



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (86.)
w dniu 18 grudnia 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat rozwiązań legislacyjnych w zakresie poprawy skuteczności programów badań przesiewowych i profilaktyki w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 03)

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

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam państwa na osiemdziesiątym piątym już posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia. Witam panie i panów senatorów, witam pana ministra Sławomira Gadomskiego razem ze współpracownikami. Witam... I tutaj mam troszkę problem, ponieważ trudno jest pewne nazwiska rozszyfrować, ale postaram się odczytać chociaż niektóre. Na liście jest pan profesor Andrzej Nowakowski z Centrum Onkologii. Witam pana profesora. Witam także państwa z różnych fundacji. Z Fundacji SOS Życie jest pani Łucja Bielec – witam panią. Witam także pana Wojciecha Wiśniewskiego z Fundacji Alivia, bo znam... A reszty, proszę państwa, nie mogę rozszyfrować. Widzę, że są na sali panowie profesorowie, którzy się niestety nie wpisali na moją listę. Dziękuję za to, że państwo się dzisiaj z nami możecie spotkać i wysłuchać tego, nad czym będziemy dzisiaj debatować.

W porządku obrad mamy jeden temat: informacja na temat rozwiązań legislacyjnych w zakresie poprawy skuteczności programów badań przesiewowych i profilaktyki w Polsce.

Może dwa zdania o tym, dlaczego akurat taki temat wybraliśmy na dzisiejsze posiedzenie. Myślę, że wszyscy o profilaktyce myślą i uważają, że jest to jakby podstawa naszego systemu ochrony zdrowia. Wiemy, że jeszcze nam troszkę brakuje do tego, żeby ta profilaktyka w Polsce działała tak, jak my byśmy chcieli, dlatego bodajże 2 albo 3 tygodnie temu spotkaliśmy się w takim gronie trochę nieformalnym, gdzieśmy rozmawiali właśnie na temat roli czy to lekarza POZ, czy generalnie całego systemu ochrony zdrowia i o tym, jak by ten system profilaktyki i badań przesiewowych w Polsce usprawnić i jakie efekty można będzie dzięki temu osiągnąć.

Poprosiłbym na początek o 3 wystąpienia... Może pan profesor Nowakowski zacznie, zabierze głos jako pierwszy. Proszę o przybliżenie tej problematyki i ewentualnie o jakieś wstępne refleksje, bo wiem, że państwo przygotowaliście nawet zarysy programu zmian legislacyjnych w naszym prawie. Ale o tym będziemy rozmawiać w czasie posiedzenia komisji.

Proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie Andrzej Nowakowski:

Dzień dobry państwu.

Nie wiem, czy pan senator pozwoli, żebym siedział, ale muszę jednocześnie obsługiwać laptop i mikrofon.

Serdecznie dziękujemy panu senatorowi za to, że zgodził się pochylić nad tematem, nierozwiązanym problemem profilaktyki, głównie onkologicznej, w Polsce, za to, że zechciał współuczestniczyć w tej inicjatywie, którą podjęliśmy, i za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie komisji.

Proszę państwa, jeśli pan senator pozwoli... Chcieliśmy podzielić wystąpienia na 3 główne części, one potrważą po ok. 5–10 minut. Ja chcę państwu powiedzieć głównie o uzasadnieniu, o aktualnej sytuacji, chcę przedstawić pewne przykłady problemów w zakresie profilaktyki funkcjonowania programów profilaktycznych w Polsce. Pan profesor Kamiński, kierownik Zakładu Profilaktyki Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie przygotował główne założenia, można powiedzieć, propozycje rozwiązań głównych zapisów legislacyjnych na dzisiejszym spotkaniu. W tej naszej inicjatywie współuczestniczył pan doktor Prusaczyk w roli menedżera, który zarządza dużą siecią placówek podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ze chce się on podzielić z państwem swoimi doświadczeniami dotyczącymi rozwiązań szczegółowych, które mają doprowadzić do poprawy aktualnej sytuacji, głównie w zakresie pełnego objęcia populacji czy zwiększenia objęcia populacji badaniami przesiewowymi.

Proszę państwa, prognozy WHO mówią o tym, że nowotwory stają się i będą chorobami cywilizacyjnymi. Niektórzy przewidują, że do 2060 r. wyprzedzą one nawet choroby układu krążenia pod względem częstości zgonów, które będą wywoływały. Jest to po części związane z nieprawidłowymi zachowaniami prozdrowotnymi, złym trybem życia, szczególnie w krajach rozwiniętych. Niestety, jest to także związane z niewystarczającą wiedzą na temat prewencji pierwotnej, czyli tego, jak wcześniej zapobiegać rozwojowi nowotworów, co dotyczy zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i społeczeństwa. Uważamy, że w Polsce jest zdecydowanie niewystarczający udział, zainteresowanie podstawowej opieki zdrowotnej, z różnych względów, realizacją zarówno prewencji pierwotnej, jak i pośrednim bądź

bezpośrednim udziałem w realizacji programów profilaktycznych. Każde działanie profilaktyczne w rozwiniętym kraju powinno być ewaluowane pod względem wydatkowania i celowości wydatkowania tych kosztów i efektywności kosztowej. W aktualnym systemie legislacyjnym nie ma możliwości pełnej ewaluacji efektywności 3 głównych programów, które są prowadzone w Polsce ze środków publicznych: programu mammograficznego, czyli wczesnego wykrywania raka piersi, programu profilaktyki raka szyjki macicy i w zakresie programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Ta sytuacja jest inna, gdyż właścicielem bazy danych jest nie Narodowy Fundusz Zdrowia, tylko Centrum Onkologii. Ta baza jest bardzo dobra, natomiast jest problem ze zgłaszalnością do tego programu. Uważamy, że niewystarczający jest udział podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie właśnie szerokiego objęcia populacji badaniami przesiewowymi w Polsce.

Cele główne, które nam przyświecały przy okazji tej inicjatywy, to głównie zwiększenie efektywności prowadzonych aktualnie działań profilaktycznych. Jak wiemy, nie były one w pełni zewaluowane pod względem tego, jakie przynoszą korzyści dla społeczeństwa. Wiemy, że są różne pomysły na wprowadzanie nowych programów. Niedawno w Krajowej Radzie do spraw Onkologii był szeroko dyskutowany program czy propozycja programu przesiewowego dla mężczyzn w oparciu o badania PSA, które według aktualnej wiedzy naukowej i doświadczeń innych krajów nie są prowadzone. Odbiło się to pewnym szerokim echem i dyskusją, w związku z czym każda nowa interwencja taka jak program profilaktyki dla całego społeczeństwa musi być oparta na faktach naukowych, musi też być potwierdzona skuteczność takich programów, zarówno kliniczna, jak i efektywność kosztowa. Uważamy, że konieczne jest – będzie się to dzisiaj przewijać jako jeden z głównych punktów – zwiększenie udziału podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji działań profilaktycznych czy to z zakresu prewencji pierwotnej, czy to z zakresu prewencji wtórnej. Wszystkie programy prowadzone ze środków publicznych powinny być ewaluowane przy aktualnym systemie prawnym dostępu do danych. Takiej pełnej możliwości nie ma.

Chcę państwu podać tylko przykłady z życia wzięte po to, żebyście państwo zrozumieli zasadę... Chodzi o to, do czego dążymy. Są 2 główne czynniki wpływające na skuteczność programów profilaktycznych, prowadzonych głównie w onkologii. Pierwszym czynnikiem jest zakres objęcia populacji. Uważa się, że po to, żeby program był skuteczny, powinien dotyczyć mniej więcej 70–80% populacji – i wzwyż. Drugim elementem jest jakość tych programów. Proszę zwrócić uwagę, że według aktualnych danych za listopad tego roku objęcie programem profilaktyki raka szyjki macicy wynosi tylko 17% populacji, czyli tylko co piąta kobieta – to można policzyć – wykonała badanie cytologiczne w grupie 25–59 lat w tym programie profilaktyki. Ale, żeby nie było tak łatwo, to proszę popatrzeć na dane zagregowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, dosyć już historyczne, dlatego że Centralny Ośrodek Koordynujący nie ma dostępu tych danych, nie możemy tego analizować. Jeśli podsumujemy dane co do cytologii programowej i cytologii wykonywanej poza programem, w ramach ambulatoryjnej, ale refundowanej ze środków publicznych, opieki zdrowot-

nej, to wtedy objęcie populacji cytologią w 2014 r. wyniesie 43,5%. Ale, proszę państwa, jeśli popatrzymy na te same dane przeanalizowane przez Główny Urząd Statystyczny na reprezentatywnej grupie 24 tysięcy mieszkańców wylosowanych do tej próby, okaże się, że w tzw. wieku screeningowym, czyli pomiędzy dwudziestym a sześćdziesiątym rokiem życia, w Polsce jest zupełnie nieźle, dlatego że blisko 70%, a w niektórych grupach wiekowych, tj. w tej grupie 30–39 lat, nawet 84% wykonuje cytologię.

Stąd nasza tu obecność i pytanie do państwa: które dane są prawdziwe i na których danych powinniśmy się opierać? Jeśli będziemy chcieli zaprosić nawet te 10% czy 17%, jak w tej najlepszej grupie wiekowej, skupić na tym uwagę, wysłać zaproszenia, zmotywować POZ, aby dotarł do tych pacjentek, to musimy mieć rejestr. Te badania w aktualnym systemie prawnym, te poza programem, w ogóle nie są rejestrowane. Nie mamy tu dostępu do tych danych, nie ma też zapisów ustawowych, które dawałyby nam narzędzia, żeby do tych danych dotrzeć. W związku z tym powinna być pełna rejestracja badań profilaktycznych z różnych źródeł, wykonywanych czy w tzw. screeningu oportunistycznym, prywatnym, czy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czy w ramach różnych innych możliwości, także w lokalnych programach profilaktyki. Uważamy, że powinien być ustawowy obowiązek rejestracji tych badań, po pierwsze, po to, żeby mieć twarde dane o tym, jak często Polacy się badają i z jakich programów badań przesiewowych korzystają, a po drugie, żeby zlokalizować, faktycznie zidentyfikować grupy ryzyka i żeby do tych grup ryzyka, które nie korzystają z badań profilaktycznych, móc w sposób skuteczny dotrzeć.

Powiedziałem państwu na samym początku, że są 2 elementy. Pierwszym są te słupki, czyli to, jak duża część populacji korzysta z badań, a drugim jest jakość. Po raz pierwszy prezentujemy wstępne dane, których uzyskanie z NFZ trwało rok, pomimo że one powinny... W dobrze funkcjonujących programach profilaktycznych one są dostępne praktycznie za naciśnięciem jednego przycisku, przycisku „Enter” w komputerze, bo tak funkcjonują nowoczesne bazy danych. Dzięki współpracy także z Krajowym Rejestrem Nowotworów udało nam się po raz pierwszy w pewien sposób zewaluować program profilaktyki raka szyjki macicy. Niektóre źródła mówiły o tym, że ten program należy zamknąć, dlatego że wykrywamy tylko pojedyncze przypadki nowotworów. Otóż za rok 2010 i 2011... Okazuje się, że dzięki programowi, czyli badaniu tych 17–20% populacji, stwierdzono – oprócz całej gamy kilku tysięcy stanów przedrakowych, które zostały wyleczone dzięki programowi – ponad 420 przypadków raka. Niestety, były także przypadki tzw. nowotworów interwałowych, czyli takich, które wystąpiły u kobiet po prawidłowym wyniku badania cytologicznego. To są dane dotyczące tylko tych 17%. Żebyśmy mogli państwu odpowiedzieć na pytanie o to, jak wygląda cała profilaktyka w Polsce, powinniśmy mieć na potrzeby analizy jakości dostęp do wszystkich danych dotyczących badań profilaktycznych w Polsce.

Jeszcze raz przypomnę o tym, że w naszej ocenie znikome jest zainteresowanie POZ. Pokażę to państwu zaraz na kolejnej tabeli. Wydaje nam się, że powinny zostać ustalone pewne zasady motywacji finansowej. Aby zachęcić

placówki podstawowej opieki zdrowotnej – o tym będzie jeszcze mówił pan doktor Prusaczyk – należy stworzyć narzędzia informatyczne. One po części są dostępne, ale nie funkcjonują w sposób odpowiedni, jest pewna zakładka tzw. informatyczna do systemu informatycznego monitorowania profilaktyki, gdzie lekarz rodzinny, położna POZ czy pielęgniarka POZ może sprawdzić, jaki jest status wykonania aktualnych badań cytologicznych, mammograficznych. Niestety, nie kolonoskopowych, ale do tego także byśmy dążyli. Uważamy, że należy powrócić do zatrzymanej w 2015 r. regionalnej koordynacji. Być może jest możliwość połączenia tych ośrodków koordynacyjnych czy ich utworzenia w ramach planowanej krajowej sieci onkologicznej. Niezbędne są także szkolenia, o czym będzie jeszcze mówił pan profesor Kamiński. Aby zilustrować państwu na sam koniec zainteresowanie akurat tym programem, którym się zajmuję, czyli programem profilaktyki raka szyjki macicy, powiem, że na kilka tysięcy placówek POZ w Polsce, które mają możliwość wykonywania badań cytologicznych w programie, tylko 217 podpisało kontrakt na realizację programu cytologicznego, czyli tam położna POZ może pobierać cytologię, a tylko 113 placówek jest aktywnych, czyli aktywnie pobiera rozmazy cytologiczne w programie.

I już na sam koniec o prewencji pierwotnej. To, o czym mówiłem, to jest tzw. prewencja wtórna, czyli wczesne wykrywanie po to, żeby leczyć stany przedrakowe czy wczesne postaci raka, natomiast niewykorzystaną, jak uważam, szansą w Polsce jest cały panel prewencji pierwotnej, czyli zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka rozwoju chorób. I tu opieramy się głównie na zapisach europejskiego kodeksu walki z rakiem, który w 12 głównych punktach podsumowuje właśnie sposoby tej prewencji pierwotnej. Nadal jest to w Polsce niewykorzystane, bo przypomnę tylko, że oprócz promocji karmienia piersią... To oczywiście gdzieś tam się toczy, ale bardzo rzadko mówi się o tym w aspekcie prewencji onkologicznej, a karmienie piersią jest jedną z możliwości zapobiegania chorobom cywilizacyjnym u kobiet, takim jak chociażby rak jajnika czy rak trzonu macicy – w przypadku kobiet aktywnie karmiących piersią przez dłuższy czas jest mniejsze ryzyko zachorowania.

Finansowanie jest kluczowe. Należałoby się zastanowić, czy nie ma tutaj pewnej wewnętrznej konkurencji pomiędzy poszczególnymi zadaniami Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i współzawodnicstwa o środki z innymi projektami, m.in. dotyczącymi wyposażenia chociażby centrów radioterapii czy innych. Proponujemy taki dalszy tryb procedowania. Mam nadzieję, że pan senator Kraska pochyli się nad takim tematem czy w ogóle dopuści możliwość dalszego rozważania prac nad taką ustawą. Dziękuję za uwagę.

Jeśli pan senator pozwoli, to pan profesor Kamiński będzie kontynuował.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Panie Profesorze, nie tylko ja się nad tym pochylam, przecież cała komisja senacka może nad tym się pochylić. Pan minister już się nad tym pochyla, jak widzę...

Proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Zakładu Profilaktyki Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie Michał Kamiński:

Dziękuję bardzo.

Jak widzicie, państwo, problem jest bardzo ważny z populacyjnego punktu widzenia. Mam nadzieję, że wszyscy teraz mamy jasność, dlaczego ten problem powinien być bliski naszemu sercu i dlaczego powinniśmy pomyśleć o tym, jak go rozwiązać. My oczywiście nie jesteśmy w żadnym wypadku prawnikami, ale wzorowaliśmy się w pewnym sensie na ogólnych zapisach tego typu ustaw, jakie istnieją w innych krajach europejskich, np. w Holandii. To są zapisy dotyczące ustaw o populacyjnych programach profilaktycznych w onkologii, które rządzą się pewnymi innymi zasadami, jeżeli chodzi m.in. o dostęp do danych i inne tego typu rozwiązania, gdyż one są ważne z punktu widzenia ochrony zdrowia całej populacji. To, co mam zamiar państwu przedstawić, to są czyste propozycje takich 9 zapisów, które naszym zdaniem są bardzo ważne w aspekcie regulacji kwestii badań profilaktycznych w Polsce. Będę je odczytywał.

Zapis nr 1. Otóż przez populacyjne działania profilaktyczne w onkologii rozumie się wszystkie zorganizowane działania z zakresu prewencji pierwotnej i wtórnej, mające na celu ograniczenie zachorowalności, umieralności lub chorobowości w zakresie chorób nowotworowych. Działania te obejmują – i tu jest kwestia dyskusyjna – badania predyspozycji do zachorowania na nowotwory... Jest chyba procedowana ustawa o genetyce, natomiast genetyka dotyka również bardzo tej kwestii, są predyspozycje genetyczne do zachorowań na nowotwory. No, jest to również bardzo, bardzo ważna kwestia. Jest wykonywanych bardzo wiele badań genetycznych, które niekoniecznie będą pomocne w dalszej opiece zdrowotnej, one nierzadko są wykonywane niepotrzebnie albo w nieprawidłowy sposób. Dalej wymienia się badania profilaktyczne tzw. bezobjawowych osób, interwencje medyczne i działania edukacyjne mające na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.

Zapis nr 2, który już w ściślejszy sposób reguluje te kwestie, mówi o tym, że jedynie działania profilaktyczne o skuteczności udowodnionej w badaniach naukowych wysokiej jakości mogą być przedmiotem populacyjnych działań profilaktycznych w onkologii. Ten zapis znowu jest sprowokowany tym, że podejmuje się bardzo wiele takich działań, które nie mają dobrego uzasadnienia naukowego i nie powinno się ich dopuszczać i wdrażać nawet w postaci lokalnych czy regionalnych programów w Polsce. Zgodnie z tym zapisem wprowadzenie tych profilaktycznych działań w Rzeczypospolitej Polskiej musi być poprzedzone przeprowadzeniem pilotaży, najlepiej w formie randomizowanych interwencji w zdrowie publiczne oraz oceną Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tutaj chodzi o to, że to, co działa w innych krajach, nie zawsze będzie działać w Polsce, w związku z czym wdrożenie danego programu powinno być przetestowane, w postaci pilotażu w Polsce, a nie przejęte, przeniesione na nasz grunt z innych krajów.

Zapis nr 3 mówi o tym, że szczegółowy zakres populacyjnych działań profilaktycznych w onkologii powinien być opisany w postaci standardów postępowania, czyli tzw. manuali, uzgodniony ze środowiskiem eksperckim, w tym Krajową Radą do Spraw Onkologii, przedstawicielami NFZ, organizacjami pacjenckimi oraz znaleźć swoje odzwierciedlenie w narodowej strategii walki z rakiem, czyli tzw. *cancer plan*. Czyli wszystkie rzeczy, które ściśle regulują zasady postępowania, powinny być określone, powinny to być mniej więcej takie *standard operating procedures*. Czegoś takiego w Polsce właściwie nie ma, w związku z czym wiele tych działań podejmuje się w sposób taki... No, zgodnie z tym, jak dana osoba to interpretuje.

Zapis nr 4: populacyjne działania profilaktyczne w onkologii powinny być koordynowane na poziomie centralnym przez centralne ośrodki koordynujące w Centrum Koordynacji Profilaktyki Nowotworów oraz na poziomie regionalnym przez regionalne ośrodki koordynujące w ramach narodowej sieci onkologicznej. Powstająca narodowa sieć onkologiczna wydaje się być bardzo dobrą platformą do tego, żeby tego typu centra koordynacyjne zbudować. Działania koordynacyjne muszą obejmować kontrolę jakości, szkolenie oraz ewaluację skuteczności realizacji populacyjnych działań profilaktycznych w onkologii. Co najmniej raz na 10 lat należy przeprowadzić ocenę zasadności kontynuacji realizacji programu, co nie zawsze się dzieje. Jest tak, że my uruchamiamy pewien program, a potem to jest jak pędzący pociąg, którego nie da się zatrzymać. W związku z tym bez odpowiednich zapisów nie jesteśmy w stanie zastanowić się np. nad tym, czy aby na pewno jest sens kontynuować jeden z programów, który był prowadzony. A sytuacja epidemiologiczna mogła się zmienić i ten program niekoniecznie musi być dalej skuteczny albo skuteczny w takiej formie.

Zapis nr 5 stwierdza, że wszystkie populacyjne działania profilaktyczne w onkologii z wyjątkiem działań o charakterze edukacyjnym, niezależnie od źródła finansowania, czyli te ze środków publicznych i prywatnych, muszą być rejestrowane w dedykowanych systemach informatycznych. Wymienione systemy informatyczne muszą być zintegrowane z rejestrami populacyjnymi takimi jak ZUS, PESEL, z rejestrami NFZ, GUS oraz Krajowym Rejestrze Nowotworów oraz udostępnione w pełnym zakresie centralnym ośrodkiem koordynującym, a w ograniczonym zakresie – regionalnym ośrodkiem koordynującym, realizatorom działań profilaktycznych i jednostkom podstawowej opieki zdrowotnej oraz medycyny pracy. Tutaj, jak wiemy, bardzo nas regulują kwestie ochrony danych osobowych, ale tego typu ustawa – właśnie ustawa – powoduje, że dostęp do danych jest możliwy. I jest możliwy w różnych innych krajach. Jeżeli chcemy oceniać, jak wygląda profilaktyka, to musimy wszystko rejestrować. Chodzi tu o coś, co możemy nazwać dobrem publicznym, a dobro publiczne jako takie rządzi się troszeczkę innymi prawami.

Zapis nr 6: populacyjne programy profilaktyczne w onkologii finansowane ze środków publicznych muszą mieć zapewnioną ciągłość finansowania z perspektywą co najmniej 10-letnią oraz pokrywać zapotrzebowanie na badania zgodnie z zasadami programów. Co najmniej 10% środków publicznych wydatkowanych na każdy z popula-

cyjnych programów profilaktycznych w onkologii musi być przeznaczony na kontrolę jakości i inne działania koordynacyjne. Znowu chodzi o to, że w wielu programach profilaktycznych mamy nieciągłość działania, to znaczy uruchamiamy 2-, 3-letni proces, kiedy te działania profilaktyczne są dostępne, a później ze względu na procedury konkursowe bywa tak, że jest pół roku przerwy, co jest rzeczą zupełnie niezrozumiałą dla całego społeczeństwa, również dla nas jako organizatorów programów profilaktycznych. Ta druga uwaga dotycząca wydatkowania 10% środków publicznych to nie jest nasz wymysł, tylko to są zapisy pochodzące i od Światowej Organizacji Zdrowia, i wszystkich organizacji zajmujących się organizowaniem profilaktyki w Europie i na świecie.

Zapis nr 7: wszystkie jednostki podstawowej opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznej są zobowiązane do współpracy w realizacji populacyjnych programów profilaktycznych w onkologii. Nie mniej niż 5% środków publicznych dedykowanych realizacji populacyjnych programów profilaktycznych w onkologii musi być przeznaczony na wsparcie wyżej wymienionych podmiotów w rekrutacji do wyżej wymienionych programów. Jednostki POZ muszą być rozliczane ze skuteczności tych działań, również wszystkie jednostki medycyny pracy powinny mieć możliwość i obowiązek współpracy w realizacji populacyjnych programów profilaktycznych w onkologii. Tu są 2 potencjalne bardzo ważne punkty oddziaływania. Jeden to podstawowa opieka zdrowotna, drugi to medycyna pracy. Oczywiście to nie powinno być oddane całkowicie, że tak powiem, w ręce podstawowej opieki zdrowotnej czy medycyny pracy. Powinno to iść w drugą stronę, powinniśmy się tu wspierać, czyli i POZ, i medycyna pracy, i organizatorzy programów profilaktycznych powinni się wspierać w tym, żeby jak najwięcej osób korzystało z tych badań.

Zapis nr 8, czyli już przedostatni. Otóż wszyscy realizatorzy populacyjnych programów profilaktycznych w onkologii zobowiązani są do raportowania kompletnych danych w dedykowanych rejestrach informatycznych, przestrzegania zasad realizacji opisanych w standardach postępowania, czyli tych manualach, w tym poddania się kontroli jakości realizowanej przez centralne i regionalne ośrodki koordynujące. Negatywna ocena realizacji dokonana przez centralne czy regionalne ośrodki skutkuje uruchomieniem procedury poprawy jakości opisanej szczegółowo w standardach postępowania.

Tutaj znowu jest kilka ważnych aspektów. Do tej pory często bywało tak, że przeprowadzana była kontrola jakości, ale później nie było żadnych skutków tej kontroli jakości. Nam nie chodzi o to, żeby kogoś od razu karać, chodzi o to, żeby wprowadzić pewne rozwiązania, które prowadzą do poprawy tej jakości. Czyli najpierw trzeba uświadomić, że ta jakość jest suboptymalna, później wyciągnąć rękę i pomóc tym ośrodkom czy tym realizatorom, którzy nie są w stanie spełnić wymogów, aby oni mogli się poprawić, a dopiero na końcu ewentualnie, już po wielu tych etapach, jeżeli ktoś zupełnie jest niesubordynowany – tak to nazwijmy – wyciągać jakieś konsekwencje.

I zapis nr 9, czyli już ostatni. Otóż edukacja w zakresie prawidłowych zachowań prozdrowotnych w onkologii musi być oparta na wysokiej jakości dowodach i być spójna

z europejskim kodeksem walki z rakiem. W Polsce jest podejmowanych wiele działań w profilaktyce pierwotnej, które nie mają uzasadnienia w dobrych badaniach naukowych. Bez sensu jest prowadzenie tego typu działań i wyprawianie ludzi w pole, można powiedzieć, poprzez rekomendowanie im czegoś, co nie ma aspektu profilaktycznego. Działania edukacyjne muszą być zintegrowane na wszystkich poziomach edukacji: w szkole podstawowej, w szkole średniej, na studiach wyższych, w szkoleniu podyplomowym dla lekarzy. Działania te muszą również obejmować interwencje medyczne w zakresie prewencji pierwotnej, oparte na wysokiej jakości dowodach naukowych, bo takie również istnieją. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.

No, ciekawe spostrzeżenia. Widzę po twarzach, że nie wszyscy się z nimi zgadzają, więc myślę, że będzie ciekawa dyskusja.

Teraz proszę pana doktora Artura Prusaczyka jako praktyka POZ. Chodzi o to, czy rzeczywiście POZ jest niezainteresowane badaniami profilaktycznymi, bo takie padło sformułowanie.

Proszę, Panie Doktorze.

(Wiceprezes Zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z o. o. Artur Prusaczyk: Z miejsca?)

Może nawet z miejsca, będzie wygodniej.

Wiceprezes Zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z o. o. Artur Prusaczyk:

Przedstawię się. Nazywam się Artur Prusaczyk. Jestem lekarzem ginekologiem. W tej chwili jestem w trakcie specjalizacji z ginekologii onkologicznej w Centrum Onkologii.

21 lat temu założyliśmy jednostkę podstawowej opieki zdrowotnej, która jest spółką lekarzy i pielęgniarek, jest spółką pracowniczą. Obsługujemy 100 tysięcy pacjentów na wschodnim Mazowszu i północnej Lubelszczyźnie.

Zacniemy od wzoru na wartość Michaela Portera. Bez wskaźników, bez określenia jakości i bez określenia *patients experience* za określoną cenę nie można zarządzać ani w mikro-, ani w makroprzedsiębiorstwie.

Proszę o następny slajd.

Czy w ogóle są możliwe wdrożenia nie tylko w skali mikro, tylko makro? Tak, w tym roku były 2 duże sukcesy, czyli wdrożenie e-zwolnień i e-recept, ze wszystkimi różnego typu uwarunkowaniami. Przecież wiadomo, że nie jest to proces idealny, nie jest to możliwe. Bardzo często zarzucano mi, że mówię o pewnym zdarzeniu mikro, które dotyczy tylko 100 tysięcy pacjentów. Ale chcę powiedzieć, że można to zrobić również w skali makro.

Proszę o następny slajd.

Przede wszystkim zwrócimy się do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Tam przede wszystkim jest napisane, że zadania pielęgniarki i lekarza są praktycznie identyczne. Lekarz jest koordynatorem, a właściwie decydem, natomiast tę pracę trzeba przerzucić. I nasz

sukces polegał na tym, że my tę pracę przesunęliśmy na pielęgniarki, edukatorów i położne. Zwracam w szczególności uwagę na położne, bo wszystkich zasobów Polska ma za mało, natomiast położnych mamy trzy razy więcej niż wynosi średnia unijna. To jest tylko kwestia innego podziału, redefinicji obowiązków i monitoringu celów.

Proszę o następny slajd.

Kwestia badań Scirocco z Komisji Europejskiej. Kiedyś braliśmy udział w badaniach i dla Komisji określaliśmy – jest taka agencja Chafea – tzw. skalę przygotowania do koordynacji. W tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia powtarza w ramach programu POZ Plus podobne badanie, wykorzystując ten protokół Chafea, protokół Scirocco... W każdym razie on ocenia przygotowanie w 12 elementach. Po lewej jest taka, powiedzmy, średnia krajowa, jaką oceniliśmy, rysunek po prawej to jesteśmy my. To jest nadal słabe, ale widać, że to przygotowanie jest większe. Proszę zwrócić uwagę na to, co mówił pan profesor Kamiński. Tutaj właściwie nie ma pytania o część merytoryczną, bo ona jest dosyć poprawna, są tu tylko pytania organizacyjne o przygotowanie pewnego typu schematów postępowania, narzędzi, metod funkcjonowania, które pomagają zastosować wiedzę o charakterze profesjonalnym.

Proszę o następny... A, jeżeli można byłoby na sekundę wrócić do poprzedniego slajdu.

Chcę powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia ogłosiło granty „Jakość w POZ”. My jesteśmy beneficjentami jednego z tych grantów. Przygotowujemy w tej chwili do modyfikacji kilkadziesiąt jednostek na terenie całej Polski. W Polsce jest bardzo dużo jednostek POZ, które są do tego już przygotowane, ale trzeba tam dołożyć dodatkowej pracy, szkoleń, żeby zsynchronizować te przygotowania. To jest możliwe.

Proszę o następny slajd.

Tu są pokazane 3 podstawowe składniki. Pierwszy to jest zespół medyków, drugi to są systemy informatyczne, a trzeci to jest pacjent. Oczywiście bardzo często pytano, czy można koordynować bez systemu informatycznego. No można, wszystko można skoordynować, tylko w dzisiejszych czasach to już nie jest ten poziom koordynacji, za który może płacić państwo. Jak powiedział pan profesor Kamiński i profesor Nowakowski, chodzi o dobro publiczne. Profilaktyka to jest coś, co musi być powszechnie znane, bo to jest w ogóle... No, nie można, w dzisiejszych czasach nie można.

Proszę dalej.

Teraz kwestia teorii Donabediana i wytworzenia pewnej kultury współpracy. Również z wypowiedzi panów profesorów wynikało, że pierwszą sprawą, która wpływa na strukturę... Muszą być odpowiednie regulacje prawno-organizacyjne, w szczególności chodzi o uwzględnienie bardzo dużej grupy wolontariuszy czy takich ludzi, którzy sami kiedyś chorowali, organizacji pacjenckich, organizacji społecznych, Kościoła. To bardzo pomaga. Mówię na podstawie doświadczenia – to poprawia wyniki o co najmniej 10–20% udziału populacyjnego. Druga kwestia to jest wpływ na proces. I tutaj muszą być zaangażowani przede wszystkim POZ i medycyna pracy, ale również specjalistyka, szpitale i – to jest ważne, jest to ogromna szansa, niewykorzystana w Polsce – opieka

farmaceutyczna. Dzięki e-recepcie wprowadza się możliwość prowadzenia, współuczestniczenia przez apteki w programach profilaktycznych. Dzieje się tak w wielu różnych krajach, jest to sukcesem, apteki pomagają w tym wszystkim. No i oczywiście pozostaje to, o czym mówili panowie – rola samorządów, ZUS, KRUS itd.; chodzi o wszystkie organizacje, które oddziałują na pacjenta w dniu powszednim. Ostatnia sprawa to jest ewaluacja. Bez ewaluacji nie można prowadzić... Oczywiście u nas odbywa się to w skali firmy, na poziomie zarządu, ale są również regionalni kierownicy, którzy do tego się odnoszą. No, bez tego po prostu nie można zarządzać.

Proszę dalej.

Chcę powiedzieć, że bardzo ważną rzeczą jest również współpraca z płatnikiem. Mimo tych wszystkich trudów przez wiele lat udało się odnaleźć bardzo wielu ludzi dobrej woli, jak kiedyś śpiewał Czesław Niemen, a kiedy tych ludzi jest więcej, to można coś zrobić. I w tych wszystkich ministerstwach, funduszach itd. odnaleźliśmy takich ludzi, którzy chcieli w tym pomagać, wbrew temu wszystkiemu, mimo że te programy były nieintegrowalne. Myślę, że pani Łucja też to potwierdzi. W wielu lokalizacjach jest możliwe osiągnięcie czegoś na zasadzie dobrej woli, ale gdyby pomogło w tym jeszcze prawo i informatyka, to byłoby cudownie.

Kwestia tworzenia kultury inwestycji w firmie to jest bardzo... Jest kilka takich podstawowych elementów, które pewno po części będą powielają wcześniejsze wypowiedzi. Jest to przede wszystkim centralne zbieranie danych i ich ewaluacja, elektroniczna karta zdrowia. Pacjent musi wiedzieć, że te dane są gdzieś zebrane i że w razie potrzeby są dostępne i dla innych lekarzy, i dla niego i dla jego rodziny. Kolejna sprawa to jest upowszechnienie punktów zapraszania. Chodzi tu o włączenie do procesu właśnie farmaceutów, pracowników ZUS czy KRUS, no i uwzględnienie finansowania osób zapraszających, o czym mówił profesor Kamiński, tak samo jak kontroli jakości. Chodzi też o zapewnienie ciągłości wykonywania badań przez uprawnione podmioty. Bo to jest po prostu coś strasznego – umówić ileś tysięcy pacjentów, a potem odwołać te wszystkie wizyty, a w dodatku jeszcze sprawozdawać to w postaci papierowej, a w tej chwili tak jest. Jest też idea zarządzania kolejkami, a nie ich pozornego skracania. To jest bardzo ważna kwestia w dzisiejszych czasach. Pacjenci czekają na badania. U nas od razu mają wyznaczone badania za kolejne 2 lata, 3 czy 5 lat. I tymi kolejkami można zarządzać. Ona nie musi być krótka, ona musi być zarządzalna, a pacjenci muszą być zestratyfikowani w zależności od grup ryzyka. Panowie mówili tu również o kwestii identyfikacji predyspozycji genetycznych. Bez POZ tego nie można zrobić, więc to powinno się znaleźć w szeroko rozumianej profilaktyce. Poza tym potrzebna jest sprawozdawczość elektroniczna, bo bez tego... Skoro wszystko zbieramy w systemie elektronicznym, to i raportujemy elektronicznie. Po prostu tak będzie łatwiej i łatwiej.

Proszę o następny slajd.

Czy można osiągnąć lepsze wyniki? W tej chwili, tak jak panowie mówili, jest wykonywanych 20% badań, u nas jest to ok. 60% uczestniczących. Ja jednak zaryzykuję, że u nas 40% pacjentów nie ma wykonanych badań profi-

laktycznych albo te badania są bardzo, bardzo ułomne, są wykonywane gdzieś pokątnie, bez najmniejszej kontroli jakości i one wręcz tylko szkodzą pacjentom. Po upływie 5 lat można osiągnąć ten wynik będący na przyzwoitym poziomie, takim, żeby we wszystkich rankingach OECD była to przynajmniej jakaś średnia. A jeżeli będziemy dobrze pracowali, to w przeciągu 10 lat możemy osiągnąć nawet 85-procentowe uczestnictwo. Nam się udało.

Proszę o następny slajd.

Tutaj jeszcze jest kwestia odwołania do wzoru na wartość. Jest odniesienie do położnej. 1/4 etatu położnej jest przeznaczona na profilaktykę. Jeżeli ta położna pobiera ok. 100 badań rocznie, co jest standardem dla całego kraju, to znaczy, że ona pobiera jedną cytologię raz na 5 godzin. Pytanie, co ona w tym czasie robi w zakresie profilaktyki? Koszt takiego pobrania – to jest materiał opracowany 2 lata temu, w tej chwili to pewno byłoby więcej – wynosił ok. 115 zł. No i ta położna wykrywa 1 do 2 nieprawidłowości rocznie za cenę 12 tysięcy za 1 nieprawidłową rzecz znalezioną. Przy suboptymalnym postępowaniu – tak było u nas 2 lata temu – położne pobierały po ok. 700 cytologii. Koszt pobrania spadał wtedy do 16 zł, one wykrywały ok. 10 nieprawidłowości, a koszt wykrycia spadał do 5 tysięcy. Jeśli z kolei tak jak w tym roku – i tak jak jest np. w Szwecji, w Finlandii, w Danii, w Norwegii – położne pobierały ok. 1 tysiąca 100 cytologii rocznie, to koszt pobrania spadał wtedy do 11 zł, liczba nieprawidłowości zwiększała się do 16, a koszty wykrycia spadał do 3 tysięcy. Notabene tą nadwyżką dzieliliśmy się z pracownikami, czyli doprowadzało to do wzrostu wynagrodzenia, do osiągania prawidłowych wyników przez przedsiębiorstwo i dobrych wyników populacyjnych.

Proszę dalej.

Podsumowując, powiem, że to powoduje odbudowę poczucia bezpieczeństwa i pacjenci są z tego tytułu bardzo zadowoleni. Oni spokojnie poczekają. Dla pacjenta nie jest żadnym problemem, jeżeli np. badanie kolonoskopowe jest za 3 miesiące, bo to jest badanie planowe.

Przesunięcie kompetencji w ramach zespołu, standaryzacja zadań, powszechność kontroli jakości – no, cieszę się tutaj, bo praktyka to samo udowadnia – i dopasowanie programów do zasobów poziomu dojrzałości i umiejętności to jest... Zwracam uwagę na ten ostatni punkt. My prowadzimy i ośrodki wiejskie poniżej 1 tysiąca pacjentów i ośrodki miejskie, które mają po 10 tysięcy pacjentów. Tym ludziom można zaserwować, że tak powiem, różne badania w ramach możliwości, ale za każdym razem trzeba im coś zaproponować. Czyli badanie typu tomografia czy kolonoskopia albo badanie kolposkopowe może być wykonane w jakiejś tam odległości, ale trzeba tam dojechać. My organizujemy pacjentom transport. W wielu krajach organizują to samorzady, wykorzystują np. samochody jadące z dziećmi do szkoły. My mamy transport sanitarny; transportujemy pacjentów i później ich odwozimy po badaniach. Jeżeli chodzi o tereny wiejskie, to prawdopodobnie jest to podstawowy element zbudowania dostępności w takim prostym rozumieniu: po pierwsze, chodzi o to, żeby był termin, a drugie, żeby ktoś dowiózł i odwiózł pacjenta.

Ostatnia sprawa to jest budowanie korzyści dla wszystkich uczestników. No, to buduje wartość wtedy, kiedy

wszyscy w jakiś sposób coś tam po drodze zarobią. Nie można tego pomijać, bo wtedy doprowadza się do patologii.

Proszę o następny slajd.

Co jest zadaniem pań pielęgniarek? Panie pielęgniarki bardzo często pytają, co one mają robić. No, przede wszystkim mają wyjaśnić pacjentowi, a panie położne mają jeszcze dodatkowo pobrać cytologię.

Następny slajd.

Chciałbym tu pokazać, jak to wygląda według naszych danych. U dołu takimi przerywanymi liniami jest średnia dla Polski; panowie to tutaj pokazywali. Średnia dla naszego POZ to jest ok. 65%; to są pacjenci, którzy w sposób, można powiedzieć, dokładny wykonują badania. Z kolei po wprowadzeniu bilansu w ramach programu POZ Plus – wcześniej nasz autorski program nazywał się ABCD – to wykonanie wynosi ok. 85%. Ogólnie tylko mniej niż 10% pacjentów jest poza opieką w czasie 5 lat. Czyli praktycznie można to doprowadzić do takiego poziomu, jaki jest w Szwecji, w Danii i w Norwegii.

Proszę o następny... I tu chyba już koniec. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Doktorze. Myślę, że właśnie POZ jest kluczem do sukcesu w polskiej profilaktyce.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Senatorze, za chwilę. Teraz bym oddał głos panu ministrowi, bo wiem, że już pali się do wygłoszenia pewnych refleksji, które tutaj sobie wynotował.

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Myślę, że refleksje zostawię sobie na koniec, bo z chęcią przysłucham się całościowej dyskusji.

Chciałbym jednak zacząć od pewnych podziękowań. Z jednej strony chcę podziękować panu przewodniczącemu i całej komisji senackiej za zorganizowanie tego spotkania, bo jest to jeden z najistotniejszych tematów w onkologii – trzeba to sobie jasno powiedzieć. Od kiedy jestem w Ministerstwie Zdrowia, jest tak, że na każdym posiedzeniu Krajowej Rady do spraw Onkologii dyskutujemy o szeroko rozumianych tematach profilaktycznych, bo to jest chyba podstawa działań. I cieszę się, że wszyscy mamy zgodność w tym zakresie.

Chciałbym również podziękować kolegom z Centrum Onkologii, bo tak naprawdę ta prezentacja, którą zrobili, i pokazanie tych danych, które nie są powszechne... My w Polsce często mamy wrażenie, że zgłaszalność w programach profilaktycznych jest fatalna. Ja się zgadzam z tym, że musimy pracować nad tym i musimy wiedzieć, jaka jest, ale niekoniecznie trzeba jednoznacznie stawiać tezę, że jest fatalna. Stawianie tezy, że jest fatalna, powinno powodować i często powoduje cały katalog działań, które są nieefektywne. Bo jeżeli my zechcemy dzisiaj realizować choćby szerokie programy uświadamiające, albo wysyłkowe, albo

inne, w zakresie raka szyjki macicy, to mogą to być pieniądze wyrzucone w błoto, niestety, jeżeli przyjąłbyśmy za słuszne wyniki GUS mówiące o tym, że de facto pokrywamy tu taką część populacji, która z punktu widzenia programów profilaktycznych jest już tą częścią efektywną.

Bardzo krótko odniosę się do prezentacji Centrum Onkologii, a potem do propozycji zmian.

Ja bym chciał zwrócić uwagę na kilka rzeczy, o których my w profilaktyce... To znaczy nie chciałbym, żebyśmy zapomnieli o kilku tematach, które dzieją się dzisiaj i które, mam nadzieję, będziemy rozwijać również we współpracy z Centrum Onkologii. Po pierwsze, profilaktyka onkologiczna to nie są tylko programy. Profilaktyka onkologiczna to jest, w mojej ocenie, ogrom pracy w zakresie budowania świadomości, w zakresie tak naprawdę uczulania społeczeństwa, że to ono samo musi dbać o siebie i musi dbać o tę profilaktykę. To nie jest tylko rola lekarza POZ, lekarza onkologa. Tak naprawdę to każdy w społeczeństwie powinien zwiększać tę świadomość. No i w 2018 r. zainicjowaliśmy działania na taką szeroką skalę: program świadomościowy, kampania społeczna „Planuję długie życie” finansowana ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, no i w jednoznaczny sposób ukierunkowane właśnie na zwiększanie zgłaszalności i zrozumienie idei profilaktyki i na jej potrzeby. Chciałbym też, żebyśmy rozmawiając o profilaktyce – bo ja rozumiem, że mówimy głównie o 3 programach: jelito grube, mammografia, rak szyjki macicy – nie zapominali też o innych programach. Prof. Nowakowski wspominał tutaj o PSA, dyskutowanym w krajowej radzie, ale są też programy, co do których w przeciwieństwie do PSA mamy zgodność i chcemy jak najszybciej je wdrażać. To np. pilotaż HPV, który chcielibyśmy, żeby był realizowany przez Centrum Onkologii już zaraz, dopinamy tak naprawdę ostatnie szczegóły, i pilotaż, a nawet nie tyle pilotaż, co program unijny w zakresie badań profilaktycznych raka płuca, duży, z finansowaniem unijnym na poziomie 20 milionów zł, z którym byśmy chcieli wystartować w II kwartale. Jest też kilka innych programów finansowanych ze środków unijnych. Mówię o tym, bo pojawił się temat finansowania. Ja bym chciał zwrócić uwagę, że finansowanie profilaktyki to nie jest tylko Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych i nie tylko NFZ. W dużej części jest to też właśnie zaangażowanie środków unijnych, to są programy dotyczące nowotworów w zakresie głowy i szyi, skóry, są to już finalizowane umowy dotyczące raka płuc, o których mówiłem, czy raka wątroby, planowane na następny rok.

Kończąc wątek podsumowania i może wchodząc na chwilę jeszcze w szczegóły... Wydaje mi się, że musimy rozróżnić pewne kwestie w tej dzisiejszej dyskusji, tzn. musimy jednak podejść odrębnie do każdego z tych 3 kluczowych programów, bo inne problemy mamy w programie związanym z rakiem piersi, inne w programie związanym z rakiem szyjki macicy, a całkiem inne, wydaje mi się, dotyczą raka jelita grubego. No, w przypadku programu dotyczącego raka jelita grubego chyba jesteśmy w szczęśliwym finale. Wydaje mi się, że zmiany, które zapropnujemy od 2019 r., powinny w istotny sposób zwiększyć

zgłaszalność, bo ja się zgadzam z kolegami z Centrum Onkologii – dużym problemem jest brak koordynacji. Rak jelita grubego jest bardzo dobrym tego przykładem. Poszły tam regionalne programy przesiewowe, które tak naprawdę stanęły w dużej kontrze do programu krajowego i które były znacznie lepiej finansowane – ze środków unijnych – niż program krajowy. Ten brak koordynacji i, wydaje mi się, brak wspólnych zasad w tym zakresie powoduje również, że my często w tych programach tak naprawdę nie nadążamy czy jakby nie mamy wspólnego celu... No, cel może mamy wspólny, ale droga do niego jest jednak całkiem inna. A więc wydaje mi się, że zmiany w zakresie programu dotyczącego raka jelita grubego powinny w istotny sposób zwiększyć zgłaszalność i uelastyczyć programy, głównie dla świadczeniodawców.

Żeby nie przedłużać, przejdę chyba do propozycji zmian, które są bardzo ciekawe. Większość, w mojej ocenie, jest do zrobienia w 2019 r., nie wiem, czy wszystkie. Chcę tu też wysłuchać głosów wszystkich państwa.

Zgadzam się jednoznacznie, że co do zasady programy profilaktyczne powinny podlegać ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. I do tego, mam nadzieję, będziemy dążyć. Może to być oczywiście odzwierciedlone w ustawie czy pewnie powinno, ale ja bym chciał, żeby wiele zmian w zakresie profilaktyki było też odzwierciedlonych w strategii walki z rakiem, w dokumencie na poziomie rządowym, którego nam w Polsce brakuje i który, mam nadzieję, powstanie jeszcze w pierwszym półroczu 2019 r. Wierzę w to, że profilaktyka będzie jednym z jego głównych rozdziałów i że do tej dużej strategii walki z rakiem będzie dołączony pewien plan operacyjny działań w zakresie profilaktyki. Zgadzam się, że takie plany muszą powstać i muszą usystematyzować pewne nasze działania, których, wydaje mi się, jest coraz więcej, ale musimy je zebrać właśnie w jakiś taki syntetyczny plan.

Zgadzam się również co do tego, że programy profilaktyczne powinny być koordynowane na jednym poziomie, centralnie. I mam nieodparte wrażenie, że założenia, które przedstawił zespół powołany przez ministra Szumowskiego już w marcu – chodzi o opracowanie założeń krajowej sieci onkologicznej – to odzwierciedlają. Odzwierciedlają również rolę wojewódzkich ośrodków koordynujących, aczkolwiek tu musi być jeszcze dyskusja, bo wolałbym jednak centralizować pewną koordynację, a wojewódzkim ośrodkom koordynującym zostawić głównie realizację tego, co na poziomie centralnym zostanie wypracowane, raczej rolę wykonawczą niż rolę ośrodków kreujących pewną nową i odrębną, nie daj Boże, politykę.

Wydaje mi się również, że dzisiaj nie ma już problemu z ciągłością finansowania. I wydaje mi się – ale proszę mnie poprawić – że nie ma również problemu na poziomie kontroli jakości i koordynacji. Dzisiaj z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych finansujemy duży program kontroli jakości w mammografii, duże programy koordynacyjne w zakresie raka jelita grubego; może trzeba to jeszcze usystematyzować. I w momencie, kiedy zostanie podjęta decyzja chociażby o jednym centralnym ośrodku koordynującym, to pewnie też trzeba to usystematyzować, aczkolwiek nie widzę ryzyka, jeśli chodzi o ciągłość finansowania w tym zakresie.

No i teraz 2 trudne tematy. Najpierw centralny rejestr. Absolutnie jestem zwolennikiem centralnego rejestru, aczkolwiek widzę ogrom problemów operacyjnych w dojściu do tego rejestru, w szczególności związanych z tym... W dosyć łatwy sposób możemy, brzydko mówiąc, zmusić świadczeniodawców publicznych do stosowania tego rejestru. Większy problem widzę po stronie świadczeniodawców prywatnych, co do których mam takie obawy i wątpliwości, czy na poziomie ustawy możemy ich zmusić do powszechnej rejestracji pacjentek czy pacjentów, którzy się zgłaszają. Ale to pozostawiam też trochę do dyskusji...

(*Senator Dorota Czudowska: Do tyłu rzeczy zmuszamy ustawą, Panie Ministrze...*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Mówię o tym, że jest to tak naprawdę pewne ryzyko, które stoi głównie przed prawnikami, bo zgadzam się, że to nie jest tylko dostęp do danych osobowych, moim zdaniem, to jest też kilka tematów związanych tak naprawdę z ochroną pacjenta i jego prawami. Ale to jest do dyskusji. Ja nie mówię tu „nie”, absolutnie, bo taki rejestr dałby nam jednoznaczną informację o tym, jaka jest zgłaszalność, w których regionach. Nam brakuje dzisiaj danych np. o tym, jaka jest różnica między dużymi ośrodkami a ośrodkami wiejskimi. Mówimy tu o pewnej roli POZ. Pan doktor podkreślił rolę POZ w profilaktyce na poziomie obszarów wiejskich, podczas gdy... No, brakuje nam tego, ale brakuje nam tutaj też jasnego określenia strategii działań, bo moim zdaniem dzisiaj strategia działań w zakresie profilaktyki na obszarach wiejskich i miejskich jednak musi być zgoła odmienna. A rola POZ... No, ja się bardzo cieszę, że mamy tutaj ten właśnie przykład, bardzo szczytny, przykład takiej bardzo dobrej realizacji programów profilaktycznych. Ubolewam jednak nad tym, że te dane, które pokazało Centrum Onkologii, jednoznacznie pokazują, że niestety jest to wyjątek od reguły. Chyba tam było 200 ośrodków POZ, które to realizują, tak? No, to pokazuje, jak dzisiaj ten temat, niestety, jest marginalizowany przez POZ. Jest marginalizowany, a w pewnym sensie jest jednak przez system publiczny finansowany. Bo skoro zgadzamy się co do tego, że zgodnie z ustawą o POZ planowanie i realizacja zadań w zakresie profilaktyki jest jednym z kluczowych i wymienionych enumeratywnie w ustawie zadań POZ, to znaczy, że jest to odzwierciedlone w stawce kapitacyjnej. A to znaczy, że w pewnym sensie... Bo pojawił się postulat dotyczący systemu motywacyjnego. Ja bym się długo zastanawiał nad tym, jak ten system motywacyjny powinien być uszyty. Czy on miałby być systemem premiującym dodatkową zgłaszalność, czy może powinno być wprost odwrotnie, może to powinien być system ograniczania stawki kapitacyjnej w przypadku POZ-ów, które tego dzisiaj nie realizują? To jest, wydaje mi się, temat arcyważny i do zastanowienia. Jestem tutaj otwarty na propozycje, tak naprawdę.

Dyskutowałem o tym z kolegami z Centrum Onkologii; wydaje mi się, że my regularnie dyskutujemy o pewnych możliwościach zmian. Ja jestem zwolennikiem pewnego systemu motywacyjnego dla POZ, ale faktycznie on musi być dość dobrze uszyty. Dyskutujemy o pewnych propozycjach i mam nadzieję, że w I kwartale 2019 r. temat pojawi się na spotkaniu Krajowej Radzie do spraw Onkologii.

Wyobrażam sobie jednak pilotaż tego systemu na takiej zasadzie, że ośrodki POZ, które dzisiaj realizują, powiedzmy, poziom średni czy umiarkowany w zakresie zgłaszalności na swojej populacji, to jednak nie mają żadnych zmian w finansowaniu, nie mają dodatkowego finansowania, za to te, które realizują to ponadstandardowo, absolutnie mogłyby być beneficjentem pewnej premii. No, a te, które nie realizują tego, albo te, które realizują to poniżej oczekiwanego standardu, w mojej ocenie powinny być dzisiaj jednak niestety w pewien sposób ograniczane w zakresie tego finansowania, które jest. Tak jak podkreślam, to dzisiejsze finansowanie odzwierciedla realizację zadań w zakresie profilaktyki.

Jestem otwarty na dyskusję. No, będzie tyle. Miało być krótko, jednak nie wyszło aż tak krótko. Widać, że temat jest istotny i zakresów różnych działań i różnych pomysłów jest dość dużo. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Myszę, że rozpoczniemy dyskusję, bo jest to bardzo ciekawy temat.

Pierwszy zgłaszał się pan profesor. Proszę bardzo.

Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej w Centrum Onkologii – Instytucje im. Marii Skłodowskiej-Curie Jarosław Reguła:

Jarosław Reguła, też Centrum Onkologii.

Chciałbym poruszyć 2 sprawy.

Pierwsza to doprecyzowanie tego, o czym mówimy w aspekcie rejestrów oraz dostępu do danych. Koledzy podkreślali, że nie mamy dostępu do danych. Jak coś takiego powiemy np. NFZ-owi albo GUS-owi, to odpowie: to jest nieprawda, jak chcecie jakichś danych, to wam damy, w 2 dni będziecie mieli wszystkie dane. I tu jest nieporozumienie. Chodzi nam o dostęp do danych indywidualnych, podczas gdy NFZ, GUS i ZUS dają nam dane zagregowane w postaci słupków, które są kompletnie bezwartościowe. Żeby móc oceniać sposób leczenia, sposób postępowania, wykonanie badań przesiewowych, trzeba mieć indywidualne dane, trzeba znać przyczyny zgonów, trzeba znać datę zgonu. I te dane muszą być indywidualne. Rozumiem, że jest ustawa o ochronie danych osobowych, ale rozwiązania zachodnie, o których wspominamy już wielokrotnie, są takie, że powinna powstać agenda rządowa, instytucja, która jest w stanie dzięki połączeniu numerów PESEL połączyć różne dane, dane NFZ, dane z Centrum Onkologii, dane z GUS, dane z ZUS w jednej linijce, w jednym rzędku, pochodzące z numerów PESEL. I na końcu mamy dane indywidualne. Można na koniec wyciąć ten PESEL, żeby nikt nie mówił, że ujawniamy dane osobowe, ale muszą być to dane indywidualne. I taka agenda rządowa chroniona potrójnym kordonem wojska, betonem i jeszcze czymś... Ja nie żartuję, tak to jest. Taka agenda, która powinna to chronić, powinna dostać dane z tych instytucji, o których mówimy, i ona powinna nam, że tak powiem, wypluć linijki indywidualnych danych. Bez tego nie tylko w profilaktyce,

ale w ogóle w ocenie skuteczności leczenia w skali makro nic nie zrobimy. I moim zdaniem – mówię to, ponieważ jesteśmy w Senacie, czyli w ciele ustawodawczym – tego typu sprawę musi załatwić ustawa. Tylko akt na tym poziomie jest w stanie wprowadzić to w życie. A szczegóły, o których rozmawiamy, w sumie są ważne, ale one nie wymagają aż ustawy.

I druga sprawa, o której chciałbym powiedzieć. Chciałbym zwrócić uwagę, że te 9 punktów, które przedstawił profesor Kamiński, to jest właśnie taka propozycja ogólnych stwierdzeń, które mogłyby się znaleźć w ustawie. Tam jest między innymi mowa o dostępie do danych i rejestrach wysokiej jakości. Ja bym tam koniecznie dodał słowa mówiące o indywidualnych danych, bo tam chyba tego zabrakło, chyba że tego nie zauważyłem. No, są też inne punkty w jakimś stopniu ogólności, które wydaje mi się, mogłyby być pewną podstawą. Można zastanowić się nad ustawą z tymi 9 punktami – może być ich trochę mniej albo trochę więcej – nad tym, czy mamy szansę rozpocząć nad nią procedowanie. Bardzo bym apelował o to, żeby się zastanowić właśnie nad takim ogólnym dokumentem ustawowym. Dziękuję.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępca przewodniczącego Dorota Czudowska)

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

Pani doktor Didkowska. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucje im. Marii Skłodowskiej-Curie Joanna Didkowska:

Dzień dobry. Joanna Didkowska. Dziękuję bardzo.

Chciałabym odnieść się do tego, o czym mówił pan profesor... do wystąpień panów profesorów. Najpierw do tego, o czym mówił pan profesor. Na łączenie danych indywidualnych pozwala ustawa, zapisy RODO pozwalają, bo tam są takie zapisy, które mówią, że dla szczególnych celów jest możliwe łączenie danych indywidualnych czy też udostępnianie danych indywidualnych. I to są właśnie takie cele jak zdrowie publiczne, a tu niewątpliwie chodzi o zdrowie publiczne. Ja tylko nie rozumiem, dlaczego interpretacja tych zapisów jest tak bardzo restrykcyjna. A więc albo się skupmy na tym, żeby zostało wydane jakieś jasne... Ja nie wiem, jak to nazwać, powiedzmy, że przydałaby się jakaś wykładnia prawnicza, która będzie informowała, że dla celów zdrowia publicznego jest możliwe łączenie danych. I żeby w tym momencie to było obowiązujące również dla NFZ, dla ZUS, dla GUS, żeby nie było protestów ze strony tych instytucji.

Chciałabym również odnieść się do tego, o czym mówił pan profesor Reguła. Bo np. w Norwegii – ona co prawda nie jest w Unii Europejskiej – jest takie rozwiązanie, o którym mówił pan profesor. Jest jedna instytucja, która decyduje o tym, czy można łączyć dane, czy badacze nie mnożą

nadmiernie swoich zapędów naukowych i to ta instytucja decyduje o tym, czy można te dane połączyć i ona udostępnia upublicznione dane. Jest jeszcze jedno rozwiązanie, które też jest możliwe i wydaje mi się, że CSIOZ mógłby być taką instytucją, która zapewni to rozwiązanie. Tym rozwiązaniem jest anonimizacja danych, prawdziwa anonimizacja danych, taka, że np. CSIOZ pozyskuje te dane, anonimizuje je w locie i oddaje zanonimizowane zbiory. Wydaje mi się więc, że są możliwości i jest to całkiem łatwe i szybkie do zrobienia, tylko musi być chęć zrobienia tego.

Chciałabym też podziękować kolegom za to, że podnieśli rolę profilaktyki pierwotnej. Jak państwo pewnie wszyscy słyszeli, istnieje coś takiego... Dawno temu, w 1975 r. kanadyjski minister zdrowia, niejaki Lalonde, ogłosił tzw. pole Lalonde'a. Wskazał, że medycyna naprawcza odpowiada za 10–25% zdrowia społecznego. To pokazuje, jakie ogromne możliwości się kryją w profilaktyce – i pierwotnej, i wtórnej.

Chciałabym tu też podziękować Ministerstwu Zdrowia, dlatego że Ministerstwo Zdrowia po wielu latach zdecydowało się wreszcie na wydrukowanie kodeksu walki z rakiem w naprawdę dużej liczbie egzemplarzy. Co prawda jest to chyba jeszcze w trakcie druku, ale wiem, że to jest już prawie zakończony proces. A więc to jest dobry kierunek w zakresie takiej profilaktyki pierwotnej. Ale uważam, że tutaj też powinna być jedna instytucja koordynująca działania w zakresie profilaktyki pierwotnej. Tak było w poprzednim programie zwalczania chorób nowotworowych, kiedy to Centrum Onkologii miało taką rolę i po prostu tworzyło treści, które mogły być wykorzystywane przez wszystkich. I wtedy nie było takich sytuacji, że w co drugiej gazecie jest napisane, że najlepszym sposobem w przypadku raka gruczołu krokowego jest zrobienie sobie badania PSA. Dziękuję.

(Przewodnictwo obrad obejmuje przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Pan profesor.

Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Ryszard Gellert:

Dziękuję bardzo.

Nazywam się Gellert. Występuję tutaj niejako w 4 osobach. Informatyką medyczną i dużymi bazami danych zajmuję się od 30 lat. Jako lekarz rodzinny prowadziłem program dla 60 tysięcy pacjentów od 18 lat. I z przykrością stwierdzam, że nic się nie zmieniło – jak ktoś ma dobrą wolę, to jest w stanie zrobić bardzo dużo, problem jest z dobrą wolą. Poza tym jestem nefrologiem – dlatego to jest ważne, to o tym może powiem za chwilę – i jeszcze dyrektorem CMKP, instytucji szkolącej lekarzy. Z przyjemnością stwierdzam, że pan profesor Reguła, który tutaj przed chwilą reprezentował onkologów, jest również reprezentantem CMKP, więc czuję się niejako wzmocniony w tej roli.

A chciałbym zacząć od tego, że ja staram się bardzo dokładnie myśleć o tym, co jest wczesną wykrywalnością, a co jest profilaktyką. W tej dyskusji troszkę mi te rzeczy się rozmywają, a jest niezwykle ważne, żeby było to rozgraniczenie. Profilaktyka jest czymś troszkę odrębnym i POZ może mieć tu do odegrania ogromną rolę, ale wszyscy skupiali się raczej na programach wczesnej wykrywalności. Mogę tylko pogratulować znakomitego rozwiązania organizacyjnego, możliwego w dzisiejszych warunkach, co tylko i wyłącznie pokazuje, że przepisy są, ale motywacji nie ma. Gdy ktoś ma motywację, potrafi zrobić piękny program dla 100 tysięcy ludzi, a kilkadziesiąt takich programów by rozwiązało problem. Myślę, że znakomity dla pana ministra jest pomysł tej trójstopniowej motywacyjności programów dla POZ. Ja z tym się zgodzę, myślę, że pan senator Radziwiłł również, jako lekarz rodzinny, temu będzie przychylny. Jeżeli wpiszę jasno, co należy zrobić, to będzie to zrobione, bo tak to funkcjonuje. My mamy system mieszany, prywatno-publiczny. Świadczeniodawcę prywatnego jesteśmy w stanie ewentualnie do czegoś zmusić, ale pacjentów, jak wiemy, nie jesteśmy w stanie do niczego zmusić. Niemniej pacjenci się badają, bo widzimy, że są dane, które mówią, że 80% osób jest przebadanych, z czego 40% w NFZ, bo ich dane są w NFZ. To znaczy, że ludzie potrafią również zainwestować we własne zdrowie własne pieniądze. I to jest jeden z elementów, o których trzeba pamiętać. Nie będziemy mieli dobrych danych, dopóki nie zaczniemy sięgać do źródeł, czyli tam, gdzie te dane powstają. One powstają w ośrodkach diagnostycznych. Moim zdaniem nic na siłę, trzeba wzmocnić POZ w zakresie właśnie wczesnego diagnozowania.

I tutaj przechodzę do tego, dlaczego jako nefrolog jestem jeszcze tutaj ważny. Dlatego, że jednym z czynników ryzyka choroby nowotworowej, ważniejszym od palenia papierosów i ważniejszym od cholesterolemii w kardiologii, jest niewydolność nerek. W tym przypadku jest kilkaset do kilkudziesięciu tysięcy razy większa zachorowalność, i to w przypadku tych najczęstszych nowotworów, które w Polsce są. Tylko akurat to trzeba wykrywać w POZ, a w programach onkologicznych, w programach NFZ nigdzie o tym się nie mówi, chociaż wiadomo, że z całą pewnością ponad 4 miliony ludzi w Polsce mają chore nerki i ich dotyczy ogromne ryzyko. Nie zapiszemy ich w żadnym systemie informatycznym, dopóki nie będziemy mieli właściwych rozwiązań obowiązujących w zakresie sprawozdawczości w POZ polegających na tym, że powiemy, że tak, jest taka grupa ludzi, których dotyczy to ryzyko, i dopóki nie będzie równocześnie połączenia z innymi programami profilaktycznymi, np. w kardiologii, bo 4-krotne zwiększenie ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego w przewlekłej chorobie nerek, już nie mówiąc o powikłaniach ciąży, to jest poważny problem, o którym niewystarczająco dużo, moim zdaniem, się mówi. A warto by było pamiętać o tym, projektując pewne programy profilaktyczne czy wczesnego wykrywania.

Wreszcie ochrona danych osobowych i łączenie rejestrów. Ja przecież pracuję w Ministerstwie Zdrowia z mapami potrzeb zdrowotnych i my tam jesteśmy w stanie

pięknie prześledzić indywidualne losy każdego pacjenta na podstawie danych NFZ. To dzisiaj jest możliwe. Zatem nie róbmy niczego na siłę, tylko zacznijmy wykorzystywać to, co już jest, i doskonalmy to. To przede wszystkim. A dane NFZ wykorzystujemy nie po anonimizacji przez ministerstwo, tylko NFZ, dając dane indywidualnych pacjentów, ale tylko tych, których leczenie jest opłacane ze środków publicznych, jest w stanie bardzo pięknie je zanonimizować, a później do tego wrócić, jeżelibyśmy mieli taką potrzebę. Ale na razie programy Ministerstwa Zdrowia, te mapy potrzeb zdrowotnych, a właściwie mapy świadczeń zdrowotnych, jak wolę je nazywać, tego nie wymagają. Tak więc ja myślę, że całkiem sporo można zrobić już w 2019 r., wykorzystując to, co jest. Ale w pełni się podpisuję pod tymi 9 punktami, które Instytut Onkologii chciałby wprowadzić, może tylko z zastrzeżeniem, żeby to było mniej obligatoryjne, a bardziej motywacyjne, żeby bardziej były to wytyczne niż obowiązek. Bo do tego obowiązku, jak widzimy, mimo jego istnienia prawnego, nie odnosimy się, a penalizacja chyba nie jest najlepszym sposobem uzyskiwania postępów w zdrowiu publicznym.

Ja mogę tylko powiedzieć, że program prewencji, a właściwie wczesnego wykrywania chorób nerek, mógłby zwiększyć w krótkim czasie średnią długość życia w Polsce o 2 lata. To nie jest mało.

(Senator Dorota Czudowska: Można poprzez regularne USG jamy brzusznej...)

Wystarczy znać poziom kreatyniny, wystarczy badanie ogólne moczu. To jest jeszcze tańsze...

(Senator Dorota Czudowska: Tak.)

...i do tego nie potrzeba lekarza.

I wreszcie ostatni punkt, dla którego tutaj dzisiaj przede wszystkim przyszedłem. Otóż możemy o tych wszystkich programach zapomnieć i przestać nimi się zajmować, jeżeli nie będziemy mieli onkologów. A onkologów nie będziemy mieli, dopóki nie będzie onkologii akademickiej. Centrum onkologii i systemy onkologii na dzień dzisiejszy w minimalnym stopniu przyczyniają się do tego, żeby tak było. Mówię to z pełną odpowiedzialnością i bólem, muszę powiedzieć. Pan prof. Reguła włożył mnóstwo pracy w to, żeby Instytut Onkologii zechciał szkolić onkologów w programach onkologicznych i w onkologii dla specjalności onkologicznych. Niestety, to się nie udało i musimy szukać innych sposobów. Musiałem zamknąć w Gliwicach CMKP-owską klinikę onkologii z racji niedostatków w szkoleniu. Brak akademickiej onkologii, która nauczałaby studentów, a później lekarzy, w tym lekarzy onkologów, powoduje to, że mamy szkolenia sponsorowane przez firmy farmaceutyczne, a nie obiektywne szkolenia prowadzone przez fachowców. Jasne, że oni w jakiś sposób przedstawiają swój punkt widzenia, jednak tego odium udziału firm farmaceutycznych w procesie kształcenia lekarzy onkologów nie udaje nam się uniknąć. I chciałbym apelować, żeby jednak pamiętać o tym, że stanowisko KRAUM i praktyka codzienna CMKP wskazują konieczność istnienia ośrodków zobligowanych do szkolenia specjalistycznego w zakresie onkologii. To jest niezwykle ważne, bo za parę lat okaże się, że owszem, programy mamy świetne, tylko leczyć nie ma kto. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Proszę państwa, taka mała uwaga organizacyjna. Salę mamy niestety tylko do godziny 12.00, więc proszę o krótsze wystąpienia, bo wiem, że wiele osób chciałoby zabrać głos, i ja to szanuję.

Proszę, pani się zgłaszała pierwsza.

Przedstawicielka Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, jestem lekarzem rodzinnym i dziś reprezentuję federację „Porozumienie Zielonogórskie”, organizację reprezentatywną dla opieki podstawowej.

Podmioty, które są skupione w naszym związku pracodawców, mają pod opieką 12 milionów pacjentów. Dlatego bardzo mi przykro, że dzisiaj nie jestem w stanie przedstawić państwu danych dotyczących tego, co usiłujemy wykonywać w POZ w zakresie profilaktyki, ale nie wiedziałam, że jest możliwość prezentacji tych danych. My utworzyliśmy we Wrocławiu nasz centralny ośrodek koordynujący profilaktykę. Dlaczego centralny, dlaczego dla naszej organizacji centralny? Dlatego, że przeciętna praktyka lekarza rodzinnego... przepraszam, opieki podstawowej nie wygląda tak, jak z perspektywy pana doktora Prusaczyka, z perspektywy dużej spółki mającej pod opieką 100 tysięcy pacjentów. Żaden z gabinetów opieki podstawowej czy nawet małych podmiotów nie jest w stanie pisać programów profilaktycznych. My...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No musi, proszę państwa. Musi pisać, jeśli np. są ogłaszane konkursy przez samorządy. Jest to duży poziom skomplikowania. Kolejny poziom, na który my wskoczyliśmy, to programy proponowane przez Ministerstwo Zdrowia. Uczestniczymy w kilku, np. program profilaktyki chorób naczyń mózgowych jest realizowany w kilku województwach i w kilku województwach są programy dotyczące cytologii i mammografii.

Chciałabym odpowiedzieć panu ministrowi, dlaczego w POZ pobiera się tak mało cytologii. Ja jestem lekarzem, który za kilka dni będzie obchodził dwudziestą rocznicę podpisania umowy – podpisałam ją jako pierwszy świadczeniodawca w Polsce – z publicznym płatnikiem, z Podlaską Regionalną Kasą Chorych. Specjalizację z medycyny rodzinnej robiłam trybem rezydenckim. Dużą część naszego szkolenia dwadzieścia kilka lat temu zajmowała opieka nad ciężą fizjologiczną, nad kobietą, podstawowa ginekologia. W kilku województwach kasy chorych kontraktowały u lekarzy rodzinnych te świadczenia. W momencie, kiedy wszedł NFZ, w żadnym województwie te świadczenia nie były już kontraktowane. Budując w grudniu 1998 r. moją przychodnię, miałam gabinet przeznaczony na świadczenia ginekologiczne głównie z myślą o profilaktyce. Gabinet ten został zlikwidowany, wykorzystany do innych celów. Ja po kilkunastu latach nie jestem w stanie odbudować infrastruktury i ponownie wstawiać fotela ginekologicznego.

W tej chwili nie mam gdzie. Jednak na Podlasiu są 2 podmioty, które w zakresie POZ podpisały umowy na cytologię. Koleżanka prowadzi niedużą praktykę, ma 6 tysięcy pacjentów, miała zaplecze lokalowe. Nie mówię tu o centrach medycznych, które w swoich strukturach mają ginekologów, bo one mogą wykorzystywać sprzęt. To był taki troszeczkę nasz mały pilotaż: wykorzystując wszystkie dostępne media, lokalną gazetę, zaangażowanie położnej, pielęgniarek środowiskowych, listy, telefony, maile, ulotki... Na 900 pacjentek, które były zakwalifikowane do wykonania cytologii, udało się wykonać ją dla 37. Jest totalny brak wiedzy pacjentek, że mają taką możliwość, nawet tam, gdzie ona jest, wolą chodzić do ginekologów. Koleżanka, dzieląc się z nami swoimi refleksjami, dała przykład tego, że to, co nam się wydawało... Bo nam zawsze się wydawało, że jeśli w POZ będziemy pobierali cytologię, to znacznie zwiększymy tę ilość pobrań.

Jednym z programów, które najdłużej są realizowane w POZ, jest program profilaktyki chorób układu krążenia. Wszyscy świadczeniodawcy POZ mają wpisane to do swoich umów. Realizacja tego programu jest rzędu 20%. Jest to jeden z przykładów, jak można dobrze zrealizować program. Zawsze bardzo mnie dziwiło, dlaczego NFZ tym się nie chwali. Dlaczego nie chwali się, że został stworzony system informatyczny? Bo gdy wykonuje się badania profilaktyczne, cytologię, mammografię, jest on wykorzystywany. Ja mam podgląd, czy moje pacjentki mają wykonywane cytologię i mammografię. Cały czas toczymy bój o tę ilość, pytamy, dlaczego tak mało. Nawet kiedyś rzecznika prasowego mojego NFZ pytałam: dlaczego państwo nie robicie kampanii informacyjnej dotyczącej możliwości korzystania z tego programu? Potem w rozmowie z dyrektorem w odpowiedzi na pytanie, czy coś będziecie robili, czy planujecie jakąś kampanię, bo ludzie w ogóle nie wiedzą, że mogą skorzystać z tej formy profilaktyki, usłyszałam: „A czy ty uważasz, że ja jestem głupi? Przecież to są pieniądze, które mi zostają”. Proszę państwa, przez wiele lat finansowanie tego programu było traktowane jako zakładka finansowa. I tu mamy myślenie na różnych poziomach o profilaktyce.

I odpowiedź dla pana profesora na pytanie o dostęp do danych. Według zasobów NFZ jest przebadanych w tej chwili ok. 1 miliona Polaków w zakresie tego programu CHUK. Nigdy nie widziałam żadnego opracowania zbiorczego tych danych. Na jednym z kongresów któryś z profesorów omawiał epidemiologię i badanie na podstawie przebadania 450 pacjentów pod tym kątem. W Polsce jest 1 milion przebadanych ludzi, są bardzo szczegółowe dane i jest zero analizy, wykorzystania. NFZ, owszem, odpowiada: jeśli ktoś do nas wystąpi, my dane udostępnimy, jednak nigdy nie słyszałam, żeby one były wykorzystywane.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Doktor, dziękuję bardzo, bo jest jeszcze kilku chętnych do wystąpienia. Troszkę ze smutkiem pani słuchałem, bo brzmiało to tak, jakby niczego nie dało się zrobić w naszym POZ. Myślę, że można wiele usprawnić i zrobić.

Pani senator się zgłaszała. Proszę bardzo.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

W kontekście tej ostatniej wypowiedzi tym bardziej dziękuję profesorowi z Centrum Onkologii, prof. Nowakowskiemu, który w jednym z pierwszych swoich zdań, prezentując założenia przyszłej, miejmy nadzieję, ustawy, powiedział: niewystarczający udział POZ. Zapisałam to sobie. Niewystarczający, a więc my uznajemy, że są lekarze i są... Są wśród nas pan doktor Prusaczyk, pani Łucja Bielec z Mielca, ja też trochę się zaliczam do osób, które od 30 lat mają zawodowe ADHD, można by to tak łagodnie określić. Ale nasz czas już się kończy, teraz trzeba takich rozwiązań, których sukcesy nie będą wynikiem fascynacji problemem i działalności daleko wykraczającej poza obowiązki zawodowe i godziny pracy. To trzeba po prostu unormować. Dziękuję za te propozycje, ponieważ to jest jakieś wyraźne światelko w tunelu, że my możemy, przy zgodzie i aprobachie ministerstwa, stworzyć spójny program profilaktyki. Dzisiaj mówimy o chorobach nowotworowych. Oczywiście są też inne ważne, ale ci lekarze, którzy się uczą, którzy doczytują, wiedzą, jak dbać o nerki pacjenta, wiedzą, że należy przede wszystkim pytać starszego pacjenta, ile płynów przyjmuje dziennie, i wiedzą, co zrobić, gdy słyszą: a, tak 2 szklanecczki. Ale to tak na marginesie.

Chciałabym tylko tutaj zwrócić uwagę... I mówię o tym wszędzie, może nawet jestem nudna, wiem, że niektórzy kpią z tego, niektórzy mnie wyśmiewają, ale my musimy stanąć w prawdzie – wiadomo, że ona nas wyzwala – jeśli chodzi o programy profilaktyki pierwotnej. Posługujemy się europejskim kodeksem walki z rakiem, który już jest złagodzony, poprawny politycznie bardziej niż ten pierwotny. Jeśli chodzi o raka piersi, bo tym się zajmuję od 30 lat, jak również profilaktyką pierwotną, to jak zaczynałam 30 lat temu swoją przygodę, że tak powiem, bo to jest moja życiowa przyгода, w Polsce ok. 7,5 tysiąca kobiet zachorowało na raka piersi. Statystyki, stosunek śmiertelności do przeżywalności, były okrutne dla nas: 70% kobiet umierało, 30% udawało nam się uratować. Były duże kampanie. I tutaj wciąż przypominam zasługi pana prof. Wronkowskiego i prof. Kułakowskiego we wprowadzeniu pierwszych populacyjnych programów profilaktycznych, jeszcze nie można nazwać ich sensu stricto screeningowymi, ale oni popularyzowali w Polsce mammografię. No, potem to wszystko się rozkręciło na tyle, że dzisiaj te proporcje są odwrócone: 30% kobiet umiera, 70% przeżywa. Ale co w międzyczasie się stało? Dzisiaj jest już prawie 19 tysięcy chorych. Więc gdy przełożymy te 30%, to okaże się, że w liczbach bezwzględnych umiera tyle samo kobiet, a może nawet więcej. Nie analizujemy w ogóle przyczyn chorowalności albo je omijamy. No, karmienie piersią. Zgoda, wszyscy lekarze, zwłaszcza endokrynolodzy, ginekolodzy, wiedzą, że im więcej ciąży, im więcej karmienia piersią, tym więcej wyłączenia gruczołu piersiowego z działania estrogenów, wydłuża się ten czas ochronny piersi i kobiety zachorowują mniej. Ale trzeba między bajki włożyć, że kobiety będą rodzić po 5 dzieci i będzie to wyłączenie na 20 lat ze względu na karmienie i rodzenie. Kobiety już nie rodzą. Mało tego, że nie rodzą – z różnych powodów, każdy sobie wybiera los,

jaki chce – to jeszcze dochodzi antykoncepcja hormonalna, bardzo szermowana przez lekarzy. Przyjmują ją nawet nastolatki, żeby popisywać się przed innymi nastolatkami. 25%... Powiedzmy, że to jest 15–25%, jak pokazują wyniki badania dotyczące wpływu antykoncepcji na raka piersi. Dowodem na to jest coraz większa zachorowalność młodych kobiet.

Ja pracuję w Europejskiej Koalicji do Walki z Rakiem Piersi „Europa Donna”. My co roku publikujemy dane. Dane są publikowane na naszych stronach internetowych, w naszych materiałach naukowych, ale w ulotce ich się nie znajdzie, bo Unia Europejska cofnie fundusze dla organizacji. My ten temat obchodzimy równie okrągło. Jeszcze wśród starszych czynników epidemiologicznych raka szyjki macicy była higiena seksualna, a dzisiaj już tego nie znajdziemy. A wiemy, jaki ma to wpływ na zakażenie HPV, mało tego, na HPV u chłopców, też wiemy, skąd to się bierze, nie będę światopoglądowych, umoralniających tekstów wygłaszała, bo wszyscy wiemy, o co chodzi. I bez prawdy, mówienia młodzieży o tym, że w tym wieku pierwszy papieros, pierwsze piwo, pierwsza tabletki antykoncepcyjna, a za parę lat rak... No, musimy stanąć w prawdzie i w tej profilaktyce pierwotnej również to zapisać.

Jeśli chodzi o poprawę jakości, to... Szkoda, że pan minister wyszedł, ale może wróci za moment, więc to pytanie zostawię.

Zgadzam się z panią doktor Didkowską, że my możemy wykorzystywać dzisiejsze zapisy RODO i może trzeba to wszystko jakoś połączyć i uznać. Ja skorzystałam z tego, że w Senacie było dla asystentów, biur senatorskich szkolenie z przepisów ustawy RODO. Zapytałam biuro senackie, czyby nie mogły przyjechać moje 2 pracownicy z ośrodka diagnostyki onkologicznej, który prowadzę. Zgodzono się. Przyjechały stąd naładowane wiedzą. Ustawę przełożyłyśmy na ludzki język, na 2 strony informacji dla pacjentów, w której jest zapisane, że właśnie dla celów naukowych czy ochrony zdrowia mogą być wykorzystywane moje dane osobowe. Każda pacjentka to podpisuje. Wydrukowałam tego kilka tysięcy. Każda pacjentka, która przychodzi do ośrodka od momentu obowiązywania RODO, taką ankietę podpisuje – może to nie jest ankietka, tylko deklaracja – i ona jest w karcie pacjenta. Tak więc to na pewno możemy zrobić.

Panie Profesorze, jak to zrobić i jaki jest powód – też nie ma ministra – że nie mamy tej onkologii akademickiej? Jak zostałam senatorem po raz pierwszy w 1997 r., na Uniwersytecie Jagiellońskim była jedna z pierwszych takich dużych debat lekarskich. Zjechali się wtedy wszyscy ważniejsi onkolodzy w Polsce i mówili o tej potrzebie. To było już wtedy, 20 lat temu, i ciągle się tylko mówi, mówi, mówi, a to naprawdę powinno być zrobione. A jak to dobrze, że prezentują ten program profesorowie Instytutu Onkologii, bo Instytut Onkologii w Warszawie jest jedyną instytucją, która nie tylko jest partnerem do rozmów z rządem czy z parlamentarzystami, ale jest przez społeczeństwo... Jest jedynym, największym ośrodkiem referencyjnym – jak wieść głosi – w Polsce i stamtąd powinny płynąć wszelkie dyspozycje.

Panie Ministrze, czekałam na pana...

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski: Przepraszam.*)

Nie, nie żeby... Jest poprawa jakości, bez której nie ma... Zgłaszalność i jakość. Panie Ministrze, od ponad 10 lat cena badania mammograficznego jest taka sama, tyle samo jest płacone przez ministerstwo poprzez NFZ... no, różne tam były rozwiązania. Jest zalecenie, żeby wymieniać mammografy analogowe na cyfrowe. Najlepszy analogowy 5 lat temu kosztował 450 tysięcy, dzisiaj cyfrowy, nie najlepszy, ale dobrej klasy, kosztuje 1 milion. A my za mammografię otrzymujemy wciąż te same pieniądze. Ja nie jestem świadczeniodawcą publicznym, ale podlegam wszelkim restrykcjom, jakbym nim była, bo korzystam ze środków publicznych, staję do konkursu i nikt mi mammografu nie kupi, ale nawet w szpitalach, jakie są drogie serwisy... Wiem, że wiele placówek, zwłaszcza prywatnych, unika tych serwisów, bo to jest wydatek 3 tysięcy zł, 5 tysięcy zł raz na rok, dwa razy na rok. Czasem się trafią obowiązkowe szkolenia techników. Żeby wysłać techniczkę na konferencję na 2, 3 dni, muszę wydać 3 tysiące zł, bo muszę jej zapewnić hotel. Ja to robię, ale to musi być odzwierciedlone w cenie mammografii. Już nie mówię o kosztach eksploatacji, które mają szpitale i które rosną. Naprawdę apeluję o to. Lekarze radiolodzy stawiają nas pod ścianą, po prostu żądają takich stawek za swoje badania... no, nie ma z czego płacić. Od co najmniej 10 lat cena mammografii jest stała. Bardzo proszę o zmianę. Ja to nie tylko panom mówię, mówiłam to już wiele razy. Bez tego też nie będzie efektów. Bo skąd brać te rezerwy, o których mówi pan Prusaczyk? No, to gdzieś tam się wygospodaruje. Ja też teraz będę premię płacić za to, że screening jest lepszy w tym roku, że większe było zaangażowanie personelu, i każdy trochę dostanie, ale to jest naprawdę mało. A personel oczekuje nie tylko na pieniądze. Jeżeli będzie miał dobrze zorganizowaną, satysfakcjonującą pracę... no, to też są ludzie i też czują wtedy zadowolenie. Czasem pracują za mniejsze pieniądze, jeżeli ich praca jest szanowana, jeżeli jest ta satysfakcja z mądrze wykonywanych działań zleconych przez ministerstwo albo przez dyrektora jednego czy drugiego. Dziękuję bardzo... Naprawdę apeluję o ten wzrost. Nie ma powodu, żeby o te 10% w końcu tej ceny nie podnieść. Ja nie mówię, żeby mammografia kosztowała 200 zł, ale żeby o przynajmniej te 10 zł była lepiej wyceńniona. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

Pan senator Radziwiłł się zgłaszał, ale może wcześniej pan Wojciech Wiśniewski z Fundacji Alivia, a potem pan senator Radziwiłł.

Dyrektor w Fundacji Alivia Wojciech Wiśniewski:

Pięknie dziękuję, Panie Przewodniczący. Postaram się powiedzieć najszybciej, jak mogę.

Zostały przedstawione bardzo ciekawe propozycje. Jeżeli w czymkolwiek moglibyśmy państwu pomóc, to jesteśmy do dyspozycji.

Dziękuję panu doktorowi Prusaczykowi, który powiedział o sprawie bardzo często pomijanej w debacie

publicznej, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia, czyli kwestii dowozu pacjenta do ośrodka, dlatego że wszystkie dane, chociażby Głównego Urzędu Statystycznego, wskazują na ścisłą zależność między długością życia a sytuacją bytową pacjentów. Wydaje się, że najlepszy wynik, jeżeli chodzi o zdrowie publiczne, możemy uzyskać m.in. poprzez koordynację tych 2 dziedzin, czyli ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Chciałbym też serdecznie pogratulować panu ministrowi tego, że w ciągu ostatnich 2 tygodni wszyscy chcą pomagać panu ministrowi z inicjatywami ustawodawczymi. W poprzedni poniedziałek dowiedzieliśmy się, że Kancelaria Prezydenta chce wesprzeć pana ministra. Być może w swojej serdeczności komisja też zdecyduje się to zrobić. Ja tylko przypominam panu ministrowi, że jest też ścieżka rządowa, i zachęcamy do tego, żeby z niej korzystać. Chcielibyśmy też przypomnieć o zasadzie dyskontynuacji, która niezależnie od tego, kto będzie inicjował... Procedowanie tej ustawy wydaje się ze wszechmiar konieczne, więc zachęcam wszystkich do tego, żeby ten wysiłek, ten trud podjąć szybko, dlatego że może się okazać, że zasada dyskontynuacji będzie zagrożeniem dla tego projektu.

Kwestia centralnego rejestru i problem związany z tym, że nie wszystkie badania są wykonywane w systemie publicznym. Jeden z kolegów z kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, jeden z kolegów pana ministra ma, wydaje mi się, doskonały pomysł, który chyba trzeba spopularyzować. Tak naprawdę jedną z niewielu regulacji, która dotyczy zarówno części publicznej, jak i niepublicznej, jest ta określająca zasady dotyczące dokumentacji medycznej. Jeżeli zmienilibyśmy troszkę zasady właścicielstwa i tak naprawdę ta dokumentacja byłaby... Jeżeli ona należałaby do pacjenta, a poszczególni świadczeniodawcy, niezależnie od tego, czy są finansowani ze środków publicznych, czy nie, tylko by się dopisywali, to wraz z rozwojem dokumentacji elektronicznej to wyzwanie mogłoby zostać zrealizowane.

Mam 4 konkretne pytania do pana ministra. Jakkolwiek dopinguję w sprawie tych ustaw, chciałbym spytać o teraźniejszość, mianowicie o 4 sprawy. Pan minister był uprzejmy wspomnieć o koordynacji, a ja chciałbym zapytać o 2 sprawy. 24 października, z terminem realizacji do 31 października, ośrodki realizujące kontrakty na onkologię dostały do uzupełnienia... tak naprawdę za zadanie obliczenie wskaźnika zgłaszalności na badania, jeżeli chodzi o screening raka piersi. Chciałbym zapytać, jakie są wyniki tego działania. Widzimy też pewnego rodzaju powtórzenie tego zapisu w rozporządzeniu skierowanym do publikacji, jeżeli chodzi o pilotaż sieci onkologicznej. Chciałbym w zasadzie zapytać: skoro mamy tyle inicjatyw zbierania danych, to jak one się zakończyły?

Druga sprawa. Chciałbym zapytać o program tomografii niskodawkowej raka płuca, dlatego że na etapie prac analitycznych wiemy, że w celu uzyskania efektu populacyjnego budżet powinien wynosić nie 20 milionów, a wielokrotnie więcej. Chciałbym zapytać: co w zasadzie za te pieniądze możemy uzyskać?

Trzecia sprawa. Nie ukrywam, że trochę jestem zaskoczony, ale chciałbym zapytać: co pan miał na myśli, mówiąc, że dopinacie państwo szczegóły, jeżeli chodzi

o program szczepień HPV? Gdyby mógł pan trochę więcej na ten temat powiedzieć...

I ostatnia sprawa. Wydaje mi się, że w październiku przez Wysoką Izbę przechodziła nowela ustawy o ewidencji ludności i w końcu przywraca się obowiązek meldunkowy w naszym kraju. I pytanie: czy przypadkiem to nie byłby dobry sposób, skoro mówimy o koordynacji chyba również na poziomie legislacyjnym, żeby skoro będziemy mieli świeże dane dotyczące ewidencji ludności, tę bazę zaprząć do tego i w celach zdrowotnych – bo Polska to jedyny kraj, w którym ochrona danych osobowych jest ważniejsza niż ochrona zdrowia – tę bazę wykorzystać? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że na koniec, Panie Ministrze, pan zabierze głos i na te pytania odpowie.

A teraz pan senator Radziwiłł. Proszę.

Senator Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Kilka refleksji. Ja muszę powiedzieć tak. Jeśli chodzi w ogóle o ten pomysł tworzenia odrębnej regulacji prawnej, to oczywiście to jest do rozważenia, ale myślę, że trzeba też zauważyć, że wiele tych postulatów, które tutaj były zgłaszane, jest do zrealizowania w obecnym stanie prawnym. Podzielał też te wątpliwości zgłaszane przez pana prof. Gellerta.

Podzielał również taki ogólny postulat, żeby gdy mówimy o tym obszarze, powiedzmy, przedterapeutycznym, jednak odróżniać profilaktykę od wczesnego wykrywania, bo ich utożsamianie to jest, chyba nawet z językowego punktu widzenia, po prostu nieprawda. Oczywiście część tych programów wczesnego wykrywania może też dawać możliwość profilaktyki, ale trzeba po prostu wyraźnie to definiować. Myślę, że tu po prostu powinien być porządek. Ale to jest sprawa na czas, gdy pracowalibyśmy nad jakimiś konkretnymi rozwiązaniami.

Chciałbym na chwilę pochylić się nad kwestią ochrony danych. Proszę państwa, my tu jednak mówimy nie o ochronie danych osobowych, tylko o ochronie danych szczególnie wrażliwych, a to jest troszeczkę inny poziom ochrony. Myślę, że w tym zapale, który jest oczywiście podziwu godny, trzeba jednak dostrzegać też niebezpieczeństwa. Tutaj któryś z panów mówił o tym jakimś betonowym murze, który miałby chronić te dane. No, to trzeba włożyć, powiedzmy sobie wprost, między bajki, bo dla internetu beton akurat nie stanowi żadnej przeszkody i po prostu to nie ten... nie tylko przenika mury, ale przenika po prostu wszystko. I trzeba też być świadomym tego, że państwo powołują się na przykłady państw skandynawskich, które są wyjątkiem, a nie regułą na świecie. To są państwa, które są rzeczywiście zorganizowane w jakiś niezwykle sposób, z poziomem zaufania do władzy publicznej wynoszącym niemal 100%, no ale nawet tam, w niektórych krajach... Np. w Islandii, w której – co prawda to jest kraj wielkości

dzielnicy Mokotów w Warszawie – zebrano wszystkie dane genetyczne wszystkich obywateli, teraz się zastanawiają, czy to przypadkiem nie poszło za daleko, bo te dane posiada nie kto inny, tylko minister spraw wewnętrznych. Tak więc, proszę państwa, po prostu trzeba jednak być świadomym tego, że istnieje coś takiego jak prawo do ochrony danych szczególnie wrażliwych. Myślę, że jednak trzeba to brać pod uwagę. Oczywiście zdrowie publiczne może być argumentem za uchylaniem tej ochrony, ale tu musi być jakaś równowaga. O tym mówi konstytucja i myślę, że ustalając jakieś rozwiązania, musimy być tego świadomi. A jak państwo jednym tchem w swoich propozycjach wymieniają ZUS, GUS, medycynę pracy, NFZ itd. i mówią, że te dane by tam krążyły, jeszcze z bardzo wyraźnie wskazanym adresem, jakim jest PESEL, to po prostu oznacza to całkowite pozbawienie obywateli prywatności. Myślę, że na takie rozwiązania po prostu nie możemy sobie pozwolić, chociaż oczywiście ten głos nie jest głosem przeciwko rejstrum i nie jest głosem przeciwko zbieraniu danych. Oczywiście jakimś pomysłem jest anonimizacja tych rejstrów. Ale chociaż ktoś z państwa powiedział, że to jest proste zadanie, ja bym z tym polemizował. To jest bardzo skomplikowane zadanie, żeby to było skuteczne. Bo anonimizacja, którą w jednej chwili można odwrócić i zdeanonimizować dane w prosty sposób, będzie prosta do obejścia, prawda? Tak że to jest moim zdaniem sprawa naprawdę zasługująca na więcej namysłu. Myślę również, że tutaj jest ten problem – zresztą pan minister też o nim wspominał – na ile to wszystko powinno sięgać poza system publiczny. Jeśli prywatny świadczeniodawca przyjmuje prywatnego obywatela, który nie zamierza iść do systemu publicznego, to oczywiście można, jak pani senator powiedziała w międzyczasie, ustawą zmusić ich do tego, żeby to gdzieś tam zgłaszali, ale czy trzeba i czy należy, to już jest inna sprawa, prawda? Tak że ja po prostu zwracam uwagę na to, że to moim zdaniem jest jeden z ważniejszych problemów, nad którymi trzeba się pochylić.

A teraz jeszcze kilka drobniejszych spraw, drobniejszych, ale bardzo ważnych.

Jak to jest z tym POZ i jakie tutaj mamy szanse? Proszę państwa, obowiązuje ustawa o POZ, która moim zdaniem daje bardzo dużo możliwości zmiany tych negatywnych opinii, które tutaj były przedstawione. Moim zdaniem, generalnie rzecz biorąc, źródłem tych różnych słusznych krytyk jest to, że wynagrodzenie w POZ ciągle jest wyłącznie kapitacyjne, bo to oczywiście nie zachęca do dodatkowej aktywności. Ale tutaj jest światło w tunelu. Otóż praktycznie rzecz biorąc od 1 stycznia 2020 r. – jeśli mówimy o procesach legislacyjnych, przygotowywaniu nowych rozwiązań, to jest to akurat taki właśnie czas – kapitacja ma być zastąpiona wynagrodzeniem, które będzie uzależnione także od jakości, od wyników i zadań w zakresie profilaktyki. Więc po prostu jest czas... Jest tutaj pan minister, który akurat POZ się nie zajmuje, ale myślę, że ministerstwo na pewno będzie... No, musi po prostu wraz z NFZ przygotować odpowiednie rozwiązania, które wprost odnoszą się np. do tego, żeby zaangażować POZ w profilaktykę i po prostu płacić za to nie na zasadzie kapitacji, która właśnie rozmywa wykonywanie tych zadań, nie za tylko udział w konkretnych czynno-

ściach, ale także za efekty. To też jest bardzo ważne. No, te efekty... Osobnym zadaniem dla ministra zdrowia, wynikającym z tej ustawy, jest wydanie rozporządzenia o jakości w POZ. I z całą pewnością, moim zdaniem, tu powinien być ten element profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób. A to potem będzie się przekładać także na wynagrodzenie.

No i, proszę państwa, są 2 ustawy, które w ostatnich kilku latach zostały zmienione, co moim zdaniem jest podstawą do tego, żeby myśleć właśnie o tym całym obszarze programów profilaktycznych i programów wczesnego wykrywania chorób w sposób bardzo konkretny. Przede wszystkim ten zarzut, że np. jednostki samorządu terytorialnego realizują programy, które są od Sasa do Lasa, krótko mówiąc, nieoparty na dowodach, w zasadzie powinien zniknąć, dlatego że ustawa o działalności leczniczej w tej chwili, bo ona została zmieniona, po pierwsze, wymaga tego, żeby minister zdrowia tworzył ramowe wytyczne do tworzenia programów, czyli te programy nie mogą być znikąd, a po drugie, wskazuje, że samorząd nie może realizować programu, który nie ma pozytywnej opinii AOTMiT. Wcześniej rzeczywiście tak było, że mógł, natomiast teraz już nie może. Jeżeli więc gdzieś tam coś takiego się dzieje, to trzeba po prostu wskazać to i zatrzymać. Ale myślę, że w tej chwili już... No, w każdym razie nowe programy nie powinny wchodzić w życie w inny sposób.

No i ostatnia kwestia to jest kwestia... Bardzo sobie cenię to, co państwo mówią właśnie o tym, że to wszystko należy opierać na dowodach, bo to jest niezwykle istotne, żeby nie wydawać bez sensu pieniędzy, a poza tym nie mieszać ludziom w głowach. Ale zwracam też uwagę na to, że moim zdaniem są dobre podstawy ustawowe do tego, żeby tworzyć określone zasady właśnie tworzenia czy realizacji programów. To jest, po pierwsze, w ustawie o działalności leczniczej delegacja do tworzenia rozporządzeń w sprawie standardów organizacyjnych opieki – moim zdaniem to jest taki obszar, który również nadaje się do tego, żeby opisać, w jaki sposób należy realizować takie czy inne przedsięwzięcia, w tym także profilaktyczne – i to jest, po drugie, w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych delegacja do tworzenia wytycznych i zaleceń postępowania medycznego. To jest dotychczas, jak na razie martwy przepis. Ale zwracam uwagę na to, że inicjatywa w tym zakresie – akurat w onkologii to w ogóle ma być obowiązek ministra, tak że tutaj, można powiedzieć, sytuacja jest bardzo jasna, ale inaczej jest poza onkologią – należy do towarzystw naukowych. I zwracam uwagę na to, że sekwencja zdarzeń, która tam jest opisana, jest taka: wytyczne są tworzone w towarzystwach, następnie przesyłane ministrowi, minister pyta Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o opinię i następnie podaje je do wiadomości publicznej. Ja po prostu uważam, że korzystając z całego tego instrumentarium prawnego, z którym mamy do czynienia w tej chwili, wiele tych rzeczy, o których państwo mówią, można zrealizować. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pani się zgłaszała. Proszę.

**Kierownik Zakładu Epidemiologii
i Prewencji Nowotworów
w Centrum Onkologii – Instytucie
im. Marii Skłodowskiej-Curie
Joanna Didkowska:**

Chciałabym się odnieść do 2 spraw.

Pierwsza to jest to, o czym mówił pan Wiśniewski, mianowicie program dotyczący raka płuca, co być może też w jakimś stopniu wyjaśni stanowisko... nie wiem, może pan minister do tego się odniesie. Podczas ostatniego kongresu w sprawie raka płuca Polskiej Grupy Raka Płuca była dyskusja, podczas której były prezentowane 2 stanowiska: za screeningiem w odniesieniu do raka płuca i przeciw. Ja byłam osobą, która prezentowała stanowisko przeciw screeningowi raka płuca. Prezentowałam je zgodnie z moim przeświadczeniem, to nie była z mojej strony tylko dyskusja akademicka. I chciałabym powiedzieć, że w żadnym kraju na świecie nie wprowadzono populacyjnych badań w kierunku wczesnego wykrywania raka płuca. Mało tego, w badaniu, które było wykonane w Holandii i w wyniku którego po raz pierwszy drgnęła umieralność populacyjna, jeśli chodzi o raka płuca... Po pytaniu, czy oni będą realizowali to na poziomie populacji, powiedziano, że nie, bo to jest za drogie. Tak więc ja nie rozumiem, dlaczego w Polsce, w kraju ogromnym, nie tak bogatym, jest takie parcie na to, żeby wprowadzić populacyjny program wczesnego wykrywania raka płuca. No, pan pyta o pieniądze na populacyjny program wykrywania raka płuca. Tak, ale to jest nieuzasadnione z punktu widzenia naszego społeczeństwa i finansów publicznych i w tym nie ma w ogóle żadnego sensu. To à propos raka płuca.

Chciałabym też się zwrócić do pana senatora. My w naszej prezentacji używaliśmy sformułowania „prewencja pierwotna i wtórna”, które bardzo dokładnie rozgranicza zakres działań jednej i drugiej. Prewencja pierwotna odnosi się do prewencji zachorowań i ona obejmuje właśnie te wszystkie działania związane z edukacją społeczeństwa. Prewencja wtórna odnosi się do zapobiegania zgonom i ona obejmuje te działania, o których mówili panowie profesorowie, czyli bądź wczesne wykrywanie stanów przedrakowych, bądź wczesne wykrywanie nowotworu. Tak więc ja nie widzę tutaj żadnej sprzeczności w nomenklaturze. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pan prof. Kamiński, potem pan prof. Nowakowski i pan doktor Prusaczyk.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Poproszę, żeby króciutko, bo mamy 15 minut, a chciałbym, żeby pan minister na koniec wszystko spuentował.

**Kierownik Centralnego Ośrodka
Koordynującego Programu Profilaktyki
Raka Piersi w Centrum Onkologii
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie
Michał Kamiński:**

Dziękuję bardzo za głos.

Ja chciałbym wrócić do tematu poruszonego przez ministra Radziwiłła, czyli kwestii dostępu do danych.

Na jednym z pierwszych spotkań, kiedy mieliśmy okazję rozmawiać na ten temat, poprosił mnie pan o to, żebyśmy porównali wyniki jakościowe realizacji badań cytologicznych w ramach tzw. SIMP, czyli tej profilaktyki finansowanej poprzez systemy profilaktyczne, i tej profilaktyki finansowanej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie ma tej nogi w postaci kontroli jakości. Chciano zobaczyć, czy rzeczywiście jest jakiś efekt kontroli jakości, czy go nie ma. Jeżeli pan pyta, czy dostęp do danych powinien być zapewniony i uregulowany prawnie, to mówię „tak”, gdyż do chwili obecnej – a rozmawialiśmy, jak sądzę, 2 lata temu – takich danych nie uzyskaliśmy i nie jestem w stanie udzielić takiej odpowiedzi. Tak więc dla mnie prosta i jasna jest odpowiedź na pytanie, czy obecne normy prawne pozwalają nam na dostęp do danych i udzielanie informacji, które są ważne dla ministra zdrowia. Nie, nie pozwalają. Nawet pana wola i wsparcie nie spowodowały tego, żeby udało nam się uzyskać te dane, przekazać je i wykorzystać je dla potrzeb opieki zdrowotnej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Króciutko pan prof. Nowakowski.

**Kierownik Centralnego Ośrodka
Koordynującego Programu
Profilaktyki Raka Szyjki Macyj
w Centrum Onkologii – Instytucie
im. Marii Skłodowskiej-Curie
Andrzej Nowakowski:**

Odniosę się do tego, o czym mówiła pani senator, mianowicie zapisów dotyczących prewencji pierwotnej, różnej prewencji, głównie stylu życia, oddziaływania hormonów itd. My mamy pewne gotowe rozwiązania jak gdyby niższego szczebla w postaci potencjalnych rozporządzeń ministra zdrowia, tylko jesteśmy za tym, żeby ta cała profilaktyka pierwotna, głównie edukacja w zakresie zapisów europejskiego kodeksu walki z rakiem, była zunifikowana i przekazywana na odpowiednich szczeblach edukacji, dopasowana do wieku, możliwości percepcji, systemu edukacji: na etapie szkoły podstawowej – stąd zwracaliśmy się do pana przewodniczącego o zaproszenie przedstawiciela Ministerstwa Edukacji Narodowej – na etapie szkoły średniej, na etapie studiów na kierunkach medycznych oraz na etapie szkolenia specjalizacyjnego różnych zawodów lekarskich, i stąd zapraszaliśmy pana rektora Gellerta. Mamy nadzieję, że jeśli ta wiedza będzie przekazywana w sposób zunifikowany, zbieżny i dopasowana do poziomu kształcenia, to zaowocuje odpowiednimi zachowaniami w przyszłych pokoleniach. To jest pierwsza kwestia.

I druga kwestia, czyli to, o czym mówił pan senator Radziwiłł. W wielu krajach europejskich istnieją rozwiązania, jak chociażby dotyczące badania histopatologicznego w rejestrze w Holandii, które pozwalają, by badania czy świadczenia medyczne niezależnie od tego, czy są wykonywane w ramach publicznej, czy prywatnej

służby zdrowia, były tak samo rejestrowane. I to są te kraje, które osiągnęły największe sukcesy w profilaktyce. Jeśli chodzi o to wszystko, co dzieje się poza systemem, to jeśli to jest pewnego rodzaju szarą strefą, nie mamy na to wpływu, nie mamy możliwości kontrolowania jakości. Ja rozumiem, że to wzbudza kontrowersje, jeśli chodzi o zakres dostępu i pewną granicę ochrony danych osobowych, ale prawdą jest to, że najlepiej funkcjonujące rejestry nordyckie mają dostęp do wszystkich danych. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Pan doktor Prusaczyk i jeszcze pan minister.

Wiceprezes Zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z o.o. Artur Prusaczyk:

Trzy zdania.
(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Króciuteńko.*)

Pierwsza sprawa to właśnie ta odpowiedzialność pacjenta. Podczas pracy z pacjentami ukuło się u nas takie przekonanie, że nie może być samoodpowiedzialności za badania prywatne, a później odpowiedzialności publicznej wszystkich pozostałych za koszty choroby i błędnego diagnozowania. I to nasze panie pielęgniarki ułożyły takie sformułowanie.

Druga sprawa to szkolenia. Bardzo dobry grant Ministerstwa Zdrowia: jakość POZ. Serdecznie namawiam do powtórzenia takiego grantu. Jeżeli inne ośrodki chciałyby się od nas nauczyć, to serdecznie zapraszamy i to, co umiemy, to pokazemy. Na pewno, gdybyśmy zorganizowali taką akcję – mogę się z panią doktor założyć, ale nie chodzi o zakładanie się... Możemy to pokazać. Przyjadę z moimi paniami i zaprosimy te same 900 osób w sposób skuteczny, przyjdzie 70%. Ale to wymaga przepracowania i nauczania się tej metody. Stawiamy siebie do dyspozycji.

I trzecia sprawa to kwestia ustawy o POZ. Ja przeczytam bardzo dokładnie tę nową ustawę o POZ. Dlaczego ona jest nowa, ale... W jaki sposób podejść do tego tak, żeby ona się nie udała? To jest przede wszystkim kwestia braku mierzalności wyniku. Jeżeli się nie mierzy, a wcześniej nie raportuje, to nic nie można. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Doktorze.
Jeszcze jeden głos.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Janusz Meder, Polska Unia Onkologii.
Proszę państwa, nie ma czasu, żeby szerzej mówić. Padło tutaj bardzo wiele ważnych argumentów i punktów. Ja tylko chcę powiedzieć, że dokładnie 18 lat temu siedzieliśmy w różnych gremiach w Kancelarii Prezydenta

Rzeczypospolitej tworząc po 15-letniej stagnacji i niedoinwestowaniu 10-letni Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Powiem, że z małymi wyjątkami wszystkie te dzisiaj dyskutowane punkty wtedy też były dyskutowane i poruszane. Myślę, że dosyć tych rozmów, które trwają już tyle lat. Idąc śladem pani senator – wiem zresztą o znakomitej działalności niemalże wszystkich siedzących przy tym stole przez te lata – powiem, że ja myślę, że pora jest na to, żeby to, o czym pani powiedziała w jakiejś przerośni, że wszyscy działaliśmy na zasadzie jakiegoś ADHD... że teraz oczekujemy tego od decydentów.

(*Senator Dorota Czudowska: Tak.*)

I tutaj zwracam się z gorącym apelem zarówno do pana senatora, jak i do pana ministra, żeby przyspieszyć prace, gdyż zgromadzono już tak duży potencjał i tak duży materiał i tyle już przećwiczyliśmy w tej sprawie, że naprawdę dłużej nie da się czekać, jeżeli mamy osiągnąć jakieś efekty przekładające się na całe nasze społeczeństwo. Tutaj padły właściwie znakomite przykłady, że istnieją już sprawdzone modele i nic nie stoi na przeszkodzie, żeby po być może małych modyfikacjach dokonanych przez dodatkowych ekspertów w Ministerstwie Zdrowia... że wreszcie przyszedł moment na wdrożenie. No ile lat można dyskutować? Tak więc z takim apelem się zwracam. A naprawdę dzisiaj padły tak poważne argumenty i zostały przedstawione tak znakomite wzorce do naśladowania, że nic, tylko wreszcie wdrażać. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ciesz się mnie ten głos.

Panie Ministrze, przepraszam, ale już następna komisja stoi pod drzwiami. Panie Ministrze, 5 minut i musimy niestety kończyć.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

No to 5 minut musi wystarczyć, ale ja spróbuję nawet w 4 się zmieścić. Zacznę od podsumowania, a ewentualnie w tych ostatnich 2 minutach będą odpowiedzi na pytania szczegółowe.

Ja co do zasady zgadzam się w 99% z panem senatorem Radziwiłłem. To, co powiedział, jest absolutnie konkluzją, wydaje mi się, dzisiejszej dyskusji. W 99% się zgadzam, bo jest jeden drobny niuans: standardy opieki czy wytyczne i zalecenia w odniesieniu do raka piersi szczęśliwie mamy – a to z punktu widzenia mammografii akurat jest dość istotne – od 1 lipca 2018 r. Mam ogromną nadzieję na dalsze, kolejne.

Jeśli chodzi o przedstawione zasady, no bo to było clou dzisiejszego posiedzenia komisji i wydaje mi się, że od tego trzeba zacząć, to one zdecydowanie są do dalszej pracy, ale ja, jeszcze raz powtarzając po panu senatorze, powiem, że nie mam 100-procentowego przekonania, że wszystkie na poziomie legislacji. Wydaje mi się, że być może część powinna się znaleźć na poziomie strategii walki z rakiem jako istotny jej fragment, być może część w tym planie

operacyjnym dla profilaktyki i podstrategii dla tej dużej strategii walki z rakiem. Aczkolwiek już dziś zgłaszam gotowość do dalszej pracy nad tymi postulatami i dyskusji. Czy w formule naszych względnie cyklicznych spotkań, czy w ramach Krajowej Rady do spraw Onkologii jeszcze nad tym się pochylimy.

Drugi punkt, arcyistotny: POZ. No, ja nie mogę zgodzić się z przedstawicielką Porozumienia Zielonogórskiego, bo dla mnie POZ to z definicji i z nazwy jest opieka. Opieka nie musi się odbywać poprzez realizację tych świadczeń. Ja nie mówię, że każdy POZ w tym kraju musi dzisiaj realizować świadczenia diagnostyczne z zakresu badań czy to cytologicznych, czy mammograficznych. Nie, niech POZ się zaopiekuje pacjentem, niech zadba o to, żeby jego baza pacjentów to byli ci pacjenci, którzy na te badania się zgłaszają. POZ nie tylko realizuje. POZ planuje pewną sekwencję działań co do swojej populacji pacjentów, których obejmuje opieką, POZ pełni istotną rolę, a raczej chyba, niestety, powinien pełnić, w zakresie edukacji tych pacjentów. I ten katalog działań edukacyjnych, takie to wymuszanie nawet na pacjencie, pytanie, dlaczego on się nie zgłosił na badania z zakresu raka jelita grubego, mimo że jest w grupie ryzyka, dlaczego nie zgłosił się na mammografię, albo nawet proste zapytanie, czy się zgłosił, to już są, w mojej ocenie, te działania istotne albo nawet bardzo istotne z punktu widzenia szeroko rozumianej opieki nad pacjentem.

Kształcenie i edukacja – to pojawiało się kilka razy. Kształcenie nie jest jakby niezauważone i nie jest marginalizowane. Wydaje mi się, że wiele działań z kształcenia w zakresie onkologii już jest zrealizowanych, już za pana ministra Radziwiłła było zrealizowanych. Warto wskazać, że od 2015 r. o 12% wzrosła liczba lekarzy specjalistów z zakresu szeroko rozumianej onkologii. I warto wskazać, że wszystkie specjalności związane z onkologią są na liście specjalizacji priorytetowych. Ci lekarze korzystają z dodatkowych bonusów czy benefitów w postaci czy wyższego wynagrodzenia, czy wyższego bonu lojalnościowego. To jest jedna strona. A druga strona jest taka, że w ramach docelowej krajowej sieci onkologicznej – i to zostało potwierdzone w opracowaniu, które przygotował zespół ekspertów – istotną rolę ma odgrywać tzw. podsieć, krajowa sieć kształcenia onkologicznego, i to właśnie realizowana przez ośrodki akademickie albo realizowana przez ośrodki akademickie we współpracy z ośrodkami o tej najwyższej referencyjności. Tak więc wydaje mi się, że ten aspekt jest zaadresowany w pewnym stopniu.

Edukacja. Ja się zgadzam, że pewnie trzeba go również włożyć w pewne ramy strategii walki z rakiem, ale już dziś ta edukacja czy na poziomie podstawowym... Warto wskazać choćby kampanię społeczną, o której już mówiłem. Mamy gotowe scenariusze lekcji wypracowane wspólnie z Ministerstwem Edukacji Narodowej... Chwilę się zawahałem, ale tak, z Ministerstwem Edukacji Narodowej. Chcemy te lekcje na poziomie szkół podstawowych i prawdopodobnie szkół średnich odpalić już w 2019 r. Mamy edukację na poziomie lekarzy POZ, wiele programów finansowanych ze środków unijnych, z Programu Operacyjnego „Wiedza, edukacja, rozwój”. Mamy szkolenia skierowane

do innych specjalności lekarskich, również w ramach tych programów, ale też pewnych działań w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

No i w klamrę zbierając to: apel o przyspieszenie prac... No, Panie Doktorze, wydaje mi się, że tak dużo, jak w onkologii dzieje się w tym momencie i, mam nadzieję, będzie się działo w 2019 r., to chyba nie działo się nigdy. Nie wiem, czy jesteśmy w stanie jeszcze bardziej to przyspieszyć, ale jeżeli tylko jesteśmy, to będę się starał to zrobić.

Odnosząc się do słów przedstawiciela Alivii, że mamy tylu przyjaciół, którzy pomagają nam we wdrażaniu pewnych inicjatyw, powiem, że ja właśnie z tego ogromnie się cieszę. Mnie się wydaje, i zawsze byłem tego zdania, że ja jako minister czy minister Szumowski jesteśmy na tyle mocni, na ile mocni są nasi pracownicy, nasi przyjaciele, ludzie, którzy są w stanie nam pomóc. Tak więc ja jestem otwarty na jak najwięcej tych inicjatyw. Jeżeli nawet żadna nie będzie inicjatywą rządową, a wszystkie będą z innego tytułu, to jakoś to przeżyję. Obyśmy osiągnęli wspólny cel.

A jeśli chodzi o inicjatywy rządowe, to już chyba oficjalnie można powiedzieć, że jeszcze w tym roku, a najpóźniej w pierwszym tygodniu stycznia, skierujemy do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia w zakresie Breast Cancer Unit. Wczoraj AOTMiT zajmował się na posiedzeniu Rady Przejrzystości kolejnym istotnym projektem z punktu widzenia pacjentów, czyli kompleksową opieką w raku płuc, Lung Cancer Unit. Mam nadzieję, że tych inicjatyw rządowych jednak kilka będzie. Dziękuję ślicznie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

W odniesieniu do raku jelita grubego podnosimy od 2019 r., więc...

(Głos z sali: Dobrze.)

...być może spróbujemy jednak i w przypadku mammografii.

(Głos z sali: Szczepienia...)

Tak, szczepienia, bo pojawiło się pytanie o szczepienia HPV. Nie, nie, pilotaż odnoszący się do HPV w ogóle nie dotyczy szczepień, co ważne. On dotyczy... Myślę, że prof. Nowakowski więcej na ten temat powie. On tak naprawdę jest modelem porównującym aktualne badania przesiewowe z badaniami z zastosowaniem testów HR HPV. Tak naprawdę pilotaż rozpoczęliśmy w 2018 r., w 2019 r. jest kontynuacja. I tak na dobrą sprawę mamy dopiero porównać obecną cytologię z tymi testami o dużo wyższej czułości. To tak w jednym zdaniu...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

No niestety, musimy już kończyć, bo czeka następna komisja. Ja bardzo przepraszam, że to były tylko 2 godziny.

Dwa zdania podsumowania.

Proszę państwa, cieszę się, że była tak ożywiona dyskusja. Ja co prawda jestem tylko prostym chirurgiem, ale też czegoś nie rozumiem. Jeżeli mamy tak doskonałe akty prawne, to dlaczego to nie działa w praktyce? Tak więc pewnie trzeba coś zmienić. Czy to będzie inicjatywa legislacyjna – nie wzbraniamy się przed tym, Senat ma taką

możliwość – czy będą to akty typu rozporządzenia ministra... Panie Ministrze, ja myślę, że to dzisiejsze posiedzenie komisji jest jakby pierwszym etapem do tego, żebyśmy może spotkali się z panami profesorami w ministerstwie i to kontynuowali, tak żebyśmy pokazali te miejsca...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski: Mamy regularne spotkania...)

...w których możemy coś usprawnić. Bo myślę, że w kierunku POZ trzeba zrobić ten pierwszy krok, gdyż rzeczywiście chyba tam jest clou naszych problemów z profilaktyką, szczególnie w onkologii.

Jeszcze raz bardzo dziękuję za to spotkanie. Przepraszam za ograniczony czas.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 04)

