

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

**DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO
(NR 9)**

z dnia 20 listopada 2024 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 9)

20 listopada 2024 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Wichy (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat męskich chorób nowotworowych oraz zdrowia mężczyzn.

W posiedzeniu udział wzięli: **Katarzyna Kotula** ministra do spraw równości wraz ze współpracownikami, **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Alicja Uszyńska-Osowska** główny specjalista w Wydziale Lecznictwa Szpitalnego w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii wraz ze współpracownikami, **Jakub Kucharz** sekretarz Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, **Adam Dyja** prezes zarządu Fundacji Promocji Profilaktyki „Męska Materia”, **Piotr Fonrobert** członek zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

W posiedzeniu udział wzięł pracownik Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Szanowni państwo, po pierwsze, chciałam bardzo serdecznie przeprosić za spóźnienie. Naprawdę pierwszy raz coś takiego mi się zdarzyło, ale nawarstwiły się komisje i na każdej trzeba było głosować.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat męskich chorób nowotworowych oraz zdrowia mężczyzn, którą przedstawia minister zdrowia oraz ministra do spraw równości.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Zapraszam przedstawicielkę pani minister zdrowia. Bardzo proszę, już się znamy.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry. Dziękuję pani przewodnicząca za zaproszenie. Ja dzisiaj przepraszam, ale w imieniu ministra zdrowia będę przedstawiała tę informację. Nazywam się Dominika Janiszewska-Kajka, jestem zastępcą dyrektora Departamentu Lecznictwa, czyli departamentu, który w przeważającej części odpowiada za koszyk świadczeń gwarantowanych i za dostęp do świadczeń, czyli te najistotniejsze rzeczy, które dotyczą resortu zdrowia.

Proszę państwa, jeśli chodzi o informacje ministra zdrowia na temat męskich chorób nowotworowych i generalnie zdrowia mężczyzn, to chciałabym tak króciutko zacząć od kwestii statystycznych, czyli od długości życia mężczyzn. To będą krótkie informacje, pani przewodnicząca, postaram się opowiedzieć o naszych projektach, które aktualnie dzieją się w Ministerstwie Zdrowia. Myślę, że na tym chyba najbardziej państwu zależy.

Zacznę od informacji dotyczących zdrowia publicznego. W 2021 r. – niestety takimi danymi dysponujemy na ten moment – średnia długość życia mężczyzn wynosiła od 71 do 75 lat i była krótsza o 2–3 lata od lat poprzedzających pandemię. W przypadku mężczyzn w wieku 65 lat – i to jest istotne, bo tu właśnie mówimy o zachorowalności na główne choroby, które dotyczą mężczyzn – to ona i tak, proszę państwa, była krótsza o 2 lata. Obserwujemy więc niestety taki niebezpieczny trend. Ale można powiedzieć,

że dane są trochę zaburzone. Mieliśmy pandemię i troszkę niższą zgłaszalność do lekarza, a co za tym idzie, diagnostyka rzeczywiście była o wiele słabsza.

I teraz jakie jest podejście mężczyzny do wizyty u lekarza. Mężczyźni nie decydują się tak często na badania jak kobiety. Ten miesiąc ma na celu przypomnienie o tym, że jest to pierwszy krok do tego, żeby być zdrowym. I ta profilaktyka, o której tak bardzo dużo się teraz mówi – nakłady na profilaktykę, proszę państwa, nie są zróżnicowane, są takie same dla kobiet, jak dla mężczyzn. Należy więc tutaj pochwalić płę żeńską, ale zachęcić jak najbardziej płę męską. Myślę, że tutaj edukacja, czyli coś od podstaw, na pewno wprowadzi porządek i ułatwi też sprawę Ministerstwu Zdrowia.

Ale zanim przejdziemy do nowotworów, powiem najpierw, jakie są najczęstsze choroby mężczyzn. My identyfikujemy choroby układu krążenia, zawały serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę tętnic, chorobę wieńcową i udar. Następnie cukrzyca typu 2, choroby układu trawiennego, wrzody i nowotwory żołądka, jelit i dwunastnicy, choroby płuc, POChP (bardzo istotny problem zdrowotny, czyli przewlekła obturacyjna choroba płuc), choroby onkologiczne. Mężczyźni częściej niż kobiety zapadają na raka przełyku, wątroby, pęcherza moczowego, jelita grubego, a także czerniaka (czyli nowotwór skóry), nowotwory jamy ustnej, głowy i szyi, a następnie choroby prostaty (czyli rozrost, zapalenie oraz nowotwór). Mężczyźni mają też częściej schorzenia neurodegeneracyjne, takie jak choroba Parkinsona, i niektóre choroby psychiczne oraz inne zaburzenia, spektrum autyzmu oraz schizofrenię. Częściej chorują również na hemofilię, dystrofię mięśniową. Bardzo ważnym problemem, który tak naprawdę od kilku lat wybrzmiewa, ale myślę, że w tym roku chyba najmocniej, jest nadwaga i otyłość. Mamy bardzo niską informację wśród osób i mężczyzn, w szczególności mężczyzn, że otyłość jest przyczyną wielochorobowości. Czyli należy zwracać się do lekarzy POZ o to, aby wskaźnik BMI był badany, diagnozowany i monitorowany przede wszystkim, bo to jest bardzo istotna rzecz.

I teraz wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała, czyli BMI równe lub większe niż 25, wynosiło 62% dla mężczyzn i 43% dla kobiet. W Ministerstwie Zdrowia prowadzimy program pilotażowy KOS-BAR w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z otyłością olbrzymią. Dotyczy on wszystkich kobiet i mężczyzn, którzy mają otyłość na poziomie BMI 30 plus. Ta kompleksowa opieka zapewnia przede wszystkim kwalifikacje do zabiegu, opiekę dietetyka, psychologa. Pani minister wyraziła bardzo duże zainteresowanie tym programem w kontekście wprowadzenia go na stałe do koszyka świadczeń gwarantowanych, bo widzimy, że program bardzo się sprawdza. Czyli nie wystarczy operacja zmniejszenia żołądka, ale potem ważne jest monitorowanie pacjenta i podtrzymywanie go na duchu w dobrych przyzwyczajeniach. To jest ważne. A choroba otyłościowa, tak jak powiedziałam, powoduje wiele chorób, ale przede wszystkim jest też bardzo ważną przyczyną chorób nowotworowych.

Przechodząc teraz do tematu chorób nowotworowych, będę posługiwała się danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów. W 2021 r. było ponad 170 tys. nowych zachorowań na nowotwory i wystąpiła wtedy śmiertelność ponad 90 tys. zgonów z powodu chorób nowotworowych. Czyli te dane jasno wskazują, że późna wykrywalność, ale przede wszystkim brak profilaktyki powodują, że lekarze na ostatnim etapie nie są w stanie pomóc pacjentowi z zaawansowaną chorobą nowotworową. Nowotwory złośliwe stanowiły drugą przyczynę zgonów, powodując właśnie w 2021 r. 18,8% zgonów mężczyzn i 17,2% zgonów kobiet. Najczęstszym nowotworem mężczyzn jest nowotwór gruczołu krokowego. Nowotwory złośliwe płuca są drugim nowotworem wśród mężczyzn. Na trzecim znajduje się rak jelita grubego.

I teraz, żeby państwu przybliżyć trochę danych – ale to też będą dane z lat 2018–2021 – nowotwory ogółem w tych latach mniej więcej utrzymywały się na tym samym poziomie, czyli oscylowały mniej więcej wokół 83 tys. nowych rozpoznań. W 2021 r. mamy 84 275, przy czym gruczoł krokowy to jest 17 832 rozpoznań, płuco – 12 332 i jelito grube – 5607. Tak jak powiedziałam, to są dane z Krajowego Rejestru Nowotworów. Z powyższych danych wynika, że nowotwór złośliwy gruczołu krokowego jest tym, który dotyka największą liczbę mężczyzn. Ale chciałabym zwrócić uwagę na nowotwór płuca. Bardzo dużo mówi się teraz – i to jest też przedmiotem naszych bardzo intensywnych prac, ale nie ukrywam, że to nie są łatwe prace, o czym zaraz powiem... Mamy już w systemie kompleksową opiekę nad

pacjentem z rakiem jelita grubego. To jest bardzo dobry program, to jest unit, w którego ramach można zdiagnozować pacjenta, poprowadzić, wyleczyć i potem monitorować jego dalsze poczynania i to, czy nie nastąpiła wznowa. Ale nowotwór płuca nie jest jeszcze objęty opieką skoordynowaną. I tutaj chciałam powiedzieć, bo ostatnio bardzo intensywnie ten temat jest podnoszony na zespołach parlamentarnych, ale też na posiedzeniach Komisji Zdrowia, że to wymaga zaopiekowania właśnie w sposób kompleksowy. Naszym zadaniem, i to też wynika z „Narodowej strategii onkologicznej”, jest opracowanie kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworami klatki piersiowej ogólnie. Powiedziałam tak w skrócie – płuca, ale oczywiście są to różne rodzaje nowotworów, więc nie chciałabym ograniczać tego tylko do płuca. Tu będziemy się starać koncentrować diagnostykę i leczenie w ramach centrów kompetencji. Będą to takie jednostki, które oczywiście... Aby nie było białych plam na mapie, też pracujemy nad tym, żeby ta dostępność była dla każdego pacjenta. Czyli żeby nie było jednego centralnego ośrodka koordynującego, do którego zjeżdża się cała Polska, tylko żeby pacjent w miejscu zamieszkania też miał dostęp do tego rodzaju kompleksowej opieki. Czyli bardzo dobra diagnostyka na wczesnym etapie, objęcie pacjenta – w zależności od zaawansowania nowotworu – albo nowoczesną chemioterapią, która poprzedza zabiegi, bo taką też mamy już dostępną, a następnie zabieg, jeżeli oczywiście są takie wskazania. A potem opieka nad tym pacjentem i monitorowanie jego stanu zdrowia.

Dlaczego akurat nowotwór płuca? Nie mówię tego bez przyczyny, dlatego że także wśród kobiet nowotwór płuca jest, zdaje się, drugim albo już nawet pierwszym rozpoznawanym nowotworem – przed nowotworem piersi. I on jest też bardzo niebezpieczny. Ale nowotwór ten stał się chorobą przewlekłą, czyli mamy odpowiednie leczenie, programy lekowe, które hamują postęp choroby i już teraz obserwujemy życie pacjenta z tą chorobą, włączając nowe programy lekowe. Dlatego pozwoliłam sobie na stwierdzenie, że ta choroba staje się chorobą przewlekłą. I tutaj mamy zespół, który współpracuje z Krajową Radą Onkologiczną, na której czele stoi pani dyrektor Jagielska. To jest grupa profesorów, którzy zajmują się na co dzień pacjentami z nowotworami klatki piersiowej. Oczywiście jest pani konsultant Małgorzata Czajkowska-Malinowska, jest pan profesor Krzakowski, są bardzo znani profesorowie, jak profesor Orłowski, profesor Ramlau, ale również profesor Kowalski z Polskiej Grupy Raka Płuca. Mamy bardzo zwartą grupę... Przepraszam, jeszcze zapomniałam o panu profesorze, który zajmuje się diagnostyką, pan profesor Krenke. Bo to też jest niezwykle istotny element. I będziemy chcieli wprowadzić to jako świadczenie gwarantowane.

Ale żeby to zadziało, „Narodowa strategia onkologiczna” zobowiązuje ministra zdrowia do tego, aby wprowadzić przesiew raka płuca. I przesiew raka płuca już też jest testowany w systemie w ramach programu ministra zdrowia. Czyli ze środków ministra zdrowia wybrane ośrodki realizowały przesiew populacji, która została wytypowana. Kryterium wyboru takich pacjentów był wiek oraz paczkołata. I pacjenci byli kierowani do tego... Pani przewodnicząca, paczkołata to taki miernik, który wskazuje, ile paczek papierosów w ciągu określonego okresu wypaliła dana osoba. I właśnie te paczkołata kwalifikują do programu. To jest oczywiście badanie wykonywane za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej, więc nie jest ono szkodliwe dla organizmu. Chcielibyśmy, aby to badanie było skoncentrowane przy POZ, najlepiej we współpracy z POZ. Bo to nie dość, że angażuje tego lekarza, do którego większość osób ma największe zaufanie i tak naprawdę idzie... Może źle powiedziałam, nie największe, ale od razu idzie po poradę, bo jest największa dostępność do tego rodzaju lekarzy. Dzięki temu zagwarantowalibyśmy, że taki pacjent, który boryka się z różnymi dusznościami, przewlekłym kaszlem, który długo pali, zostanie najpierw poddany ankiecie (tak jak to jest w przypadku na przykład ankiety w POZ, która dotyczy chorób gruźliczych), czyli chcemy to również zaimplementować tak, żeby przy okazji został poddany wstępnej analizie i skierowany na niskodawkową tomografię. To pozwoli wychwycić na tyle istotne zmiany, że będzie można skierować pacjenta być może od razu do zabiegu i wtedy skierować go do tej jednostki referencyjnej, która zajmowałaby się leczeniem raka płuca.

To jest duże wyzwanie, dlatego że chcemy pogodzić... Bo niektóre jednostki nie mają dobrej diagnostyki albo w ogóle jej nie mają, a z kolei mają bardzo duże doświadczenie w zakresie zabiegów. Na razie więc zajmujemy się opracowaniem kryteriów dla tych

óśrodków, które miałyby się tym zajmować, ale oczywiście równolegle zastanawiamy się, jak pogodzić to z tym przesiewem, który jest bardzo dużym priorytetem dla pani minister. Chcemy więc wprowadzić to jak najszybciej i wreszcie załatwić problem zdrowotny nowotworów kratki piersiowej. I to jest w zakresie nowotworu płuca.

Natomiast jeśli chodzi o męskie nowotwory, czyli rak jelita, co już powiedziałam, jest kompleksowa opieka. Mamy to w programie „40 plus” – rak jelita grubego można poprzedzić badaniem, które nazywa się test FIT. Ale test FIT ma swoje różne odmiany. W programie „40 plus” funkcjonuje jako badanie: krew utajona w kale. Natomiast w programie, który był prowadzony w ramach „Krajowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, był po prostu test FIT, w ramach którego było sprawdzanie, czy nie identyfikujemy krwi utajonej w kale. To badanie chcielibyśmy wprowadzić jako badanie wstępne przesiewowe dla pacjentów, którzy skarżą się na tego rodzaju dolegliwości. I chcielibyśmy wychwycić tych pacjentów, żeby potem kierować ich do tych jednostek referencyjnych, które już funkcjonują.

Kolejnym nowotworem, o którym powiedziałam, że jest najczęstszym, jest nowotwór gruczołu krokowego. Ale tutaj mamy badanie, które może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, to jest badanie PSA. Ono też występuje w programie „40 plus”. To jest niezwykle ważne badanie. Pracujemy też nad tym, żeby pielęgniarki mogły kierować na takie badanie. Z tego co się orientuję, to rozporządzenie w zakresie kompetencji nie obejmuje akurat tego badania, a nie jest to badanie inwazyjne, nic więc nie stoi na przeszkodzie, żeby dać takie uprawnienia również paniom pielęgniarkom, aby pacjenci szybciej zgłaszali się. Bo to jest najlepszy sposób, żeby na wczesnym etapie to wykryć.

Następnie, jeśli chodzi o samą diagnostykę... Bo badania profilaktyczne to jest długa historia: oprócz tego, że trzeba zachęcić pacjenta, to jeszcze tak dobrze zorganizować tę profilaktykę, żeby pacjent miał łatwy dostęp do niej, tak jak to widzimy na przykładzie mammobusów. To jest doskonałe narzędzie, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, i ono dociera do pacjentów. Chcemy, aby na przykładzie mammobusów rak szyjki macicy na przykład był tak samo diagnozowany. W przypadku mężczyzn będzie to wymagało większej edukacji i myślę, że większego zaangażowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale też systemów informatycznych, które by po prostu przypominały uprzejmie pacjentom płci męskiej, że takie badanie trzeba wykonać. Chyba nie ma nic lepszego jak właśnie taki SMS z przypominajką. I bardzo możliwe, że z jakimiś możliwymi ryzykami dla pacjenta, żeby może trochę pacjenta przestraszyć. To tak na gorąco tylko, bo są oczywiście plany w CEZ i już działania w tym zakresie podejmujemy. Ale à propos takiej profilaktyki, która miałaby charakter trochę zagrożenia dla pacjenta, to nie jest temat, o którym już zdecydowaliśmy, ale być może właśnie strach będzie tym najlepszym powodem, żeby gdzieś się zgłosić.

Odnosnie w ogóle do diagnostyki, bardzo dużo dzieje się w obszarze diagnostyki molekularnej. Chciałabym zwrócić na to uwagę, bo to jest kolejny ważny i trudny temat. Pod nadzorem pani minister Demkow (pani minister Leszczyna zleciła to zadanie pani minister Demkow) obraduje zespół do spraw diagnostyki molekularnej i mamy pozytywną rekomendację AOTMiT w zakresie dopuszczenia nowoczesnych badań molekularnych w trzech wskazaniach. Rak płuca jest jednym z rozpoznań, w których można byłoby zastosować taką diagnostykę – i pacjent nie musiałby być położony do szpitala, ale w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, czyli w poradniach, mogłyby być wykonywane tego rodzaju badania. I te badania nie dość, że służą wykryciu, jak i zidentyfikowaniu, jaki to jest rodzaj nowotworu, to jeszcze dają informację lekarzowi na temat celowanej terapii, tak żeby po prostu pacjent już nie błądził w systemie z tą próbką czy jakimś innym odczynnikiem i czekał w kolejce na kolejne badania, tylko chcielibyśmy, aby od razu wiedział, jakie ma możliwości. Bo jeżeli nie ma takich możliwości w naszym systemie, to być może znajdują się one w leczeniu zagranicznym. Ale mamy też różne terapie w dostępie ratunkowym.

Diagnostyka molekularna jest więc bardzo istotna i w tych trzech wskazaniach: w raku gruczołu krokowego, w raku jajnika, w raku płuca... Zastanawiamy się jeszcze nad mięsakami, bo to też jest taki temat, o który należy się zwrócić do agencji o rekomendacje, aby te badania zostały wprowadzone i żeby pacjent nie musiał leżeć w szpitalu. Bo częstą

praktyką, o czym państwo doskonale wiecie, jest to, że aby pacjentowi zrobić dobre badanie, należy go położyć do szpitala, a następnie badania stanowią koszt hospitalizacji pacjenta. A tu nie do chodzi. Chodzi o to, żeby pacjent został zbadany, mógł wrócić do pracy, poczekać spokojnie na wynik i jeżeli jest dla niego terapia... albo po prostu na plan leczenia, który pacjentowi będą oferować centra kompetencji (czyli konsylium będzie od razu opracowywało indywidualny plan leczenia dla pacjenta). Żeby pacjent nie musiał leżeć w szpitalu, czekać i zajmować miejsca dla innych osób.

Proszę państwa, pani przewodnicząca, ja mam oczywiście informacje na temat dostępnych programów lekowych, ale nie wiem, czy to są informacje na te godziny i które chciałbyście państwo usłyszeć. Oczywiście jestem w stanie odpowiedzieć również na piśmie i przekazać państwu informacje o tym, jakie mamy dostępne programy lekowe i nad czym teraz pracujemy – odpowiednio pan minister Kos, pod którego nadzorem jest leczenie. Ale powiedziałam o tych sprawach, które uważałam za istotne, które są istotne dla pacjenta w tym momencie i które w tym momencie dzieją się w Ministerstwie Zdrowia. Rozmawiałam też o tym z ministrem i z panią minister. Bardzo chętnie odpowiem na wszystkie pytania. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja też bardzo dziękuję.

Myślę, że zrobimy tak, że pani dyrektor prześle nam te materiały, a jak osoby zainteresowane będą chciały te materiały przeczytać, to po prostu będziemy to robić indywidualnie, bo i tak mamy mejle, prawda? Zapraszaliśmy, więc zawsze możemy przesłać. Od samego początku mam ochotę panów... Tak jak do badania chętni, tak tutaj jakoś w takiej odległości – bardzo proszę bliżej. Chodzi mi o to, żeby się przesunęli po prostu, żeby nie byli tak daleko, bo mnie się po prostu wzrok tam jakoś tak – i nie widzę. Ale nie ma obowiązku, tylko proponuję. Byłoby nam milej, jakbyście byli tu bliżej.

Zapraszam panią ministkę Kotulę.

Ministra do spraw równości Katarzyna Kotula:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Przede wszystkim bardzo serdecznie chciałabym pani przewodniczącej i wszystkim członkom i członkiniom tej Komisji podziękować za zaproszenie na tę dzisiejszą podkomisję.

My przychodzimy tutaj z pozycji Departamentu do spraw Równego Traktowania w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, który jest departamentem w budowie, a właściwie w odbudowie – i zaraz powiem, dlaczego to ważne, bo to właściwie jest kluczowe dla naszej obecności tutaj, na tej dzisiejszej podkomisji. Od kiedy decyzją polityczną urząd minister do spraw równości, teraz jako minister konstytucyjnej, ale wcześniej jako pełnomocniczki do spraw równego traktowania, był umiejscowiony i działał w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przez ostatnich osiem lat mało się w tym zakresie działo.

Dlaczego to jest ważne? Dlatego że kiedy pani przewodnicząca zwróciła się do nas z zapytaniem, czy chcemy być obecni na tej podkomisji, powiedzieliśmy, że oczywiście. I pierwsze, co zrobiliśmy, to sięgnęliśmy do podstawy naszego działania, którą jest m.in. – poza ustawą równościową z 2010 r., czyli ustawą, która wdraża przepisy unijne do polskiego prawa – „Krajowy program działań na rzecz równego traktowania”. Dlaczego to ważne? Bo ten „Krajowy program działań na rzecz równego traktowania” zaprojektowany na lata 2022–2030 jest, można powiedzieć, taką podstawą naszego działania. Jest dokumentem, który ma kilkaset stron i dokładnie zero złotych zero groszy w przeznaczeniu na jego realizację. Choć teoretycznie w ciągu ośmiu lat mamy jakieś zadania do zrealizowania, ale poza tym, że są tam jakieś zadania do zrealizowania, to są tu głównie zadania międzysektorowe, ale także takie, które polegają po części na współpracy między nami a innymi ministrami, jednostkami samorządu terytorialnego, ale także na takim trochę – choć może to zabrzmieć brzydko – sprawdzaniu tego, co robią poszczególne ministerstwa w zakresie równego traktowania.

