



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (68.)
w dniu 8 maja 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja ministra zdrowia na temat strategii walki z rakiem płuca.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Serdecznie witam na sześćdziesiątym ósmym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Oczywiście z góry przepraszam za perypetie, które dzisiaj niestety miały miejsce w czasie wejścia na teren parlamentu. Nie jesteśmy temu winni. Pierwszy raz w historii się zdarzyło, że są takie problemy. Jeszcze raz państwa z za to serdecznie przepraszam.

Pierwszym punktem naszego posiedzenia jest informacja ministra zdrowia na temat strategii walki z rakiem płuc.

Serdecznie witam panią minister Katarzynę Głowąłę oraz jej współpracowników. Witam serdecznie wszystkich państwa zaproszonych na to posiedzenie komisji. Przykro mi, że niestety nie wszyscy mogli dotrzeć. Witam państwa senatorów, panią przewodniczącą.

I żeby nie tracić czasu, proszę panią minister o przedstawienie informacji...

(Senator Tomasz Grodzki: Czy ja mogę zgłosić wniosek formalny?)

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Panie Przewodniczący! Pani Minister! Panie i Panowie Senatorowie, a przede wszystkim Szanowni Goście!

W Senacie należy używać języka parlamentarnego, więc przy nim pozostanę. Ale mam prośbę do pana przewodniczącego, ponieważ temat jest niezwykle ważny, można by rzec, że jest to jeden z tematów kluczowych dla polskiej onkologii. Tymczasem wiele osób czekających w upale 45 minut po prostu zrezygnowało z tego posiedzenia z powodu poczucia zlekceważenia przez Straż Marszałkowską. Ta sytuacja oczywiście nie jest winą Senatu, tylko straży pana marszałka i powinna być wyjaśniona, tak aby to się nie powtarzało. Jeżeli chcemy tylko pozornie, bardzo powierzchownie omówić temat, to to posiedzenie komisji może się odbyć. Ale jeżeli chcemy nad tym się zastanowić na poważnie, to... Chciałbym poddać pod rozagę wniosek o wyznaczenie nowego terminu. Bo zaproszonych było około 100 czołowych polskich onkologów, patologów i specjalistów rangi krajowej i międzynarodowej, a w sali jest zaledwie kilku czy kilkunastu z powodów, o których przed

chwilą mówiłem. Tak więc bardzo proszę pana przewodniczącego, żebyśmy rozważyli, czy tego tematu nie odłożyć na następne posiedzenie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Senatorze, no ale jesteśmy tu, zebraliśmy się i są osoby, które jakoś się dostały do nas, więc szkoda, abyśmy dzisiaj ten dzień tracili. Dlatego myślę, żebyśmy przepracowali to posiedzenie komisji zgodnie z naszym planem, a sądzę, że do tego tematu jeszcze możemy wrócić. Co prawda to posiedzenie komisji rodziło się w bólach, bo rzeczywiście było kilkukrotnie przekładane, ale myślę, że możemy jeszcze w tym roku pod egidą pani senator Czudowskiej do tego tematu wrócić. Tak więc ja bym proponował, oczywiście jeżeli komisja wyrazi zgodę, dalsze procedowanie. Ale skoro to jest wniosek formalny, to będę chciał go przegłosować.

Kto z państwa senatorów jest za tym, żeby dalej procedować proponowany przeze mnie porządek obrad? (5)

Kto jest przeciw? (2)

Kto się wstrzymał? (0)

Proszę panią minister o przedstawienie informacji.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowąła:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Goście!

Postaram się skupić na najważniejszych sprawach, ponieważ temat raka płuc jest tematem bardzo ważnym, jest dosyć szeroki i bardziej jestem do dyspozycji państwa w zakresie jakichś wątpliwości, pytań. Postaram się przedstawić krótką, zwięzłą informację na temat tego, co minister zdrowia robi w tym zakresie.

Zdaję sobie sprawę, że rak płuc jest pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych w Polsce. W ostatnich latach występuje niepokojący wzrost zachorowalności i umieralności z powodu raka płuc wśród kobiet, co jest związane przede wszystkim z rosnącym udziałem kobiet palących papierosy. Jednocześnie znaczne ograniczenie częstości palenia papierosów występuje wśród mężczyzn. Spowodowało to zmniejszenie zachorowalności i umieralności w tej grupie.

W przypadku raka płuc szczególne znaczenie ma profilaktyka, zmniejszenie narażenia na działanie rakotwórczych składników dymu tytoniowego oraz działania umożliwiają-

ce szybkie wykrycie nowotworu. W Polsce znaczącym osiągnięciem w diagnostyce raka płuc jest poprawa efektywności określana zaawansowaniem klinicznym raka płuc, która jest związana z coraz większymi możliwościami w zakresie wideotorakoskopii i endoskopii wewnątrzoskrzelowej i wewnątrzprzełykowej oraz pozytonowej tomografii emisyjnej.

Minister zdrowia w aktualnym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych zapewnia możliwość bezpłatnych badań w ramach programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Program ten jest adresowany do osób powyżej osiemnastego roku życia palących papierosy, w tym w zakresie diagnostyki POChP w szczególności do kobiet i mężczyzn pomiędzy czterdziestym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia, którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy i u których nie zdiagnozowano wcześniej w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy.

Chcę również zaznaczyć, że podstawą leczenia raka płuc w Polsce jest leczenie chirurgiczne. Zabiegi resekcji miąższu płucnego wykonywane są niestety u niespełna 20% pacjentów, co jest związane ze stopniem zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania. Jednak w ostatnich latach odsetek radykalnych resekcji miąższu płucnego przestaje spadać, co świadczyć może o postępie w procesie diagnostyki. Jednakże niestety w Polsce występuje ta tendencja, że pacjenci zgłaszają się w stanie już, powiedzmy, nowotworowym, co prowadzi do tego, że tak naprawdę są już na takim etapie, że ciężko jest jakby reagować, wyleczyć.

Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prowadzi aktualnie prace mające na celu opracowanie zaleceń postępowania, wskaźników projektu ośrodka koordynującego na danym obszarze, jak również projektu kompleksowego świadczenia gwarantowanego, które zostaną przygotowane w formie projektów do implementacji do odpowiednich zakresów świadczeń gwarantowanych lub obwieszczeń ministra zdrowia. Planuje się, że zostanie opracowane kompleksowe świadczenie gwarantowane z zakresu właśnie leczenia raka płuc, leczenia raka piersi, leczenia raka jelita grubego, leczenia raka prostaty oraz leczenia raka narządów kobiecych.

Jeżeli chodzi o profilaktykę, to minister zdrowia realizuje ją w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, w ramach którego prowadzone są badania w kierunku wykrywania raka płuc. Badania są finansowane w ramach tego programu. Kierowane są do osób spełniających następujące kryteria: wiek od pięćdziesiątego do siedemdziesiątego roku życia, palenie minimum 20 paczolat lub wymiennie innych produktów tytoniowych w tożsamej ilości, narażenie na ekspozycję czynników rakotwórczych, czyli takich, jak azbest, radon, uran, arsenik, beryl, produkty przemiany węgla kamiennego, i niezależnie od wieku do osób ze wskaźnikiem odsetkowym EFV1 poniżej 70% wartości należnych. W przedmiotowych badaniach mogą wziąć udział osoby, które kwalifikują się do grup ryzyka, tj. osoby w wieku 50–70 lat. Jeżeli chodzi o program nowotworowy, który został zaplanowany na lata 2016–2024, to

realizatorem tego zadania, czyli programu badań w kierunku wykrywania raka płuc, jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. W ramach tego programu w 2016 r. wykonano 8 tysięcy 649 badań przesiewowych płuc przy użyciu niskodawkowej tomografii komputerowej, a w roku 2017 – 8 tysięcy 530. Łącznie w latach 2009–2017 wykonano 38 tysięcy 661 badań. Badania w ramach tego programu wykonywane są od roku 2009.

Oprócz badań przesiewowych w kierunku raka płuc w ramach programu istnieje możliwość doposażenia klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuc. Realizacja tego zadania jest nastawiona na uzupełnienie oraz wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do leczenia nowotworów płuca. W 2016 r. wydatkowano na ten cel kwotę w wysokości 10 milionów 814 tysięcy zł, a w 2017 – 12 milionów 73 tysięcy zł, doposażając w sprzęt 20 ośrodków prowadzących leczenie raka płuc. Zgodnie z danymi przekazanymi przez konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej dzięki ustawicznemu doposażeniu ośrodków zajmujących się leczeniem raka płuc w 2017 r. wykonano 3 tysiące 885 resekcji płata płuca oraz 369 resekcji całego płuca. Stosunek odsetka resekcji płata płuca do odsetka resekcji całego płuca z roku na rok jest coraz korzystniejszy. W 1997 r. wynosił on 70%, tzn. wykonano 1 tysiąc 200 pneumonektomii oraz 1 tysiąc 764 lobektomie, w roku 2007 – 26,7%, tj. dysproporcja wynosiła 583 do 2 tysięcy 187, w roku 2016 – 11,3%, zaś w 2017 r. – tylko 9,5%. Dzięki odpowiedniemu wyposażeniu w sprzęt ok. 25% lobektomii jest wykonywanych metodą małoinwazyjną, w tym z zastosowaniem najnowocześniejszych metod dostępu, tzw. uniportalu. W tym roku w ramach tego programu planowany jest zakup... tutaj może nie będę wymieniać całej listy, powiem, że przede wszystkim to są: lampy operacyjne, zestawy narzędzi do wideotorakochirurgii, zestawy narzędzi do otwartej torakochirurgii, bronchoskopy, ultrasonografy, kamery, optyki, wideogastroskopy, zestawy do kriobiopsji wewnątrzoskrzelowej, aparaty RTG przyłóżkowe, stoły operacyjne itd., itd. Myślę, że dzięki temu, jak widać, wskaźniki się poprawiają.

Jeżeli chodzi o leki, to oddam głos pani dyrektor z departamentu polityki lekowej, a ja jestem do państwa dyspozycji.

**Dyrektor
Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Agnieszka Beniuk-Patola:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeśli chodzi o podejście do raka płuca, to oczywiście najistotniejsze jest podejście kompleksowe, to, o którym mówiła pani minister. Ja w swoim krótkim wystąpieniu skupię się tylko i wyłącznie na farmakoterapii, która dla pacjentów z rakiem płuca jest zapewniona zarówno w zakresie chemioterapii, jak i programów lekowych.

Jeśli chodzi o programy lekowe, to zastosowaliśmy kompleksowe podejście, wprowadzając nowe leki w nowym obwieszczeniu refundacyjnym od 1 maja 2018 r. To, jak sądzę, jest znacząca i bardzo dobra informacja dla

pacjentów. Jeśli chodzi ogólnie o programy lekowe, to zgodnie z obwieszczeniem ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych oraz wyrobów medycznych leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc odbywa się w ramach – to są 2 programy – następujących programów: leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc, to jest program B6 do obwieszczenia, o którym wspominałam, w ramach którego z kategorią odpłatności „bezpłatnie” stosowane są substancje czynne gefitynib, erlotynib, kryzotynib, ozymertynib, niwolumab i pembrolizumab... To są leki stosowane... Te 2 ostatnie zostały wprowadzone od 1 maja 2018 r. nowym obwieszczeniem refundacyjnym, o którym wspominałam wcześniej, to jest tzw. immunoterapia, to jest taka nowoczesna terapia, na którą bardzo środowiska i ekspertów klinicznych, i pacjentów oczekiwały. Jest też drugi program, w ramach którego pacjenci są leczeni afatynibem.

Jeśli chodzi o tę immunoterapię, to może nie będę wchodzić w szczegóły kliniczne. Rozumiem, że są tu obecni też eksperci kliniczni. Generalnie w programach lekowych staraliśmy się wykazać kompleksowe podejście uwzględniające w zasadzie tzw. medycynę spersonalizowaną. Tam są oznaczane różne genotypy pacjentów, którzy mają szansę lepiej odpowiedzieć na daną linię leczenia. No, to są np. pacjenci z mutacją w genie EGFR. Tutaj stosowane są gefitynib, erlotynib, afatynib, ozymertynib. Jeżeli chodzi o rearanżację w genie ALK, to stosowane są: kryzotynib; pembrolizumab, jeżeli chodzi o pacjentów z ekspresją tzw. PD-L1 powyżej 50%; niwolumab u pacjentów z typem płaskonabłonkowym niedrobnokomórkowego raka płuca – tutaj jest taka populacja pacjentów niezależnie od stopnia ekspresji PD-L1.

Ten program zawiera oczywiście podział na poszczególne linie leczenia. Te nowe leki w zakresie immunoterapii... Jeden z nich, czyli pembrolizumab, został dodany do pierwszej linii leczenia raka płuca, a niwolumab – do drugiej linii leczenia. Tutaj oczywiście bardzo kierowaliśmy się głosem doradczym, ale w pełnej współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie onkologii klinicznej.

Jeśli chodzi o pierwszą linię leczenia, to dla chorych, którzy wcześniej nie byli poddani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu, są erlotynib, gefitynib, dla chorych, którzy nie byli poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu, jest pembrolizumab, lek z immunoterapii, o którym mówiłam wcześniej. W drugiej linii leczenia podobnie są erlotynib, gefitynib i ozymertynib, no i też ten nowy lek z immunoterapii, czyli niwolumab, niezależnie od stopnia ekspresji genu PD-L1 w przypadku raka płaskonabłonkowego. Trzecia linia leczenia to kryzotynib.

Należy pamiętać też o tym, że leki dostępne w programach lekowych to oczywiście nie jest jedyna farmakoterapia, która jest dostępna dla pacjentów, dlatego że oczywiście nadal pacjenci są leczeni lekami dostępnymi w katalogu chemioterapii. To jest aż 27 substancji czynnych. Może nie będę wszystkich wymieniać, to są znane, uznane od wielu lat leki, niektóre stosowane w zasadzie od kilkudziesięciu lat, no, np. takie jak karboplatyna, cisplatin, ale też nowsze leki, takie jak np. irynotekan czy pemetreksed.

Oczywiście w resorcie jest teraz w trakcie procedowania, no bo to jest ciągła nasza praca, nie tylko ta, która się zakończyła tym majowym obwieszczeniem, które, jak sądzę, jest dosyć dużym przełomem w zakresie dostępu do właśnie immunoterapii jako innowacyjnej terapii w leczeniu pacjentów z rakiem płuc... Ciągłe pracujemy nad nowymi wnioskami refundacyjnymi, które są w trakcie procedowania w ministerstwie na różnych etapach tego procedowania. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister. Dziękuję, Pani Dyrektor.

Rozmawiamy o bardzo poważnych sprawach, bo wiemy, że rak płuca jest nadal tą pierwszą w kolejności przyczyną zgonów w Polsce, myślę, że nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Średnio ok. 16 tysięcy mężczyzn rocznie umiera z powodu raka płuca i 7,5 tysiąca kobiet. Dlatego teraz bym chciał oddać głos stronie czysto medycznej.

Proszę się przedstawić, powiedziec, kto będzie państwa reprezentował, a jeżeli macie prezentację, to oczywiście proszę.

Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Joanna Chorostowska-Wynimko:

Dzień dobry.

Joanna Chorostowska-Wynimko. Ja jestem profesorem, pracuję w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Byłam koordynatorem grupy ekspertów, która przygotowała dokument pod nazwą „Strategia dla raka płuca”. To jest dokument, w którym zebrane są prace ekspertów nie tylko z dziedziny onkologii klinicznej. Chciałabym państwu przypomnieć, bo myślę, że warto w kontekście wypowiedzi pani minister to zrobić, że poza onkologami klinicznymi w cały proces diagnostyki i leczenia zaangażowanych jest wiele specjalności w sposób bardzo czynny. Mam tu na myśli specjalistów chorób płuc, którzy są tą pierwszą grupą specjalistów prowadzących diagnostykę, oczywiście torakochirurgów, ale również patomorfologów, genetyków klinicznych, radioterapeutów. Ta grupa ekspertów jest niezwykle szeroka i warto o tym pamiętać, bo myślę, że niektórych czy wielu elementów niestety zabrakło w tej prezentacji przedstawionej przez panią minister.

Ja może nie będę przypominała danych epidemiologicznych. Pan senator był uprzejmy przypomnieć, o jak dużej populacji Polek i Polaków mówimy. Powiem tylko, proszę państwa, że rzeczywiście jest to ogromny problem społeczny, ogromny problem medyczny i niestety problem narastający. Jeśli spojrzycie państwo na trendy, to wyraźnie widać, że niestety rośnie liczba Polek umierających z powodu raka płuca, a trendy w zakresie umieralności ogólnej również nie są trendami, które powinny nas uspokajać.

Jeśli spojrzymy na 5-letnie przeżycie chorych na raka płuca... Myślę, że ten slajd bardzo mocno wskazuje problem, z jakim się borykamy. Tylko ok. 10–13% chorych przeżywa 5 lat. I widzicie państwo porównanie z chorymi na raka piersi czy z chorymi na raka gruczołu krokowego.

Tak więc mówimy nie tylko o bardzo dużej liczbie chorych, ale również o poważnym problemie medycznym, ponieważ nasi chorzy nie przeżywają również dlatego, że jak mówiła pani minister, niestety rozpoznajemy raka płuca relatywnie późno. 4% i 13% to stopnie zaawansowania pierwszy i drugi, to są ci chorzy, którzy bezwzględnie powinni być leczeni chirurgicznie. 28% to stopień trzeci i tylko część tych chorych jest kwalifikowana do leczenia chirurgicznego. Stopień czwarty i większość chorych w stopniu trzecim to są chorzy, których nie możemy leczyć chirurgicznie, oni kwalifikują się wyłącznie do farmako- i radioterapii. W związku z tym, jeśli mówimy o leczeniu chirurgicznym, to faktycznie jest to jedyne leczenie, które naszym chorym oferuje potencjalną szansę na wyleczenie z powodu raka płuca. Jak państwo widzicie, ok. 20% chorych jest operowanych w Polsce i jest bardzo dobry odsetek 5-letnich przeżyć jak na raka płuca, natomiast znakomita większość chorych to są chorzy nieoperacyjni z niewielkim przeżyciem 5-letnim, ok. 5 lat.

I o ile faktycznie działania Ministerstwa Zdrowia w zakresie torakochirurgii... Należy tutaj podkreślić bardzo pozytywną stronę działań ministerstwa. Ale my przede wszystkim chcemy zwrócić państwa uwagę na problem, jakim jest postępowanie medyczne dotyczące tych chorych, którzy do leczenia operacyjnego już się nie kwalifikują, a jak państwo widzicie, to jest przytłaczająca grupa chorych na raka płuca w Polsce. Nad tym również skupiliśmy się w tym dokumencie, którego stronę tytułową państwu pokazuję. To był dokument opracowany przez wielu ekspertów, wymieniałam ich, pod auspicjami Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Polskiej Grupy Raka Płuca i Polskiej Ligi Walki z Rakiem. My zajęliśmy się właściwie całym przekrojem problematyki związanej z rakiem płuca, również profilaktyką pierwotną, o której mówiła pani minister. Przypomnę tylko, że POChP nie jest bezpośrednią przyczyną raka płuca, jest jedynie czynnikiem ryzyka raka płuca. Tak więc aczkolwiek niezwykle doceniamy państwa działania zmierzające do zwiększenia wykrywalności POChP, która sama w sobie jest ogromnym problemem w Polsce, to jest to jedynie jest niewielki krok w kierunku rozwiązania problemu raka płuca.

Mówimy tutaj również o profilaktyce wtórnej. I tu chciałabym powiedzieć, że niestety w zakresie zachęcania Polek i Polaków do rzucania tytoniu spodziewalibyśmy się dużo więcej ze strony Ministerstwa Zdrowia, również w kwestii przekazania środków z akcyzy na działania związane z profilaktyką pierwotną i wtórną palenia, chociażby na rozwój poradnictwa antytytoniowego, które właściwie w Polsce nie istnieje. Powiem, że w Warszawie, w tak dużym mieście, jest tylko jedna poradnia antytytoniowa, w Polsce jest ich tylko kilka.

Ale to, na co dzisiaj chcielibyśmy zwrócić państwa uwagę, to te części dokumentu, które poświęcone są sprawie jakości i skuteczności diagnostyki i leczenia. Pani minister bardzo wiele mówiła o leczeniu, leczeniu chirurgicznym. Była mowa o leczeniu farmakologicznym. Praktycznie ani słowo nie padło na temat diagnostyki raka płuca dotyczącej tych chorych, którzy nie kwalifikują się do leczenia chirurgicznego. O tym jeszcze powiem parę słów, pokażę parę statystyk.

Chcemy zwrócić państwa uwagę na te elementy, na które realnie mamy wpływ, a więc to jest proces, który podlega opiece specjalistycznej, diagnostyce i leczeniu specjalistycznemu. W Polsce, w polskim systemie opieki zdrowotnej niestety występuje wiele problemów i to niekoniecznie są, co chciałabym podkreślić, problemy związane z finansowaniem. Najłatwiej wskazać, że przyczyną jest brak środków, ale w naszym odczuciu bardzo istotną przyczyną, jedną z kluczowych przyczyn jest bardzo zła organizacja procesu diagnostyki i procesu leczenia, właściwie brak połączenia tych procesów ze sobą i brak połączenia różnych elementów procesu diagnostycznego i procesu terapeutycznego.

Jak państwo widzicie, wpisaliśmy tutaj niewystarczającą infrastrukturę. Pani minister mówiła bardzo wiele o chirurgii klatki piersiowej. Wspaniale, bardzo za to dziękujemy, rzeczywiście polska torakochirurgia ma się czym chwalić, jesteśmy z niej dumni, ale o polskiej pulmonologii państwo nie pamiętacie. Ja zaraz pokażę dane wskazujące, dlaczego o tym mówię, bo myślę, że warto, abyście państwo pamiętali również o tej grupie specjalistów, którzy de facto diagnozują ogromną większość chorych na raka płuca. Niewłaściwa organizacja systemu, brak połączenia poszczególnych etapów... Oprócz tego chciałabym też zwrócić uwagę na to, że mamy problem z jakością wykonywanych procedur i z niską efektywnością kosztową. Myślę przede wszystkim czy nie przede wszystkim, ale w dużym stopniu o diagnostyce patomorfologicznej i genetycznej. Byłyście panie uprzejmie wskazać ten element diagnostyki jako niezwykle istotny z punktu widzenia leczenia. Faktycznie, nie ma w tej chwili nowoczesnego leczenia raka płuca bez odpowiednio wykonanej diagnostyki patomorfologicznej i genetycznej. A w Polsce, jak państwo widzicie – tu to wypunktowaliśmy – mamy zdecydowany problem z diagnostyką patomorfologiczną, z dostępem do diagnostyki jako takiej, do dobrej jakościowo specjalistycznej diagnostyki patomorfologicznej. Ona jest też bardzo rozproszona. Dalej: brak połączenia procedur diagnostyki patomorfologicznej i genetycznej, a ta diagnostyka powinna być wykonywana w sposób kompleksowy, brak kontroli jakości, całkowity brak kontroli jakości, brak akredytacji. I to niestety rodzi koszty dla pacjenta, rodzi koszty dla systemu. Jeśli chodzi o leczenie raka płuca, to właściwie wszystko to, o czym mówiłam, powtarza się na tym slajdzie: rozproszenie, brak koordynacji, przerwy w leczeniu, niska efektywność ekonomiczna, i tu przede wszystkim mam oczywiście na myśli nie leczenie chirurgiczne, tylko leczenie farmakologiczne.

Może pokażę państwu parę danych, żeby nie być gołosłowną.

Dane NFZ wskazują, że w roku 2014 zostały wykonane 62 tysiące hospitalizacji u 46 tysięcy osób, co oznacza, że u prawie 33% hospitalizacja była powtórna. To wynika w dużym stopniu z przewlekłości procesu. Część procedur musimy powtarzać. I zwróćcie państwo uwagę, że nie na darmo mówiłam o pulmonologii, o oddziałach chorób płuc: 58% wszystkich hospitalizacji tam, gdzie prowadzi się diagnostykę raka płuca, wykonywanych jest w oddziałach chorób płuc, 26% – w oddziałach wewnętrznych, to są na ogół oddziały, które działają w ramach szpitali pulmonologicznych albo mają pododdziały pulmonologiczne,

a jedynie 10% i odpowiednio 4% – na onkologii i chirurgii klatki piersiowej. W tym kontekście mówię o tym, że bardzo państwa prosimy o to, żeby jednak zwrócić uwagę na proces diagnostyczny. Jeśli rak nie jest zdiagnozowany odpowiednio szybko i adekwatnie, to nie możemy mówić o nowoczesnym leczeniu.

Bronchoskopię... Dofinansowujecie państwo torakochirurgię, a w ogóle nie ma takiego programu dla pulmonologii. Tymczasem zdecydowana większość pulmonologów wykonuje diagnostyczne bronchoskopie. Tutaj pokazuję liczby. I proszę zwrócić uwagę, że niestety większość tych procedur wykonywanych jest w ramach hospitalizacji, chociaż my chcielibyśmy robić przynajmniej w części, u tych chorych, którzy są w dobrym stanie pod względem sprawności, diagnostykę ambulatoryjnie. Tak byłoby dużo taniej, dużo szybciej i myślę, że dużo bardziej komfortowo dla chorych. Niestety, sposób refundacji tych badań diagnostycznych jest bardzo niekorzystny i szpitale de facto są zmuszane do tego, aby tę diagnostykę prowadzić w warunkach hospitalizacji.

