



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (17.)
w dniu 7 czerwca 2016 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat profilaktyki, wczesnego wykrywania i standardów leczenia nowotworów płuc.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 15)

(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Waldemar Kraska oraz zastępca przewodniczącego Dorota Czudowska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Rozpoczynamy kolejne posiedzenie, już siedemnaste, senackiej Komisji Zdrowia. Serdecznie witam państwa na tym posiedzeniu.

Porządek obrad obejmuje jeden punkt, jest to informacja ministra zdrowia na temat profilaktyki, wczesnego wykrywania i standardów leczenia nowotworów płuc.

Serdecznie witam na posiedzeniu państwa senatorów. Witam też panią minister ze współpracownikami, witam zaproszonych gości, szczególnie prelegentów, państwa profesorów – może nie będę już wymieniał z imienia. Wiem, że to jest szacowne grono, które przybliży nam problematykę leczenia nowotworów płuc w Polsce.

Zanim przejdziemy do konferencji, ja mam tylko jedną informację dla Komisji Zdrowia. Ponieważ na tym posiedzeniu prawdopodobnie wpłynie do nas ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i niektórych innych ustaw, to myślę, że w czwartek, prawdopodobnie w godzinach popołudniowych, będziemy musieli się zebrać, żeby nad tą ustawą procedować. Tak więc proszę zapisać to sobie w kalendarzach i tak zaplanować czas, żebyśmy mogli ewentualnie spotkać się w czwartek po południu.

Bardzo serdecznie, proszę państwa, dziękuję inicjatorowi dzisiejszego naszego spotkania, panu senatorowi, który jest, tak powiem, inicjatorem i orędownikiem leczenia nowotworów płuc.

Panie Senatorze, ja myślę, że to pan będzie moderatorem dzisiejszego posiedzenia. Chciałbym, żeby jako wybitny specjalista od omawianej problematyki mógł nam pan przedstawić, z czym się borykamy i ewentualnie co można by jeszcze zmienić.

Pan senator Grodzki, nie wiem, czy państwo wiecie – prosił mnie, żeby o tym nie mówić, ale powiem, uchylę rąbka tajemnicy – od dzisiaj jest konsultantem krajowym w dziedzinie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...właśnie, w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej. Serdecznie gratulujemy.

Panie Profesorze, proszę o kilka słów wstępu.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Dołączam się do powitania w naszych skromnych progach Senatu Rzeczypospolitej, który jak mało który organ w naszej ojczyźnie jest powołany do tego, żeby zajmować się problemami dotyczącymi wszystkich, całego narodu – a takim problemem jest rak płuca; to z całą pewnością jest poważny problem społeczny, epidemiologiczny i medyczny. I jestem bardzo wdzięczny paniom i panom senatorom oraz gościom, którzy reprezentują nie tylko siły fachowe, ale również środowiska pacjenckie i środowiska eksperckie, za to, że zaszczyliliście nas państwo obecnością na tym istotnym posiedzeniu.

Dziękuję pani minister Głowi, że w gorącym dla ministerstwa czasie znalazła czas dla nas, dziękuję również pani dyrektor Beniuk-Patole i jej pracownikom, że do nas przyszli.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, zaproponowałbym jako wprowadzający wykład pana profesora Orłowskiego, kierownika kliniki w instytucie gruźlicy, przez wiele lat prezesa, obecnie sekretarza generalnego Polskiego Towarzystwa Kardio-Torako-chirurgów, guru od spraw zarówno wczesnego wykrywania, jak i leczenia raka płuca. Ten wykład da nam asumpt do dyskusji. Potem poprosimy panią minister, a potem będziemy mogli rozpocząć na ten temat dyskusję, której ramy czasowe teoretycznie nie są ograniczone, wiem jednak, że są tu znakomici fachowcy, więc sądzę, że wypowiedzi będą zwarte, konkretne, treściwe i produktywne.

Jeżeli mogę prosić o taki porządek, to bardzo proszę pana profesora Orłowskiego o wprowadzenie.

Kierownik Kliniki Chirurgii w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Tadeusz Orłowski:

Dziękujemy za zaproszenie, bo temat jest niezwykle istotny i dostrzegany przez kolejne władze. Mamy nadzieję, że w tej kadencji również będzie dostrzeżony z nie mniejszą atencją.

Ja chciałbym państwu pokazać pewne efekty programu wczesnego wykrywania raka płuca, który to program trwał w Polsce, i mamy nadzieję, że będzie trwał w dalszym ciągu.

Na zasadzie wprowadzenia, proszę państwa – spójrzcie na prezentację: to jest umieralność i zachorowalność na raka płuca wśród mężczyzn. Zachorowalność, jak pań-

stwo widzicie, spada, przede wszystkim dzięki profilaktyce. Myślę, że tutaj nazwisko pana profesora Zatońskiego nieodłącznie związane jest z tymi programami.

A tak wygląda śmiertelność. Jak widzimy, ona tak gwałtownie nie spada, potrzeba długiego czasu, żeby do tego doszło. Jeżeli jednak popatrzymy na umieralność i zachorowalność wśród kobiet, to proszę zwrócić uwagę, że jeżeli chodzi o zachorowalność, to dominuje rak piersi, i zachorowalność na niego stale wzrasta. Jeżeli zaś mówimy o umieralności, to proszę zwrócić uwagę, że umieralność na raka piersi, nowotworu u kobiet wielokrotnie częstszego aniżeli rak płuca, nie zbiera takiego żniwa, jak rak płuca, który jest w tej chwili pierwszą przyczyną umieralności z przyczyn nowotworowych wśród kobiet. Jak to wygląda na świecie? Proszę zwrócić uwagę, że trend malejącej umieralności wśród mężczyzn w Polsce jest podobny jak na świecie. W innych krajach europejskich – i może budzić zdziwienie, że na przykład także w Danii – rak płuca wśród kobiet zbiera tak duże żniwo; Polska również w tym nie odstaje, umieralność wśród kobiet systematycznie wzrasta. Średnio w całej Polsce odnotowujemy około 22 tysiące nowych przypadków. Dolny wykres pokazuje, ilu chorych jest operowanych, a więc możemy powiedzieć, ilu z tych pacjentów zostało, że tak powiem, wykrytych w stadium odpowiednio wczesnym, aby być zoperowanymi, czyli leczonymi w sposób naprawdę skuteczny.

To jest rozkład stadium zaawansowania. Proszę zwrócić uwagę na ten żółty krążek: w tej chwili operujemy ponad 83% chorych. W tej grupie operowanych są chorzy w I i II stadium zaawansowania choroby – to są wczesne stadia. I jak popatrzymy na kolejne lata, to widzicie państwo, że I stadium zaczyna dominować i wzrasta, w ciągu ostatnich 2 lat wzrosło o 20%. Mówię jeszcze o tym, ponieważ zaraz państwu pokażę – zresztą koledzy też zapewne będą o tym mówić – co jest niewątpliwą przyczyną takich efektów.

W roku 2008, jak ocenialiśmy 5-letnie przeżycie, to I stadium zaawansowania mieściło się na poziomie 65% przeżyć 5-letnich; ale już w roku 2015, proszę zwrócić uwagę, w przypadku stopnia zaawansowania I-A 5-letnie przeżycia są na poziomie 78%. Osoby, które zajmują się onkologią, zdają sobie sprawę z tego, że takie wskaźniki przeżycia to są bardzo dobre wskaźniki przeżycia. Trzeba tu jednak jednoznacznie podkreślić, że to są te przypadki, które zostały wykryte bardzo wcześnie.

Jak oceniamy i jak monitorujemy wczesną wykrywalność? Każdego roku oceniamy tzw. współczynnik resekcyjności, który mówi nam o liczbie chorych z danego regionu – bez względu na to, gdzie byli operowani – którzy zostali zoperowani, w stosunku do liczby nowych zachorowań. Tak więc wiemy, że z danego regionu było, powiedzmy, 100 pacjentów z wykrytym rakiem płuca i, założmy, 10 zostało zoperowanych, czyli został on wykryty we wczesnym stadium. Jak to wygląda na tle innych krajów? Proszę zwrócić uwagę, że Polska w tej chwili goni najlepiej rozwinięte kraje, jeżeli chodzi o wczesną diagnostykę raka płuca. Dzięki wysiłkowi środowiska torako chirurgów, pulmonologów i onkologów możemy powiedzieć, że z naszymi danymi możemy pokazać się wszędzie, nie mamy się czego wstydić. Ten wskaźnik, jak państwo widzicie, powoli rośnie. Okres, kiedy wskaźnik był wyższy, dotyczy czasu, kiedy nie

monitorowaliśmy w sposób bardzo szczegółowy wszystkich zachorowań, w związku z czym wiarygodność wskaźnika co do tamtego czasu nie jest tak duża, jak wiarygodność tych wskaźników w chwili obecnej. A tak to się kształtowało w poszczególnych województwach na przestrzeni lat. Zwróćcie państwo uwagę: czerwony kolor to są najniższe wskaźniki operacyjności, czyli to są tereny, gdzie rak płuca wykrywany był w późnym stadium, to jest wówczas, kiedy na operację było już za późno. Rok ostatni, proszę państwa, to coraz więcej zielonych obszarów. A dążymy do tego, żeby zielony obszar pokrył całą Polskę.

Teraz pokażę państwu, jak to wygląda w poszczególnych województwach, jako że jesteśmy w stanie monitorować dosłownie każdy powiat w Polsce, a zatem mamy dokładne rozeznanie, jak wczesna diagnostyka wygląda w odniesieniu do poszczególnych powiatów. To jest na przykład dolnośląskie, miasto Wałbrzych: 87 nowo wykrytych przypadków raka płuca, ani jeden nieoperacyjny. Z drugiej strony, województwo wałbrzyskie, gdzie wykryto 35 nowych nowotworów, a 15 pacjentów zostało zoperowanych. Województwo kujawsko-pomorskie: 2 powiaty bez... To wcale niemała liczba osób, prawie 200 nowo wykrytych pacjentów, ani jeden nie mógł być operowany ze względu na zbyt zaawansowane stadium choroby. Województwa lubelskie, lubuskie, łódzkie... Widzimy, że obszarów o niskiej wykrywalności jest znacznie więcej. Województwo małopolskie ma, można powiedzieć, bardzo dobre efekty, bo zaledwie 2 powiaty poniżej 10% wykrywalności. Województwo mazowieckie, niestety, pomimo wysiłków i umieszczenia tu siedziby instytutu, jak również dużych ośrodków, nie udaje się zwiększyć w sposób tak znaczny, jak byśmy chcieli... Tych powiatów poniżej 10%, jak państwo widzicie, jest tutaj znaczna liczba. Województwa opolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie... W województwie pomorskim tylko powiat chojnicki i miasto Słupsk mają niskie wskaźniki. Dalej: śląskie, warmińsko-mazurskie – tutaj jest tych białych czy raczej czerwonych plam dość dużo. Województwo świętokrzyskie – bardzo dobre. Widać, że pan profesor Góźdz działa tam bardzo efektywnie. Województwa wielkopolskie i zachodniopomorskie, które od lat dzierży palmę pierwszeństwa, jeśli chodzi o efektywność wczesnej wykrywalności. A to jest, proszę państwa, cała Polska, gdzie, jak państwo widzicie, każdego roku jest przez nas monitorowanych 360 powiatów. Na podstawie tego został wprowadzony program wczesnego wykrywania w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Z przykrością muszę jednak stwierdzić – i tutaj pytanie do pani minister – że mamy połowę roku, a ten program w dalszym ciągu nie został w tym roku uruchomiony. I obawiamy się, że pieniądze nań nie zostaną niestety wydane w sposób właściwy.

Proszę państwa, jak widzimy ten program? Powinny się tym zajmować ośrodki wysokospecjalistyczne z możliwością koordynacji takiego leczenia. Programowi wczesnego wykrywania towarzyszy również program profilaktyki i walki z paleniem tytoniu, a więc są to jak gdyby połączone wysiłki.

Stosowanie kryteriów. To są kryteria NLST, określone i w tej chwili przyjęte w Stanach, mówiące, w których grupach pacjentów takie badania powinno się prowadzić.

W Polsce ten program, który miałem przyjemność prowadzić przez wiele lat, skierowany jest właśnie do tych powiatów, które wykazują się niskim współczynnikiem resekcyjności, a zatem wykrywalności. A jakie to ma znaczenie? Proszę państwa, tu jest przykład województwa mazowieckiego – takie przykłady mógłbym mnożyć, ale ja państwu pokażę tylko dwa spektakularne. Proszę państwa, powiat siedlecki, 2011 r.; stwierdzamy niską wykrywalność, wdramy w kolejnym roku te badania i proszę zwrócić uwagę: wykrywalność 47% wczesnych postaci. Czyli ma to wpływ, ponieważ my w sprawie tego programu kontaktujemy się z lekarzami rodzinnymi i staramy się ten program rozpropagować, coraz więcej osób się bada i w związku z tym wykrywalność jest wysoka. No i ponieważ wykrywalność była wysoka, ten program już tam nie wszedł w następnym roku. I proszę zobaczyć: natychmiastowy spadek. Podobnie jest w powiecie makowskim: 5,7%, a w następnym roku 25%. Zaprzestajemy programu – 67%. Można by zapytać, dlaczego on nie był kontynuowany. No nie był kontynuowany, ponieważ środki z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych były bardzo skromne.

Tutaj koledzy z innych województw będą mogli przedstawić efekty takiego programu, który nie jest programem ściśle populacyjnym, pozwala jednak na wykrycie tych wczesnych postaci...

A jak to wygląda, proszę państwa, na świecie? Jest taki najbardziej znany program amerykański, ELCAP, kilkadziesiąt tysięcy przebadanych pacjentów. I co się okazuje? Jeżeli pacjent został wykryty we wczesnym stadium, zmiana 1-centymetrowa, zoperowany został w ciągu 1 miesiąca, to przeżywalność 5-letnia nie jest, tak jak w Polsce, na poziomie 78%, ale na poziomie 93% – czyli możemy powiedzieć, że te zmiany są praktycznie wyleczalne.

Dla porównania, w grupie badanej choroby, którzy z jakichś przyczyn nie zgodzili się w tym wcześnie wykrytym stadium raka płuca... Prawie nikt nie przeżył 4 lat. Czyli widzimy, jaka jest efektywność tak wcześnie wykrytych zmian. Oczywiście najważniejsza jest, jak tu państwo widzicie, walka z paleniem – co staramy się czynić na co dzień. Dziękuję bardzo.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Z tego, co wiem, wynika, że jeszcze, 2, 3 slajdy ma pokazać pan profesor Góźdz. Zwracam jednak państwa uwagę na to, co mówił pan profesor: wczesne wykrywanie oznacza sukces leczniczy, co jest ważne dla pacjenta, oznacza również sukces ekonomiczny, ponieważ jedna tomografia kosztuje około 300 zł, a wykrywamy średnio jednego raka na 100 tomografii – to już mamy przeciwiczone w Szczecinie, Gdańsku, Warszawie, Poznaniu, bo tam były programy lokalne – i proszę sobie wyobrazić, że za 30 tysięcy wykrywamy jednego raka, robimy małoinwazyjną lobektomię, za którą NFZ płaci kilkanaście tysięcy złotych, chory zdrowieje, wraca do pracy i wytwarza PKB. Ten sam chory wykryty w późnej fazie przechodzi ciężką pneumonektomię, przechodzi radioterapię, bardzo kosztowną, chemioterapię, też bardzo kosztowną, a na końcu zostaje rencistą, czyli, jak to się mówi, stypendystą ZUS,

i już nie wytwarza PKB, tylko go konsumuje. Amerykanie to doskonale wyliczyli i takie wczesne programy wykrywania są tam coraz bardziej upowszechniane, między innymi ze względów pragmatycznych, finansowych, które są może mniej ważne, ale równie istotne jak względy najważniejsze, zdrowotne.

Panie Profesorze, bardzo proszę.

Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Stanisław Góźdz:

Serdecznie dziękuję za zaproszenie.

Muszę powiedzieć jako onkolog z 40-letnim stażem, że chyłem czoła przed środowiskiem naszych torakochirurgów, które, tak jak wspomnieli pan senator Grodzki, pod wodzą profesora Orłowskiego i profesora Grodzkiego wykonuje tytaniczną pracę. Wszystko, co się dzieje w torakochirurgii polskiej, jest widoczne, jest na stole. To, na co państwo zwróciliście uwagę: każdy powiat jest analizowany, każdy torakochirurg jest rozliczany z tego, jak operuje, co operuje, jakie jest rozpoznanie histopatologiczne – czyli ta ostateczna weryfikacja.

To, co pokazał przed chwilą pan profesor Orłowski, że województwo świętokrzyskie, gdzie jest tylko jeden czerwony punkt, to jest powiat kazimierski, ale jemu naturalnie bliżej do Krakowa... To, co się dokonało w naszym województwie, to jest zasługa między innymi Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. On dał możliwość otwarcia nowej epoki w chirurgii raka płuca, mianowicie małoinwazyjnej, znakomitej, wczesnej, szybkiej diagnostyki przy wiarygodnej histopatologii, i to daje właśnie taki efekt. Pieniądze, które były do tej pory wydane na polską torakochirurgię, przynoszą ten efekt. Tak więc dziękuję serdecznie, bo ja też jako konsultant wojewódzki korzystam z opracowań, z rejestru pana profesora Orłowskiego, który prowadzi ten rejestr w swoim zakładzie epidemiologii, walki z rakiem; mam też znakomite informacje co do tego, jak mam działać w swoim terenie jako konsultant wojewódzki do spraw onkologii klinicznej. Za to jeszcze raz panom profesorom, wszystkim wam, Panowie, dziękuję, dziękuję wam za tę pracę.

Ponieważ zawsze mamy taką sytuację, wiemy, jest wysoka umieralność, wysoka zachorowalność, ale dla polityka pierwsza jest decyzja, z której strony... Tak jak mnie pyta marszałek: w którym powiecie powinniśmy podjąć interwencję? W tej chwili współczesna, nowoczesna epidemiologia nowotworów ma pewne parametry, które obrazują wagę problemu. Takich obiektywnych informacji dostarcza nam przedwczesna umieralność z powodu wszystkich nowotworów czy określonego nowotworu – w tym wypadku mówimy o raku płuca – to jest ten potężny *lost life*, czyli potencjalnie utracone lata życia. I potrafimy bardzo precyzyjnie zdefiniować populację, która nie dożyje siedemdziesiątego roku, a umrze z powodu raka płuca. I dzięki współpracy z torakochirurgicznym rejestrem pana profesora Orłowskiego, w którym to rejestrze są twarde dane, możemy powiedzieć, że w Polsce jest zagrożonych, że umrze w ciągu roku 215 kobiet na 100 tysięcy kobiet, a mężczyzn – 469 na 100 tysięcy. To są konkretne osoby,

przeliczmy sobie, na 100 tysięcy. Wzrost przedwczesnej umieralności u kobiet w Polsce z powodu raka płuca... W czasach, w których ja zaczynałem swoją pracę, rak płuca u kobiet nie mieścił się w pierwszej dziesiątce, a w tej chwili to jest główny morderca kobiet, wyprzedził zdecydowanie raka... Wzrost przedwczesnej umieralności wynosi w ciągu lat 1999–2013 r. 44%. Dlaczego mówię o umieralności przedwczesnej? Ponieważ ten problem można rozwiązać poprzez poprawę organizacji, zwiększenie dostępności, zwiększenie świadomości. Ja przedstawiam sytuację w naszym województwie, gdzie co do przedwczesnej umieralności odnotowujemy jej wzrost wśród kobiet o 116%. To jest dla nas, dla władz samorządowych, dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, dla torakochirurgów naszego województwa totalne wyzwanie. Dlatego, żeby nie być beczynnymi, organizujemy w tej chwili w ramach naszych pieniędzy, powiedzmy sobie... Przede wszystkim chcemy z pieniędzy samorządowych otworzyć w mieście ten wczesny... Jestem po prostu radnym kolejną kadencję i przekonałem swoje koleżanki i kolegów, i prezydenta, i przewodniczącego, że na to warto wydać pieniądze. To są konkretne osoby, tych 459 mężczyzn na 100 tysięcy, i można uratować im życie właśnie poprzez wczesne wykrycie, poprzez takie zorganizowane działania.

Chociaż, proszę państwa, mówi się, że są kontrowersje, jednak ocenia się, że u nas... Transponuje się dane z zachodu i północy Europy, ocenia się, że są tożsame z danymi u nas w Polsce. Jest to zasadniczy błąd. Nasze społeczeństwo ma gorszą świadomość zdrowotną, mniejszą troskę o własne życie, o własne zdrowie, i ogólnie jest w gorszym stanie zaawansowania, w gorszym stanie ogólnym, jeśli chodzi o zdrowie. I dlatego nie możemy wszystkich danych amerykańskich, zachodnich, przenosić do nas, ponieważ program wczesnego wykrycia – my mówimy tu o raku płuca, ale możemy w górnej połowie ciała wykryć szereg zmian tą techniką, w śródpiersiu, gdzie mamy całe znaleziska chorób układu limfatycznego, krwiotwórczego, endokrynnego, itd., nerka, wątroba itp. Tak że w naszej sytuacji pieniądze wydane na ten cel na pewno przyniosą naprawdę dobre efekty, bo już mamy doświadczenie. Dziękuję serdecznie.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Teraz, jeżeli mogę, poproszę o zabranie głosu panią minister Głowalę, tak żebyśmy przeszli do przyszłości. Bo mam nadzieję, że te dwie znakomite prezentacje przybliżyły państwu temat i pokazały, że to jest rzecz, na którą warto uruchomić pieniądze i w kontekście chorych, i w kontekście ekonomii państwa.

Później w dyskusji będziecie państwo mieli do dyspozycji przedstawicieli 4 ośrodków, które już przeprowadziły duże badania screeningowe, a mianowicie przedstawicieli Poznania, Gdańska, Warszawy i Szczecina. Ale to wszystko było wykonane przy pomocy pieniędzy lokalnych, miejskich, marszałkowskich, funduszy norweskich – taka trochę łamana sytuacja – a w tej chwili z ministerstwem pracujemy nad nadaniem temu ram systemowych. A jest co zrobić,

pokazał to pan profesor Orłowski, pokazując powiaty zaznaczone na czerwono, gdzie sytuacja bywa rzeczywiście dramatyczna.

Pani Minister, bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Szanowni Państwo, w związku z tym, że zostałam wywołana do odpowiedzi przez pana profesora, pozwolę sobie odpowiedzieć, iż ruszył nowy program na lata 2016–2024. 3 czerwca został ogłoszony konkurs na wybór realizatora programu dotyczącego wyposażenia kliniki oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuc. Ogólnie na to zadanie na 2 lata, 2016–2017, przeznaczono 16 milionów zł. Czekamy na zgłoszenie się oferentów, tak że myślę, że niedługo ten konkurs zostanie rozstrzygnięty; w czerwcu wszystko powinno być już gotowe do realizacji.

Powiem może, z czego wynika takie lekkie opóźnienie. Otóż uchwała Rady Ministrów z 3 listopada 2015 r. w zakresie programu nowotworowego została zmieniona. Po objęciu stanowiska wiceministra zdrowia, który jest odpowiedzialny za realizację programów polityki zdrowotnej, przeanalizowałam wszystkie programy i stwierdziłam, że program nowotworowy tak naprawdę nie do końca spełnia oczekiwania pewnych grup; głównym problemem było to, że program nie dawał tak naprawdę... To nie jest związane z rakiem płuc, chodziło głównie o badania cytologiczne i mammograficzne. Było dużo kontroli NIK i wyniknęły kwestie tego, że wszystkie raporty wskazywały, że program jest nieefektywny, że coraz mniej Polek zgłasza się na badania. W związku z tym po prostu wstrzymałam na razie... To była moja świadoma decyzja. I zaczęliśmy tu spotykać się między innymi z profesorami z instytutu onkologii, to były bardzo częste spotkania dotyczące tego, jak zmienić program, żeby coraz więcej Polek zgłaszało się na badania cytologiczne i mammograficzne. I w związku z tym, że prace koncepcyjne trwały kilka miesięcy, po prostu wynikło takie opóźnienie. W tym roku program jeszcze nie zadziałał tak w 100%, tak żeby przynieść jakieś mocne efekty, ale myślę, że od przyszłego roku ruszymy pełną parą, tak żeby on we wszystkich swoich zadaniach przyniósł jak największe efekty i żeby jak największej Polaków skorzystało z tego programu.

Jeżeli chodzi o program dotyczący profilaktyki, wtórnej diagnostyki oraz wykrywania nowotworów w zakresie płuc, przewiduje się główne priorytety właśnie w ramach profilaktyki wtórnej. Mają one na celu zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania nowotworów, w tym prowadzenie profilaktyki wtórnej, tzw. drugiej fazy, polegającej na zapobieganiu konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie, czyli badania przesiewowe, oraz wdrożenie procedur zapewnienia jakości diagnostyki nowotworów, w tym działania polegające na uzupełnieniu oraz wymianie wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do diagnostyki nowotworów. I właśnie jeden z kierunków interwencji realizowanych w ramach priorytetu obejmuje wykonywanie badań przy użyciu tomografu komputerowego w kierunku wykrywania

raka płuc. Będzie to nastawione na kontynuację działań rozpoczętych w poprzedniej edycji programu, nakierowanych na regiony kraju, w których występuje najniższa wykrywalność tego nowotworu w stosunku do nowych zachorowań, czyli w tych regionach, które pan profesor tutaj przedstawił. Badania będą miały charakter interwencyjny, realizowane będą w powiatach o najniższych wskaźnikach operacyjności w Polsce.

Badania finansowane w ramach programu będą kierowane do osób spełniających następujące kryteria: wiek między pięćdziesiątym a siedemdziesiątym rokiem życia, palenie przez minimum 20 paczkolet lub wymiennie innych produktów tytoniowych w tożsamej ilości, narażenie na ekspozycję na czynniki rakotwórcze, czyli azbest, radon, uran, arsenik, beryl, produkty przemiany węgla kamiennego, a także uzależnienie, niezależnie od wieku, ze wskaźnikiem odsetkowym FF/VI poniżej 70% wartości należnych.

Jednocześnie w ramach priorytetu planuje się uzupełnienie oraz wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych służących do diagnostyki nowotworów. Priorytet dotyczący wsparcia procesu leczenia zakłada podejmowanie interwencji ukierunkowanych na zwiększenie dostępności do metod leczenia nowotworów oraz mających na celu dążenie do opracowania i wdrożenia procedur zapewnienia jakości w terapii nowotworów, w tym działania polegające na uzupełnianiu oraz wymianie wyeksploatowanych wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie o wyrobach medycznych służących do leczenia nowotworów, oraz opracowanie i wdrażanie wystandaryzowanych procedur postępowania pozwalających na osiągnięcie skuteczności diagnostyczno-terapeutycznej w określonych typach i stopniach zaawansowania nowotworów.

Ponadto w ramach priorytetu „Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów” realizowane będą działania ukierunkowane w szczególności na rozwój wczesnej profilaktyki nowotworów złośliwych poprzez utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia oraz profilaktykę pierwotną, tzw. I fazy, polegającą na zapobieganiu chorobom oraz kontrolowaniu czynników ryzyka ze szczególnym nastawieniem między innymi na nowotwory złośliwe płuca. Celem zwiększenia świadomości społeczeństwa i jego edukacji zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym realizowane będą działania o charakterze informacyjnym, promocyjnym, edukacyjnym ukierunkowane na przeciwdziałanie zachorowaniom na nowotwory, w tym uwarunkowane paleniem tytoniu.

Ja mogę też powiedzieć, że właśnie kończymy procedować Narodowy Program Zdrowia, w ramach którego też jest między innymi promocja zdrowego stylu życia. Ogólnie program jest ukierunkowany na uświadomienie Polaków w kwestiach niepalenia, uprawiania sportu, zdrowego odżywiania, itd. Wiem, że NPZ jest na ostatnim etapie i za chwilę będzie uchwalony, a w ramach NPZ będą ogłoszone konkursy promujące zdrowy styl życia, przede wszystkim unikanie palenia tytoniu.

A oprócz tego w ramach narodowego programu walki z nowotworami podejmowane będą działania na rzecz zwiększenia zgłaszalności społeczeństwa na badania profilaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem zgłaszalności

na badania w kierunku raka płuc, w tym działania informacyjno-edukacyjne, realizacja akcji medialnych, edukacyjnych programów promujących programy profilaktyczne, udział lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i położnych w akcjach informacyjnych, produkcja i dystrybucja materiałów informacyjnych o programach profilaktycznych, realizacja kampanii medialnych w regionalnych stacjach telewizyjnych, czyli emisja materiałów edukacyjno-reklamowych przez cały rok na obszarze całego kraju, prowadzenie kampanii informacyjnej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i promocja na poziomie lokalnym w zakresie realizacji przedmiotowych zadań. Ponadto w ramach programu prowadzona będzie telefoniczna poradnia pomocy palącym, w ramach której będzie udzielana pomoc i wsparcie przez telefon dla osób, których dotyczy problem palenia tytoniu.

Oprócz tego chciałabym zaznaczyć, że w ramach środków finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020 Ministerstwo Zdrowia jako instytucja pośrednicząca Programu Operacyjnego „Wiedza, Edukacja, Rozwój” planuje zrobić tzw. projekt pozakonkursowy, którego celem będzie opracowanie 15 programów profilaktycznych, które w dalszej kolejności zostaną przekazane realizatorom do wdrożenia w procedurze konkursowej. Wśród 15 jednostek chorobowych, którym dedykowane są przedmiotowe programy, jest rak płuc, chodzi o program wczesnego wykrywania tej choroby. Głównym celem programu jest zmniejszenie współczynnika śmiertelności i zachorowalności na raka płuc; cel ten ma zostać osiągnięty poprzez wzrost świadomości społecznej na temat szkodliwości palenia tytoniu i jego związku z nowotworami płuc, a także poprzez wykrycie jak największej liczby przypadków raka płuc w stadium możliwym do leczenia u badanych osób z grupy ryzyka. Beneficjentami projektu będą m.in. jednostki naukowo-badawcze, uczelnie medyczne, szpitale kliniczne. Każdy beneficjent projektu zobowiązany będzie do zawarcia minimum 60 umów z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, posiadającymi kontrakt z NFZ. Beneficjent zobowiązany będzie również do przeszkolenia co najmniej 2 lekarzy z każdego podmiotu objętego wsparciem w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz strategii leczenia raka płuc oraz profilaktyki antynikotynowej. Grupą docelową wsparcia będą osoby w wieku 55–67 lat bez objawów choroby nowotworowej płuc, których historia palenia stanowi nie mniej niż 30 paczkolet i pałą obecnie bądź rzucili palenie w ciągu ostatnich 15 lat oraz w okresie ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonanego badania. Dodatkowym kryterium uczestnictwa w programie jest pozytywny wywiad rodzinny w kierunku nowotworów, przypadki zachorowań u krewnych I stopnia. Do udziału w programie osoby spełniające kryterium kwalifikacyjne zgłaszać się będą spontanicznie po uprzednim umówieniu się na wizytę, a program zostanie odpowiednio wcześniej poprzedzony akcją informacyjno-promocyjną określającą kryteria udziału oraz zachęcającą do badania. W ramach programu pacjent objęty zostanie dwoma konsultacjami lekarskimi lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz badaniem tomografii komputerowej niskiej dawki klatki piersiowej wraz z opisem.

I to są te działania na dzień dzisiejszy, które Ministerstwo Zdrowia będzie realizowało i które będą dążyły do tego, żeby zmniejszyć zachorowalność na raka płuc. To wszystko.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Jak państwo zauważyliście, są jakby dwie ścieżki. Jedna, czyli Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, i druga – nazwijmy go eufemistycznie wsparciem unijnym. I to dobrze, bo te pieniądze, tak jak mówię, wracają po wielokroć. Zresztą z uwag, które pani minister zgłaszała... Z rakiem szyjki macicy jest inaczej – rzeczywiście mało kobiet się zgłasza; doświadczenia z tych skromnych programów raka płuca, które trwały w kilku miejscach w Polsce, pokazują jednak, że tu jest odwrotnie. Nie wiem, czy to jest pamięć o badaniach małoobrazkowych, czy dlatego, że to jest całkiem nieinwazyjne, bez kontrastu, w każdym razie nie mieliśmy kłopotu z naborem ludzi, wręcz odwrotnie, więcej się zgłaszało, niż mogliśmy przebadać – bo nie mieliśmy tyle pieniędzy na przebadanie. Tak że to jest zasadnicza różnica w stosunku do raka szyjki macicy, ale każdy nowotwór ma swoją specyfikę.

Pozwolę sobie, za pozwoleniem, Panie Przewodniczący, otworzyć dyskusję. Tylko bardzo proszę włączać mikrofony i przedstawiać się, bo wiele osób jest nam oczywiście znanych, ale przedstawienie się jest potrzebne do protokołu.

Czy panie i panowie senatorowie chcieliby zabrać głos?

Pan senator Wojtyła.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja się cieszę, że taki program jest realizowany. To, co przedstawił pan profesor Orłowski, jest imponujące, my dokładnie epidemiologicznie wiemy, gdzie te nowotwory występują i jakie działania w jakich miejscach w Polsce należy podjąć, żeby zwiększyć efektywność wykrywania. Z tym że ja mam tutaj z punktu widzenia publicznego... Pan profesor oczywiście mówił o profilaktyce pierwotnej, ale ja sobie porównałem ostatnią wersję programu zwalczenia chorób nowotworowych, która została przyjęta uchwałą Rady Ministrów, a nie przez Sejm – pierwsze wersje były przyjmowane przez Sejm – i tam w ogóle nie ma przewidzianych środków na profilaktykę pierwotną. W poprzedniej wersji – ja byłem posłem, kiedy uchwalano pierwszy program zwalczania nowotworów – myśmy walczyli w Sejmie, żeby zabezpieczyć środki na profilaktykę pierwotną, tak jak to w praktyce wygląda na całym świecie, potem zawsze są inne potrzeby, ważniejsze aniżeli profilaktyka pierwotna, promocja zdrowia, która daje efekty czasami po 20 latach, a czasami po jednym pokoleniu.

Niedawno wróciłem ze Stanów Zjednoczonych, i to wcale nieprawda, że u nas świadomość jest taka niska. Jeżeli chodzi o świadomość co do palenia tytoniu – to wynika również z moich badań, które prowadzę jako naukowiec – to świadomość co do palenia tytoniu w Polsce jest wyższa aniżeli w bardziej rozwiniętych krajach świa-

ta – ja mówię tylko o tytoniu – między innymi wyższa niż w Stanach Zjednoczonych. Ale zjawiska są bardzo zróżnicowane, jeżeli chodzi o różne grupy społeczne. I tak jak wśród mężczyzn rzeczywiście jest to imponujące zjawisko – i tu pokazywano Polskę jako wzór – mianowicie liczba palących zmniejszyła się o 50% w stosunku do 1990 r. czy do lat osiemdziesiątych, tak jeśli chodzi o młode nastolatki i kobiety w wieku rozrodczym jest niepokojące, że w 1990 r. kobiety takie prawie że nie paliły, to było kilka procent, a w tej chwili pali więcej nastolatek, na przykład w wieku 19 lat, to 23%, aniżeli chłopców, nastolatek – 22%. I to pokazuje, że opiswane działania nie mogą być kierowane do całej populacji, tylko do poszczególnych grup fokusowych, bo przecież wtedy przynosi to efekty.

Ja apeluję do państwa onkologów, jak również do nas, polityków, żeby w tym programie zwalczania nowotworów zrobić korekty. Trzeba je zrobić, bo jeżeli my będziemy nastawieni tylko na medycynę naprawczą, ewentualnie na wczesne wykrywanie, to nie poradzimy sobie z nowotworami. Bo walka z nowotworami przede wszystkim jest długotrwała, polega na kształtowaniu zachowań prozdrowotnych i zmianie tych zachowań, co daje efekty często po 20 latach. Nie każdy naukowiec czy człowiek zajmujący się tymi problemami w ciągu swojego życia te efekty będzie widział. Profesor Zatoński je widzi, na Zachodzie je widzą, może u nas mniej to jest doceniane. Tak że w tym narodowym programie walki z rakiem – i tu zwracam się do pani minister – trzeba zwrócić uwagę na profilaktykę pierwotną, na promocję zdrowia. Bo jeżeli będziemy realizowali ten program bez tych elementów, to za 15, 20 lat będzie pogorszenie; inne kraje już miały do czynienia z takimi problemami.

W ustawie tytoniowej na walkę z paleniem tytoniu... Ustawa obowiązuje od 1995 r., a w 1999 r. zostało zapisane, że 0,5% z akcyzy powinno być przeznaczane na walkę z paleniem tytoniu. No, nie widzę tych pieniędzy. Pytam, Pani Minister, czy one są przekazywane na walkę z paleniem tytoniu i jak są wykorzystywane. A jeżeli chodzi o Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, to jest tam zapisana kwota 250 milionów zł. Ja niedawno byłem na spotkaniu w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym i oni tam narzekali, że chcieliby, aby takie pieniądze rocznie były przeznaczane na kardiologię. Tak że ja myślę, że jeżeli my nie pomyślimy w ten sposób, żeby walczyć z chorobami nowotworowymi nie tylko poprzez ich wczesne wykrywanie, ale poprzez profilaktykę pierwotną, to z tym problemem sobie nie poradzimy.

Jeżeli chodzi o środki na wczesne wykrywanie czy na screeningi raka piersi i raka szyjki, to ja bym apelował do rządu, żeby te pieniądze uruchamiać. Ja stworzyłem taki *cancer unit* na poziomie kilku powiatów, no i my to robimy na razie z pieniędzy tych poszczególnych szpitali. Liczymy na to, że w tym roku pieniądze, te wspomniane środki, jednak przyjdą. Nie można przerwać jakiegos programu screeningowego, bo kobiety zgłaszają się do tego programu od stycznia. Jeżeli dostalibyśmy pieniądze pod koniec roku i dopiero wtedy zaczęlibyśmy robić ten screening, to nie będziemy w stanie tych pieniędzy wykorzystać. To trzeba...

(*Senator Tomasz Grodzki: Panie Senatorze, przepraszam bardzo, dziś mówimy o płucu.*)

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowała: Ja tylko chcę tutaj poprawić...*)

Ale pani minister o tym powiedziała, w związku z tym ja się ustosunkowuję do tego, co pani minister...

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowała:

Panie Senatorze, ja tylko pozwolę sobie dodać, że badania screeningowe są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, są one nielimitowane i funkcjonują cały czas.

(*Głos z sali: No właśnie.*)

Nie ma żadnej przerwy w zakresie badań screeningowych. Jeżeli kobieta teraz pójdzie do lekarza, zostanie zrobione badanie screeningowe, bo takie badania są finansowane przez NFZ, i tutaj nie ma limitu. To nie w ramach... One nie są finansowane w ramach 250 milionów, które idą na narodowy program walki z nowotworami. Tam jest zapisana promocja zdrowia i profilaktyka, a samo badanie screeningowe jest finansowane w ramach NFZ; i te badania są nielimitowane.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dobrze, nie będę na ten temat dyskutował. Ja mówię o tym, z czym ja się spotykam. I teraz, Pani Minister, mówimy o telefonie zaufania, on przecież funkcjonuje już od 1995 r. Telefon zaufania, ten PR – tutaj nic nie zmieniamy. Ja tylko apeluję, żeby to, co dotychczas było robione, kontynuować. Bo na Zachodzie w ten sposób nas oceniają, że to było prowadzone, jeżeli chodzi o profilaktykę pierwotną raka płuca, który w ponad 90% – pan profesor może mnie poprawi, ja nie jestem onkologiem – jest spowodowany paleniem tytoniu, i to głównie zmniejszenie liczby osób palących tytoń może doprowadzić do zmniejszenia pracy waszej, torakochirurgów. A w tej chwili, jeżeli my mamy tych ludzi w przeszłości palących dużą ilość tytoniu, no to rzeczywiście ten program wczesnego wykrywania musi funkcjonować. Dziękuję bardzo.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Nie chciałbym jako prowadzący polemizować, ale przypomnę, że te 250 milionów to jest na wszystkie nowotwory, na całą onkologię, a nie na jeden narząd, i gros z tego jest na odnowienie aparatury radioterapeutycznej, tak że torakochirurdzy konsumują z tego znikomą część, i to w sposób niezwykle efektywny, co pan profesor Orłowski był uprzejmy pokazać.

Pan profesor Rzyman z Gdańska.

Ekspert Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Witold Rzyman:

Chciałbym się odnieść do słów pana senatora. Oczywiście ma pan bezwzględną rację, że profilaktyka pierwotna to najważniejsza rzecz, i to jest niepodważalne. Jednakże efekty tego działania są widoczne, tak jak pan również słusznie stwierdził, po wielu, wielu latach, a musimy pamiętać, że problem mamy dziś, bo chorują również ci palacze, którzy rzucili palenie. W 2030 r. w stosunku do dzisiaj będzie 50% więcej zachorowań na raka płuca i w związku z tym będzie 50% albo 40% więcej zgonów – to w zależności od tego, jak sobie to ułożymy. To jest opracowanie pani doktor Didkowskiej z Instytutu Onkologii, która właśnie opublikowała te informacje: 50% więcej raków płuca. Spada palenie papierosów – spada u mężczyzn, u kobiet też zaczyna spadać, a mimo to będziemy mieli za 14 lat o 50% więcej raków płuca. Tak więc trzeba wdrożyć program, który będzie dedykowany tym, którzy zachorują w podanym okresie; nie można ich zostawić samych. Taka jest moja uwaga.

Senator Tomasz Grodzki:

Niewątpliwie kompleks działań od profilaktyki pierwotnej, czyli niepalenie, poprzez wtórną, czyli wczesne wykrywanie, po doskonalenie technik leczenia, i to również tych mało inwazyjnych, do tego żeby to było ekonomiczne, tak spolegliwie dla budżetu państwa... Jedno bez drugiego nie działa, co do tego nie ma cienia wątpliwości.

Czy są inne pytania?

Pani przewodnicząca Czudowska.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję.

Myślę, że z tego programu, który przedstawiła przed chwilą pani minister, ważne jest to, że będzie ktoś, instytucja, która będzie koordynowała i będzie odpowiedzialna za realizację tego programu. Myślę też zresztą, że dotychczasowe powodzenie wczesnego wykrywania raka płuca i ten imponujący wzrost odsetka operowanych w I stadium zaawansowania wynika właśnie z tego, że torakochirurdzy i pulmonolodzy wykonali bardzo dobrą pracę organizacyjną, zaczęli to wszystko liczyć, i ja bym bardzo chciała, żeby na przykład ginekolodzy tak się zajęli rakiem szyjki macicy, jak pulmonolodzy zajęli się rakiem płuca. Bo poradnie, które mają zaopiekuwane pacjentki, czy lekarze ginekolodzy, nie mają niestety takich ambicji, żeby każda ich pacjentka miała raz na 3 lata zrobioną cytologię – tak jest w terenie.

To, o czym pan profesor przed chwilą mówił, ten wzrost, i że musimy wspólnie, politycy i lekarze, przewidywać skutki, i to, co jest dzisiaj, te wszystkie czynniki ryzyka, na które narażają się pacjenci czy społeczeństwo, czasem dobrowolnie, i właśnie ten spadek zachorowalności... Życzylibyśmy sobie, żeby taki spadek był także

w przypadku raka szyjki macicy i raka piersi, który jest moim takim zawodowym hobby. To też będzie, nawet jeżeli nam się uda zahamować – a można to zrobić poprzez promocję – wzrost przyjmowania środków antykoncepcyjnych, to nam wybuchnie za kilka lat w postaci epidemii, wzrostu liczby chorych na raka piersi. Już dzisiaj to jest udowodnione, różne badania podają, że antykoncepcja dostna powoduje wzrost od 10% do 25% liczby przypadków raka piersi. Tak więc my już tego nie zahamujemy teraz, i to się okaże za parę lat. Ale to jest najbardziej istotne dla mnie jako praktykującego lekarza i jako polityka, że będzie instytucja, która regionalnie, a potem centralnie będzie odpowiadała za dany program. Bo dzisiaj nie ma odpowiedzialności za screening raka piersi. Czy przyjdzie 20% kobiet na danym terenie, czy przyjdzie 30%, czy 40%, to ani nie ma gratyfikacji dla tych, którzy tę profilaktykę pierwotną dzisiaj prowadzą, ani nie ma żadnych upomnień wobec tych, którzy się tym w ogóle nie zajmują. Lekarze pierwszego kontaktu, mając mammografię w swoim mieście, nie kierują pacjentek na bezpłatne badania screenin-gowe, nie zalecają im tych badań. Tak że mamy tutaj dużo do zrobienia.

Jeszcze raz powiem: jestem pod wrażeniem i gratuluję. Chyba to jest kwestia organizacji pracy, nie tylko nakładów finansowych.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej.

W nawiązaniu do tej wypowiedzi ja chciałbym podkreślić, że za każdym sukcesem stoi człowiek. I to, że stworzono krajowy rejestr operowanych raków płuca, który swego czasu był pierwszym na świecie takim rejestrem, i to, że to jest rejestr online i że my możemy dostarczyć informację panu ministrowi dzisiaj, ile było dzisiaj zoperowanych raków płuca w Polsce – tego nie ma żadna inna specjalność nie tylko w Polsce, ale także w wielu innych miejscach na świecie – to wszystko, chciałbym z całą mocą podkreślić, to jest osobiste dokonanie i zasługa pana profesora Orłowskiego. Bez niego by tego nie było. Bo nie było łatwo namówić młodych rezydentów, żeby wpisywali do komputerów, do stacji satelitarnych te dane, i nie było łatwo namówić sekretarki, żeby to przerabiała; za tym kryje się praca wielu ludzi. Ale to są twarde dane, które pozwalają wyciągać wnioski oparte na faktach – a takie wnioski są zwykle najlepsze. Dlatego, Pani Minister, pragnę zapewnić, z jednej strony jako środowisko torakochirurgiczne... Chociaż to dziwne, proszę zwrócić uwagę, że to torakochirurdzy, czyli ci fizycznie od wycinania raka, bardziej zajmują się tym screeniowaniem niż pulmonolodzy, których trochę bardziej interesuje POChP czy astma i inne różne takie rzeczy; ale generalnie to jest dobra współpraca. I chciałbym zapewnić, że wykonawcze ramię ministerstwa, tak to nazwę, jest gotowe do działania. My mamy wypracowane schematy, dane, kontakty i jeżeli jako politycy wypełnimy swoją lekcję i zapewnimy finansowanie, to te programy w odniesieniu do raka płuca z pewnością przyniosą społeczeństwu pożytek, i co do tego nie mam najmniejszych wątpliwości. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Ja jeszcze tylko chciałabym dodać, po pierwsze, że dziękuję bardzo w imieniu ministra zdrowia, a po drugie jeszcze chciałabym odpowiedzieć do końca na pytania pana senatora. Otóż w ramach narodowego programu na zadanie dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki nowotworów na lata 2016 i 2017 jest zabezpieczona kwota 42 milionów zł; czyli to, o co pan senator prosił, jest w programie. A oprócz tego jest też w NPZ... Promocja zdrowia jest zabezpieczona w nowym NPZ, są zabezpieczone pieniądze na profilaktykę pierwotną. Jeżeli zaś chodzi o walkę z tytoniem, to te środki, wpływy z akcyzy, idą ogólnie na realizację całości Narodowego Programu Zdrowia, nie konkretnie na walkę z tytoniem, tylko ogólnie na cały program, na Narodowy Program Zdrowia, na wszystkie cele, które są zaplanowane w ramach NPZ. To tyle z mojej strony.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.
Czy są jeszcze głosy w dyskusji?
Pan profesor Adamek, bardzo proszę.

Ekspert Kliniki Torakochirurgii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Mariusz Adamek:

Mariusz Adamek, Śląski Uniwersytet Medyczny.

Ja właśnie jestem pulmonologiem, który też jest zainteresowany screeniowaniem; przyznaję, że jest to dosyć nietypowa sytuacja, że zabiegowcy zajmują się screeniowaniem. Chcę tylko potwierdzić to, o czym mówił tutaj pan senator, bo pamiętam, jak z profesorem Kozielskim już 5 lat temu przystępowaliśmy do tego programu, i nie ukrywam, że byłem rozczarowany, kiedy okazało się, że program jest kierowany do innych regionów. Ale też pamiętam dokładnie, jak pan profesor Orłowski powiedział na jednym ze spotkań Polskiej Grupy Raka Płuca, że pieniędzy jest tyle, ile jest, i że lepiej zwiększyć resekcyjność niż pozostać przy tym, co jest. A program jest oczywiście dużo, dużo droższy niż to, co do tej pory zostało zrobione i co ma już przełożenie na dane epidemiologiczne – co jest, trzeba powiedzieć, rzeczą fenomenalną.

Chcę państwu powiedzieć, bo to niedawno było ogłoszone, że w Stanach Zjednoczonych, jak wiadomo, częścią ObamaCare jest w tej chwili screening raka płuca przy pomocy tomografii niskodawkowej. Trudno powiedzieć, czy to jest już efekt tego, ale epidemiologiczne dane po raz pierwszy pokazały, że przeżywalność globalna 5-letnia, jeżeli chodzi o raka płuca, jest powyżej 21%. To jest pierwszy raz, kiedy ja, obserwując te dane od iluś lat, coś takiego zauważyłem.

Z mojego punktu widzenia, jako lekarza zachowawczego, a nie kogoś, kto operuje, muszę powiedzieć... Zacytuję tutaj to, co napisał niedawno Bruce Pyenson, aktuariusz, który zajmuje się kosztami screeningu raka płuca w Stanach Zjednoczonych. On stwierdził tak: gdyby nawet nie było

programu NLST i tych twardych danych, które tam są, to właściwie screening raka płuca przy pomocy tomografii niskodawkowej i tak powinien być wprowadzony, z tego powodu, że grupa pacjentów jest znana, jest łatwo identyfikowalna, a metoda jako taka jest tania. Ona nie jest bez wad, ale jest tania, więc są to przesłanki...

Tu ktoś z państwa wspominał też o tym, że my nie możemy abstrahować od całej reszty tego, co dotyczy danych – chyba pan profesor o tym mówił – które uzyskujemy dzięki temu badaniu. A to dotyczy zaawansowania POChP, rozdemmy, osteoporozy, to dotyczy jeszcze wielu innych schorzeń śródmiąższowych płuc, choroby wieńcowej i *calcium score*. Tak więc to nie są jedyne dane, które uzyskujemy, robiąc tego typu badania. Takie postępowanie oczywiście automatycznie będzie powodowało, że pacjenci będą mogli być w lepszy sposób zaopatrzeni w odpowiednim czasie, ale też będzie tę metodę potaniało, jeśli będziemy gromadzili większą ilość informacji. Dziękuję bardzo.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję panu profesorowi.

Profesor Rzyman chciałby pokazać jeszcze parę slajdów.

(Brak nagrania)

(Głos z sali: Ale to musi być do protokołu...)

Ekspert Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Witold Rzyman:

To są tylko 3 przeźrocza, przygotowane ad hoc.

W latach 2008–2011, bez zorganizowanej akcji, niezależnie w 4 ośrodkach torakochirurgicznych przebadano 31 tysięcy 400 osób na drodze niskodawkowej tomografii komputerowej. Dlaczego rok 2011? Bo w 2011 r. pękła tama: w Stanach Zjednoczonych zostały opublikowane wyniki NSLT – oni tam przebadali 54 tysiące osób – które potwierdziły, że niskodawkowa tomografia komputerowa zmniejsza umieralność o 20%, czyli jest pełnowartościowym narzędziem badań przesiewowych. Co się stało? W Stanach Zjednoczonych procedura pozwoliła w 2014 r., aby Medicare wprowadził i rekomendował finansowanie tej procedury jako rutynowej dla wszystkich palaczy, osób z grupy ryzyka...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak jakby tu NFZ tak zrobił, tak tam Medicare rekomenduje, decyduje, że można takie badania finansować.

I sprawa ruszyła. Co się stało w Europie i w Polsce? W Polsce i w Europie elementem jak na razie nie do przewyciężenia jest finansowanie, ponieważ to finansowanie... Zwracam uwagę na kosztowość, która dla Europy, dla Polski jest niedostateczna jak na razie. W Europie ten blok już się łamie, pomału zaczyna się o tym... A właściwie nie pomału, tylko dosyć szybko są opracowywane rekomendacje. Zobaczmy, jak tu się znajdzie Polska.

Teraz ja chciałbym pokazać pewien prowokacyjny slajd. Jak bym mógł prosić o następny, i jeszcze raz... Proszę, województwo pomorskie, 2,2 miliona osób, 1400 osób choruje

w tym województwie na raka płuca, umiera 1260, taka jest statystyka. Prawie tyle samo osób umiera, co zachorowuje – no to jest straszne. Koszty leczenia, to są dane z NFZ, w tym roku wynosiły 38 milionów zł.

I poprosiłbym o następny slajd. Dystrybucja tych pieniędzy była taka, jak widzimy. To było po prostu wyciągane po procedurze, bezpośrednio na chemioterapię dano praktycznie 2/3 środków, czyli 16,3 miliona. Chemioterapia jest adresowana do osób, które przy zastosowaniu cytostatyków III generacji mają przed sobą średnio 9 miesięcy życia; to praktycznie paliatywne leczenie osób w wysokim stadium zaawansowania. Gdyby te pieniądze w naszym województwie przeznaczyć na niskodawkową tomografię komputerową, czyli to badanie przesiewowe, zrobilibyśmy, o, tyle badań, 84 tysiące – wtedy to kosztowało 160 zł, teraz troszeczkę więcej – wykrylibyśmy 840 raków płuca, z czego według danych, które my otrzymywaliśmy w naszych projektach, byłoby 538 osób, które byłyby wyleczone z raka płuca w I stadium zaawansowania. Proszę sobie przypomnieć: 1 tysiąc 400 rocznie choruje... Jest to oczywiście prowokacyjne, bo nie sposób odwrócić tego mechanizmu, żeby nie oferować ludziom chemioterapii, która jest dla nich jedyną szansą na przeżycie w tej chwili. Warto jednak znać te liczby.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępca przewodniczącego Dorota Czudowska)

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Rzeczywiście Amerykanie liczą to szerzej, tak jak wspominałem wcześniej, to znaczy łącznie z tym, czy człowiek jest na emeryturze, rencie, czy pobiera zasiłki, czy jest producentem tego lub owego dobra wspólnego. Nie ulega jednak wątpliwości po tej dyskusji, że kompleks działań – czyli skuteczne odzwyczajanie ludzi od palenia, skuteczne wczesne wykrywanie raka płuca, skuteczne, małoinwazyjne leczenie wczesnych postaci raka płuca – to jest ścieżka do walki z tym najgroźniejszym nowotworem dziesiątkującym populację naszego narodu.

Jeżeli nie ma więcej pytań, to poproszę panią przewodniczącą o zamknięcie posiedzenia i zapraszam do dyskusji kularowej.

Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Stanisław Góźdz:

Chciałbym tylko zwrócić uwagę na jeden fakt: ten program – i to jest moja skromna uwaga – gdyby był rozszerzony... Jak pokazywałem na slajdzie, w tej chwili przedwczesna umieralność dotyczy osób również przed czterdziestym rokiem życia, też są zagrożone osoby około czterdziestego roku życia, więc tu co 50 lat, 55 lat, zgodnie z tym, co pokazują tu krzywe przeżycia... To byłoby bardziej realne dla wieku 40 lat.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Weźmiemy to pod uwagę.)

To tylko tyle.

**Zastępca Przewodniczącego
Dorota Czudowska:**

Czy jeszcze ktoś z zaproszonych gości lub z państwa senatorów chciałby zabrać głos? Skoro nie, to w imieniu pana

przewodniczącego Waldemara Kraski, swoim własnym i senatorów Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej bardzo dziękuję jeszcze raz panu senatorowi za inicjatywę i wszystkim państwu za udział w posiedzeniu naszej komisji. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 24)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii