IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw onkologii**
(nr 14)
z dnia 20 lipca 2022 r.

Komisja Zdrowia

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 14)

20 lipca 2022 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek obrad:

– rozpatrzenie informacji na temat raka piersi – zapadalność, diagnostyka, leczenie oraz kompleksowa opieka;

– omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 września do 31 grudnia 2022 roku.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Alicja Uszyńska-Osowska** główny specjalista w Wydziale Lecznictwa Szpitalnego Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Krystyna Wechmann** prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki", **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji „Onkocafe – Razem Lepiej", **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS oraz **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz**, **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo serdecznie witam na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Witam członków podkomisji stałej oraz zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje: punkt pierwszy – rozpatrzenie informacji na temat raka piersi – zapadalność, diagnostyka, leczenie oraz kompleksowa opieka. Informację przekaże nam pan minister zdrowia, którego bardzo serdecznie witamy na posiedzeniu. Punkt drugi: omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 września do 31 grudnia 2022 r.

Czy są uwagi do proponowanego porządku dziennego? Jeżeli nie, to porządek dzienny uważam za przyjęty.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały są dostępne w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów na maile.

Bardzo proszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji. Panie ministrze, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, rzeczywiście tematem dzisiejszego spotkania jest informacja ministra zdrowia na temat raka piersi – zapadalności, diagnostyki, leczenia i kompleksowej opieki. Wszyscy doskonale wiemy, że w Polsce rak piersi jest najczęstszym występującym nowotworem złośliwym u kobiet i jako ministerstwo przywiązujemy bardzo wielką uwagę do walki z tym nowotworem. Jest to choroba, którą powinniśmy bardzo energicznie zwalczać. Zachorowalność na nowotwór piersi niestety

ciągle wzrasta. Częstość występowania, koszty leczenia oraz stopień niepowodzeń terapii, a co za tym idzie, śmiertelność stanowią na pewno bardzo duże wyzwanie dla społeczeństwa, ale także dla środowiska medycznego.

Standardem leczenia raka piersi, co na pewno państwo wiecie, pozostaje leczenie wielodyscyplinarne. Celem jest oczywiście wybranie optymalnego postępowania dla pacjenta oraz zapewnienie mu wsparcia medycznego, psychologicznego i społecznego. Podkreślam te trzy wsparcia: medyczne, psychologiczne i społeczne. Myślę, że są bardzo ważne. Kiedyś koncentrowaliśmy się tylko na aspekcie medycznym. Uważam, że ta otoczka – i psychologiczna, i społeczna – jest tak samo ważna jak leczenie medyczne. Podobnie jak w przypadku innych schorzeń nowotworowych wszelkie działania medyczne ogniskują się na uzyskaniu jak najlepszego efektu terapeutycznego.

W wyniku regulacji prawnych, które weszły w życie 1 stycznia 2015 r., placówki ochrony zdrowia mogą realizować szybką terapię onkologiczną w ramach tzw. pakietu onkologicznego, której celem jest sprawne i szybkie prowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia, poprawiając przy tym jakość i dostępność opieki zdrowotnej.

Dokumentem stanowiącym podstawę do udzielania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego jest karta DiLO, która może być wystawiana przed lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, ale także lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

Diagnostyka wstępna ma na celu wykluczenie albo potwierdzenie lub istotne uprawdopodobnienie nowotworu złośliwego. W danym nowotworze za jednoznaczne potwierdzenie nowotworu złośliwego wystarczające jest wykonanie co najmniej jednego badania obrazowego oraz badania cytologicznego lub poziomu hormonu bądź markera nowotworowego. Diagnostyka pogłębiona ma na celu szczegółowe zróżnicowanie (zgodnie z klasyfikacją kliniczną oraz patologiczną) typów histopatologicznych nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia.

Myślę, że w tym momencie troszeczkę się zatrzymam, ponieważ owo badanie histopatologiczne, które w tej chwili wprowadzamy, będzie pewnym standardem, badaniem, które będzie weryfikowało charakter nowotworu. Przy raku piersi, myślę, że ma to kolosalne znaczenie, dlatego dla wszystkich pracowni histopatologicznych wprowadzamy jednakowe standardy, aby wyniki, które zostały przekazywane lekarzom do dalszego leczenia, były bardzo wiarygodnymi wynikami.

W przypadku nowotworów, gdzie nie jest możliwe pozostawienie rozpoznania onkologicznego z uwagi na brak możliwości wykonania badania histopatologicznego w AOS, potwierdzenie rozpoznania następuje w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne na podstawie karty DiLO zobowiązany jest m.in. do stosowania standardów, wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Chcemy, aby – i to się dzieje w tej chwili, jeżeli mówimy o raku piersi – w każdym miejscu w kraju, gdzie trafia pacjentka z powodu raka piersi, standardy były przestrzegane, procedura diagnostyczno-terapeutyczna była jednakowa nie tylko w dużych ośrodkach, ale także w ośrodkach mniejszych. Dlatego w nowotworach złośliwych rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe odpowiednich dziedzinach medycyny oraz zapewnienie tej diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wypisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, i podjęcie leczenia w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielanie świadczenia. Myślę, że te daty są bardzo ważne, bo jak w każdej chorobie nowotworowej, czas odgrywa w tym miejscu bardzo wielką rolę.

W przypadkach, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, czyli diagnostyka śródoperacyjna, przeprowadzenie tego zabiegu oraz określenie dalszego sposobu postępowania

terapeutycznego powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielanie świadczenia.

W procesie diagnostyki onkologicznej raka piersi najczęściej wykonywane są badania obrazowe, takie jak rentgenodiagnostyka, mammografia diagnostyczna, ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz badanie histopatologiczne lub cytologiczne pobranych tkanek, ale także badania genetyczne. Odpowiednio dobrane metody diagnostyczne powinny być zakończone weryfikacją wstępnego rozpoznania (potwierdzeniem lub wykluczeniem podejrzenia nowotworu) oraz ustaleniem jego stopnia zaawansowania.

Schemat leczenia pacjenta z rakiem piersi został uzależniony od stopnia zaawansowania choroby oraz biologii raka i zaproponowanego pacjentowi sposobu leczenia postępowania terapeutycznego. Zakres świadczeń i procedur medycznych określa rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, które uwzględnia m. in. leczenie chirurgiczne, radioterapię, leczenie brachyterapią, leczenie systemowe oraz chirurgię rekonstrukcyjną i plastyczną.

Zgodnie z obwieszczeniem ministra zdrowia, także w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych, mamy w tej chwili programy lekowe. Są to programy dotyczące leczenia raka piersi, w tym jest kilkanaście leków – może już ich nie będę wymieniał – także katalogu chemioterapii oraz leki dostępne w aptece na receptę. Dodatkowo należy wspomnieć, że od 1 maja 2021 r. refundacją został objęty kwas zoledronowy, w nowym wskazaniu off-label w chemioterapii w leczeniu uzupełniającym pooperacyjnym chorych na raka piersi po menopauzie.

Jeżeli chodzi o programy lekowe, to największe zmiany, jakie zostały wprowadzone w tych programach, to ujednolicenie dotychczasowego postępowania leczniczego zawartego w programie lekowym jako pełnego świadczenia medycznego. To dotyczy sześciu terapii leczniczych, a także rezygnacja z podziału na technologię lekową w zamian za podział na rodzaje leczenia poszczególnych raków piersi. Mówimy w tym miejscu o leczeniu wczesnym HER2 – dodatkowego raka piersi, leczenia przerzutowego HER2 – dodatkowego raka piersi, czy też leczenia przerzutowego HER2 – ujemnego raka piersi.

Również eliminacja „pułapek terapeutycznych" programu, tj. dołączenie kolejnych, nowych terapii do programu lekowego implikowało sytuacje konieczności następowania po sobie konkretnych substancji leczniczych oraz różne obostrzenia we wczesnym ich użyciu, przez co pacjent mógł być narażony na zatrzymanie się w tzw. „martwej" ścieżce leczniczej bez możliwości otrzymania lepszych możliwości terapeutycznych. Rozwiązaniem, jakie zastosowano, było przypisanie konkretnego leku do poszczególnej linii. Tych zmian jest jeszcze oczywiście wiele, wiele więcej. Materiały te zostały do państwa przesłane.

Na koniec chciałbym powiedzieć jeszcze o rzeczy, która się w tej chwili dzieje i myślę, że jest to dość ważne. 19 maja tego roku w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zostały udostępnione projekty do konsultacji publicznej – z terminem 30-dniowym do zgłaszania uwag – oraz do uzgodnień, określające nowy, jednolity model ośrodka realizującego świadczenia diagnostyki i leczenia nowotworów piersi w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przez zdefiniowanie jednej struktury podmiotu leczniczego zapewniającej realizację kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi.

Myślę więc, że jest to bardzo ważne, że w tej chwili już się to dzieje, te podobne programy w przypadku innych nowotworów są realizowalne. Myślę, że rak piersi także będzie w tym programie umieszczony. To ważne, aby diagnostyka i leczenie były dla kobiet na jak najwyższym poziomie.

Na poprzedniej komisji mówiliśmy o tym, że chcemy wzmocnić standardy, jeżeli chodzi o mammografię, chcemy podnieść poziom, aby badania diagnostyczne, które są wykonywane w różnych pracowniach, w różnych miejscach, czy to w mammobusach, czy też w badaniach stacjonarnych, były jak najwyższej jakości, aby badania te były w 100% diagnostyczne. Dlatego pracujemy nad tym. Będzie się to pewnie wiązało także ze zwięk-

szeniem finansowania tych badań. A także to, co było już poruszane, abyśmy badania te rozszerzyli również na kobiety powyżej 70. roku życia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Otwieram dyskusję. Bardzo proszę stronę społeczną, pacjentów, o swoje spostrzeżenia, uwagi, propozycje. Bardzo proszę, pani Krystyno.

Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" Krystyna Wechmann:

Krystyna Wechmann, Federacja Stowarzyszeń „Amazonki" i Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych.

Z dużym zainteresowaniem słuchałam sprawozdania pana ministra. Od dłuższego czasu narasta problem z kartą DiLO. Dzisiaj dostałam wiadomość, która mnie zaskoczyła, że we Wrocławiu, gdzie dyrektorem jest profesor Maciejczyk – a wiem, że jest tam nieźle, bo i infolinia, i koordynatorzy, wszystko to powinno działać – pacjentka nie została… To znaczy, ma zaproponowany termin przez koordynatora w połowie września. To informacja z dziś.

Natomiast już od dłuższego czasu słyszymy, że karta DiLO jest nierespektowana, nie ma po prostu możliwości przyjęcia w takim terminie, jak wskazuje procedura, właśnie w tych 2 czy 6 tygodniach, tak jak w Breast Cancer Unit mamy pewne kłopoty. Oczywiście liczę na to, że kompleksowe leczenie będzie wreszcie funkcjonowało. My jako organizacja pacjentów staramy się edukować i naprowadzać pacjentki, żeby nie szły one do ośrodków niereferencyjnych, bo nie raz tylko miejsce zamieszkania, że jest blisko, zachęca je, ażeby skorzystać z tamtejszego oddziału onkologicznego, tylko żeby jednak zgłaszały się do ośrodków referencyjnych.

Trochę długo to już trwa, bo nadal podpisane są umowy dla nas, dla organizacji pacjentów, gdzie szczególnie o to przez kilkanaście lat lobbowaliśmy, walczyliśmy, ta sytuacja nie jest dobra. Tak samo wygląda sytuacja, jeżeli mówimy o raku piersi w profilaktyce. Dzisiaj, na porannej Komisji Zdrowia już mówiłam, że to jest ciągły problem. Jeżeli w najbliższym czasie my tego nie rozwiążemy, to kto? Kto ma motywować? Czy POZ? Motywacja pacjentów, pacjentek musi być silna. Odnoszę wrażenie, że świadczeniodawcom w ogóle na tym nie zależy. Po prostu robią swoją robotę.

Patrząc na inne kraje, ośrodków profilaktycznych jest dużo mniej, a zgłaszalność zdecydowanie większa, a my w Polsce mamy bardzo dużo ośrodków, ale właśnie: są ośrodki rewelacyjne, które naprawdę wykonują bardzo dużo badań i są takie, gdzie są w bardzo małym procencie wykonywane, tym ośrodkom nie zależy.

Mówiłam też dzisiaj, że to jest sprawa wyceny mammografów. Jak to się dzieje, że w danym, nawet w jednym województwie – nie mówiąc o obszarze Polski – finansowanie badań jest wyceniane od 76 do 96 zł? Tak duże są dysproporcje w tej wycenie. W rozmowie ze świadczeniodawcami słyszymy: Chcemy jako organizacja, szczególnie Amazonki, które są w bardzo dużej liczbie zrzeszone, kampanii w tym temacie. Chcemy bardzo pomagać, żeby właśnie ta edukacja społeczeństwa miała miejsce, żeby rozpoczynać w szkole od najmłodszych klas edukację; jako że dzisiejsze społeczeństwo jest o tak niskiej świadomości dbania o swoje zdrowie, gdzie profilaktyka 40+ wypadła zupełnie mizernie.

Reasumując: apel o edukację w szkołach, rozstrzygnięcie, czy jest to rola POZ, czy jakie są inne motywacyjne sposoby, żeby jednak zachęcać kobiety, nie tylko do mammografii, ale i do cytologii. Dla nas, amazonek, najważniejsza jest diagnostyka. Mamy coraz więcej możliwości terapii, mamy możliwość celowanego leczenia, więc diagnostyka genetyczna, molekularna, nie mówiąc już o genomowej, jest bardzo istotna. Nie chodzi tylko o geny BRC1 i BRC2, takie bardzo powszechne, ale mamy jeszcze zdecydowaną większą liczbę mutacji, które dają możliwość. Nie mówiąc już nawet o finansowanych korzyściach takich terapii, ale szczególnie dla pacjentek, jakości leczenia, wyleczenia, dobrych wyników.

Patrząc na Narodową Strategię Onkologiczną, gdzie wszystko jest tak pięknie zapisane, myślę, że idziemy w dobrym kierunku. Jak się tę strategię czyta, to tak, jakby się było w raju po prostu: zwiększenie kadry medycznej, jakość leczenia, profilaktyka,

infrastruktura, wszystko jest zapisane, tylko jakoś nam nie do końca to wychodzi. Z drugiej strony muszę powiedzieć, że jako osoba działająca 30 lat w organizacji pacjentów, a szczególnie z rakiem piersi, sama z tą diagnozą, muszę powiedzieć, że takiego postępu jak w ostatnim czasie w poprzednich latach nie było. Tak więc z jednej strony jest to duży postęp, ale chyba przy możliwościach, jakie są w świecie – bo ciągle słyszymy o dofinansowaniu, że są dodatkowe pieniądze – później się okazuje, że jakoś to nie funkcjonuje. Ode mnie tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z państwa? Bardzo proszę. Tylko bardzo bym prosiła o wypowiedzi skompilowane, dobrze?

Prezes Fundacji „Onkocafe – Razem Lepiej" Anna Kupiecka:

Dziękuję. Kupiecka Anna, Fundacja „Onkocafe – Razem Lepiej".

W zupełności przychylam się do wypowiedzi Krystyny Wechmann i gdybym miała ją skompilować, to dużo w tym miejscu dodać nie trzeba, ponieważ apele cały czas są, zresztą od wielu lat, takie same. Niezmiernie cieszy mnie kierunek poszerzenia wieku dla kobiet dla programu profilaktyki badań przesiewowych, mammograficznych, dlatego że rzeczywiście zauważamy, że coraz zdrowsze i bardziej aktywne są kobiety również po 70. roku życia i myślę, że to jest bardzo pilna i gorąca potrzeba.

