

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ONKOLOGII
(NR 12)
z dnia 20 lutego 2025 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 12)

20 lutego 2025 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Tomasz Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat systemu diagnostyki oraz leczenia raka płuca.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jerzy Szafranowicz** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Anna Skowrońska** kierownik Działu Projektów JGP w Wydziale Taryfikacji w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz ze współpracownikiem, **prof. dr hab. Mariusz Adamek** pracownik w Katedrze i Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz w II Zakładzie Radiologii na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, **prof. dr hab. Ewa Augustynowicz-Kopeć** dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc wraz ze współpracownikami, **dr hab. Edyta Borkowska** konsultant krajowy w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, **dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska** konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc, **prof. dr hab. Jacek Jassem** kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, **prof. dr hab. Rafał Krenke** kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **prof. dr hab. Maciej Krzakowski** konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, **prof. dr hab. Janusz Milanowski** kierownik Katedry i Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, **prof. dr hab. Robert Mróz** kierownik II Kliniki Chorób Płuc, Raka Płuca i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, **prof. dr hab. Rodryg Ramlau** prezes zarządu Polskiej Grupy Raka Płuca, **prof. dr hab. Witold Rzyman** konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, **dr Andrzej Tysarowski** kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Marek Kustosz** prezes zarządu Fundacji To się Leczy wraz ze współpracownikiem oraz **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

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

Przewodniczący poseł **Marek Tomasz Hok (KO)**:

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat stanu diagnostyki oraz leczenia raka płuca. Będzie to przedstawiał pan minister zdrowia.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Są również dostępne w formie papierowej.

Żeby nie przedłużać, bo jest już godzina naprawdę dosyć późna – przepraszam za tę godzinę, ale od dłuższego czasu parlament pracuje do późnych godzin – i chcieliśmy od razu rozpocząć.

Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie informacji. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Jerzy Szafranowicz**:

Panie przewodniczący, panie doktorze, panie posle, jestem w takiej sytuacji dość przedziwnej, dlatego że jeżeli wśród takich autorytetów, ekspertów, lekarz medycyny ma przedstawić zasady diagnostyki leczenia raka, to pan mnie wprowadza w zakłopotanie. Przed posiedzeniem podkomisji zadałem państwu pytanie, co się dzieje, że tak się dzieje, że spotykamy się

na posiedzeniach tej podkomisji już kilka albo kilkanaście razy i raczej stoimy w miejscu. Nam to nie wychodzi, proszę państwa.

Zapytałem panią dyrektor, gdzie popełniamy błąd, my jako ministerstwo, co robimy, że rzeczywiście tak to wszystko trwa. Chciałbym dzisiaj to spotkanie, jeżeli pan pozwoli, poprowadzić w takim charakterze – róbmy to na zaraz, poprawmy nasze błędy, żebyśmy już nie musieli się spotykać. Jednak jeszcze przed wstępem poproszę panią dyrektor, żeby powiedziała, na jakim etapie jesteśmy, jeżeli chodzi o badania, jeżeli chodzi o legislację, wprowadzanie naszych rozwiązań, co robimy teraz, jak to długo trwa, dlaczego tak długo trwa i co pani proponuje, żeby szybciej rozwiązać ten problem. Bardzo proszę.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję panu ministrowi za poprowadzenie tego wstępu i pozwolę sobie dalej prowadzić.

W takim razie poproszę panią dyrektor o słowo. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry państwu.

Proszę państwa, rzeczywiście na tapecie są tak naprawdę dwa tematy, z którymi tutaj jesteśmy. Czyli diagnostyka – mamy tutaj na myśli przesiew w kierunku raka płuca, a więc wprowadzenie badania niskodawkowej tomografii emisyjnej na stałe do systemu, czyli do koszyka profilaktycznego programów zdrowotnych.

Jaki mamy etap? Została sporządzona karta przez profesorów, którzy zajmują się tym na bazie programów zdrowotnych prowadzonych i współfinansowanych z Unii Europejskiej, również ze środków Ministerstwa Zdrowia. Ta karta została przepracowana i przedstawiona Krajowej Radzie Onkologii. Krajowa Rada Onkologii złożyła swoje uwagi i karta została wysłana dzisiaj do dwóch konsultantów krajowych, żebyśmy mogli to złożyć do agencji do kwalifikacji tego świadczenia do koszyka. Wydaje się, że mamy uzgodnione wszystkie warunki, bo – tak jak tutaj siedzimy – znakomite grono ekspertów pracowało nad tą kartą. Jest to więc solidna podstawa do tego, żeby agencja wydała rekomendację – czy rekomenduje to badanie do wprowadzenia do koszyka.

Jaki mamy czasokres? Agencja ma 30 dni na to, aby zaopiniować i przeprowadzić proces kwalifikacji. Natomiast w praktyce, biorąc pod uwagę dostępność i konsultacje z nami, to jest około sześciu tygodni na kwalifikację dla tego świadczenia. Jeżeli więc otrzymamy w najbliższym czasie kartę już uzupełnioną i potwierdzoną przez konsultantów, to myślę, że wówczas, biorąc pod uwagę harmonogram prac agencji, wyznaczymy taki termin, żeby ta kwalifikacja odbyła się w ciągu najbliższych dwóch miesięcy. I to jest jedna rzecz.

Kwalifikacja daje prawo do tego, żeby to znalazło się w koszyku. Mamy też mniej więcej określone warunki realizacji tego świadczenia. Bedzie to dodatkowe świadczenie w koszyku dotyczącym programów zdrowotnych.

Oprócz tego bardzo przyglądamy się programom, między innymi współfinansowanym przez ministra zdrowia, na przykład programowi „SOLACE”, który to testuje i tak naprawdę spowoduje zwiększenie dostępności, ale również zgłaszalności, czyli coś, na czym ministerstwu i wszystkim nam najbardziej zależy. Testowane jest, na przykład, mobilne wykonywanie badań, tak jak w przypadku mammografii. Tutaj akurat jest troszkę inny pojazd. Chcemy dotrzeć do jak największej liczby potencjalnych pacjentów i oczywiście na te tereny, na których jest bardzo ograniczona diagnostyka. To jest temat pierwszy, bardzo ważny.

Równie ważny to jest już leczenie, czyli to, co postuluje środowisko, pacjenci, a więc kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem klatki piersiowej. Proszę państwa, to jest rzeczywiście temat, który bardzo długo jest procedowany w ministerstwie. Generalnie minister jest gospodarzem rozporządzenia, więc można powiedzieć, że w 2018 r. z tego, co wiem, zaczęły się prace... W 2016, dobrze. To przepraszam, nawet w 2016. Było to już oceniane przez agencję.

Jesteśmy teraz na takim etapie, że dwa załączniki z rozporządzenia, czyli te dotyczące centrum doskonałości leczenia raka płuca i załącznik dotyczący rehabilitacji, zostały opracowane, natomiast pozostały jeszcze dwa załączniki na wzór breast unitów, tj. dotyczący AOS i leczenia szpitalnego. Tutaj współpracujemy również, tak jak powiedziałam, w przypadku niskodawkowej tomografii z Krajową Radą Onkologii. Gdy tylko otrzymamy komplet już

uzgodnionych ekspercko dokumentów, to procedura jest taka sama. Czyli nasze rozporządzenie przejdzie przez kwalifikację agencji w takiej postaci, w jakiej zostanie wypracowane, a następnie, myślę, około czterech miesięcy zajmie nam procedowanie takiego projektu, biorąc pod uwagę liczbę zgłoszonych uwag.

Myślę, że od 2018 r. problem przede wszystkim dotyczy takich ważnych aspektów, jak zlokalizowanie diagnostyki i leczenia oraz tego, jak ma wyglądać dostępność, biorąc pod uwagę mapę Polski i liczbę zachorowań na raka. My mamy świadomość tego, że nie wszystkie podmioty mają wszystko w jednym miejscu, w jednej lokalizacji. To są więc takie niuanse, które powodują, że to rozporządzenie nie poszło dalej.

Myślę, że uzgodnienie wewnątrz środowiska wszystkich warunków spowoduje, że pan minister wyrazi na to zgodę. Tak więc, jeżeli środowisko będzie się zgadzało na wszystkie warunki, nie będzie żadnych sprzeciwów i nie będzie ograniczonej dostępności udzielania świadczeń, to projekt zostanie przepracowany. Bardzo dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

Pani dyrektor, włączenie do koszyka tego świadczenia to dwa miesiące, czyli stoimy tylko z tym trzecim problemem, że procedujemy to od 2016 r., ale teraz zabrzmiało to u pani dyrektor bardzo optymistycznie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, ale też biorąc pod uwagę tempo prac i to, jak wygląda współpraca z ekspertami, to ja myślę, że tyle nam to zajmie, panie ministrze. Chyba że będzie bardzo dużo uwag z zewnątrz, czyli ze strony środowiska, które nie bierze udziału w tych pracach. To znaczy, nie pracują z nami w tym zespole przy Krajowej Radzie Onkologii. Jeżeli będzie sprzeciw z innej części niż Warszawa, bo tutaj będą też inne ośrodki, które nie biorą udziału, to oczywiście my postaramy się uzgodnić wszystkie warunki tak, żeby wszystkim podmiotom te warunki odpowiadały. Tu jest tylko takie wąskie gardło, które może spowodować przedłużenie pracy.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Państwo byli tutaj świadkami rozmowy w kierownictwie resortu. Cieszę się bardzo. Teraz posłuchamy środowiska.

Proszę państwa, mamy dwie prezentacje. Pierwsza jest przygotowana przez pana profesora Ramlaua, prezesa Polskiej Grupy Raka Płuca. O drugą prezentację prosił pan doktor Tysarowski, kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej. Zaczniemy może od pana profesora, od tej pierwszej prezentacji, takiego wstępu do naszej dyskusji. Bardzo proszę, panie profesorze.

Prezes zarządu Polskiej Grupy Raka Płuca prof. dr hab. Rodryg Ramlau:

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość wystąpienia w tak szacownym gronie. Chciałbym państwu zaprezentować pewien dokument, który przedstawi przede wszystkim problemy, z którymi się borykamy, tak jak już tutaj padło, od niemal 10 lat, a które cały czas stawiają polskich pacjentów chorych na raka płuca w cieniu pacjentów leczonych w krajach Unii Europejskiej. Dlatego jako Polska Grupa Raka Płuca, która zajmuje się tym zagadnieniem już ponad 20 lat, uważamy, że jesteśmy jedną z najbardziej aktywnych grup naukowych zrzeszających wszystkich specjalistów w tej dziedzinie, które zajmują się właśnie leczeniem tej jednostki chorobowej. Mamy możliwość przedstawienia państwu pewnego dokumentu kierunkowego, który chcielibyśmy też złożyć na ręce pana przewodniczącego i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, abyśmy wszyscy wspólnie mogli dojść do ostatecznych wniosków.

Proszę państwa, ponad pół roku temu, w czerwcu, Polska Grupa Raka Płuca postanowiła wraz z wieloma bardzo istotnymi towarzystwami naukowymi podjąć wyzwanie, które ma na celu przede wszystkim stworzenie pewnej mapy potrzeb i naszych zobowiązań związanych z poprawą wszelkiego rodzaju działań dotyczących postępowania w odniesieniu do raka płuca. Powołaliśmy „Misję Rak Płuca”, która w swoim celu założyła przede wszystkim przeciwdziałanie negatywnym, zdrowotnym i społecznym skutkom tego, co wynika z niemalże najczęstszego nowotworu u mężczyzn, jak i bardzo istotnego nowotworu wśród Polek.

Naszym celem, który sobie stawiamy, jest przede wszystkim poprawa w zakresie obniżenia odsetka zgonów na ten nowotwór złośliwy. Planujemy, aby ten bardzo niekorzystny element, który w tej chwili jest szacowany na niemal 25% – czyli 1/4 zgonów w Polsce z powodu nowotworów złośliwych wynika niestety z przebiegu raka płuca – w tej dziesięciolatce zmniejszył się do około 15%. Bardzo istotnym elementem jest również poprawa naszej efektywności leczenia przeciwnowotworowego, abyśmy mogli poprawić odsetek przeżyć pięcioletnich. Naszym planem jest to, żeby osiągnąć we wszystkich grupach, we wszystkich populacjach chorych na raka płuca, wynik co najmniej 20% odsetka przeżyć pięcioletnich. To nie będzie proste, aczkolwiek taki jest nasz plan i nasze zamierzenie.

Nie jesteśmy w stanie tego zorganizować ani przeprowadzić sami, dlatego wystąpiliśmy z prośbą do kilkunastu bardzo istotnych z naszego punktu widzenia towarzystw i organizacji naukowych, które zadeklarowały chęć przystąpienia do „Misji Rak Płuca”. Tutaj mają państwo wymienione towarzystwa, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z postępowaniem zarówno diagnostycznym, jak i terapeutycznym w odniesieniu do tej jednostki chorobowej. Liczymy na to, że dzięki temu będziemy w stanie zrealizować nasze zobowiązania.

Tak jak wspominałem, jest to pewnego rodzaju dokument kierunkowy, który z naszego punktu widzenia stanowi swoistą mapę drogową dotyczącą profilaktyki, tej szeroko rozumianej opieki onkologicznej, w skład której wchodzi zarówno diagnostyka i szeroko rozumiane leczenie, jak i współpraca z różnymi specjalnościami na obszarze naszego kraju. Widzimy wiele niedociągnięć, z którymi wszyscy wspólnie musimy sobie poradzić.

Proszę państwa, rak płuca – i to cały czas podkreślamy od wielu lat – to jest jedyna jednostka chorobowa, w przypadku której liczba nowych zachorowań jest niemalże identyczna z liczbą zgonów każdego roku. Według ostatnich danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w roku 2022 to jest cały czas ponad 20 tys. zachorowań zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Ponad 20 tys. Polaków umarło z powodu tego nowotworu złośliwego.

Co jest bardzo istotnym elementem, na który cały czas też zwracamy uwagę? To niestety dramatyczny wzrost zachorowalności i umieralności wśród kobiet od 2000 r. Oszacowano, że ten wzrost wyniósł niemal 100%, więc to też świadczy o wadze problemu, z którym na co dzień się borykamy.

Drugim ważnym aspektem, który w odniesieniu do możliwości leczenia radykalnego jest bardzo istotny, jest to, że cały czas jest niewielki odsetek chorych, u których jesteśmy w stanie przeprowadzić jedyne leczenie, które daje szansę całkowitego wyleczenia, czyli leczenie torakochirurgiczne. W Polsce ono stanowi zaledwie 15, maksymalnie do 20% wszystkich zachorowań każdego roku kalendarzowego.

Przechodząc do naszych kluczowych planów i wyzwań, które sobie postawiliśmy, przede wszystkim myślimy, że walka z nałogiem palenia papierosów jest jednym z tych elementów, który został całkowicie pominięty w działaniach podstawowej opieki zdrowotnej. Doszło do likwidacji niemal całego systemu poradni antytytoniowych, mimo tego, że w Polsce nadal pali niemal 30% dorosłego społeczeństwa, to jest ponad 8 mln osób – to są nałogowi palacze – nie mówiąc o kilku milionach dzieci, które są narażone na tak zwane bierne palenie.

Istotne w tym naszym kluczowym wyzwaniu jest to, że chcielibyśmy, aby skrócił się przede wszystkim czas diagnostyki – z tym mamy ogromny problem – i to zarówno diagnostyki obrazowej, jak i patomorfologicznej. Wreszcie dochodzimy do tych elementów, w których podkreślamy również brak refundacji pewnych bardzo istotnych świadczeń kompleksowych, chociażby w profilowaniu nowoczesnym genomowym, czyli tak zwanym sekwencjonowaniu nowej generacji, które powinno być już standardem postępowania na terenie całej Polski.

Proszę państwa, patrząc na dalsze wyzwania, których tutaj nie będę wszystkich wymieniał, zwracam państwa uwagę na istotny element, to, do czego mamy dostęp, a co jest niewystarczające. To dostęp do bardzo nowoczesnego leczenia zarówno ukierunkowanego molekularnie, jak i immunoterapii. Okazuje się jednak, że w Polsce dostęp do tego ma mniej więcej 60% chorych, co, jak się wydaje, stanowi niedostatek i pewnego rodzaju wyzwanie, aby większy odsetek chorych miał możliwość bardzo nowoczesnego leczenia w ramach programu lekowego. Nie jest w tej chwili problemem lek, tylko właściwa kwalifikacja chorych do tego typu leczenia.

Mówiąc o profilaktyce, to musimy tutaj wspomnieć zarówno o profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej. Mówiłem o zagrożeniu tymi najczęstszymi czynnikami ryzyka raka płuca, jak palenie papierosów, musimy więc bezwzględnie dużą wagę przyłożyć do tego, aby edukacja lekarzy rodzinnych była ukierunkowana na to, żebyśmy mogli stworzyć pewnego rodzaju konsens i wyszukiwać tych chorych, którzy wymagają szybkiej diagnostyki. Mam tu na myśli to, o czym pani dyrektor też wspominała, o co od kilku lat dobijamy się, a więc możliwość badań przesiewowych, czyli niskodawkową tomografię komputerową, która całkowicie odmieniłaby ten odsetek chorych z wczesnym wykryciem raka płuca. I stworzenie sieci poradni antynikotynowych. Uważamy, że co najmniej jedna taka poradnia w województwie powinna ponownie zacząć działać, abyśmy mogli tym nałogowym palaczom zaproponować odpowiednie postępowanie w tym trudnym zagadnieniu, jakim jest tego typu nałóg.

Proszę państwa, mówiąc o diagnostyce, uznajemy – i to jest zdanie szerokiego grona osób zaangażowanych w to leczenie – że diagnostyka jest piętą achillesową naszych działań, dlatego że dochodzi do wielu opóźnień związanych na początku z diagnostyką obrazową. W tej chwili, doskonale państwo wiecie, dochodzi do pewnych rekordów, które się pojawiają – z jednej strony chory czeka miesiącami na wykonanie badania obrazowego, a później kolejne miesiące czeka na opis takiego badania. Były przypadki, że chory, mając wykonane badanie obrazowe, przychodzi z opisem do onkologa w momencie, gdy już powinna być wykonana następna tomografia komputerowa. To są więc te elementy, które często opóźniają właściwe podjęcie pierwotnej decyzji terapeutycznej, a później właściwe leczenie, zgodnie z wymogami.

Proszę państwa, cały czas chcielibyśmy dążyć do tego, aby współpraca wszystkich dziedzin związanych z leczeniem raka płuca była w jednoznaczny sposób połączona. Myślimy, że wiele rzeczy dotyczy również współpracy z patomorfologią. Uważamy, że powinno dojść do wznowienia różnych procesów akredytacji zakładów patomorfologicznych, które powinny mieć większe uprawnienia odnośnie do decyzyjności w określaniu poszczególnych badań w trakcie samej diagnostyki.

Proszę państwa, na zakończenie, powiem to, co ustaliliśmy jako sygnatariusze. Uznajemy, że należy dążyć przede wszystkim do poprawy koordynacji jakości opieki nad chorymi na raka płuca, niezależnie od ich miejsca zamieszkania czy statusu społecznego. Naszym docelowym modelem tej opieki, o który też cały czas staramy się walczyć, jest tworzenie ośrodków doskonałości, tak zwanych lung cancer unitów, gdzie jednostką diagnostyczną jest pion pulmonologiczny, natomiast jednostką terapeutyczną są onkolodzy kliniczni, radioterapeuci i torakochirurdzy.

Myślę, że – patrząc na złożoność procesu diagnostyczno-terapeutycznego w tym obszarze – musimy zdawać sobie sprawę z tego, że bez koordynacji działań nie nastąpi poprawa w odniesieniu do wszystkich elementów, o których tutaj wspominałem. Jesteśmy, tak jak wspominałem, na pewnym rozdrożu, dlatego że wyniki naszego leczenia, porównując z leczeniem w innych krajach Unii Europejskiej, stawiają nas niestety w świetle dosyć niekorzystnym, więc staramy się to odwrócić.

Jesteśmy do państwa dyspozycji jako Polska Grupa Raka Płuca. Ta misja będzie przez nas raportowana raz w roku odnośnie do efektów, które osiągnęliśmy. Będziemy przedstawiać państwu posłom, senatorom, Ministerstwu Zdrowia to, do czego będziemy w stanie doprowadzić i co będziemy w stanie osiągnąć. Na ręce pana przewodniczącego pozwolę sobie złożyć tę... Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Myślę, że praca państwa jest bardzo potrzebna i istotna, a ten materiał jest dla nas wszystkich, parlamentarzystów, bardzo cennym materiałem do edukacji, do nauki, a dla państwa do stworzenia warunków.

Myślę, że kolejna prezentacja, pana doktora Tysarowskiego, będzie chyba dość istotnym uzupełnieniem. Tak więc, panie doktorze, jeżeli można, proszę o krótką prezentację. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie dr Andrzej Tysarowski:

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, pozwolę sobie kontynuować temat rozpoczęty przez profesora Ramlaua. Skupię się mianowicie na omówieniu tego,

jakie są możliwości skrócenia ścieżki diagnostycznej, bazując właśnie na etapie diagnostyki genetyczno-patomorfologicznej.

Proszę państwa, chciałbym omówić krótko dwa rodzaje rozwiązań. Jedno z nich, to rozwiązanie organizacyjne, łatwe do wprowadzenia w poszczególnych ośrodkach. Drugie, bardziej złożone rozwiązanie systemowe, polegające na rozbudowaniu finansowania badań genetycznych.

Proszę państwa, podstawowym problemem w diagnostyce raka płuca jest to, że proces trwa zbyt długo. W Polsce średnio od trzech do sześciu miesięcy. Tak więc każde działanie mające na celu skrócenie tej długiej ścieżki diagnostycznej jest kluczowe dla leczenia pacjentów z rakiem płuca. A wydaje się, że chociażby właśnie na etapie diagnostyki patomorfologiczno-genetycznej możemy to zrobić w dosyć łatwy sposób.

Pierwsza rzecz, to zmiany organizacyjne. Proszę państwa, w przypadku diagnostyki patomorfologiczno-genetycznej w raku płuca jest to złożony, wieloetapowy proces. W momencie, gdy następuje podejrzenie raka płuca, zostaje wykonany zabieg chirurgiczny. Zostaje wystawione skierowanie na badanie histopatologiczne i materiał trafia do zakładu patomorfologii, gdzie stawiane jest rozpoznanie raka płuca.

Proces dalszej diagnostyki, w zależności od wielkości ośrodka, wygląda zupełnie różnie. W dużych centrach onkologii, gdzie wszystkie jednostki diagnostyczne, to znaczy zakłady patomorfologii, zakłady genetyki są pod jednym dachem, a także kliniki leczące raka płuca, obieg materiału, obieg informacji następuje dosyć szybko i ten materiał sprawnie krąży.

Zupełnie inaczej jest w mniejszych ośrodkach, gdzie jednostki nie dysponują własnymi zakładami patomorfologii i zakładami genetyki. Co wtedy się dzieje? W przypadku mniejszych ośrodków, materiał jest wysyłany do zewnętrznych jednostek patomorfologicznych, gdzie następuje rozpoznanie raka płuca. Następnie ten wynik diagnostyki patomorfologicznej wskazujący na rozpoznanie raka płuca wraca do klinicysty. Klinicysta dopiero ponownie, czytając wynik, wystawia skierowania na badania genetyczne. To skierowanie znów wędruje do zakładu patomorfologii, gdzie materiał uprzednio zdiagnozowany jest kwalifikowany do badań genetycznych. Następnie ten materiał do badań genetycznych wraca ponownie do klinicysty, gdzie z tej jednostki macierzystej jest wysyłany do laboratorium genetycznego. To generuje bardzo duże opóźnienia.

W dużych jednostkach ten obieg materiału jest błyskawiczny. Natomiast, wprowadzając pewne obligatoryjne działania, można ten obieg znacznie skrócić w tych mniejszych jednostkach. To znaczy, klinicysta, wystawiając skierowania na badania histopatologiczne, powinien równolegle wystawić skierowanie na badanie genetyczne i pobrać świadomą zgodę na badanie genetyczne. Ważne jest, aby te wszystkie dokumenty były wypełnione poprawnie, ponieważ jakikolwiek błąd w wystawieniu skierowania powoduje przetrzymanie i zahamowanie tego procesu.

Następnie jest ważne, żeby te mniejsze jednostki leczące raka płuca, które mają zakontraktowane badania patomorfologiczne w jednostkach zewnętrznych i badania genetyczne w jednostkach zewnętrznych, dopilnowały, aby te dwa ośrodki – to znaczy genetyczny i patomorfologiczny – były o sobie poinformowane. Proszę zobaczyć, jeżeli nawet w tym mniejszym ośrodku wyjdą dwa skierowania, na badania histopatologiczne i genetyczne, ośrodek zewnętrzny patomorfologiczny rozpoznaje raka płuca, to od razu ma informacje, gdzie można przesłać materiał i materiał nie wędruje z powrotem do klinicysty, tylko wędruje dalej do laboratorium genetycznego, gdzie oceniane są wszystkie czynniki predykcyjne niezbędne do wykonania badania genetycznego, uzyskiwany jest wynik i możliwe jest wdrożenie właściwego leczenia.

Te rzeczy niestety nie dzieją się we wszystkich ośrodkach. Ma to miejsce tylko właśnie w dużych, a w małych ośrodkach, wprowadzając też takie obligatoryjne czynności, można łatwo cały ten proces obiegu materiału usprawnić. Ważne jest także, aby badania genetyczne były wykonywane równolegle z badaniami patomorfologicznymi kwalifikującymi do immunoterapii. To też znacznie przyspiesza cały proces diagnostyczny i ewentualne decyzje terapeutyczne.

Kolejnym ważnym etapem, trochę trudniejszym do wprowadzenia, są zmiany systemowe, polegające na rozbudowie finansowania badań genetycznych. Tu są dwie ważne rzeczy. Pierwsza rzecz to dodanie kolejnego produktu rozliczeniowego w leczeniu szpitalnym, umożliwiające wykonanie tak zwanego kompleksowego profilowania genetycznego

w raku płuca. Jest to badanie genetyczne, które obecnie w ogóle nie jest finansowane w zakresie nowotworów w Polsce. Jest to badanie, które jednocześnie, z bardzo dużą dokładnością pozwala ocenić bardzo wiele markerów genetycznych, a więc daje pełny profil genetyczny pacjenta i daje też klinicyście możliwość wdrożenia właściwego leczenia. Ta diagnostyka może być wykonana jednocześnie z jednej porcji materiału. Co ważne, w raku płuca materiał jest bardzo cenny i właśnie kluczowe jest wykonanie jednego badania, a nie wielu badań – prostymi technikami biologii molekularnej.

Kolejnym etapem, który umożliwi również szerszy dostęp pacjentów do nowoczesnych terapii w raku płuca, jest odblokowanie bariery umożliwiającej zlecenie badań genetycznych w ambulatorium z materiału świeżego, a więc wprowadzenie tak zwanych badań wielogenowych z płynnej biopsji, ponieważ często w raku płuca mamy sytuację taką, że nie ma materiału tkankowego, histologicznego i jedynym materiałem dostępnym od pacjenta jest krew obwodowa. Tu ta krew obwodowa będzie wykorzystana do oceny właśnie zmian somatycznych, czyli tych zmian obecnych w komórkach nowotworu i da szansę tym pacjentom, którzy nie mają materiału tkankowego, na włączenie nowoczesnych terapii celowanych. Na chwilę obecną nie można sfinansować takiego badania z materiału świeżego w trybie ambulatoryjnym.

Podsumowując jeszcze raz te zmiany organizacyjne, czyli, po pierwsze, usprawnienie obiegu materiału i obiegu dokumentacji medycznej pomiędzy ośrodkami zajmującymi się diagnostyką patomorfologiczną i genetyczną oraz onkologią. Jednoczesne generowanie skierowań na badanie genetyczne i patomorfologiczne – to wydaje mi się jedną z podstawowych rzeczy, która znacznie przyspieszy wykonywanie badań genetycznych. Prawidłowe wypełnianie tych dokumentów jest niezbędne, bo laboratorium, które nie dysponuje pełną dokumentacją, nie może przystąpić do wykonywania i realizacji badań genetycznych. Oczywiście świadoma zgoda powinna być pobrana na samym początku całego procesu diagnostycznego. Wreszcie komunikacja między ośrodkami wykonującymi diagnostykę patomorfologiczną i genetyczną. To są najbardziej istotne zmiany.

Natomiast jeżeli chodzi o te zmiany związane z wykonywaniem badań genetycznych, to proszę pamiętać o systemie wykonywania badań genetycznych, który mamy dostępny, czyli tak zwanych małych panelach NGS. Należy dążyć, aby ta diagnostyka raka płuca była wykonywana właśnie tymi panelami, aby nie była to diagnostyka dzielona na pojedyncze testy jednogenowe wymagające wielu pobrań, wielokrotnego wykorzystania tego cennego materiału. I przede wszystkim równoległe wykonywanie badań genetycznych i kwalifikujących do immunoterapii. To znacznie przyspiesza cały proces diagnostyczny.

Wprowadzenie tego nowego produktu rozliczeniowego umożliwiającego wykonywanie badań wieloskalowych opartych na sekwencjonowaniu następnej generacji, czyli tak zwanego kompleksowego profilowania genomowego. Odblokowanie tej bariery, która nie pozwala na zlecenie badań z płynnej biopsji, czyli materiału świeżego w ambulatorium. To naprawdę duża grupa chorych, u których materiał tkankowy nie jest diagnostyczny. Duża grupa chorych, która wymaga monitorowania leczenia w raku płuca może zyskać na tak prostej zmianie zarządzenia prezesa NFZ.

Warto też pamiętać, że nawet bez wprowadzania zmian mamy świadczenia oddzielnie kontraktowane, które umożliwiają zlecenie pojedynczych testów z krwi obwodowej, płynnej biopsji. Można też te świadczenia wykorzystać chociażby do badania pojedynczych markerów, takich jak KRAS G12C, często pomijany w diagnostyce raka płuca, a jest to prosty test, który może być właśnie sfinansowany w ramach świadczenia odrębnie kontraktowanego.

Ważne też, aby u pacjentów, u których nie zidentyfikowano zaburzeń w podstawowych markerach, takich jak EGFR, ALK, ROS, którzy trafili na leczenie immunoterapią, w trakcie tego leczenia właśnie zlecić KRAS, bo to jest dosyć częsta zmiana. Można to zlecić z materiału tkankowego albo właśnie testem jednogenowym z płynnej biopsji. To są rozwiązania, które naprawdę w wielu przypadkach umożliwią dostęp do nowoczesnego leczenia wielu pacjentów z rakiem płuca. Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie doktorze.

Otwieram w takim razie dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów – mają pierwszeństwo na posiedzeniach podkomisji – chciałby zabrać głos?

Pan poseł, pan doktor Czesław Hoc. Bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję panie przewodniczący.

Ja oczywiście mam wiele pytań, korzystając z okazji, że są znakomici przedstawiciele renomowanych, prestiżowych ośrodków w Polsce. Renomowanych nie tylko w kraju, ale także w Europie. Chciałbym zadać wiele pytań, jednak wiem, że czas mamy ograniczony. Zacznę więc od takich pytań, które na razie są może mało istotne, dotyczących wyjaśnień.

Po pierwsze, od kiedy liczymy pięcioletnie przeżycie w przypadku nowotworów, od momentu diagnostyki, od zdiagnozowania raka, od rozpoznania czy od zastosowania leczenia? Od rozpoznania. A w świecie jak jest? Też. Dobrze.

Druga sprawa. Czy państwo macie problemy w aspekcie RDTL? Czy korzystacie z ratunkowego dostępu do technologii lekowych wtedy, kiedy jest w ośrodku pacjent, który wymaga leku, który jest zarejestrowany, ale nie jest refundowany? Czy macie takie przypadki? Czy to jest nagminna praktyka, czy macie też trudności w takiej kwestii?

Od razu przychodzę do programów lekowych. Czy macie... Tak?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Może pan poseł zgrupowałby te pytania...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ale mam pytań dużo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bo jest wielu ekspertów, którzy chcieliby odpowiedzieć od razu, ale to...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dobrze. To jeszcze odniosę się do opisu, bo pan profesor powiedział tutaj bardzo istotną rzecz, którą nawet zgłaszają w biurach poselskich pacjenci bardzo poirytowani i zrezygnowani w aspekcie tych opisów badań obrazowych, a więc tomografii komputerowej czy rezonansu. Okazuje się – pan profesor powiedział, że to jest niestety dość częste – że pacjent, który wykonał badanie obrazowe tomografii komputerowej lub rezonansu, opis jest dopiero po 3–4 miesiącach, przychodzi do pana profesora czy pana dyrektora i trzeba już praktycznie robić następne badanie, co jest wręcz niewiarygodnym i złym rozwiązaniem. Pytam w takim razie, czy ten specjalista może sam oglądnąć tę płytkę i to ocenić albo czy już stosujecie AI, czyli sztuczną inteligencję, która będzie praktycznie pomocna w przyspieszeniu opisywania tego obrazu.

Następne pytanie, jeśli chodzi... Nie?

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Na razie dziękujemy. Może ktoś z panów chciałby odpowiedzieć na pytania pana posła.

To bardzo proszę, tylko proszę przedstawić się do mikrofonu. Pan profesor Krzakowski.

Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej prof. dr hab. Maciej Krzakowski:

Maciej Krzakowski. Dziękuję za zaproszenie.

Pan poseł był łaskaw zapytać o trudności w dostępie do procedury RDTL. Otóż program lekowy B6 jest moim zdaniem jednym z najlepszych programów lekowych, jakie są w Polsce sukcesywnie wprowadzane przez ministerstwo. Odrębną sprawą jest wykorzystanie tych opcji terapeutycznych, o czym była mowa, ale pytanie dotyczy konkretnie RDTL. W związku z tym, że ten program jest naprawdę obszerny, nie ma tak wielu sytuacji, w których musimy się uciekać do RDTL. Możemy się do tego uciekać. Ministerstwo Zdrowia w tej chwili promuje wykorzystywanie RDTL, oczywiście w sytuacjach racjonalnych. To nie może być furtka na pomysły z księżycy.

Mówił pan poseł o oczekiwaniu. Nie chciałbym, żebyśmy posługiwali się w tej dyskusji argumentami pochodzącymi z jakiegoś indywidualnego zgłoszenia. Myślę, że tutaj średnie czasy oczekiwania są bardziej racjonalne.

Średnie oczekiwanie na wykonanie tomografii komputerowej w Polsce to 64 dni. To jest za dużo. Średni czas na uzyskanie materiału do badania patomorfologicznego to 52 dni. Średni czas na wykonanie pozytonowej emisyjnej tomografii, co jest warunkiem *sine qua non* radykalnej resekcji mięszu płucnego, to jest czterdzieści kilka dni – 44 dni. Tak więc tu jest problem, panie ministrze i panie przewodniczący.

Jeszcze – skoro już jestem przy głosie, już później nie będę – my mówimy o kompleksowym postępowaniu. Co to jest kompleksowe postępowanie? To jest współdziałanie wszystkich specjalności, które tutaj są zaangażowane. Po co? Po to, żeby rozważyć optymalne możliwości postępowania. To znaczy takie, które są skuteczne, które są bezpieczne i które są ekonomicznie uzasadnione. I to jest sens tego wszystkiego.

To wszystko może stworzyć nam racjonalną, sprawną ścieżkę pacjenta. Czy ona jest potrzebna? Otóż są na to twarde dowody pochodzące z badań prospektywnych. Amerykanie kilka lat temu – niespełna 5 lat temu – w dobrym czasopiśmie opublikowali takie wyniki badania, które pokazują, że jeżeli ścieżka jest do 30 dni od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia, to prawie o 40% poprawiają się wyniki we wszystkich stadiach zaawansowania. Zatem powtarzam – my tu musimy połączyć siły. To jest kwestia udziału w tym wszystkich specjalistów, którzy są w to zaangażowani. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś chciałby uzupełnić wystąpienie pana profesora?

Bardzo proszę, pan profesor.

Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Jacek Jassem:

Proszę państwa, przed chwilą usłyszeliśmy, jak wyglądają wyniki leczenia raka płuca w Polsce. Ja chcę państwu powiedzieć, że gdy ktoś zachoruje na raka płuca, to ma 85% szans, że umrze. Jeżeli wszystkie te rzeczy, o których mówimy, udroźnimy, będziemy wcześniej wykrywali raka, będziemy mieli lepszą diagnostykę, będziemy mieli lepsze leczenie, to – o czym powiedział pan profesor Ramlau – naszym ambitnym celem jest poprawienie tej statystyki o około pięć punktów procentowych.

Proszę państwa, my nie poradzimy sobie z nowotworem, który źle rokuje. W krajach o najlepiej zorganizowanej służbie zdrowia to jest dwadzieścia kilka procent i to jest bariera biologiczna, której nie da się przekroczyć. W związku z tym nadal będą dziesiątki tysięcy ludzi umierały na raka płuca, jeżeli nie wyeliminujemy przyczyny raka płuca. Przyczyną w 85% nadal jest palenie tytoniu.

Polska była kiedyś liderem działań antytytoniowych. W 1995 r., jeszcze zanim wstąpiliśmy do Unii Europejskiej, pierwsza ustawa antytytoniowa była nowatorska i pokazywana w krajach UE jako modelowa. Drugi taki ważny kamień milowy to był rok 2010, czyli wprowadzenie zakazu palenia w miejscach publicznych.

Proszę państwa, co kilka lat jest pokazywany ranking państw europejskich, nie tylko unijnych, w zakresie działań antytytoniowych. Polska była kiedyś na pierwszych kilku miejscach, w tej chwili jest w dolnej części tej stawki.

Proszę państwa, jest bardzo wiele rzeczy, które można zrobić i które są w zakresie działań państwowych. Można podwyższyć wiek, w którym młody człowiek może kupić papierosa. W wielu krajach to jest 21 lat. Można papierosa ograniczyć. Nie w każdym sklepie spożywczym musi być sprzedaż papierosów. Przecież to jest szaleństwo. Papierosa w wielu krajach są dostępne tylko w licencjonowanych sklepach, gdzie sprzedaje się tylko papierosa. Nie może być tak, że w każdym miejscu można papierosa kupić.

Można wprowadzić to, co już wiele krajów wprowadziło, a mianowicie jednolite opakowania papierosów. Zaczęła to Australia, w tej chwili wprowadziło do wiele krajów, również europejskich. Chodzi o to, żeby samo opakowanie nie było atrakcyjne dla człowieka, który po to sięga.

Można zlikwidować te absurdalne kabiny dla palaczy. Proszę państwa, każdy z państwa bywa pewnie dla lotnisku Okęcie. Kabinę, która powinna być hermetyczna, czuć w odległości kilkudziesięciu metrów. To nie chodzi o tylko o to, bo być może zlikwidowanie tych kabin nie będzie miało wielkiego wpływu na zdrowie ogólne społeczeństwa. To jest pokazanie, że my nie

przyzwalamy na palenie, że to jest coś złego, że to powinno być traktowane przez społeczeństwo jako zło. Jeżeli my takie kabiny tworzymy, to mówimy: „Palcie sobie”, troszeczkę oddzielimy tych palących od niepalących, ale pokazujemy, że to można robić dalej.

Polityka akcyzowa. W mądrych krajach wzrost akcyzy wyprzedza inflację. Te papierosy faktycznie drożeją. Ja rozumiem, że Polska żyje z akcyzy na papierosy, alkohol i paliwa, ale to jest krótkowzroczna polityka, bo ta akcyza nie kompensuje wszystkich kosztów chorób odtytoniowych.

Proszę państwa, oczywiście to nie jest uwaga do tej podkomisji. Jest podkomisja zdrowia publicznego. Nie wiem, jakie tam są plany w tej chwili. Ja podrzucam tam co chwilę jakieś pomysły. Sam ich nie wymyślam, tylko biorę z krajów, w których to jest dobrze zorganizowane, ale myślę, proszę państwa, że tu powinniśmy przede wszystkim skupić swoje wysiłki, bo leczymy skutki, a nie leczymy przyczyny.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Rzeczywiście, panie profesorze. Ze wstydem przyznam, że na terenie Sejmu też są takie kabiny. To jest chyba powód do wielkiego wstydu dla tej organizacji. Wracając do papierosów, niestety jest takie przyzwolenie. Jest to biznes. Odchodzimy od papierosów, pojawiają się elektroniczne podgrzewacze, saszetki i inne rzeczy. Co prawda mamy już parę przygotowanych ustawowych regulacji. W tej chwili nawet trwają prace w Komisji Zdrowia nad zakazem sprzedaży elektronicznych papierosów do 18. roku życia, ale wydaje mi się, że to by trzeba rozszerzyć nie tylko na papierosy elektroniczne, ale w ogóle na wyroby tytoniowe i beznikotynowe. Tak więc te prace trwają, ale idą nam bardzo trudno, bo jednak lobby producentów jest tak olbrzymie i tak napiera, że jest to niezwykle trudny proces.

Kierownik katedry i kliniki GUM prof. dr hab. Jacek Jassem:

Może ja jeszcze jedno słowo dodam, jeśli pan przewodniczący pozwoli.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę, panie profesorze.

Kierownik katedry i kliniki GUM prof. dr hab. Jacek Jassem:

Są kraje, które podjęły radykalne środki. Wielka Brytania wprowadziła *tobacco-free generation*. Ludzie, którzy urodzili się po 2009 r., nie będą mogli kupić papierosów. I to będzie kroczyło. Czyli coraz starsi ludzie – kolejne roczniki – nie będą mieli możliwości kupienia papierosów. To jest bardzo radykalne rozwiązanie. Niektórzy uważają, że może być nieskuteczne, ale może trzeba właśnie uciekać do przodu.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Myślę, że tak. Całe szczęście jest z nami pan minister, który będzie pracował z zespołem. Pani dyrektor już wie. Rozmawiamy na ten temat od wielu, wielu miesięcy.

Pani poseł Stachowicz, bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Stachowicz (KO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, wiemy, że aby zmienić te przerażające statystyki zachorowalności na raka, a przede wszystkim na raka płuca, potrzebna jest profilaktyka i potrzebna jest edukacja. Ja bardzo się cieszę, panie profesorze, że w tym materiale, który przekazał pan na ręce pana przewodniczącego, tak dużo miejsca poświęcone jest edukacji zdrowotnej i przedmiotowi, który chcemy wprowadzić w szkołach, a który ma tak dużo przeciwników, bo przecież my musimy mówić o profilaktyce już w przedszkolu i w szkołach. Dlatego mam też pytanie do ministerstwa. Czy takie kampanie, szerzące właśnie profilaktykę w zakresie raka płuca, są w tej chwili prowadzone? Jak te kampanie wyglądają lub jaki zamiar państwo macie, jeżeli chodzi właśnie o szerzenie tej profilaktyki? Bo ona jest podstawą. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję.

Czy pan minister mógłby od razu odpowiedzieć? To bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

To nie jest zakres moich obowiązków, ale z tego, co wiem, podnieśliśmy kwotę w tym roku i w przyszłym roku chyba o 600 mln złotych, jeżeli chodzi o profilaktykę wszelaką. Czyli dostrzegamy problem profilaktyki, ale mówię o profilaktyce wszelkiej, a nie tylko antytytoniowej. Widzimy problem szczepień, na temat których dwie godziny temu było posiedzenie Komisji. Mamy problem z wyszczepialnością. Mimo tego, że mamy dobre propozycje, to jednak i wyszczepialność, i korzystanie z papierosów czy alkoholu są duże. Dokładamy starań i kwota przekazana na wszystkie punkty związane z profilaktyką jest olbrzymia.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze krótkie pytanie, bo chciałbym oddać głos państwu...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja nawiążę do wystąpienia pana profesora Jassemę. Panie profesorze, w 2010 r. był pan właśnie współautorem tej ustawy o zakazie palenia w przestrzeni publicznej. Ja miałem zaszczyt być również współautorem i jednocześnie pan profesor Zatoński. Byliśmy więc w awangardzie wręcz i rzeczywiście to trzeba podkreślić.

Natomiast ja chciałbym spytać państwa jako autorytety, na jakiej szali kładziecie papierosy tradycyjne, e-papierosy i podgrzewane wyroby tytoniowe. Czy to jest rzeczywiście tak, jak niektórzy mówią, *harm reduction*, że praktycznie możemy zamienić papierosy tradycyjne na e-papierosy czy podgrzewacze, żeby po prostu mieć mniejsze szkody, czy jest tak, że zamieniamy szkodliwe papierosy na też szkodliwe używki? Dlaczego o to pytam? Dlatego, że na jednym z posiedzeń Komisji Zdrowia jeden z autorytetów powiedział, że e-papierosy to zdrowie, że e-papierosy powinny być sprzedawane w aptece.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Jeżeli pan profesor może odpowiedzieć, to bardzo proszę.

Kierownik katedry i kliniki GUM prof. dr hab. Jacek Jassem:

Szanowny panie pośle, nie ma tutaj chyba specjalistów epidemiologii... Jest pneumonologii. Natomiast myślę, że właśnie profesor Zatoński czy też doktor Przewoźniak wytłumaczyliby to bardziej dokładnie. Ja jestem tylko prostym onkologiem, ale myślę, że mogę odpowiedzieć na to pytanie ogólnie. Mianowicie, proszę państwa, w tej chwili palenie tytoniu staje się *passé* w świecie. Firmy tytoniowe przerzucają się na wyroby... To się nazywa nowoczesne technologie czy jakoś tak fajnie.

Ja chyba w tej sali kiedyś zapytałem, czy ktoś z państwa wie, co to jest IQOS. Najbardziej popularna forma elektronicznych papierosów – *I quit ordinary smoking*. Proszę państwa, to są oszukańcze praktyki.

Proszę państwa, nasze płuca zostały w procesie ewolucyjnym stworzone do oddychania czystym powietrzem. Niestety, tego czystego powietrza jest coraz mniej w przestrzeni publicznej. To są nie tylko papierosy, ale i zanieczyszczenie pyłami, małymi cząstkami poniżej 2,5 μm , które też powodują raka. Polska jest jednym z najbardziej zanieczyszczonych krajów, a my sobie jeszcze dokładamy takie wynalazki jak właśnie elektroniczne papierosy.

Udowodnienie tego, że papierosy powodują raka, zajęło nam 70 lat. Papierosy elektroniczne pojawiły się w Europie w 2005 r., w związku z tym mamy dwudziestoletnie doświadczenie. My nie wiemy, czy one są rakotwórcze. One pewnie są mniej rakotwórcze niż tytoń tradycyjny, czyli papierosy wypalane, natomiast zawierają masę toksycznych substancji. Jest bardzo duże piśmiennictwo dotyczące drastycznych efektów używania papierosów elektronicznych. W związku z tym nie zamieniamy jednego zła na drugie. To, co się dzieje...

Oczywiście. To jest *gateway to smoking*. To jest droga dla młodych ludzi.

Proszę państwa, uczestniczyłem w posiedzeniu podkomisji zdrowia publicznego. Jest problem zakazania tych papierosów elektronicznych jednorazowych – jednorazowych mówię w cudzysłowie, bo ten jednorazowy papieros zawiera tyle nikotyny co paczka. Jedna z pań uczestniczących w tym posiedzeniu mówiła, że dzieci w szkole podstawowej ze starszych klas idą w czasie przerwy do toalety palić jednorazowe papierosy. Do tej pory nie udało się tego zakazać, z tego, co wiem. To są rzeczy, które bulwersują.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Pani się zgłaszała. Proszę przedstawić się do mikrofonu.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Dzień dobry. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, jestem konsultantem krajowym w dziedzinie chorób płuc.

Tu padło bardzo ważne zdanie dotyczące profilaktyki, jak też ustawy. Ustawa w 2010 r. wprowadziła zakaz palenia w miejscach publicznych, między innymi w szpitalach. Proszę zwrócić uwagę na to, że w naszych szpitalach pacjenci chorzy na choroby płuc i inne schorzenia, żeby zapalić papierosa, wychodzą przed budynek szpitala, często nawet w okresie jesienno-zimowym.

Czy nie można byłoby wprowadzić, bardzo moim zdaniem prostego rozwiązania, ażeby szpitalom, które wprowadzą u siebie poradnię antynikotynową, poradnię pomocy palącym, dodać do akredytacji dodatkowy punkt procentowy w rozliczeniu z Narodowym Funduszem Zdrowia? Tak jak szpital dostaje 5% za to, że wprowadza akredytację, dodatkowy punkt czy procent, nie wiem, jakie rozwiązanie, ażeby każdy dyrektor wprowadził poradnię pomocy palącym na terenie swojego szpitala, finansując psychologa, wsparcie w szpitalu, plus nikotynową terapię zastępczą, inną formę wsparcia.

Są szpitale, które już podejmują takie działania, wpisując do receptariusza szpitalnego leki, które są stosowane w trakcie hospitalizacji. One nie są refundowane, ale szpitale, ze względu na pomoc pacjentom, takie leczenie już stosują. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

To wszystko to są dodatkowe koszty finansowe. Pan minister się uśmiecha i mówi, że w tym bogatym worku, jeżeli chodzi o finansowanie ochrony zdrowia i funduszu, to byłby problem.

Dużo o profilaktyce, ale w dalszym ciągu zachęcam do dyskusji o diagnostyce i leczeniu.

Pani się zgłaszała. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Patomorfologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc prof. dr hab. Renata Langfort:

Dzień dobry państwu. Moje nazwisko Langfort. Jestem patomorfologiem, w związku z tym jak najbardziej mogę powiedzieć o diagnostyce, ponieważ tutaj pan profesor Krzakowski i pan profesor Ramlau mówili, że patomorfologia też jest tą dziedziną, tym wąskim gardłem, które powoduje wydłużenie czasu oczekiwania pacjenta na wynik histopatologiczny. Wiąże się to pewnie z tym, że patomorfologów nie jest tak dużo, ale to jest problem oboczny.

Natomiast ja bym chciała zwrócić uwagę na to, że mówimy tutaj o kompleksowej diagnostyce. Korzystając więc z tego, że jest pani dyrektor, chciałabym wrócić do tego tematu, który jakiś czas temu, niestety, nie został podjęty, a mianowicie akredytacji zakładów patomorfologii. Pamiętajcie państwo, że ciągle badania patomorfologiczne nie są refundowane. W związku z tym za badania patomorfologiczne mają płacone tylko te zakłady, które poddały się akredytacji. W związku z tym to wtedy jest dobrze, ponieważ zakład, który ma akredytację, ma również płacone za badania, przynajmniej tych pacjentów, którzy mają kartę DiLO, i można wykonywać kompleksowe badanie, łącznie z PD-L.

Problem z PD-L jest taki – a powinniśmy je robić już u wszystkich pacjentów z rakiem płuca – że zakłady nie chcą tego badania robić, bo jest to koszt. W związku z tym myślę, że trzeba wrócić do tego tematu, ponieważ w tym roku kończą się akredytacje zakładów, które ją dostały, a wszystkie pozostałe zakłady, które tej akredytacji nie mają i nie mają płacone za badanie patomorfologiczne, czekają, co będzie dalej. Jeżeli tej sprawy się nie ureguluje, to dalej będzie problem, dlatego że badania immunohistochemiczne, badania predykcyjne i kwalifikacja do badań genetycznych to są badania bardzo drogie, bardzo kosztowne, łącznie z badaniami operacyjnymi. Badanie patomorfologiczne generalnie jest badaniem droгим.

W związku z tym myślę, że jeżeli rzeczywiście chcemy poprawić sytuację, a moim zdaniem akredytacja, która była, bardzo poprawiła wizerunek zakładów patomorfologii, diagnostykę patomorfologiczną... Myślę, że jeżeli państwo korzystacie z tych badań, to sami widzicie, że jest zupełnie inne rozpoznanie. Ta diagnostyka robi się coraz bardziej skomplikowana, coraz trudniejsza, ale w związku z tym też wymaga kosztów. Mówimy o bardzo droгим leczeniu

i o wydatkach na to leczenie, ale pamiętajcie państwo, że aby pacjent odniósł korzyści z tego leczenia, musi być dobrze zdiagnozowany. Do tego jest potrzebna patomorfologia. Jeżeli więc tej sprawy nie rozwiążemy, to trudno mówić o tym, że będzie możliwe kompleksowe rozpoznanie, bo – tak jak powiedziałam – zakłady nie chcą tego badania robić z racji kosztów, jako że nie dostają za to badanie pieniędzy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa? Bardzo proszę, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej prof. dr hab. Witold Rzyman:

Witold Rzyman. Jestem torakochirurgiem i jak wszyscy tutaj – jak powiedział pan profesor Krzakowski – uczestniczę czynnie w tej próbie zorganizowania diagnostyki i leczenia koordynowanego. Jest to niezwykle istotne, żebyśmy tu, we własnym gronie, się dogadali, ale jesteśmy tego bliscy. Jednak to nie rozwiąże problemu, bo problem jest w innym miejscu.

Podstawą tego wszystkiego jest późne rozpoznanie przez lekarzy rodzinnych. Bez lekarzy rodzinnych my ani w koordynowanej opiece nie poprawimy wiele, ani również w badaniach przesiewowych. Jeżeli nie będą w to włączeni na całego lekarze rodzinni, to nie osiągniemy tak naprawdę celu, którym ma być zmniejszenie umieralności. To musi być powszechnie znany temat dla lekarzy, kiedy mają tego pacjenta wysłać na badanie przesiewowe, muszą chcieć go wysłać, a później jak najszybciej kierować go do nas. Tak więc to jest bardzo ważny element, o którym nie możemy zapomnieć. Wiem, że sprawa lekarzy rodzinnych i odwrócenia piramidy świadczeń jest obecnie rozpatrywana, ale trzeba wziąć pod uwagę również ich edukację i motywację do tego, żeby właśnie w tym celu z nami współpracowali, to znaczy pomagali pacjentom.

Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej prof. dr hab. Maciej Krzakowski:

W tym projekcie, który opracowaliśmy wspólnie w gronie pulmonologów, onkologów i torakochirurgów, umieściliśmy potrzebę większego zaangażowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Pełna zgoda.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Oczywiście większość z nas pamięta, jak powstawała instytucja lekarza rodzinnego i to na początku trochę inaczej wyglądało. Chodziło to zupełnie dobrze, ale przyszedł taki moment, kiedy wszystko to trochę nam się wymknęło. Myślę jednak, że jednym z najtrudniejszych i ważniejszych elementów było przekazanie nocnej i świątecznej pomocy od lekarza rodzinnego do szpitali – szpitali powiatowych. Pamiętacie państwo – rok 2008/2009 to zafunkcjonowało i do dzisiaj z tego nie możemy się podnieść i stąd też ta próba odwrócenia piramidy świadczeń, która kiedyś stała normalnie, tak jak powinna stać. Sami ją przewróciliśmy, a teraz chcemy ją odwracać. Bardzo proszę.

Dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji To się Leczy Aleksandra Wilk:

Aleksandra Wilk z tej strony, dyrektor Sekcji Raka Płuca. Fundacja To się Leczy.

Ja chciałabym się odnieść do wypowiedzi pana profesora odnośnie do lekarzy rodzinnych. Uprzedził mnie pan ze swoją wypowiedzią. To jest podstawa zaangażowania tej grupy, która ma przede wszystkim wczesny kontakt z pacjentami, ale też zaangażowania ich edukacyjnie do badań profilaktycznych, do informacji o badaniach profilaktycznych, bo mówimy tu o profilaktyce pierwotnej i wtórnej. Żeby pacjenci się zgłaszali, a ta zgłaszalność jest niestety bardzo niska, musimy ją poprawić.

Widzę też ogromną rolę w tym procesie lekarzy rodzinnych. Musimy o to zadbać, żeby oni wyedukowali... Widzę tutaj pana profesora Adamka, z którym mieliśmy przyjemność brać udział w projekcie „SOLACE”. To pokazało – kiedy mieliśmy spotkanie informacyjno-edukacyjne z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej – że oni nawet nie wiedzieli o ministerialnym programie wczesnego wykrywania raka płuca, czyli też nie informowali potencjalnych osób z grupy ryzyka o tym, że mogliby w takim programie brać udział.

Chcemy zwiększyć wykrywalność wczesnej postaci raka płuca. Uważam, że to jest świetny pomysł, żeby, tak jak tutaj wszyscy chcemy – grono klinicystów i pacjentów – ona weszła

do koszyka świadczeń gwarantowanych jako program profilaktyczny, obok kolonoskopii, gastrokopii i innych programów, cytologii i mammografii.

Chciałabym też zapytać Ministerstwo Zdrowia, czy przewiduje przeznaczenie środków na kontynuowanie tego projektu, o którym mówiliśmy, czyli mobilnej niskodawkowej tomografii komputerowej, która pozwoliłaby wyrównać szanse i dotrzeć do tych miejsc, gdzie ci pacjenci nie mają możliwości komunikacji czy też dotarcia do dużych ośrodków, w których badania są wykonywane.

Chciałabym też odnieść się do RDTL, bo o tym rozmawialiśmy. Mam więc takie pytanie skierowane do pana profesora Krzakowskiego. Myślę, że tak jest na Zachodzie, i myślę, że my też do tego dążymy, żeby leczyć pacjentów optymalnie – z jak najlepszym sukcesem i efektywnością. Chcemy przesuwać to leczenie od pierwszej linii, żeby ono było optymalne już w pierwszej linii leczenia. Tak się składa, że dobrze wiemy, że mamy pacjentów z niektórymi mutacjami, które są wykrywane, ale nie mają one dostępności w programie lekowym do odpowiednich leków, jako że nie są po prostu refundowane w tym wskazaniu. Mam tu na myśli wskazanie raka płuca. Mam na myśli pacjentów z RET, z BRAF i z kilkoma innymi rzadkimi mutacjami. Pytanie jest takie: czy my mamy szansę troszeczkę zmienić zapisy RDTL tak, aby można było korzystać z tych nowoczesnych terapii nie po wykorzystaniu wszystkich opcji terapeutycznych, tylko umożliwiając przesunięcie ich do pierwszej linii leczenia? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Panie profesorze, pozwolę sobie udzielać głosu w kolejności. Bardzo proszę, panie profesorze. Jestem osobą prowadzącą, dlatego przepraszam za takie formy...

Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej prof. dr hab. Maciej Krzakowski:

RDTL zakłada możliwość wykorzystania leczenia również w sytuacji braku innego sensownego postępowania. Ten przykład, który pani podała, czyli leczenie anti-BRAF, jest dokładnie taki sam, bo możemy oczywiście stosować chemioterapię, ale ona nic nie daje. Trzeba z tego korzystać. Ja w tej chwili mówię głosem również Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, który zachęca do tego, żeby korzystać z RDTL, ale oczywiście nie na zasadzie, że wybieramy lek A zamiast leku B, który ma jednakową skuteczność. To nie tędy droga.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie profesorze.

Bardzo proszę, pani profesor.

Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc prof. dr hab. Joanna Chorostowska-Wynimko:

Bardzo dziękuję. Joanna Chorostowska, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Przede wszystkim bardzo dziękuję, że wielokrotnie tu padła nazwa „SOLACE”. To jest program realizowany w większości krajów Unii Europejskiej. Jestem jego koordynatorem w Europie, jak również w Polsce i bardzo się cieszę, że państwo dostrzegacie wartość działań zmierzających do efektywnej implementacji screeningu raka płuca również w Polsce.

Jednym z polskich działań był wspomniany tu już kilkakrotnie pilotaż mobilnego screeningu metodą niskodawkowej tomografii komputerowej, który na ten moment zakończyliśmy w województwie lubelskim. Chciałabym powiedzieć dosłownie parę słów, ponieważ wydaje mi się, że jest to model, w którym skupia się jak w soczewce wiele problemów, o których tutaj już państwo wspominali.

Zacznę od tego, o czym wspominał pan profesor Jassem, a mianowicie palenia. Chcę zwrócić państwa uwagę na to, że screening raka płuca to jest unikatowa interwencja, w której mamy zarówno profilaktykę wtórną, czyli badanie niskodawkową tomografią komputerową w grupach wysokiego ryzyka, jak i profilaktykę pierwotną. O tym tutaj nie było mowy, natomiast w tym programie jego elementarną, jakby kluczową częścią jest właśnie porada antytytoniowa.

Chciałabym więc tutaj prosić o to, aby państwo w ministerstwie pamiętali o tym, że ta porada jest immanentną częścią... To jest oczywiście wykonanie badań obrazowych niską dawką, ale dokładamy do tego poradę, która ma wpłynąć na interwencję. Tak jest. I istotne jest, aby w tej interwencji, którą, mam nadzieję, będziemy mieli w Polsce, należyte

miejsce zostało przypisane również profilaktyce pierwotnej. To jest niezwykle ważne, bo to zwiększa efektywność.

Druga kwestia, włączenia lekarzy rodzinnych. Tutaj muszę powiedzieć, że absolutnie się zgadzam. Takie doświadczenia mamy z Lubelszczyzny. Wyjątkowy sukces, to mogę powiedzieć z pełną świadomością, naszego projektu pilotażowego, w rozumieniu liczby osób, obywateli, którzy wzięli w nim udział, w dużej części wynika z istotnego zaangażowania praktyk lekarzy rodzinnych w ośmiu lokalizacjach na Lubelszczyźnie.

Tu chcę zauważyć, że w kwalifikacji brali udział lekarze rodzinni, ale również pielęgniarki zatrudnione w tych praktykach. I to jest model, o którym warto pomyśleć, ponieważ to jest kwestia kwalifikacji, ale wynikającej z istniejących czynników ryzyka. Tutaj badanie lekarskie nie jest konieczne. Natomiast motywacja wychodząca ze strony pielęgniarki jest istotnym czynnikiem, który sprawia, że kandydat do screeningu pojawia się i poddaje się badaniu.

Trzecia kwestia, edukacji, o której tutaj była mowa. Pani Aleksandra Wilk, pan profesor Adamek rzeczywiście uczestniczyli w naszych aktywnościach lokalnych, ale do tego dołożyliśmy jeszcze bardzo intensywny dostęp do narzędzi w internecie. O tym też trzeba pamiętać.

Wreszcie chciałabym powiedzieć o naszym doświadczeniu, które wskazuje na pilną potrzebę połączenia tych dwóch interwencji czy działań, o których mówili pan minister i pani dyrektor, a mianowicie wprowadzenie koordynowanej opieki czy koordynowanej diagnostyki i leczenia raka płuca. Proszę pamiętać, że te osoby, które poddają się przesiewowi, muszą potem wejść do systemu. To jest nasze doświadczenie z Lubelszczyzny. Tu obecny pan profesor Milanowski współpracuje z nami i te osoby, które zostały zidentyfikowane jako wymagające dalszej opieki, są kierowane do kliniki pulmonologii w Lublinie. Myślę, że pan profesor kiwa głową, bo to jest rzeczywiście problem organizacyjny, do którego te ośrodki muszą się przygotować.

Chciałabym zwrócić na to uwagę, że to jest kompleksowa interwencja. To nie jest tylko jednorazowe wykonanie badań obrazowych, tylko kompleksowy element, który wymaga stworzenia określonych narzędzi w systemie opieki zdrowotnej. I znowu klinika pulmonologii w Lublinie to jest rzeczywiście ośrodek, który jest w pewnym sensie takim wzorem lung cancer unitu, ponieważ dysponuje wszystkimi narzędziami, które nam są potrzebne, czyli dobrą diagnostyką endoskopową, współpracą z kliniką torakochirurgii, zakładem patomorfologii, dostępem do kompleksowej diagnostyki molekularnej i dostępem do pełnego leczenia w rozumieniu leczenia systemowego, leczenia operacyjnego i radioterapii.

Będziemy oczywiście podsumowywać nasze wyniki, ale chcę zwrócić uwagę na to, że wszystkie te interwencje, o których dzisiaj mówimy, to nie są wyspy, tylko to wszystko musi działać razem. Inaczej w którymś momencie się potkniemy. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Pan profesor chciałby się ustosunkować do wystąpienia pani profesor.

Kierownik Katedry i Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. Janusz Milanowski:

Bardzo dziękuję za słowa uznania i pochwały.

Rzeczywiście tak jest, że ci pacjenci, którzy są zidentyfikowani jako zagrożeni, z małymi guzkami itd. trafiają do nas. To jest przykład takiej kapitalnej współpracy wszystkich w zasadzie specjalistów. Tu mamy rodzinnych, nawet ksiądz na ambonie się pofatygował, żeby to ogłosić...

Kierownik zakładu IGiChP prof. dr hab. Joanna Chorostowska-Wynimko:

Ksiądz biskup również.

Kierownik katedry i kliniki UM w Lublinie prof. dr hab. Janusz Milanowski:

Ksiądz biskup również. Dalej mamy w klinice lekarza, z którym kontaktuje się ten pacjent...

Koordinatora, oczywiście. Mamy specjalistę torakochirurga, ale są też pewne schody, ponieważ taki pacjent nie może być traktowany w jakiś specjalny sposób, tylko wchodzi do puli ogólnych. I mamy problem, bo czeka na przykład na zabieg torakochirurgiczny dwa miesiące czy trzy...

Tak robimy. Jednak można powiedzieć, że ta współpraca jest generalnie modelowa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo się cieszę, że to nasze dzisiejsze spotkanie powoduje, że jest wymiana doświadczeń i pacjentów, i możliwości leczenia, skrócenia kolejki bez interwencji płatnika. Tak więc można to jakoś zrobić. Chyba temu służą te spotkania, mam nadzieję.

I pan profesor, bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc prof. dr hab. Tadeusz M. Orłowski:

Na gorąco chciałbym skomentować, że jeśli chodzi o cały ten program, jego powodzenie – ja mówię o „SOLACE” – za tym stoją pieniądze, bez których by tego nie było. Czyli organizacja organizacją, ale pieniądze, które pozwoliły na sfinansowanie tego wszystkiego i na zachęcenie lekarzy rodzinnych – to, zdaje się, jest bardzo mocny argument – żeby do tego się włączyli. A jeżeli mówimy o kolejkach, w torakochirurgii w Polsce nie ma kolejek, poza lubelskim.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę, pan się zgłaszał.

Po kolei wszyscy państwo będą mieli możliwość zabrania głosu.

Bardzo proszę. Tylko proszę przedstawić się do mikrofonu do protokołu, na co mi zwróciła uwagę pani kierownik biura obsługi podkomisji.

Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Rafał Krenke:

Dobry wieczór. Rafał Krenke, klinika pulmonologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Ja bym chciał zwrócić uwagę na jeszcze jeden, chyba taki bardzo ogólny aspekt tych wszystkich działań, które mamy przeprowadzić, aby zmniejszyć umieralność i śmiertelność z powodu raka płuca. My tutaj mówimy o niedostatkach patomorfologii, mówimy o niedostatkach diagnostyki molekularnej – jasne, to wszystko jest ważne – a wydaje mi się, że aby osiągnąć te ambitne cele, które przedstawił pan profesor Ramlau, należałoby sobie zadać pytania i też od samego początku myśleć, że jeżeli zorganizujemy tę sieć *lung cancer unit*, to jaki procent pacjentów, którzy będą diagnozowani i leczeni, znajdzie się w tej sieci, a jaki procent pacjentów poza tą siecią. To dopiero tak naprawdę determinuje możliwości efektywnego leczenia.

Pan doktor Tysarowski mówił, że jeśli wszystko jest pod jednym dachem, czyli jest skupione w dużym centralnym ośrodku, to rzeczywiście wszystko sprawnie się odbywa. Jednak wiadomo – i to wynika z pracy czy publikacji na przykład z ośrodka lubelskiego, od pana profesora Milanowskiego – że jeśli odległość między miejscem zamieszkania pacjenta a ośrodkiem, do którego ma trafić, już nie pamiętam, jaki tam był dystans przyjęty, jest większa niż jakiś założony dystans, to opóźnienie jest o sześć tygodni większe, aniżeli gdy on mieszka blisko. Wobec tego też nie można pójść w ten sposób, że robimy ośrodków kilka czy kilkanaście i pacjent będzie miał 200 km do dojechania do tego ośrodka.

I jeszcze jeden, pewnie ważny, argument z Holandii. Tam jest tak, że 99% pacjentów z rakiem płuca ma odległość do ośrodka, do którego trafiają, mniejszą niż 30 minut jazdy samochodem. Mając na względzie Polskę i organizując te ośrodki, wydaje mi się, że o tym również powinniśmy pomyśleć, żeby to nie było tak, że *lung cancer units* będą leczyły i diagnozowały 30% pacjentów, a 70% pacjentów gdzieś tam na rubieżach zostanie pozostawionych samym sobie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani prosiła o głos. Bardzo proszę.

Wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dziękuję panie przewodniczący. Joanna Frątczak-Kazana, Fundacja Onkologiczna Alivia.

Proszę państwa, ja chciałabym odnieść się do kilku obszarów, o których wspomnieli moi przedmówcy, ale w pierwszej kolejności chciałabym odnieść się do obszaru, o którym mówił pan profesor Jacek Jassem, a mianowicie profilaktyki chorób odtytoniowych.

4 lutego OECD opublikowała raport dotyczący występowania nowotworów i tych śmierci, których moglibyśmy uniknąć w latach 2030–2050, gdybyśmy wprowadzili odpowiednie

przepisy dotyczące właśnie palenia. Okazuje się, że do 2050 r. moglibyśmy uniknąć około 200 tys. śmierci z tego powodu. Jeszcze jedna dana, która jest niepokojąca, ponieważ w populacji do 15. roku życia w Polsce – oprócz Polski tylko jeszcze w trzech krajach, to jest Bułgarii, Rumunii i na Węgrzech – o ponad 30% nastąpił wzrost osób palących co najmniej jeden raz w ciągu ostatnich 30 dni.

Proszę państwa, ja mam takie poczucie, że wiele aspektów, które państwo tutaj poruszyli w dyskusji, można by było rozwiązać, gdybyśmy realizowali zadania „Narodowej strategii onkologicznej”. Przecież większość zadań została tam opisana i zaplanowana do realizacji co najmniej do 2025 r.

Zacznę może od lung cancer unitów. Przecież w „Narodowej strategii onkologicznej” zaplanowano wdrożenie ich już w 2020 r. Mamy rok 2025. Chciałabym więc zapytać Ministerstwo Zdrowia, zdaje się, panią dyrektor, jakie są przeszkody we wdrożeniu tego rozwiązania lung cancer unitów. To już jest pięć lat opóźnienia. Wydaje się, że to bardzo dużo.

Kolejna rzecz dotyczy badań przesiewowych niskodawkowej tomografii komputerowej. Czy na pewno w 2025, tak jak to zostało...

Odpowiedziała? To nie słyszałam tej odpowiedzi. Przepraszam.

To w zasadzie były chyba wszystkie pytania, które chciałam zadać, czyli właściwie jedno, o lung cancer unity. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję.

To też jest temat, na który czekam rzeczywiście od paru lat. Jeżeli dobrze się orientuję, na razie jedynym oficjalnym to jest rak piersi jako rozporządzenie funkcjonujące. I jelito grube też. Przepraszam. Czekamy na płuco i pozostałe.

Pan minister chciałby odpowiedzieć, ale nie usłyszał tego pytania. Myślę więc, że pani dyrektor na pewno je przekaże albo odpowie.

A na razie jeszcze krótkie pytania ze strony społecznej. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Będzie krótko. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, członkini Krajowej Rady Onkologicznej.

Ja tylko chciałam odnieść się do wypowiedzi pana profesora Jassemę, bo rzeczywiście jest jakiś taki strach przed wprowadzaniem radykalnych rozwiązań, jeżeli chodzi o zakaz palenia papierosów. Natomiast chciałam przypomnieć, że zakaz palenia w miejscach publicznych typu kawiarnie, restauracje itd. wprowadzono w 2010 r. Był straszny krzyk, jak pamiętam. Restauracje miały upaść, w ogóle biznes itd. Nic się nie stało. Zakaz jest i jakoś ludzie nie mają problemu z tym, żeby nie palić w różnych miejscach, a dobrze pamiętamy liczne urzędy, gdzie urzędnik siedział, palił papierosa i dmuchał prosto w petenta. Tak więc ja też jestem zwolennikiem tego, żeby jednak wprowadzić takie radykalne obostrzenia. Naprawdę dramatu nie będzie. Może na początku trochę awantur, a później ludzie będą musieli się dostosować.

Jeszcze druga rzecz. Jeżeli chodzi o akcyzę, to bardzo sprytni są producenci tych różnych wyrobów, dlatego że akcyzą są objęte wyroby tytoniowe, a na rynek od zeszłego roku są wprowadzone papierosy, które nie zawierają tytoniu, natomiast zawierają nikotynę. Czyli są papierosy z herbatą nasączoną nikotyną. Te wyroby nie są objęte akcyzą. Tak więc nadal jest utrzymywana popularność palenia. Zdaje się, że są jakieś dwie firmy, które wypuszczają na rynek właśnie tego typu rzeczy jak te papierosy.

Nie wiem, czy to jest fachowa nazwa, proszę wybaczyć, czyli środki do palenia, które wyglądają jak papierosy, nie zawierają tytoniu, a zawierają nikotynę. Tak więc nałóg jest cały czas elegancko utrzymywany. Być może warto byłoby również tymi wyrobami jakoś się zająć i być może one również powinny być objęte akcyzą na zasadzie objęcia nią wyrobów nikotynowych, a nie tylko tych tytoniowych, bo tu chyba jest problem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Akcyza to jest chyba 14 mld rocznie, a ponosimy 100 mld kosztów społecznych zdrowotnych, jeżeli chodzi o palenie papierosów.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nie, to dziękuję serdecznie.

Zamykam dyskusję.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Serdecznie państwu dziękuję. Cieszę się, że tak różne środowiska, jeżeli chodzi o ekspertów, mogły dzisiaj spotkać się i wymienić poglądy.

Nie wytrzymał do końca pan minister, bo musiał pójść, ale myślę, że pani dyrektor wszystko mu przekaże. Chyba że pani dyrektor chciałaby jeszcze parę słów... Dobrze, jeszcze kilka odpowiedzi pani dyrektor i będziemy kończyli. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Proszę państwa, ja wypisałam kilka kwestii, które zostały poruszone.

Pan doktor Tysarowski mówił o molekularnym badaniu CGP. To jest badanie, na które mamy już przygotowane rozporządzenie i ono jest w opiniowaniu, w naszym zespole zresztą, przy Krajowej Radzie Onkologii. Myślę więc, że to jest kwestia ostatecznego uzgodnienia i wprowadzenia, bo to będzie nie tylko w raku płuca, ale też w raku jajnika, otrzewnej. To jest bardzo długo wyczekiwane badanie.

Następnie badanie z materiału świeżego. To jest problem, który jest dość złożony. Wydawałoby się, że można zmienić zarządzenie prezesa NFZ, ale u nas trwają jeszcze analizy, bo bardzo możliwe, że niestety będzie to zmiana rangi ustawowej nawet. Mamy więc pewną wątpliwość. Chodzi oczywiście o pobranie tego materiału świeżego i badanie w trybie. Natomiast, jeżeli byłoby tak łatwo, to rzeczywiście mamy zgodę pani minister na to, żeby to wprowadzić zarządzeniem prezesa NFZ, ale pan doktor też bierze udział w tych naszych pracach, więc myślę, że w ciągu najbliższych dwóch tygodni to się wyjaśni.

Akredytacja zakładów patomorfologicznych. Tak, to był projekt, który był współfinansowany i prowadzony przez Ministerstwo Zdrowia. Oczywiście projekt, który się zakończył, on był czasowy. Akredytację jako dobrowolną te zakłady, które ją dostały, mają. Natomiast w najbliższych planach Rady Akredytacyjnej – to do uzgodnienia z naszym przewodniczącym – jest oczywiście sporządzenie nowych standardów, bo to wymaga przeprowadzenia nowych standardów akredytacyjnych. Te standardy muszą funkcjonować rok, żeby można było dać podmiotom, zakładom, czas na przystosowanie się i spełnienie tych wymogów. Po roku można będzie wrócić na tory akredytacji, ale na to też musi być zgoda kierownictwa – czy w ogóle standardy akredytacyjne będą przeprowadzone. Na razie mamy leczenia szpitalnego i podstawowej opieki zdrowotnej. W dalszej kolejności oczywiście inne zakresy.

Ostatnie pytanie było o *lung unit*, dlaczego to tak długo trwało. Proszę państwa, to jest dla mnie pytanie troszkę takie retoryczne. Dlaczego? Dlatego, że nie zostały uzgodnione warunki realizacji. Wszystkim wiadomo, dlaczego to nie zostało zrobione. To musi być zgoda – że wszyscy państwo jako eksperci, kliniczni przede wszystkim, wyrażacie zgodę na warunki realizacji świadczeń. Czyli, tak jak powiedziałam, ale się pomyliłam, i dziękuję, że pan profesor mnie poprawił, oczywiście centra kompetencji to jest jeden załącznik i trzy inne – AOS, szpitale i rehabilitacja. Jeżeli to nam się uda – czyli uzgodnienie zasobów kadrowych odpowiednio, a także innych warunków, kryteriów kwalifikacji pacjentów i tego, jak ma wyglądać lokalizacja czy też cała struktura organizacyjna – to wtedy uda się nam to przeprowadzić. Jeżeli nie, to staniemy znowu na konsultacjach publicznych i znowu projekt nie pójdzie dalej. Takie jest podsumowanie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jednak jesteśmy blisko. To jest pocieszające.

Naprawdę ostatni głos. Pani Aleksandra, bardzo proszę.

Dyrektor sekcji Fundacji To się Leczy Aleksandra Wilk:

Ja szybko *ad vocem* do pani dyrektor, bo chciałabym zapytać jak w związku z tym, że przesunie się kolejna akredytacja tych zakładów, rozwiążemy właśnie kwestię finansowania tej ekspresji białka PD-L1, dlatego że ona jest niezbędna nie tylko do pierwszej linii leczenia raka płuca, ale też leczenia okołoperacyjnego przed i po radykalnej operacji. Tak więc część pacjentów w ogóle nie będzie mogła skorzystać z tej terapii, która mogłaby wydłużyć im przeżycie po operacji do czasu wznowy. Jak to będziemy mogli rozwiązać? Dziękuję.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Przepraszam, ale akurat temat tego badania nie jest mi znany. Czy chodzi o to, że tego badania nie ma w koszyku świadczeń gwarantowanych i po prostu ono nie jest finansowane? Jaki jest problem? Poprosiłabym o przybliżenie, to wtedy będzie można się odnieść.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

To może to państwo uszczegółowią...

Kierownik zakładu IGiChP prof. dr hab. Renata Langfort:

Nie ma tego badania w koszyku dlatego, że nie ma badań patomorfologicznych. Badania patomorfologiczne są wyłącznie dla tych zakładów, które mają akredytację, o czym mówiłam. W związku z tym badania PD-L1, tak jak inne badania patomorfologiczne, nie są opłacane. One są gdzieś wpisane w procedury zabiegowe, tak jak było dawniej, natomiast zakłady patomorfologii nie mają żadnego finansowania z tego tytułu, że zrobią to badanie, więc go nie będą robić. A PD-L, co tutaj mówiła pani dyrektor Wilk, to przecież nie jest tylko płuco. W tej chwili bardzo aktywnie wchodzi w leczenie w ginekologii, głowa i szyja, pęcherz, czerniaki, tak więc to będzie jedno z podstawowych badań.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję państwu za spotkanie.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję bardzo.