

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ONKOLOGII
(NR 22)
z dnia 14 czerwca 2023 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 22)

14 czerwca 2023 r.

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

– informację na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów męskich.

W posiedzeniu udział wzięli: **Agnieszka Beniuk-Patola** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Maciej Karaszewski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Marzanna Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **prof. dr hab. n. med. Tomasz Demkow** kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Narodowego Instytutu Badawczego, **dr hab. n. med. Roman Sosnowski** przedstawiciel Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, **Artur Prusaczyk** wiceprezes Centrum Medyczo-Diagnostycznego w Siedlcach, **Grzegorz Wrona** sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Magdalena Kardynał** prezes Fundacji OmeaLife – Patient Advocate, **Piotr Fonrobert** członek zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Mirosław Czechowski** wiceprezes Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator” wraz ze współpracownikami, **Anna Jasińska** rzecznik Medycznej Racji Stanu, **Joanna Frątczak-Kazana** ekspert Alivii Onkofundacji, **Marek Wójcik** pełnomocnik do spraw legislacyjnych zarządu Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, **Wojciech Wiśniewski** i **Mariusz Gutowski** eksperci Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski**, **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo serdecznie witam państwa na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów męskich. Bardzo proszę, żeby ze strony ministerstwa przedstawić wszystkie informacje i założenia, żebyśmy mogli się z nimi zapoznać.

Przypomnę, że dzisiaj otwieraliśmy wystawę poświęconą nowotworom i zapobieganiu chorobom onkologicznym wśród mężczyzn. Chciałabym bardzo podziękować wszystkim organizacjom pozarządowym za wsparcie bardzo ważnej wystawy, a przede wszystkim za to, że rozmawiamy o sprawach, o tematach, które tak naprawdę są jeszcze tematami tabu. Kiedy mówimy o kobietach, to już wiemy, co i jak, jak to funkcjonuje, natomiast patrząc na statystyki, informacje z Narodowego Funduszu Zdrowia, widzimy, że są to statystyki bardzo niedobre. A więc wszyscy musimy nad tym popracować, żeby zwiększyć zgłaszalność na badania profilaktyczne.

Bardzo proszę o informację ze strony ministerstwa. Witam wszystkich zaproszonych gości. Pozwólcie państwu, że nie będę wszystkich wymieniała, dlatego że jest wielu ekspertów, którzy pracują przy podkomisji. Chciałam om za to bardzo podziękować. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Beniuk-Patoła:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, zaproszeni goście, członkowie podkomisji, jak pani przewodnicząca już wspomniała, oczywiście choroby nowotworowe i wszystko, co się z nimi wiąże, jest to temat, który jest wiecznie aktualny. Niestety, są to choroby, które zbierają coraz większa żniwa w naszym społeczeństwie. Jest coraz większa skala wykrywania nowotworów. Wykryty nowotwór jest możliwy do wyleczenia pod jednym warunkiem, że zostanie zdiagnozowany we wczesnym stadium zaawansowania. Po to, żeby było to możliwe, jak pani przewodnicząca tutaj powiedziała, u nas wszystkich, nie tylko u mężczyzn, u kobiet także, gdyż myślę, że u znacznej grupy kobiet także nie ma świadomości, aczkolwiek badamy się chyba częściej niż mężczyźni, mimo wszystko częściej jesteśmy u lekarza, potrzebna jest świadomość, że jesteśmy w dużej mierze albo tak naprawdę w przeważającej części sami odpowiedzialni za własne zdrowie. Żadne programy profilaktyczne, których moglibyśmy jeszcze przynajmniej kilka przygotować, co oczywiście się dzieje, cały czas próbujemy wprowadzać nowe technologie, nowe metody diagnostyczne, nowe metody przesiewowe, skupiamy się na tym w resorcie zdrowia w ramach Ministerstwa Zdrowia we współpracy z ekspertami, z podległymi jednostkami, z ośrodkami onkologicznymi, z Narodowym Funduszem Zdrowia...

Natomiast mój apel jako kobiety, jako żony, jako matki syna jest taki, żeby panowie nie bali się chodzić do lekarza, żeby chcieli jak najdłużej żyć i w dobrym zdrowiu spełniać się w wielu rolach, ale wracając do meritum, czyli do działań, które są już realizowane przez Ministra Zdrowia, informacja o których została zawartej w materiale, który państwo dostaliście, powiem pokrótce.

Oczywiście nowotwory, które tylko i wyłącznie dotyczą mężczyzn, to jest nowotwór złośliwy pęcherza, nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, nowotwór złośliwy jądra, ale nie są to nowotwory, które w największym stopniu dotyczą mężczyzn i stanowią przyczynę zgonu. Mamy tutaj również raka płuca, raka jelita grubego czy raka pęcherza moczowego. Dotyczą one zarówno grupy kobiet, jak i mężczyzn, ale w grupie mężczyzn stanowią istotną przyczynę zgonów.

Jeżeli chodzi o profilaktykę, w ramach programów profilaktycznych, które są w koszyku świadczeń gwarantowanych i finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nie mamy wprost dedykowanego programu stricte dla mężczyzn. Oczywiście będzie zapewne pytanie, co jeżeli chodzi o nowotwór gruczołu krokowego, dlatego że jest to temat, który jest też zgłębiany na forum Komisji Europejskiej, jak i w gremiach, w środowisku ekspertów, w jaki sposób ewentualnie przygotować program screeningowy, który w najlepszy sposób byłby w stanie odpowiedzieć na potrzeby, zgodnie z najnowszą medyczną, technologiami.

Komisja Europejska podejmuje działania w tym kierunku, natomiast nie ma jeszcze spójnego, kompletnego stanowiska ekspertów, jaka metoda powinna być zastosowana. Kiedyś oczywiście było to tylko i wyłącznie badanie PSA, natomiast są dowody na to, że nie jest to najbardziej skuteczna, najbardziej czuła i swoista metoda. Wobec tego temat będzie w dalszym ciągu zgłębiany zarówno na forum europejskim, jak i na naszym forum krajowym. Będziemy podejmować działania, żeby wypracować model, który będzie najbardziej efektywny, odpowiadający potrzebom panów.

Jeżeli chodzi o pozostałe nowotwory, oczywiście mamy dedykowane programy, jak chociażby program profilaktyki raka jelita grubego, który jest adresowany zarówno do grupy kobiet, jak i mężczyzn. Jeżeli chodzi o kryteria, mamy je jasno sprecyzowane. To też jest program, w którym w pewnym wieku każdy z nas powinien uczestniczyć, zgłosić się, wykonać kolonoskopię. Są podejmowane działania. Wiem, że kolonoskopia niektórym osobom kojarzy się z badaniem trudnym, bolesnym badaniem. Oczywiście nie zawsze tak jest. Raczej strach ma wielkie oczy, natomiast sprawny lekarz jest w sta-

nie wykonać badania nawet bez sedacji w sposób bezbolesny. Oczywiście alternatywą dla pacjentów, którzy z różnych powodów nie mogą bądź nie chcą wykonać screeningu metodą badania kolonoskopowego jest test FIT, ale tutaj jest jeszcze chwila na zastosowanie. Agencja Oceny Technologii Medycyny i Taryfikacji pracuje nad rekomendacją uzupełniania programu, który w tym momencie jest oparty wyłącznie na kolonoskopii przesiewowej, uzupełniania modelu o możliwość zastosowania testu FIT w badaniu przesiewowym.

Jeżeli chodzi o dodatkowe programy profilaktyczne niefinansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, póki co z dwóch źródeł, z Narodowej Strategii Onkologicznej i ze środków Unii Europejskiej w programie operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój, mamy program screeningowy w kierunku raka płuca. On także jest dedykowany dla pacjentów obu płci, ale z dużym naciskiem w kierunku mężczyzn, aczkolwiek grupa kobiet także się zwiększa, ponieważ jest on dedykowany szczególnie dla osób, które palą lub paliły papierosy, które mają konsumpcję tytoniową większą albo równą 20 paczkatom, są palaczami aktywnymi bądź nieaktywnymi, ale mają w swoim życiu odpowiednią historię, jeżeli chodzi o palenie. Jest to program, który wykorzystuje niskodawkową tomografię komputerową. Jest on realizowany na terenie całej Polski. W tym roku kończy się ten model programu w ramach środków Narodowej Strategii Onkologicznej i środków unijnych. Kolejny krok to przygotowanie programu przesiewowego, który przy pozytywnej rekomendacji prezesa Agencja Oceny Technologii Medycyny i Taryfikacji wejdzie do koszyka świadczeń gwarantowanych być może w zmodyfikowanej wersji, być może w szerszym zakresie, ale na pewno będzie dedykowany pacjentom. Będzie screening w kierunku chorób nowotworowych klatki piersiowej, a nie tylko raka płuc.

Jeżeli chodzi o profilaktykę, czyli wszystkie mechanizmy, które są zaprojektowane i które będą zaprojektowane w najbliższej przyszłości do dyspozycji, do wykorzystania przez pacjentów, przez poszczególne osoby, będą one miały efektywny wymiar, jeżeli u pań, panów – tutaj szczególny ukłon i nacisk na słowo „panowie”, ponieważ posiedzenie jest poświęcone nowotworom męskim – responsywność będzie odpowiednia. Tak naprawdę tylko wtedy programy będą miały osiągnięty swój cel, tylko wtedy będziemy mogli powiedzieć, że kolejne etapy w życiu każdego człowieka będą poprzedzone profilaktyką, każdy z nas będzie mógł mieć projekcję, na ile ryzyko u niego jest duże, na ile ryzyko u niego jest małe, jakie jeszcze może podjąć działania, żeby nie spotkać się w czwartym stopniu zaawansowania nowotworu na stole operacyjnym.

Jeżeli chodzi o inwestycje, oprócz samych programów przesiewowych, bardzo istotna jest alokacja środków finansowych, jeżeli chodzi o doposażenie podmiotów zarówno onkologicznych, jak i nieonkologicznych w sprzęt do diagnostyki oraz leczenia nowotworów. Jeżeli chodzi o Narodową Strategię Onkologiczną, cały czas skupiamy się na odnawianiu parku maszynowego w poszczególnych ośrodkach onkologicznych, tak żeby zarówno diagnostyka, jak i terapia w jak najlepszym zakresie była dedykowana dla pacjentów, żeby przede wszystkim była bezpieczna, przede wszystkim była skuteczna, żeby sprzęt tak naprawdę mógł być wykorzystywany dla jak największej liczby pacjentów, żeby nie był awaryjny, żeby zaplecze było odpowiednio bezpieczne. Ośrodki onkologiczne mają również możliwość uzyskania finansowania z Funduszu Medycznego, z Subfunduszu infrastruktury strategicznej. W tym roku został ogłoszony konkurs na alokację prawie 2,5 mld zł dla tego obszaru. A więc alokacja jest tutaj bardzo duża, nie tylko jeżeli chodzi o inwestycje w sprzęt, ale przede wszystkim w poprawę infrastruktury, budowę nowych, przebudowę ośrodków tak, żeby opieka onkologiczna nad pacjentami onkologicznymi mogła być realizowana w prawidłowych, bezpiecznych warunkach.

Jeżeli chodzi o leczenie, tutaj też oczywiście mamy kwestie stricte dotyczące leków i cząsteczek, które każdego roku pojawiają się w obwieszczeniu Ministra Zdrowia, w programach lekowych dedykowanych tej grupie pacjentów. Tutaj szczególna uwaga przywiązywana jest do rozszerzania. Oczywiście pewnie padną słowa, że jeszcze daleko nam do pozostałych krajów rozwiniętych. Zapewne tak, natomiast patrząc z perspektywie ostatnich dziesięciu lat, postępu, jaki został zrobiony, liczby nowych cząsteczek, które zostały wprowadzone do leczenia pacjentów onkologicznych, myślę, że jest to dobry

krok, pozytywny krok w kierunku dalszego rozszerzenia zakresu dostępnych leków. Myślę, że proces ten na pewno nie zostanie zatrzymany.

Z mojej strony to tyle. Dziękuję serdecznie. Oczywiście jestem do dyspozycji.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Jedno zdanie. Wydaje mi się, że jest to jakieś nieporozumienie. Temat dzisiejszego spotkania był zupełnie inny. Miały to być nowotwory męskie. To, o czym mówiła pani dyrektor, to nie są nowotwory męskie, tylko nowotwory występujące u mężczyzn. Tak samo u kobiet, jak i u mężczyzn występuje większość nowotworów, o których pani mówiła. O ile widzę, że Narodowy Fundusz Zdrowia przysłał materiały dotyczące nowotworów męskich...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Właśnie teraz chciałam udzielić głosu.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chodzi o to, że jak będziemy mówili o wszystkim, to nie powiemy o niczym. Będzie to rozmydlanie tematu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie pośle, bardzo proszę, żeby nie zaburzać spotkania. Będę je tutaj moderować. Chciałabym teraz po Ministerstwie Zdrowia prosić o głos Narodowy Fundusz Zdrowia, dlatego że to nie jest cała informacja. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Maciej Karaszewski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni goście, jako Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił państwu informacje na temat stricte nowotworów męskich, oczywiście wybranych przez naszych pracowników arbitralnie, ale myślę, że prawidłowo. Z nowotworów wybraliśmy przede wszystkim nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, który jest najczęstszym, najbardziej rozpowszechnionym nowotworem wśród mężczyzn. Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów, zachorowalność jest na poziomie 17, 5 tys., a umieralność wynosi 5,5 tys. rocznie.

Jeżeli chodzi o nasze działania w zakresie nowotworu gruczołu krokowego, liczba kontaktów, liczba świadczeń, jeżeli chodzi o ten nowotwór, rok do roku stale rośnie i to rośnie w dosyć szybkim tempie. Łączy się to prawdopodobnie oczywiście z tym, że nasze społeczeństwo starzeje się. Jest to nowotwór mężczyzn w zaawansowanym wieku, więc nowotwór ten będzie coraz częściej rozpoznawany.

Jeżeli popatrzymy na inne męskie nowotwory złośliwe prącia czy jądra, utrzymują się mniej więcej stabilnie. Jeżeli chodzi o nowotwór złośliwy prącia, jest to około 1500 kontaktów w ciągu roku. Przez ostatnie lata liczba utrzymuje się stabilnie. Jeżeli natomiast chodzi o nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, o ile w roku 2018 mieliśmy 44 tys. kontaktów z tego powodu w szpitalach, o tyle w roku 2022 było już 57 tys. takich świadczeń w szpitalach. Oczywiście łączy się to również z kosztami, które ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia ze składek publicznych. Koszty te rosną bardzo szybko. W roku 2018 było to 78 mln zł – nie będę mówił po kolei, ponieważ macie państwo materiały – jeżeli chodzi tylko o kontakty szpitalne, natomiast w 2022 r. było to prawie 190 mln zł.

W międzyczasie, widząc gwałtowny wzrost liczby zachorowań i wzrost potrzeby zdrowotnej w zakresie leczenia nowotworu prostaty, Minister Zdrowia wprowadził dodatkowe świadczenie gwarantowane, to znaczy leczenie w prostatektomii metodą da Vinci, czyli tzw. systemem robotowym. Aktualnie zabiegi systemem robotowym, który oczywiście ma przewagę nad otwartym zabiegiem, gdyż jest zdecydowanie mniej okaleczający, częściowo ma także przewagę nad klasycznym zabiegiem laparoskopowym, ponieważ przy dobrym wyszkoleniu operatora daje mniej powikłań niż zabieg laparoskopowy, w Polsce wykonuje 31 szpitali. Widać, że liczba takich zabiegów bardzo szybko rośnie z roku na rok. W zeszłym roku było wykonanych 2150 takich prostatektomii, a w pierwszym kwartale tego roku było już prawie 1400 prostatektomii wykonanych metodą robotową. Może nie będę mówił, ile Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył akurat na ten zabieg, ponieważ może nie ma to takiego znaczenia.

Dalej chciałbym powiedzieć, że tak jak powiedziała pani dyrektor, nie ma żadnej specyficznej profilaktyki raka gruczołu krokowego. Kiedyś wydawało się, że PSA jest screeningową metodą wykrywania raka gruczołu krokowego, ale badania, które zostały wykonane nie tylko w Polsce, ale i w Europie, wykazały, że jest ono nie do końca ani swoiste, ani czułe do wykrywania tegoż nowotworu. Skutkuje wieloma niepotrzebnymi dodatkowymi diagnostykami. Wykonanie tego badania i uzyskanie podwyższonego wyniku nie zwiększa przeżywalności, nie wpływa na całkowitą przeżywalność w zakresie tego typu nowotworu. Generalnie szuka się, eksperci szukają nowego badania, które byłoby bardziej swoiste dla tego typu nowotworu. Wiemy, że liczba owych nowotworów będzie rosła. Dlatego też tak naprawdę teraz podstawową metodą jest kontakt pacjenta z poradnią urologiczną. Z roku na rok tych kontaktów jest coraz więcej. Fundusz przeznaczają coraz więcej pieniędzy na takie kontakty. W 2018 r. przekazaliśmy na tenże nowotwór 26 mln zł, a w roku 2022 sfinansowaliśmy świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w kwocie 63 mln. Ostatni element to leczenie szpitalne, leczenie operacyjne, diagnostyka w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Oczywiście dochodzi jeszcze diagnostyka obrazowa. Tutaj również mamy dosyć gwałtowny wzrost diagnostyki obrazowej z 40 tys. rozpoznań do 60 tys. kosztochłonnych badań, głównie rezonansu, co oczywiście łączy się z przeznaczonymi na to finansami w wysokości 19 mln zł w roku 2018 oraz 37 mln zł w roku 2022.

Oczywiście mamy jeszcze leczenie farmakologiczne, nowe cząsteczki, leczenie chorych w ramach programu lekowego B.56 dotyczącego chorych leczonych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. Z roku na rok rośnie również liczba objętych programem osób, cząsteczek i szpitali, które to realizują. Podam dokładnie, że w 2022 r. mieliśmy 5092 pacjentów. Byli leczeni w 89 miejscach. Całkowita wartość refundacji za owe świadczenia wynosiła 310 mln zł, z czego na leki wydatkowaliśmy 296 mln zł.

Podsumowując wszystkie koszty, które w 2022 r. ponieśliśmy w związku z najczęstszym męskim nowotworem, czyli rakiem prostaty, Narodowy Fundusz Zdrowia wydał prawie 700 mln zł. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Poproszę teraz o wystąpienie pana doktora Prusaczyka. Bardzo proszę.

Wiceprezes Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach Artur Prusaczyk:

Dziękuję serdecznie za zaproszenie i prawo do wypowiedzi. Przygotowaliśmy krótką, składającą się z kilku slajdów prezentację, w jaki sposób zbudować prawidłową dostępność do świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, w szczególności na terenach wiejskich. Generalnie opieramy swoje działania o to, żeby co pięć lat pielęgniarka, położna lub koordynator wezwał pacjenta i odpytał, czy pacjentowi czegoś potrzeba czy nie. Oczywiście pytania są dedykowane do poszczególnych dziedzin, ale podstawą jest uczestnictwo w badaniach przesiewowych. W zakresie nowotworów męskich takich badań, przynajmniej na razie, nie ma dostępnych, ale ważne jest pytanie, czy pacjent tego potrzebuje. Pacjenci zapytani odpowiadają, pacjenci potrzebują mieć do kogoś zaufanie. Jeżeli wychodzi się aktywnie, to to działa.

Na zielono specjalnie umieściłem mapkę DEGURBA. Bardzo często jest dyskusja, w jaki sposób oceniać budowę dostępności w Polsce do podstawowej opieki zdrowotnej i do podstawowych świadczeń. Generalnie trzeba sobie zdawać sprawę, że są bogate miasta, tzw. DEGURBA 1, gdzie jest wysoki dochód i można mieć mnóstwo różnego typu dostępności, dużo alternatyw. Na żółto jest DEGURBA 2, małe miasteczka, otoczenia miast. I polska wieś, małe miasteczko są na zielono. Mieszka tam jedna trzecia ludności. Ludziom tym trzeba inaczej skonstruować całe działanie. Da się to zrobić.

Ankieta, czyli kwestionariusz wywiadu medycznego – generalnie to wszystko jest określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Nie ma tu żadnych tajemnych, specjalnych pytań. Są po prostu pytania o choroby przewlekłe, aktualne dolegliwości, ile pacjent waży, czy pali papierosy i czy miał wykonane badania profilaktyczne. Musi to robić człowiek i człowiek musi przekonać pacjenta, żeby w tym uczestniczył. Jednemu pacjentowi wystarczy jedno spotkanie, do niektórych trzeba dzwonić, ponawiać. Jest grupa pacjentów, którzy wymagają nawet do około trzydziestu kontaktów. Istotą działania jest

zidentyfikowanie grup podwyższonego ryzyka i danie im następnie planu. Jest to materiał, który kiedyś opracowaliśmy z prof. Jackiem Gronwaldem z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego oraz z prof. Mariuszem Bidzińskim i prof. Olszewskim z Narodowego Instytutu Onkologii. Jest to dopasowanie działań do poszczególnych grup wiekowych, wręcz nawet od 35. roku życia. Jeżeli wywiad rodzinny jest dodatni, to robimy również badania molekularne. W tej chwili jest to finansowane w ramach poradni genetycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Składowi takiego bilansu to mężczyźni. Zawsze są podstawowe pomiary, weryfikacja programu chorób układu krążenia. W tej chwili dodatkowo jest jeszcze bilans 40 plus, ale opieramy się przede wszystkim na profilaktyce chorób układu krążenia. Wszystko jest finansowane z funduszu, pacjent generalnie za nic nie płaci. Płaci wcześniej w postaci swoich podatków. Kolonoskopia w odpowiednim wieku. Oczywiście jeżeli jest potrzeba działań w zakresie urologii, dostaje skierowanie do urologa i jest umawiany przez koordynatora. To wszystko zostało później przetestowane w ramach projektu POZ PLUS w ramach grantu Banku Światowego. Sprawdziło się, wiadomo, że działa. Grupa ryzyka jest wzywana co roku, grupa z niskim ryzykiem co pięć lat.

Przede wszystkim jest to efektywne merytorycznie. Dostarcza, buduje wartość zdrowotną. Pacjenci bardzo to lubią, pacjenci uważają, że wtedy są zaopiekowani, że ktoś ich zaprosił, że ktoś się postarał. Oczywiście wymaga to wzmocnienia kompetencji. W tej chwili są takie uczelnie jak na przykład Uczelnia Łazarskiego, która organizuje specjalne studia podyplomowe dla koordynatorów badań profilaktycznych. Uważam to za świetny pomysł. Może inne uczelnie też to podejmą. W każdym razie buduje to kompetencje personelu, ale normalna pielęgniarka z wykształceniem licencjackim, a nawet i bez, jest w stanie zrobić taki bilans. Musi być tylko odpowiednio przeszkolona. Oczywiście musi być kontrola jakości, czyli trzeba weryfikować, co jest wpisane w dokumentacji. Czy to metodą wyrywkową, czy to metodą jakiś analiz statystycznych, wszystko to jest osiągalne. Dla pacjentów jest to po prostu atrakcyjne, dlatego że pacjent posługuje się prostymi myślami. Dla niego to musi być kompleksowe i atrakcyjne. Przychodzi jednego dnia, jest pobierana krew, jest omówiona ankietą. Ankietę można zrobić telefonicznie. Generalnie następnie musi to być skoordynowane, zintegrowane, żeby można było pójść dalej. Oczywiście wtedy inaczej zajmujemy się grupą z wynikami nieprawidłowymi, inaczej grupą podwyższonego ryzyka, a inaczej grupą z niskim ryzykiem.

Generalnie to wszystko. Nadzór nad pacjentami jest prosty. Wymaga powołania koordynatorów profilaktyki. W Narodowej Strategii Onkologii jest powołany koordynator leczenia, ale jest luka, nie ma koordynatora badań, chociaż nie badań, dlatego że badania powinien robić koordynator POZ, i to jest robione. Chodzi o nadzór nad grupami podwyższonego ryzyka.

Naprawdę gorąco polecam, gdyby ktoś chciał nas odwiedzić, to serdecznie zapraszamy. Okolice Siedlec, Mińska. Możemy pokazać jednostki w naszych małych miasteczkach, na wsiach. Działa wszędzie. Bardzo przydałoby się zintegrowanie programów profilaktycznych oraz wykorzystanie wszystkich dobrych doświadczeń, jakie dał COVID, czyli zapraszanie przez IKP, wysyłanie zaproszeń, wysyłanie informacji zwrotnej do lekarzy, umożliwienie lekarzom specjalistom, którzy później zajmują się pacjentem, dostępu do jego dokumentacji medycznej. Dzisiaj tylko lekarz rodzinny jest do tego upoważniony. To fajnie, dlatego że to coś nowego, ale onkolog czy urolog też potrzebuje dokumentacji, wcześniejszej historii. Koordynator wyłapał pacjenta, który czegoś potrzebuje. Lekarz powinien mieć możliwość kontaktu z koordynatorem. Może to być Narodowy Instytut Onkologii czy szpital wojewódzki, który prowadzi terapię. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Wiem, że model, który jest u pana wypracowany, cieszy się wielkim uznaniem. Mam nadzieję, że będziemy pracować nad tym, żeby aplikować go w inne regiony Polski. Myślę, że jesteśmy w kluczowym momencie, kiedy możemy skorzystać z oczywistych rzeczy, które są, tylko trzeba to systemowo poukładać. Też mam na to pomysł. Teraz przygotowuję pilotaż na Śląsku dotyczący właśnie współpracy POZ z Narodowym Instytutem Onkologii. To w formie uzupełnienia. Jak połączymy

wypracowane kwestie, naprawdę będzie to bardzo dobrym rozwiązaniem dla pacjenta, ale też i dla kadry medycznej. Tutaj jeden jest obok drugiego. Trzeba to połączyć w synergię. Bardzo proszę. Już jest głos. Pani, bardzo proszę.

Ekspert Alivii Onkofundacji Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry państwu. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, dziękuję za udzielenie głosu. Jak zwykle świetna prezentacja pana doktora Prusaczyka. Gratuluję wyników.

Chciałabym odnieść się do nowotworu męskiego, który występuje najczęściej, czyli raka gruczołu krokowego. Jak wspomniała pani dyrektor z Ministerstwa Zdrowia, obserwujemy negatywne trendy epidemiologiczne oraz rosnącą śmiertelność z powodu tej choroby. Podobnych zjawisk nie obserwujemy w większości państw Unii Europejskiej. Około połowa pacjentów z rakiem gruczołu krokowego powyżej 65. lat jest obciążona chorobami współistniejącymi. Dlatego też wymagają kompleksowej opieki w ośrodkach do tego przygotowanych w rozwiniętej bazie klinicznej.

W Polsce, jak wiemy, wskaźnik pięcioletnich przeżyć pacjentów z rakiem gruczołu krokowego jest znacznie niższy niż w krajach Europy Zachodniej. Według danych epidemiologicznych, w Polsce 67% pacjentów przeżywa pięć lat od diagnozy, a w przypadku krajów Unii Europejskiej jest to 83%. Mamy także bardzo duże nierówności pomiędzy województwami. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, różnice pomiędzy województwami w zakresie wskaźników pięcioletnich przeżyć wynoszą nawet 30 punktów procentowych. Oznacza to mniej więcej tyle, że na przykład w województwie lubuskim wskaźnik ten wynosi tyle, ile w Azji Środkowej.

Biorąc pod uwagę zapadalność oraz wskaźniki dotyczące skuteczności leczenia raka prostaty, chciałabym skierować pytania przede wszystkim do Ministerstwa Zdrowia, do pani dyrektor, również w kontekście Narodowej Strategii Onkologicznej, dlatego że w Narodowej Strategii Onkologicznej zaplanowano uny narządowe właśnie do leczenia najpowszechniej występujących nowotworów. Chciałabym zapytać, na jakim etapie jesteśmy, jeżeli chodzi o powołanie ośrodków leczenia raka prostaty właśnie odpowiedzialnych za kompleksową diagnostykę i leczenie. Chciałabym też zapytać, na jakim etapie są wytyczne dotyczące leczenia najpowszechniejszych nowotworów męskich, a więc przede wszystkim raka gruczołu krokowego. Czy będą przyjęte rozporządzeniem Ministra Zdrowia? Chciałabym po prostu wiedzieć, na jakim to jest etapie. Mam takie dwa pytania. Serdecznie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, następne pytanie.

Członek zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Piotr Fonrobert:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Piotr Fonrobert. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych.

Chciałbym wypowiedzieć się od strony pacjenta, jak mniej więcej wygląda całościowy kształt leczenia raka prostaty. Oczywiście będę mówił o tym, że jest już źle, że jesteśmy nie na końcu Europy jak z innymi sposobami leczenia innych rodzajów nowotworów, ale też chciałbym zwrócić uwagę, że chwalenie się tym, że na przykład program B.56 mamy doskonale przygotowany, skrojony, jest przesadą, dlatego że niestety, odbiega on od tego, co jest oferowane naszym kolegom na Zachodzie Europy. Chciałbym także powiedzieć o tym, że samo przygotowanie pacjenta do tego, że jest chory na raka, na nowotwór, też wymaga pewnych zmian. Nowotwór gruczołu krokowego jest to nowotwór, który nie zawsze będzie leczony po zidentyfikowaniu, że występuje. W momencie, kiedy pacjent się dowiaduje, że ma raka, i to jest zła wiadomość, a dobra wiadomość jest taka, że nie będzie miał efektów ubocznych, ponieważ nie będzie leczony, wymaga wielkiego wsparcia, żeby zrozumiał swoją sytuację. Chciałbym też powiedzieć, że trochę odstajemy, jeżeli chodzi o zabezpieczenie w wyroby medyczne, które pomagają tak naprawdę uniknąć popularnych efektów związanych na przykład z napromieniowaniem. Na koniec chciałbym podziękować tym wszystkim, którzy zajmują się tym rodzajem nowotworu, którzy leczą ten rodzaj nowotworu, ale chciałbym także spytać, dlaczego usłyszałem na forum Krajowej Rady Narodowej Strategii Onkologicznej, że bardzo rzadko korzystacie pań-

stwo z PET PSMA, z takiego rodzaju peta, który jest sfokusowany właśnie na ten rodzaj nowotworu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Pan poseł, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Postaram się mówić na temat nowotworów męskich. Zastanawiałem się, dlaczego państwo w dwóch wystąpieniach niewiele właściwie mówili o nowotworach męskich. Chyba dlatego, że specjalnie nie ma się czym chwalić, jeżeli chodzi o Polskę. Przed chwileczką mówiła...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie pośle, przepraszam, ale...

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Pani przewodnicząca, bardzo proszę. Jestem takim samym posłem jak pani. Zaprosiła mnie pani tutaj.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Proszę mi nie przerywać, tylko spokojnie dać się wypowiedzieć. Jeżeli pani myśli, że będę tutaj podbijał bębenek, to pani się myli. Mówię to, co myślę. Zresztą nie chcę absolutnie nikogo obrażać, ale będę mówił rzeczy dla mnie oczywiste. Jestem onkologiem, praktykiem. Po prostu to, co powiem, jest czystą prawdą. Nie ma w Polsce specjalnego postępu, jeżeli chodzi o leczenie tzw. nowotworów męskich. Póki co jeszcze nikogo tutaj nie obarczyłem za to winą, dlatego że po to, żeby być szczerym, trzeba powiedzieć, że również na Zachodzie nie za bardzo sobie radzą z wieloma nowotworami męskimi.

Jak wiemy, najczęstszym jest nowotwór gruczołu krokowego, prostaty. Chcę powiedzieć, że tak jak już tutaj było wspomniane, zaskakująco większa jest umieralność w Polsce na raka prostaty. Umiera mniej więcej 190 osób na 100 tys., podczas gdy średnia w Europie wynosi mniej więcej 160-165. Jest to dosyć znacząca różnica. Jeżeli chodzi o liczbę zachorowań, jest nieco mniejsza, ale wydaje mi się, z akcentem na „wydaje mi się”, ponieważ nie mam na to żadnych dowodów, a więc wydaje mi się, że wynika to z pewnego niedoszacowania. Po prostu u nas pewna grupa ludzi umiera z rakiem prostaty, w ogóle nie wiedząc o tym, że mają taki nowotwór.

Teraz dlaczego tak się dzieje? Wydaje mi się, że między innymi błędem jest tutaj brak badań przesiewowych. Absolutnie nie zgadzam się ze stwierdzeniami, które dwukrotnie padły, deprecjonującymi badanie PSA. Póki co, ja przynajmniej nie znam, a śledzę literaturę i wypowiedzi, nie ma innego badania, które ukierunkowywałoby jakąś grupę mężczyzn na to, że powinni wykonać dalsze badania. Opowiadanie, że PSA jest mało swoistym badaniem... No jest, ale lepszego nie ma. A czy swoistym badaniem jest mammografia? Robimy badania przesiewowe. I co? I też są wyniki fałszywie dodatnie, fałszywie ujemne, ale nakierunkowują nas na to, że trzeba kobiety dalej badać, zrobić usg, biopsję cienkoigłową, biopsję gruboigłową, taką biopsję, inną biopsję, biopsję mammotomiczną, aby w końcu dojść do tego, czy pacjentka wymaga leczenia czy nie wymaga. Tutaj powinno się postępować identycznie, jeżeli chodzi o PSA.

Jak państwo tutaj siedzicie, na pewno każdy z was zna wiele osób, które przebyły raka prostaty, były leczone z mniejszym lub z większym skutkiem, zwykle z niezłym. Proszę mi powiedzieć, u którego z tych pacjentów doszło do diagnozy bez badania PSA. Wszyscy, w 100% – mogę się założyć – zrobili PSA, wyszło wyższe PSA, a że wyższe wychodzi czasami na przykład przy nowotworach łagodnych, przy łagodnym przerzucie prostaty, oczywiście, że tak. Potem się to monitoruje. Po to robi się mapping, po to robi się różnego rodzaju biopsje, żeby dojść do prawdy. Nic w tym nie ma. Nie jest prawdą, że ci ludzie są potem niepotrzebnie leczeni. Przecież leczeni są tylko ci, u których wyjdzie dodatnia biopsja.

Tutaj następna rzecz. Dostępność do biopsji jest zbyt mała, szczególnie jeżeli chodzi o biopsję fuzyjną, która jest już dosyć popularna na świecie. Jest to biopsja połączona z rezonansem magnetycznym. Dużo mniej daje właśnie wyników fałszywie ujemnych, nie trzeba powtarzać badań, jest dużo lepszym badaniem niż biopsja pod usg, którą się powszechnie w Polsce wykonuje. Nie jestem tego pewien, ale myślę, że dzisiaj w ogóle nie ma dostępu do biopsji fuzyjnej na NFZ. Tak mi się wydaje, ale może się mylę. Na pewno można ją zrobić w ośrodkach prywatnych. Na pewno jest tutaj bardzo dużo do zrobienia i naprawdę nie widzę żadnego powodu, dla którego nie mielibyśmy robić prawdziwego screeningu i namawiać ludzi do tego, żeby PSA badali co roku po przekroczeniu pewnego wieku. Zaniechanie tego, jak zresztą wielu innych metod podstawowej oświaty zdrowotnej, jest w Polsce absolutnym błędem. Właśnie za to pokutujemy większą liczbą nowotworów właściwie w każdym narządzie.

Jeżeli chodzi o to, co możemy, robić, a nie robimy, to jest mój konik. Mówiłem o tym tutaj od początku, odkąd jestem w Sejmie. Jest to zaniechanie szczepień przeciwko HPV. Mamy opóźnienie wieloletnie, jeżeli chodzi o szczepienia. I w ramach Komisji, i w ramach zespołu, mówiłem o tym, że jak dojdzie do szczepień, to zobaczycie państwo, że to będzie katastrofa, dlatego że w ogóle nie przygotowaliście społeczeństwa do tego, że wejdą szczepienia przeciwko HPV. Ludzie mają niską świadomość, szaleją antyszczepionkowcy. Nie, wszystko jest przygotowane, zaraz usłyszy pan dziesiątki spotów. Faktycznie spoty są, ale ich jakość odbiega od zdrowego rozsądku. Z uwagą słucham tego, co jest w spotach. Mówi się: „zaszczep swoje dziecko przeciwko HPV”, i nic więcej, jakby w ogóle przez usta nie chciało przejść, że chodzi o raka szyjki macicy. Zupełnie tego nie rozumiem, ale naprawdę tak jest. Mówię to, dlatego że tego słuchałem, oglądałem w telewizji. W ogóle nie ma tłumaczenia, dlaczego mają się szczepić chłopcy. A przecież szczepienie chłopców jest między innymi dlatego ważne, że potem jako dorośli mężczyźni nie będą zarażać kobiet, a one z kolei nie będą chorowały na raka szyjki macicy. Poza tym mężczyźni potem nie będą mieli raka prącia. Może rak prącia jest niszowym nowotworem, ale jednak co roku w Polsce występuje 1000 czy 1500 przypadków, a więc nie można tego lekceważyć. Są dwie metody uniknięcia raka prącia. Jedna to jest obrzezanie. Jak wiecie, w Izraelu właściwie nie ma raka prącia. Drugi sposób to są szczepienia przeciwko HPV. Albo trzeba się obrzezać, albo zaszczepić. W każdym razie należy ludziom o tym mówić. Nikt o tym nie mówi.

Olbrzymie pieniądze idą na reklamę, na oświatę zdrowotną, a jest ona wykonywana w sposób nieprawidłowy. Promocja jest zła, walki z antyszczepionkowcami właściwie nie ma. Powiem coś, o co zaraz pani się oburzy. Między innymi w pani ugrupowaniu są antyszczepionkowcy. Mówił o tym pan premier Morawiecki, żeby już nie zarzucono mi gołosłowności, w wywiadzie, o którym przeczytałem. Był w radio w Programie 1. Nie słucham tego radia, podobnie jak też nie oglądam tzw. telewizji publicznej, ale powiedział tam otwartym tekstem, że w Zjednoczonej Prawicy są antyszczepionkowcy, jest ich chyba dziewięciu. Ich głosy są wam potrzebne i dlatego w ogóle nie poruszacie tego tematu, nie walczyacie z antyszczepionkowcami, a pokłosem tego jest między innymi unikanie pewnych tematów w reklamowaniu szczepień przeciwko HPV oraz to, że w ogóle szczepienia, które spokojnie pięć lat temu mogły już być przeprowadzane, przez pięć lat nie były przeprowadzane. Grzech zaniechania w oświacie ekologicznej i zdrowotnej jest rzeczą niezwykle ważną. Naprawdę prawie bezkosztowo można to poprawić. Bardzo namawiam do tego tych, którzy jeszcze przez parę miesięcy będą rządzili, żeby to robili. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie pośle, bardzo proszę. Bardzo pana szanuję, ale niepotrzebnie pan wkłada politykę w miejsce, gdzie możemy mieć płaszczyznę porozumienia, a wydaje mi się, że akurat w onkologii, nad czym pracuję z szeroką grupą posłów w Ministerstwie Zdrowia, usprawniliśmy naprawdę wiele rzeczy. Zresztą organizacje pacjenckie mogą się tutaj wypowiedzieć, ale zanim oddam głos organizacjom pacjenckim jeszcze pan poseł Hoc chciał zabrać głos. Bardzo proszę, panie pośle.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Zawsze zabieram głos po panu doktorze. Często troszeczkę prostuję. Chciałbym poddać to głębszej refleksji. Pan doktor niby dobrze mówi, ale zawsze z negatywnym zacięciem emocjonalnym. Zawsze obarcza kwestie, które nawet nie powinny być poruszane w takim gremium. Trzeba wyrazić wielką wdzięczność i praktycznie podziękowania dla gremium ekspertów, profesorów i tych, którzy zajmują się profilaktyką, wszystkimi działaniami, albowiem niezależnie, czy pan doktor chce w to wierzyć czy nie, poczyniliśmy wielkie postępy, jeżeli chodzi o diagnostykę, leczenie i terapię raka gruczołu krokowego. Sam fakt, że w Polsce mamy 31 ośrodków, które wprowadziły system robotowy, jak też to, że jest on refundowany – chyba ponad 19 tys., prawie 20 tys. punktów jest za ten zabieg – to już jest naprawdę potęgą i kwestia nowoczesnego leczenia chirurgicznego z wykorzystaniem systemu robotowego da Vinci, chociaż nawet chyba są już także inne roboty chirurgiczne. Jest to postęp. Jeżeli ktoś tego nie zauważa, to po prostu nie chce tego zauważyć.

Druga sprawa to laparoscopia w prostatektomii. Też chyba 13,5 tys. punktów. Też jest rozpowszechniona i też mamy wysokiej klasy specjalistów w tego rodzaju zabiegach. To też jest osiągnięcie. No i oczywiście sam fakt, że kiedyś była... Wspomniał pan tutaj o programie B.56, gdzie było leczenie raka gruczołu krokowego opornego na kastrację. Już w marcu 2023 r. zmieniliśmy program B.56, już jest leczenie raka gruczołu krokowego, już nie opornego na kastrację, tylko leczenie raka gruczołu krokowego, a więc rozszerzyliśmy substancje o innowacyjne cząsteczki typu laparib i inne kwestie, nawet rozpisałem je tu sobie, oczywiście apalutamid czy taxel. Praktycznie nie jest to tylko na odporne kastraty, ale wskazania są już rozszerzone. Jest to też olbrzymi postęp.

Teraz profilaktyka. Panie doktorze, proszę państwa, mamy „Profilaktykę 40 plus”. Jest tam PSA. PSA jest po 40. roku życia. Ile ludzi się zgłosiło? Już nie można powiedzieć, że nie było to propagowane. Wszędzie było propagowane, mało tego, daliśmy jeszcze konkursy, zachęty i różnego rodzaju nagrody. Były nawet piękne, olbrzymie nagrody. Należało tylko wypełnić kupon, ankietę i można było wygrać wiele, wiele cennych nagród. Jeszcze wygrywa się cenne nagrody. Ile skorzystało? O ile pamiętam, praktycznie skorzystało z tego 15% czy 12% ludzi po 40. roku życia. Tam właśnie między innymi jest PSA, oczywiście oprócz innych kwestii. A więc jeżeli mamy pretensje, to mówmy o obiektywnych czy subiektywnych...

HPV. Panie doktorze, z HPV były różne kontrowersyjne kwestie. Naprawdę dopiero włączamy coś, co jest całkowicie zbadane. Przecież pamięta pan, że różnego rodzaju szczepionki były kontrowersyjne, dawały działania niepożądane, w pewnym momencie wycofano się, potem mówiono tylko o dziewczynkach, potem dołączono chłopców.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Kto się wycofał, panie pośle?

Posel Czesław Hoc (PiS):

Na Zachodzie też się wycofywali. Na przykład szczepionka gardasil w pewnym momencie była wycofywana, ale nieważne. Po drugie, panie doktorze, jest to kwestia bardzo wrażliwa. Jest to materia bardzo wrażliwa. Proszę zwrócić uwagę, że tu jest kwestia... Oczywiście mówimy tylko o raku szyjki macicy w tym sensie, że na pewno wywołuje... Zawsze stwierdzamy wirusa brodawczaka ludzkiego w aspekcie raka szyjki macicy. Oczywiście, ale wiemy to, co pan doktor mówił, że są również wszystkie kwestie urogenitalne, prącie, odbyt, nawet gardło, itd., ale to już wiadomo. Panie doktorze, jest to strefa bardzo wrażliwa, trudno tutaj mówić na przykład o rozwiązłości seksualnej, no bo skąd może być rak z wirusa brodawczaka ludzkiego.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Nie mogę słuchać, panie pośle.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Ale nie mówię, tylko mówię, że trudno jest całkowicie... Mamy szczepionkę, dajemy szczepionkę. Trzeba namawiać na tego rodzaju szczepienia, namawiamy, tylko trudno jest dyskutować.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Pan poseł jest wśród dziewięciu, o których mówił Morawiecki?

Posel Czesław Hoc (PiS):

Panie doktorze, proszę o powściągliwość i refleksję, jak też troszeczkę pokory. Wydaje się, że myśli pan, że jest pan omnibusem, a tymczasem gdybyśmy spojrzeli na pana działalność w miejscu zamieszkania, to różnie bywa, a więc spokojnie.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Proszę?

Posel Czesław Hoc (PiS):

Spoko. I proszę o pokorę.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Nie, nie. Niech pan to może rozwinie.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Nie rozwinę, bo różne... Proszę pana, jedni pana cenią, kochają, a inni może nie za bardzo. Dlatego nie może pan być omnibusem i wszystko wiedzieć, wszystko najlepiej mówić.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

To jest skandaliczne, co pan w tej chwili mówi. Jeżeli pan to rozwinie...

Posel Czesław Hoc (PiS):

Nie rozwinę.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

... podam pana do Komisji Etyki Poselskiej. Jak ma pan prawo... Pan mi insynuuje, że ja w miejscu zamieszkania zabijam ludzi?

Posel Czesław Hoc (PiS):

No nie, panie doktorze. Nagle do mnie pan powiedział, że mówię głupoty. Niedawno tak pan powiedział.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Pan poseł ma takie...

Posel Czesław Hoc (PiS):

Pan może, tak?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Do mnie pan poseł także... Tak, że spokojnie.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Okreźną drogą.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Ja też określę drogą. W razie czego przepraszam. Jeżeli rzeczywiście uraziłem, to przepraszam. Rzeczywiście nie chciałem uaktywnić, wyartykułować takiej sugestii. Absolutnie. Przepraszam.

Proszę państwa, tutaj trzeba bardzo roztropnie. Jeżeli coś mówimy, to jako wyraz wdzięczności, podziękowania, myślę, że jako wyraz pewnej refleksji, że rzeczywiście działamy. Czasami w niektórych momentach gonimy świat, ale w niektórych momentach przegoniliśmy świat i praktycznie równamy do najlepszych w Europie i na świecie. A więc spokojnie. Mówimy to, co powinniśmy robić i robimy, ulepszamy, udoskonalamy, zwiększamy nakłady na służbę zdrowia i pomykamy do przodu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz organizacje. Pani była pierwsza. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu. Dziękuję, pani przewodnicząca, za możliwość zabrania głosu. Szanowni państwo, mam kilka pytań dotyczących profilaktyki. Chciałabym oprzeć się na materiale Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo, mam jedną uwagę. O godz. 18.00 mam posiedzenie klubu.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Będę bardzo konkretna. Po pierwsze, chciałabym bardzo podziękować i pogratulować panu doktorowi Prusacykowi tego, co robi. Wydaje mi się, że jest to program, który należy zduplikować, zmultiplikować i rozszerzyć na całą Polskę, dlatego że ma to sens, szczególnie jeżeli chodzi o zabezpieczenie osób mieszkających w małych miejscowościach, a ja bardzo często podkreślam problem dużych nierówności w zdrowiu.

Natomiast, szanowni państwo, mam pytania dotyczące danych, które otrzymaliśmy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Z czego wynikają tak duże różnice regionalne w zgłaszalności na badania PSA? Na przykład w województwie opolskim było to zaledwie 14 700 mężczyzn w ciągu dwóch lat działania programu „Profilaktyka 40 plus”, a w Lubelskim jest sześć i pół razy więcej. Chciałabym uzyskać odpowiedź, czy dokonano analizy przyczyn aż tak dużych różnic regionalnych i z czego to wynika. Wydaje mi się, że jeżeli gdzieś dobrze to działa, to warto sprawdzić, dlaczego w innych miejscowościach działa źle.

Chciałabym też zapytać o efektywność programu „Profilaktyka 40 plus”. Konkretnie u ilu mężczyzn zdiagnozowano raka prostaty albo podwyższony poziom PSA w ramach badania „Profilaktyka 40 plus”?

Trzecie pytanie, jak wyglądała ścieżka pacjenta, czyli panów, u których były podwyższone wskaźniki. Co dalej z nimi? Czy zostali pozostawieni sami sobie czy też zostali przekierowani na konkretną ścieżkę pacjenta?

Moje kolejne pytanie dotyczy Narodowej Strategii Onkologicznej. Edukacja zdrowotna jest zapisana w Narodowej Strategii Onkologicznej, natomiast nie jest realizowana. Odnosząc się tutaj do szczepień przeciw HPV, edukacja zdrowotna dotycząca szczepień przeciwko HPV miała być realizowana już chyba 2021 r. Na pewno z założeń Narodowej Strategii Onkologicznej wynikało, że edukacja zdrowotna ma przygotować Polaków do tego, zachęcić ich, żeby zrozumieli ideę czy istotę ważności szczepień przeciwko HPV, natomiast nie wiem o tym, żeby edukacja ta była prowadzona. W związku z tym uprzejmie proszę o informację na ten temat, dlaczego zaniechano edukacji zdrowotnej, ponieważ w ten sposób to odbieram.

I ostatnie pytanie – natury ogólnej. Chciałabym dowiedzieć się, kto sprawuje nadzór nad profilaktyką w Polsce. Kto ponosi za to odpowiedzialność? Czy jest to departament Narodowego Funduszu Zdrowia, czy jest to departament Ministerstwa Zdrowia? Kto jest za to odpowiedzialny? Z kim można rozmawiać, dlatego że nie ukrywam, iż usiłuję chyba od dwóch lat dowiedzieć się, kto sprawuje nadzór, ale nie wiem, nie potrafię otrzymać takiej informacji. A więc będę zobowiązana, jeżeli otrzymam odpowiedzi na moje pytania. Dziękuję państwu bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Poproszę o jeszcze jedno pytanie i odpowiedź ministerstwa. Bardzo proszę. Tylko też proszę o zwięzłe wypowiedzi.

Pełnomocnik do spraw legislacyjnych zarządu Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego Marek Wójcik:

Pani przewodnicząca, postaram się po żołniersku, nawet nie będzie pytań.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę.

Pełnomocnik do spraw legislacyjnych zarządu Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego Marek Wójcik:

Marek Wójcik, Związek Miast Polskich.

Na bazie materiałów oraz państwa dyskusji, której przysłuchuję się przez pewien czas, mam trzy konkretne postulaty. Chodzi o to, żebyśmy szli do przodu. Po pierwsze, chciałbym, żeby dokonano zmiany ustawy w kierunku umożliwienia jednostkom samorządu terytorialnego realizacji programów polityki zdrowotnej wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, także w stosunku do świadczeń pozakoszykowych. Mówię tu o konkretnym przypadku dotyczącym HPV. Nie chcę rozwijać tego tematu. To po pierwsze, dlatego że niestety, po zmianie ustawy od sześciu lat mamy z tym problem.

Po drugie, à propos HPV, chciałbym prosić o to, żeby można było rozszerzyć program także na dzieci nie tylko od wieku 12-13 lat, ale również na starsze przed inicjacją seksualną. Tego się domagaliśmy. Myślę, że to pomogłoby wielu dziewczętom i chłopcom, żeby ustrzec się nowotworów.

Wreszcie po trzecie, chciałbym powiedzieć o tym, że w przypadku programu przesiewowego raka jelita grubego, nie będąc lekarzem, co od razu mówię, mam pewną wątpliwość, czy przyjęte parametry dotyczące tego programu uwzględniają to, że dzisiaj żyjemy 20 lat dłużej niż jeszcze 30-40 lat temu. Objęcie programem pięćdziesięcio-, sześćdziesięciopięciolatków moim zdaniem jest pewnym błędem. Powinno to zostać przesunięte być może do wielu lat 70. Podobnie, jeżeli chodzi o 40-49. W tej chwili program, jak czytam w materiale, został zrealizowany na populacji około 0,4% mężczyzn w wieku 50-65 lat i tych, którzy mają lat 40-49, ale w rodzinie mieli kogoś z rakiem. W związku z tym prosba o przyjrzenie się temu i być może rozszerzenie przedziału wiekowego dla osób objętych programem oraz zwiększenie środków. Jako samorządy deklarujemy, że bardzo chętnie włączymy się w realizację programów, dołożymy swoją aktywność, byleby jak największą populację objąć programem. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz poproszę ministerstwo o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Agnieszka Beniuk-Patoła:

Część pytań była do pana dyrektora. Dotyczyła danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie wiem, czy będzie odpowiedź na piśmie. Pierwsze pytanie dotyczyło unitów narządowych dla raka gruczołu krokowego oraz wytycznych. Jeżeli chodzi o ten unit, zostały opracowane wstępne założenia. Myślę, że jeszcze w tym roku rozpoczną się prace nad rozporządzeniem i konkretnymi rozwiązaniami dotyczącymi tego modelu. Jeżeli chodzi o wytyczne, wytyczne znajdują się w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Czekamy na informację zwrotną. Na podstawie wytycznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zgodnie z ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej, powinna zarekomendować Ministrowi Zdrowia kluczowe zalecenia, które będą publikowane w formie obwieszczenia ministra zdrowia, zgodnie z zapisami ustawy.

Jeżeli chodzi o kolejne pytania, które zostały zadane, pani z Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej pytała, z czego wynikają różnice regionalne. Tutaj oddaję głos panu dyrektorowi Karaszewskiemu z Narodowego Funduszu Zdrowia. Było też pytanie o efektywność programu „Profilaktyka 40 plus”, ilu mężczyzn zidentyfikowano z podwyższonym PSA i jaka była ich dalsza ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna.

Zastępca dyrektora departamentu Centrali NFZ Maciej Karaszewski:

Szybciutko odpowiem na pierwsze pytanie, z czego wynikają różnice regionalne. Oczywiście chodzi o populację zamieszkującą dany teren. Na Lubelszczyźnie zamieszkuje więcej osób niż na Opolszczyźnie. Drugi element to aktywność, namawianie do działalności przez lekarzy POZ. Właśnie chciałem powiedzieć o rozpowszechnianiu programu. To, co prowadzi pan doktor Prusaczyk, to wszystko jest dostępne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. To nie jest coś takiego, że pan doktor Prusaczyk prowadzi coś, co nie jest finansowane przez NFZ, tylko po prostu ma to świetnie zorganizowane. Pytanie, co z tym dalej, tak naprawdę jest do kadr zarządczych, a nie do NFZ. Różnice regionalne między innymi wynikają z tego, że tam, gdzie POZ-y były aktywne, a nawet jako NFZ płaciliśmy premie za namawianie do skorzystania z „Profilaktyki 40 plus”, tam liczba osób zgłaszających się była wyższa. Tam, gdzie POZ-y w ogóle nie miały ochoty się pochylić po dodatkowe pieniądze wynikające z premii za zgłaszalność, wygląda to tak, jak wygląda. Jest to pierwszy element.

Drugi element, jeżeli chodzi o dwa pytania dotyczące samej ścieżki pacjentów i tego, ilu pacjentów miało podwyższone PSA, de facto nie są to pytania do Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ my nie mamy dostępu do wyników badań. Nie możemy ich analizować, ponieważ to nie są dane rozliczeniowe, są to dane medyczne pacjentów.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

A kto może?

Zastępca dyrektora departamentu Centrali NFZ Maciej Karaszewski:

My nie możemy, nawet nie mamy prawa do tego zajrzeć zgodnie z ustawą.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

A więc efektywność programu nie jest badana.

Zastępca dyrektora departamentu Centrali NFZ Maciej Karaszewski:

Jeżeli chodzi o efektywność profilaktyki, programu, który ciągle trwa, jest to program Ministerstwa Zdrowia. Dysponentem danych jest Ce-Z, czyli Minister Zdrowia. To już pani dyrektor prawdopodobnie odpowie, czy po zakończeniu programu będzie wprowadzona jakaś ewaluacja. Chciałbym, żeby to wybrzmiało, że my niestety, nie możemy przetwarzać owych danych.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

A ścieżka pacjenta?

Zastępca dyrektora departamentu Centrali NFZ Maciej Karaszewski:

Jeżeli nie możemy wychwycić pacjenta, który ma podwyższone PSA, to nie możemy dalej zidentyfikować jego ścieżki.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę. Pan doktor Prusaczyk się zgłaszał. Pan profesor, bardzo proszę.

Przedstawiciel Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie dr hab. n. med. Roman Sosnowski:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Roman Sosnowski i od 25 lat zajmuję się rakiem gruczołu krokowego i innymi nowotworami męskimi. Jestem urologiem z zawodu. Początkowo, do niedawna, pracowałem w Narodowym Instytucie Onkologii, w tej chwili pracuję w Warmińsko-Mazurskim Instytucie Onkologii.

Pokrótkie wypowiadając się tutaj bardziej z perspektywy praktyka bądź ściślej osoby, która od wielu lat, tak jak powiedziałem, od ponad dwóch dekad zajmuje się między innymi też działaniami profilaktycznymi i reprezentuje nie tylko dział urologii, ale także Polskie Towarzystwo Urologiczne, chciałbym przedstawić kilka komentarzy czy też uwag. Po pierwsze, nie ma czegoś takiego w dzisiejszej medycynie onkologiczno-urologicznej jak screening w kierunku chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego. Hasło „badania profilaktyczne” właściwie nie istnieje z punktu widzenia naukowego. Mamy różne testy, między innymi test, którym jest PSA, czyli antygen swoisty dla gruczołu krokowego, ale nie dla nowotworu. Tak jak wcześniej było tu powiedziane, jest to ułomny marker, jednak jedyny, który jest dostępny, powszechny, tani. W dzisiejszych czasach nie posługujemy się tym markerem per se, tylko stosujemy bardzo kompleksowe, bardzo ściśle określone podejście. Mamy na to dokładne wytyczne w Europejskim Towarzystwie Urologicznym, które to wytyczne implementujemy przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, a które się nazywają się, cytuję „wczesna diagnostyka raka prostaty oparta na czynnikach ryzyka”. Odsyłam do właściwej dokumentacji, do wytycznych. My jako urolodzy znamy to na pamięć i wszyscy w całej Polsce tym się posługujemy.

Składa się na to wiele elementów, jak wywiad, badanie pacjenta, wykorzystanie w obecnej chwili z rozmowy, ewentualnych badań w kierunku zaburzeń genetycznych, rodzinnego wywiadu związanego z chorobami nie tylko raka gruczołu krokowego, ale raka jajnika, raka piersi, raka trzustki również u płci przeciwnej, wykorzystanie PSA i wykorzystanie rezonansu magnetycznego właśnie po to, żeby zminimalizować działanie niepożądane populistycznego screeningu, który może narażać pacjenta, właściwie mężczyznę na tzw. overdiagnosis i związane z tym wszelkiego rodzaju działania, które są negatywne.

Podkreślam, że nie mamy innych narzędzi i w związku z tym jest smart screening, czyli early detection, jak to się dokładnie nazywa, wraz z poinformowaniem pacjenta o wszystkich wadach i zaletach takiego postępowania. Jest to sine qua non napisane w każdym wytycznych. Jeżeli pacjent ma skierowanie na PSA, powinien być świadomy ułomności, ale i zalet tego markera.

Przechodząc do działań związanych z dostępnością do PSA w dzisiejszych czasach, realnie tylko program „Profilaktyka 40 plus” pozwalał na skorzystanie bez skierowania z badania PSA poprzez rejestrację na stronie, itd. Polskie Towarzystwo Urologiczne w końcu zeszłego roku, razem z Departamentem Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, dokładnie z Wydziałem Planowania Programów, podjęło starania o wykonanie pushu do mężczyzn, którzy byli zarejestrowani w IKP, żeby uatrakcyjnić i uświadomić kontakt w celu wykonania PSA w ramach programu. Był to jedyny sposób, który określiliśmy po rozmowach z Ministerstwem Zdrowia, powszechnej dostępności do PSA. Udało nam się wykonać 170 tys. pushów. Rezultat tego nie jest weryfikowany, ponieważ nie mamy do tego narzędzi. Jedynym narzędziem, które możemy w przyszłości oceniać, jest to po prostu aktywność, jeżeli chodzi o zachorowania, a w dalszej przyszłości, jeżeli chodzi oczywiście o zgony. Chciałbym podkreślić rolę Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Po wielu, wielu rozmowach, przygotowaniu specjalnych tekstów do pushu, itd, w listopadzie udało nam się podjąć takie działania.

Druga czynność, o której tutaj była mowa. Podjęliśmy starania i kontakt z Ministerstwem Zdrowia, właściwie z Departamentem Lecznictwa w sprawie upowszechnienia dostępności do urologa. W tej chwili dostępność jest tylko poprzez skierowanie. W tym roku jako towarzystwo urologiczne otrzymaliśmy informację od Ministerstwa Zdrowia, od pana dyrektora Michała Dzięgielewskiego, że w obecnej chwili prace w tym kierunku nie są prowadzone. W związku z tym tak naprawdę dostępność do urologa w tej chwili jest tylko i wyłącznie poprzez kontakt z lekarzem medycyny rodzinnej, z lekarzem POZ. Na tym poziomie jest skierowanie, które lekarz medycyny rodzinnej może przesłać do urologa. W związku z tym jeżeli mówimy o badaniach screeningowych czy badaniach przesiewowych, to w realiach polskich są one oparte na lekarzu medycyny rodzinnej. A więc nie ma powszechnej dostępności do urologa. Dostępność jest dopiero jako drugi etap. Nie chcę tego rozwijać, czy jest to dobre czy złe, dlatego że oczywiście są tego różne strony czy różne aspekty.

Ostatnia rzecz, którą chcę podkreślić, to że w ramach Narodowego Instytutu Zdrowia przed 2013 r. byłem twórcą między innymi programu „M45+” skierowanego do mężczyzn właśnie w aspekcie profilaktyki nowotworów, nie tylko nowotworu gruczołu krokowego, ale nowotworów nerki i prostaty. Otrzymaliśmy wtedy dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej łącznie w wysokości 27 mln zł. Było to przeprowadzone głównie przez Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia.

Przechodząc już pokrótce do innych informacji, rzeczywiście w Polsce mamy trendy, jeżeli chodzi o zachorowania na nowotwory męskie, które są inne niż w innych krajach, szczególnie tam, gdzie wydaje się, że rozwój świadomości zdrowotnej jest na dużo wyższym poziomie. Ku naszemu zaskoczeniu, nowotworem, dla którego trendy są niekorzystne, jest nowotwór pęcherza. Bardzo trudno powiedzieć, dlaczego tak jest. Jest to bardzo niszowy, tzw. rzadki nowotwór. Występuje w Polsce na poziomie około 1000 zachorowań. Zgłaszalność zależy właściwie tylko i wyłącznie od świadomości zdrowotnej mężczyzny. Jest to nowotwór, który jest na zewnętrznych narządach płciowych. Wygląd oraz ruch ze strony pacjenta, mężczyzny do lekarza to jedyne kluczowe elementy. Tutaj wyniki, jeżeli chodzi o zachorowania, nie są tak dobre jak w innych krajach. Jeżeli chodzi o nowotwór jądra, jest to bardzo, bardzo dobrze, efektywnie leczony nowotwór. Jeżeli chodzi o skuteczność, działania profilaktyczne dotyczą świadomości zdrowotnej.

Podsumowując powiedziałbym, że w tej chwili nie ma narzędzi, które służyłyby do tego, żeby prowadzić jakiegokolwiek działania w formie badania profilaktycznego, jeżeli chodzi o screening powszechny z punktu widzenia naukowego. Mówię o stricte działaniach naukowych. Jak podkreśliła pani przewodnicząca, w ostatnich miesiącach komisja Unii Europejska wydała dyrektywę, która daje szansę, właściwie pozostawia krajom członkowskim podjęcie decyzji o tzw. screeningu w kierunku raka gruczołu krokowego na razie na poziomie naukowym lub lokalnym. Oznacza to, że do tej pory nie było w ogóle

zielonego światła w tym kierunku. W ramach tego, w siedmiu jednostkach w Europie w drugiej połowie tego roku będą rozpoczęte badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego. Jedną z takich jednostek jest jednostka onkologii we Wrocławiu. Jest to program, który jest w koordynacji z projektem unijnym, globalnym projektem europejskim. Tak jak powiedziałem, analiza dotyczy siedmiu czy ośmiu ośrodków. Polska też została wytypowana. Jest to tylko ten region, tylko ten obszar. Jaki będzie tego efekt? Potrzeba na to wiele, wiele lat albo i nawet dekad. Pierwsze rozwiązania na pewno będą w niedługim czasie być może w zakresie zgłaszalności i efektywności.

Z mojej perspektywy jako osoby, która przynajmniej od 20 lat zajmuje się stowarzyszeniami pacjenckimi, które tu są – spotykam się, prowadzę edukację, itd. – zwróciłbym uwagę na rzecz dotyczącą świadomości zdrowotnej. Jako lekarz siedzący w gabinecie urologicznym nie mogę zapukać do wszystkich chłopaków, którzy mają 25 lat i powiedzieć im, żeby prowadzili samobadanie jąder. Nie mogę zapukać do wszystkich mężczyzn i kobiet, które mają krwimocz i powiedzieć im, żeby zgłosili się do mnie jako do urologa czy do lekarza POZ, dlatego że krwimocz jest wyraźnym obrazem raka pęcherza moczowego czy raka nerki, itd. Kiedy mamy dobrą świadomość zdrowotną, poprawia się też efektywność tego, co nam mówi – tak zwracam się do pacjentów – ciało, jakie sygnały wysyła nam ciało po to, żeby wspólnie zareagować.

Ostatnią rzeczą są działania antynikotynowe, szeroko rozumiane działania anty-używkowe, ale głównie mówimy o nikotynie. Są one stricte w dyskursie dotyczącym również nowotworów męskich, dlatego że jest to wyraźny czynnik ryzyka związany z rakiem pęcherza, rakiem gruczołu krokowego, rakiem nerki czy nawet rakiem pęca. W związku z tym działania te również się w to wpisują. Na koniec zdrowy tryb życia, głównie utrzymywanie właściwej masy ciała również jest elementem profilaktyki dotyczącej uroonkologii, w tym nowotworów męskich. Działamy w tej chwili z punktu widzenia naukowego ku świadomości zdrowotnej, w niektórych elementach ku samobadaniu, reagowaniu, ale nie w kierunku badań screeningowych, chociaż jako lekarze oczywiście marzymy o narzędziach, które służą do tego, żeby to zrobić.

Jako środowisko urologiczne, jako Polskie Towarzystwo Urologiczne, gdzie jestem przewodniczącym sekcji urologii onkologicznej, będę odpowiadał w towarzystwie za całą onkologię przez najbliższe kilka lat, życzyłbym sobie, żebyśmy nawiązywali współpracę właśnie w kierunku rozwoju szeroko rozumianej świadomości zdrowotnej, jej znaczenia. Jest tutaj kilkoro lekarzy, z którymi współpracujemy. Ze swojej strony na pewno dokładamy należytych starań. Obecnie, tak jak powiedziałem, jako Warmińsko-Mazurskie Centrum Onkologii i Polskie Towarzystwo Urologiczne deklarujemy pełną gotowość, pełną chęć i pełne zaangażowanie we wszelkie działania w tym kierunku. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, bardzo dziękuję za wystąpienie. Jest to puenta naszego spotkania. Jest to miód na moje serce. Organizując wystawę i dzisiejsze posiedzenie, doskonale wiedziałam, że włożę kij w mrowisko. Zdawałam sobie z tego sprawę. To, co pan profesor powiedział, to przełamywanie tematów tabu. Jesteśmy tu po to, żeby wspólnie podejmować decyzje o edukacji, o działaniach prewencyjnych. Bardzo się cieszę z deklaracji. Chciałabym prosić, panie profesorze, o przesłanie do Komisji informacji, założeń, dlatego że jest mi to bardzo potrzebne w mojej pracy parlamentarnej, jest potrzebne dla posłów, żebyśmy mieli kompendium wiedzy. Jak już jest coś wypracowane, to dlaczego z tego nie skorzystać? Jesteśmy po to, żeby łączyć różne środowiska, poprowadzić dialog i wypracować dobre założenia do realizacji zarówno dla strony medycznej, jak też dla pacjentów.

Chciałabym państwu bardzo podziękować. Przepraszam, ale znowu wzywają mnie obowiązki. Jak już powiedziałam, dzisiaj nie miałam nawet pięciu minut dla siebie. Wiem, że muszę jeszcze z panią chwilę porozmawiać.

Chciałabym podziękować prezydium podkomisji za przygotowanie, życzyć państwu zdrowia oraz tego, żebyśmy wspólnie mogli się dogadać i pięknie się różnić. Wszystkiego dobrego.

Zamykam posiedzenie podkomisji.