

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ZDROWIA OSÓB STARSZYCH
(NR 8)
z dnia 01 kwietnia 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej – podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych (nr 8)

01 kwietnia 2025 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia osób starszych, obradująca pod przewodnictwem poseł **Alicji Chybickiej (KO)**, przewodniczącej podkomisji, oraz posła **Krzysztofa Piątkowskiego (KO)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- informację ministra zdrowia na temat chorób onkologicznych.
- informacja ministra zdrowia na temat schorzeń układu oddechowego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Aleksandra Kaluba** główny specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Alicja Fudali** koordynator do spraw relacji zewnętrznych Alivia – Fundacja Onkologiczna, **Elżbieta Markowska** prezes zarządu fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, **Anna Jasińska** rzecznik Polskiej Unii Onkologii i Medycznej Racji Stanu, **dr. n. med. Aleksandra Konieczna** i **dr. n. med. Katarzyna Broczek** przedstawicielki Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, **Szymon Chrostowski** prezes zarządu fundacji Wygrajmy Zdrowie, **Bolesław Meluch** wiceprezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Barbara Ruskowska-Gębka** członek Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów.

W posiedzeniu udział wzięła udział pracownica Kancelarii Sejmu **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Alicja Chybicka (KO)**:

Szanowni Państwo, witam państwa bardzo serdecznie na stałej podkomisji do spraw zdrowia osób starszych, która jest dla mnie bardzo ważna, bo tych osób starszych jest 10 mln, a chorobowość wśród nich jest dużo wyższa niż w każdej innej grupie wiekowej i to jest powód, dla którego dla tych 10 mln powinno się zrobić jak najwięcej.

Szanowni Państwo, jest to ósme posiedzenie naszej podkomisji.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam wszystkich państwa, bardzo serdecznie, panów posłów, a także pozostałych gości.

W planie mamy rozpatrzenie dwóch punktów porządku dziennego – informacja ministra zdrowia na temat opieki onkologicznej nad seniorami i drugi punkt ministra zdrowia na temat schorzeń układu oddechowego.

Na to pierwsze półrocze przyjął taką strategię, żeby po kolei specjalnościami, może czasami narządami, bo okulistyka to będzie jeden narząd, a tak naprawdę to dwa. Okulistykę szykujemy już na następne półrocze. W drugim półroczu będzie też osteoporoza, co też jest świetnym pomysłem. Pomyślimy wtedy jeszcze, co nam zostało. Po tym przeglądzie będą powtórki na bazie tego, co dostajemy z Ministerstwa Zdrowia i co państwo powiedzą, żeby tę sytuację poprawić. To, że nie jest dobrze, to ja od razu wiem i nie potrzebuję do tego żadnego raportu. Znam mnóstwo seniorów, którzy stoją w kolejkach, którzy nie mogą nigdzie się dostać, którzy nie mają opieki holistycznej. Opiekować się osobą, szczególnie powyżej 80. roku życia, musi specjalista, który na tym się zna, zna się na wszystkim, co dolega starszemu człowiekowi. Zna się na lekach, które zniesie taka starsza osoba itd. Ten system naprawdę nie jest idealny. Wiem, że ministerstwo dużo już zrobiło i na pewno jeszcze dużo zrobi, ale biorąc pod uwagę tempo, w którym przyrasta grupa seniorów, to tutaj czas trochę goni. To tyle, co chciałam powiedzieć.

Witam bardzo serdecznie reprezentantkę Ministerstwa Zdrowia panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, która przedstawi nam te oba raporty i może poproszę o zreferowanie obu punktów, a potem państwa, poproszę o pytania, dyskusję, przemyślenia. My to wszystko

rejestrujemy, a później po kolei będziemy... Ja przemyszę, w jaki sposób to zrobić, żeby nastąpiła jakaś poprawa, żeby było lepiej. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo, Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, zacznę tak skrótowo, dlatego, że państwo dostaliście bardzo obszerne materiały z ministerstwa, ale jestem też przygotowana na taką wersję skróconą, żeby opowiedzieć, co się aktualnie dzieje.

Zacznę od materiału w zakresie chorób onkologicznych i tutaj nie sposób nie wspomnieć o narodowej strategii ekologicznej. To jest taki strategiczny dokument, który systematycznie realizujemy jako cały resort, ale też we współpracy z innymi resortami. W ramach NSO na lata 2020-2030 zaplanowano łącznie 93 zadania. Biorąc pod uwagę seniorów, bo to jest akurat przedmiot naszego posiedzenia, można wskazać następujące działania NSO, z których w szczególności może skorzystać ta grupa osób. To jest na pewno wprowadzenie i prowadzenie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Tu się chwilę zatrzymam, ponieważ „Profilaktyka 40 PLUS” to jest program, który zostanie wygaszony z dniem 30 kwietnia. Obecnie w naszym porządku prawnym mamy konsultowany projekt „Moje Zdrowie”, do którego można składać uwagi do dnia 8 kwietnia. Co warto powiedzieć o samym programie „Moje Zdrowie”? To jest inaczej bilans osoby dorosłej, czyli będziemy badać osoby w populacji 20+ bez określenia górnej granicy wiekowej. To będzie program realizowany w placówkach POZ. Będzie to kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjenta oparta na pogłębionym wywiadzie z użyciem wystandaryzowanych kwestionariuszy wraz z zestawem badań laboratoryjnych po zebraniu wywiadu i zebraniu informacji, zrobieniu badań, wyniki badań posłużą do przygotowania indywidualnego planu zdrowotnego, w którym zaplanowane będą interwencje prozdrowotne. Pierwszym etapem świadczenia na takiego pacjenta będzie udzielanie przez pacjenta odpowiedzi w ankiecie, która została właśnie przygotowana przez zespół do spraw POZ to były bardzo żmudne, długie prace, ale bardzo twórcze. Przygotowaliśmy taki kwestionariusz bilansu zdrowia dorosłego człowieka w zakresie czynników ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych i nowotworowych. Następnie na podstawie zlecenia uzyskanego w placówkach POZ, pacjent będzie wykonywał badania laboratoryjne. Ważnym elementem tego świadczenia będzie wizyta podsumowująca. Pacjent dostanie informację, co na podstawie nie dość, że wypełnionej ankiety, ale przede wszystkim na podstawie badań laboratoryjnych, należy wykonać pacjentowi, czyli jaki jest dalszy plan postępowania albo kierowania pacjenta na diagnostykę pogłębioną, czy też do różnych programów przesiewowych. Po wykonanych badaniach, pacjent nie zostanie sam sobie z tymi wynikami, tylko spotka się z personelem medycznym. Podczas wizyty omawiane będą czynniki rozwoju chorób, głównie tych cywilizacyjnych, zalecenia do zdrowego trybu życia, dieta, aktywność fizyczna, badania profilaktyczne. Przebieg wizyty podsumowującej będzie uzależniony właśnie od wyników badań oraz wieku pacjenta. Dlatego że dla pacjentów w wieku 60+ przewidzieliśmy ocenę funkcji poznawczych, która wykorzystuje do tego skalę Mini-Cog, czyli taki test przesiewowy służący identyfikacji osób, u których może występować demencja i inne problemy poznawcze. Wprowadzenie takiego bilansu to jest przede wszystkim odpowiedź na dane demograficzne, ale też w ogóle postulaty objęcia pacjentów takimi działaniami profilaktycznymi w szerszym zakresie. Dużo mówi się o kardiologii, onkologii, ale również nie możemy zapominać o chorobach ośpiewnych, czyli czemuś, co pozwala naszemu seniorowi funkcjonować w społeczeństwie, czyli czuć się ważnym i nie wykluczonym – to jest najważniejsze, co przyświecało temu projektowi. Można powiedzieć, że program „Moje Zdrowie” jest realizacją przepisów dokumentu, to jest „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030”. To zostało przyjęte uchwałą Rady Ministrów w 2018 r. W czwartym podpunkcie jest: promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zakładamy, że program „Moje Zdrowie” wejdzie w życie w maju tego roku, czyli zastąpi obecnie funkcjonującą „Profilaktykę 40 PLUS”.

Przechodząc do materiału ministra zdrowia na temat chorób onkologicznych, czyli wracając niejako do NSO, nie sposób nie powiedzieć o kolonoskopii profilaktycznej, która również została wprowadzona do badań przesiewowych, do koszyka programów zdrowotnych, ona obecnie funkcjonuje. W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad tym, aby wprowadzić diagnostykę, która poprzedzałaby kolonoskopię profilaktyczną, czyli Test FIT – badanie na krew

utajoną w kale. To badanie planujemy w drugiej połowie skierować do konsultacji publicznych. Będzie to badanie laboratoryjne. Na podstawie badań kału będzie można wywnioskować, czy pacjent znajduje się w grupie ryzyka raka jelita grubego, czy niezbędna jest pogłębiona diagnostyka w zakresie kolonoskopii.

Następnie mamy oczywiście program. To jest program opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe. To dotyczy kilku rozpoznań nowotworów. Jest to ważny program. Należy obserwować swoją rodzinę, robić taki wewnętrzny, pogłębiony wywiad rodzinie, w jakim stopniu kto zachorował na nowotwór i zgłaszać się do AOS. Tam mamy przewidziane specjalne badania dla takich pacjentów. Są to częstsze badania. Kobieta jest objęta specjalnym planem diagnostyki i jest cyklicznie badana. Następuje tu profilaktyka i badanie, które nie pozwoli pacjentce znaleźć w takim dosyć dużym stopniu zaawansowania nowotworu. Po prostu będzie to wczesne wykrywanie – monitorujemy taką pacjentkę.

Dodatkowo rozszerzyliśmy zakres wiekowy w zakresie profilaktycznej mammografii. Poszerzyliśmy tutaj grupę wiekową, która może korzystać z tego badania. Nastąpiły również dość istotne zmiany w programie raka szyjki macicy. W czasie, kiedy większa liczba kobiet w zakresie wieku dostała również dostęp do mammografii i do badania raka szyjki macicy, tak również teraz, to jest świeże rozporządzenie, które weszło w życie 26 marca, dopuściliśmy nowy algorytm badania, który pozwoli na wykrycie, czy kobieta jest nosicielem wirusa, brodawczaka ludzkiego. Dodatkowo w ramach programu zdrowotnego badamy, czy jeżeli wynik jest dodatni, to czy kobieta również posiada czynnik onkogenny – 16 lub 18, który odpowiada za najbardziej złośliwie nowotwory. Jeżeli tak, to kobieta jest poddawana cytologii na podłożu płynnym, która została również wprowadzona tą nowelizacją. Jednocześnie, żeby nie dopuścić do sytuacji, że są gdzieś białe plamy w Polsce, czyli nie wszyscy dostosowali się do nowych możliwości diagnostycznych, mówię o podmiotach, dopuściliśmy, aby cytologia klasyczna nadal funkcjonowała przez jakiś czas w systemie. Będzie to okres dwuletni. Właśnie w tym momencie wypuściliśmy do konsultacji rozporządzenie, które jeszcze będzie dopuszczało wykonywanie cytologii klasycznej. Tu zdania są podzielone, bo obydwie cytologie są o bardzo dobrej skuteczności klinicznej, mają skuteczność kliniczną, ale wprowadziliśmy nowy algorytm właśnie dla kobiet.

Proszę państwa, jeśli chodzi o odsetek pacjentek w wieku 60 lat i więcej, objętych programem profilaktyki raka piersi, to w roku 2024 około 53% świadczeniobiorców w wieku powyżej 60 lat zostało objętych tym badaniem. Natomiast dane mogą być mylące, dlatego że zmiana, która poszerzyła zakres wiekowy, ona została wprowadzona pod koniec 2023 r. Dane, które pochodzą z 2022 r., które wskazują, że więcej kobiet się wtedy badało, mogą wprowadzać państwa w błąd. Po prostu poszerzyliśmy tę kategorię wiekową i dlatego te dane są zaburzone, ale to jest oczywiste.

Jeśli chodzi o raka szyjki macicy, to w 2024 r. mieliśmy 13% świadczeniobiorców w wieku 60 lat, które zgłosiły się na badanie profilaktyczne raka szyjki macicy w tej kategorii wiekowej. Jeśli chodzi o badanie przesiewowe raka jelita grubego, to te statystyki wyglądają już troszeczkę lepiej. Myślę, że jest też większa świadomość, dlatego, że profilaktyczna kolonoskopia troszkę dłużej funkcjonuje w systemie. W 2024 r. mieliśmy 28% populacji świadczeniobiorców w wieku 60 lat, która była objęta badaniem.

Również przedstawiliśmy tutaj państwu pewne tabelki, które wskazują, jaka jest liczba wydanych karty DiLO, odsetek diagnostyki raka w ramach karty DiLO, które zostały przeprowadzone w terminie. Na pewno wynik około 67-68 %, czyli ten wynik diagnostyki w terminie nie jest zadowalający, ale będziemy robić wszystko, żeby te wyniki uległy znacznej poprawie.

Proszę państwa, przejdę do materiału, który dotyczy schorzeń układu oddechowego. W zasadzie chciałbym się tu skupić na 3 kwestiach, bo w planach mamy więcej aniżeli się dzieje. Za chwilę na ukończeniu będzie skierowany projekt Lung Cancer Units, czyli kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworami klatki piersiowej. To jest bardzo istotne, dlatego, że nowotwór klatki piersiowej, to po raku piersi jest najczęściej rozpoznawany nowotwór wśród kobiet – takie są smutne, zatrważające statystyki. Mamy opracowany Unit. Został on przekazany do outnighu na ocenę, dlatego, że w 2018 r. agencja wstępnie rekomendowała nam pewien model, ale tu zaproponowaliśmy Centrum Kompetencji Raka oraz trzy załączniki, czyli będzie to zmiana rozporządzenia do leczenia szpitalnego, AOS i rehabilitacji.

Jeżeli to się uda oczywiście, bo tutaj jest potrzebne duże zaangażowanie też lekarzy POZ, to planujemy badania przesiewowe raka płuc za pomocą badań nieszkodkowej tomografii komputerowej. To jest coś, na co też system bardzo oczekuje, bo dotychczas takie badania przesiewowe były realizowane i finansowane ze środków ministra zdrowia, natomiast chcemy, aby taki program znalazł się jako kolejny program w koszyku ministra zdrowia – w koszyku programów zdrowotnych. Nasze ewaluacje programów dotychczas funkcjonujących wskazują na bardzo dobre wyniki tego badania, czyli po prostu za pomocą nieszkodkowej tomografii komputerowej jesteśmy w stanie wykrywać więcej nowotworów na wczesnym etapie zaawansowania. Tutaj też należy wspomnieć o pomyśle, z tego, co pamiętam, to w województwie lubelskim jest testowany taki bus, w ramach którego robi się badanie w terenie. To też jest z naszej strony odpowiedź na potrzeby tego, że pacjenci, którzy mogliby być wykluczeni regionalnie, również potrzebują takich badań, czyli staramy się dotrzeć do tych pacjentów, którym nie po drodze jest do lekarza, żeby po prostu taki bus dojechał do nich i żeby można było zrobić badanie. Proszę państwa, trzeba lokalnie czy gdzieś w terenie zachęcić pacjentów za pomocą różnych środków, żeby wsiedli do takiego busa i zrobili badanie, które nie jest inwazyjne, nie boli, jest krótkie, a przede wszystkim niska dawka powoduje, że ono nie jest szkodliwe, a na pewno wykrywa drobne zmiany, które dają gwarancję szybkiego wyleczania.

Proszę państwa, został przygotowany już taki model, czyli po prostu projekt rozporządzenia do programów zdrowotnych – to będzie rozporządzenie ministra zdrowia.

Nad czym teraz pracujemy? W zasadzie pracujemy nad tym, aby właśnie podstawowa opieka zdrowotna została zaangażowana w to, aby pacjenta zachęcić, a być może nawet i wykonać tego rodzaju badania w POZ, tak żeby to badanie było dostępne dla wszystkich, oczywiście po wstępnie zrobionym np. wywiadzie, które świadczy o tym, ile paczek papierosów, czyli ile paczkołat dany pacjent wykazuje, bo to się liczy w ten sposób.

Mamy program pilotażowy leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych. To jest program pilotażowy, którego celem jest sprawdzenie modelu leczenia MDR-TB w warunkach ambulatoryjnych. On przede wszystkim obejmuje dwa etapy. Pierwszy etap to jest realizacja programu, która niebawem się zakończy – 30 września 2025 r. Pani minister Leszczyna wydłużyła właśnie do tego roku czas trwania tego pilotażu, tak żebyśmy się mogli przygotować i wprowadzić to rozwiązanie na stałe. Drugi etap ewaluacji to jest trzy miesiące. Po tym czasie znajdziemy rozwiązanie, jak wprowadzić to na stałe. Co ważne, do programu kwalifikuje się pacjent od ukończenia osiemnastego roku życia, który nie wymaga hospitalizacji, a posiada rozpoznania właśnie MDR-TB albo w ogóle tą udokumentowaną historię choroby i oczywiście wyraził zgodę na takie leczenie.

Jeśli chodzi o schorzenia układu oddechowego, to pani przewodnicząca na ten moment podziękuje, bo bardzo dużo jest informacji w samym materiale, ale oczywiście odpowiem na wszystkie pytania. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo serdecznie. Rzeczywiście i jeden, i drugi materiał jest bardzo obfity, aczkolwiek to dziedzina jest tak bogata, że tych pytań na pewno rodzi się dużo.

Ja może zacznę, bo, tak jak powiedziałam będę musiała państwa opuścić. Zacznę od tego pierwszego tematu, czyli od onkologii. Cudnie, że jest ten program 40+, ale już chyba teraz nie powinien się nazywać 40+.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

On będzie miał nową nazwę.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

A jaka będzie ta nazwa?

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

„Moje Zdrowie”.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Aha, „Moje Zdrowie”. Super. To to jest bardzo ładna nazwa.

Oczywiście im młodszy człowiek, który podda się temu badaniu, to tym większa szansa, że jako senior będzie bardzo chory. Ale dla seniorów zastosowanie tego programu jest rzeczą

bardzo trudną. Jak państwo wiedzą, ogromny odsetek seniorów ma demencję. Wypełnianie jakichkolwiek ankiet jest dla nich rzeczą trudną. Dla części z nich bardzo trudnym jest opuszczenie własnego domu. To są ludzie, którzy się poruszają z balkonikami lub nie poruszają się wcale. To właściwie dotyczy wszystkiego. To właściwie walujemy na Komisjach senioralnych cały czas. Potrzebny jest nie tylko mamobus, który jest już rzeczą starą, ale może potrzebny jest jakiś seniorobus, który by i zaszczerpił seniora i przywiózł mu lekki, bo ludzie zbierają recepty w małych wioskach i jedna osoba kursuje do miasta. Tak nie powinno być. Ten chory powinien być zabezpieczony systemowo. To samo dotyczy takich badań, żeby one w pewnym sensie przyjechały do tego seniora. Odpowiedź na to pytanie sama pani zawarła w materiale. Czytam, co pani tu napisała. To jest po prostu przerażające, że analiza wskaźnika zróżnicowania terytorialnego wykazała, że najwyższa zapadalność na choroby nowotworowe jest w województwie świętokrzyskim, jest to województwo mniejsze, zresztą nie wiem, dlaczego tak jest, może pani powie, a najniższą zapadalność na choroby nowotworowe ma województwo mazowieckie. Patrząc tutaj dalej i w pozostałych nowotworach jest podobnie. Z kolei najwyższą zapadalność na nowotwory trawienne ma śląskie, ale najniższą mazowieckie. I pytanie, dlaczego? Czy w tym województwie mazowieckim jest lepsza dostępność do lekarza? O co tu chodzi? Świetnie, cudnie, że ten program jest, bo on bardzo dużo da i ukierunkuje. Profilaktyka, która w Polsce była bardzo mocno zaniedbana, jest czymś niezbędnym, żeby społeczeństwo było zdrowe, żeby ten senior nie musiał chodzić z tym balkonikiem chodzić, tylko trzeba do niego przyjść, bo on w sobie może mieć jakąś chorobę, którą można jeszcze opanować, a jej leczenie pozwoli mu jeszcze długo i zdrowo żyć.

Jeśli chodzi o choroby, o schorzenia układu oddechowego, to powiedziała pani i napisała tu o bardzo groźnych chorobach, takich jak rak płuc, jak gruźlica. Ale to, co tak zamęcza osoby w wieku senioralnym, to to, że każda prosta choroba układu oddechowego, jak RSV, jak grypa, akurat na nią można się zaszczerpić, ale są też takie choroby bakteryjne jak pneumokoki, które potrafią zabić seniora. Też jest szczepienie, czyli to, jakby wracamy do początku, że jak nie przyjedzie szczepciobus i nie zaszczerpi w domu, to część seniorów nie jest zaszczerpiena, a wnuk z przedszkola przyniesie te wszystkie wymienione infekcje. Czy są jakieś plany właśnie co do tych prostych chorób? Bo to ci chorzy zalegają na oddziałach internistycznych, w szpitalach z ostrymi chorobami układu oddechowego, których da się uniknąć poprzez szczepienie, a także prawidłową profilaktykę. To w Polsce trochę szwankuje, ale województwo mazowieckie i wielka Warszawa przeczą temu, bo jednak smog jest głównie w dużych miastach, a nie w małych miejscowościach, chociaż tam także. Czy ministerstwo przewiduje też tego typu działania, ażeby ułatwić życie tej grupie senioralnej i tą opiekę medyczną stać stworzyć dla nich bardziej realną? Dzisiaj to jest tak, że ta dostępność seniora między 60. a 70. rokiem życia owszem jest, większość z nich jest na chodzie, nie jest jeszcze tak mocno schorowana i to jest grupa, której ten program „Moje Zdrowie” się bardzo przyda. Ale w tej chwili jest też wielu seniorów w tym większym, wyższym wieku, do których trzeba dotrzeć.

To są jakby moje uwagi. Teraz bardzo serdecznie zapraszam wszystkich państwa do dyskusji, proszę się przedstawiać i zadawać pytania. Nie wiem, czy kolega chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO):

Jeśli państwo pozwolicie, to mam trzy pytania dotyczące tych dwóch tematów. Oczywiście cieszę się z tego programu, w którym o osoby, które mają pogłębiony wywiad w rodzinie, będą mogły liczyć na mocniejsze i większe wsparcie, ale przy okazji chciałbym zapytać, co z osobami, które z różnych przyczyn nie mogą przeprowadzić takiego pogłębionego wywiadu, bo np. nie znają swoich rodzin. Czy mogą się poddać jakimś badaniom i wynik tych badań będzie już wystarczającym asumptem do tego, żeby potem być traktowanym w taki sam sposób, jak ci pacjenci, którzy dysponują pogłębionym wywiadem? Często nie znamy historii swojej rodziny, często wychowujemy się bez rodziny, więc o to chciałbym zapytać.

Zwróciła pani uwagę na te 67%, jeśli chodzi o DiLO i powiedziała pani, że to jest niezadowalające. Ja też na to zwróciłem uwagę, ale chciałem zapytać przy okazji, jak to jest w Europie? Do czego my się odnosimy? Kiedy uznamy, że już jest tak, że powinniśmy być zadowoleni? Co byłoby tym ideałem?

Z drugiej informacji niepokoi mnie informacja na temat tego, że znów odnotowujemy wzrost zachorowań na gruźlicę. W tej informacji brakuje dwóch ostatnich lat, a szczególnie roku 2024. Czy według państwa danych należy się spodziewać, że ten wzrost już nie będzie następował dalej, czy będzie następował dalej? Jakie są powody? Gdyby pani zechciała trochę rozwinąć ten wątek, będę bardzo zobowiązany. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Kto jeszcze z państwa chciałby zabrać głos?

Przedstawiciel Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej dr n. med. Katarzyna Broczek:

Tak.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę.

Przedstawiciel Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej dr n. med. Katarzyna Broczek:

Nazywam się Katarzyna Broczek, jestem lekarką geriatrą. Wraz z panią dr Aleksandrą konieczną, która jest onkologiem klinicznym, reprezentuję Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie.

Chciałabym państwu wygłosić krótki komentarz w trzech punktach. Pierwszy punkt jest następujący – Narodowa Strategia Onkologiczna, która ma 94 zadania, nie ma ani jednego zadania skierowanego specyficznie do osób starszych. W sprawozdaniu za rok 2023 z Narodowej Strategii Onkologicznej znajduje się jedno słowo „osób starszych”. Występuje ono jeden raz i to dotyczy zmniejszenia śmiertelności w okresie w porównaniu sprzed pandemii i teraz. Natomiast w raporcie z ostatniego roku odniesienie do wieku młodego, do dzieci jest 45 razy i do osób dorosłych jest 48 razy. Co to oznacza? Proszę państwa, oznacza to, że osoby starsze są włożone w jedną grupę z osobami dorosłym. Można powiedzieć, że jest to pewnego rodzaju niedopatrzenie i coś, co powinno zostać skorygowane. O ile osoba w wieku 60 czy 65 lat może być traktowana jako osoba dorosła, to osoba w wieku 80, 85 i 90 lat musi być traktowana zupełnie inaczej. Jeśli weźmiemy jeszcze pod uwagę to, że w procesie starzenia się populacji jest tzw. efekt podwójnego starzenia się, czyli że proszę państwa przybywa najszybciej osób najstarszych, to według ostatniej prognozy Głównego Urzędu Statystycznego do 2040 r. liczba osób w wieku 85+ zwiększy się dwukrotnie – do 1,5 mln osób. Możemy powiedzieć, że to jest pewne niedopatrzenie, że Narodowa Strategia Onkologiczna tego nie zawiera. To jest pierwszy komentarz.

Drugi komentarz, to w rezolucji z dnia 16 lutego 2022 r. Parlament Europejski wezwał wszystkie kraje Unii Europejskiej do promocji onkologii geriatrycznej i do rozwoju programów onkologii geriatrycznej zarówno w formie klinicznych projektów, jak i badań naukowych. Wezwał także do wdrażania wielodyscyplinarnych zespołów i rozwiązań, a także tworzenia centrów doskonałości. Ta rezolucja Parlamentu Europejskiego wzywająca do działań została opublikowana trzy lata temu.

Trzecia uwaga – w odpowiedzi m.in. na tę rezolucję w Narodowym Instytucie Onkologii sześć miesięcy temu powstał pododdział onkologii geriatrycznej w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, gdzie pani dr Aleksandra Konieczna prowadzi ten pododdział i gdzie wspólnie pracujemy. Do tej pory przeanalizowaliśmy ok. tysięczną grupę pacjentek z rakiem piersi, które w tym czasie się zgłosiły. Proszę państwa 15% z tych osób to są osoby w wieku 75 lat i więcej, z których większość po wykonaniu wstępnej, całościowej oceny geriatrycznej, wymaga bardziej pogłębionej oceny, która umożliwi i już umożliwiło wielu pacjentek podjęcie optymalnej decyzji dotyczącej leczenia, czyli albo niewielkiego zmniejszenia tego leczenia onkologicznego, albo zmiany kolejności, albo wykonania jeszcze dodatkowych badań, tak aby osoba w starszym wieku mogła bezpiecznie przeżyć to leczenie i dodatkowo korzystać z najnowszych postępów onkologii, czyli z nowych leków, które mamy do dyspozycji.

Wreszcie, jeżeli państwo by chcieli, to my jesteśmy gotowe, żeby na którymś z państwa posiedzeń przedstawić te wyniki, bo one też mogą być taką przesłanką do tworzenia programów onkologii geriatrycznej w Polsce. A co możemy zrobić? My obie jesteśmy członkiniami Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Geriatrycznej i Polskiego Towarzystwa Onkologii

klinicznej i są gotowe modele opieki w onkologii geriatrycznej, które można zrealizować. I to nie musi być od razu geriatra onkolog w każdym szpitalu, bo być może można stworzyć modelowe rozwiązania, np. jedno w województwie, natomiast tworzyć mniej zaawansowane formy takiej oceny geriatrycznej w mniejszych ośrodkach. Te rozwiązania są opisane, są dostępne, można po prostu je wykorzystać i je wdrożyć.

Już ostatnia uwaga. To już było też wspomniane przez panią przewodniczącą. Osoby starsze to często osoby samotne. W naszej grupie tych 75 i więcej letnich pań 40% osób z rakiem piersi, to osoby mieszkające samotnie. Takie osoby w czasie terapii onkologicznej wymagają wsparcia, bo takie wsparcie jest konieczne przy korzystaniu z tej opieki, z tego leczenia, przy przywiezieniu, przy monitorowaniu działań niepożądanych. W związku z tym tutaj będzie konieczne to, aby również w jakiś sposób pomyśleć o połączeniu opieki onkogeriatrycznej ze świadczeniami opieki społecznej, ze wsparciem społecznym dla tych osób starszych, które w naszej opinii mogą odnieść ogromną korzyść z postępów onkologii w ostatnich dekadach. Jeśli są one odpowiednio zakwalifikowane, to ta terapia może być wtedy prowadzona w sposób bezpieczny i mogą być leczone zgodnie z najlepszymi standardami. Dziękuję, bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Dziękuję bardzo. To, co pani powiedziała jest bezcenne.

Jestem pediatrą, więc wiem, że nie można dzieci wrzucić do dorosłych i nie można seniorów już w pewnym wieku wrzucić do dorosłych, bo może to nie robi się na starsze lata dziecko, bo są to osoby, które wymagają opieki. Inne programy są dla noworodków, inne programy są dla dzieci do pierwszego roku życia. To trzeba też zrobić w tej grupie senioralnej, nie tylko w odniesieniu do raka piersi, ale do wszystkich nowotworów. Dla mnie jest rzeczą oczywistą, że, tak jak my nie możemy niektórych cytostatyków podać małeńkiemu pacjentowi, bo jego narządy jeszcze nie są całkiem dojrzałe i rozwinięte, tak w drugą stronę u człowieka, który ma już swój wiek, narządy są już być może uszkodzone i ten człowiek nie przeżywa większości agresywnych chemioterapii. Przecież strategia też jest inna. W onkologii geriatrycznej strategią jest przedłużenie życia w dobrym komforcie, a to wymaga dostosowania programów. Nie można zastosować programów takich, jakie się stosuje u młodego człowieka, u którego idziemy na wyleczenie i to leczenie jest dosyć agresywne i on je wytrzyma, a potem jest zdrowy. U starszych osób jest to bardzo trudne i często niemożliwe do uzyskania. Dlatego taka gałąź powinna istnieć. Powinny być oddzielne programy w grupach wiekowych, ale tego nie ma. Nie ma tego w Polsce, nie ma tego w ogóle. Dlatego ta umieralność na raka w tym podeszłym wieku jest wyższa, niż w krajach Unii Europejskiej, bo tamta opieka jest lepsza. Jednak i my musimy do tego dążyć, żeby to zrobić, bo jesteśmy wielkim krajem z mądrymi ludźmi. Dziękuję.

Bardzo proszę.

Prezes zarządu fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Elżbieta Markowska:

Elżbieta Markowska, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, ale przede wszystkim prezes stowarzyszenia Częstochowskie Amazonki i od trzynastu lat prowadząca Częstochowskie Centrum Aktywności Seniorów z dziennym domem pomocy społecznej.

Proszę państwa, myślę, że jest to olbrzymie doświadczenie, ale chciałabym powiedzieć, że słuchając pani doktor, jestem zatrwożona, a przede wszystkim zazdrosna, dlatego że mogę powiedzieć, że jesteście super przykładem tego, że takie pacjentki w tym wieku są odpowiednio leczone. Niestety tak nie jest w innych ośrodkach. Tutaj wielkie gratulacje. Pani przewodnicząca też już zauważyła, że to dotyczy również innych nowotworów u osób starszych. Ja tu bym powiedziała również o mężczyznach, czyli rak prostaty, który jest też takim nowotworem, z którym niestety mężczyźni przychodzą trochę za późno. W ogóle panowie nie dbają o siebie i przychodzą z takimi sytuacjami zdrowotnymi bardzo późno.

Chciałabym jeszcze się odnieść do programu 40+. Był to program, który myślę, że był dobry, dlatego że co roku można było ponownie zrobić badania i udać się do lekarza. Ale myślę, że takim nie do końca dobrym rezultatem tego programu było to, że nie było ośrodków POZ, które podpisały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pacjent właściwie nawet nie wiedział, że jest taki program. Jeżeli nagłośnione zostało w tej chwili, że idzie bilans, bo będzie program „Moje Zdrowie”, więc teraz wszyscy ruszyli na badania. Ale większość badań, które zostały wykonane, niestety, nie wracały do lekarza. Badania były zrobione i szły do szuflady. Myślę,

że to był największy problem. Myślę, że ten bilans i to „Moje Zdrowie”, to jest dobry program, który będzie bilansem pacjentów wieku od 20 lat do 49 lat i później od 40 lat, od 50 lat wzwyż. Dla seniorów to jest bardzo ważne, bo tam jest bilans co trzy lata. Najbardziej z tego cieszę, bo mam do czynienia z tymi seniorami, więc wiem, co to znaczy, to oświecenie. Mam nawet 99 latka, który akurat jest w świetnej formie, więc mówię, że proszę wziąć przykład z pana Mariana, jaki on jest aktywny i żywotny. Życzę, żebyśmy wszyscy tacy byli, bo to jest ważne.

Pani przewodnicząca zauważyła, że jeżeli chodzi o małe miasta, że tam nie ma odpowiedniej opieki zdrowotnej. Tam nie docierają informacje o programach. Oni o tym nie wiedzą. Oni są naprawdę niezaopiekowani. Często te rodziny też nie pomogą albo wszyscy jesteście ciągle gdzieś zajęci i zapominamy. A jak już dochodzi do takiego dojrzałego wieku, to też nie chcemy być uciążliwi dla nikogo i wtedy cierpimy w milczeniu. Zażyjemy sobie tam coś przeciwbólowego i tak funkcjonujemy, bo nie chcemy być ciężarem.

Proszę państwa, żeby ten program „Moje Zdrowie”, który ma być w tej chwili realizowany, żeby on był słyszalny, żeby to było zrobione z odpowiednim efektem zrobiony, czyli żeby dotarło do lekarzy, to myślę, że pacjent musi się udać z wynikami do lekarza. Wtedy przeprowadzana będzie z pacjentem ta cała ankieta. Jeżeli tak to będzie i te wszystkie POZ podpiszą umowy, to będzie dobrze.

Dzisiaj akurat przyszedłam do państwa z Kongresu Rzecznicy Zdrowia. Na tym kongresie była dyskusja, ale też rozmowa o tym programie, że informacja o nim jest emitowana, pokazywana w telewizji? Proszę państwa telewizja telewizją, ale nie wszyscy oglądają telewizję. My mamy dotrzeć do różnych grup wiekowych, bo to jest bilans dla młodych i dla dojrzałych. Warto by było pomyśleć o tym, co zrobić, żeby dotrzeć do jak największej grupy osób. Mówię o łączeniu z lekarzami, że mamy to robić przez IKP, ale niestety nie każdy. Pomimo tego, że mamy telefony komórkowe, to nie każdy umie się połączyć, więc nie każdy z tego skorzysta. Myślę, że tu jest rola pielęgniarek czy lekarza pierwszego kontaktu i tych POZ, które faktycznie będą podpisywać te umowy, żebyśmy nie szukali tych miejsc, bo to nie będzie tak zrealizowane. To jest chyba takie najważniejsze.

Żeby dotarło to do wszystkich w całej Polsce, to myślę, że dotarło, powierzyć trochę tych zadań organizacjom pozarządowym, które są najlepszym przekazem, bo działają w małych miejscowościach. Żeby dotrzeć np. do kół gospodyń wiejskich i do innych organizacji, to trzeba po prostu mieć jakieś fundusze, żebyśmy mogli pojechać na edukację czy porozmawiać, czy każdemu powiedzieć. To jest naprawdę bardzo ważne, bo to my dotrzemy. Ja akurat jestem w tej grupie senioralnej, to wiem, co to znaczy. Wiem, jak ci ludzie potrzebują pomocy i wsparcia. Życzylabym sobie, żeby tak było, żeby to poszło w tym dobrym kierunku, żeby możliwe było dotarcie. Wam panie bardzo dziękuję i zazdroszczę.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Pełna zgoda z tym, że trzeba coś zrobić. Razem z kolegą pomyśleliśmy sobie, że zgłaszalność w tym starym programie 40+ była bardzo niska. Klęską tego programu był brak ludzi – po prostu ludzie nie chodzili, nie badali się. Może w grupie senioralnej to było dlatego, że seniorzy myśleli, że to nie jest dla nich. Czy grupa geriatryczna nie powinna przygotować programu na tej bazie? To już jest gotowiec. Trzeba go tylko rozszerzyć o choroby typowe dla osób starszych, bo być może na dzień dobry w programie profilaktycznym dla seniorów powinno być więcej ukierunkowania. Senior nie widzi, nie słyszy, a trzeba to sprawdzić, bo może widzi, słyszy. Trzeba wiedzieć, jak to zrobić.

Ten program, który powinien być dedykowany dla seniorów, powinien być trochę inny, bo screening dla młodego, zdrowego, dorosłego człowieka spowoduje, że potem się te badania poszerzy. Jednak u starszego człowieka geriatrzy wiedzą, co w trawie piszczy i że właściwie można nie robić części tych badań dla młodych, a zrobić takie, które już ukierunkują bardziej w kierunku geriatry. Jeśli będzie to program dla seniorów, to trzeba zachęcić seniorów do udziału. Jak mówię, do wielu seniorów trzeba jechać do domu, bo inaczej to po prostu traci sens. Nie są to trzy osoby na krzyż, tylko to są miliony ludzi.

Bardzo państwu dziękuję i przepraszam, ale muszę iść do budynku, gdzie za chwileczkę będzie głosowanie nad ustawą o Krajowej Sieci Kardiologicznej. Później wrócę tutaj tylko, że nie wiem, ile to będzie trwało. Jeszcze proszę kolegę o wprowadzenie dalszej części.

Kto jeszcze chce zabrać głos?

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo proszę pan poseł, a potem pani doktor.

Poseł Maria Joanna Koźlakiewicz (KO):

Dzień dobry. Przede wszystkim pani powiedziała to, co ja chciałam powiedzieć. Uważam, że nie możemy być nastawieni do wszystkiego pesymistycznie.

Pierwsze, to organizacje pozarządowe. Jestem dziewczyną ze wsi. Jestem w organizacji, która zrzesza 10 tys. seniorów, jestem tam wolontariuszem. Powiem tak, czasami seniorka szybciej wyjdzie upiec pączki w grupie z koleżankami czy wyjdzie na aerobik, bo do nas na wieś przyjeżdża bus z organizacji pozarządowej, zbiera ich dwadzieścia i one jadą te 15 km do Mławy. W ten sposób odbywa się ta ich atrakcja, tak to nazwijmy. Dzisiaj te seniorki są inne niż moje babcie, których już nie ma. Seniorzy używają telefonów komórkowych, bo oni wtedy umawiają się na tym przystanku, gdy jest to jakieś spotkanie. Żeby wykorzystać organizacje pozarządowe, to można się czasami, mówiąc symbolicznie, umówić z nimi na współpracę. Gdy damy tym organizacjom logo ministerstwa, bo będziemy z nimi współpracować, to oni wyślą do tych 10 tys. seniorów wiadomość, że tego i tego dnia przyjedzie bus. Wiadomo, że oni wysyłają dwadzieścia busów w różne okoliczne miejscowości i w takiej małej miejscinie, która ma ok. 30 tys. ludzi, można byłoby ściągnąć te osoby.

Jeśli mówimy, że mamy dotrzeć do każdego, to to jest bez szans. To, że wójt wywiesi u siebie w urzędzie kartkę, że jest badanie, to nie zauważy tego wiele osób, bo naprawdę nikt codziennie nie lata do urzędu, żeby oglądać, co się tam będzie działo fajnego. Czasem robimy papierologię, która w ogóle się nie sprawdza w życiu codziennym. Ja bym wykorzystała organizacje pozarządowe. Nasze koła gospodyń wiejskich, to u nas są boginie, bo one wszystko wiedzą. Jeżeli taka jedna pani z koła przekaze drugiej pani z innego koła informację, że coś się dzieje, to one najczęściej się spotykają i działają. Jako feministka muszę powiedzieć, że to jest ta siła kobiet.

Te organizacje pozarządowe są chyba jedynym kluczem. Jak już senior ma iść do lekarza, to już wiem, że coś się dzieje i takiej starszej pani się nie chce. Po drugie, widzę po sobie, że rodzice wolą to, co mogą sami załatwić, ogarnąć i nie chcą mnie prosić o pomoc. Dopiero jak potrzebują silnej pomocy, to wtedy się odzywają. Troszkę te pokolenia się zmieniały. Kiedyś czuliśmy rodziców, że musimy coś dla nich zrobić, a teraz to zanika, bo dzieci zostawiają rodziców. Żyjemy teraz inaczej.

Ale muszę też pochwalić, bo za chwilę będziemy mieć bon senioralny. Drogie panie, ten bon senioralny może nam pomóc właśnie tutaj, bo ta dostępność i dojazdy będą akurat z tego. Jeśli tutaj pojawi się ten problem, że nie będą chciały pomóc dzieci czy organizacje, to ten bon senioralny umożliwi dojazd, jeśli ktoś to zgłosi, to będzie punktowane. Potrzebna jest tylko właśnie ta wielka współpraca, żeby wszystkich o tym poinformować.

Dziękuję bardzo i mam nadzieję, że nam to się uda, bo jesteśmy blisko, a 26 tuż tuż i żeby każdy po prostu do tego zdążył. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo proszę o włączenie mikrofonu.

Prezes zarządu fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Elżbieta Markowska:

Warto by było dodać o tym, jak dobra jest komunikacja w aptekach. To jest miejsce, do którego idziemy, czekamy w kolejkach, ale dobrze by było, gdyby tam była umieszczona informacja o tym programie. Oprócz tego, że będą ulotki, to dobrze by było, gdyby była też jakaś informacja.

Przede wszystkim myślę, że tą rolą jest to, żeby edukować, pokazywać, tak jak organizacji, ale też angażować młodzież. W Częstochowie mam taki wspólny program, który jest pod nazwą „Zostań Samobadaczem Roku. Rak nie zna metryki: badaj piersi, badaj jądra”. To jest nasz program, który mamy w szkołach. Powiem, że nie mam na to pieniędzy, chociaż miasto moje wspiera mnie jak może i dofinansowuje chociaż te ulotki. Jestem niezmiernie wdzięczna lekarzom, którzy uczestniczą w programie, a przede wszystkim wolontariuszkom, ochotniczkom. Proszę państwa, te spotkania w szkołach zrobiły coś niesamowitego – młodzież została edukatorami. Dziewczyny zostały wolontariuszkami Amazonek, a teraz dołączyli chłopcy, czyli zostali wolontariuszami – Urosami. Mamy wspólnego urologa, który

edukuje tych młodych chłopców. Było duże spotkanie, które rozpoczął zespół szkół ekonomicznych, gdzie 26 chłopców miało zrobione USG i wśród tych 26 młodych chłopców miało zmiany. Oni są już teraz leczeni. To samo zrobiliśmy z dziewczynkami – przede wszystkim uczyliśmy je samobadania, patrzenia na siebie, ale wykonano również badania. Pani doktor z nimi rozmawia, spotyka się i naprawdę jest to niesamowity rezultat. Te dzieci, ta młodzież idzie później do rodziców i ich edukuje. To przekłada się na zupełnie inną świadomość. Taki uczeń przyjdzie do swojej babci, do swoich rówieśników i im powie. Myślę, że to też jest ważne i tutaj bym też zachęcała, żebyśmy rozpoczęły edukację o tym projekcie „Moje Zdrowie” właśnie w szkołach, żeby to poszło dalej.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Proszę bardzo panią doktor, a później proszę panią.

Przedstawiciel Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej dr n. med. Aleksandra Konieczna:

Dzień dobry, Aleksandra Konieczna, Narodowy Instytut Onkologii.

Przed wszystkim może sekundkę odniosę się do tego, że warto propagować wiedzę o tym, że u mężczyzn też może wystąpić rak piersi. Niestety jest to wiedza, o której mówimy bardzo rzadko.

Przed wszystkim chciałam odnieść się do onkologii. Tam padło odnośnie tego programu dziedzicznych chorób nowotworowych, że jeżeli pacjent podejrzewa, będzie kierowany do AOS. Mam pytanie, do jakiego AOS? Czy tym się będą zajmować poradnie genetyczne? Czy one będą ciągnąć diagnostykę genetyczną? One już są obciążone i choćby na przykładzie naszych pacjentek, które wiemy, że mają już mutacje, np. BRCA1 i BRCA2, czas oczekiwania na konsultację genetyczną, to jest paręnaście miesięcy. Moje pytanie, kto będzie takich pacjentów diagnozował i kto przeprowadzał tę diagnostykę genetyczną?

Drugie pytanie, czy będzie jakaś granica wieku, kiedy pacjent będzie mógł być skierowany? Może być tak, że pani lat 80 prześledzi swoją rodzinę i stwierdzi, że to jest ten moment diagnostyki dla niej. Czy po prostu będą jakieś ramy wiekowe? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo dziękuję. Proszę bardzo. Proszę się też przedstawić.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Barbara Ruszkowska-Gębka:

Barbara Ruszkowska-Gębka, członek zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów.

Tak jak pani wspomniała, organizacje pozarządowe mogą być tutaj pomocne. Chciałam zwrócić uwagę na badania przesiewowe seniorów z małych miejscowości, bo w dużych aglomeracjach seniorzy sobie poradzą, natomiast w małych miejscowościach jest wykluczenie seniorów ze względu na brak komunikacji, transportu publicznego. Seniorzy nie są w stanie sami dotrzeć do ośrodków, do gminy. Dlatego informacje o badaniach przesiewowych do nich nie docierają.

Głównie chcę się skupić na profilaktyce raka jelita grubego. To jest takie dosyć trudne badanie. Jeżeli jest to badanie w sedacji, to musi ktoś przyjechać po takiego pacjenta. To są osoby starsze. W związku z tym brak transportu automatycznie wyklucza możliwość skorzystania z takiego badania przesiewowego. Nie ma też informacji, gdzie w ramach funduszu taki senior może przeprowadzić te badania. Jeżeli senior dotrze do gminy, to nie uzyska tej informacji. Ośrodki zdrowia też nie bardzo o tym wiedzą. Nie wszyscy seniorzy korzystają z internetu, mają do niego dostęp, bo czasami też jest to wykluczenie. W jakimś rejonie może być akurat brak zasięgu. Może rzeczywiście organizacje pozarządowe, takie koła polskiego związku emerytów i rencistów mogłyby pomóc w tym, ale też muszą uzyskać informacje, w jaki sposób mogą docierać, czy będą te tak, jakby mamobusy czy jakieś inne środki komunikacji, które dotrą do tych seniorów. To jest naprawdę duża grupa osób, a rak jelita grubego jest w czołówce i dotyka głównie ludzi starszych. Chociaż teraz ta szala przesunęła się do czterdziestolatków, ale jednak jest to częste u osób starszych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo dziękuję. Chciałem zapytać panią dyrektor departamentu, czy pani chciałaby już odpowiedzieć, bo tych wątków było bardzo wiele? Potem wrócimy i oddam głos osobom, które chciałyby zadać pytanie. Proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo. Odpowiem od razu na kilka wątków. Program „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”, on już funkcjonuje i to dotyczy poradni genetycznych, ginekologicznych i genetyczno-onkologicznych.

Jeśli chodzi o rozpoznania, to tutaj badamy... Nie wszystkie nowotwory są oczywiście genetyczne i nie wszystkie są też dziedziczne. Pan poseł pytał, co z osobami, które nie znają historii choroby swojego przodka? Może najpierw trzeba przyjrzeć się rodzicom i skupić się tylko na tych wybranych nowotworach, a wybrane nowotwory, to jest rak piersi, rak jelita grubego, rak błony śluzowej trzonu macicy, siatkówczak i jeszcze jest tzw. choroba fonoipellado. To są te nowotwory, które są właśnie w ramach tego specjalnego programu.

Co do innych? No to już jest kwestia po prostu prewencji i jakby obserwacji, bo nie mamy takich dedykowanych badań, jak sprawdzić, czy przede wszystkim jest jakaś predyspozycja do zachorowań na nowotwór. Ale co do tych rozpoznań, to jest dedykowany program. Co do innych, to jest profilaktyka w programach zdrowotnych, czyli specjalny koszyk, który jakby o tym...

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Wiem, że np. są takie badania, że jeśli np. ktoś zachorował na raka prostaty, to można sprawdzić, czy jego synowie, czy córki, bo to może też się przenieść chyba na inny nowotwór, mają predyspozycje do zachorowania. Takie badania się przeprowadza i może przeprowadzić.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Proszę państwa, nie powiedziałam jeszcze o jednej ważnej sprawie, bo jesteśmy w obszarze onkologii. Planujemy wprowadzić badania genetyczne w rozpoznaniach raka jajnika, otrzewnej jajowodu i jeszcze jest płuco. To jest badanie genetyczne, które będzie dostępne w AOS. Przede wszystkim odpowiadam na pytania, czy w tych rozpoznaniach i jaka jest też linia leczenia, jeżeli zostanie wykryty ten gen. Natomiast to jest na razie na etapie badań. Rozporządzenie zostało przepracowane wewnętrznie i niebawem trafi projekt do konsultacji publicznych. Na razie powoli wprowadzamy tę genetykę w chorobach rzadkich. Od stycznia prowadziliśmy dwa nowe badania – ACTH i Real Time PCR. Pracujemy nad badaniami WES, czyli takiego całego genomu, z podziałem na panele. Myślę, że tutaj znajdzie się odpowiedź na pytania pana posła. Natomiast to, co obecnie mamy, to nie mamy jeszcze dużych możliwości. Fundusz nie refunduje tego rodzaju badań, ponieważ one nie zostały wprowadzone do koszyka. Oczywiście jako opcja diagnostyczna, komercyjna, to, tak jak pan powiedział, one na pewno funkcjonują.

Jeśli chodzi o DiLO, to plany są takie, żeby zmienić Krajową Sieć Onkologiczną. Każdy pacjent, który zostanie skierowany do onkologa, po prostu będzie miał założoną kartę DiLO. Założenia są takie, że to skróci nam czas oczekiwania na diagnostykę. Nie mam informacji, jak to wygląda w Europie, ale oczywiście tutaj na piśmie możemy, mogę się zobowiązać, że odpowiemy. Natomiast, jeśli chodzi o DiLO, to ten proces nie jest satysfakcjonujący i stąd taki pewne rozwiązanie systemowe, które mają dotyczyć Krajowej Sieci Onkologicznej.

Jeśli chodzi o zachorowalność na gruźlicę, to obserwujemy spadek, czyli ta tendencja wzrostowa, która się utrzymywała w roku 2016 i w 2017 i tu się zatrzymała. Jeśli chodzi o zachorowalność na gruźlicę, to teraz mamy tendencję spadkową, takie przynajmniej mam dane z Departamentu Zdrowia Publicznego, który monitoruje zachorowalność. Tak, teraz mamy spadek.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

W materiale na stronie czwartej wygląda na to, że odnotowujemy spadek aż do roku 2020, a potem rośnie w latach 2021-2023 i nie ma danych dotyczących roku 2024.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, nie ma danych z roku 2024.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Począwszy od roku 2020 rośnie do roku 2024.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Zobaczę, jakie tu są dane, ale ja mam w 2021 r. 3704 przypadki zachorowań. To nie, tu jest inna dana.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Zupełnie inne dane mamy w materiale. To może poproszę panią dyrektor o wyjaśnienie tego na piśmie?

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Ja to wyjaśnię, dlatego, że sytuacja geopolityczna też wskazuje, że od czasu, kiedy przyjechali do nas obywatele innego kraju, to rzeczywiście jest wzrost zachorowań. Akurat teraz takie najświeższe dane. Nie wiem, dlaczego akurat one się różnią od tego, ale oczywiście to wyjaśnię, dlaczego jest różnica, gdzie obserwujemy wzrost? Największy wzrost był tak naprawdę w latach 2012-2013, to była ta największa zachorowalność na gruźlicę. Wszystko wyjaśnię na piśmie. Nie ma problemu.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Z kolei w tabeli jest spadek przez te lata.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dobrze, już zanotowałam sobie to pytanie. Miałam więcej pytań, tak że odpowiadam na te pytania, które tutaj padły.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

W takim razie kontynuujemy. Bardzo proszę pani, a potem pan.

Rzecznik Polskiej Unii Onkologii i Medycznej Racji Stanu Anna Jasińska:

Dzień dobry. Anna Jasińska, Medyczna Racja Stanu. Za chwileczkę odniosę się jeszcze do pani, ale zacznę od anegdoty i zaraz wytłumaczę, dlaczego zaczynam tak satyrycznie. Otóż jedna z satyrycznych definicji starości, to: starość zaczyna się wtedy, kiedy świeczki do tortu kosztują więcej niż sam tort. Dlaczego mówię uśmiechu? Ponieważ jako Medyczna Racja Stanu prowadzimy radę ekspertów do spraw chorób seniorów, polityki senioralnej. Podczas jednego ze spotkań wybrzmiało takie stwierdzenie, że my się bardzo w tej chwili przejmujemy, i słusznie, stanem psychicznym młodych ludzi, wręcz młodzieży i dzieci, natomiast zapominamy trochę o obszarze smutku i tej smugi cienia ludzi starszych. Jeden ze współzałożycieli Medycznej Racji Stanu – dr Michał Sutkowski zawsze powtarza, jak przychodzi do mnie ktoś 75+, 85+, to ja zanim spytam o ostatnie badania krwi, to pytam, czy pani dzisiaj coś się napiła, czy pani coś dzisiaj zjadła, ale przede wszystkim, czy była pani na spacerze, czy pani się cieszy życiem?

Stan zdrowia z seniorów jest chyba taką ziemią jeszcze do końca nieodkrytą. Mam pytanie do pani dyrektor Janiszewskiej-Kajki, jestem ciekawa, czy w ogóle są sygnały na temat zdrowia psychicznego seniorów? Wiem, że Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich skupia się teraz bardzo na teraz kwestiach wyzwań zdrowia psychicznego dzieci.

Teraz uwaga do pań. Trzy lata temu wraz z Kolegium Lekarzy Rodzinnych i z warszawskim Kołem Młodych Lekarzy prowadziliśmy taką kampanię „Szpital to nie przechowalnia, nie zostawiaj bliskich na święta w szpitalu”. Pamiętam, że to było w kilku szpitalach przed Bożym Narodzeniem, a przed Wielkanocą przyszliśmy z wolontariuszami z koszkami z podarunkami na oddziały onkologiczne do Centrum Onkologii. Zabrakło nam wtedy baranków. Ja mówię o tym dlatego, że panie powiedziałyście, że tych geriatrów, onkologów, musi ich być tam chociaż troszeczkę. Myślę, że ich musi być bardzo dużo. Paniom nie trzeba tego mówić, że onkologia, to jest zagrożenie w znacznym stopniu związane z wiekiem. Pytanie, czy w ogóle jest szansa na to, żebyśmy zaczęli mówić, że potrzebujemy psychiatrów dziecięcych, ale potrzebujemy też psychiatrów dla seniorów. Bardzo dobrze idzie nam z onkologią dzieci, z hematologią, ale onkologia seniorów też w znacznym stopniu budzi depresję, ale często jest efektem, być może też stanu psychicznego. Myślę, że geriatria generalnie to jest jeszcze nie niedopracowany temat, a w Centrum Onkologii a geriatria powinien być chyba w każdych drzwiach.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Dziękuję. To jest dobra uwaga.

Przedstawiciel Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej dr n. med. Katarzyna Broczek:

Czy mogę od razu odpowiedzieć?

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo proszę.

Przedstawiciel Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej dr n. med. Katarzyna Broczek:

Bardzo się cieszę, że mogę dzisiaj być w tym gronie i wysłuchać wszystkich państwa opinii, bo to jest też wsparcie dla rozwoju geriatricznej. Może króciutko odpowiem tylko na pytanie o stan psychiczny seniorów. Otóż w tzw. całościowej ocenie geriatricznej, która jest przeprowadzana u pacjentów zgłaszających się np. do poradni geriatricznej, w której ja pracuję, jednym z tych elementów jest ocena stanu psychicznego. Obejmuje ona ocenę funkcji poznawczych, a więc taki screening w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych otępienia oraz ocenę nastroju, samopoczucia psychicznego i screening w kierunku depresji.

Ja zresztą zajmuję się depresją u osób starszych w może trochę szerszym zakresie i myślę, że wiele na ten temat w Polsce się jednak dzieje. Ta wrażliwość na stan psychiczny osób starszych jest chyba coraz większa. Ale tutaj powiem, że w mojej ocenie wiele osób starszych ma tzw. jakąś pewnego rodzaju odporność psychiczną. To są ludzie, którzy mówią: wie pani, jak się straciło wszystkich w Powstaniu Warszawskim i człowiek przeżył, to mnie już nic nie ruszy, ja się nie martwię swoją starością. Grupa seniorów to jest grupa osób starszych. To jest grupa niezwykle zróżnicowana. Oczywiście screening w kierunku depresji jest konieczny, bo to są to zaburzenia, których nie widać na pierwszy rzut oka – osoba się uśmiecha i nic nie mówi, a dopiero później się okazuje, jak ma wielkie problemy.

Natomiast jeżeli chodzi o rozwój geriatricznej onkologicznej, też skorzystam z tej okazji, że jestem przy głosie. Gdyby państwo byli zainteresowani, to też możemy to przesłać. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej od zeszłego roku posiada sekcję onkogeriatrii, w której jesteśmy pani doktor i ja. Opublikowaliśmy taki dokument „Leczenie starszych chorych na nowotwory złośliwe w Polsce stan na rok 2024 oraz wyzwania na przyszłość. Stanowisko ekspertów tej sekcji”. Tam m.in. podajemy też dane dotyczące liczby geriatricznych, onkologów i chirurgów onkologicznych, czyli pokazujemy, jakie są właściwie możliwości w tej chwili na rozwój tej dziedziny w Polsce. Proszę państwa, geriatricznych w Polsce jest 588 osób – to są najnowsze dane z zeszłego tygodnia. Gdybyśmy chcieli dorównać do takiej powiedzmy niskiej, średniej europejskiej, to powinno być ich sześć razy więcej. Jest to priorytetowa dziedzina specjalizacji od 2001 r., czyli od ponad 20 lat, a zainteresowanie specjalizacją...

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Ilu by musiało być geriatricznych, żeby dorównać do średniej?

Przedstawiciel Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej dr n. med. Katarzyna Broczek:

Ok. 3 tys., żeby to była taka powiedzmy średnia. W Wielkiej Brytanii jest ich chyba trochę mniej. Kraj ościenne – Słowacja, Czechy mają znacznie więcej geriatricznych.

Zainteresowanie tą specjalizacją jest dość rzadkie. Bo co tu można powiedzieć? Pacjent geriatriczny wymaga dość sporo czasu i zaangażowania. Jest to specjalizacja, która wymaga dość dużo wiedzy i dość dużo czasu. Chyba też promocja tej dziedziny musi jakoś być bardziej stosowana. Proszę państwa, nie chcę już wchodzić w szczegóły, ale jeżeli ja w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej poświęcam godzinę na rozliczenie pacjenta, który przychodzi pierwszy raz i to rozliczenie jest takie samo jak w innych dziedzinach, to po prostu, jeżeli człowiek nie chce pracować charytatywnie, to nie może tego wykonywać bez przerwy, bo po prostu nie będzie w stanie się z tego utrzymać. Onkologów jest w Polsce prawie 1200, a chirurgów onkologicznych jest ponad 1000, radioterapeutów, którzy są niezbędni w onkologii, jest 867 osób. Niektóre z tych osób mają podwójne specjalizacje, czyli np. można być onkologiem klinicznym i chirurgiem onkologicznym.

Natomiast poprawia się sytuacja, jeżeli chodzi o pielęgniarstwo onkologiczne, pielęgniarstwo geriatryczne. Tutaj jest znacznie więcej pielęgniarek, które mają te specjalizacje bardzo szczegółowe. I to jest też jakaś nadzieja dla systemu, bo myślę, że dużą część tych zadań będą mogły wykonywać pielęgniarki, które są elementem zespołu wielodyscyplinarnego, zarówno w onkologii, jak i w geriatryi.

Rzecznik Polskiej Unii Onkologii i Medycznej Racji Stanu Anna Jasińska:

Czy mogę od razu odpowiedzieć?

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo proszę.

Rzecznik Polskiej Unii Onkologii i Medycznej Racji Stanu Anna Jasińska:

Chciałam tylko powiedzieć, dlaczego ten geriatra jest potrzebny. Moja mama cierpiała na choroby Parkinsona i w późnym wieku przytrafił jej się guz piersi. Gdyby nie rozsądek i otwartość prof. Pieńkowskiego, który zgodził się operować mamę w miejscowym znieczuleniu, to nie było takiego konsylium, które by powiedziało, że ta pani nie będzie miała guza, ale będzie warzywem po zastosowaniu znieczulenia ogólnego. Tak jak powiedziałam, myślę, że naprawdę na każdym piętrze, w Centrum Onkologii powinien być geriatra. Pytanie, skąd wziąć? To jest apel, żebyśmy mówili o tym, że te zawody są po prostu niezbędne. Jesteśmy na starym kontynencie, a na tym starym kontynencie jesteśmy jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Dziękuję. To jest wątek, który nie dotyczy ministra zdrowia, tylko zupełnie innego resortu, innego ministerstwa. Potrzebna jest odrębna, bardzo ważna dyskusja. Zdrowie psychiczne osób starszych, problem depresji, to jest z całą pewnością zjawisko zauważalne i wymaga naprawdę bardzo poważnej dyskusji. Z całą pewnością w żaden sposób nie jesteśmy dzisiaj w stanie rozwinąć tego tematu, ale rzeczywiście jest to bardzo ważne.

Bardzo proszę o zabranie głosu, bo pan zgłasza się już od dawna.

Prezes zarządu fundacji Wygrajmy Zdrowie Szymon Chrostowski:

Dziękuję. Szymon Chrostowski, fundacja Wygrajmy Zdrowie.

Od dwudziestu lat, działając w samorządach zajmuję się już onkologią, kardiologią, ale także osteoporozą. Cieszę się z głosu pani przewodniczącej, że jest to na agendzie dyskusji, bo dotyczy to osób starszych, a przede wszystkim kobiet w takich trzech grupach wiekowych. Miałem przyjemność, że w 2015 r. współtworzyłem kartę DiLO – Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego i współtworzyłem pakiet onkologiczny. Dzisiaj patrzę z zadowoleniem, z optymizmem na rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej, bo pracowałem trzy jej tworzeniu od strony organizacji pacjenckich. Cieszę się, że ten program, ten projekt wchodzi. Faktycznie jest tak, że te trzy poziomy, które mają zejść jakby jak najbliżej tego pacjenta, mogą być szansą dla seniorów.

Zgadzam się tu z bardzo dobrym pomysłem pani poseł przewodniczącej, że być może trzeba stworzyć pewien nowy format, jeśli chodzi o opiekę dziecięcą, opiekę dorosłą i bilans seniora. To jest bardzo ciekawy pomysł, bo on mógłby być powielony, sformatowany w nowy sposób przy wykorzystaniu nie tak wielkich nakładów. Pytanie znowu o cezurę czasu, o te świeczki.

Odnosząc się do tego wykluczenia, to faktycznie moja babcia ma 94 lata i korzysta z opieki środowiskowej, bo po prostu ma opiekunkę, która codziennie do niej przychodzi. Nie ma już pani poseł, ale chciałem powiedzieć, że mieszkam na wsi i wiem, że do koła gospodyń wiejskich należą również należą panowie. Tych panów w kołach gospodyń wiejskich jest coraz więcej, a przynajmniej tak jest u nas w Wielkopolsce i na wsi. A propos tego, co pani powiedziała, zdałem sobie sprawę, że koła gospodyń wiejskich są bardzo zorganizowane. Naprawdę, jak jest spotkanie, to jest spotkanie. Pewnie pani się do tego odniesie, bo myślę, że koła gospodyń wiejskich są kanałem komunikacyjnym, który działa podobnie, jak organizacje pozarządowe.

Dlaczego nawiązałem do karty DiLO? Ludzie starsi nie wiedzą, że w ogóle coś takiego istnieje. Myśmy to w 2015 r. nazwali „Zielona Karta”. Ona oczywiście nie była żadną zieloną, ale tak to wymyśliliśmy, żeby to łatwiej identyfikować. Niestety wielu lekarzy rodzinnych nie wystawia tej karty DiLO. Jest to odnośnie do tej naszej dyskusji, bo to się tutaj pojawia. Pani doktor mówiła o tych wskaźnikach zgłaszalności i pewnych zaburzeniach

w kontekście badań przesiewowych. To jest trochę wynik tego, że jest to finansowane, ale się o tym nie wie. Karta DiLO powinna być dostępna na każdym etapie diagnostyki i powinna być na tym najniższym poziomie czujności onkologicznej, jak myśmy to nazwali właśnie na samym początku istnienia tego projektu.

Pani powiedziała o raku jelita grubego. Drugą rzeczą, jak rak pęcherza moczowego, czyli krwimocz. Ja już nie mówię o samobadaniu piersi, bo to jest też pierwsze badanie, które można wykonać. Tak samo jest w przypadku raka jąder u chłopców. Brakuje tej edukacji. Znowu nie chciałbym zrzucić wszystko na pielęgniarki i na POZ. Naprawdę wykrycie nowotworów, które wymieniała dzisiaj pani dyrektor, jest w zasięgu ręki. Ale to musi być zbadane najpierw przez lekarza rodzinnego, a potem specjalistę. Rozumiem, że lekarz POZ ma trochę rozszerzone to spektrum badań, a teraz dochodzi do tego jeszcze program „Moje Zdrowie”. Tylko problemem jest wiedza na temat programów. Ja np. wiedziałem o tym programie 40+, bo powiedziała mi to pani w laboratorium diagnostycznym: a może by pan nie płacił za to badanie, tylko skorzystał z programu 40+? Tu już zapaliło mi się takie światełko, że chociaż gdzieś ktoś mnie o czymś poinformował.

Mam nadzieję, że jak pacjent dostanie się w tę ścieżkę karty DiLO, to będzie łatwiej z diagnostyką. Teraz w nowej odsłonie mamy jeszcze koordynatora leczenia onkologicznego, który będzie tego pacjenta prowadził. Upatruję w tym szansę na diagnostykę raka jelita grubego, raka pęcherza moczowego, raka płuc. Mówiliśmy o przyczynach raka płuc i jest to tytoń, ale rak pęcherza moczowego też jest tytoniozależny.

Często mówi się o kwestiach dziedziczenia i często odpowiadam na to pytanie. Te genetyczne bardziej wykorzystuje się do diagnostyki chorób rzadkich, które wymieniła pani dyrektor. W takich przypadkach będziemy częściej robić te badania częściej, niż w diagnostyce badań z całego panelu. Faktycznie nie jest finansowany panel NGS, który jest najszerszym panelem, bo bada wszystkie genomy. Mamy to, co dostępne to, co mamy, więc oczywiście korzystajmy z tego i róbmy badania, jeśli jesteśmy w grupie ryzyka. Oczywiście w moim przekonaniu znajomość swoich przodków też pomaga w profilaktyce. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Pomalutku będę prosił, abyśmy zmierzali do końca tej naszej dyskusji...

Członek Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Barbara Ruszkowska-Gębka:

Chciałabym spuentować.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Za chwilę poproszę panią o głos. Przy okazji chciałbym poprosić panią dr Konieczną o przesłanie tych materiałów, bo pani to zaproponowała, więc będziemy bardzo wdzięczni, zobowiązani.

Oczywiście na koniec będę chciał, żeby pani dyrektor również podsumowała tę dyskusję w takim stopniu, w jakim uzna to za stosowne.

Zanim jeszcze poproszę panią o zabranie głosu, to chcę zwrócić uwagę, że chyba rzeczywiście jest konieczne, to jakoś zautomatyzowanie, rozpoczynanie tej procedury DiLO. Znam takie przypadki, kiedy pacjenci muszą się o to upominać. Sam kiedyś komuś poradziłem, żeby przypomnieć o tym i poprosił o kartę DiLO. Było to dziwne, bo pacjent leczy się od dłuższego czasu, ma zdiagnozowaną chorobę nowotworową, dostał skierowanie na scyntyografię i dowiedział się, że musi na nią czekać dziesięć miesięcy. Powiedziałem mu, żeby poprosił o kartę DiLO i potem okazało się, że to badanie jest możliwe po trzech tygodniach. Wydaje się, że to jest poważny problem, że to powinno być automatyczne, że pacjent powinien być już w tej procedurze. Cieszę się, że tak ma być, bo zrozumiałem, że to będzie zautomatyzowane. To jest bardzo dobra wiadomość.

Bardzo proszę o tę puentę. Potem oddam głos pani dyrektor.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Barbara Ruszkowska-Gębka:

Tak, chcę spuentować, że rzeczywiście jesteśmy organizacją pozarządową, posiadamy ponad 230 tys. członków. Proszę państwa, jest to duży potencjał, to jest ponad 2 tys. głów...

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Duża organizacja.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Barbara Ruszkowska-Gębka:

Tak, to jest duża organizacja. Seniorów jest coraz więcej. Prognozy są takie, że będzie nas – seniorów niedługo ponad 40 %. Jako organizacja mamy szansę dotrzeć do seniorów, bo w naszym interesie jest ich dobra kondycja. Jesteśmy w stanie pomóc w docieraniu z programami profilaktyki do seniorów w małych miejscowościach, gdzie seniorzy są wykluczeni ze względu na brak komunikacji i brak transportu publicznego. Ale musimy mieć informacje, czy będą jakieś busy dla seniora, kiedy to wszystko będzie i jak to się będzie nazywało. W każdym razie będzie program, będzie możliwość dotarcia, a my służymy pomocą, możemy dalej komunikować się z naszymi kołami i pomóc państwu, również sobie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo. W kilku zdaniach odniosę się jeszcze do tego, co państwo powiedzieliście i wyjaśnię, bo wprowadził mnie pan dzisiaj w zakłopotanie, jeśli chodzi o te dane. To co jest w materiale, to jest aktualne – to są dane z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, dane z GUS. Tutaj rzeczywiście zatrzymałam się, ponieważ miałam inną tabelkę, która wynika z pewnego naszego ministerialnego komunikatora. Tabela kończyła się na roku 2021. Rzeczywiście, jak obserwujemy ten rok 2021, to jest taki delikatny wzrost, jeśli chodzi o tabelkę na stronie czwartej. Obserwujemy teraz delikatną tendencję wzrostową, ale to już nie jest tak duży wzrost, jak był w latach poprzednich. Natomiast mamy dane tylko za koniec 2023 r., więc nie mamy jeszcze danych za rok 2024. Oczywiście odpowiemy na zapytania, jak wygląda sytuacja zapadalności na różnicę.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Powód może być taki, jak pani powiedziała. Mamy wielu gości, więc to może mieć oczywiście znaczący wpływ, bo przecież mówimy o chorobie zakaźnej.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Jeżeli chodzi o pomysły, to bardzo dziękuję, bo wszystkie pomysły mi się bardzo podobały. Szczególnie jeden utkwiał mi w głowie, to znaczy rzeczywiście można promować program „Moje Zdrowie” w aptekach. To jest bardzo dobre miejsce i szczerze mówiąc naprawdę podpowiem, żebyśmy skorzystali w jakiś sposób z tego pomysłu. To jest miejsce, gdzie pacjent udaje się najczęściej. Nieważne, w jakim byłby stanie, bo tam ma zapewnioną opiekę, rozmowę z osobą, która ma zawód zaufania publicznego. To jest bardzo dobry pomysł, za który bardzo za to dziękuję.

Jeśli chodzi o DiLO, to tak, jest pomysł, żeby to zelektronizować. Już trwają prace w tym kierunku, żeby na karcie e-DiLO była ścieżka pacjenta. Będziemy uświadamiać lekarzy, że jeżeli będzie tylko podejrzenie nowotworu, to należy taką kartę wystawić. Założenie jest takie, że chcielibyśmy, żeby pełna diagnostyka pacjenta, na którą zostanie wystawiona karta DiLO, zakończyła się w przeciągu 7 tygodni, natomiast leczenie rozpoczęło się 14 dni od umieszczenia pacjenta na liście osób do leczenia. Takie są założenia, jeśli chodzi o Krajową Sieć Onkologiczną i to by rzeczywiście skróciło ścieżkę takiego pacjenta. Takie są założenia kompleksowej opieki.

Odnosnie pomysłu dotyczącego kół gospodyń wiejskich, to jak najbardziej tak, to też jest bardzo dobry pomysł. Korzystaliśmy z różnych pomysłów, np. lokalni księża są też takim dobrym medium, które przekazuje informacje. Właściwie tak to działa nawet w województwie świętokrzyskim. Tam jest bardzo wysoka zgłaszalność, ponieważ właśnie te mamobusy wyjeżdżają w teren w czasie mszy, w czasie niedzielnej sumy i po prostu w ten sposób informują pacjentki. Namawia do tego sam i pacjentki go słuchają. Są na to różne sposoby. Wszystko to, co dzisiaj usłyszałam, to jest naprawdę bardzo ciekawe. Bardzo serdecznie dziękuję za uwagi.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Ja również bardzo dziękuję za tę ważną dyskusję. Stwierdzam, że podkomisja zapoznała się z informacjami.

Dziękuję państwu, zamykam dzisiejsze posiedzenie. Życzę dobrego dnia, dobrego tygodnia. Dziękuję bardzo.