Jest to zresztą potrzeba, która płynie już od samych środowisk kobiet, ponieważ w ostatnim czasie podjęliśmy działania mające na celu właśnie przybliżenie kobietom korzyści, jakie mogą wynieść z badań mammograficznych. Zachęcamy, organizujemy w ślad za mammobusami aktywistki lokalne do tego, żeby zachęcały w swoich środowiskach. Kobiety podejmują różne działania, tam pojawia się jednak dużo pytań ze względu na te ograniczenia wiekowe. Dlatego to niezmiernie mnie cieszy.

Kolejną uwagą jest oczywiście dostęp do badania USG piersi, który jest bardzo zróżnicowany w zależności od regionu. W wielu regionach jest tak, że wiele kobiet rezygnuje z badania USG, bo jest ono dostępne albo tylko prywatnie, albo w odległości wielu miesięcy, od kiedy się zarejestrujesz. Czas oczekiwania jest ogromnie długi. Myślę, że to też jest duży problem. Jeśli chcemy mówić o wczesnym wykrywaniu nowotworów piersi, to podstawowe badanie to jest badanie USG obok mammografii. Nadal za dużo mamy w tym kraju nowotworów w stadium zaawansowanym, bez względu na to, czy COVID-19 był, czy nie, to kobiety jednak nadal zgłaszają się zbyt późno. Stąd działania edukacyjne, o których mówiła Krystyna, są niezbędne i rzeczywiście resorty, jak myślę, powinny się nad tym głęboko pochylić, jak z tą informacją i z tą edukacją docierać.

Jeśli chodzi o leczenie, to jest taka rzecz, o której Krystyna nie wspomniała, więc ja dodam. Bardzo liczymy na zachowanie pozytywnego trendu, o jakim jak pan minister wspominał, w poszerzaniu, dopracowywaniu wraz z klinicystami zawartości programu B.9, tak, aby pacjentki były leczone zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną.

Wiemy, że mamy w tym leczeniu jedną bolączkę, nad którą Ministerstwo Zdrowia w ostatnim czasie pracuje, to jest leczenie dla pacjentek z potrójnie ujemnym rakiem piersi. To jest niezaspokojona od wielu lat nagląca potrzeba medyczna i jesteśmy głęboko przekonane, z dużą nadzieją, że teraz, kiedy już pojawiły się i zostały wynalezione, odkryte leki na potrójnie ujemnego raka piersi, to liczymy, że nasze pacjentki będą mogły być szybko zaopiekowane i nie będziemy już dłużej na te terapie czekać. Dziękuję ślicznie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, następna pani.

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS.

Chciałam zwrócić uwagę na jeszcze jeden bardzo ważny aspekt opieki nad kobietami z rakiem piersi, który może ją poprawić nawet do 30%, a mianowicie na Breast Unit,

których w Polsce ciągle jest za mało. Zakładaliśmy, że powinno ich być minimum 40, jest 19 i kryteria tworzenia unitów po prostu wymagają zmian z uwagi na to, co jest tam wpisane. Na przykład wpisane jest to, że placówka patomorfologiczna, z której korzysta taki unit, powinna być co najmniej 100 km. Jak jest 108 km, to już szpital nie dostaje pozwolenia na założenie Breast Unit. Wpisane jest tam np. coś tak kuriozalnego, co w ogóle nie istnieje, nie słyszałam o czymś takim jak „pracownie protetyki piersi". Protezy piersi są kupowane i dobierane w sklepach medycznych. Nikt nie tworzy protez piersi w żadnym ośrodku, placówce szpitalnej. Nie wiem, kto mógł wpaść na taki „genialny" pomysł.

Poza tym w tym miejscu jest też zderzenie karty DiLO z opieką, z wymaganiami stawianymi tym placówkom. Przyjęcie pacjenta i zdiagnozowanie w ciągu 5 dni jest kompletnie nierealną sprawą, nie do zrobienia. Myślę, że naprawdę trzeba się pochylić nad zmianami w tych kryteriach tworzenia Breast Unit, bo nigdy nie dojdziemy do tych choćby 40 placówek.

Szpitale nie chcą się decydować; wiele placówek, które zostało odrzucone, już drugi raz nie startuje później, nie próbuje się nawet dostać do tego programu. Tak więc to jest bardzo ważna rzecz.

Natomiast jeśli mówimy o profilaktyce, to na pewno należy opracować jakieś metody tzw. aktywnego screeningu, czyli polegającego na tym, żeby pacjentki zachęcać, wychodzić do pacjentek – i pacjentów, bo to też dotyczy panów – z diagnozowaniem, badaniem profilaktycznym piersi. Bez aktywnego screeningu nie damy rady. Już nie mówię o jakichś kampaniach uświadamiających, ale na pewno ten screening powinien być aktywny. Na pewno powinna się też zwiększyć rola lekarza pierwszego kontaktu w profilaktyce. Bez tego nic się nie zmieni. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję pięknie.

Bardzo proszę.

Główny specjalista w Wydziale Lecznictwa Szpitalnego Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Alicja Uszyńska-Osowska:

Tylko uaktualnię dane. Jest 33 świadczeniodawców. 33 podmioty w tym roku. W Breast Unit, tak. To są dane z zeszłego roku.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę, tam jeszcze jest głos w dyskusji, a później przejdziemy do pana ministra.

Ekspert ds. ochrony zdrowia w Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję, pani przewodnicząca. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

Tak się składa, że jeżeli chodzi o świadczenie kompleksowej diagnostyki i leczenia raka piersi, zdając sobie sprawę i będąc pokornym wobec tego, dlatego że bardzo wiele osób pracowało nad tym świadczeniem, wspólnie z panią prezes Wechmann, wspólnie z panią prezes Kupiecką mieliśmy okazję być wnioskodawcami dla tego świadczenia. Z wielką uwagą zapoznałem się z tym projektem, a w zasadzie z projektami rozporządzeń, które były skierowane do konsultacji publicznych i w imieniu naszej organizacji mogę powiedzieć, że wydaje nam się, że rozporządzenia są krokiem w bardzo dobrą stronę.

Jestem pełen szacunku i uznania wobec pracy departamentu i wydziału, który zajmuje się świadczeniami gwarantowanymi. Jeżeli mogę posłużyć się nazwiskiem, to wydaje mi się, że pan naczelnik Trzmiel ze swoim zespołem wykonał bardzo dobrą pracę. Podejrzewam, że korzystał z pomocy wielu osób, którym też dziękuję. Wydaje mi się, że wprowadzenie tego rozporządzenia i później realizacja tych zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia może przynajmniej część tych oczekiwań środowiska – i ekspertów, i pacjentów – spełnić.

Jeżeli chodzi o pytania, mam tylko jedno. Jeżeli mnie pamięć nie myli, w ubiegłym roku w Ministerstwie Zdrowia powstał zespół, którego celem było właśnie opracowanie strategii zwiększenia odsetka pacjentek uczestniczących w programie badań przesiewowych. Była mowa o tym, dla kogo te badania mają być. Chciałbym się zapytać, czy i jakie cele zostały wyznaczone, jeżeli chodzi o odsetki pacjentek, które będą uczestniczyć

w programie screeningowym. Wydaje się, że bez dobrego programu badań przesiewowych i bez zwiększenia tego odsetka docelowo do wytycznych WHO, tych 75%, po prostu nie poprawimy tych dużych wskaźników. Tak więc pytanie, jakie cele sobie resort zakłada, jeżeli chodzi o odsetek pacjentek uczestniczących w tych badaniach. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poproszę teraz pana ministra o odpowiedzi.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Nie wiem, czy na wszystkie pytania będę potrafił odpowiedzieć, ale postaramy się z panią dyrektor.

Szanowni państwo, na pewno warto zacząć od tego, że bardzo ważna jest profilaktyka, prawda? Chyba nie musimy w tym miejscu tego powtarzać, szczególnie w przypadku raka piersi. Tak więc są takie badania, że jeżeli chodzi o badania profilaktyczne, to – niestety ubolewam – mężczyźni są zdecydowanie w tyle za paniami. Jeżeli jednak chodzi o profilaktykę, panie niestety też nie przodują, tak więc myślę, że jest dla nas do wykonania jeszcze bardzo wiele pracy, nie tylko dla MZ, ale również dla wszystkich środowisk. Również taka podkomisja, którą pani przewodnicząca prowadzi, jak myślę, jest dobrym miejscem, abyśmy jednak ciągle mówili i przekonywali do profilaktyki, różnej profilaktyki.

Mówimy dzisiaj o raku piersi, wszyscy doskonale wiemy, jak ważne jest to badanie: czy na początku badanie USG, czy też potem mammografia, którą w tej chwili rozszerzamy między 40. a 74. rokiem życia, więc to też będzie następować. Tylko sama dostępność badania to jeszcze jest za mało. Trzeba jeszcze przekonać panie do tego, aby to badanie wykonywały, aby chciały się badać. Myślę, że to jest bardzo ważne.

Wydaje mi się, że w takim ludzkim podejściu czynnikiem troszeczkę hamującym przed wykonywaniem badań profilaktycznych jest to, że „co to będzie, jak dostanę ten zły wynik, co to będzie dalej ze mną, jaka będzie dalej moja rola". Stąd więc myślę, że sieć onkologiczna, która wejdzie od 1 stycznia, jest tym miejscem, kiedy osoba, która będzie przewodnikiem po tym systemie leczenia, będzie też skłaniała nas wszystkich do tego, abyśmy wykonywali te badania. Nie zostaniemy sami z tą diagnozą, z tym złym wynikiem, tylko będziemy dalej prowadzeni przez koordynatora, będzie on nas prowadził od badania po diagnostykę, po konsylia i ewentualnie dalsze leczenie. To jest też ten moment, kiedy trzeba będzie też dość głośno pokazywać, że otrzymanie wyniku to nie jest zawalenie się świata na głowę, ale jest to dopiero początek drogi do wyzdrowienia. Należy w tej chwili bardzo głośno mówić, że rozpoznanie choroby nowotworowej to nie jest tak jak kilkanaście lat temu wyrok. To początek drogi do całkowitego wyzdrowienia.

Może podzielę się dygresją. Skończyłem studia medyczne już dość dawno, ponad 30 lat temu i zawsze mój śp. profesor mówił: „Jak będzie do ciebie wchodziła kobieta, to zawsze musisz pomyśleć o dwóch rzeczach: albo jest w ciąży, albo ma nowotwór. Jak już to wykluczysz, to możesz wtedy się dalszą diagnostyką zająć". Tak więc jest to dość ważne.

Jeśli chodzi o karty DiLO, w tej chwili pracujemy nad zmianą tej karty, będzie ona zdecydowanie bardziej przyjazna i łatwiejsza do przeprowadzenia.

Breast Unit. Myślę, że to jest ważne i tak jak pani podkreślała, absurdalne wymogi będzie można zlikwidować. Jednak musimy też stawiać na jakość. To muszą być ośrodki, które leczą doskonale, według najwyższych standardów, które są w tej chwili obowiązujące. Nie możemy sobie pozwolić na bylejakość.

Jestem chirurgiem i pamiętam, jak jeszcze 30 lat temu, w szpitalu powiatowym, wykonywaliśmy operację amputacji piersi. W tej chwili takich operacji w ośrodkach niereferencyjnych już praktycznie się nie wykonuje: i to dobrze, bo tylko wtedy, jeżeli wykonujemy tych badań i operacji dużo, wtedy je wykonujemy dobrze. Tak więc to akurat jest moim zdaniem dobry kierunek. To, że centralizujemy te ośrodki w postaci sieci onkologicznej, wzmocni jakość i konkurencję między ośrodkami, jeżeli chodzi o dobre wykonywanie, nie tylko diagnostyki, ale uważam, że także całego procesu leczenia.

Jeśli pani dyrektor chciałaby coś dodać, to proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Leczenia Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Szanowni państwo, pozwolę sobie tylko uzupełnić w niewielkim zakresie to, co powiedział pan minister.

Rzeczywiście analizujemy obecnie raport agencji. Jest to opracowanie analityczne, które dotyczyło oceny zasadności przesunięcia górnej granicy wieku kwalifikującego do udziału w programach profilaktycznych. Myślę, że jest to dobry początek na zmianę warunków w realizację tych programów. Raport agencji został do nas przekazany do nas niedawno, jesteśmy na etapie analizy i będziemy się zastanawiać nad możliwą zmianą koszyka w tym zakresie.

Dodatkowo, o czym powiedział pan minister, Breast Unit to jest także taki dobry początek opieki koordynowanej, jeśli chodzi o nowotwory: poprawiamy coś, co rzeczywiście było niedoskonałe i jesteśmy już na zaawansowanym etapie, kończymy opiniowanie uwag. Najpewniej niebawem projekt zostanie przekazany do Rządowego Centrum Legislacji i rozpoczniemy pracę nad kolejnymi unitami zgodnie z harmonogramem narodowej strategii onkologicznej.

Jeśli chodzi o pana pytanie dotyczące zespołu, który miał na celu wypracowanie… To był taki zespół ds. – można powiedzieć – pomysłów, jak zwiększyć zainteresowanie badaniami profilaktycznymi, zwłaszcza w okresie postpandemicznym. Pozwolą państwo, że w tym miejscu odpowiemy państwu na piśmie, postulatów było bardzo dużo. Zespół powstał w 2020 r., czyli nawet nie w zeszłym, ale już w 2020 r., natomiast jeśli chodzi o wnioski i produkty prac tych zespołów, to pozwolą państwo, że wypowiemy się w tej sprawie na piśmie, co zostało wypracowane. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Jest to naprawdę bardzo pocieszające, bo mamy przecież innowacyjne leczenie w chorobach onkologicznych, coraz więcej świadczeń jest refundowanych przez NFZ i jest to bardzo ważny element, taki rozwojowy, dla pacjenta, ale także dla tej kadry medycznej, która może zapewnić komfort leczenia pacjentowi. Tak więc w tym miejscu naprawdę jest to bardzo ważny kierunek.

Chciałam podziękować ministerstwu od strony pacjentki, że widzi potrzebę wdrażania standardów europejskich do koszyka świadczeń NFZ. To się bardzo ceni. W tym dialogu właśnie uczestniczą organizacje pacjentów, które zwracają w tym miejscu uwagę na tę standaryzację pewnego leczenia, za co także bardzo dziękuję, potrzebny jest taki głos w dyskusji.

Cieszę się, że zwracacie państwo uwagę na profilaktykę, która jest bardzo potrzebna, i ta edukacja w szkołach – myślę, że warto byłoby kiedyś zaprosić ministra edukacji i zrobić temat dotyczący profilaktyki, możliwości włączenia tej dziedziny do programu szkolnego. Może także podkomisja stała przygotowałaby stanowisko w tym zakresie wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, bo przeznaczenie choćby kilku godzin wychowawczych w ciągu roku na tego typu działania jest bardzo istotne. Pamiętam, że w mojej szkole, lata wstecz, miały miejsce takie działania: działania z pielęgniarkami. Były to po prostu bardzo dobre wzory, które, jak uważam, należy przywrócić i dać jako obligatoryjnie, ponieważ edukacja profilaktyczna powinna się zaczynać właściwie od przedszkola. Sama z taką grupą inicjatywną organizuję właśnie takie akcje: „razem zadbajmy o zdrowie od przedszkola do seniora", tak że w tym miejscu jest dużo możliwości i wiem, że MZ jest bardzo otwarte na tego typu działania i da radę. Gdyby ruszyć, to w tych kwestiach można naprawdę wiele dobra przekazać i zadziałać.

Rola POZ to też, wydaje mi się, bardzo ważna rola. Teraz również weszła reforma skierowana do POZ przez MZ, gdzie nie ma ograniczeń, jeśli chodzi o działalność już typowo specjalistyczną. Jest to bardzo dobre wyzwanie dla POZ. Takie są wzorcowe POZ, które poszerzają nie tylko tę podstawową opiekę, ale też gabinety już specjalistyczne i tam właśnie można uzyskiwać badania czy konsultacje.

Sama także namawiam i w tym miejscu również będę prosić, żebyście państwo reklamowali program profilaktyczny 40+. Osobiście zarejestrowałam się, sprawdziłam, jak to działa, a działa bardzo dobrze. Powiem szczerze, jest to bardzo szybkie wypełnienie

kilku stron dotyczących stanu zdrowia organizmu, później następuje diagnoza postawiona przez ten program i skierowanie już do specjalisty. Jest to naprawdę bardzo szybko, sprawnie przeprowadzona operacja, do której zachęcam wszystkich państwa powyżej 40. roku życia. Naprawdę warto. Jestem już też po diagnostyce, tak że zawsze namawiam wszystkich do takich działań, ażeby jeden dzień w ciągu roku podarować sobie właśnie na diagnostykę, zarówno taką już typową jak mammografia, cytologia. Są to takie wizyty, które już wcześniej umawiamy, możemy umówić sobie te wizyty pół roku wcześniej i do takich działań musimy wszyscy namawiać.

Jednak również i panów musimy namawiać do diagnostyki, bo jak kobiety jeszcze potrafią z pewną empatią podejść do tematu, tak z panami jest już troszeczkę gorzej. Niemniej to jest nasz wspólny interes, bo zdrowe społeczeństwo to zdrowy biznes – tak bym to w skrócie określiła – a przede wszystkim komfort życia i przyjemność życia. Zawsze podkreślam przy różnych spotkaniach ważność apetytu na życie, a ten apetyt można mieć wtedy, kiedy jest się zdrowym, kiedy nic nie dolega. Po to mamy wspaniałych lekarzy, wspaniałe organizacje, które nam pomagają w przezwyciężaniu tych trudności, kiedy diagnoza jest bardzo poważna.

Ze swojej strony tyle. Czy pan minister chciałby coś jeszcze dodać? Tak? Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, jeszcze głos.

Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" Krystyna Wechmann:

Jeszcze w jednej kwestii, panie ministrze. Tak jak mówiliśmy o zabiegach operacji raka piersi, to w 2021 r. było 15 referencyjnych ośrodków, a 132 ośrodki pozareferencyjne i 47% kobiet było leczonych właśnie w nich, to jest duży procent. Bardzo dużo.

Chciałabym tylko jeszcze powiedzieć, że w ostatnim czasie mamy dużo dyskusji na temat wyrobów medycznych. To też, oczywiście poza innymi schorzeniami, dotyczy raka piersi. Mamy takie trzy obszary: protezy piersi, peruki, ale także rękawki przeciwobrzękowe. Nadal, pomimo zdecydowanie lepszej techniki operacyjnej, obrzęki są dużym problemem kobiet. W związku z tym, myślę, że sprawa – tylko to podnoszę, bo to będziemy dyskutować i to w konsultacjach, te wyroby medyczne są akurat w konsultacji, ale tylko tak chciałam zaznaczyć – jakości życia to również podstawa nie tylko w leczeniu, lecz także po leczeniu.

Dobór dobrej protezy jest bardzo ważny, a ta refundowana w granicach 280 zł… Nieważne, że firmy mówią, że to już jest na skraju ich możliwości. Naprawdę są tak fantastyczne protezy, nie muszą być one w całości refundowane, ale żeby chociażby te podstawowe trzy; żeby cena tej protezy była dla pacjentki, żeby ona nie musiała kupować, jak ja mówię, gniota, bo 30 lat temu, kiedy w ogóle nie było refundacji protez piersi, dostałam protezę trzy razy większą niż moja pierś. Przyszłam do domu, rzuciłam nią o sufit. Jednak przyjaciółki się wtedy zrzuciły na zagraniczną protezę, stąd wiem, jakie to jest ważne dla kręgosłupa, dla dalszego funkcjonowania. Nie mówiąc już dla estetyki, to dla kobiet jest bardzo istotne. Muszę też powiedzieć, że peruki wcale nie muszą być z naturalnych włosów, bo peruki w tej chwili naprawdę są świetne, nie widać różnicy prawie z metra, nie można poznać.

Tylko tak chciałam zaakcentować, że wyroby medyczne to jest też jeden z ważnych elementów jakości życia kobiety. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Muszę w tym miejscu powiedzieć, że nie tak dawno złożyłam interpelację w zakresie wyrobów medycznych, ponieważ o to właśnie mnie prosiły Amazonki.

Złożyłam interpelację odnośnie do peruk, protez piersi, jak też przy drugim tak bardzo poważnym nowotworze, gdzie potrzeba produktów stomijnych, można w jakiś sposób nad tym się pochylić, i aparaty słuchowe. Wiem, że jest przychylność MZ, rozważają państwo zmianę. To nie są znowu aż tak duże kosztowe rzeczy, a dla kobiet i osób chorych komfort życia jest przede wszystkim najważniejszy.

Cieszę się, że organizacje pacjenckie bardzo inspirują posłów parlamentarzystów do tego, aby działać, aby poprawiać jakość życia, za co chciałam bardzo podziękować.

Tak więc, panie ministrze, wspólnie będziemy zmieniać rzeczywistość, która już jest dobra, ale jeszcze możemy nad tym popracować. Panie profesorze, jeszcze… Słucham.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Bardzo krótko, bo mieliśmy dzisiaj dosyć obfite spotkanie z panem ministrem przed południem, również z uczestniczeniem pani poseł przewodniczącej. Nie będę powtarzał już niczego, co powiedziałem, bo wiele tych elementów, które poruszyłem, łączą się również z dzisiejszą tematyką spotkania, czyli z nowotworami piersi, i tak jak mówiłem, prześlemy również na pani ręce raport medycznej racji stanu, gdzie podsumowaliśmy to, co się dzieje obecnie i co wymaga dopracowania i uzupełnienia.

Chcę tylko jeszcze do tego może dodać, że nie możemy ciągle biadolić, że nie wychodzi nam screening – taki czy inny. Dlatego, że zbyt długo już trwa ten screening. Nawet w poprzednim narodowym programie doszliśmy do pewnego etapu, który potem niestety został zrujnowany. Była przerwa, która zniweczyła to, co już zaczęliśmy powoli osiągać i tak nie może być. Musi być jakaś ciągłość między decydentami w przekazywaniu pewnych elementów strategii onkologicznej, a nie zaczynanie wszystkiego od nowa, bo do niczego nie dojdziemy w ten sposób.

Chcę także powiedzieć, że jest wielki potencjał, jeżeli chodzi o lekarzy medycyny pracy. To jest niewykorzystane, a program 40+ właśnie idealnie pasuje do medycyny pracy, nie tylko do lekarza rodzinnego. Sam lekarz rodzinny sobie z tym nie poradzi, bo to wyzwanie jest zbyt duże i naprawdę musi być dopracowany system motywacyjny dla instytucji lekarza rodzinnego – nie tylko lekarza, ale dla instytucji lekarza rodzinnego, czyli pielęgniarek, położnych, którzy powinni być odpowiednio wynagradzani, stosownie do wkładu ich pracy w pozyskiwaniu właśnie pacjentów, którzy mają wykonywane badania screeningowe.

Uważam, że trzeba w to wprzęgnąć również opiekę farmaceutyczną. Dlatego, że zawsze pierwszy odruch człowieka, to jest pójść poradzić się pani magister w aptece, bo ma się taki, a nie inny problem. W tym miejscu wielka rola również dla pozyskiwania tych, którzy przychodzą właśnie do aptek, próbując sami się leczyć, a być może mogliby być skierowani na właściwe tory myślenia, żeby uniknąć późniejszej tragedii.

Tak że jest wiele elementów, które wymagają dopracowania, wiele zyskaliśmy dotychczas przez pracę zespołów w Ministerstwie Zdrowia, w NFZ, ale jeszcze raz bardzo podkreślam konieczność kooperacji pomiędzy poszczególnymi ośrodkami decydenckimi, żeby przede wszystkim miała miejsce ciągłość w przekazywaniu tego, co zostało już osiągnięte, a nie zaczynanie ciągle wszystkiego od nowa. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję za cenną informację.

Czy jeszcze pan minister zechce się odnieść do tego? Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

W pełni podpisuję się pod tym, co pan profesor w tym miejscu powiedział.

Myślę, że jeżeli chodzi o medycynę pracy, na pewno trzeba to zaangażowanie zwiększyć, co robimy właśnie w tej chwili. Mamy już to przygotowane, pracujemy nad tym razem z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, ponieważ trzeba zmienić ustawę i to się w tej chwili dzieje. Jako że do pewnych zachowań trzeba czasem – nie chcę użyć sformułowania, że przymusić człowieka – ale pewne zachowania trzeba uzależnić właśnie od wydawania zgody na dalszą pracę.

To są czasem proste badania, które niejednokrotnie mogą uratować życie ludzkie i potem ta osoba będzie nam wdzięczna. Spotkałem się jednak z takim zarzutem, że np. pani, która pracuje w biurze przy komputerze mówi: „co moja praca ma do tego, żebym sobie robiła mammografię, skoro to nie ma nic wspólnego z moją pracą". Niemniej pewne schematy musimy przełamywać, w tej chwili staramy się to robić. Program 40+ rzeczywiście jest bardzo prosty i łatwy do zrobienia, tylko musimy go troszkę powiązać właśnie np. z medycyną pracy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Przechodzimy do punktu drugiego. Przyjęcie propozycji tematów do planu pracy podkomisji stałej do spraw onkologii na okres od 1 września do 31 grudnia 2022 r.

Pierwszy temat: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat postępów w diagnostyce i leczeniu schorzeń hematoonkologicznych, to na wrzesień.

Drugi temat: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat raka szyjki macicy i szczepienia przeciwko HPV oraz raka jajnika – zapadalność, zapobieganie, diagnostyka, leczenie oraz kompleksowa opieka, to na październik.

Następny temat: rozpatrzenie informacji na temat raka jelita – zapobieganie, diagnostyka, leczenie oraz kompleksowa opieka.

Czwarty temat: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat karty diagnostyki leczenia onkologicznego zielonej karty DiLO. Następnie do tego tematu dołączymy jeszcze jeden podpunkt dotyczący wyników leczenia onkologicznego w poszczególnych ośrodkach o różnym stopniu referencyjności. W tym miejscu jest także pytanie posła Douglasa, czy możemy obsłużyć wszystkich chorych onkologicznie w ośrodkach referencyjnych.

Tak więc te pytania przygotowane są na drugie półrocze roku 2022. Nie było sprzeciwów, tak że pytania uważam za przyjęte.

Czy jeszcze państwo macie jakieś uwagi co do dzisiejszego posiedzenia? Czyli omówiliśmy dzisiejszy temat związany z onkologią i chorób raka piersi. Przyjęliśmy program pracy. W związku z powyższym nie ma żadnych sprzeciwów. W takim razie przyjmujemy.

Zamykam posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Dziękuję wszystkim państwu za udział.