I jeszcze tylko jedno dane, dotyczące tomografii komputerowej. To jest następne wąskie gardło na etapie wstępnej diagnostyki, podczas której my rozpoznajemy nowotwór. Tomografia komputerowa. Spójrzcie państwo na dane z ostatnich 10 lat. Wyraźnie widać, że w 2015 r. jest znaczący wzrost liczby wykonanych procedur. Ale zwróćcie państwo uwagę, że u mniej więcej 30% chorych te procedury są powtarzane w ciągu roku. I to wynika, niestety, w dużym stopniu z tego, że procedury są przewlekłe i w momencie podejmowania decyzji związanych z terapią musimy tę diagnostykę powtarzać, dlatego że poprzednia tomografia była wykonana zbyt dawno.

Tak że to są te etapy, na które zwracamy państwa uwagę: diagnostyka specjalistyczna zmierzająca do rozpoznania; długi okres oczekiwania, nawet do 160 dni; nieoptymalne wyposażenie pracowni bronchoskopowych; diagnostyka specjalistyczna zmierzająca do ustalenia strategii terapeutycznej, bo mamy duży problem z bardzo rozwlekłą, źle skoordynowaną diagnostyką patomorfologiczną, genetyczną, z istotnymi wątpliwościami co do jakości części procedur, za które płaci Narodowy Fundusz Zdrowia. I przypomnę jeszcze, że nie ma w ogóle wyceny procedur patomorfologicznych, w związku z czym są to procedury spychane na margines przez szpitale, wyrzucane poza szpitale, co niestety doprowadza chociażby do przewlekłości i do złej jakości, o której mówiłam.

To jest nasza propozycja, nie będę je omawiała, to nie czas i miejsce na to. Proponujemy, żeby znacząco lepiej skoordynować ten proces, żeby stworzyć ośrodki, które będą miały określone referencje, które będą wyposażone w odpowiedni sposób, żeby stworzyć listę świadczeń, która będzie przypisana do ośrodków kompleksowej diagnostyki raka płuca, a w ten system powinny być też wpisane wskaźniki jakości, jakości kontraktowania usług i jakości, która będzie również ważyła na tym, że płatnik będzie płacił za te procedury, tak żebyśmy nie płacili za procedury niewartościowe. I to jest mój ostatni slajd.

Bardzo państwa namawiamy do tego, żeby uruchomić pilotaż w wybranych ośrodkach. Jest kilka ośrodków w Polsce przygotowanych do tego, które prowadzą zarówno

diagnostykę, jak i leczenie. Mój ośrodek obejmuje wszystkie aspekty diagnostyki, leczenia chirurgicznego i leczenia farmakologicznego. Są inne takie ośrodki w Polsce. My jesteśmy chętni, jesteśmy gotowi, żeby z państwem współpracować, żeby przygotować zarówno kryteria referencyjności takich ośrodków, ocenę sposobów działania, wycenę procedur, zaproponować system poprawy i kontroli jakości, tak żeby rzeczywiście wpisać w sposób harmonijny, żeby te działania ministerstwa, które my doceniamy... Nie chciałbym być źle zrozumiana, my bardzo doceniamy państwa działania, ale mam wrażenie, że one nie są skoordynowane, obejmują tylko wyrywkowo niektóre fragmenty związane z szerszym aspektem, i to niekoniecznie te aspekty czy te elementy, które dotyczą większości chorych, bo niestety 80% chorych nie kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Pani minister na pewno chce ad vocem, odpowiedzieć. Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Glowala:

Ja chciałabym powiedzieć, że – ja już to przedstawiłam – Ministerstwo Zdrowia z agencją pracuje właśnie nad opracowaniem zaleceń postępowania, wskaźników dla takiego ośrodka koordynującego. Są tutaj państwo z agencji. Rozpoczęliśmy w zakresie tzw. breast unitów, ale kolejnym jakby... Kolejnymi kompleksowymi świadczeniami będzie właśnie leczenie raka płuca, leczenie raka jelita grubego, leczenie raka prostaty i leczenie raka narządów kobiecych. I wtedy, kiedy agencja będzie realizować taki projekt, bo kończą się prace nad tzw. breast unit, na pewno środowisko zostanie poproszone o współpracę z agencją nad tak takim kompleksowym produktem, który będzie dotyczył całości, kompleksowego leczenia.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Ponieważ teraz głos będą mieli senatorowie, ja mam pierwsze pytanie, może do pani profesor. Na jednym ze slajdów pokazała pani, że 5-letnie przeżycie ma średnio ok. 11–13% pacjentów. Czy to dotyczy tylko naszego kraju? Czy taki trend jest w Europie czy na świecie, czy też my tak zdecydowanie odstawiamy od reszty świata?

Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Joanna Chorostowska-Wynimko:

Odstawiamy od Europy. Jedyny ważny wskaźnik, w przypadku którego w Polsce nie odstawiamy od średniej, a nawet, powiedziałabym, przekraczamy średnią europejską, to jest operacyjność czy operowalność raka płuca. Chcielibyśmy

państwu przedstawić pełen aspekt. Dzięki działaniom Ministerstwa Zdrowia i kolegom specjalistom chirurgii klatki piersiowej rzeczywiście polska torakochirurgia przekracza średnią europejską. Jednak w pozostałych zakresach – z przykrością muszę to powiedzieć – niestety zostajemy daleko w tyle.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

A teraz głos mają senatorowie.

Pani przewodnicząca Dorota Czudowska. Proszę.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja właściwie z tym samym problemem. W opracowaniu „Strategia dla raka płuca”, którą od pani profesor miała zaszczyt otrzymać, przeanalizowałam trochę tabelkę. Jest tu wskaźnik 5-letniego przeżycia względny chorych na raka płuca w Europie. I okazuje się, że wśród krajów Unii Europejskiej zajmujemy szóste miejsce. Jest tutaj podany wskaźnik za 2014 r. czy 2013 r., przeżycia u nas wynoszą 14,4%. Najwyższe przeżycia ma Austria – 16,7%. I tutaj moje pytanie: co takiego robi Austria, do jakiego modelu mamy się zbliżyć? Chociaż z drugiej strony to też chyba nie jest dobry model, skoro ten wskaźnik jest wyższy o tylko niecałe 3 punkty procentowe.

Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Joanna Chorostowska-Wynimko:

Ja mogę tylko skomentować. Proszę pamiętać, że my nie mamy pełnych danych dla naszego kraju. Te dane, którymi się posługujemy w naszym opracowaniu, a które była pani uprzejma zacytować, to są dane wrywkowe, dane pochodzące z ośrodków dobrze zorganizowanych, które takie lokalne rejestry prowadzą. W związku z tym można powiedzieć, że to jest to, czym możemy się pochwalić. Jednak nie wiemy, jakie są faktyczne dane dla Polski. Może na przykładzie raka płuca, operowalności raka płuca pokażę państwu – nie mam slajdów, ale z pamięci powiem – że... Mówiłam o tym, że mamy bardzo dobry odsetek operowanych chorych w skali europejskiej, ale są województwa, w których ten odsetek sięga 26%, a są takie województwa, w których wynosi on prawie 0. Tak więc pamiętajcie też państwo o tym, że nie mamy wiarygodnych kompleksowych danych dla naszego kraju. Ten system, który proponujemy, mógłby również służyć do tego, żeby takie dane zbierać.

(*Senator Dorota Czudowska: Ale czy Austria też ma niewiarygodne dane?*)

Wedle mojej wiedzy w Austrii prowadzone są co najmniej 2 rejestry. Jeden z tych rejestrów prowadzony jest przez ośrodki płucne i oni mają bardzo wyczerpujące dane ze wszystkich ośrodków pulmonologicznych w Austrii dotyczących raka płuca.

Senator Dorota Czudowska:

No właśnie, ale też jest to... Dla nas, onkologów jest to wskaźnik... W Europie... Austria ma dobre wskaźniki, ale porównajmy to też z wyleczalnością innych nowotworów i przeżywalnością 5-letnią... No, to jest po prostu straszna statystyka. I wiemy, że nowotworów będzie coraz więcej, nowotworów płuc także. Różne są tu przewidywania, ale chociażby Krajowy Rejestr Nowotworów przewiduje, że w 2025 r. będą u nas 32 tysiące zachorowań. Ten rak jest stygmatyzowany jako ten najgorszy, no ale dlatego też rozmawiamy, że my nie możemy tak się godzić na to, że wiadomo, że jak ktoś ma raka płuca, to musi umrzeć, a przeżyje tylko niewielka liczba pacjentów. Musimy się przygotować też na ten wzrost, stąd te organizacyjne... Na pewno jest konieczna jakaś zmiana organizacji podejścia do wczesnego wykrywania, choć może w przypadku tego raka płuca to wczesne wykrywanie jest trudne, więc zmiana podejścia do diagnostyki i tej jakiejś organizacji. Z tego materiału wyczytałam też, że najwięcej lekarzy pulmonologów jest w lubelskim, w którym jest najmniejsze przeżycie na raka płuca. To są takie paradoksy. Są lekarze, zatem chyba tam ci lekarze nie mają narzędzi. Tak więc trzeba by dobrze to skoordynować i wszystko prześledzić, żeby potencjał lekarzy móc wykorzystać. Bo to jest paradoks: najwięcej lekarzy jest w lubelskim, a tam jest największa śmiertelność na raka płuca. To takie moje uwagi po przeanalizowaniu tego świetnego dokumentu. No i właśnie pytanie, co mamy zrobić, żeby się przygotować na falę wzrostu liczby nowotworów, gdzie jest ten najsłabszy punkt w procesie diagnostyczno-terapeutycznym i na kim się mamy wzorować, na jakich systemach w świecie, żeby to trochę poprawić. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Kto z państwa senatorów chciałby jeszcze zabrać głos? Skoro nie ma chętnych senatorów, to z kto z państwa zaproszonych gości chciałby zabrać głos?

Proszę bardzo. I proszę się przedstawić.

Dyrektor Naczelny Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie Irena Petryna:

Moje nazwisko Irena Petryna, jestem dyrektorem Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie.

Moje województwo jest właśnie przykładem takiego województwa – Szanowny Panie Przewodniczący, Pani Minister, Szanowni Państwo – w którym nie mamy ośrodka kompleksowego leczenia chorób nowotworowych. To jest paradoks, ale tak jest. Oddział torakochirurgii mieści się w innym szpitalu. Wszystkiego, o czym pani profesor mówiła, czyli podwójnego wykonywania badań, wydłużania się procesu terapeutycznego, przykładem są Warmia i Mazury, gdzie jednocześnie są najgorsze wskaźniki, jeśli chodzi o umieralność na nowotwory płuc. Osobiście podejmuję bardzo różnorodne działania i bardzo serdecznie za wsparcie dziękuję konsultantom, panu prof. Grodzkiemu,

pani prof. Gabryel-Baturze, jak również poprzedniemu ministrowi, pani senator Orzechowskiej, dziękuję za to, że podejmujemy te wszystkie działania. Ja bym tu bardzo apelowała do naszej wspaniałej szanownej pani minister, która pochodzi z Warmii i Mazur, z Dobrego Miasta, abyśmy właśnie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, Pani Minister, ale naprawdę ten wysiłek, który ja wkładam osobiście jako dyrektor, który wkładają nasz wojewoda warmińsko-mazurski, marszałek, powinien zaowocować – Pani Profesor, chylę czoła – w zakresie kompleksowości leczenia nowotworów płuc. Ja nie jestem lekarzem, ale zdobyłam tyle wiedzy na ten temat, że w pełni to popieram. Mamy profesjonalnych, wspaniałych lekarzy pulmonologów, mamy onkologów, bardzo dobrą chemię, mamy rehabilitację, jest torakochirurgia, a migracja pacjentów wynosi 45%, koszty są przeogromne. I, Pani Minister, ja słucham z otwartymi ustami – przepraszam – że państwo macie środki na zakup sprzętu na oddział torakochirurgii do bloku operacyjnego. Wystąpiłam, mam projekt, wszystko mam gotowe, mam dotację – przepraszam, już kończę – pana marszałka w wysokości 20%. Błagam z całego serca, aby 80% to była dotacja celowa naszego rządu, i gwarantuję, że za 2 lata wszystkich państwa zaproszę na otwarcie wspaniałego ośrodka, który będzie cudownie leczył pacjentów. W tej chwili – mówię to z bólem serca – jesteśmy w statystyce na końcu. A koszty, jakie są... Pani Profesor, w pełni panią popieram. My robimy bronchoskopię, robi torakochirurgia, a pacjent jedzie do Warszawy na zabieg, bo u nas trzeba czekać, powiedzmy, i cały czas koszty rosną. Pacjent błądzi, a państwo jako specjaliści wiecie najlepiej, że okres diagnostyki się wydłuża i często bywa tak, że kiedy już trafia na stół operacyjny, to nowotwór jest nieoperacyjny. Tak że z głębi serca w imieniu wszystkich mieszkańców Warmii i Mazur proszę państwa wszystkich razem i każdego z osobna o wsparcie i pomoc, tak aby na Warmii i Mazurach był przynajmniej ten jeden kompleksowy ośrodek leczenia i diagnozowania chorych nowotworowych. Dziękuję serdecznie i proszę o wsparcie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Dyrektor.

Czy pani minister chciałaby zabrać głos?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna

Głowska: Nie.)

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Pani? Proszę bardzo.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Chorób Płuc Halina Batura-Gabryel:

Halina Batura-Gabryel. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie chorób płuc i m.in. bardzo mocno zajmujemy się rakiem płuca.

Chciałabym zwrócić uwagę na to, że wiemy dużo o tym nowotworze, jest duża wiedza teoretyczna i praktyczna, a najgorsza jest organizacja w zakresie dotarcia tego pacjenta w odpowiednim czasie w odpowiednie miejsce. Tutaj

zatrzymaliśmy się na poziomie lekarzy pulmonologów. Zaczyna się to niestety od lekarzy rodzinnych. Objawy kliniczne, jakie daje rak płuca, tzn. kaszel, krwioplucie, duszność, utrata masy ciała, często występują w okresie późnym i to jest jedna z przyczyn tego, że pacjenci nie docierają w odpowiednie miejsce we wczesnym stadium. I właściwie dużym zadaniem lekarza rodzinnego jest to, żeby on był czujny onkologicznie. Bo lekarze bardzo często nie zauważają tego, co się dzieje z ich chorym, np. z chorym na POChP. Czyli co powinniśmy zrobić? Powinniśmy nadal uczyć lekarzy rodzinnych i bardzo ich uwrażliwiać na raka płuca.

Druga sprawa. Zanim pacjent trafi od lekarza rodzinnego do pulmonologa, mija długi okres. Od pulmonologa... Te wszystkie rzeczy, które pani profesor przedstawiała... Na każdym etapie tego procesu jest długie czekanie. Nie mamy procedury fiberoskopowej ambulatoryjnej, nie ma czegoś takiego, co mają gastroenterolodzy, że są odrębnie kontraktowane procedury gastroskopii i kolonoskopii. My takiej procedury nie mamy. Dlatego w wielu ośrodkach nie wykonujemy tego ambulatoryjnie. Ja jestem z Poznania, my mamy takie miejsce. To byłoby bardzo cenne, żeby robić właśnie takim sposobem bronchoskopię jak u nas. Mamy ośrodek, powiedzmy, pracownię diagnostyki inwazyjnej układu oddechowego, gdzie mamy fiberoskopię, EBUS-y, EUS-y, których zresztą bardzo brakuje. I to by było duże wspomnienie dla nas, gdybyśmy zrobili taki program, jaki mają torakochirurdzy. To na pewno odzwierciedliłoby się w tym, że mielibyśmy wcześniej diagnozowanych chorych i lepiej diagnozowanych.

Oczywiście kolejną sprawą jest to, że my czekamy na badania patomorfologiczne – to jeszcze nie padło – 3–4 tygodnie. Tak że ten okres to jest okres straty pacjenta, wielu chorych, którzy mogliby być operowani np. w stadium trzecim, a przy tak długiej diagnostyce oni tracą szansę na operację i tym samym pogarszają się wyniki diagnozowania.

Co jeszcze chciałabym tutaj powiedzieć? Pilotaż byłby... Aha, jeszcze chcę powiedzieć o tym ośrodku, to jest ostatnia sprawa, o której chcę powiedzieć. W naszym ośrodku mamy pracownię fiberoskopową, w której odbywają się fiberobronchoskopie pod opieką anestezjologa, co powoduje, że w bardzo humanitarny sposób te zabiegi przebiegają. Mamy też 2 sale, w których pacjent przebywa po wykonaniu bronchoskopii pod opieką również anestezjologa i pielęgniarek. Taki pacjent może iść do domu w tym samym dniu, nie potrzeba 4-, 5-dniowego pobytu szpitalnego, w ramach którego zwykle fiberoskopia tradycyjnie jest wykonywana. To jest coś, co naprawdę powinno być wzięte pod uwagę w takim rozważaniu. To jest jedna sprawa.

I druga sprawa. Jest takie przekonanie w społeczeństwie, że to nie pulmonolodzy diagnozują raka płuca i nie leczą również raka płuca, ale wyłącznie onkolodzy. I być może takie nastawienie, taki sposób podejścia do tego problemu jest właśnie jedną z przyczyn tego, że jest taka współpraca w ośrodku, ale nie ma generalnie myślenia o współpracy, specjaliści innych dziedzin – to nie tylko nas dotyczy, dotyczy to także urologów – którzy mają dużo do powiedzenia, w ogóle nie są brani pod uwagę w takich spotkaniach – no, tu akurat jesteśmy, bo było dużo naszej inicjatywy – dotyczących onkologii. A potem powstają ta-

kie projekty, które kupy się nie trzymają. Tak że chciałbym zwrócić uwagę na to, że naprawdę taka współpraca interdyscyplinarna pomogłaby poprawić sytuację. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Andrzej Marszałek:

Dzień dobry.

Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, prezes towarzystwa patomorfologów, urodzony w Olsztynie.

(Wesołość na sali)

Patomorfolodzy byli tutaj wywoływani do odpowiedzi kilkakrotnie. Ja powiem tak: ministerstwo dzięki swojej łaskawości pod koniec grudnia zeszłego roku opublikowało rozporządzenie dotyczące standardów. Ono daje bardzo duże możliwości organizacyjne, dlatego że dokładnie definiuje, co to jest zakład patomorfologii. Co prawda są 2 lata na wprowadzenie, ale czas szybko biegnie.

Drugi element jakościowy, o którym trzeba pamiętać... Trzeba też wiedzieć, że na trochę innym etapie rozwoju organizacji służby zdrowia polskie towarzystwo wprowadziło system licencjonowania zakładów. Lista takich zakładów obejmuje w tej chwili 80 jednostek. Są tam mniejsze i większe. Ten element, który, jak myślę, jest obecnie istotny, jest też taki, że w ostatnich latach zostały opublikowane standardy, jak postępować z materiałem pooperacyjnym po to, żeby to zostało właściwie opracowane. Na wdrożenie tego brakuje niestety pieniędzy. I to, nad czym teraz pracujemy... Z centrum monitorowania jakości, jesteśmy już, że tak powiem, po słowie, po to, żeby i standardy organizacyjne, i procedury objąć audytem zewnętrznym, żeby można było wskazać jednostki, które są warte dofinansowania.

Dlaczego mówię o tym dofinansowaniu? Dlatego, że jak sami państwo wiedzą, jeżeli nie ma procedury dotowanej bezpośrednio, jeżeli ona jest kosztem, to się tnie koszty. I w większości kraju z patomorfologią jest tak, że jest ona... Jest brzydkie angielskie słowo „outsourcing”, a ja używam innego brzydkiego słowa, słowa „catering” w odniesieniu do tych usług. To powoduje, że rzeczywiście to oczekiwanie może się wydłużać. Akurat ja jestem w takiej szczęśliwej sytuacji, że w Wielkopolskim Centrum Onkologii drobne materiały są diagnozowane w 96% w ciągu 2 dni, a duży materiał pooperacyjny w ciągu tygodnia. Ale to jest jedyne takie miejsce, w którym mamy 11 specjalistów pracujących i mogących to diagnozować.

Problem jest też taki, że jeżeli za pewnymi procedurami nie pójść pieniądze, to nie będziemy mieli patologów. Ministerstwo się różni w ocenie liczby patologów obecnych na rynku. Państwo mają dane z NIK i z izby lekarskiej i według nich jest ich ok. 800, ale są tam też ujęte osoby, które są po jedynce i nie wykonują zawodu, oraz osoby, które mają dwójkę i nie wykonują zawodu. My ich policzyliśmy, zrobiłem spis ludu patologicznego w Polsce. Jest ich 450,

z czego 130 jest rezydentami, czyli też nie mają pełnych praw wykonywania tej diagnostyki. Jeżeli byśmy wzięli pod uwagę wiek emerytalny, czyli 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn, to z tej listy zostałyby ok. 200 patologów. Tak więc to jest generalnie dosyć mało.

Ale wracam do samego początku. Jeżeli państwo chcą zrobić taki system, tak jak to przedstawiała pani profesor, kompleksowej diagnostyki, w tym patomorfologicznej, to proszę pamiętać, że np. sukcesy, jakie są w przypadku raka piersi – to jest właściwie spektakularne, że te osoby żyją coraz dłużej – wynikają również z tego, że badania patomorfologiczne są robione na miejscu, w pobliżu chirurgów i badania genetyczne też są robione na miejscu. Tu nie chodzi o to, że gdyby były rozproszone, mogłoby być inaczej, tylko o to, że te osoby o siebie, mówiąc kolokwialnie, się ocierają na korytarzu, wymieniają informacje na temat takich czy innych trudności i dopracowują pewne metody. Myślę, że droga do tego, żeby w pewien sposób ten system trochę uzdrowić czy trochę polepszyć, to wykorzystanie tych narzędzi, które już są, m.in. w diagnostyce patomorfologicznej, dosypanie trochę grosza, ale w sposób celowany, po to, żeby wymusić pieniędzmi tę diagnostykę kompleksową od początku do końca w jednym miejscu w ośrodku, który potrafi zabezpieczyć... To jest jedyna droga do sukcesu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo.

Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii na Wydziale Lekarskim I na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu Rodryg Ramlau:

Katedra i Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, urodzony w Poznaniu.

(Wesołość na sali)

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Pani Minister! Szanowni Zebrani!

Ja chciałbym poruszyć 2 tematy, które, jak uważam, w tym miejscu, w którym się mówi o chorych na raka płuc, powinny zostać poruszone. Przede wszystkim ukłon w stronę ministerstwa, że po niemal 3 latach dostrzegło naszą trudną drogę i walkę nas, lekarzy zajmujących się chorymi na raka płuca, organizacji pacjenckich, którym też serdecznie dziękuję za zaangażowanie i wspólny trud, który ponieśliśmy, aby w jakiś sposób dorównać krajom Unii Europejskiej w dostępie do nowoczesnego leczenia. Immunoterapia raka płuca – tak jak podkreślam, czasami nie wszyscy z tym się zgadzają – jest swoistego rodzaju przełomem w odniesieniu do tej jednostki chorobowej. Te współczynniki, o które pytała pani senator, z pewnością ulegną zmianie w ciągu najbliższych 5, może 10 lat ze względu na to, że w tej chwili dzięki immunoterapii możemy mówić o raku płuca jako o chorobie przewlekłej. Dotychczas to, niestety, w przypadku większości chorych, o których tutaj mówimy, było postępowanie wyjątkowo paliatywne i był krótki czas przeżycia, o którym tutaj wielokrotnie mówiono.

Pamiętajmy o jednej istotnej sprawie dotyczącej nowych leków i dostępności substancji aktywnych w leczeniu raka płuca. Ministerstwo na dzień dzisiejszy niestety zapomniało o lekach, które już są zarejestrowane, a których skuteczność w tej jednostce chorobowej została udowodniona. To są leki z grupy tzw. leków antyangiogennych. To jest jedna grupa. Druga grupa to są leki, które dotyczą również leczenia immunologicznego dużej grupy chorych, bo szacujemy, że to jest 50%, może 60% chorych w tej tzw. drugiej linii leczenia, chorych z rozpoznaniem tzw. rakiem niepłaskonabłonkowym. W tej chwili mamy substancję czynną i aktywną tylko w leczeniu chorych z rakiem płaskonabłonkowym, który – może pan prof. Marszałek ze mną się zgodzi – przestaje dominować w Polsce. W tej chwili coraz więcej jest rozpoznanych raka gruczołowego. I to kładę tutaj państwu na sumienie, tak żebyśmy to wzięli pod uwagę i żeby ten czas od momentu rejestracji unijnej, czyli udowodnienia skuteczności substancji aktywnych w leczeniu jednostki chorobowej, do momentu, w którym my możemy zastosować to w klinice, był krótszy. To jest jeden podstawowy problem.

A odpowiadając po części na pytanie pani senator, w jaki sposób mamy poprawić leczenie w ogóle chorych na raka płuca, na kim i na czym mamy się wzorować... Myślę, że odpowiedź jest bardzo prosta, jednak od wielu lat spotykamy się niestety z niezrozumieniem. Onkologia uniwersytecka jest niedostrzegana od kilkudziesięciu lat na naszym, że tak powiem, polu walki z różnymi nowotworami. I tutaj w odpowiedzi na wystąpienie pani prof. Gabryel-Batury... No, powiem szczerze, że my od wielu lat współpracujemy jako onkolog i jako pulmonolog i myślę, że kompleksowość i wielodyscyplinarność leczenia tej jednostki chorobowej to jest jedyny sukces, który tym chorym jesteście w stanie zapewnić.

Ale pamiętajmy o tym, co pani prof. Chorostowska-Wynimko pokazywała. Jest niemal 30% chorych, którzy w momencie rozpoznania zdefiniowaną mają chorobę o tzw. miejscowym zaawansowaniu, czyli chorobę poza zasięgiem torakochirurgicznym. To są chorzy, u których wykluczamy przerzuty odległe, jest to choroba, która powinna być leczona w sposób kompleksowy chemią, radioterapeutycznie. Tutaj nie wspomniano o radioterapii, dlatego myślę, że to jest miejsce i taki moment, żebyście państwo również wzięli pod uwagę konieczność utworzenia akademickich ośrodków radioterapeutycznych, w których kompleksowe leczenie również tej jednostki chorobowej, jakim jest rak płuca, jest wyzwaniem chwili. Centra onkologii niestety są niewydolne i nie mamy szansy na to, żeby tym naszym wyzwaniom sprostać. W tej chwili wiemy, że już na etapie rejestracji są leki, w przypadku których w sposób jednoznaczny widać efektywność i wydłużenie czasu przeżycia chorych z chorobą miejscowo zaawansowaną poprzez stosowanie chemioradioterapii i stosowanie następczej immunoterapii. Chciałbym, żebyście państwo też o tym pamiętali, bo te leki powinny zostać zarejestrowane za chwilę, czyli ok. 20–30% chorych powinno mieć dostęp do kompleksowego leczenia chemioradioterapeutycznego. Po analizach naszego konsultanta krajowego okazuje się, że w Polsce ten odsetek nie sięga nawet 10%. I tu odstajemy od krajów Unii Europejskiej w sposób bardzo istotny. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę.

Jeszcze 2 głosy, bo musimy niestety kończyć.

Prezes Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Krystyna Wechmann:

Krystyna Wechmann, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych.

Tak, patrząc... No, nie urodziłam się w Olsztynie, ale w Poznaniu, widzę, że Poznań dzisiaj jest mocno reprezentowany.

(Wesołość na sali)

Ale do rzeczy. Powiem, że patrząc z perspektywy czasu, jak słucham na różnych spotkaniach, nie tylko w Sejmie czy tu w Senacie, na konferencjach, widzę ciągły problem rejestrów medycznych. Myślę, że gdyby była poprawa w tej kwestii, nie dyskutowalibyśmy, jak to wygląda, czy jest doszacowane, czy niedoszacowane. Mówiąc o profilaktyce... Bo od lat wiem, że profilaktyka jest podstawą nie tylko w przypadku raka płuca, ale i raka piersi itd., a my ciągle borykamy się, jeżeli chodzi o badania przesiewowe... No, nie mamy, szczerze mówiąc, dobrych wyników mimo wprowadzenia Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. A to jest podstawa. Widzę, jak wzrasta skala kosztów pośrednich. Jak nawet nas, jako pacjentów, włącza się, gdy Agencja Oceny Technologii Medycznych ocenia jakiś lek w zakresie refundacji, to widzę, że ciągle są brane pod uwagę te koszty leków innowacyjnych. No, nie bierze się w ogóle pod uwagę kosztów pośrednich. Nie znam danych dotyczących raka płuca, ale w przypadku raka piersi to jest przeszło 20 miliardów zł rocznie, w tym ileś milionów, jeżeli chodzi o świadczenia z ZUS. Myślę, że jest to bardzo ważny problem. Myślę, że żeby wyniki zdrowotne były lepsze, system promowania właśnie zachowań prozdrowotnych i dobrej jakości diagnostyki... No bo jeżeli w profilaktyce nie ma kontroli i świadczeniodawcy, że tak powiem, dostają kontrakty, mając bardzo niskiej jakości sprzęt, to też z tym będzie kiepsko. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze 2 głosy. Proszę bardzo.

Prezes Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca – Oddział Szczecin Anna Żyłowska:

Anna Żyłowska, Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca – Oddział Szczecin. Urodziłam się wprawdzie w Jeleniej Górze, ale nie wiem, czy to ważne.

(Wesołość na sali)

Reprezentuję organizację pacjenczką, która od 10 lat zajmuje się pomocą chorym na raka płuca.

Przede wszystkim chciałabym bardzo serdecznie podziękować za zorganizowanie tego dzisiejszego spotkania, ponieważ zabiegałam o to bardzo długo. Myślę, że to jest

pierwszy dobry krok w kierunku tego, żeby raka płuca w ogóle zauważyć, bo dotychczas rak płuca był tematem bardzo, bardzo pomijającym.

Pierwszą jaskółką jest też wprowadzenie na listę refundacyjną nowych leków dla naszych chorych. Dziękuję bardzo pani minister i Ministerstwu Zdrowia. Być może uda nam się uratować kilka osób albo przynajmniej zwrócić im komfort życia, którego nie daje chemia standardowa. Tak jak mówił pan prof. Ramlau, nie wszystkie grupy naszych chorych skorzystają z tych leków. Są jeszcze chorzy z gruczołowym rakiem płuca, dla których też zabiegamy, już od ponad 2 lat, o wprowadzenie leku. To są chorzy, którzy nie mogą mieć stosowanej immunoterapii w związku z tym, że trwa to za długo. Ja nie jestem lekarzem, ja jestem tylko pacjentem, więc nie będę tutaj robiła wywodów medycznych, od tego są nasi bardzo dobrzy specjaliści. Jest też pozytywnie zaopiniowany nowy lek z immunoterapii dla niepłaskonabłonkowego raka płuca. Czy ja bym mogła prosić o odpowiedź, czy te leki będą brane pod uwagę w najbliższych projektach?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Jak pani skończyła, to jeszcze jeden głos i potem poprosimy o odpowiedź panią minister.

Dyrektor Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły Krzysztof Grzesik:

Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszewcu koło Krakowa.

Szanowni Państwo!

Przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie. Zastanawiałem się, dlaczego dyrektor szpitala organizującego leczenie gruźlicy akurat tutaj przyjechał, ale jest kilka punktów wspólnych, o których chciałbym powiedzieć.

Po pierwsze, jedno i drugie, czyli rak płuc i gruźlica, charakteryzuje się tym, że najpierw lekarze widzą jakąś dziurę w płucu. Tak więc powstaje pytanie, dlaczego wycofano kiedyś konieczność wykonywania zdjęć małoobrazkowych przy przyjęciu do pracy i przyjęciu na studia. Może warto do tego wrócić, bo wtedy z kolei my dostaniemy do leczenia pacjentów nieprątkujących.

Może drugi powód mojej tu obecności jest taki, że przeszedłem z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji bardzo przyjemną drogę, jeśli chodzi o zmianę wyceny gruźlicy. Dziękuję, Panie Ministrze, panu szczególnie, bo to zlecenie poszło wtedy. Droga była bardzo przyjemna, chociaż niesamowicie trudna, pracowaliśmy czasami do 2.00, 3.00 w nocy, ale efekt jest imponujący.

I na koniec ostatnia sprawa: rehabilitacja pulmonologiczna. No, to w ogóle jest dramat. My mamy ok. 800 pacjentów w skali roku, czyli jesteśmy jednym z największych ośrodków rehabilitacji w Polsce. Mamy 800 pacjentów, 44 łóżka. Mamy możliwość znacznego poszerzenia działalności, ale niestety ten rodzaj rehabilitacji jest w ogóle... Zresztą zauważcie państwo, że w ogóle nawet tutaj nie jest brane pod uwagę to, że to może zdecydowanie przedłużyć życie tym pacjentom z rakiem płuca, którzy notabene praw-

dopodobnie niedługo powinni wrócić do pracy i budować dochód narodowy. To jest też następna sprawa, ale to już mówię tak z punktu widzenia „łajkonika”, czyli oszczędności. Dziękuję pięknie.

(*Senator Dorota Czudowska: Można?*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani senator ma jeszcze jedno pytanie. A potem czekamy na odpowiedź pani minister.

Senator Dorota Czudowska:

Ja bardzo dziękuję za...

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Jeszcze, chwileczkę, Pani Minister, pytanie jeszcze jest.*)

Jeszcze mam pytanie, do pani minister, ale też i do państwa profesorów i specjalistów zajmujących się rakiem płuca.

Pani minister w swoim przedstawieniu problemu mówiła o grupie najwyższego ryzyka: osobach w wieku 50–70 lat. To są mężczyźni, ale kobiety również, tak? Czy byłby sens – a pytanie do pani minister, ile by to kosztowało – gdyby w tej grupie lekarze POZ musieli zlecać badanie przynajmniej raz na 2 lata? Może raz na 3 lata by wystarczyło, myślę, że nawet nie raz na rok musiałoby być. O odpowiedź na piśmie proszę panią minister. Bo musimy się przymierzać do... Jeżeli mówimy o profilaktyce, to powinniśmy jakoś ją skonkretyzować. No, na pewno nie ma funduszy na to, żeby wszystkim zrobić zdjęcie klatki piersiowej w określonym czasie. Ale myślę, że w przypadku grupy najwyższego ryzyka miałyby to jakiś sens. No ale może nie. I tutaj pytanie: czy miałyby to sens, a jeżeli tak, ile by to kosztowało? Proszę o odpowiedź ewentualnie na piśmie.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ale króciuteńko, bo mamy bardzo duży niedoczas.

Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Joanna Chorostowska-Wynimko:

Ja tylko chciałabym odpowiedzieć na pytanie pani senator. Są już opublikowane badania, które wskazują, że wykonywanie przeglądowych badań klatki piersiowej, bo rozumiem, że o tym pani mówiła...

(*Senator Dorota Czudowska: Tak.*)

...czyli zwykły radiogram klatki piersiowej, nie ma żadnego znaczenia...

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: No właśnie.*)

...z punktu widzenia poprawy wykrywalności raka płuca, niestety.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, rzecznik i redaktor naczelna „Głosu Pacjenta Onkologicznego”.

Ja chciałabym powiedzieć też tutaj o takich sprawach, które dotyczą przede wszystkim nas, pacjentów, bo my się zajmujemy głównie profilaktyką i rehabilitacją, o której pan tu przed chwilą mówił.

Jeśli chodzi o profilaktykę, to tutaj właśnie padło pytanie, czy warto do tego małoobrazkowego, że tak powiem, rentgena wrócić. No nie, jak wynika z tego, co my wiemy. Ale wiemy również, że departament funduszy europejskich w ministerstwie przygotowuje program polegający na tym, że będzie stosowana niskodawkowa tomografia komputerowa. Mamy nadzieję, że to da rezultat. To będzie program realizowany ze środków europejskich, a chcemy, żeby później był wdrożony jako program w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Profilaktyka to również to, o czym mówimy, ta pierwotna profilaktyka, edukacja. I my, pacjenci po raz pierwszy dostaliśmy szansę skorzystania z funduszy ministerialnych. Departament promocji obiecał nam, że te pieniądze będą, i my chcemy je wykorzystać, jako forum raka płuca wspólnie zrobić jakąś dużą kampanię. My jako koalicja myślimy np. o dużej kampanii poświęconej właśnie kobietom, dojrziałym kobietom. Ania robi w tej chwili kampanię skierowaną do młodych dziewcząt, bo to jest ten target najtrudniejszy. I proponujemy również państwu, żebyśmy 15 listopada, kiedy jest dzień bez papierosa, w Sejmie i w Senacie zrobili właśnie akcję badań profilaktycznych i edukacyjną, jeśli nas państwo zaproszą.

Jeszcze kwestia rehabilitacji. Rehabilitacja to jest kompletnie pomijany temat w onkologii. W tej chwili ja się tym, jako redaktor „Głosu”, bardzo zajmuję. Jeśli chodzi o rehabilitację w przypadku raka płuca, to ona też jest po macoszemu traktowana. A tutaj mamy bardzo specyficzną rehabilitację, nawet nie wczesną, przyłóżkową, tylko tzw. rehabilitację początkową. Tu, jak pacjent ma już diagnozę, powinien być nauczony tego, jak się odkaslnąć, jak oddychać, to wszystko jest bardzo ważne. No a później, po resekcji płuca też jest często zmiana w postawie, są skrzywienia kręgosłupa. Też o tego pacjenta trzeba zadbać. Bo nas interesuje... Tutaj dużo było mówione o lekach. Pani dyrektor departamentu bardzo dziękujemy, aczkolwiek te 2 leki, o których była mowa, jeszcze byśmy bardzo chcieli zobaczyć na liście. My podchodzimy do leczenia kompleksowo, to był temat naszego ostatniego forum pacjentów onkologicznych: począwszy od edukacji, profilaktyki, przez leczenie bieżące równoległe z rehabilitacją, a skończywszy na opiece paliatywnej i godnej opiece hospicyjnej, bo to też jest bardzo ważne. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, proszę o odpowiedzi, bo było wiele pytań.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowała:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja tylko mogę podziękować za te wszystkie spostrzeżenia. Myślę, że w pracach z agencją, tak jak mówiłam,

nad kompleksowym leczeniem raka płuca, jak i w pracach dotyczących strategii narodowego instytutu onkologii zostaną one uwzględnione.

Ja tylko jeszcze poproszę panią dyrektor o odniesienie się do pytań dotyczących leków.

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia Agnieszka Beniuk-Patola:

Dziękuję, Pani Minister.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Faktycznie w leczeniu raka płuca, jak podkreślała pani minister i jak bardzo dobrze też wybrzmiało to w tej dyskusji, bardzo ważne jest to kompleksowe podejście. Ja cały czas... Tutaj była też mowa o profilaktyce, wszystkich tych działaniach, czyli profilaktyce, leczeniu operacyjnym, chemioradioterapii, leczeniu farmakologicznym, w tym immunoterapii. Myślę, że warto pamiętać o tym, że takie podejście po prostu musi być stosowane.

Myślę, że jeżeli chodzi o farmakoterapię, to faktycznie jest bardzo dużym sukcesem i przełomem w leczeniu raka płuca wprowadzenie do programu leczenia raka płuca immunoterapii. To były leki, które były bardzo oczekiwane przez środowiska pacjentów. My wielokrotnie się spotykaliśmy z podmiotami odpowiedzialnymi po to, żeby negocjować warunki finansowe dla Polski. Oczywiście są to leki uwzględnione w zapisach programów lekowych i wkrótce będą one dostępne dla pacjentów, co mam nadzieję, przełoży się w jakiejś pewnie dłuższej perspektywie czasowej – no, to wynika też z naturalnych trendów epidemiologicznych – na poprawę przeżywalności 5-letnich. Myślę, że po prostu w jakiejś perspektywie zaskutkuje to takimi wskaźnikami.

Jeżeli chodzi o konkrety, to oczywiście w immunoterapii niwolumab, czyli cząsteczka, która została teraz sprowadzona, jest obecnie finansowany czy będzie finansowany w ramach leczenia raka płaskonabłonkowego. Rak niepłaskonabłonkowy – jesteśmy w trakcie dalszych prac i podejmowania decyzji, podobnie jak w odniesieniu do raka gruczołowego. Myślę, że przy tak dużym obszarze terapeutycznym te prace nie mogą przebiegać wszystkie naraz i proszę o zrozumienie. To wymagało naprawdę wielu prac z naszej strony, a przy ograniczonych zasobach kadrowych, jakimi dysponujemy... Ale dostaliśmy też ogromne wsparcie ze strony organizacji pacjenckich na etapie ustalania samych zapisów programu. Tak że myślę, że po prostu małymi krokami będziemy się zajmować kolejnymi typami nowotworów, tych rozpoznań histologicznych w zakresie raka płuca. W tej chwili stan jest taki, jak przedstawiłam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze raz przepraszam bardzo za problemy z wejściem na nasze posiedzenie komisji. Pierwszy raz to się zdarzyło. Ale cieszy mnie to, że mogliśmy chociaż troszeczkę porozmawiać o tej bardzo złej chorobie, jaką jest rak płuca. Myślę, że wybrzmiewało w państwa wypowiedziach, że

chyba jednak pojawił się ten dobry wiatr dla polskiej onkologii. Jeżeli mówimy o raku płuca, to także w tej dziedzinie – to wybrzmiewało w państwa wypowiedziach – ta opieka koordynowana powinna być lepsza, czyli te ośrodki specjalistyczne, które zapewniają pacjentowi praktycznie całą gamę metod postępowania w odniesieniu do raka płuca, powinny być preferowane. Opieka koordynowana jest przez obecne ministerstwo bardzo promowana i myślę, że to jest dobry kierunek. Pani minister przedstawiła też sukcesy, które mamy. Myślę, że ta współpraca między

ministerstwem a konsultantami i organizacjami pacjentów będzie bardziej ścisła i wtedy rzeczywiście będziemy mogli wypracować daleko idące, szczególnie dla pacjentów... No, nie wiadomo, kto z nas i kiedy będzie takim pacjentem, zawsze niestety możemy nim być.

Jeszcze raz przepraszam państwa za te problemy. Dziękuję za obecność. Myślę, że do problematyki raka płuca na posiedzeniach senackiej Komisji Zdrowia jeszcze wrócimy. Dziękuję bardzo.

Minuta przerwy przed następnym posiedzeniem.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 17)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii