



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (125.)

24 lipca 2023 r.

Porządek obrad:

1. Choroby płuc – potrzeba opracowania i wdrożenia kompleksowej i długofalowej strategii.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Dzisiejszy temat pierwszego naszego posiedzenia: choroby płuc – potrzeba opracowania i wdrożenia kompleksowej i długofalowej strategii.

Witam wszystkie osoby, które dzisiaj przyszły, zainteresowane tym tematem. Jest z nami pan minister Miłkowski wraz z pracownikami. Bardzo dziękuję, Panie Ministrze, że także w tej części jest pan z nami. Witam również osoby, które będą dzisiaj naszymi ekspertami, które będą wypowiadały się w temacie schorzeń płuc.

Jak wiemy, mamy tutaj wiele elementów związanych zarówno ze zwiększoną zachorowalnością na raka płuca, który w dalszym ciągu jest, niestety, niechlubnie wiodącym nowotworem w naszej populacji. Ale mamy pewnie także wiele do powiedzenia o wzroście czynników ryzyka determinujących te choroby. I, jak myślę, państwo także na ten temat będziecie chcieli i mogli się wypowiedzieć.

Są z nami przedstawiciele towarzystw patologów, pulmonologów, są z nami przedstawiciele świata nauki. Jeżeli państwo pozwolicie, nie będę wszystkich witała. Witam wszystkich bardzo, bardzo serdecznie i dziękuję za przybycie.

I oczywiście bardzo proszę, żeby każda osoba, która będzie zabierała głos, przedstawiała się do mikrofonu.

Mam taką propozycję, żebyśmy, odwrotnie niż zazwyczaj, zaczęli nie od wystąpienia pana ministra, ale właśnie od państwa, abyście nam przybliżyli najważniejsze problemy i także tę

kwestię związaną ze strategią, która, w naszym odczuciu, powinna zostać opracowana i wdrażana jako strategia wieloletnia, która uwzględni zarówno te dane epidemiczne, jak i wiele różnorodnych rozwiązań, które w tym zakresie powinny być wdrożone.

Tak więc zacznę od państwa ekspertów. Myślę, że pani profesor... Czy pani rozpocznie tę dyskusję? Tak?

Bardzo proszę, Pani Profesor, do mikrofonu. I zaczynamy w takim razie od prezentacji. Proszę bardzo.

**PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHORÓB PŁUC
MAŁGORZATA
CZAJKOWSKA-MALINOWSKA**

Dzień dobry państwu.

Nazywam się Małgorzata Czajkowska-Malinowska, jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

Bardzo serdecznie dziękuję pani senator Beacie Małeckiej-Liberze, że poświęca czas, w tak trudnym dla państwa okresie, na bardzo ważny dla nas problem, jakim są choroby płuc. Chcemy powiedzieć o chorobach płuc w szerszym kontekście.

Chcę powiedzieć, że Polskie Towarzystwo Chorób Płuc to jedno z najstarszych towarzystw naukowych. Zostało utworzone w 1934 r., a więc ma już prawie 90 lat. To jest towarzystwo, które wywodzi się z badań dotyczących gruźlicy, ale za sprawą rozwoju pneumonologii ma bardzo szerokie spojrzenie, jest taką pełnoprawną dziedziną interny. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc należy do Europejskiego Towarzystwa Oddechowego, a więc jesteśmy bardzo szeroko

w strukturach europejskich. I chcę powiedzieć, że w grudniu... To nasze towarzystwo liczy ponad tysiąc członków, specjalistów chorób płuc, ma swoje oddziały terenowe w całej Polsce, sekcje specjalistyczne, wydaje czasopisma naukowe. Jednocześnie jest, tak jak mówiłam, członkiem Europejskiego Towarzystwa Oddechowego. W 2022 r. utworzyliśmy Polską Koalicję „Zdrowe płuca”. To jest koalicja, która powstała z inicjatywy wszystkich najważniejszych instytucji i organizacji zajmujących się chorobami płuc. Są tam, poza Polskim Towarzystwem Chorób Płuc, które było inicjatorem powołania tej koalicji, także konsultanci w dziedzinie chorób płuc, chorób płuc dzieci, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Pneumonologii Dziecięcej. Ale w kolejnym etapie przyłączyli się kolejni sygnatariusze. Są to sygnatariusze, którzy są związani z Polską Grupą Raka Płuca, jest z nami również Polskie Towarzystwo Patologów i które reprezentuje pani prof. Langfort, która uczestniczy dzisiaj w posiedzeniu. Jest w naszej koalicji również organizacja pacjencka, którą reprezentuje pani dyrektor Aleksandra Wilk, to jest Sekcja Raka Płuca. Jest również Klub Torakochirurgów Polskich, reprezentowany przez pana prof. Cezarego Piwkowskiego. I są też inne organizacje, instytucje, które włączyły się na dalszym etapie: Polskie Towarzystwo Badań nad Snem, Polskie Towarzystwo Mukowiscydozy, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej i kolejne stowarzyszenie pacjentów, chorych na idiopatyczne włóknienie płuc. Łącznie 15 sygnatariuszy.

Dlaczego podkreślam, że jest to bardzo ważne? Dlaczego się tak stało? My jesteśmy w tej chwili, jako Polska Koalicja „Zdrowe płuca”, częścią międzynarodowej koalicji International Respiratory Coalition, która powstała z inicjatywy ERS, czyli Europejskiego Towarzystwa Oddechowego. Jest to inicjatywa, która... Wszystkie kraje jak gdyby tworzą narodowe koalicje. Dlaczego się tak stało? Ponieważ po pandemii widzimy olbrzymi zastój, olbrzymie niedostatki, które zobaczyliśmy w samej pandemii. Pandemia pokazała, jak bardzo specjaliści chorób płuc są potrzebni, jak bardzo specjaliści chorób płuc, mając świadomość i wiedzę na temat leczenia respiratorem, działali w tamtym czasie. I to pokazuje również wyraźnie, jak bardzo, no, mamy braki, mamy duże niedociągnięcia w tej

dziedzinie. Stąd taka pilna potrzeba wdrażania tych wszystkich działań bardzo szeroko, na szeroką skalę, w całej Europie. I takie działania są podejmowane. Tak więc działamy jako koalicja międzynarodowa i jednocześnie we wszystkich krajach działają koalicje narodowe. Chcę powiedzieć, że Francuzi zaczęli wcześniej, tam włączył się rząd, tam do koalicji włączył się prezydent, tam włączyło się Ministerstwo Zdrowia. Jest to bardzo poważna instytucja. Podobnie działa Portugalia. W tej chwili włączyła się Belgia. Jest 12 krajów, które działają. Tak więc my idziemy w jednakowym kierunku.

Co daje nam udział w międzynarodowej koalicji? Udało nam się wypracować wspólną strategię i zmapować sytuację w Europie. Również pokazaliśmy, jak działa to w Europie, w jakiej sytuacji my jesteśmy. Mamy ocenę epidemiologiczną ze wszystkich krajów. I możemy zobaczyć, jak my wyglądamy na tle wszystkich krajów. Tak że jesteśmy w stanie państwu dostarczyć bardzo wiarygodnych danych dotyczących epidemiologii, jak również finansów. Mamy taką sytuację, która pokazuje, że koszty społeczne dotyczące chorób płuc w Polsce to jest ponad 70 miliardów zł. To są koszty społeczne, które są spowodowane chorobami płuc, koszty społeczne, czyli koszty utraty lat pełnosprawności, lat zdrowia. To są olbrzymie koszty. I chcemy pokazać, że w całej Europie tak się dzieje, że epidemia wszystko zahamowała. Ale to też jest taki czas, że my możemy wyciągnąć z tego wnioski. Pokażemy konkretne rozwiązania. Możemy państwu pokazać, że możemy to zmienić.

Mało tego, wszystkie prognozy pokazują, że następna pandemia, która nas czeka, będzie niestety także dotyczyła chorób płuc, będzie wynikała z chorób płuc. Tak więc jest to konieczne, żeby się właściwie przygotować, przygotować infrastrukturę, jak również przygotować się, no, organizacyjnie. My wiemy, jaką mamy dramatyczną sytuację kadrową, jeżeli chodzi o kadrę specjalistyczną. Tak więc to są te kierunki.

26 czerwca został ogłoszony manifest International Respiratory Coalition, który właśnie wzywa państwa, rządy, decydentów, zwraca się z wielką prośbą, abyśmy zajęli się całym problemem chorób płuc w Polsce pod kątem i organizacyjnym, i kadry, i zwrócenia uwagi na dobre rozwiązania oraz najnowsze metody diagnostyczne i strategiczne. Tak więc to jest taki punkt dla nas, no, najważniejsze, czym możemy się podzielić.

Stąd nasza propozycja wyjścia ze strategią pulmonologiczną. My chcemy, jako koalicja, wspierać państwa, jako eksperci, w tych działaniach. Jak państwo widzicie, jesteśmy bardzo szeroką grupą, 15 różnych organizacji, instytucji nastawionych na choroby płuc. Tak więc czujemy się bardzo kompetentni, żeby pomóc w tej strategii i przygotować, dać konkretne rozwiązania. To jest taki cel naszej koalicji.

Przyjeliśmy na ten najbliższy rok konkretne zadania dla naszej koalicji. Nie mogę państwu pokazać, bo coś się stało z prezentacją, z obrazem, a to by było najlepsze...

(Głos z sali: Zaraz przyjdzie pan informatyk.)

Pan informatyk przyjdzie? Coś nie możemy podłączyć...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, tak.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, bo mamy prezentację, która nam po prostu ułatwi... Ale ja będę spokojnie mówiła, po prostu najwyżej te obrazy będziemy państwu przedstawiać później.

Jakie cele przejęliśmy w tej chwili, jako polska koalicja? Co widzimy jako najważniejsze? Przede wszystkim chcemy prosić państwa o pomoc, ażebyśmy uznali choroby płuc, specjalizację „choroby płuc” za specjalizację priorytetową. Mamy konkretne argumenty. Myśmy się z tymi argumentami zwrócili do Ministerstwa Zdrowia, podaliśmy konkretne argumenty, dlaczego to jest ważne. Przede wszystkim średni wiek pulmonologów to jest 56 lat, tak więc w 2024 r. 666 pulmonologów osiągnie wiek emerytalny. W tym czasie wyszkolimy 240 pulmonologów. A więc 440 pulmonologów wymyka nam się po prostu z systemu, jeżeli nie będą chcieli pracować dalej na emeryturze. Tak więc to jest olbrzymi problem. Mamy w tej chwili 1340 pulmonologów aktywnie pracujących. Tak więc jest to bardzo mało. To, co podają izby lekarskie, to dane zawyżone, bo tam są też lekarze emeryci, to nie są lekarze aktywni, pracujący. Tak więc jest wielki niepokój. A choroby płuc są największym, jednym z największych problemów, zresztą w *Policy Paper* wpisywane wśród 5 największych problemów zdrowia publicznego.

Kolejna kwestia, na którą chcemy zwrócić uwagę, to rola pneumonologów w Lung Cancer Unit i stworzenie tych unitów narządowych. To jest bardzo ważne. O tym będzie mówił pan

prof. Krenke. Myślę, że ja tylko powiem... Pan prof. Krenke będzie mówił o Lung Cancer Unit.

Kolejna kwestia, o której chcemy powiedzieć, to jest problem związany z opieką koordynowaną w POChP. Mamy w tej chwili bardzo dobrą propozycję dla lekarzy rodzinnych, koordynowany program w medycynie rodzinnej. Niemniej jednak żeby dobrze zrealizować ten program, musimy przede wszystkim przejść też do opieki koordynowanej. Tak że...

O, jest prezentacja. Ja może szybciej pokażę państwu ... Przebiegnę już... Pokażę tę naszą koalicję, która naprawdę bardzo szeroko odbiła się echem w mediach i przede wszystkim jest także widoczna w Europie. Jesteśmy widoczni w Europie, jako jedni z najbardziej aktywnych ze wszystkich krajów. Tak że tutaj mamy swoją pozycję.

I jeszcze jedno muszę państwu chyba powiedzieć w tym miejscu: że członek naszego towarzystwa, członek zarządu, pani prof. Chorostowska-Wynimko, została prezesem Europejskiego Towarzystwa Oddechowego. Tak więc to również jest bardzo mocny głos polski w Europie. Tak więc to jest nasza chluba, możemy się też tym pochwalić.

To są właśnie działania wspólne międzynarodowej koalicji. Jak państwo widzicie, te wszystkie działania, te fakty zbieramy razem. Tak wygląda polska relacja z powołania polskiej koalicji. I polskie fakty w zakresie różnych chorób, wszystkich chorób mamy zmapowane na tle Europy.

I ten manifest, który podaje, że właśnie w koszty społeczne w Polsce przekraczają już 79 miliardów zł. I chodzi o to, że te wysiłki są niewystarczające. Chodzi o opracowanie przejrzystych i realistycznych krajowych strategii dotyczących właśnie zreformowania zasad leczenia chorób układu oddechowego w nowych, popandemicznych realiach oraz zredukowania śmiertelności wskutek tych chorób na całym świecie o 1/3. Nam się wydaje, że to jest już aż niewiarygodne, ale to są cele zrównoważonego rozwoju przyjęte przez Organizację Narodów Zjednoczonych, tak więc, no, trudno, żebyśmy my pozostawali w tyle.

Tak więc te koszty bazowe, o których mówiłam, związane z niepełnosprawnością, wynoszą ponad 79 miliardów zł. I teraz analitycy zespołu ekspertów ujawnili braki w polityce zdrowotnej, szczególnie w obszarach profilaktyki, diagnostyki w odniesieniu do najcięższych

przewlekłych chorób układu oddechowego, głównie... Pomimo wzrostu zapadalności i śmiertelności, rosnących w całej Europie... I ta pandemia również... Jak już mówiłam, kolejna pandemia również będzie spowodowana chorobą układu oddechowego. Tak więc konieczne jest rozbudowanie systemu walki z tymi chorobami, infrastruktury, która na to pozwoli. Tak samo... My nie byliśmy w ogóle przygotowani pod względem izolatek. Tego nie było w szpitalach. To są kwestie, z których powinniśmy wyciągnąć wnioski i na przyszłość się do tego przygotować.

Tak więc manifest jak gdyby wzywa nas do opracowania i sfinansowania krajowych strategii leczenia chorób układu oddechowego, które będą obejmowały profilaktykę, nowe metody leczenia, ambitne, wymierne cele i zdolność działania profilaktycznego, aby przynieść poprawę w następujących obszarach: zapobieganie chorobom układu oddechowego, dostęp do odpowiedniego leczenia we właściwym momencie, niwelowanie nierówności, badania, dane, informacje analityczne służące poprawie opieki zdrowotnej... O tych celach to ja już państwu mówiłam. Kolejny, czwarty cel, który bym chciała podkreślić, to jest telemedycyna w pulmonologii. W stoliku telemedycznym nie zostaliśmy ujęci. Mówimy o przewlekłych chorobach płuc, a tutaj, jeżeli chodzi o leczenie tlenem, leczenie respiratorem czy leczenie bezdechu sennego, jest jak najbardziej możliwość monitorowania telemedycznego. Tak więc to są te obszary.

Proszę państwa, ja nie będę wymieniać wszystkich chorób płuc. To, co jest na slajdzie, to nie są wszystkie choroby płuc. To są zgrupowane jednostki chorobowe. Ale zobaczcie państwo: jest ich bardzo, bardzo dużo. To są takie choroby, które są przede wszystkim związane z infekcjami, zakażeniami bakteryjnymi, wirusowymi, grzybiczymi, ale także i choroby płuc, opłucnej, śródpiersia... Ale przede wszystkim pokażę najważniejsze problemy, o których chciałabym mówić, które przekładają się na zdrowie publiczne. Przede wszystkim przewlekła obturacyjna choroba płuc. Oczywiście, kolejna to jest niewydolność oddychania, która rozwija się w wyniku wszystkich przewlekłych chorób płuc. Kolejne to bezdech senny, gruźlica – szczególnie ważna teraz, kiedy mamy uchodźców z Ukrainy, a tam wskaźnik zachorowania na gruźlicę jest dużo większy – jak również mukowiscydoza, choroby śródmiąższowe tkanki płucnej, to jest ponad 200

jednostek chorobowych, oraz nowotwory płuc, śródpiersia i opłucnej.

Proszę państwa, POChP, szeroko rozpo- wszechniona w społeczności, druga po nadciśnieniu tętniczym najczęstsza przewlekła choro- ba w Polsce. Druga po nadciśnieniu. W Stanach Zjednoczonych jest to trzecia główna przyczyna śmierci. I szacuje się, że dzięki dobrze podjętym działaniom ta choroba będzie rzadziej występo- wała w Stanach. Co będzie u nas? To zależy od nas. Oczywiście, tak się dzieje też dlatego, że choroba Alzheimera wychodzi na pozycję drugą w Stanach Zjednoczonych. To też ma wpływ na tę kolejność w rankingu występowania, śmier- telności. Jak jest w Polsce? Szacuje się, że w Pol- sce są 2 miliony chorych na POChP. W systemie mamy 1 milion 300 tysięcy chorych. Jest znacz- nie lepiej, niż to było kiedyś, poprawiła się rozpo- znawalność. Niemniej jednak nadal 700 tysięcy chorych ma chorobę nierozpoznaną, w tym bli- sko 8% to pacjenci z niewydolnością oddychania. Co roku jest 56 tysięcy hospitalizacji z powodu zaostrzeń.

Jest to choroba, która powoduje poważne koszty bezpośrednie, czyli koszty częstych wizyt u lekarza rodzinnego, ambulatoryjnej opieki spe- cjalistycznej, hospitalizacji, domowego leczenia tlenem, domowego leczenia respiratorem, ale także koszty pośrednie, utratę produktywności. Takie osoby w wieku produkcyjnym przechodzą na emeryturę, mają stopień niepełnosprawno- ści, trafiają do domów opieki społecznej, wyma- gają ZOL-i. I jest duże obciążenie samej rodziny, która musi się takim chorym opiekować. Choro- ba nadal rozpoznawana jest bardzo późno, do- piero na etapie, kiedy pojawia się już inwalidz- two oddechowe, kiedy pacjent wymaga leczenia tlenem, respiratorem. I całe szczęście, że takie rozwiązanie – tu wielki ukłon w państwa stronę – w Polsce zostały wprowadzone. Już nie wyglą- damy tak źle na tle Europy. Program POL.VENT który został wprowadzony w ostatnich latach, znacznie zmienił oblicze całego leczenia niewy- dolności oddychania i również leczenia pulmo- nologii, to był krok milowy w naszej dziedzinie.

Bardzo ważne znaczenie ma tutaj rzuce- nie palenia, tak więc będziemy mówić tutaj szczególnie o poradnictwie antytytoniowym, które jest konieczne. Bo wiemy, że rzucenie pa- lenia powoduje spowolnienie postępu choroby.

I kolejna kwestia: konieczność zintegrowa- nej opieki, o której mówiłam, czyli szerszego

spojrzenia na chorobę, nie tylko w medycynie rodzinnej. My musimy mieć kontynuację w specjalistycznej opiece, aby ta opieka była skoordynowana, żebyśmy mogli wprowadzić standardy lecznicze, wsparcie chorego w domu i nadzór nad leczeniem.

Kolejna choroba, o której bym chciała powiedzieć, to bezdech senny. Proszę państwa, bardzo poważna choroba. Jest to druga po bezsenności najczęstsza choroba związana ze snem, zaburzeniami snu. Jest to choroba, która występuje u 34% mężczyzn między trzydziestym a siedemdziesiątym rokiem życia oraz u 17% kobiet w tym samym wieku. Ostatnie dane pokazują, że prawie 1 miliard dorosłych na całym świecie cierpi na obturacyjny bezdech senny. Jak spojrzymy na koszty, proszę państwa... Nowotwory, cukrzyca, choroba sercowo-naczyniowa... i proszę zobaczyć, jak bardzo koszty generuje bezdech senny. Niestety, w całej Europie jest problem niedorozpoznania tej choroby, nie tylko w Polsce. Ponad 30 milionów osób w Europie jest niezdiagnozowanych. Jest to olbrzymi problem, bo choroba powoduje poważne powikłania sercowo-naczyniowe, nadciśnienie, zawał serca, udar mózgu, zaburzenia rytmu serca. I, proszę państwa, ostatnie dane pokazują, co bardzo niepokojące, że jest to choroba, która, nieleczone, może doprowadzić do chorób neurodegeneracyjnych, rozwoju choroby Alzheimera. To są ostatnie dane, dlatego my je bardzo podkreślamy. Choroby płuc, zwróćcie państwo uwagę, bardzo przekładają się na inne powikłania, takie jak choroby sercowo-naczyniowe. A tu mamy jeszcze choroby neurodegeneracyjne.

I kolejny olbrzymi problem: przyczyna wypadków drogowych z powodu zaśnięcia za kierownicą. Z powodu nieprawidłowego snu, nadmiernej senności dziennej dochodzi do wypadków komunikacyjnych. W Polsce, według danych policji państwowej, 8% wypadków spowodowanych jest sennością kierowcy i zaśnięciem za kierownicą. Te wszystkie wypadki, które są, kierowców wiozących dzieci... To są właśnie te przyczyny. Mamy też dyrektywę unijną, którą wprowadzamy obowiązkowe badania kierowców. Ale też musi być połączenie z medycyną pracy, żebyśmy mogli te kwestie realizować.

Kolejna sprawa to są te koszty, które pokazują. To są dane ze Stanów Zjednoczonych. Olbrzymie koszty związane i z wypadkami w pracy,

wypadkami drogowymi, utratą produktywności, jak również chorobami sercowo-naczyniowymi.

Proszę państwa, takie pracownie powinny być w całej Polsce, powinny być wyposażone. Pandemia zatrzymała diagnostykę zaburzeń oddychania w czasie snu i leczenie, bo wstrzymaliśmy całą diagnostykę. Tak więc jest to konieczność, żebyśmy w tej chwili rozwinęli infrastrukturę i stworzyli pracownie z prawdziwego zdarzenia, które by nie miały tylko jednego czy 2 łóżek, ale co najmniej 4 łóżka, abyśmy mogli taką diagnostykę prowadzić.

Gruźlica. Zakaźność, przede wszystkim zagrożenia związane z migracją i wojną w Ukrainie, no, i, co najważniejsze, gruźlica wielolekooporna. I tutaj, proszę państwa, muszę powiedzieć, że jest doskonała sytuacja, tutaj ministerstwo rzeczywiście bardzo pięknie poprowadziło ten program pilotażowy dotyczący gruźlicy wielolekoopornej, razem z WHO i Lekarzami bez Granic. Jesteśmy w tej chwili pokazywani jako przykład takiego nowoczesnego leczenia gruźlicy, już tym nowym sposobem, nawet na arenie ONZ. I materiał, który poszedł, poszedł właśnie z Polski, jako przykładu organizacji leczenia gruźlicy. Ale mamy jeszcze trochę do zrobienia.

Mukowiscydoza – też wielki postęp poprzez wprowadzenie nowoczesnego, przyczynowego leczenia. Program lekowy, wprowadzony w Polsce, też jest bardzo kosztowny. Potrzebujemy wielospecjalistycznych centrów mukowiscydozy, byśmy mogli prowadzić diagnostykę.

No, i, proszę państwa, oddam teraz głos panu prof. Krenkemu, który przybliży państwu clou tego naszego wystąpienia, czyli nowotwory płuc, śródpiersia i opłucnej. Dziękuję bardzo.

**CZŁONEK ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHORÓB PŁUC
RAFAŁ KRENKE**

Dzień dobry państwu.

Ja rzeczywiście mam zająć się tym tematem, który jest przedmiotem troski nie tylko onkologów, lecz także pulmonologów i torakochirurgów. I zrobię to z punktu widzenia pulmonologa, prezentując pewne dane epidemiologiczne, a potem organizacyjne,

Jak popatrzymy sobie na zgony z powodu różnych nowotworów w Polsce w 2019 r. i zaznaczymy raka płuca, to zobaczycie państwo, że to jest bez wątpliwości największy problem. Gdybyśmy to troszkę powiększyli i pokazali zgony z powodu wszystkich chorób nowotworowych w rozbiciu na poszczególne lokalizacje narządowe, to zobaczylibyśmy, że rak jelita grubego, rak piersi i rak gruczołu krokowego to są 3 kolejne nowotwory, które prowadzą do zgonów. I jak sobie zrobimy pewien taki zabieg graficzny i dołożymy te słupki raka piersi i raka gruczołu krokowego do słupka raka jelita grubego, to zobaczymy, że te 3 nowotwory wspólnie powodują mniej zgonów niż rak płuca. Moglibyśmy ten słupek uzupełnić jeszcze połową słupka raka trzustki i dopiero byłibyśmy na poziomie tej liczby zgonów, które powoduje ten jeden, pojedynczy nowotwór. Proszę zobaczyć, niebieskie słupki to są te 3, w kolejności, nowotwory, które powodują zgony po raku płuca. I tutaj liczba zgonów – to jest ten jasnoniebieski słupek – jest zdecydowanie mniejsza od liczby zachorowań. Tymczasem w przypadku raka płuca te słupki są tak naprawdę porównywalne. Tak więc tyle samo pacjentów ginie, ile choruje.

Teraz: jak się lokujemy w Europie? No, „nie najlepiej” to może trochę delikatnie powiedziane. Zachorowalność na raka płuca w poszczególnych krajach jest po lewej stronie, a umieralność z powodu raka płuca widzicie państwo po stronie prawej. To jest ten drugi, polski słupek.

I prognoza też nie jest najlepsza. Bo mogliśmy powiedzieć: skoro nie jest dobrze dziś, to może będzie lepiej jutro. Ale jeśli chodzi o zarówno zachorowania, jak i prognozy zgonów, to widzicie państwo, że prognozowany jest wzrost do 2040 roku, dość znaczący, co przekłada się z liczby w tej chwili 22–24 tysięcy na 36–37 tysięcy w kolejnych latach. I teraz rokowanie... To wszystko nam się tutaj zgadza i układa. Jeśli chodzi o rokowanie w przypadku raka jelita grubego, raka piersi i raka gruczołu krokowego, to odsetek 5-letnich przeżyć widzimy tutaj na poziomie od 45% do 70%. Tymczasem w przypadku raka płuca, jak państwo popatrzyście, to nawet jeśli dołożyć te nowe zdobycze, to mamy ten odsetek na poziomie kilkunastu procent. To jest związane bez wątpienia z ogromnymi kosztami, to tu może nie będę tym epatował, ale chciałbym zwrócić uwagę, że koalicja, o której pani prezes mówiła, i środowiska pulmonologów,

torakochirurgów oraz onkologów w ostatnich latach podejmują wiele inicjatyw, których celem jest zmiana tej niekorzystnej sytuacji. Ponieważ wydaje nam się, że te działania, które są nakierowane na zwalczanie innych nowotworów, niecałkowicie i niezbyt dobrze sprawdzają się w przypadku raka płuca. To jest spowodowane różnymi przyczynami. Nie chcę tutaj może o nich mówić, ale jak popatrzymy na to opracowania... One są nie tylko opracowaniami polskimi, jest np. opracowanie takiej komórki analitycznej „The Economist”, które widzimy po prawej stronie, jest inne duże opracowanie Szwedzkiego Instytutu Ekonomiki Zdrowia. One wszystkie wskazują na te niedostatki, które w przypadku raka płuca, niestety, widzimy na co dzień.

No, i teraz mamy naszą Narodową Strategię Onkologiczną z różnymi dokumentami, z pierwszymi raportami. I nasze wnioski są takie, że chyba nie wszystkie pola zostały odpowiednio zagospodarowane, żebyśmy mogli myśleć o skutecznym zwalczaniu raka płuca w Polsce. Sięgnąłem do tej strategii i pokazałem te najważniejsze punkty. I rzeczywiście, w wielu miejscach jest mowa... Bo mówimy o kształceniu specjalistów w dziedzinie onkologii i specjalizacji pokrewnych, ale już nie definiujemy, co to są te specjalizacje pokrewne. Mówimy o ograniczeniu palenia tytoniu, o badaniach przesiewowych, w tym np. właśnie raka płuca. Nad tym badania czy prace trwają. Mówimy o utworzeniu tych centrów rządowych, to jest bardzo ważne i do tego będę pewnie za chwilę jeszcze wracał. I jak podsumujemy sobie ten slajd, to zobaczcie państwo, że te wskaźniki, które mamy osiągać w roku 2025, które są prognozowane, to jeśli chodzi o wszystkie inne nowotwory... W przypadku raka płuca zadanie jest zdecydowanie najtrudniejsze i stanowi największe wyzwanie.

Wśród tych dokumentów, które państwu pokazywałem, mamy pewną taką opracowaną strategię Lung Cancer Unit, czyli takiego rządowego unitu, który zajmowałby się rakiem płuca, gdzie widzimy ścieżkę pacjenta w następujący sposób: podejrzane objawy, lekarz POZ, badanie rentgenowskie klatki piersiowej – czyli bardzo proste badanie – i potem skierowanie do ośrodka diagnostycznego, który byłby ośrodkiem na dobrym poziomie przeprowadzającym diagnostykę. Tylko ważne jest to... I tutaj jest jeszcze bardzo ważna rola lekarza POZ, jako osoby, które kieruje niektórych pacjentów do

aktywnego screeningu, palaczy w odpowiednim wieku. Z kolei jeśli chodzi o ośrodek diagnostyczny, to w pierwszym etapie specjalista chorób płuc powinien przeprowadzić badanie tomografii komputerowej z kontrastem, ocenić, przeprowadzić szeroką diagnostykę, nie tylko obrazową, lecz także czynnościową, bo od tego zależy kwalifikacja pacjentów do poszczególnych metod leczenia, i to jest kluczowe, diagnostykę bronchoskopową. I dalej, po rozpoznaniu klinicznym i histopatologicznym, pacjent wędruje do konsylium terapeutycznego – przesuвам to w prawą stronę – i już wtedy włączają się różni inni specjaliści: torakochirurg, onkolog, radio-terapeuta, tak, abyśmy mogli wybrać jak najlepszą ścieżkę dla pacjenta. Bez wątplenia, jeśli to byłyby kontrolowane centra, to tutaj można by się pokusić o to, czego nam dzisiaj brakuje – o jakość, żeby każdy etap diagnostyki, każde badanie, zarówno czynnościowe, jak i obrazowe, patomorfologiczne, bronchoskopowe cechowały się odpowiednim poziomem jakości. A nie tak, że muszą być powtarzane po raz kolejny. Jeśli powtarzamy badanie u tego samego pacjenta, bo wynik jest nieadekwatny, to wypada nam z kolejki inny pacjent, zajmuje się miejsce. Niestety, ten scenariusz znam.

Z dużą satysfakcją myśmy nad tym schematem pracowali w gronie ekspertów AOTMiT. Zauważyliśmy, że jak popatrzymy na schemat proponowany przez Szwedzki Instytut Ekonomiki Zdrowia, to okazuje się, że on jest bardzo podobny. To już jest kwestia tylko graficznych rozwiązań, ale on jest bardzo podobny. Na podstawie objawów, screeningu pacjent trafia do pulmonologa. On przeprowadza diagnostykę, tę szeroką, którą pokazywałem, i wreszcie dochodzi do jakichś decyzji terapeutycznych. Tutaj jest pewnego rodzaju rola takiej niedocenionej subspecjalności pulmonologii jak pulmonologia interwencyjna. Jak państwo popatrzycie na tę taką elipsę u góry, to to jest zasadnicza część interwencyjnej pulmonologii, która na świecie i w Europie znakomicie się rozwija. To jest właśnie diagnostyka raka płuca i nowotworów klatki piersiowej. I w Polsce są takie ośrodki, ale w niedostatecznej liczbie. I pewnie to by było ważne, abyśmy taki jakościowy rozwój ośrodków mogli w najbliższych czasach wspomóc. Bo to się przekłada na szybsze rozpoznanie, na skuteczniejsze rozpoznanie i potem na lepszą kwalifikację do leczenia.

Pokazuję państwu... Bo my często jak mówimy o raku płuca, to mówimy o onkologach. Zgoda, ich rola jest ogromna, ale ona zaczyna się na którymś etapie. Ja jestem konsultantem do spraw chorób płuc dla województwa mazowieckiego. To są zebrane dane z 2022 r. na temat bronchoskopii, czyli takiego kluczowego zabiegu, który w stosujemy diagnostyce raka. Jak państwo popatrzycie, to zobaczycie, że z 11 tysięcy bronchoskopii ponad 90% zostało przeprowadzonych w ośrodkach pulmonologicznych albo torakochirurgicznych, a 900 – w ośrodku onkologicznym, i to tak naprawdę jedynym w województwie. Proszę zobaczyć sobie przykładowe dane dla innych województw. Poprosiłem kolegów z innych województw o dane. Tak naprawdę ta diagnostyka bronchoskopowa raka płuca spoczywa na barkach pulmonologa i torakochirurga.

A jak wygląda przyszłość? Tutaj mamy takie prognozy, że niestety specjalistów chorób płuc będzie ubywało. W 2026 r. prognozowany jest 15-procentowy spadek liczby pulmonologów. I w tej chwili już jest taka sytuacja... Mogę podać przykład województwa mazowieckiego, gdzie duża jego część pozostaje bez opieki, bo w Siedlcach, we wschodniej części tego województwa, został zamknięty ośrodek, oddział pulmonologii z powodu braku specjalistów. No, i teraz zgoda, kształcimy więcej onkologów, świetnie, doskonale. Tylko pytanie, kto tych pacjentów dostarczy do leczenia onkologicznego, żeby oni mieli wcześniej przeprowadzoną odpowiednią diagnostykę.

Rola specjalisty chorób płuc, jak pokazują dane europejskie, dane światowe, jest niepodważalna. To pokazują choćby tytuły niezwykle prestiżowych czasopism z obszaru chorób płuc, które definiują rolę tego pulmonologa w zespole interdyscyplinarnym. Nie będę pokazywał, ze względu na czas, zadań, które przed nim stoją. Ale jeśli popatrzymy sobie na takie zestawienie amerykańskie, to zobaczymy, że wśród czynników związanych z wydłużeniem czasu do podjęcia leczenia niezwykle ważny parametr – i wszyscy staramy się o niego zadbać – to jest wstępne skierowanie do specjalisty innego niż pulmonolog. To wydłuża diagnostykę. Jeśli jest prosta ścieżka do tego pulmonologa, choćby w ośrodku diagnostyki narządowej Lung Cancer Unit, o którym państwu wspominałem, to wtedy ta ścieżka jest szybsza. Rola specjalisty chorób

płuc w tym wypadku jest niezwykle ważna. Bo spojrzcie państwo, jak często rak płuca współistnieje z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. To chodzi o optymalizację przygotowania pacjenta do leczenia. Bo zajmujemy się nie tylko rakiem płuca, zajmujemy się również chorobami współistniejącymi. Aby pacjent mógł otrzymać najlepsze leczenie, powinniśmy zadbać również o jego choroby współistniejące. Proszę zerknąć na ten slajd. To są liczby pokazujące, ile procent pacjentów z rakiem płuca ma jednocześnie przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. To się waha od 52% do 100%. Czyli tak naprawdę co drugi albo każdy pacjent z rakiem płuca ma jednocześnie przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Jeśli my nie zadamy o to, aby uzyskać u niego jak najlepszą funkcję układu oddechowego, to gorsza będzie kwalifikacja do zabiegów torakochirurgicznych i w gorszym stanie pacjent wejdzie do leczenia farmakologicznego.

Pokazuję tu jedną z takich prac, która wykazała, że zaangażowanie pulmonologa w pierwszym etapie diagnostyki i przygotowaniu do leczenia istotnie wpływa na jego wyniki. Na pierwszym panelu mamy pacjentów, którzy mieli pierwszy, drugi stopień zaawansowania i byli kwalifikowani do leczenia, do zabiegów resekcyjnych. I tutaj udział pulmonologa pozwolił o 26% zwiększyć liczbę pacjentów kwalifikowanych do zabiegów resekcyjnych. A jeśli to był stopień IIIB albo IV, czyli pacjenci kwalifikowani do leczenia tylko farmakologicznego, to o 88% większe były szanse na podjęcie tego skutecznego leczenia.

Teraz jakbyśmy sobie przedstawili różne etapy diagnostyki i leczenia raka płuca, od lewej strony, od diagnostyki i rozpoznania do prawej, do leczenia... W tym pierwszym okresie bezwzględnie największa jest rola specjalistów chorób płuc i specjalistów chirurgii klatki piersiowej. I tutaj mamy pewien niepokój, że jeśli liczba pulmonologów będzie spadała, jeśli nie zostaną oni odpowiednio wyposażeni w sprzęt, jeśli nie będzie rozwoju tych centrów, o których mówiłem, to nawet rozwój programu terapeutycznego, który już jest na bardzo dobrym poziomie, niewiele nam sytuację poprawi i zmieni.

To są centra pulmonologiczne i onkologiczne w Polsce. I zobaczcie państwo, że tak naprawdę taka bardzo ścisła współpraca między centrami pulmonologii i onkologii jest w 4 miejscach w Polsce. A w większości wypadków to jest raczej

współpraca między centrami pulmonologicznymi i torakochirurgicznymi.

I, już kończąc, pokażę państwu jeszcze liczbę hospitalizacji w jednorodnej grupie D28, czyli nowotwory klatki piersiowej. Spójrzcie państwo, w różnych specjalnościach... Jak sobie złożymy choroby płuc i choroby płuc poza pakietem onkologicznym, to mamy 35 tysięcy hospitalizacji łącznie, w porównaniu z innymi 16 tysiącami w oddziałach chorób wewnętrznych i jeszcze nieco mniejszymi liczbami w oddziałach chirurgii klatki piersiowej i oddziałach onkologicznych. Dziękuję bardzo.

**PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHORÓB PŁUC
MAŁGORZATA
CZAJKOWSKA-MALINOWSKA**

Ja chcę państwu jeszcze powiedzieć, że jest z nami jeszcze pan dyrektor Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, pan dr Maciej Brył, który jest onkologiem. Tak więc mamy tutaj cały panel specjalistów, którzy mogą państwu odpowiadać na pytania i pokazać, jak to wszystko jest ważne.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo państwu profesorom za przedstawienie i za wprowadzenie tego tematu.

No, powiem, że Komisja Zdrowia bardzo często zajmowała się tematyką onkologii, często mówiliśmy o różnych rodzajach nowotworów. Po raz pierwszy tak dogłębnie badamy sprawy schorzeń płuc. I myślę, że wszyscy, jak siedzimy na tej sali, jesteście lekko przerażeni, a może nawet bardzo przerażeni tym, co państwo zaprezentowaliście.

Oczywiście, jeżeli pan profesor chciałby w tej chwili zabrać głos, to udzielę głosu, a jeżeli nie, to po prostu w czasie dyskusji.

Chciałabym jeszcze z takich organizacyjnych kwestii, zanim przystąpimy do dyskusji, powiedzieć dwie rzeczy. Po pierwsze, przepraszam środowiska, organizacje pacjenckie, że ich nie uwzględniłam. Ale bardzo sobie cenię to, że pani również reprezentuje środowisko pacjenckie na dzisiejszym posiedzeniu komisji.

I druga moja prośba, o której nie chciałabym zapomnieć. Bardzo bym prosiła, o ile to możliwe, aby te prezentacje trafiły do Komisji Zdrowia. Bo, jak myślę, dalej je będziemy wykorzystywać.

Z najważniejszych kwestii wynotowałam sobie oczywiście cele, bo po to jest to nasze dzisiejsze posiedzenie komisji, abyśmy mówili o przyszłości i o tym, co możemy zrobić. Kwestia specjalizacji to zapewne jest temat, który pan minister będzie rozwijał jako priorytet. Wydaje mi się, że nie unikniemy tego kierunku. Tak więc mam nadzieję, że pan minister tutaj wyjaśni tę kwestię.

Niemniej jednak chciałabym się skupić na 2 tematach. I tutaj też będę prosiła pana ministra o zajęcie stanowiska, przede wszystkim w kwestii... Mianowicie tak: powiedzieliście państwo o POChP jako jednym z podstawowych wyzwań. Tak więc w mojej ocenie jest to wątek, który, no, ministerstwo powinno dostrzec jako podstawę całej późniejszej strategii. Bo to tak naprawdę jest podstawą później rozwoju wielu chorób. Pytanie, jak ona w tej chwili, w ocenie ministra, jest organizowana, i jak w przyszłości, w jakim kształcie... Jak pan minister to ocenia, jak to dalej powinno być rozwijane?

Unity. O unitach mówiliśmy wielokrotnie. To jest jeden z elementów Narodowej Strategii Onkologicznej, która w swoich zapisach ma wiele bardzo cennych wartości. I gdybyśmy ją realizowali zgodnie z założeniami, a wiele z nich miało być zrealizowanych już w roku 2021, jak państwu przypominam... Ja rozumiem, że oczywiście zawsze pierwszą przeszkodą jest COVID, i to niby ta przeszkoda, która była przeszkodą główną w rozwoju Narodowej Strategii Onkologicznej. Tylko przypominam również, że ona powstała także w czasie COVID. Tak więc tu jest jakaś sprzeczność tematu. Podstawą Narodowej Strategii Onkologicznej była właśnie m.in. wczesna i jakościowa diagnostyka oraz leczenie chorób narządowych, ale także, przypominam, profilaktyka, o której państwo też wspominaliście jako o elemencie, który jest zaniedbany. Tak, jeszcze raz powiem: profilaktyka w naszym kraju jest bardzo zaniedbana. I nic tutaj nie zmienia program 40+, jak również szczątkowe programy prowadzone w zakresie niektórych chorób nowotworowych. Niestety, to jest pięta Achilleusza w naszym kraju. I miałam taką nadzieję, że przez ostatnie lata, kiedy mówiono częściej o profilaktyce, wiele się wydarzy. Nie wydarzyło

się. Środki z Funduszu Medycznego, które miały być przeznaczone na profilaktykę, nie zostały wykorzystane wcale. One po prostu sobie dalej gdzieś tam leżą, albo nie leżą, nie wiem. Ale profilaktyka absolutnie nie jest tutaj najważniejszym tematem.

To chyba tyle z najważniejszych kwestii, o odniesienie się do których chciałabym prosić pana ministra.

Oczywiście, jeżeli będziecie państwo chcieli zabrać głos, każdy z was ten głos dostanie. Tak że rozpoczynam dyskusję.

Może zacznę od tego, że poproszę pana ministra o ustosunkowanie się. Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo serdecznie, Pani Przewodnicząca.

Ponieważ temat jest bardzo szeroki i obejmuje bardzo wiele zakresów działań w ministerstwie, te zakresy są też w różnych miejscach dookreślone... Główny element, o którym tu rozmawialiśmy, to właśnie Departament Zdrowia Publicznego, jakość powietrza... Mamy też duże obciążenie nadużywaniem tytoniu czy zwiększoną teraz liczbę leczonych pacjentów z gruźlicą, w szczególności po rozpoczęciu wojny na Ukrainie ta liczba pacjentów mocno się zwiększyła. Tak że tu bym chciał, żeby w tym zakresie dyrektor Poznański, który jest z nami, się ustosunkował. Ale też duży zakres był związany z organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych, z kwalifikacją, z diagnostyką. I tutaj bardzo dużo się zmieniło od roku ubiegłego, kiedy została wdrożona opieka koordynowana, budżet powierzony w podstawowej opiece zdrowotnej. I ten zakres, jeżeli chodzi o choroby układu oddechowego, został mocno uwidoczniiony w tej opiece koordynowanej. Jak również cały czas w leczeniu ambulatoryjnym i szpitalnym też są dokonywane zmiany. No, i oczywiście w zakresie leczenia ambulatoryjnego, POZ i specjalistyki, tych połączonych chorób układu oddechowego, POChP czy innych chorób... Koszty bezpośrednio refundacji leków w aptece są jednymi z najbardziej istotnych, ponieważ łącznie to jest ponad 1,2 miliarda zł rocznie finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dodatkowo 300 milionów zł

w zakresie recept refundowanych finansują pacjenci. W tym część tych leków jest oczywiście finansowana w ramach 75+, ponieważ wszystkie są na liście 75+. I również w zakresie chorób układu krążenia mamy ok. 800 milionów zł kosztów pacjentów, jeżeli chodzi o leki nierefundowane, których nie ma na liście leków refundowanych. I to też są istotne koszty dla pacjentów. No, i oczywiście trzeci element, już najbardziej specjalistyczny, to są programy lekowe. I tutaj, w tym zakresie przez ostatnie lata staraliśmy się dorównywać nowościom na rynku europejskim w zakresie nowotworów płuc. I ten program jest praktycznie na pierwszym miejscu w Polsce. I tutaj też jest z nami naczelnik departamentu, który dokładnie przedstawi, jak wygląda sytuacja. Bo w tym zakresie na pewno jest...

Dobrze, to ja może bym oddał głos, jak można, dyrektorowi Poznańskiemu.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję, Panie Ministrze.

No, widzę, że bardzo skrótowo się pan odniósł do tego tematu. Jak rozumiem, przedstawiciel Departamentu Zdrowia Publicznego powie nam coś więcej niż pan minister.

Tak, mamy świadomość, że leki, część leków jest refundowanych i dostępnych w programach. Tylko że tak naprawdę w tej chwili nie mówimy tylko i wyłącznie o kwestii leczenia, Panie Ministrze. Mówimy o tym, co powinniśmy zrobić, jak zapisać strategię, aby zmniejszyć zachorowalność na raka. No, leki to jest, że tak powiem, ten ostatni moment, ostatnie, czym będziemy się posługiwać, bo wtedy już mamy osobę chorą. Oczywiście, doceniamy to, że są nowoczesne leki i że tutaj też się coś dobrego zadziało, miejmy nadzieję, w tej kwestii. Ale to nie jest clou naszego dzisiejszego wystąpienia i rozmowy. Bo rozmawiamy o nieco ważniejszych, a może najważniejszych tematach, czyli o tym, co zrobić, żeby nie było tej fali, która rozpędza się cały czas i która grozi nam, tak jak tutaj pani profesor powiedziała, powtórką... No, gdyby nam ewentualnie zagroziła jeszcze raz jakakolwiek epidemia, to znowu schorzenia układu oddechowego będą tym elementem, który będzie największym zagrożeniem. I musimy być do tego przygotowani. I o tym chcemy porozmawiać.

Panie Dyrektorze, oddaję panu głos. Krótko, zwięźle: co zostało zrobione i jakie macie plany?

**DYREKTOR DEPARTAMENTU
ZDROWIA PUBLICZNEGO
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
DARIUSZ POZNAŃSKI**

Bardzo dziękuję.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

No, jeśli chodzi o te 2 główne czynniki ryzyka, czyli zanieczyszczenie powietrza i narażenie na dym tytoniowy, to tutaj jest dużo działań. Jeżeli chodzi o jakość powietrza, to, co prawda, tutaj akurat Ministerstwo Zdrowia nie jest wiodące, dlatego że kwestia regulacji dotyczących norm spalania czy jakby wymagań jakościowych wobec paliw to są kompetencje bardziej ministra środowiska i klimatu, niemniej jednak w ramach rządowego programu „Czyste powietrze” jesteśmy zaangażowani, jeżeli chodzi o działania badawczo-analityczne i kwestie edukacji społecznej, edukacji zdrowotnej. Jeżeli tutaj są właśnie jakieś zmiany regulacyjne, to przedstawiamy *evidence based* argumenty po prostu za podejmowaniem decyzji, które w jak największym stopniu będą przyczyniały się do poprawy jakości powietrza, jakim oddychamy. I tutaj jest bardzo aktywny Zespół Roboczy ds. Wpływu Zanieczyszczeń Powietrza na Zdrowie przy Radzie Zdrowia Publicznego. I chociażby w ubiegłym roku ten zespół właśnie podejmował działania w postaci przygotowywania raportów, tłumaczenia dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, ale też zaproszenia samorządów wojewódzkich do współpracy z tym zespołem. Dlatego, że władze samorządowe w poszczególnych województwach podejmują właśnie uchwały, w ramach których są wprowadzane ograniczenia spalania poszczególnych rodzajów paliw. Tak więc tutaj, jeżeli chodzi o te działania przypisane do nas w ramach rządowego programu „Czyste powietrze”, to one są podejmowane. Oczywiście, to jest uzupełnienie tego, co jest, jeżeli chodzi o dofinansowania ze środków unijnych, czy Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, jeżeli chodzi o wymianę

pieców czy termomodernizację. Tak że tutaj, no, jest to duży program.

Jeżeli chodzi o drugi czynnik ryzyka, czyli tytoń, to tutaj kierunki działań są określone w Narodowym Programie Zdrowia, Narodowej Strategii Onkologicznej. Jeżeli chodzi właśnie o realizację tej części Narodowej Strategii Onkologicznej, to jest teraz realizowany temat rozbudowy poradni antynikotynowych. Przez lata wyceny się tutaj trochę zdezaktualizowały, tak więc Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w marcu tego roku przedstawiła nową taryfę i tam są poszczególne elementy tego właśnie programu w poradniach antytytoniowych. Tutaj wycena jest zwiększona o od 40% do 285%. Tak więc liczymy na to, że tutaj zwiększenie tych wycen przyczyni się do zwiększonego zainteresowania otwieraniem i prowadzeniem właśnie tych poradni antynikotynowych.

Oczywiście, jest z pełną mocą wdrażana dyrektywa tytoniowa, ustawa i wszystkie nakazy i zakazy, które z nich wynikają. Są też prowadzone kampanie medialne ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego, w ramach kampanii „Planuję długie życie”. Tutaj są przygotowane takie nowoczesne materiały edukacyjne do wykorzystania przez nauczycieli na zajęciach w klasach 4–6 szkół podstawowych i w klasach 1–3 szkół ponadpodstawowych. W działania edukacyjne jest też oczywiście zaangażowana Państwowa Inspekcja Sanitarna.

No, jeżeli chodzi o gruźlicę, to ten temat jest bardzo istotny z punktu widzenia wojny za naszą granicą. Tutaj pani prof. Czajkowska-Malinowska wspominała, że uruchomiliśmy program pilotażowy ambulatoryjnego leczenia pacjentów z Ukrainy. No, to było motywowane tym, że ci pacjenci są...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Panie Dyrektorze, ale o gruźlicy było powiedziane, że program jest, poprawnie działa. To proszę sobie darować.)

Dobrze.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Rozumiemy, że jest to.)

To ja tyle. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Wszystko, tak?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Z zakresu zdrowia publicznego i tej głównej części – tak. To, co jest przygotowywane... I pani przewodnicząca jeszcze mówiła o organizacji. Bo, tak jak powiedziałem, leki to jest już ten ostatni element, i jest całkiem dobry, ale jeszcze organizacja w zakresie POZ, AOS i leczenia szpitalnego. Tutaj, jak można poproszę pana dyrektora Dzięgielewskiego.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę.

**DYREKTOR
DEPARTAMENTU LECZNICTWA
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHAŁ DZIĘGIELEWSKI**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Zacznijmy od opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Tam zaszła jednak pewna rewolucja, czyli, że tak powiem, zajęcie się tym pacjentem. Na slajdzie odrobinę za mało było ujęte, ponieważ w tej chwili do podstawowej opieki zdrowotnej weszła możliwość kierowania pacjenta na tomografię klatki piersiowej w momencie, kiedy trzeba wyjaśnić wątpliwości związane z wykonanym wcześniej zdjęciem RTG. To jest pewien postulat, którego realizacja skróci ścieżkę diagnostyczną pacjenta. No nie będzie trzeba go kierować do specjalisty tylko po to, żeby dostał skierowanie na TK, które jest oczywiste w związku z rentgenem.

Druga kwestia, która się zmieniła w ramach budżetu powierzonego, to jest to, że spirometria jest teraz badaniem płatnym. Spirometria, która umożliwia ocenę wydolnościową płuc, do tej pory praktycznie nie była realizowana w POZ.

No, i to, co jest najważniejsze, czyli ścieżka pacjenta, opieka nad nim, czyli zarządzanie jego chorobą. To jest to, że w tej chwili pacjent nie jest przyjmowany przez lekarza tylko wtedy, kiedy skończą mu się recepty, i tak naprawdę nie jest zaopiekowany, ale w ramach tej ścieżki

w przychodniach, które prowadzą zarządzanie chorobą, które prowadzą opiekę koordynowaną, przede wszystkim pojawiła się możliwość konsultacji bezpośrednio ze specjalistą pulmonologii, wykonywanej przez lekarza POZ. Tzn. nie trzeba tam kierować pacjenta, można zadzwonić do kogoś, z kim się ma dobre układy, i po prostu skonsultować wyniki, zmianę leczenia. To naprawdę ułatwia pracę. Poza tym taki pacjent, który ma ustalony roczny plan opieki... Bo w ramach opieki koordynowanej po wizycie kompleksowej układa się roczny plan opieki nad pacjentem, tam wchodzi jeszcze wizyty edukacyjne, wizyty dietetyczne, możliwość jakby przybliżenia pacjentowi tego, jak powinien się zachowywać i jak powinien się, że tak powiem, prowadzić, żeby choroba nie postępowała albo żeby zminimalizować jej niekorzystne skutki. Wierzmy, że to troszkę uprości rolę specjalisty na kolejnym etapie.

Oczywiście, rozmawialiśmy swojego czasu o tych centrach doskonałości, jeżeli chodzi o raka płuc, czy o Lung Cancer Unitach. Na stole leżą 2 propozycje, jedna propozycja oparta zasadniczo na torakochirurgii, druga – na pulmonologii. Nawiązujemy tutaj do raka piersi, z tym że trzeba pamiętać, że w przypadku raka piersi właściwie 100% pacjentek leczonych jest operacyjnie i takie są założenia tego programu. Tymczasem jeżeli chodzi o raka płuca, to mniej więcej 1/4 pacjentów jest poddawana zabiegom torakochirurgicznym, 1/4 pacjentów jest poddawana radioterapii, a tak naprawdę wiodącą rolę w leczeniu raka płuca mają ośrodki pulmonologii i leczenie jednak chemioterapią. Tak więc w tym momencie wydaje się, że ten ostatni model, który się pojawił, model oparty o torakochirurgię, nie wykorzysta istniejącej bazy. Bo pamiętajmy jeszcze, że naszą specyfiką jest to, że ośrodki leczenia chorób płuc najczęściej są oddzielnymi szpitalami, nie szpitalami połączonymi bezpośrednio z onkologią. Znakomicie pokazał to pilotaż onkologii w województwie świętokrzyskim, gdzie, jak wszyscy wiemy, właściwie 100% raka jest leczone w jednym ośrodku, w Świętokrzyskim Centrum Onkologii, i jedyny wyjątek od tej reguły to jest Czerwona Góra, w której leczy się przede wszystkim raka płuca, i to jest najpotężniejszy ośrodek. Zresztą podobna organizacja była w drugim województwie z pilotażem, czyli w województwie dolnośląskim. Dopiero w tej chwili szpital chorób płuc,

gigantyczny szpital, jest połączony z ośrodkiem onkologicznym. Ale jeszcze do niedawna to także był oddzielny twór. Tak że trzeba pamiętać, że w wielu miejscach w Polsce tak naprawdę raka płuc leczy się chemioterapią w oddzielnych obiektach, w oddzielnych podmiotach, które nie posiadają torakochirurgii. I w tę stronę, wydaje się, powinniśmy iść, jeżeli chodzi o Lung Cancer Units, żeby nie skupiać się na torakochirurgii, ale żeby dawać więcej możliwości ośrodkom pulmonologicznym. Dziękuję.

(*Głos z sali: Przepraszam, pozwolę sobie nie zgodzić się z panem...*)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ja zaraz...
Czy ktoś jeszcze ze strony rządowej?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Jak można by ewentualnie bardzo krótko podsumować też, jak wygląda sytuacja w zakresie polityki lekowej, w programach lekowych... Bo tutaj też się wiele zmieni. Jakby można było oddać głos Mateuszowi Oczkowskiemu, naczelnikowi, na 2 minuty...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Na 2 minuty. Bo ten temat, tak jak powiedziałam...

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Jest dodatkowo, tak...*)

...nie był tutaj najważniejszy.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Dobrze.*)

Ale proszę.

**NACZELNIK WYDZIAŁU REFUNDACYJNEGO
W DEPARTAMENCIE POLITYKI LEKOWEJ
I FARMACJI W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MATEUSZ OCZKOWSKI**

Szanowni Państwo!

Jeśli chodzi o zakres działania polityki lekowej, programów lekowych, to w ostatnich latach

Ministerstwo Zdrowia poczyniło dosyć inwestycje, jeśli chodzi właśnie o nasz główny punkt, czyli wymieniony tutaj rak płuca. Program dotyczący raka płuca jest jednym z najdroższych programów lekowych spośród wszystkich onkologicznych programów lekowych. W 2022 r. kosztował nas około 700 milionów zł. I to rzeczywiście pokazuje nasze inwestycje w ostatnich latach, ponieważ program lekowy istnieje od 2012 r. i od tego czasu Ministerstwo Zdrowia wydatkowało w historii ponad 2 miliardy zł, tymczasem w samym 2022 r., jak powiedziałem, było to 700 milionów zł. I rzeczywiście, w 2023 r., na początku, czyli w styczniu, objęliśmy refundacją 7 nowych terapii w zakresie wspomnianego nowotworu, a obecnie trwają procesy dla 4 nowych terapii. I to państwu mogę powiedzieć, że od 1 września tego roku znajdą się w refundacji również 3 nowe terapie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy mogę zdradzić jakie? To jest oficjalne pytanie, tak? Myślę, że mogę zdradzić, tak, po to tu jesteśmy, żeby państwu zdradzać takie informacje. Będą to 3 nowe terapie w zakresie substancji takich jak sotorasib... To będzie leczenie od drugiej linii, że tak powiem, niedrobnokomórkowego raka płuca, zaawansowanego. Będzie również przeniesienie z drugiej linii do pierwszej linii leczenia lorlatynibem, czyli to są inhibitory ALK/ROS. I będzie jeszcze jedna nowa terapia, czyli leczenie uzupełniające niedrobnokomórkowego raka płuca atezolizumabem.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Jak rozumiem, to na razie wszystko ze strony rządowej, tak?

Dobrze, Panie Ministrze. Tak więc ja chciałabym się odnieść do tych kwestii, które teraz padły. Pan powiedział, że to są najdroższe programy lekowe i najdroższe terapie. Jeżeli chodzi o raka płuc, to jest to chyba najważniejszy argument, oprócz tej liczby zgonów, co do tego, ażeby zastanowić się, jak poprowadzić strategię leczenia, żeby nie było takiej liczby zachorowań. Chociażby z tego właśnie powodu, chociaż pewnie inne względy są również ważne, jak nie ważniejsze, np. to, że ludzie po prostu umierają.

Chcę się odnieść do kwestii działań dotyczących zdrowia publicznego. Panie Ministrze, dlaczego w Ministerstwie Zdrowia temat zdrowia publicznego jest traktowany po macoszemu, w różnych kwestiach? Wielokrotnie rozmawialiśmy o wielu wyzwaniach, o zdrowiu psychicznym, o otyłości. Ale to, co się dzieje w tej chwili, to, co jest powiedziane na temat zdrowia publicznego przez pana dyrektora, naprawdę jest nie do przyjęcia. To, że jest dużo działań, to nie znaczy, że to są działania, które dają jakikolwiek efekt. Działać można w wielu różnych kierunkach. Tylko co z tego naprawdę wnosi coś dla zdrowia publicznego? Ministerstwo Zdrowia nie jest wiodące – tak powiedział pan dyrektor w kwestii powietrza. Nie zgodzę się. No właśnie powinno być wiodące, bo to, że jest zanieczyszczone powietrze, niesie śmierć ludzi, zgony ludzi i od dawna mówimy o tym, że Ministerstwo Zdrowia musi współpracować z Ministerstwem Środowiska, a nie przewracać kartki i mówić, że to jest sprawa ministra zdrowia, a to jest sprawa ministra środowiska. W ten sposób nigdy nie osiągniemy tego, co powinniśmy osiągnąć.

Zespół roboczy się spotkał. Ja chciałabym wiedzieć, co ten zespół roboczy wypracował w tym zakresie, jakie są efekty po tych spotkaniach zespołu. I proszę o pisemną odpowiedź na to pytanie.

Tytoń. Wiemy, że przez ostatnich 8 lat liczba palących wzrosła. Pan dyrektor powiedział, że dyskutujemy teraz na temat rozwoju i zwiększenia liczby poradni antytytoniowych. Moje pytanie jest takie: do kiedy będziecie państwo dyskutować? Proszę konkretnie powiedzieć, ile jest tych poradni i kiedy one będą... Jaki jest konkretny plan? Kampania medialna. Jakie są te kampanie i co one przynoszą? Oprócz tego, że być może pojawia się jakaś jednorazowa zajawka w telewizji pod tytułem „Nie pal”. Kampanie, żeby miały swój efekt, muszą być konsekwentnie realizowane i muszą być ciągłe, o tym wiemy doskonale. Ja takich kampanii nie znam. Jeżeli są, to bardzo proszę również o pisemną informację, jak długo są emitowane, gdzie, w jakich mediach czy w jakich placówkach, ile osób skorzystało z tego.

Opieka koordynowana. Jeśli dobrze wiem, w opiekę koordynowaną na ten moment weszło tysiąc POZ-ów. Tak? Tak, Panie Dyrektorze? Około tysiąca.

(Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dziegielewski: Tak.)

A ilu mamy w ogóle peozetowców? 6 tysięcy.
(Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dzięgielewski: 6 tysięcy.)

A więc mówimy tak naprawdę o starcie tej opieki. Ja jestem zwolennikiem opieki koordynowanej, nie chcę tego tutaj negocjować, ale chcę powiedzieć, że jesteśmy dopiero na początku drogi. Pytanie moje jest takie: czy w świetle tego kwestie związane z rakiem płuc na pewno jest państwa priorytetem? Wydaje mi się, że nie. Na pytanie, co powinniśmy zrobić, aby zmniejszyć zachorowalność... No na razie jesteśmy w lesie. Nie działamy tutaj jakoś strategicznie, nie działamy na czynniki ryzyka, nie rozwijamy wczesnej diagnostyki. To są wszystko wyzwania, jakie stoją przed Ministerstwem Zdrowia.

Proszę bardzo, zgłaszał się pan profesor. Proszę bardzo.

**DYREKTOR WIELKOPOLSKIEGO CENTRUM
PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII
MACIEJ BRYL**

Dzień dobry.

Maciej Bryl, Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii.

Pozwolę sobie się nie zgodzić z panem dyrektorem co do różnicowania diagnostyki czy opieki nad rakiem płuca pomiędzy pulmonologami a torakochirurgami, bo torakochirurgia generalnie wyrosła w centrach pulmonologii i myślę, że w większości szpitali w Polsce torakochirurgia działa w centrach chorób płuc. Przykładem jest moje wielkopolskie centrum, które zajmuje się zarówno leczeniem systemowym, jak i leczeniem chirurgicznym i współpracujemy z centrum onkologii w zakresie radioterapii. Podobnie w Warszawie jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, który ma wiodącą w mazowieckim torakochirurgię, i tam odbywa się gros leczenia operacyjnego. Jest to przy oddziale pulmonologii, dlatego, że...

Droży Państwo, ja jestem onkologiem i bardzo się cieszę ze wszystkich poprawek programów lekowych, ale zawsze lepiej jest operować pacjenta na etapie pierwszego stopnia zaawansowania i nie musieć mu dawać tych wszystkich drogich leków i zapewnić mu spokojne życie po wycięciu małego guzka. Wtedy te koszty spadną. A jest to możliwe wtedy,

kiedy właśnie ta pierwotna, koordynowana diagnostyka i leczenie będą położone na barkach i pulmonologów, i torakochirurgów, bo tu liczy się czas. Póki pacjent jest w dobrym stanie ogólnym, leczenie systemowe mu podamy, ale jeśli guz urośnie zbyt duży, chirurg nie będzie w stanie go usunąć. Ten czas do decyzji chirurgicznej jest znacząco, znacząco ważniejszy niż czas związany z leczeniem systemowym. Ta współpraca pulmonologiczno-torakochirurgiczna powinna być najbardziej istotna, stąd ta różnica pomiędzy Lung Cancer Unit a innymi unitami. Tu jest inny specjalista, nie jest to specjalista chirurg onkolog, a specjalista chirurg klatki piersiowej, który ma wystarczającą wiedzę do tego, żeby określić czy tego pacjenta można operować.

Pan dyrektor powiedział o wchodzącym leczeniu pooperacyjnym immunologicznym, np. pembrolizumabem. Ale już od chyba tygodnia mamy zarejestrowane immunologiczne leczenie przedoperacyjne, które być może będzie też znacząco wymuszać tę współpracę, ponieważ pacjent pierwotnie nieoperacyjny lub na granicy operacyjności po poddaniu się leczeniu systemowemu nowoczesnymi lekami będzie być może wracał do torakochirurga w związku z operacją. Tak że tu jest mój głos co do tego, żeby zwrócić uwagę na to, żeby postawić na ośrodki torakochirurgiczno-pulmonologiczne, bo tam ten czas jest najistotniejszy. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, proszę, po kolei. Może pan.

**PREZES ELEKT
ZARZĄDU POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIO-TORAKOCHIRURGÓW
CEZARY PIWKOWSKI**

Dzień dobry państwu. Cezary Piwkowski, kierownik kliniki torakochirurgii, reprezentuję towarzystwo torakochirurgów z racji bycia prezesem elektem Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów.

Panie Dyrektorze, przyznam szczerze, że nie spodziewałem się aż tak kategoriicznych

sformułowań z pana strony co do tego, gdzie powinien być leczony rak płuca. Zacznę ad vocem, à propos przykładów. Przytoczona Czerwona Góra to jest 50–60 operacji raka płuca rocznie. W Polsce operujemy ponad 3 tysiące nowotworów. Pan profesor Krenke pokazał, w ilu centrach w Polsce, konkretnie w 3, torakochirurgia jest w ramach centrów onkologicznych. I tak to jest. Postawienie sprawy kontra, tj. że mamy na stole 2 projekty oparte na pulmonologii i torakochirurgii, wydaje się nieprawidłową oceną tej sytuacji, ponieważ my tu jesteśmy wspólnie. Tak to jest, że akurat rak płuca w Polsce od wielu, wielu lat był leczony poza centrami onkologicznymi i przez te lata została ustanowiona całkiem niezła struktura i centralizacja tych ośrodków. Jeżeli chodzi o torakochirurgię, to jesteśmy w Europie jednym z lepiej zorganizowanych ośrodków, m.in. właśnie przez to, że nie jest ich nadmiernie dużo i jest stosunkowo dobra koncentracja tych ośrodków, bo jest ich 22 w skali kraju, z tego 80% zabiegów jest wykonywanych mniej więcej w 10–12 największych ośrodkach, do których na pewno nie należy Czerwona Góra... to znaczy nie Czerwona Góra, tylko Świętokrzyskie Centrum Onkologii, bo Czerwona Góra jest obok. Włączenie centrum chorób płuc do centrum onkologii w województwie dolnośląskim jest miejscową inicjatywą i to jest sprawa organizacji tego systemu, ale cała diagnostyka w Polsce w znakomitej większości pacjentów opiera się na współpracy między centrami pulmonologii i torakochirurgii. Ja uważam, my jako środowisko torakochirurgiczne uważamy, że nie ma sensu zmieniać tego, co jest już dobrze funkcjonujące. Propozycja Lung Cancer Unit nie ma służyć wracaniu czegoś znowu do góry nogami, tylko ma na celu jakby udoskonalenie tej bazy, która już jest. I tutaj jest już podkreślona jakość, ale również czas od momentu rozpoznania czy podejrzenia nowotworu do wdrożenia terapii.

Kończąc, powiem tak. Te wyniki w przypadku raka płuca są zastraszające, bo jest to najczęstszy nowotwór, ale też największy zabójca i to nieporównywalnie większy niż inne nowotwory, a wynika to z tego, że jest rozpoznawany w znakomitej większości zbyt późno. Najlepsze wyniki leczenia są we wczesnym stopniu, w czym się zgodzimy, a tam leczenie chirurgiczne jest najbardziej skuteczne.

Stąd jak mówimy o strategii, to nie możemy się opierać na danych z dzisiaj, na tym, jaki odsetek chorych jest leczony i gdzie, tylko jaki sposób leczenia jest dla chorych w przeszłości optymalny. A więc jest kwestia badania przesiewowego, które obecnie jest w Polsce pilotażowe, w ramach programu unijnego PO WER, które pozwala zwiększyć odsetek wykryć wczesnych, ponieważ rak płuca na wczesnym etapie jest bezobjawowy i nie mamy żadnej innej formy samobadania, i oczywiście sprawa szybkiej i sprawnej diagnostyki w formule tutaj przedstawionej przez pana profesora Krenkego. Ja absolutnie nie uważam, że powinniśmy tutaj licytować się, czy te centra będą oparte na torakochirurgii, czy na pulmonologii. To są 2 główne filary tej diagnostyki i leczenia, bo część chorych w zaawansowanym stopniu wymaga inwazyjnej diagnostyki, a leczenie w stopniu najwcześniejszym jest najbardziej skuteczne. Zaś postęp terapii lekowych, czyli leczenia systemowego, oznacza również to, że zwiększy się odsetek chorych, którzy będą mogli być operowani, ponieważ, jak państwo doskonale wiecie, znakomita większość pacjentów ma leczenie wielodyscyplinarne, które nie jest to oparte na jednej metodzie leczenia. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Rzeczywiście tutaj bardzo mocno wybrzmiało to, że strona ministerialna mówi głównie o tym, co się już wydarzy, czyli o chorobach, o leczeniu, o raku, a my chcielibyśmy przygotować taką strategię i mieć taki tok myślenia, jak pan powiedział, tj. żeby to było optymalne leczenie, począwszy od zapobiegania, profilaktyki, przez wczesną diagnostykę, i tutaj zdecydowanie wyraźnie jest pokazane, że nam tego elementu bardzo brakuje. No a ten spór, czy to ma być centrum pulmonologiczne, czy torakochirurgiczne, jak mi się wydaje, jest tam gdzieś zupełnie na boku. Rozstrzygnięcie powinno być pozostawione w ciszy gabinetów, a nie podnoszone tutaj do rangi najważniejszej, tym bardziej że macie tak duże doświadczenie.

Proszę bardzo.

KOORDYNATOR CENTRUM DIAGNOSTYKI
I LECZENIA RAKA PŁUC
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W BIAŁYMSTOKU
ROBERT MRÓZ

Robert Mróz, jestem szefem kliniki chorób płuc w Białymstoku, w uniwersytecie, ale również jestem liderem istniejącego Lung Cancer Unit w naszym uniwersytecie, który działa od kilku lat, więc chciałbym się z państwem podzielić kilkoma doświadczeniami.

To, co mnie uderzyło w wypowiedzi rządowej to to, że na stole leżą 2 propozycje. Nie wiem, dlaczego dalej leżą i kto do takiej dyskusji doprowadził, dlatego że jeśli chodzi o ośrodki Lung Cancer Unit, których nie ma w strategii krajowej, a nie wiem, dlaczego ich nie ma, dlatego że taka strategia onkologiczna moim zdaniem przypomina rzucanie ziarna na beton... Jeżeli nie będzie zorganizowanej komórki efektorowej tejże strategii, czyli Lung Cancer Unit, gotowych ośrodków, które umieją diagnozować i leczyć, to będziemy tracić czas, krótko mówiąc. A czas, o którym mówili moi przedmówcy, jest absolutnie krytyczny. Rak płuca jest nowotworem tak bardzo agresywnym, że miesiąc zwłoki niejednokrotnie powoduje, że mówimy o wyroku dla pacjenta, który mógłby żyć, a który nie będzie żył, dlatego że doprowadziliśmy do zwłoki. Tu przykład, o którym wspomniał pan dyrektor, a mianowicie kwestia tomografii komputerowej, na którą kieruje lekarz POZ. W znakomitej większości ci pacjenci, którzy trafiają na taką tomografię komputerową, potem czekają około miesiąca albo dwóch na opis takiej tomografii i trafiają do pulmonologa z przestarzałą tomografią komputerową, dlatego że dla nas, torakochirurgów, onkologów, tomografia, która ma więcej niż miesiąc, jest tomografią bezużyteczną. My musimy taką tomografię powtarzać. Dlatego to, co mówił pan profesor Krenke... Opóźnienia w diagnostyce są spowodowane zbyt późnym trafieniem pacjenta do specjalisty, a nie kierowanego na... Tu przykład tomografii komputerowej. To jest może krok w dobrym kierunku, ale nie do końca. 10 dni roboczych to jest cel, który stawiają sobie na diagnostykę raka płuca najlepsze ośrodki pulmonologiczne na świecie. 10 dni roboczych bądź 14 dni kalendarzowych. My w Lung Cancer Unit w Białymstoku już osiągnęliśmy taki cel. Chcę państwu powiedzieć, że

nie mówię o tym po to, żeby się tym chwalić, ale chcę powiedzieć, że to jest możliwe. Dla pacjenta, który jest rozpatrywany pod kątem multimodalnej terapii, takiej jak immunochemioterapia, terapia neoadjuwantowa, kiedy mówimy o tym, że chirurg ma zatrzymać się w przypadku raka we wstępnym stadium... Bo jeszcze do niedawna, chcę państwu powiedzieć, uważaliśmy, że jak rozpoznajemy nowotwór płuca w stadium pierwszym bądź drugim, i jak torakochirurg wytnie tenże niewielki stosunkowo guzek, to pacjent jest wolny od choroby. Okazuje się, że absolutnie nie, tylko 30% z tych pacjentów dożywa 5 lat po zabiegu operacyjnym. Dlatego tak ważne jest, żebyśmy szli dalej i żebyśmy umożliwili tym pacjentom terapię neoadjuwantową, czyli poddali ich chemioimmunoterapii przed zabiegiem operacyjnym. Ale żebyśmy to zrobili, to ta diagnostyka musi być dziesięciodniowa, bo jeżeli będziemy diagnozować przez miesiąc, 2, 3, to... Żaden chirurg nie zgodzi się na oczekiwanie, na wydłużenie oczekiwania na zabieg operacyjny. 10 dni to jest taki czas, w którym pacjent zwykle i tak oczekuje na przyjęcie do torakochirurgii. A więc zgodnie z tym, co mówili moi przedmówcy, absolutnie czas, rozwinięcie tego, co jest, czyli współpracy torako-, pulmonologa, onkologa klinicznego, i działanie w ramach unitów, które muszą być, bo jeżeli nie, to będziemy po prostu tracić czas... Niedawno mieliśmy spotkanie w Ministerstwie Zdrowia, w którym uczestniczyłem, gdzie dowiedziałem się, że po wprowadzeniu tejże strategii mamy około roku na ewaluację tej strategii. W moim przekonaniu będzie stratą czasu, jeżeli szybko nie zapewnimy ośrodków Lung Cancer Unit, które obejmą swoją siecią całą Polskę. No i chyba tyle. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Czy jeszcze ktoś z państwa... Proszę bardzo.

PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PATOLOGÓW
RENATA LANGFORD

Dzień dobry. Renata Langford, ja jestem patomorfologiem i pracownikiem Instytutu

Gruźlicy i Chorób Płuc. Ja też chciałabym powiedzieć panu ministrowi taką uwagę, że dziwi mnie to, że Lung Cancer Unit mają być oparte tylko i wyłącznie na pulmonologii, bo my jako Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc od lat współpracujemy i pracujemy, diagnozując raka płuca właśnie w oparciu o torakochirurgię i pulmonologię. I powiem prawdę, że przez lata ta współpraca układała się rewelacyjnie.

Wracając jeszcze teraz do dyskusji na temat kosztów leczenia raka płuca, powiem tak. Rzeczywiście, jak państwo widzieliście, program lekowy jest bardzo dobry, program lekowy rzeczywiście przybliżył nas do tego, co jest na świecie, ale koszty leczenia są ogromne. Dlatego zwracam tutaj uwagę na to, że żeby zmniejszyć te koszty, istotna jest właśnie ta diagnostyka, która pozwoli na wczesne rozpoznanie raka płuca i w związku z tym kwalifikowanie dużej liczby pacjentów do leczenia chirurgicznego. To leczenie chirurgiczne obecnie naprawdę jest leczeniem bardzo ważnym. Nie mówię już o tym, że mamy coraz więcej leków, które są obecnie stosowane również po leczeniu chirurgicznym jako leczenie uzupełniające w tej grupie pacjentów, którzy do niedawna uważani byli za chorych, którzy są absolutnie wyleczeni.

Chcę się też odnieść do tego, że pan minister powiedział o tym, że... Porównujecie państwo tworzenie Lung Cancer Unit w przypadku raka płuca do przypadku raka piersi. To nie jest tożsame. Od lat to powtarzamy, że łatwiej jest stworzyć Breast Unit, dlatego, że ta diagnostyka i leczenie jest prostsze. Taka pacjentka trafia do ośrodka onkologicznego, tam jest diagnozowana i tam jest leczona. Natomiast jeżeli chodzi o Lung Cancer Unit, to jest inaczej. Rzeczywiście gros tych pacjentów trafia do pulmonologa bądź trafia do torakochirurga, a zdiagnozowani, dopiero na końcu tej ścieżki trafiają do lekarza onkologa, który podejmuje leczenie. W związku z tym ten Lung Cancer Unit musi być bardziej skomplikowany niż Breast Cancer Unit. Ale myślę, że my to już przez kilka lat dosyć skutecznie opracowaliśmy. Opracowaliśmy to m.in. właśnie na bazie nie tylko ośrodków pulmonologicznych, ale i ośrodków torakochirurgicznych. Bo ja sobie naprawdę nie wyobrażam tego, żebyśmy mogli z Lung Cancer Unit wyoutować torakochirurgię, która ma tutaj naprawdę kluczowe znaczenie.

Wracam jeszcze do Krajowej Sieci Onkologicznej. Projekt Krajowej Sieci Onkologicznej

był przedstawiony do dyskusji społecznych. Mnie jako patomorfologa trochę zdziwiło to, że nie ma tam ciągle tych ośrodków doskonałości, Lung Cancer Unit, ale również to, że przez lata dążyliśmy do tego, żeby w ośrodkach specjalistycznych diagnozujących pacjentów onkologicznych znajdowały się również ośrodki patomorfologiczne, a w Krajowej Sieci Onkologicznej znowu sprowadza się wszystko do tego, że SOLO-1, SOLO2 mogą mieć patomorfologię w dostępie, a SOLO 3, jak powiedział pan profesor Mróz, mają rok na to, żeby dostosować się do wymagań. To jest jakiś absurd, moim zdaniem. A więc myślę, że jest tu jeszcze dużo rzeczy do zrobienia. Z mojego punktu widzenia Lung Cancer Unit jest czymś absolutnie kluczowym dla szybkiej diagnostyki i dla tego, do czego dążymy, czyli żeby zmniejszyć tę ogromną liczbę pacjentów z rakiem płuca, jaką mamy, dlatego że ta szybka diagnostyka rzeczywiście pozwala na szybkie rozpoznanie, ale też na szybkie zdiagnozowanie raka płuca. Tutaj jest nie tylko problem miesięcznego oczekiwania na rozpoznanie tomografii komputerowej, ale również na rozpoznanie patomorfologiczne. Bo pamiętajcie państwo, że tak jak nie mamy onkologów, tak samo mamy bardzo mało patomorfologów, w związku z tym ten czas oczekiwania na wynik jest bardzo długi. Jeżeli mamy dobrze prosperujący zakład patomorfologii, a takie mamy w ośrodkach diagnozujących raka płuca, to ta diagnostyka jest dużo szybsza. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Jeszcze pani, pan senator i pan profesor i na tym będziemy kończyć dyskusję.

Proszę bardzo.

**DYREKTOR SEKCJI RAKA PŁUCA
W FUNDACJI „TO SIĘ LECZY”
ALEKSANDRA WILK**

Dzień dobry.

Aleksandra Wilk, dyrektor Sekcji Raka Płuca, Fundacja „To się leczy”.

Ja chciałabym się w zupełności zgodzić ze wszystkim, co powiedzieli moi przedmówcy,

i mówię to na podstawie codziennych doświadczeń z pacjentami, z którymi mam do czynienia, a przez te kilka lat, kiedy jestem w fundacji, są to naprawdę tysiące osób. Szybka diagnostyka jest po prostu niezbędna i zgadzam się z tym, że, tak jak tutaj pan Mróz wspominał, jesteśmy to w stanie przeprowadzić w ciągu 10, 14 dni, bo tak czynimy. Ale my to koordynujemy, a jeżeli nie ma odpowiedniej koordynacji, tych ośrodków torakochirurgicznych, pulmonologicznych i później przekazania pacjenta do leczenia onkologicznego, to niestety bardzo często tak pogarsza się stan zdrowia pacjentów, że oni nie docierają do onkologa i nie mają możliwości leczenia systemowego.

Wracając do tej demografii, tutaj pan profesor mnie uprzedził, powiem, że taka jest prawda, że pacjenci, którzy mają wykonaną tomografię na podstawie skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, bardzo często długo czekają: raz, na opis, a dwa – na termin do pulmonologa lub torakochirurga. Wiemy na podstawie przypadków, które kieruję do profesora Krenkego, że pan profesor musi po raz kolejny zlecać tomografię, chcąc wykonać badania diagnostyczne. Współpracujemy też z panem profesorem Piwrowskim i wiemy, że pacjenci szybko przekierowani do odpowiedniego ośrodka torakochirurgicznego zostali zoperowani i mają szansę na całkowite wyleczenie. I tak faktycznie jest.

Chciałabym jeszcze poruszyć kwestię finansowania diagnostyki w AOS-ach, bo tego nadal nie mamy, a to też, jak myślę, przyspieszyłoby zdecydowanie diagnostykę pacjentów, którzy nie będą czekali na miejsce w szpitalu, tylko po prostu zostaną szybko zdiagnozowani, wypuszczeni do domu w oczekiwaniu na wynik i później przekazani dalej do leczenia. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Proszę, Panie Senatorze.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Dziękuję bardzo.
Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja właściwie zwrócę się z takim apelem do pana ministra, wysłuchawszy części tej dyskusji, abyście państwo nie próbowali naprawiać systemu tam, gdzie on jeszcze w miarę dobrze funkcjonuje. Zmierzam do tego, że obecnie... Jestem dyrektorem szpitala, w którego skład wchodzi oddział gruźlicy i chorób płuc, i wiem, jak to wygląda. Otóż jeżeli pacjent ma być uratowany, to najlepiej, żeby trafił na ten oddział, żeby jak najszybciej trafił tam, do tego oddziału, bo gdzie indziej ta jego droga bardzo się wydłuża. Czy to kwestia lekarza POZ, czy nawet skierowania do specjalisty i tam oczekiwania na przyjęcie, czy z kolei skierowania od tego specjalisty na tomografię, wykonania tej tomografii komputerowej z jakimś tam terminem, a później rzeczywiście czekania na opis po 2 miesiące – to należy naprawić. To należy naprawić w istniejącym systemie, czyli doprowadzić do sytuacji, żeby te oddziały pulmonologiczne, no, powiem w ten sposób, dobrze prosperowały, żeby lekarze chcieli tam pracować i aby liczba pulmonologów się zwiększała, a nie zmniejszała. Oddział, który jest u nas w szpitalu, już balansuje na granicy wydolności personalnej i kto wie, co się z nim stanie za, powiedzmy, kilkanaście miesięcy. Wówczas wszystkie plany, które państwo zrobicie – a ten oddział swoją działalnością obejmuje jakieś 300–400 tysięcy mieszkańców – nie będą skuteczne. Tak że poszedłbym w kierunku ratowania tego, co jest, i wzmocnienia bardzo tego, co tutaj jest w zakresie diagnostyki i leczenia, i przeprowadzenia tej diagnostyki przez oddziały, ponieważ tam to wszystko idzie szybciej. To znaczy jeżeli pacjent okaże się zdrowy, ewentualnie nie tak chory, jak nam się wydaje, to też nic takiego złego się nie stanie i należy za to płacić. Należy płacić również za te hospitalizacje, które niekoniecznie zakończą się rozpoznaniem raka, bo w sumie nie o to nam tak do końca chodzi, żeby tylko przyjmować pacjentów, którzy mają raka. Po prostu trzeba wziąć pod uwagę to, że jeżeli zwiększymy to sito, będziemy próbowali zwiększyć liczbę przyjmowanych pacjentów, to takie przypadki się pojawiają.

Podam jeszcze jeden przykład tego, jak jest to w praktyce, jak ta opieka jest „poprawiana”. Otóż, nasz szpital zwrócił się...

(Rozmowy na sali)

Pan minister nie słucha, to poczekam chwilę.

Nasz szpital zwrócił się do NFZ o możliwość otwarcia poradni torakochirurgicznej przy szpitalu, ponieważ są torakochirurgicy,

którzy chcieliby przyjmować, realizować kontrakt. Oczywiście oni konsultują u nas, ale na innej zasadzie. Chcieliśmy to po prostu rozszerzyć. Tymczasem NFZ nie widział takiej potrzeby. A więc takie oddolne inicjatywy w ten sposób się kończą. Tak że apeluję raczej, a tutaj były takie głosy, żeby nie wywracać od razu całego systemu, tylko rozpocząć od naprawienia tego, co jest, i ewentualnie dostawiania innych elementów. Tak bym to określił z punktu widzenia praktyka. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Jeszcze pan profesor.

**CZŁONEK ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHORÓB PŁUC
RAFAŁ KRENKE**

Dziękuję bardzo.
Jeszcze tylko jedno słowo, żebyśmy się może nie przeczucali tym, na jakiej specjalności ma być oparty ten to Lung Cancer Unit. Ja może skorzystam z tego, że mam przy sobie pilota, i wrócę do jednego przeźrocza. Może powiem tak. Chodzi o to, żeby to zrobić dobrze. Czy to będzie pracownia diagnostyczna pulmonologiczna czy pulmonologii interwencyjnej, czy to będzie pracownia torakochirurgiczna, to nie ma znaczenia. Samochód można tak samo dobrze naprawić w jednym, jak i drugim warsztacie. Chodzi o to, żeby to były warsztaty, które mają certyfikat jakości. Nie stać nas chyba na to, żebyśmy... Centrów torakochirurgicznych mamy 22, tak jak pan profesor powiedział, ośrodków pulmonologicznych mamy 115, a więc pewnie ani pulmonolodzy, ani torakochirurdzy sami tego nie robią. Chodzi o to, żeby zakres i skuteczność zabiegów diagnostycznych były porównywalne i żeby wyselekcjonować te ośrodki, które robią to dobrze, a nie takie, które... Słabo może to pewnie zrobić i ośrodek pulmonologiczny, i torakochirurgiczny. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze, za ten głos. Tak jak pan powiedział, to nie jest ważne,

który lekarz będzie wykonywał tę diagnostykę, tylko ważne jest to, co on umie, jakie ma umiejętności, kompetencje. Stwórzmy mu możliwości szybkiego diagnozowania w świetle tego wszystkiego, co widzimy, jeśli chodzi o epidemiologię. Jeżeli będziemy szli tą drogą, to też będziemy zachęcać lekarzy do tego, żeby pogłębiali swoje kompetencje. Pan minister ani słowa nie powiedział o dostępności, o ewentualnym zwiększeniu liczby specjalistów w dziedzinie pulmonologii. Nie wiem, chyba nie mówił pan minister nic na ten temat, a wydaje mi się, że w świetle tego wszystkiego, co powiedzieliśmy, to jest jedno z ważniejszych wyzwań.

Ja za chwilę podsumuję to dzisiejsze posiedzenie komisji konkretnymi wnioskami, ale pan dyrektor prosił tu jeszcze o głos ad vocem, więc proszę bardzo...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: To jeszcze ja...)

(Głos z sali: A może pan minister...)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Ja zacznę, tak.)

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Chciałbym tu zwrócić uwagę, że jeśli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, to świadczenia w zakresie radiologii są bezlimitowe. Ja wielokrotnie już mówiłem, że byłem przyzwyczajony do pracy w kardiologii, w diagnostyce choroby wieńcowej. Pacjent, jak otrzymywał skierowanie na rozpoznanie, na postawienie ostatecznej diagnozy, to zawsze tego samego dnia miał ostatecznie postawioną wiarygodną diagnozę i ewentualnie od razu był przygotowywany do operacji, hemodynamicznej bądź kardiologicznej. Tak że to było w standardzie. Nie rozumiem, dlaczego w ciągu jednego dnia nie można też zdiagnozować całkowicie...

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Ale, Panie Ministrze, to jest pytanie do pana: dlaczego?)

Ja mówię o tym z tej perspektywy, że szpitale od zawsze mają dokładnie te same procedury, w związku z tym to jest tylko i wyłącznie na poziomie szpitala... Chciałbym, żeby państwo – nie wiem, czy są tutaj dyrektorzy – porozmawiali ze

sobą, a jeśli nie są dyrektorami, to żeby porozmawiali z dyrekcją, dlaczego nie można się tak zorganizować, żeby w ciągu 1 dnia mieć wynik tomografii komputerowej i żeby pacjent oczekiwał w ciągu 5 dni... NFZ płaci za wszystko, dlatego chciałem na to zwrócić uwagę i...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: To ja mam nadzieję, Panie Ministrze, że pan zwróci na to uwagę i odpisze Komisji Zdrowia, jaki był wynik rozmów. Dobrze?)

Dobrze, dobrze.

Jeśli chodzi o specjalizacje, to od wielu lat liczba specjalizacji jest dostępna. Nie ma czegoś takiego, że 50% lekarzy, którzy kończą studia, nie ma możliwości specjalizowania się, ponieważ dajemy środki finansowe na rezydentury w wysokości takiej, jaka jest liczba oczekujących lekarzy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Proszę.

**DYREKTOR DEPARTAMENTU LECZNICTWA
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHAŁ DZIĘGIELEWSKI**

Ja widzę, że wsadziłem kij w mrowisko, i w sumie nawet trochę się cieszę, szczerze mówiąc. Chciałbym przede wszystkim podziękować panu senatorowi za ostatnią wypowiedź, bo znakomicie pokazuje, o czym rozmawiamy. Pan senator ma w swoim szpitalu oddział chorób płuc i gruźlicy, nie posiada torakochirurgii. Chciał pan mieć poradnię torakochirurgiczną, nie wyszło. Tylko, proszę państwa, jeżeli wprowadzimy ten model, w którym obowiązkowym elementem Lung Cancer Unit będzie oddział torakochirurgii, to 3/4 szpitali nie będzie miało szansy stać się tym Lung Cancer Unit. Ja nie mówię o tym, że to pulmonologia będzie Lung Cancer Unitem. Ja, proszę państwa, mówię tylko o tym, że model, w którym niezbędnym warunkiem będzie posiadanie oddziału torakochirurgii, żeby móc wejść w leczenie pacjenta, w ścieżkę diagnostyczną, leczniczą, będzie oznaczał, że pacjenci, jeżeli zechcą pójść do Lung Cancer Unit, będą mieli do wyboru tylko dwadzieścia kilka

ośrodków w Polsce i te ośrodki z całą pewnością nie dadzą rady. A więc ten model, w którym torakochirurgia jest oddziałem obowiązkowym, to jest model, który za mało nam poszerzy możliwości diagnostyczne. Panie Profesorze, wiem, rozumiem, torakochirurgia jest bardzo istotnym elementem. Możemy zrobić 2 prędkości czy 2 poziomy Lung Cancer Unitów, ale nie możemy eliminować szpitali, w których nie ma torakochirurgii, ponieważ wszystkim nam zależy na tym, żeby i diagnostyka, i proces leczniczy były prowadzone dobrze. Oczywiście zadekretujemy czy... Już teraz jest współpraca pomiędzy ośrodkami pulmonologicznymi a torakochirurgicznymi. To tylko na marginesie.

Jeżeli chodzi o możliwość kierowania...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale, Panie Dyrektorze, skoro pan zaczął ten wątek, to proszę powiedzieć: czy w takim razie od momentu, kiedy została wdrożona Narodowa Strategia Onkologiczna, państwo rozmawiacie w ogóle na ten temat, czy ten temat jest na boku, nie jest w świetle waszego zainteresowania? No bo mija konkretny czas.

**DYREKTOR DEPARTAMENTU LECZNICTWA
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHAŁ DZIĘGIELEWSKI**

Rozmowy cały czas się toczą. W AOTMiT też został wypracowany ten model z torakochirurgią. No, Pani Senator, chciałbym, żeby to było zrobione dobrze, tak jak państwo słusznie zauważyli, dlatego też prowadzę rozmowy. Nie ma jednoznacznego stanowiska nawet wśród samych ekspertów, pragnę zauważyć.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale tu jest jednak rola ministra zdrowia. No, zespół zespołem...

(Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dzięgielewski: Do podejmowania decyzji, tak jest.)

...w zespołach można dyskutować latami, ale ostatecznie ktoś musi podejmować decyzję

i tej decyzji niestety brakuje, Panie Dyrektorze. W świetle tej epidemiologii, tego, co tutaj państwo przedstawili, jeżeli chodzi o liczbę zachorowań i o zgony... No ja jestem przerażona, nie wiem, jak państwo, ale ja jestem i oczekuję szybkich działań. Jeżeli dyskutowaliście, to... Rozumiem, że temat dyskusji został zakończony, więc przystąpcie teraz do decyzji, po prostu.

(Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dziągielewski: Oczywiście.)

Wnioski z posiedzenia naszej komisji. Pozwolę sobie...

(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: Czy ja mogę?)

Proszę.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Przepraszam za spóźnienie, Pani Przewodnicząca. Ale słuchałam państwa poprzez transmisję.

Ja mam jedno pytanie do pana ministra jako lekarz praktyk. Diagnostyka raka płuca, gdzie statystyki są takie, jak pani przewodnicząca powiedziała, tj. mamy dużo zgonów, zbyt mało operacji... Musimy coś zrobić, tak? Ja bym chciała jako lekarz internista, kardiolog, zajmujący się także diagnostyką chorób płuc przy okazji diagnostyk innych chorób zminimalizować liczbę wykonywanych tomografii. Chciałabym, żeby te tomografie były rekomendowane i żeby jakby nie powielać tych badań niejednokrotnie po to tylko, żeby coś dodiagnozować. To jest też związane z bezpieczeństwem pacjenta i z ochroną radiologiczną. Czy macie państwo jakąś strategię, aby te wszystkie badania były rekomendowane, żeby ośrodki nie powtarzały ich kolejny raz celem diagnostyki, żeby to były badania wysokiej jakości? I czy macie jakąś statystykę co do tego, ile tych podwójnych badań jest wykonywanych? Bo chciałabym dotrzeć do takiej statystyki. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani Senator, o jakości mówiliśmy. Ja bym chciała poprosić o odpowiedź pisemną na to pytanie.

Pani Profesor, minuta, bo my musimy kończyć posiedzenie komisji.

**PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHOROÓB PŁUC
MAŁGORZATA
CZAJKOWSKA-MALINOWSKA**

Ja chcę powiedzieć tylko jedno. Pani minister powiedział, że są miejsca rezydenckie. Ale nam zależy na tym, żeby to była specjalizacja priorytetowa.

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Priorytetowa, tak jest.)

My po prostu pukamy, alarmujemy, pisaliśmy pismo, bo to jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pani senator też podnosiła ten problem. Najważniejsze teraz jest to, żebyśmy zarządzili...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pani Profesor, m.in. dlatego jest dzisiejsze posiedzenie komisji. Po naszych rozmowach z państwem widziałam potrzebę zwołania tego posiedzenia komisji. A więc mimo tego, że, jak wiecie państwo, dzisiaj jest 6 ustaw, które nagle, w ostatniej chwili spłynęły z Sejmu do Senatu, znaleźliśmy też czas na to, żeby o tym porozmawiać, bo uważamy to za bardzo ważny temat.

Podsumowując dzisiejszą komisję, powiem tak. Panie Ministrze, bardzo proszę o to, żeby do tego wszystkiego, co teraz powiem, pan minister ustosunkował się pisemnie. Mam wrażenie, że po tych godzinnych, wielogodzinnych dyskusjach w Ministerstwie Zdrowia, o których państwo mówiliście, przyszedł czas na konkretne decyzje. My oczekujemy już teraz konkretnych rozwiązań i podania terminów, kiedy te decyzje będą zrealizowane.

Pierwsza sprawa, według mnie bardzo ważna, to właśnie kwestia lekarzy specjalistów, tego, co mówiła pani profesor: aby ta specjalność została wpisana na listę specjalności priorytetowych. Na pewno jest to ogromnie ważne, a będzie wymagało czasu, zanim tych specjalistów wyszkolimy. To jest pierwsza kwestia.

Druga kwestia to realizacja założeń Narodowej Strategii Onkologicznej. Ot po prostu, nic

więcej. Sami państwo stworzyliście tę strategię, sami mówiliście o tym, że ona jest uzupełnieniem Krajowej Sieci Onkologicznej i że jest jej dopełnieniem, no więc teraz po prostu czekamy na realizację. Co do tej realizacji oczekujemy: terminu, konkretnie, jak mają wyglądać unity, jakie są państwa propozycje. Macie przed sobą osoby, które zawiązały koalicję, osoby, które pracują w różnych dziedzinach, a jednak są tutaj razem i wspólnie mówią o problemie, więc proszę to wykorzystać i rozwiązać ten temat w sensie konkretnym. To jest drugi postulat. Oczywiście mówimy tutaj przede wszystkim o unitach, ale także o profilaktyce.

Następnie chciałabym znać stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie bezdechu i ewentualnych pracowni. Czy są takie planowane? Bo pracownie te, z mojego punktu widzenia, mogą być prowadzone także przez laryngologów, a więc jest szerszy dostęp, nie tylko przez pulmonologów, i diagnostykę można rozpocząć.

Kwestia POChP, o której tutaj również mówiliśmy. Jaka jest strategia w tej dziedzinie, łącznie z profilaktyką, z zapobieganiem i z dostępnością do leczenia?

No i są te wszystkie tematy, które poruszyłam wcześniej, związane ze zdrowiem publicznym, czyli konkretnie co państwo zrobiliście, a co zamierzacie w najbliższym czasie zrobić w kwestii redukcji czynników ryzyka, przynajmniej jeśli chodzi o te 2 czynniki, powietrze i tytoń. Bardzo proszę o sprecyzowanie konkretów.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

...Oczywiście to, o co pytała pani senator Gorgoń-Komor, ponieważ widzimy ten problem jakości i pewnie zbyt wielu badań radiologicznych wykonywanych w Polsce i powtarzanych, co państwo omówili.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, prosimy o pisemne odpowiedzi na te wszystkie pytania skierowane na Komisję Zdrowia. Ja nie będę już dodatkowo ich wysyłała, dlatego sprecyzowałam w tej chwili, o co nam chodzi, jeśli chodzi o te najważniejsze wątki.

Państwu mogę tylko zadeklarować, że Senat w nowej kadencji, bo zbliżamy się ku końcówce... Mam nadzieję, że swoją działalność zacznie od tego wątku i że Komisja Zdrowia jeszcze w tym roku, pod koniec tego roku, kiedy będzie już nowy Senat, nowa Komisja Zdrowia... Ja tylko mogę powiedzieć, że będziemy bardzo pilnować, niezależnie od tego, gdzie będziemy i co będziemy robić, aby ten temat w tym roku jeszcze raz wrócił na Komisję Zdrowia.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia. Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 11 minut 42)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy