

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 159)

z dnia 2 września 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 159)

2 września 2026 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Elżbiety Gelert (KO)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

- **informację i analizę ministra zdrowia przyczyn niskiej zgłaszalności do programów przesiewowych onkologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wraz z propozycją działań naprawczych.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Katarzyna Kęcka** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Anna Miszczak** dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Mariusz Bidziński** konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, **Grzegorz Wrona** rzecznik praw lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, **Krzysztof Zdobylak** członek Zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska, **Jarosław Reguła** zastępca kierownika Kliniki Gastroenterologii i **Paweł Koczkodaj** kierownik Pracowni Prewencji Pierwotnej i Polityki Zdrowotnej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Szanowni państwo, witam serdecznie. Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Witam członków Komisji i przede wszystkim zaproszonych gości, którzy zechcieli przyjąć zaproszenie Komisji.

Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Wniosek grupy posłów wpłynął do Komisji w dniu 29 lipca. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji i analizy ministra zdrowia przyczyn niskiej zgłaszalności do programów przesiewowych onkologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wraz z propozycją działań naprawczych.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Proponuję następujący przebieg posiedzenia – wystąpienie przedstawicieli posłów, którzy zgłosili wniosek o zwołanie tego posiedzenia w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu, następnie wypowiedź przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia oraz dyskusję.

Czy jest sprzeciw wobec powyższej propozycji? Sprzeciwu nie słyszę. Wobec niezgłoszenia sprzeciwu stwierdzam przyjęcie sposobu prowadzenia obrad.

Proszę o zabranie głosu przedstawiciela posłów, którzy zgłosili wniosek. Z tego, co wiem, przedstawicielem posłów, którzy zgłosili wniosek, będzie pani poseł Katarzyna Sójka. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Bardzo dziękuję pani przewodnicząca. Bardzo serdecznie dziękuję wszystkim za obecność na dzisiejszym posiedzeniu Komisji. Temat bardzo ważny.

Szanowni państwo, profilaktyka onkologiczna – jak teraz słyszymy – jest priorytetem tego rządu. Pada to z ust wielu ministrów, pojawia się w różnych expose, komunikatach prasowych. Mamy rok profilaktyki, mamy jedną panią wicemarszałek, która bardzo działa w zakresie profilaktyki, więc właśnie dlatego dzisiaj chciałabym zapytać o konkretne rzeczy, czy program profilaktyki raka piersi spełnia swoją rolę w profilaktyce raka piersi.

Rak piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem u kobiet w Polsce – 19 tys. zachorowań rocznie, ponad 6 tys. zgonów. Wczesne wykrycie daje 90% szans przeżycia, późne daje mniej niż 30% szans przeżycia. Natomiast wskaźnik objęcia Polek badaniem mammograficznym wynosi dziś około 34%, przy średniej unijnej 60%, a prognozy rekomendowanym 70%.

Przez 11 miesięcy działania tego programu w ostatnim czasie wskaźnik tak naprawdę się nie zmienił, a nawet spadł o 0,03%, więc problem jest absolutnie systemowy, bo kobieta uprawniona do badania nie dostaje żadnego sygnału z systemu. Technicznie może się zapisać przez aplikację, między innymi, ale najczęściej po prostu nie wie, że ma taką możliwość i że przyszedł ten czas.

W krajach osiągających 70% objęcia badaniem działa to dokładnie odwrotnie, bo to system wychodzi do pacjentki, przypomina jej i zaprasza ją na badanie. Dlatego myślę, że dzisiaj powinniśmy rozważyć odpowiedzi na kilka pytań zawartych przede wszystkim w temacie dzisiejszego posiedzenia Komisji, jak chociażby informacja na temat propozycji naprawczych działań, by programy profilaktyczne przede wszystkim były skuteczne, ale również na takie pytania, jakie mierzalne wskaźniki efektywności przyjęto dla programu profilaktyki raka piersi w obszarze zgłaszalności na mammografię i czy są one regularnie monitorowane i publicznie raportowane.

Powinniśmy też dowiedzieć się, czy ministerstwo dysponuje danymi, które potwierdzałyby, że ten program realnie przełożył się na wzrost liczby kobiet, które trafiają na badania przesiewowe. Kiedy zostanie wdrożony aktywny model imiennego zapraszania kobiet do badań oraz integracja systemów e-rejestracji zapraszających na badanie. Powinniśmy też dzisiaj odpowiedzieć sobie na pytanie, czy i kiedy planowana jest niezależna ewaluacja tego programu pod kątem jego realnego wpływu na zgłaszalność do badań przesiewowych i czy w ramach programu profilaktyki raka piersi planowane jest wprowadzenie obowiązkowego powiadamiania, czyli aktywnego przypomnienia kierowanego do kobiety, że ona kwalifikuje się do badania, powinna się na nie zapisać i ma też taką możliwość skorzystania z tego badania przesiewowego.

Szanowni państwo, profilaktyka jest naprawdę priorytetem. Czas to udowodnić dzisiaj liczbami, nie hasłami, bo same hasła nie są skuteczne, a profilaktyka zwyczajnie musi być skuteczna. Dlatego proponuję, abyśmy w tym momencie wysłuchali przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i wspólnie zastanowili się, gdzie są błędy, jakie są popełniane błędy, dlaczego system naprawczy na tę chwilę nie działa i jakie są propozycje, by to zmienić, by po prostu profilaktyka w Polsce – wszelka profilaktyka, ale dzisiaj mówimy głównie o profilaktyce raka piersi – po prostu była skuteczna. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, panią minister, o zabranie głosu.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Kęcka:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, państwo posłowie...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Troszeczkę ciszej, szanowni koledzy i koleżanki.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Bardzo dziękuję pani poseł za tę uwagę, absolutnie tak. Szanowni państwo, jeśli chodzi o program profilaktyki raka piersi, to wiemy, że jest to program adresowany do kobiet w wieku 45-74 lata. Mówimy tutaj o mammografii. 324 świadczeniodawców realizuje program na etapie podstawowym, w tym w 78 mammobusach. Jest możliwość zapisania się na badanie również przez centralną e-rejestrację. Objęcie populacji programem, według stanu na dzień 31 lipca, wynosi 32,77%.

Jeśli chodzi o program profilaktyki raka szyjki macicy, skierowany jest on do kobiet w wieku 25-64 lata. Realizowany jest w dwóch schematach. W schemacie tradycyjnym – to jest cytologia klasyczna w trzyletnim interwale, do końca lipca 2026 r., i w nowym schemacie HPV HR, w triażu z cytologią płynną, w interwale pięcioletnim, która już od lipca funkcjonuje.

Cytologia klasyczna, szanowni państwo, tak jak mówiłam, jest w programie do końca lipca 2026 i również tutaj istnieje możliwość zapisania się przez centralną e-rejestrację. Objęcie populacji programem, według stanu na 21 lipca, wynosi 15,22%.

Od lipca 2025 r., w ramach nowego schematu jest test molekularny HPV HR z genotypowaniem HPV 16/18, a cytologia płynna jest badaniem uzupełniającym, w przypadku dodatniego wyniku HPV HR. Liczba badań opartych na teście HPV w pierwszym półroczu 2026 r. zbliżona jest do liczby badań w całym 2025 r., co wskazuje na tendencję wzrostową realizacji programu przesiewowego po wprowadzeniu testu HPV. Wskaźnik objęcia programem wzrósł z 12,3 – to jest stan na 1 stycznia – do 15,22% – stan na 1 sierpnia.

W przypadku programu badań przesiewowych raka jelita grubego, który adresowany jest do osób w wieku od 50 do 65 lat lub od 40 do 49 lat, jeśli po najbliższych krewnych pacjenta

rozpoznano nowotwór jelita grubego, badaniem podstawowym w programie oczywiście jest kolonoskopia. Objęcie populacji programem, według stanu na 1 sierpnia 2026, wynosi prawie 17%.

Szanowni państwo, chciałabym też zwrócić uwagę na to, że od momentu uruchomienia systemu, to jest od 1 stycznia 2026 r., za pośrednictwem IKP lub aplikacji mojeIKP do programów zgłosiło się na mammografię ponad 34 tys. pacjentek, a na test HPV HR prawie 69 tys. pacjentek. Chciałabym też zwrócić uwagę na to, że od 20 sierpnia wysyłane są do kobiet sms-y zapraszające na mammografię i na test HPV HR.

Jeśli chodzi o możliwe przyczyny niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne, to może ona wynikać z następujących czynników: niewystarczające poczucie odpowiedzialności za zdrowie swoje i osób najbliższych; brak świadomości i zainteresowania tematem zdrowia oraz podejmowanie inicjatyw profilaktycznych ze strony osób, które nie odczuwają żadnych niepokojących objawów; ograniczona świadomość społeczeństwa na temat znaczenia badań profilaktycznych i korzyści wynikających z ich regularnego wykonywania, ale też obawa przed wynikiem badania i lęk przed wykryciem choroby; obawa przed bólem, dyskomfortem lub procedurą badania – to głównie dotyczy mammografii lub kolonoskopii u mężczyzn; trudności organizacyjne; brak czasu; problemy z dojazdem; godziny pracy i niewystarczająca wiedza w zakresie zasad kwalifikacji do poszczególnych programów.

Jeśli chodzi o rozwiązania służące poprawie dostępności do programów profilaktycznych, to po pierwsze, brak skierowania do programów profilaktycznych. Osoby spełniające kryteria mogą samodzielnie zgłaszać się na badanie, co upraszcza dostęp do profilaktyki.

Po drugie, mammbusy. Mobilne pracownie umożliwiają wykonanie mammografii w mniej-szych miejscowościach na terenach wiejskich, ograniczając bariery związane z dojazdem.

Dalej. Zaangażowanie POZ-u w profilaktykę. Tutaj mamy oczywiście program „Moje Zdrowie” zachęcający do badań już osoby młode.

Kolejna rzecz to centralna e-rejestracja. To, o czym mówiłam wcześniej, że dzięki centralnej e-rejestracji proces zapisywania się na badania jest zdecydowanie prostszy.

Następna rzecz to działania edukacyjne i promocyjne. Prowadzone są kampanie informacyjne, m.in. „Planuję Długie Życie”, obejmujące media, internet, wydarzenia zdrowotne, webinary, materiały edukacyjne, które zwiększają świadomość znaczenia profilaktyki.

Rozwój IKP i aplikacji mojeIKP. Narzędzia te służą do bezpośredniej komunikacji z pacjentami, w tym wysyłania przypomnień i informacji o możliwości wykonania badań profilaktycznych.

Chciałabym też zauważyć, że w tej chwili, jeśli chodzi o aplikację mojeIKP, mamy 5,5 mln użytkowników, którzy regularnie dostają na swoje konta w tej aplikacji informacje o badaniach profilaktycznych i o wystawionych skierowaniach. Oczywiście Narodowy Portal Onkologiczny zapewnia dostęp do rzetelnych informacji o profilaktyce, leczeniu nowotworów oraz poruszaniu się w systemie ochrony zdrowia. Wspomniany już wcześniej program „Moje zdrowie – bilans osoby dorosłej” kierowany jest – tak jak powiedziałam – do zdecydowanie szerszej populacji, dlatego że „Profilaktyka 40+” jakby była wężiej adresowana – w tej chwili mogą korzystać z tego wszyscy dorośli Polacy i faktycznie widzimy bardzo dużo osób dwudziestokilkuletnich zgłaszających się do programu „Moje Zdrowie”.

Jeśli chodzi o dalsze plany rozwoju działań służących poprawie zgłaszalności na badania przesiewowe, to: rozwój e-rejestracji w celu ułatwienia zapisów i skróceniu czasu oczekiwania na świadczenia profilaktyczne; intensyfikacja działań edukacyjnych skierowanych do grup docelowych oraz grup o najniższych wskaźnikach uczestnictwa; zwiększenie wykorzystania nowoczesnych kanałów komunikacji, w tym narzędzi cyfrowych i mediów społecznościowych. Dzisiaj została zainicjowana taka akcja w resorcie zdrowia „Wrzesień miesiącem profilaktyki”, gdzie współpracujemy już z co najmniej pięcioma resortami. Akcje profilaktyczne obejmą ponad 15 wydarzeń w samym wrześniu. Przygotowanie nowoczesnych, wyróżniających się kampanii społecznych w formule 360, promujących profilaktykę zdrowotną, opartych na rzetelnych danych dotyczących grup docelowych. Rozwój działań lokalnych realizowanych właśnie przy współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami leczniczymi.

Chciałam jeszcze przypomnieć na koniec – to jest kolejna rzecz – że do końca września zostanie ogłoszony konkurs dla NGO-sów w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. Wybrane podmioty w ramach tego konkursu będą odpowiadały za podniesienie zgłaszalności do programów profilaktycznych w ramach NSO. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, otwieram dyskusję. Państwo posłowie, bardzo proszę. Bardzo proszę, pani poseł Stachowicz.

Poseł Katarzyna Stachowicz (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, wszyscy chyba o tym wiemy i nikogo nie trzeba przekonywać, że o profilaktyce trzeba mówić tak naprawdę od przedszkola i tutaj bardzo ważna jest edukacja. Dlatego cieszymy się bardzo, pani poseł, że edukacja zdrowotna weszła obowiązkowo do szkół, bo troska o zdrowie i o dobre samopoczucie nie powinna zaczynać się dopiero w gabinecie lekarskim, tylko o tej profilaktyce powinno się uczyć właśnie w szkołach, w przedszkolach, bo musimy wypracować pewne nawyki.

Dzięki inicjatywie pani marszałek Wielichowskiej mamy rok profilaktyki i zachęcam wszystkich posłów wszystkich ugrupowań do tego, żeby wzięli udział we wszystkich akcjach, bo to nie są tylko hasła, które są organizowane przez panią marszałek Wielichowską. Uczestniczymy w nich bardzo, bardzo aktywnie z wieloma specjalistami, lekarzami. Tych akcji naprawdę jest dużo.

Teraz chciałabym troszkę powiedzieć o kwestii profilaktyki i o tym, że rzeczywiście mamy dużo tych programów, między innymi mammografię, o której wspominała pani minister. Mam więc pytanie, ile mamy w tej chwili wolnych miejsc na mammografię, jeżeli chodzi o nasz kraj, bo jest tak, szanowni państwo – a wiem to też z własnego doświadczenia, bo jestem kobietą, która przeszła raka piersi – że brak zgłaszalności na mammografię między innymi wynika z tego, że po prostu kobiety się boją. Nie chcą wykonywać tych badań. Bardzo często, gdy je pytam, dlaczego nie robiły tego badania, mówią, że po prostu nie mają czasu, albo ich to nie dotyczy, albo po prostu czują się zdrowe.

W kwestii związanej z HPV, to dzięki działaniom rządu, wtedy jeszcze pani minister Leszczyńska, mamy wprowadzone szczepienia przeciwko HPV. Jest to naprawdę bardzo, bardzo ważne, bo to jest szczepionka, szanowni państwo, na raka. Dzięki tej szczepionce... Przeciwno rakowi, oczywiście. Tak, panie pośle, przeciwko rakowi. Mamy małą zgłaszalność, ale widzimy też tendencję wzrostową, że coraz więcej osób decyduje się zaszczepić dzieci, i to dziewczynki i chłopcy, bo wiemy o tym dobrze, że ta szczepionka jest dla chłopców i dla dziewczynek.

Chciałabym też zauważyć pani minister, że rzeczywiście pojawia się coraz więcej informacji w mediach. Mamy bardzo dużo reklam w radiu, w telewizji, dotyczących profilaktyki. To jest bardzo ważne, bo wiele osób musi czerpać informacje, czy edukować się, jeżeli słyszą o takiej możliwości robienia badań profilaktycznych.

Jeszcze jedna kwestia, którą chciałabym podnieść, to badanie profilaktyczne, które wejdzie od 1 października. To jest przełom. To jest niskodawkowa tomografia płuc. Jesteśmy jednym z niewielu z krajów w Unii Europejskiej, gdzie to badanie będzie. To jest bardzo ważne badanie przesiewowe dla Polaków, bo wiemy o tym, że rak płuca jest jednym z najczęściej występującym nowotworów u mężczyzn, ale u kobiet także. Wiemy, bo mamy przeprowadzone badania – chyba na 50 tysiącach, jeżeli się nie mylę, te badania zostały przeprowadzone – że u prawie 20% społeczeństwa po 50 r.ż. wykryto raka płuca.

Mamy jeszcze jeden program, bardzo ważny, też przesiewowy, raka jelita grubego po 50 r.ż., bez skierowania. Można zrobić to też ze znieczuleniem. Jednak kolonoskopia to jest badanie wstydlive, więc im więcej osób będzie mówić o profilaktyce, tym będzie lepiej.

Ja dziękuję pani minister za te wszystkie programy, bo one są bardzo ważne. Zachęcam też do tego, żebyśmy wspólnie, pani poseł, mogli promować profilaktykę, bo ona naprawdę... Zresztą pani jest lekarzem i pani doskonale o tym wie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Katarzyna Sójka.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Oczywiście, że wszyscy razem powinniśmy promować i zachęcać pacjentki. Ja to robię w swoim gabinecie i poza nim. Ja myślę, że same programy profilaktyczne tu w Sejmie, dla posłów i posłanek, no niespecjalnie przekładają się bezpośrednio na zdrowie wszystkich Polaków. Są takie proponowane i możemy czasem z różnych programów tutaj, na terenie Sejmu, skorzystać, ale to bezpośrednio nie przekłada się na zdrowie i na dostępność dla wszystkich pozostałych Polaków, a przede wszystkim na zgłaszalność. To jest druga rzecz.

Trzecia rzecz, bardzo istotna, pani poseł. Pani poseł mnie nie słucha. Pani minister Leszczyna, no może jakieś swoje pojedyncze zasługi ma, ale program powszechny dostęp do bezpłatnych szczepień HPV wszedł w życie 1 czerwca 2023 r., a wtedy ministrem był pan Niedzielski. Jeśli więc mówić, że to jest zasługa ministra, to raczej ministra Niedzielskiego, a nie minister Leszczyny. Pani minister Leszczyna ma różne inne zasługi, ale niekoniecznie one są super dobre dla pacjentów.

Tak więc, zachęcać do programów profilaktycznych, tak, ale przede wszystkim nie uczestnicząc na terenie Sejmu w nich samemu tylko raczej powodować dostępność ogólnopolską i zachęcać, by jak najwięcej Polaków z tych programów korzystało, a przede wszystkim miało świadomość, bo szczepienia HPV to jest bardzo duży problem. Nadal uważam, że w szkołach jest bardzo niska zgłaszalność. Zresztą nie wiem, czy do końca usłyszeliśmy, jaka jest zgłaszalność w szkołach do programu HPV. Chyba nie było takiej odpowiedzi. To w zasadzie pytanie, pani minister, czy ministerstwo ma wiedzę na temat wyszczepialności dzieci w szkołach, uczestnictwa dzieci w szkołach w tych szczepieniach, bo to dosyć istotne.

Z mojej oceny i rozmowy z różnymi rodzicami – moje dzieci chodzą do szkoły – wynika, że świadomość pozytywnego efektu tych szczepień i ich skutków jest niezwykle niska. Rodzice po prostu nie zdają sobie sprawy z tego, jakie dobre skutki może przynieść szczepienie w szkole dziewczynek i chłopców na HPV. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (KO):

Pani minister, Wysoka Komisjo, chciałbym zwrócić się do pani poseł Sójki. Rzeczywiście szczepienia przeciwko HPV, o których mówiliśmy od wielu, wielu lat i prosiliśmy o wprowadzenie ich jako szczepienia dla dziewcząt i chłopców, pan minister Niedzielski jako pierwszy z ministrów wprowadził, ale to były tylko szczepienia zalecane, a nie szczepienia, które dzisiaj się odbywają. 1 czerwca 2024 r. rozpoczęły się szczepienia w szkołach.

Druga kwestia. Jak państwo pewnie pamiętają, a może nie, do roku 2015 były indywidualne, czynne zaproszenia wysyłane do wszystkich pacjentek przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W roku 2015 przyszedł rząd PiS i pan minister Radziwiłł i w roku 2016 zlikwidowano ten model skierowania zaproszenia do pacjentek, kierując się dużymi kosztami i małą efektywnością tego postępowania. Tak więc zgłaszalność była i jest w dalszym ciągu niezadowolająca. Jest ona w tej chwili na poziomie około 40%, jeżeli chodzi o mammografię i około 20% jeżeli chodzi o cytologię. Proszę się uderzyć w piersi, że model, który funkcjonował do roku 2015, choć może też nie był wielkim sukcesem, ale powodował, że te pacjentki się zgłaszały. Dzisiaj jest zupełnie inna sytuacja. Dzisiejsze zaproszenia mogą być wysyłane przez Indywidualne Konto Pacjent, przez sms-y, przez maile i tak powoli się dzieje. Był okres, kiedy można było to kontynuować, ale on się skończył w nowym roku 2016. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Krystyna Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Dzisiaj w trybie specjalnego artykułu pani poseł Katarzyna Sójka reprezentowała wnioskodawców, żeby rozmawiać o ważnym problemie. Chciałabym, żebyśmy ten ważny problem potraktowali w sposób statystyczny, o czym mówił mój przedmówca. Otrzymaliśmy informację z ministerstwa, ale nie do końca nas to zadowala, pomimo wszystkich zabiegów. To bym chciała powiedzieć.

Robiliśmy wcześniej również takie programy – pamiętam. Te uwagi, o których mówił kolega przewodniczący, że jest niska zgłaszalność i że ta formuła zapraszania na badania niestety nie była sukcesem, każdorazowo przy programach, które miało Ministerstwo Zdrowia – i takie sprawozdania były – to było jednym z największych problemów. Nie ma tutaj sporu.

Ja bym chciała, żeby dzisiejszy wniosek o zwołanie tego posiedzenia Komisji był elementem dyskusji jak to poprawić. Pani minister wskazała model i informacje, jak to wygląda dzisiaj. Po naszej stronie jest duża chęć, aby wszyscy wspólnie o tym mówili i abyśmy przełamali tę graniczną liczbę zgłaszających się na badania profilaktyczne, zarówno te dotyczące raka szyjki macicy, jak i na mammografię i na wszystkie inne.

Tak jak pani poseł Katarzyna Stachowicz powiedziała, że miała swoje prywatne doświadczenie, tak ja mogę powiedzieć również. Tak, badanie mammograficzne wykazało guzy i była intra dwukrotnie. A zatem każdy ma jakieś doświadczenie. Jednak nie nasze doświadczenie osobiste powinno mówić o trosce.

Ja mam takie pytanie, bo formuła zapraszania na badania, która jest przyjęta dzisiaj, nie do końca przekłada się na liczbę przeprowadzonych badań. W przeszłości Narodowy Fundusz Zdrowia poświęcał część składki kapitacyjnej, tej kwoty, która była przeznaczana dla lekarzy POZ-u, na badania. Była to kwota 15% stawki kapitacyjnej. Dzisiaj takiej formuły nie ma. Ja bym chciała, żeby się zastanowić nad modelami powiadamiania. Może taka formuła, że lekarz POZ odpowiada w jakiś sposób za zdrowie swoich pacjentów nie tylko wtedy, kiedy przychodzą na wizytę, ale również włącza się w tę profilaktykę.

Chciałabym, żebyśmy mieli wspólny model i przynajmniej zaapelowali do pani minister, czy nie zastanowić się, w jaki sposób włączyć to jako obowiązek, a nie, że zapisujemy się. Fundusz płaci stawkę kapitacyjną na pacjenta, a lekarz POZ-u ogranicza się tylko do tego, gdy przyjdzie wizyta i wypisane są recepty. Chodzi o to, żeby wypracować i uzgodnić jakąś dodatkową formę współpracy i te wszystkie świetne badania z ogromną troską dojścia do tych 70%, jakie ma Unia Europejska. We wszystkich informacjach państwo pokazują, że to pacjent/pacjentka odpowiada za swoje zdrowie, są określone badania. Jeśli przyjdzie na takie badanie, a wyniki wskazują na potrzebę dalszego leczenia, to będzie się leczył i ta umieralność będzie mniejsza. Nam wszystkim na tym zależy.

Ja bym poprosiła, żeby dzisiejsza dyskusja nie była sporem, bo dane statystyczne pokazują, że poziom jest podobny, lekko wyższy, a w niektórych regionach, na przykład na mammografię, mniej osób chodzi. Byłam w kontakcie, byłam na kilku konferencjach związanych między innymi z mammografią. Mammobusy też są dobre. Robiłam zdjęcia pod mammobusem, żeby było takie przekonanie, że trzeba to zrobić.

Mój wniosek – kończę – jak włączyć lekarzy POZ w informowanie, nie tylko poprzez Indywidualne Konto Pacjenta, ale również w tej formule, żeby te badania, które są w dyspozycji, zdecydowanie lepiej były zagospodarowane, bo szkoda nam pieniędzy i szkoda dyskusji. Efekt powinniśmy osiągnąć jak najlepszy przy dobrych rozwiązaniach, które zaproponuje ministerstwo. Dziękuję bardzo i dziękuję za zwrócenie uwagi, że za długo mówię.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Chodzi o to, proszę państwa, żeby nie powielać ciągle tego samego. Nie, ja nie mówię akurat do pani poseł, tylko ogólnie do nas wszystkich. Bardzo proszę, pan poseł Włodzisław Giziński.

Poseł Włodzisław Giziński (KO):

W nawiązaniu do wypowiedzi pana posła. Chciałbym jednak zacząć od podziękowań dla koleżanek i kolegów z klubu PiS za inicjatywę zwołania dzisiejszego posiedzenia Komisji, bo daje to możliwość zwrócenia uwagi przynajmniej na kilka przyczyn trudności większych niż w rozwiniętych krajach europejskich we wdrażaniu programów profilaktycznych. O czym myślę? Na przykład o braku skuteczności w działaniach likwidujących negatywne skutki rosnących grup antyszczepionkowych, pseudomedycznych. Brak powszechnej krytyki działań zdrowotnych administracji Donalda Trumpa – przykład pana ministra Kennedy'ego – a dla wielu Polaków to, co w Ameryce, to co u Trumpa, to najlepsze.

Niestety, muszę też powiedzieć o długim oczekiwaniu na „lex szarlatan”. Wydawało się nam, że jesteśmy skuteczni, że w końcu wprowadzamy barierę dla pseudonauki, pseudomedycyny. Miesiąc urlopu, dziękuję uprzejmie, pan prezydent Nawrocki zawetował. Zawetował również możliwość skutecznego przeciwdziałania tym niezwykle złym, szkodliwym rosnącym trendom. Nie wspominam już o posłach obecnego parlamentu, którzy przyprawiali na nasze tu dyskusje tzw. ekspertów. Oni mają swoich zwolenników.

Krytykując zbyt małą skuteczność działań profilaktycznych myślę, że wszyscy musimy uderzyć się w piersi, bo wszyscy pozwalamy na ryzyko zwycięstw pseudomedycyny. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Wioleta Tomczak.

Posel Wioleta Tomczak (Polska2050):

Dziękuję serdecznie pani przewodnicząca. Dziękuję szanownej Komisji, że zebraliśmy się, żeby omawiać tak ważny temat, bo profilaktyka nowotworów jest niezwykle istotna z punktu widzenia chorób cywilizacyjnych, które właśnie w XXI w. dotyczą nasze społeczeństwo.

Moje pytanie do pani minister i ministerstwa. Czy planowane jest – a tak rekomenduję i mam taką nadzieję – że różnego rodzaju programy profilaktyczne będą jeszcze lepiej skoordynowane? To znaczy, w tym momencie widzimy, że jest na przykład program „Moje Zdrowie”, ale w programie „Moje Zdrowie” nie ma rekomendacji do tego, żeby kobieta w odpowiedniej perspektywie czasowej i w odpowiednim wieku była skierowana automatycznie na mammografię czy też na cytologię, na inne badania. Chodzi mi o to, że mamy po prostu badania czy programy profilaktyczne, które idą ze sobą równolegle, ale nie są ze sobą skoordynowane, nie wskazują na to, że mamy jeden istotny pakiet. Jeżeli nie dotrzemy do dobrego koordynatora, dobrego lekarza czy też innej osoby z zawodu medycznego, która nam podpowie, co jeszcze możemy dla własnego zdrowia zrobić, to być może uznamy, że zrobiliśmy jeden tzw. przegląd naszego zdrowia i to jest już dla nas wszystko, a ministerstwo oferuje, że jeszcze można by było w tym wieku zrobić kolonoskopię, gastroskopię, właśnie mammografię czy też cytologię. Jest więc kwestia skoordynowania tych programów.

Po drugie, czy ministerstwo rozmawia, a jeżeli tak, to z kim. Bardzo się cieszę, że jest strona społeczna. Tutaj na sali są wybitni przedstawiciele, którzy obserwują, jak ta profilaktyka może i powinna być prowadzona. Czy ministerstwo czerpie z tej wiedzy i z tych badań naukowych? Mam nadzieję, że pan profesor Koczkodaj coś nam tutaj podpowie co innego i co jeszcze lepiej możemy zrobić, żeby społeczeństwo chciało się badać.

Na jednej z konferencji usłyszałam – nie wiem, czy to jest jeszcze aktualne – że po prostu społeczeństwo nie bada się z tego względu, że uważa, że go te choroby w tym momencie nie dotyczą. Tak więc, owszem, to co tutaj pani minister przedstawiła – kwestia trudności organizacyjnych, niewystarczającej wiedzy, obawy przed bólem, wynikiem badania itp. – to są pewne zmienne kształtujące to czy chodzimy, czy też nie chodzimy się badać, ale być może główna przyczyna tkwi w zupełnie innym problemie czy też zgłaszaniu przez nasze społeczeństwo. Czy jest więc pomysł na to, żeby te badania były jeszcze lepiej skoordynowane, a po drugie, czy jest wola do tego, żeby rozmawiać z osobami, które badają postawy naszego społeczeństwa, żeby te propozycje, które są przez rząd Polkom i Polakom oferowane, jak najlepiej odzwierciedlały to właśnie, dlaczego nasze społeczeństwo nie chce się badać? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Joanna Mucha.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Świetnie się składa, bo ja chciałabym kontynuować to, o czym przed chwilą pani przewodnicząca Tomczak mówiła, ponieważ wydaje mi się, że w tej rozmowie o profilaktyce, o programach przesiewowych brakuje nam cały czas socjologii medycyny. Czyli brakuje nam tego, żebyśmy porządnie pochyłili się nad badaniami socjologicznymi dotyczącymi tego, dlaczego konkretne osoby, czy konkretne grupy osób się nie badają i w jaki sposób dotrzeć z komunikatem, dotrzeć z tą potrzebą badania do osób, które określone lęki czy określone argumenty przedstawiają.

Zgłaszalność, którą mamy od zawsze, od lat jest absolutnie niewystarczająca. Wszyscy to wiemy. Mam wrażenie, że nic z tym nie robimy od lat.

Kiedy pierwszy raz weszłam do Sejmu w 2007 r., zorganizowałam konkurs dla dzieci, które rysowały laurkę dla swojej mamy na Dzień Mamy. Jedynym wymogiem formalnym w tym konkursie było to, że na tej laurce musiało znaleźć się zdanie „Bądź zdrowa Mamo, zbadaj się”. Okazało się, że naprawdę ogromna liczba kobiet, po tym prostym konkursie – bo on miał naprawdę duży zasięg – zgłosiła się na badania. Tak prosta rzecz, nie zrobiona poprzez żadne badania socjologiczne, po prostu dotarcie do kobiet przez dzieci. Może naprawdę trzeba zacząć patrzeć na ten temat naukową metodą, czyli wykonać te badania dotyczące naszego społeczeństwa, powodów i odpowiedzieć w sposób również naukowy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Józefa Szczurek-Żelazko.

Posel Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, myślę, że ważne jest, żeby na ten temat rozmawiać i dyskutować. Nie ma co mieć pretensji o zwołanie tego posiedzenia Komisji w takim trybie, skoro widzimy – jak państwo z Ministerstwa Zdrowia przedstawili w załączonym materiale – że wykonanie tych programów profilaktycznych jest na niezadowalającym poziomie. Dlatego należy robić wszystko, żeby Polacy mogli skorzystać z możliwości wykonania tego badania profilaktycznego finansowanego ze środków publicznych.

Oczywiście każdy pomysł jest istotny i ważny. Myślę, że należy go tutaj popierać. Natomiast ja chciałabym wrócić do tej sprawy, o której mówił pan poseł Hok, że w 2016 r. została zlikwidowana możliwość wysyłania pocztą zaproszeń na badanie do konkretnych osób. To ja chcę panu przypomnieć, państwu też – dla uczciwości ta informacja się należy – że powstał wtedy problem wywołany przez ówczesnego inspektora ochrony danych osobowych, który stwierdził, że nie ma podstaw prawnych do przekazywania danych osobowych z programu monitorowania profilaktyki do NFZ-u. Czyli nie ma podstawy prawnej do przekazania. Wiemy, czym to mogło grozić.

Przypomnę tylko dla zasady, dla uczciwości, że prezesem GODO była wtedy pani powołana przez rząd Donalda Tuska. Później zostało to zmienione. Jeżeli państwo widzą, że w tej chwili jest taka podstawa, to mogą państwo do tego w każdym momencie wrócić. Jednak system informatyczny, który został stworzony w dużej mierze przez Prawo i Sprawiedliwość, w tej chwili pozwala na inne formy zapraszania obywateli na te badania.

Jeszcze mam jedno pytanie. Kwestia tego HPV. Oczywiście było to wprowadzone za rządów Prawa i Sprawiedliwości, natomiast wybrzmiało tutaj z wypowiedzi pana posła, że w tej chwili w szkołach jest to szczepienie obowiązkowe. Tak to zrozumiałam. Tak więc pytanie do pani minister, czy rzeczywiście jest ono obowiązkowe, bo ja sobie nie przypominam, żeby była jakaś zmiana. Od 1 stycznia? Aha. To proszę o informację.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dobrze. Na pewno pani minister udzieli informacji. Dziękuję pani poseł. Bardzo proszę, pan poseł Krzysztof Bojarski.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja oczywiście się zgadzam z wieloma wypowiedziami przedmówców mówiących o edukacji, o koordynacji. Zgadzam się z tym, o czym mówiła Joanna Mucha, że brakuje socjologii, ale moim zdaniem najbardziej w tym całym systemie brakuje tak naprawdę ekonomii. Ekonomii, która spowodowałaby, że pacjent również ze względów finansowych będzie zachęcony, aby korzystać z programów profilaktycznych.

Ja rozumiem to w ten sposób, że poprzez wyznaczenie określonych ścieżek profilaktycznych – różnych dla kobiet, różnych dla mężczyzn, bo to wynika również z epidemiologii – pacjent, który korzysta z profilaktyki, powinien płacić mniejszą składkę zdrowotną albo mieć zwrot tej składki zdrowotnej. Wtedy byłoby to i uczciwe i sprawiedliwe, i przede wszystkim niewątpliwie było w porządku w stosunku do tych pacjentów, którzy z tej profilaktyki korzystają, bo potencjalnie są to pacjenci, którzy w przyszłości będą zdrowsi i nie będą obciążali systemu ochrony zdrowia.

Oczywiście, przy zgodzie odnośnie do ważnych rzeczy, takich jak edukacja zdrowotna, jak jakiś sposób zachęcania, taki czy inny, listy czy maile czy SMS-y – to wszystko jest ważne – wydaje mi się, że ważny jest też ten element ekonomiczny, który by mówił – badasz się, poddajesz się programom profilaktycznym, potencjalnie będziesz mniej korzystać z ochrony zdrowia w przyszłości, a jeżeli tego nie robisz twoje obciążenia systemu ochrony zdrowia będą większe i w związku z tym musisz płacić większą składkę, a jeżeli to robisz, to wtedy ta składka jest mniejsza. Jest to swego rodzaju nagroda.

Oczywiście część osób śmieje się z tego, ale proszę popatrzeć, jak system kaucyjny zmobilizował ludzi za 50 groszy od butelki, proszę państwa. Ja, w przeciwieństwie do wielu osób, które krzyczą, że zrobiliśmy z Polaków śmieciarzy, jestem dumny z tego, że segregujemy śmieci. Jestem bardzo z tego zadowolony i sam to robię. Tak więc uważam, że dokładnie w ten sam sposób powinniśmy podejść do rozwiązania tego problemu, bo my tej bariery tymi działaniami, które robimy od lat, które analizujemy, staramy się coś poprawić, nie pokonamy. Tak naprawdę istotny skok, który mógłby nastąpić w tym aspekcie profilaktyki zdrowotnej, a w konsekwencji zdrowia publicznego Polaków i mniejszych wydatków w systemie ochrony zdrowia, mógłby być osiągnięty właśnie poprzez taki element ekonomii. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan poseł Bolesław Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Przysłuchuję się tej dyskusji. Przynajmniej kilka razy w ciągu każdej kadencji ten temat wraca. Wszyscy zaklinają rzeczywistość i tak jak było mniej więcej 20 lat temu, tak jest teraz.

Oczywiście pojawiają się różne programy profilaktyczne i zawsze, jeżeli chodzi o mammografię, opieramy się na 30-33%, 35% w porywach. Zgłaszalność, jeżeli chodzi o raka jelita grubego, mamy na poziomie około 20%. To samo jeżeli chodzi o szyjkę macicy. O raku płuca jeszcze niewiele wiemy, bo to są nowe programy. Czyli, mimo iż gadamy, nawołujemy, formułujemy programy, coś jest nie tak. Nie mamy żadnego narzędzia, żeby albo zmusić, albo skłonić, albo skutecznie zaprosić przeciętnego Polaka/Polkę do wykonania takiego badania.

Ja rozumiem, że dzisiaj najdłuższa profilaktyka to jest profilaktyka raka piersi. To jest mammografia. Z całym szacunkiem, mimo tej zgłaszalności, która jest taka niska, chylę czoło przed kobietami, bo zabieg nie jest przyjemny i komfortowy dla kobiet, ale jednak go wykonują. Czyli tam skuteczność prób była chyba największa, mimo iż wyjątkowo niewystarczająca, bo były zaproszenia. Sam byłem autorem takiego zaproszenia w ministerstwie. Ledwo uniknęliśmy prokuratora za te zaproszenia, bo były podejrzenia, że ktoś jest wydrukował niezgodnie z przeznaczeniem i naruszył dane osobowe pacjentek.

Były różnego rodzaju przedsięwzięcia. Nie wiem, jaki jest sposób. Albo jest to sposób taki, że trzeba to zrobić systemowo i wtedy po prostu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, przy jakości prowadzenia pacjentów, trzeba wykonać to badanie dając skierowanie, zachęcając, a jeżeli nie, to powinny być jakieś konsekwencje. Albo druga sprawa – to już jest bardzo karkołomne zajęcie – kwestia różnicowania składki zdrowotnej. To jest karkołomne zajęcie, nie proste.

Ja pamiętam, że takie przykłady były. Państwo pamiętają pana posła, pana prezesa Sośnierza. On wprowadził coś takiego w Śląskiej Kasie Chorych, że płacił premię 200 zł dla tych co nie palą. Został posądzony o różnego rodzaju łamanie prawa itd.

Proszę więc rządzących, żeby spróbowali z tym się zmierzyć. Macie dzisiaj wszystkie narzędzia po to, żeby takie próby podjąć. Kto powiedział, że składka zdrowotna zróżnicowana nie przejdzie przez Sejm? No przejdzie. Ja o tym wiem, że przejdzie przez ten Sejm. Macie przecież bezwzględną większość. Kto powiedział, że to nie przejdzie, jeżeli będziemy płacić za świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej od jakości, różnicując oczywiście składkę kapitacyjną za skuteczne przeprowadzenie badań profilaktycznych? Przejdzie w tym Sejmie. Odwagi! Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję panie pośle. Bardzo proszę, pan poseł Czesław Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Oczywiście już trudno cokolwiek więcej powiedzieć, bo dużo było powiedziane. Zresztą rozmawiamy w tonie koncyliacyjnym, w tonie wspólnej sprawy, bo rzeczywiście profilaktyka to nasza wspólna sprawa. Zawsze było powszechnie wiadomo, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

Jest wiele przyczyn – jest strach, lęk, wypieranie problemu, poczucie, że jesteśmy zdrowi i zawsze będziemy zdrowi. Jest też kwestia pewnych niedoskonałości w dostępie itd. jednak to nie tłumaczy, że tak mało nas zgłasza się do tych badań profilaktycznych.

Ja mam tylko jedno pytanie, które będzie na pograniczu profilaktyki, niemniej jednak bardzo istotne. Zawsze mówimy bardzo piękne hasła – „Rak to nie wyrok”, „nie bądź sam z nowotworem, z rakiem”, psychoonkologia kliniczna, która teraz się rozwija. Jest więc jeszcze wiele do zrobienia w różnych aspektach. Natomiast chciałbym zapytać – już o to pytałam – o testy wielogenowe w raku piersi HER+ i HER2+. Wiadoma, że u około 44% pacjentek z rakiem piersi moglibyśmy niestosować chemioterapii, która jest bardzo uciążliwa nie tylko pod względem klinicznym czy ekonomicznym, ale przede wszystkim cierpienia. Moglibyśmy odstąpić od chemioterapii, gdybyśmy mieli wykonany test wielogenowy. Tu zwracam się do pani minister, czy zastanawiacie się nad tym, żeby zrefundować testy wielogenowe u pacjentek z rakiem piersi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo panie pośle. Bardzo proszę, pani poseł Elżbieta Polak.

Posel Elżbieta Polak (KO):

W związku z inauguracją kampanii „Profilaktyka – podaj dalej” minister zdrowia, pani Jolanta Sobolewska-Grenda, przedstawiła informację w mediach. Mogliśmy przeczytać, że mamy 400 tys. wolnych terminów na najbliższe 90 dni na mammografię i ponad 300 tys. wolnych terminów na testy HPV. Warto o tym mówić, ponieważ wciąż słyszymy o kolejkach, o utrudnionym dostępie do leczenia, a tu setki tysięcy wolnych terminów.

Dziękuję za tę dyskusję i również informację, która pokazuje wnioski i konkretne rozwiązania. Ja też na ten temat w regionie rozmawiałam, organizując wiele działań, pikników zdrowia, gdzie widzę, że kobiety zapisują się na mammografię. Zapytałam więc, dlaczego nie badają się w normalnym systemie, tylko okazjonalnie. Powiedziały mi, że nie dostają zaproszeń. Chciałabym zapytać, czy to prawda, bo ja dostaję zaproszenia. Zapytałam mojego lekarza i on powiedział – pani dostaje zaproszenia, bo pani się bada i my mamy panią w systemie, a jeżeli ktoś się nie bada, to nie dostaje zaproszeń. Wydaje mi się, że to właśnie w tym tkwi problem. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, teraz strona społeczna. Bardzo proszę, po kolei. Proszę się przedstawić i zapraszam po kolei.

Członek Zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Stowarzyszenia IFIC Polska. Ja chciałbym zadać trzy pytania.

Pierwsze, odnośnie do danych, które tutaj widzimy. Myślę, że się zgadzamy, że te wskaźniki udziału w programach są bardzo niskie. Obawiam się, w szczególności jeśli chodzi o program profilaktyki raka jelita grubego, że musimy spojrzeć jeszcze bardziej realistycznie. Zrealizowano 300 tys. badań przez 3,5 roku gdy ten program funkcjonuje, a uprawnionych jest 7,5 mln osób. To jest mniej niż 4%. Ja rozumiem, że tutaj to annualizujemy, ale rzeczywistość jest dużo gorsza niż może wynikać z tych statystyk. Myślę więc, że to jest nasz punkt startowy, który musimy realistycznie przyjąć.

Druga rzecz. Mój opór i wątpliwości budzi wskazanie jako pierwszej przyczyny niskiej zgłaszalności do programów badań przesiewowych niewystarczającego poczucia odpowiedzialności za zdrowie swoje i osób najbliższych. Chciałbym spytać, czy były realizowane jakieś badania, które wskazują, że to jest najważniejsza przyczyna, bo śmiem jednak twierdzić, że problemem jest przede wszystkim konstrukcja i systemy motywacyjne w systemie ochrony zdrowia i fakt, że nikt nie jest jasno wskazany jako odpowiedzialny za to, żeby jego pacjenci w tych programach uczestniczyli.

To jest też problem międzynarodowy. Wskazanie jasno, że odpowiada za to na przykład POZ i ponosi też odpowiedzialność na zasadzie systemów motywacyjnych, finansowych lub niefinansowych, może istotnie poprawić wskaźniki. Myślę, że to jest taki trochę brakuący element w tym momencie.

Przechodząc do rekomendowanych przez państwa działań, chciałbym zapytać, jak one się odnoszą do tych zidentyfikowanych wyzwań i przyczyn niskiej zgłaszalności. O ile rozwój e-rejestracji rzeczywiście może ułatwić zapisy i skrócić czas oczekiwania – jednak tu nie wskazywali państwo tego jako problemu, który powoduje niską zgłaszalność – o tyle pozostałe 4 działania już teraz się dzieją. Zatem pytanie, co takiego państwo planujecie zrobić inaczej niż było robione do tej pory i jaki liczbowo stawiacie sobie cel w tych trzech programach wymienionych tutaj? To znaczy, jeśli spotkamy się za rok, to konkretnie o ile wyższe będą wskaźniki zgłaszalności według państwa oczekiwań i czy na przykład w programach przesiewowych raka szyjki macicy osiągniemy cel WHO, który jest określony na poziomie 70%? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę panią.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna.

Szanowni państwo, nie ukrywam, że od początku 2020 r. jestem w tej sali na każdym posiedzeniu dotyczącym profilaktyki. Padło tutaj dzisiaj trochę tez, które się powtarzają od lat, trochę mitów, które się powtarzają od lat. Natomiast ja na początku posiedzenia przejrzałam interaktywny raport NFZ-u na temat zgłaszalności na profilaktykę – świeżutki, bo z 1 września 2026 r. – i chciałabym państwu powiedzieć to, co mówię zawsze, że te wszystkie mity i te wszystkie poglądy

nie są zupełnie zgodne z danymi, które są przez fundusz zdrowia podane na talerzu. Nie mówię o zgłaszalności na cytologię, ponieważ większość kobiet chyba robi badania w niepublicznych gabinetach i to w ogóle nie jest raportowane, więc opieram się tylko na mammografii.

Kobiety się boją. Przepraszam, że będę cytować: 56,14% zgłaszalności w miejscowości Czerwieńsk; w Babimoście – 54,23; w Nowogrodzie Biebrzańskim – 53,17%... Przepraszam, przepraszam. To jest, proszę państwa, zielonogórskie... Jakie? Lubuskie. Dobrze. Jeszcze raz przepraszam. Ale powiat zielonogórski. Czy tak? Dobrze. To są miejscowości, które mają najwyższą zgłaszalność. Nie ma tutaj żadnej informacji. Ja nie widzę żadnego powodu, dla którego można by uznać, że mieszkanki tych miejscowości są najbardziej świadome albo najmniej się boją. Proszę więc nam odpowiedzieć na pytanie, czy w związku z tym mieszkanki Bolesławia z Małopolski – 9,54% zgłaszalności, Moszczenicy – 11,01%, Boniewa – 11,22% – to jest kujawsko-pomorskie, akurat ostatnia miejscowość – się boją. Czyli w jednej miejscowości się nie boją, a w drugiej miejscowości się boją?

Proszę państwa, Warszawa. Warszawa ma średnią zgłaszalność chyba nieco niższą od średniej ogólnopolskiej, która wynosi w tej chwili – przypominam z tego miesiąca – chyba około 33%. Natomiast jak to wygląda w Warszawie? Ursynów ma 39,65% – dramatycznie nisko w porównaniu z tymi pierwszymi miejscowościami. Warszawska Wola – 24,19. No niech mi ktoś wytłumaczy, na jakiej podstawie mamy uznać, że mieszkanki Woli są głupsze, mają problemy komunikacyjne, bardziej się boją. Warszawa jest świetnie skomunikowana -- jestem mieszkanką Woli – i przyznam szczerze, że pierwszy raz w tym roku ktoś do mnie zadzwonił z zaproszeniem na cytologię. Nie jest więc tak, że dzwonią do tych, którzy się badają, bo ja się badam, ale pierwszy raz, a mieszkam w Warszawie 40 lat, miałam jakiś telefon z zaproszeniem na badania, akurat na cytologię.

Chciałam państwu powiedzieć – może przestańmy wreszcie tworzyć mity. Padło tutaj pytanie, czy ktoś wie, jak robić profilaktykę. Tak, wiedzą. I powiem państwu, kto wie. W tych miejscowościach – w Czerwieńsku, w Babimocie i w Nowogrodzie u pani posłanki. Tam wiedzą. Nie ma co się zastanawiać nad tym, co zrobić, jak zrobić, tylko trzeba się tam po prostu udać. Ja to powtarzam w tej sali od bardzo wielu lat.

Padło pytanie, czy resort zdrowia bierze pod uwagę to, co mówią inne osoby, gdy mają pomysły. Nie, proszę państwa. Od 2020 r. powtarzam ciągle to samo, bo analizuję zgłaszalność na mammografię, ten raport NFZ-u aktualizowany co miesiąc i za każdym razem podaję dane z tego raportu. I co? I nic. W związku z tym nie ma co tworzyć mitów, nie ma co tworzyć różnych tez, tylko – jeszcze raz powtórzę chyba po raz trzydziesty – żeby wiedzieć, dlaczego i jak robić profilaktykę, to trzeba udać się tam, gdzie wiedzą, jak ta profilaktyka jest robiona i zapytać tam, gdzie nie jest robiona, w tych miejscowościach, gdzie jest 9,11%, czego oni nie robią, a co jest robione gdzieś indziej. To powinno wystarczyć, proszę państwa, za wszystkie mity.

Jeszcze jedna rzecz – muszę to powiedzieć na koniec. Nie jestem fanką różnych kampanii profilaktycznych, ponieważ one się nie sprawdzają. Były przez każdy rząd tworzone – rok profilaktyki takiej, miesiąc profilaktyki innej, mieliśmy i parlamentarny, i sejmowy, i senacki miesiąc, rok itd. – zgłaszalność się nie poprawiła nawet o promil. W związku z tym szkoda po prostu na to czasu, szkoda na to naszych środków publicznych. Chciałabym kiedyś wiedzieć, jaka jest efektywność tych wszystkich kampanii, ile na to wydaliśmy i jak to się przełożyło na wzrost zgłaszalności. Ja tej informacji nie jestem w stanie otrzymać.

Natomiast serdecznie państwu wszystkim jeszcze raz polecam interaktywny raport NFZ-u – mammografia, czyli zgłaszalność na badania przesiewowe. Proszę go dokładnie prześledzić. Tam są odpowiedzi na wszystkie pytania, które dzisiaj w tej sali padły. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka. Jestem rzecznikiem Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS. To jest małe stowarzyszenie – 15 dziewczyn z Sanoka, które od 15 lat prowadzi działania profilaktyczne na Podkarpaciu.

Poza tym jestem przewodniczącą inicjatywy ekspertów onkologów i hematologów All.Can Polska. Między innymi pan poseł jest naszym członkiem, pani Małecka jest też naszym członkiem. Ta inicjatywa wydała raport poświęcony programom onkologicznym w Polsce realizowanym w latach 2022-2024.

Pani posłanka Mucha powiedziała, że podstawą do tego, żebyśmy zaczęli działać w sposób świadomy, dobry i efektywny, jest przebadanie społeczeństwa, dowiedzenie się, jakie są przyczyny. Powiem, że takie badanie zostało wykonane. Zostało wykonane przez stowarzyszenie pacjentów onkologicznych.

Jakie są wyniki tego badania? Proszę bardzo. Aż dwie na trzy osoby w Polsce nie wykonują regularnych badań dotyczących nowotworów. To było badanie w kierunku onkologii, a my w ogóle dzisiaj nie mówimy, na przykład, że profilaktyka to nie tylko onkologia, to są choroby psychiczne, neurologia i cała masa innych rzeczy, innych chorób, innych obszarów, w których powinna też istnieć profilaktyka, bo 1 euro w profilaktyce przekłada się na 14 euro. Niestety, po latach, ale tak to jest.

Tak więc 64% nie wykonuje żadnych badań profilaktycznych w kierunku nowotworu. 46% Polaków nie potrafiło wymienić nazwy żadnego spośród tych badań. Czyli brak jest informacji... No dlatego. No właśnie dlatego, że nie wykonują... Dlaczego? Dlatego, że nie potrafią wymienić nazwy, czyli nie mają żadnej informacji o istniejących badaniach.

39% nie wiedziało, że dostępne są finansowane przez NFZ badania profilaktyczne wykrywające nowotwór na wczesnym etapie. 36% nie wie, gdzie w swojej okolicy można wykonać takie badania. 19% jest przekonanych, że profilaktyka nie uratuje ich życia.

A jakie są źródła informacji? Dla 56% to jest internet, dla 54% to jest lekarz POZ-u. To są te miejsca, gdzie informacja, materiały edukacyjne powinny iść w największym stopniu. Oczywiście internet pod kontrolą. Dla 27% to jest wiedza od znajomego, a 25% z telewizji. To ja też pytam o misję telewizji publicznej. Telewizja publiczna ma wpisane w swoją misję i w swoje obowiązkowe zadania prowadzenie działań edukacyjnych na temat profilaktyki. Dla 10% to są informacje z prasy, a 13% przyznaje, że w ogóle takiej wiedzy nie otrzymuje.

Tutaj pani poseł powiedziała o tak zwanych zaproszeniach. Ważne są nie same zaproszenia, tylko sposób zapraszania. To powinny być zaproszenia tak zwane aktywne. Wiemy, że taki sposób istnieje i takie zaproszenia są prowadzone. One polegają na tym, że tak długo się dzwoni do pacjenta i informuje – to znaczy nie do pacjenta, bo profilaktyka jest do zdrowej osoby – aż tę osobę się przekona. W placówkach, które skorzystały z tej formy zaproszeń, z instytucji, które to prowadzą, bardzo wzrosło uczestnictwo w badaniach.

Państwo tutaj mówią o programach, że jest tyle wolnych miejsc. No dobrze. Dzisiaj zadzwoniła do mnie koleżanka – dwa razy zrobiła test na raka jelita grubego. Dwa razy test wykazał, że ma krew. I co? Pyta mnie, co ma zrobić, bo dzwoniła po kilku placówkach NFZ-owskich i dowiedziała się, że badanie jest możliwe w 2028 r., czyli za 2 lata. Tak jest. Pytam więc, co ma taka pacjentka zrobić?

To, o czym dzisiaj mówimy, to jest brak strategii. Brak jest organizacji i brak jest koordynacji. Nie ma w Polsce żadnej instytucji, która odpowiada, która projektuje działania profilaktyczne. A mamy takie instytucje – to jest GIS, to jest PZH – które mają kadry, ludzi potrzebnych. Już nie mówię o tym, że mamy całą masę wykształconych edukatorów, którzy powinni być na poziomie lekarza POZ-u zatrudnieni, bo lekarz nie ma czasu na takie działania. Oni powinni prowadzić tego typu działania i powinni zachęcać pacjentów, czy osoby, które tam się leczą, do przeprowadzania badań.

Padła też tutaj bardzo ważna rzecz o tak zwanym kiju i marchewce, czyli o zachęcie albo karze. Pan poseł mówił o tych grupach antyszczepionkowych. Przecież to jest w zasadzie poza kontrolą i nie ma z tego tytułu jakichś kar czy czegoś, co wykazuje, że to jest szkodliwe działanie. Nie ma też zachęt. Są kraje – mówię o Japonii – gdzie spadła zachorowalność na raka jelita grubego nie dlatego, że tam jedzą sushi, tylko dlatego, że im zmniejszono podatek dla osób, które wykonują badania profilaktyczne.

Też mówimy o tym, że te badania nie są szeroko wykonywane, bo nie ma finansowania. Mamy akcyzę, mamy podatek cukrowy. Ja byłam kiedyś na spotkaniu komisji profilaktyki, gdzie nie potrafiono wy tłumaczyć, dlaczego z podatku cukrowego te pieniądze nie zostały... Te, które są już przeznaczone, bo generalnie to my nie wiemy, ile przeznaczamy tych pieniędzy. To jest dobra wola.

Myślę więc, że jest wiele sposobów na poprawienie sytuacji, ale zacząć trzeba od instytucji, która jest odpowiedzialna za to i która powinna tworzyć strategię, która powinna sprawdzać jak te pieniądze są wydawane.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej. Chciałbym podkreślić to, co przed chwilą usłyszałem, a mianowicie bardzo istotnym elementem jest system organizacyjny.

Nie tylko województwo lubuskie ma takie dobre wyniki. Są również na terenie innych województw placówki, które mają znakomite wyniki w profilaktyce. Jednak wyniki to jest kwestia konsekwencji i dobrej organizacji. To jest docieranie. Nie ukrywam, że rzeczywiście bardzo istotnym elementem jest wyselekcjonowanie tej grupy wysokiego ryzyka i w każdej populacji musimy takie działania podejmować.

To jest zadanie zarówno dla podstawowej opieki zdrowotnej, jak również medycyny pracy. Dzisiaj rzeczywiście możemy powiedzieć, że stawka kapitacyjna, która jest przyznawana za opiekę nad osobą w poszczególnych placówkach POZ, niestety nie rozlicza nam tego tak zwanego działania profilaktycznego, a powinna.

Nie ukrywam, że dzisiaj rzeczywiście lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie wykazują dużej aktywności w zakresie właśnie działań profilaktycznych. Tego nie musi robić lekarz. W tym systemie są również pielęgniarka i położna. Tam jest szereg osób, które również mogą ten problem zagospodarować.

W związku z tym, krótko mówiąc, uważam, że w naszej rzeczywistości, gdzie są tak duże różnice w pewnych działaniach dotyczących chociażby właśnie profilaktyki, ważną rzeczą jest organizacja. My dzisiaj możemy powiedzieć, że widać na przykładzie wielu placówek, że można to zorganizować, tylko musimy to robić konsekwentnie i musimy to robić w sposób rzeczywiście systemowy.

Jeszcze jedna rzecz. Nie ukrywam, że mamy już pewne sukcesy jeżeli chodzi o profilaktykę w zakresie chociażby raka szyjki macicy. W ciągu ostatnich 15 lat spadła umieralność na raka szyjki macicy, a więc krótko mówiąc działania zarówno poprzedników, jak i obecnej ekipy rządowej mimo wszystko pokazują, że w pewnych działaniach można uzyskać efekty. To jest kwestia zarówno profilaktyki pierwotnej, jak i profilaktyki wtórnej.

Nie ukrywamy, że dzisiaj, akurat jeśli chodzi o system opieki nad kobietą, mamy jednak dużą część podmiotów, które są podmiotami niepublicznymi, a tej, że tak powiem rejestracji, nie mamy. W związku z tym, krótko mówiąc, nie chciałbym, żeby państwo traktowali to, że spoczniemy na laurach, ale jest faktem, że pewne działania w zakresie profilaktyki już odnoszą sukces, chociaż faktycznie jest jeszcze dużo pracy przed nami. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję panie profesorze. Czy jeszcze ktoś z gości?

Zastępca kierownika Kliniki Gastroenterologii Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie Jarosław Reguła:

Dobry wieczór państwu. Nazywam się Jarosław Reguła. Pracuję w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie. Jestem gastroenterologiem. Przez 20 lat byłem koordynatorem krajowego programu kolonoskopowego, który został przerwany – mogę powiedzieć, brutalnie – w 2021 r., więc mam trochę doświadczenia.

Odpowiadając na pytanie jak zwiększyć zgłaszalność, chcę powiedzieć, po pierwsze, że wiele badań na świecie, również w Polsce, przeprowadzono i wiadomo, co trzeba zrobić, żeby było jak najlepiej.

To są, po pierwsze – o czym już dzisiaj wspomniano – aktywne zaproszenia imienne. Kiedyś mogły być wysyłane listownie, aktualnie można wysłać elektronicznie, ale one mają być imienne. Natomiast takie wrzucanie na IKP, że może ktoś zająrzeć albo nie ma IKP, po prostu nie działa, bo wymaga aktywności ludzi, a oni tego nie robią. Tak więc aktywne zaproszenia imienne są najlepszym sposobem rekrutacji do badań.

Druga rzecz, którą chcę powiedzieć. Tutaj wielokrotnie padało słowo kolonoskopia, ale aktualnie już wiemy, że kolonoskopia nie jest najbardziej efektywnym kosztowo sposobem profilaktyki raka jelita grubego. Tylko dwustopniowa profilaktyka przy pomocy testu FIT, który być powinien powtarzany co 2 lata, albo co 3 i dopiero wtedy, gdy wypada dodatkowo, powinna

być kolonoskopia. To daje duże oszczędności finansowe i znacznie większy odsetek wykrytych raków. To jest drugi ważny fakt – po pierwsze, żeby robić to dobrze.

A teraz, jak zwiększyć zgłaszalność. Powinny być prowadzone badania naukowe. Mówimy, że w Skandynawii jest najwyższa zgłaszalność, wszyscy się na tym wzorują, ale Skandynawowie podchodzą do sprawy naukowo. Najczęściej najpierw przeprowadzają badania naukowe i sprawdzają, który element działa poza edukacją społeczeństwa, która jest ważna, ale edukacja nie wystarczy. Ważne jest, żeby przeprowadzić badanie, o którym pani poseł Mucha mówiła, między innymi.

Na przykładzie pomysłu pana posła, z życzliwością chcę powiedzieć, że ten pomysł, żeby obniżyć składkę, podatki albo coś za udział w badaniu, panu się podoba, mnie się bardzo podoba, ale prosimy o badanie w społeczeństwie polskim, które udowodni, że to działa. Tysiącu osobom zaproponować to, drugiemu tysiącowi nie zaproponować i obserwować, jak będą brać udział. To jest bardzo proste badanie, oczywiście losowo dobrane.

Mówię to dlatego, że w ramach naszego programu przeprowadziliśmy dwa badania mające sprawdzić, jaki sposób zaproszenia jest najskuteczniejszy. Sześć tysięcy osób, które planowaliśmy zaprosić na badania przesiewowe, podzieliliśmy na 3 grupy losowo. Jedna z grup dostała standardowe, krótkie zaproszenie – zapraszamy w tym dniu, termin, jeśli chce się zmienić, to proszę bardzo.

Do drugiego zaproszenia, które wydawało nam się, że będzie lepsze, dodawaliśmy informacje o lekarzu, który będzie wykonywał badanie, czyli kim jest, jakie ma doświadczenie, że jest świetnie itd. Trzecia grupa, oprócz standardowego zaproszenia, miała informację, że u pana badanie może wykonywać lekarz mężczyzna lub kobieta i że jest możliwość wyboru płci lekarza badającego, wykonującego kolonoskopię. Byliśmy przekonani, że opcje druga i trzecia zwiększą zgłaszalność. Tymczasem, ku zaskoczeniu, panie posle, bo może być inaczej niż wszyscy myślimy, najniższa zgłaszalność była tam, gdzie proponowano wybór płci lekarza badającego, szczególnie u mężczyzn. Mężczyźni się przestraszyli, że tu jest jakiś aspekt dotyczący płci i po prostu nie korzystali z zaproszeń. Mamy to udokumentowanie na grupie 6 tys. ludzi. Tak więc to trzeba udokumentować.

Drugie badanie, które przeprowadziliśmy w przeszłości, było wykonane w pracowniach lekarzy rodzinnych, u lekarzy rodzinnych, którzy dostali protokół badania. W momencie gdy do gabinetu lekarzy wchodził pacjent, wybierali kopertę, w której było napisane, co mają zrobić. Pierwsza opcja, to było wydać zestaw ulotek informacyjnych, dlaczego wykonanie kolonoskopii jest dobre. To grupa pierwsza.

Grupa druga miała podany scenariusz pięciominutowej rozmowy z odpowiedziami na pytania pacjentów, którzy przyszli z innego powodu – grypa albo jakiś inny. Wynik również był szokujący. Oczywiście znacznie więcej zgłosiło się, gdy przeprowadzono rozmowę, ale szokująca była różnica. Ci ludzie, którzy dostali tylko ulotki, piękne, kolorowe, mówiące o tym, że warto, zgłosili się w 12 procentach w najbliższym pół roku na kolonoskopię. Ci, z którymi lekarz rodzinny porozmawiał przez 5 minut według scenariusza, który dostał, zgłosili się w 45 procentach – wielokrotnie więcej. 5 minut pracy lekarza dodatkowo. To zadziałało. Oczywiście teraz możemy stosować inne metodologie.

Mój apel jest taki – bądźmy krajem nowoczesnym. Opierajmy się na badaniach naukowych, które jasno odpowiadają na pytanie, co zrobić, bo możemy być zaskoczeni, że nasze pomysły się nie sprawdzają. Właściwie taki mam przekaz i apeluję o to, żeby właśnie tak postępować. No i tyle.

To jest bardzo trudny problem dotyczący zwiększenia zgłaszalności. Jest w tym wiele aspektów. Warto przeprowadzać swoje badania w polskiej populacji. Na przykład, też zobaczyć, co w tym lubińskim województwie się dzieje, albo w tym drugim... lubuskim, przepraszam. W Lublinie, czy w lubuskim... warto to obserwować i też się zgadzam, że pogłębienie wiedzy, co się dzieje, jest bardzo słuszne... No właśnie, albo badania socjologiczne.

My do tych naszych badań z płcią badających lekarz zaprosiliśmy socjologów właśnie – pani poseł Mucha ma rację – którzy wiedzą, jak ludzie się zachowują, jakie mają standardy zachowania w różnych grupach społecznych. Polska naprawdę się różni od Skandynawii. To jest zupełnie inny kraj i warto to wiedzieć i warto po prostu mieć swoje badania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję. Myślę, że bardzo dużo ciekawych rzeczy się dowiedzieliśmy. Bardzo proszę, jeszcze dwie osoby ze strony społecznej i będziemy kończyli.

**Kierownik Pracowni Prewencji Pierwotnej i Polityki Zdrowotnej NIO-PIB w Warszawie
Paweł Koczkodaj:**

Dzień dobry państwu. Nazywam się Paweł Koczkodaj. Jestem profesorem instytutu onkologii. Zajmuję się epidemiologią i prewencją nowotworów i chciałbym powiedzieć, że my widzimy w zakładzie epidemiologii z lotu ptaka to, co dzieje się w trendach epidemiologicznych. Patrzymy na dane dotyczące Polski od lat 60. ubiegłego wieku i to jest pewne kontinuum i wypadkowa tego, co dzieje się też tutaj, bo różne ekipy przychodzą, różne władze. Natomiast to, co na pewno możemy powiedzieć o raku piersi, co dzieje się teraz, no to jest rosnąca lawinowo zachorowalność.

To, co wiemy. Znamy kilka czynników ryzyka, które rzeczywiście mają udowodniony wpływ na zachorowanie, ale Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że ponad 50% przypadków raka piersi, poza wiekiem około 40 r.ż. i poza płcią – bo tak jak tutaj padło z sali również mężczyźni, bardzo rzadko, ale jednak chorują na raka piersi – przyczyny są nieznane. Nie można ustalić tych przyczyn modyfikowanych, tak to nazwijmy. Tak więc udział w mammografii ma ekstremalne znaczenie, jeżeli chodzi o zmniejszenie umieralności. To po pierwsze.

Na pewno przyłączam się do głosu tutaj pana profesora, że te działania powinny być opierane na tzw. evidence-based medicin. Czyli jest to medycyna oparta na dowodach naukowych. My dosłownie chwilę temu z międzynarodowym zespołem, Międzynarodową Agencją Badań nad Rakiem opublikowaliśmy artykuł, który ukazał się w „Lancet – Europe”, a więc w dobrym czasopiśmie. On bada w 9 krajach, jakie są przyczyny tego, że zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem ciężko jest przestrzegać. Jednym z takich zaleceń jest udział w badaniach przesiewowych onkologicznych.

Jest to ciekawe, ponieważ dla większości tych krajów, a właściwie dla wszystkich krajów, wyniki były takie, że te osoby, które były ankietowane, z którymi przeprowadzono wywiady, miały już pewną wiedzę na temat profilaktyki. One chciały wprowadzać pozytywne zmiany w swoim życiu, w swoim stylu życia, tylko brakowało im różnego rodzaju narzędzi. To znaczy, nie ma tego łącznika pomiędzy taką suchą wiedzą teoretyczną a praktyką. Widzę ten łącznik w tym, co się dzieje u nas w tym momencie. Czyli mamy e-rejestrację, mamy „Moje Zdrowie”.

Jak tutaj pan profesor słusznie zauważył, my potrzebujemy polskich danych, ponieważ mamy bardzo wiele zagranicznych badań na temat przyczyn uczestnictwa i nie uczestnictwa. Jakiś czas temu przeprowadziliśmy z kolegami z University of Virginia takie badanie w Stanach Zjednoczonych, które dotyczyło *annual wellness visit*, czyli takich rocznych wizyt profilaktycznych w Stanach Zjednoczonych. Są to wizyty, które są przeznaczone wyłącznie do profilaktyki. Czyli coś, co u nas wydarzyło się niedawno temu w ramach „Mojego Zdrowia. Okazuje się, że tam kobiety – to była kohorta ponad 2 mln kobiet w Stanach Zjednoczonych – które mają bezpośredni kontakt – tłumacząc bardzo niezgrabnie na język polski – z profesjonalistą zdrowotnym medycznym – nie musi być to lekarz – o 25 punktów procentowych miały wyższy udział w mammografii przesiewowej niż te, które nie uczestniczyły w *annual wellness visit*.

To nam też pokazuje, że kontakt bezpośredni z profesjonalistą może być pewną poszlaką jak to zmienić. Mamy profilaktyków, czyli ekspertów zdrowia publicznego. Czyli armię osób do zaangażowania w procesie zwiększania udziału w badaniach przesiewowych.

Jesteśmy w miejscu, w którym państwo decydują o tym, co się wydarzy. Ja mam takie wrażenie, że już bardzo wiele zostało powiedziane, jest dużo wniosków od ekspertów no i rzeczywiście jest też działanie polityki zdrowotnej do wykonania.

Padło też zdanie o RODO, że RODO mogło być jakąś przeszkodą. Chciałbym zaznaczyć, że RODO to są przepisy, które obowiązują w całej Unii Europejskiej, a my jesteśmy swego rodzaju ewenementem, jeżeli chodzi o program badań przesiewowych. Mamy obecnie trzy programy badań przesiewowych, w których właściwie nie mamy systemowego zapraszania na te badania. Jest to skomplikowana sytuacja, jeśli chodzi o wypełnianie populacyjnego programu badań przesiewowych, bo jednym z warunków jest właśnie zapraszanie na te badania.

Chciałbym jeszcze powiedzieć a propos danych, że w poprzednich latach Ministerstwo Zdrowia – jeżeli dobrze pamiętam lata, to był rok 2017, rok 2022 – publikowało raporty, które dotyczyły przyczyn nieuczestniczenia w badaniach przesiewowych między innymi, ale także dotyczące prewencji pierwotnej nowotworów. Tam są te przyczyny wyłożone. One często opierają się

na pewnym niezrozumieniu koncepcji badania przesiewowego. Z tego co pamiętam, jeżeli popatrzymy na ten raport z 2022 r., w przypadku mammografii jako pierwsza przyczyna niekorzystania z mammografii, wyłania się coś, co brzmi – czuję się zdrowa, a dzisiaj na tej sali już wybrzmiało wielokrotnie, że badanie przesiewowe jest skierowane do osób zdrowych.

Ta historia zatacza bardzo duże koło też jeżeli chodzi o edukację zdrowotną. Myślę, że już nie będę państwa zamęczał moimi wypowiedziami, bo jest bardzo późno, ale na pewno to jest taka podstawa. Właściwie to powinno się toczyć wielotorowo. Czyli mamy edukację zdrowotną.

Padło dzisiaj kilka zdań o kampaniach społecznych. Kampanie społeczne, edukacyjne, medialne nie są złe, nie demonizujemy ich, ale jest to komplementarny element, który powinien działać się obok tych systemowych rzeczy.

To co trzeba też oddać ministerstwu i zmieniającym się ekipom, bo akurat kampania „Planuję długie życie” trwa chyba na przestrzeni tych wszystkich zmian, które się odbywały... Jest to jedyna kampania ogólnopolska, która trwa od 2018 r. i dotyczy aspektów zdrowotnych, profilaktycznych, onkologicznych. Moglibyśmy dyskutować na temat tego, jak to lepiej zaprojektować. Zawsze chcemy więcej, mocniej, szybciej, dokładniej itd itd, ale wydaje się, że kierunek jest dobry.

Tak jak powiedział profesor Reguła, ten problem, o którym dzisiaj rozmawiamy, jest naprawdę wieloaspektowy. Nie ma jednej metody, żeby to zrobić natychmiast. Patrzmy rzeczywiście na kraje skandynawskie, no kraje, w których to uczestnictwo jest wysokie, ale pamiętajmy o różnicach. To są inne populacje. Mamy inne rozmiary populacji, mamy inne podejście.

Na pewno to, co się wydarzyło w ostatnim czasie – zapowiedź Ministerstwa Zdrowia wysyłki sms-ów, czy komunikatów z IKP, jest takim kierunkiem, w którym powinno się zmierzać, ale też – znowu powtórzę to, co pan profesor powiedział – maksymalna personalizacja z wyznaczeniem godziny, ze zwrotem grzecznościowym, konkretnie z wyznaczeniem miejsca, nawet z linkiem do e-rejestracji. To jest kierunek, w którym należy podążać. To widzimy w badaniach i to widzimy jako punkt, który wyznacza nam skuteczność. Tak więc z mojej strony, osoby, która zajmuje się tym naukowo i badaniami, to wybrzmiewa na pewno bardzo mocno. Takie trywialne rzeczy, jak na przykład umówiona godzina badania. Okazuje się, że im później umówione jest takie badanie dla kobiety, tym większa jest zgłaszalność. To są drobne rzeczy, ale wydaje mi się, że pewne poszlaki już mamy, ale na pewno też badania, dowody naukowe i skoordynowane działania polityki zdrowotnej nieprzerwane, wieloletnie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo panie profesorze. Bardzo proszę.

Rzecznik praw lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej Grzegorz Wrona:

Grzegorz Wrona, Naczelna Izba Lekarska. Ja mam bardzo krótkie pytanie. Jeśli się nie mylę, to pytanie do pana profesora Reguły.

Początkowo program przesiewowych badań raka jelita grubego dotyczył osób w wieku 50-59 lat. Zdaje się, że jakiś czas później został przedłużony... Może się mylę, panie profesorze. Natomiast moje pytanie, po spojrzeniu na tę załączoną przez ministerstwo tabelę o 15-procentowym wykorzystaniu przez populację tego programu, jest takie. Czy nie widzą państwo sensu, powodu, czy nie biorą państwo pod uwagę podwyższenia granicznego wieku dostępności tego badania do wieku 70 lat? Dziękuję bardzo.

Zastępca kierownika Kliniki Gastroenterologii NIO – PIB w Warszawie Jarosław Reguła:

Jeśli ja mam odpowiedzieć, to tak. Na świecie ta górna granica wieku jest dyskutowana. Teoretycznie mówi się, że to powinna być granica, którą wyznacza przewidywany czas życia, a ten moment powinien być 10 lat wcześniej. Czyli, jeżeli przewidywany średni czas życia to powiedzmy 90 lat, to badania przesiewowe powinny być wykonywane do momentu 10 lat wcześniej, tak z grubsza, czyli do 80 r.ż.

Na świecie rzeczywiście, jeśli chodzi o raka jelita grubego, górna granica to 75 lat. My w latach dwutysięcznych, dwadzieścia kilka lat temu, wybraliśmy tak, żeby ograniczyć populację. Górna granica to było 65. Dzisiaj na pewno założylibyśmy 75. Żyjemy dłużej i ten uzysk z kolonoskopii czy z badania przesiewowego – uzysk w cudzysłowie – jest większy im człowiek jest starszy. Teraz żyjemy dłużej i zdrowiej i warto o tym pamiętać.

Tak więc zgadzam się, że ta granica wieku powinna być wyższa. W Skandynawii zaczyna się od 60 r.ż., nie u młodszych. Są więc różnice. Oni żyją jeszcze dłużej, jeszcze mają zdrowszy styl

życie i dlatego przesuwają ten przesiew. Uważają, że 50-latkowie to jeszcze za wcześnie. To też wymaga indywidualizacji w obrębie różnych krajów.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo panie profesorze. Bardzo proszę panią minister o odpowiedź. Dajmy szansę ministerstwu odpowiedzieć. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za dyskusję. Ja powiem tak – z wieloma rzeczami absolutnie się zgadzam. Też analizujemy to w naszym resorcie. Jednak najpierw postaram się odpowiedzieć na te pytania. Szanowni państwo, proszę pozwolić, że będę odpowiadała tak jak zapisywałam.

Tutaj wielokrotnie była podnoszona ta aktywna komunikacja. Padło kilka pytań w tym zakresie. Pani poseł Polak mówiła, że część dostaje sms-y, bo badali się, część nie. Natomiast faktycznie bywało tak – wcześniej, przed 20 sierpnia było tak – że te podmioty medyczne wysyłały sms-y. Od 20 sierpnia mamy to scentralizowane i to idzie już przez Centrum e-Zdrowia. W związku z tym ta wysyłka sms-ów jest centralna i dostają je kobiety, które ukończyły 45 r.ż., dla przykładu.

Było też pytanie o wolne sloty na badania w perspektywie 90-dniowej... To pani poseł odpowiedziała na to pytanie, więc mamy dużo wolnych terminów.

Jeśli chodzi o HPV – bo też padło pytanie o szczepienia HPV w szkołach – to w tej chwili, szanowni państwo, mamy zaszczepione 148 tys. dawek od momentu rozpoczęcia programu. Są to szczepienia zalecane. Nie są to szczepienia obowiązkowe. Patrząc tutaj na panią poseł – mówimy o szczepieniach zalecanych w szkołach.

Chciałabym też powiedzieć, że im starsze dziecko, im niższy rocznik, tym mamy wyższy poziom zaszczepienia. W roczniku 2011 – to są dzieci, które ukończyły 14 r.ż. – mamy już wyszczepienie na poziomie prawie 35%. Tak więc, im starszy rocznik, tym lepsza wyszczepialność.

Jeśli chodzi o POZ i tę koordynację, mamy koordynatora profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. Przeczytam wprost. Zadanie koordynatora profilaktyki „to promowanie profilaktyki, w tym wykonywanie badań profilaktycznych oraz ustalenie terminów realizacji badań profilaktycznych”. Jest to instytucja koordynatora, która funkcjonuje w podstawowej opiece zdrowotnej.

Jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, to chciałabym jeszcze przypomnieć, że tutaj mamy też dodatki motywacyjne, które do tej pory były dedykowane grupie lekarskiej, jeśli chodzi o zgłaszalność na cytologię – teraz mówimy o teście HPV HR i mammografii. Natomiast w nowo zaprojektowanym koszyku świadczeń gwarantowanych w ramach POZ-u – bo będzie zmiana, czekamy jeszcze tylko na poradę infekcyjną u pielęgniarek i rekomendację AOTMiT-u w tym zakresie – to będzie dedykowane również paniom położnym. Chcemy, aby panie położne badały też piersi, więc ten dodatek motywacyjny przesuwamy również do pań położnych. Czekamy tylko na ocenę AOTMiT-u w poradzie infekcyjnej i koszyk będzie już dopełniony.

Testy wielogenowe – pan poseł Piecha pytał – faktycznie są w trakcie analizy w resorcie. Pan profesor Koczkodaj – super rozwiązania. Ja bym tylko chciała zwrócić uwagę – ale pan profesor już to powiedział tutaj – że to, co nas odróżnia od krajów skandynawskich, to niestety to, że mamy niski poziom zaufania do instytucji publicznych, w przeciwieństwie do obywateli krajów skandynawskich. To też się przekłada na korzystanie. Jednak rozwiązania naprawdę bardzo dobre.

Pan profesor Reguła mówił o teście FIT. Panie profesorze, analizujemy. Pracujemy nad tym w resorcie, bo faktycznie widzimy zupełnie inną efektywność kosztową tego rozwiązania... W połączeniu, tak jak mamy HPV HR z cytologią. Tutaj widzimy faktycznie ten dwustopniowy...

Pan poseł Bojarski – wyższa składka, niższe podatki. Powiem tak. Ja nie wiem czy byłabym na tyle odważna, biorąc pod uwagę, że 30% Polaków pali papierosy. Powiedzmy im, że podnosimy składkę zdrowotną... To tylko moja dygresja, bo myślę, że my musimy... Tak, ale myślę, że musimy też mentalnie się przestawić na pewne rzeczy, bo jeżeli mówimy o tym, że u 30% populacji polskiej są problemy z nadwagą i otyłością to znaczy, że mamy bardzo dużo czynników ryzyka. Faktycznie te mechanizmy należałoby jakoś zróżnicować i dostosować.

Szanowni państwo, powiem jeszcze na koniec, że mamy już zaprojektowaną nową ustawę o zdrowiu publicznym. Ona będzie jakby warunkowała nowy Narodowy Program Zdrowia, który też jest zaprojektowany na lata 2027-2035. W ramach tej nowelizacji ustawy o zdrowiu

publicznym, w projektowanej ustawie, która niebawem wejdzie, bo złożyłam już wniosek o wpis do wykazu prac rządu, mamy osobny strumień pieniędzy na profilaktykę. To jest novum, bo do tej pory tego nie było. Tak więc jest przeznaczony osobny strumień pieniędzy na profilaktykę. Natomiast, szanowni państwo, chciałabym bardzo serdecznie podziękować, bo dużo dzisiejszych uwag to bardzo ważne, bardzo merytoryczne uwagi. Bardzo dziękuję za nie.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję pani minister. Dziękuję również wszystkim za uczestnictwo i mam nadzieję bardzo owocną dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania problematyki, którą zgłosili posłowie składający wniosek w trybie art. 152 ust. 2 regulaminem Sejmu.

Zamykam posiedzenie Komisji jednocześnie informując, że protokół z posiedzenia z załączonym pełnym zapisem będzie wyłożony do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu. Dziękuję bardzo i dobranoc.