafia do grupy kobiet, która w ogóle by nie zrobiła badań, ale szczególnie w miastach średnich, większych, tam gdzie są mammografy cyfrowe, gdzie jest dostęp do poradni onkologicznej, czasami ten mammobus stojący pod sklepem robi więcej szkody niż pożytku. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Chciałbym powiedzieć o tej niskoemisyjnej tomografii komputerowej. Taki program był już kiedyś. Był taki screening robiony w Szczecinie, zresztą zapoczątkował go profesor Grodzki. On wtedy działał w Radzie Miasta i uważał, że to jest dobre. Z tego, co wiem, wykrywalność jest niewielka, ale w ogóle każdy screening jest przydatny i powinien być robiony. Tak samo jak nie robimy z jakiegoś powodu screeningu czerniaka, a powinien być robiony, bo widzimy, co się dzieje z klimatem. Czerniaka jest coraz więcej i będzie coraz więcej.

Ta tomografia – ona nie nazywa się niskoemisyjna, tylko niskodawkowa – jest oczywiście droga, ale jest badaniem z całą pewnością dobrym, więc powinno się to robić. Natomiast jestem bardzo sceptyczny odnośnie do tego, czy ludzie będą na tę tomografię chodzić. A jednym z najczęstszych nowotworów jest również nowotwór jelita grubego i ja mam wiele obiekcji do tego... To znaczy, to, że państwo chcecie robić przed kolonoskopia, która jest badaniem inwazyjnym, badanie kału na krew utajoną, to jest absolutnie dobry kierunek, tylko ja uważam, że aby w ogóle była jakaś zgłaszalność, to powinni to robić lekarze rodzinni.

To jest badanie niezwykle tanie, proste, wiele gabinetów robi to na poczekaniu. Sam to robiłem, więc odpowiedzialnie mogę powiedzieć – daje się tam parę kropli i się widzi, czy jest krew utajona, czy nie. Gdyby była lepsza współpraca z lekarzami rodzinnymi, z POZ, to można byłoby wyodrębnić tę grupę i każdy lekarz rodzinny mógłby wtedy przekonać tego pacjenta, że skoro ma dodatni wynik, to jednak powinien zrobić kolonoskopię. Uważam też – chciałem tu powiedzieć coś miłego, więc to powiem – że to bardzo dobrze, że państwo zdecydowali się na to, żeby refundować badanie w sedacji, dlatego że wiele osób boi się tego badania – i słusznie, bo ono nie jest przyjemne – natomiast w momencie, kiedy jest dostęp do zrobienia go w znieczuleniu, robią to oczywiście dużo chętniej.

Już ostatnia sprawa, to ta szyjka macicy. Ja uważam, że absolutnie to jest nasz grzech zaniechania, że tak późno przystępujemy do tych badań HPV. Ja już to mówiłem panu ministrowi. Uważam, iż to, że pan mówi, że cała logistyka, że tak powiem, i legislacja jest przygotowywana do tego, to jest dla mnie jakieś nieporozumienie, dlatego że samorządy robią to od wielu, wielu lat i zawsze problem był tylko taki, że było za mało pieniędzy. Te szczepienia absolutnie powinny być darmowe. Oczywiście spotkamy się przy tych szczepieniach z tym... Ja też to mogę powiedzieć z autopsji, ponieważ kiedy byłem burmistrzem miasta przez 7 lat próbowaliśmy realizować szczepienia przeciwko HPV i z roku na rok było mniejsze wyszczepianie, ponieważ coraz bardziej rosły w siłę ugrupowania antyszczepionkowe. Tutaj będzie problem z wyszczepianiem, ponieważ oczywiście antyszczepionkowcy natychmiast rzucają się jak na padlinę i będą nas rozszarpywać, ale to trzeba zrobić. Jeżeli chcemy, żeby rzeczywiście niepotrzebne były te testy na HPV – te testy genetyczne, które są dużo dokładniejsze – to powinniśmy zrobić wszystko, żeby zaszcześcić jak najwięcej dziewczynek i za 15-20 lat nie będziemy mieli w ogóle problemu z rakiem szyjki macicy, ponieważ skuteczność tych szczepień jest olbrzymia.

Tak więc absolutnie jestem za tym, żeby było więcej oświaty zdrowotnej, żebyśmy wchodzili do szkół, więcej mówili ludziom, bo profilaktyka wtórna, na której pan minister tutaj się skupił, oczywiście jest słuszna, ale dużo tańsza, lepsza – tam gdzie można, oczywiście, gdzie możemy coś zrobić, bo znamy przyczynę – jest profilaktyka pierwotna. Bardzo bym zachęcał, żeby więcej pieniędzy wydawać na profilaktykę pierwotną i na oświatę zdrowotną, która jest naprawdę trudna do przecenienia i mimo wszystko cały czas jest u nas traktowana po macoszemu. Dziękuję bardzo.

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

Bardzo dziękuję, ale zanim udzielię głosu panu ministrowi, to chciałabym dodać jeszcze jedno zdanie odnośnie do mammobusów. Akurat ja należałam do grupy kobiet, która z profesorami, autorytetami, wprowadzała ten kierunek badań profilaktycznych i nie zgodzę się tutaj z kolegą, do którego mam bardzo wielki szacunek. Dotarcie do miast, do Polski powiatowej przez mammobusy, gdzie naprawdę jest efekt tej profilaktyki, gdzie wykrywa się pierwsze stadium choroby nowotworowej, w myśl zasady – tak jak wspólnie z profesorami Narodowego Instytutu Onkologii mówiliśmy i mówimy – „badam się, bo chcę mieć pewność, że jestem zdrowia”. To przesłanie wydaje mi się bardzo słuszne i jeżeli wspólnie będziemy przyjmować w profilaktyce taką narrację związaną nie tylko z mammobusami, ale z różnymi zagrożeniami ze strony chorób cywilizacyjnych, to będzie bardzo dobre, bo to jest taka rozwaga...

A jeśli chodzi o ten projekt, o którym państwo mówili – „godzina dla zdrowia”, to ja wspólnie z profesorami robiłam „dzień dla zdrowia”. Kiedy jest Dzień Kobiet, robię dla kobiet „Podaruj sobie zdrowie w Dniu Kobiet”. Są to bardzo ładne akcje społeczne i bardzo się cieszę, że tutaj jest taki szeroki odzew państwa na te założenia. Myślę również, że ministerstwo jest bardzo otwarte w tym zakresie. A muszę bardzo mocno podkreślić, że nasza Narodowa Strategia Onkologiczna wyprzedziła Europejski Plan Walki z Rakiem. Tak więc wielki szacunek, panie ministrze, bo naprawdę zrobiliście wspaniałą rzecz i nadalście pewien kierunek w Unii Europejskiej, i nie tylko. Bardzo proszę, panie ministrze, o podsumowanie...

### **Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Pani poseł, ja przepraszam, jeszcze dosłownie jedno zdanie, ponieważ wydaje mi się, że byłem źle zrozumiany, przynajmniej przez panią. Ja absolutnie nie neguję sensu istnienia mammobusów, szczególnie jeśli będą dysponowały mammografiami cyfrowymi. Ja po prostu powiedziałem, że przez to, że pacjentki otrzymują uspokajające wyniki – nie jest to może znaczna część – część pacjentek z wczesnym rakiem nam ucieka. Po prostu, one się zgłaszają nie z wczesnym, a z zaawansowanym stadium.

Żeby u kobiet, które mają piersi gruczołowe, wykryć raka, musi być zrobione USG, chyba że akurat mają mikrozwapnienia w skupisku i udaje się to złapać na mammografii, ale w większości pacjentki trafiają do biopsji po USG, a jeżeli mają zrobioną mammografię w mammobusie i nie mają informacji, że komplementarnym badaniem jest badanie USG, to po prostu na to badanie nie idą. Mówię o tym, żebyśmy zmodyfikowali program, żeby pacjentki korzystały z badań USG, również bezpłatnych.

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

Tak, bardzo dziękuję. Ze swej strony zawsze podkreślam i zawsze biorę partnerów do profilaktyki z instytutu onkologii, gdzie są cyfrowe mammografy. Te parametry są znane i dotarcie do tych najmniejszych miast jest bardzo dobre ze strony właśnie tych operatorów. A wydaje mi się, że bardzo sensowne jest to założenie Ministerstwa Zdrowia, żeby przejrzeć mammobusy wykonujące mammografię, żeby mammografy były cyfrowe, aby kobietom pomagać a nie doprowadzać do bardzo trudnych sytuacji życiowych. Panie ministrze, bardzo proszę.

### **Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:**

Dziękuję. Ja myślę, że absolutnie, aspekt jakości jest jednym z fundamentalnych. Zresztą mówiłem o tym i ileś działań w samej strategii, ale nie tylko, bo już wcześniej realizowanych przez nas i miało na celu to, żeby zapewnić jak najwyższą jakość. Absolutnie nie chciałbym, żebyśmy z posiedzenia podkomisji wyszli z wrażeniem, że my o tę jakość nie dbamy. Już teraz, dzisiaj, żeby stać się świadczeniodawcą i być nadal świadczeniodawcą w programie profilaktyki raka piersi, wymagane są dwa pozytywne wyniki audytów jakościowych.

Jeden z nich, to audyt kliniczny zdjęć mammograficznych przeprowadzany nie rzadziej niż raz na 2 lata. W Polsce realizuje Centralny Ośrodek Koordynujący, którym jest Narodowy Instytut Onkologii i właśnie takie analizy zdjęć mammograficznych realizatorów programu są systematycznie oceniane. Drugim jest ocena fizycznych parametrów

urządzeń radiologicznych. Tutaj, mimo pandemii, w 2020 r. 380 aparatów podlegało kontroli tych parametrów.

Rzeczywiście wyłapywane są pojedyncze przypadki negatywnych wyników. W 2020 r. dwie placówki miały wynik kontroli negatywny. Ta informacja przekazywana jest do NFZ, który wstrzymuje realizację programu w takiej jednostce. Tak więc ten audyt jakości już dzisiaj jest realizowany, ale zgadzam się absolutnie z panem posłem. Myślę, że trzeba robić więcej i to zauważyliśmy, a może eksperci bardziej to zauważyli niż my, i ośrodek koordynacyjny – instytut onkologii – w roku 2020 rozpoczął pewien proces wdrażania nowego systemu kontroli jakości i certyfikacji radiologów.

W 2020 opracowane zostały założenia systemu. W obecnym roku ma zostać rozstrzygnięte postępowanie przetargowe na wykonawcę systemu i budowę platformy właśnie do łatwej analizy, przede wszystkim zdjęć radiologicznych, zdjęć mammograficznych. I zgodnie z założeniami Narodowej Strategii Onkologicznej, my od 2022 r., czyli kiedy ta platforma ruszy, mamy już istotnie zwiększyć aktywność tych świadczeniodawców i jeszcze więcej, co roku poddawać takiej kontroli, a od 2024 r., a może nawet wcześniej, jeżeli faktycznie ta platforma efektywnie ruszy, chcielibyśmy dość istotnie zaostrzyć kryteria wejścia do tego programu.

Nie chcę oceniać, czy to w mammobusach czy w placówkach stacjonarnych ta jakość jest wyższa. Pewnie to się rozkłada w zależności od wielu różnych czynników, ale zapewniam, że i mammobusy, i te stacjonarne, podlegają dzisiaj kontroli i tej bardziej intensywnej też będą podlegały...

#### **Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Panie ministrze, niech pan pozwoli na jedno zdanie wyjaśnienia, dlatego że ja nie mówiłem, że badania są opisywane przez złych radiologów albo mają niską jakość. Ja po prostu chciałem panu wytłumaczyć, że w części zdjęć po prostu nic nie widać. Żeby to był, proszę pana, z najlepszego ośrodka na świecie radiolog, to on po prostu tam nic nie zobaczy. Widzi mleczną szybę, nakładające się cienie i opisuje, że pierś jest gruczolowa, a nie idzie za tym wniosek, że trzeba robić kolejne badanie. Jeśli coś widzi, to jest napisane, że jakiś cień 0,5 cm i trzeba zrobić badanie, ale gdy nic nie widzi, to on po prostu tego nie zobaczy. Dlatego w przypadku piersi gruczolowych badanie dodatkowe jest obligatoryjne.

Żeby wykryć raka piersi to pacjentka powinna mieć zrobione badanie kliniczne, badanie mammograficzne, badanie USG. Potem onkolog określa tylko algorytm postępowania – czy to trzeba robić co pół roku, czy co rok, co dwa lata, czy warto powtarzać mammografię, skoro na niej nic nie widać, może ją robić trochę rzadziej. Jednak to nie jest sprawa tego, że jest niska jakość opisujących radiologów. To jest taka sprawa, że w przypadku niektórych piersi mammografia jest badaniem absolutnie niewystarczającym. Mam nadzieję, że pan profesor Bidziński ze mną się zgodzi.

#### **Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:**

Panie pośle, musi pan pozwolić, że nie będę kontynuował tej dyskusji merytorycznej, a już trochę w tych kilku ostatnich latach, kiedy jestem w onkologii, to poznałem – mam nadzieję – i na niektórych aspektach nawet się znam, ale myślę, że to muszą rozstrzygnąć eksperci. Ja faktycznie poproszę o pewną analizę ewentualnego rozszerzenia.

Tu dzisiaj padały pytania o rozszerzenie grup wiekowych, czy w stronę prawą, czyli coraz starsze pacjentki, czy być może w lewo, czyli coraz młodsze. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ma rzeczywiście przeanalizować pewne standardy międzynarodowe. Takie zlecenie już do nich trafiło, no i zobaczymy, jaki jest skutek tej analizy. Natomiast pewnie warto pamiętać – badanie mammograficzne, jeśli dobrze rozumem, też nie jest badaniem obojętnym dla organizmu i kwestia promieniowania jonizującego też może mieć znaczenie. Wielu ekspertów podkreślało, że to nie jest dobry pomysł objąć tymi badaniami pacjentek już w wieku 30 czy trzydziestu paru lat, ale nie chcę kontynuować. Myślę, że poddam to rzeczywiście analizie. Tę sugestię przyjmuję i poproszę ekspertów, żeby nad tym też się zastanowili.

Rak jelita grubego – test FIT, POZ. Tak, ja się pewnie zgadzam, chociaż ta logistyka może być inna. Nie ukrywam, że rozważamy inne modele. Być może odpowiedzialność za FIT powinni mieć ci świadczeniodawcy, którzy już dzisiaj weszli w „Program

40 PLUS”, bo już będą mieli pewne doświadczenia. Rozważamy też inne modele logistyczne, na przykład poprzez apteki, poprzez być może sieci spożywcze. Pewnie tych wariantów może być dość dużo. POZ wydaje się najlepszym, ale nie wiem, czy w każdym przypadku optymalnym. Może te kanały trzeba będzie w jakiś sposób dywersyfikować.

Odnosnie do 100% sedacji – tak, ja też bardzo się cieszę, że udało się nam to wdrożyć. Co ciekawe, to chyba pierwszy raz w historii ministerstwa, kiedy my w ministerstwie oczekiwaliśmy wdrożenia 100%, bo eksperci i konsultanci wcale nie byli przekonani do tego, że jest taka potrzeba i raczej wskazywali, że istotna część może odbywać się bez znieczulenia, ale to decyzja lekarza. Ma dzisiaj możliwość realizacji 100%, natomiast w wielu przypadkach może z tej możliwości, jeżeli tylko zechce, nie skorzystać.

Odnosnie do HPV, zgadzam się z panem posłem. Też uważam, że te szczepienia mogłyby wejść do koszyka świadczeń gwarantowanych znacznie wcześniej i też mogły być już pewnym standardem. Natomiast pamiętajmy o tym, że jest to projekt dość kosztowny. My szacujemy, że szczepienia HPV będą rocznie kosztować grubo ponad 100 czy 120 mln zł. Jeżeli zestawimy to z tym, co było chociażby środkami Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, gdzie wcześniej były różne cele – i inwestycje, i profilaktyka, i pewne działania interwencyjne, o których dzisiaj mówiłem – to tam było 250 mln zł, więc być może wcześniej pewną przeszkodą było źródło finansowania. Natomiast mam nadzieję, że źródło finansowania dzisiaj jest zapewnione, mamy na to środki. Kiedy przebrniemy przez te postępowania przetargowe, to mam nadzieję, że będziemy w całkiem innym świecie.

Dziękuję pani przewodniczącej za te gratulacje dotyczące Narodowej Strategii Onkologicznej, ale – chcę też dołożyć ale – byłoby cudownie, gdyby powstała ona 20 lat temu. Pewnie bylibyśmy na innym etapie. Myślę, że eksperci już wtedy i przez wiele lat podnosili wiele z tych działań. Ja jeszcze będąc w instytucie onkologii 5 lat temu dyskutowałem o wielu tych działaniach, że warto byłoby je wdrażać, więc pewnie wszyscy tu trochę żałujemy, że nie wcześniej, ale oby to było realizowane w 100-procentach przez ten okres pięciu, sześciu czy dziesięciu lat całej strategii, bo myślę, że wtedy faktycznie znajdziemy się w nieco innym punkcie i znacznie bardziej porównywalnie, w wielu aspektach, w szczególności profilaktyki, z wysokorozwiniętymi krajami europejskimi. Dziękuję.

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

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Chciałabym wszystkim państwu bardzo podziękować za budującą dyskusję, bo to, żeby społeczeństwo było zdrowe, zależy tak naprawdę od nas wszystkich. I to, co już powiedziałam, „Badam się, bo chcę mieć pewność, że jestem zdrowa, że jestem zdrowy” wydaje mi się dobrym przesłaniem na dzisiaj. Proszę państwa o współpracę, o to, żebyśmy zapobiegali, a jeżeli występują komplikacje, żebyśmy się wspierali.

Tu wielkie ukłony w stronę Ministerstwa Zdrowia w stosunku do działań z zakresu profilaktyki. Myślę, że w tę profilaktykę trzeba włączyć zarówno szkoły, stowarzyszenia, jak i przedszkola – takie akcje z SMS-ami „Babciu zbadaj się, żebyś długo żyła”. Ja taką akcję przeprowadzam i w przedszkolach, i w klasach I-III. Możemy tutaj wspólnie przygotować takie założenia dla pana ministra. Każde działanie jest dobre, żebyśmy nie chorowali i po prostu byli zdrowi, bo zdrowie jest najcenniejszym darem. Tak więc wszystkim państwu bardzo dziękuję i zapraszam do współpracy. Panie ministrze, bardzo dziękuję.