I ważną częścią tego „Krajowego programu działań na rzecz równego traktowania” jest takie zadanie, które określamy jako zadanie nr 4, priorytet: zdrowie. I okazuje się, że w tym priorytecie, czyli w zdrowiu, są rozpisane różne programy, które oczywiście w głównej mierze realizuje Ministerstwo Zdrowia, ale nie ma tam nic, ale to absolutnie

nic, czyli zero, o mężczyznach. Nasze plany w ramach pracy naszego departamentu zakładają, że w przyszłym roku będziemy zmieniać ten „Krajowy program działań na rzecz równego traktowania”. Przede wszystkim chcemy go uzbroić, czyli dać mu jakieś zęby, tzn. potrzebujemy narzędzi, potrzebujemy środków. No ale także wiemy, i to ważne, że w czasie, kiedy za poprzedniej władzy ten program był konsultowany – a dogrzebaliśmy się do wszystkich uwag i konsultacji, które nie zostały wzięte pod uwagę – były propozycje, żeby w tym „Krajowym programie działań na rzecz równego traktowania” znalazły się sprawy dotyczące w bardzo szerokim zakresie mężczyzn czy też dyskryminacji mężczyzn. I w każdym z tych zakresów – jednym z nich jest edukacja, drugim jest zdrowie – żeby sprawy mężczyzn były w jakiś sposób zaopiekowane.

Przede wszystkim chcemy więc powiedzieć, że zgłaszamy gotowość do tego, żeby faktycznie przy zmianie tego programu – we współpracy jak najbardziej chyba i z podkomisją, i oczywiście z Ministerstwem Zdrowia, z którym ta współpraca układa się dobrze – podjąć taką polityczną decyzję, żeby spriorytetyzować sobie na przykład jakieś działanie w obszarze dotyczącym zdrowia mężczyzn. I na podstawie takiej samodzielnej analizy, którą wykonaliśmy w ostatnich dniach (dość szerokiej) na temat tego, jak ta sytuacja wygląda, mamy podobne dane statystyczne, jakie pani dyrektor tutaj przedstawiała, pojawia nam się w ogromnym skrócie taki obraz, że przede wszystkim brakuje edukacji. Ale to jest coś, co – myślę – zostanie na pewno zaopiekowane w zakresie chociażby tego nowego programu, którym jest edukacja zdrowotna. Bo edukacja jest tutaj podstawą. Myślę więc, że ta profilaktyka, o której będziemy na pewno jeszcze dzisiaj dyskutować na podkomisji, dotycząca nie tylko stricte zdrowia fizycznego, ale także zdrowia psychicznego czy zdrowia seksualnego, to jest coś, co powinno być zaopiekowane w sposób systemowy, z zaznaczeniem, że dotyczy to także mężczyzn.

To, że zmiana jest możliwa, myślę, pokazuje nam przede wszystkim zainteresowanie Polaków, w tym także mężczyzn, zdrowiem psychicznym. To znaczy tu naprawdę wiele się zmieniło. Tu widać taką zmianę, że mężczyźni zgłaszają się i częściej jednak sygnalizują problemy dotyczące zdrowia psychicznego. I wydaje mi się, że to jest efekt dość dobrze przeprowadzonej debaty, ale także zainteresowania medialnego tym tematem. A to pokazuje, że kiedy o danym temacie mówi się więcej, mówi się głośniejszym głosem, to temat staje się częścią agendy politycznej. A co to oznacza? Oznacza to przede wszystkim, że jest wola polityczna do tego, żeby jakieś zmiany wprowadzić.

Drugą taką zmianą... Myślę, że tutaj w drodze wyjątku pozwolę sobie zadać pytanie pani z Ministerstwa Zdrowia, być może będzie pani знаła odpowiedź, bo mam na przykład jedno pytanie dotyczące tego programu profilaktycznego „40 plus”. Wiemy, bo sprawdzałam, że osób uprawnionych do tego programu było ok. 20 mln, natomiast wiemy, że z tego programu skorzystały tylko niecałe 3 mln osób – 2,8 mln chyba, takie mamy najnowsze dane statystyczne. Nie znalazłam nigdzie podziału na płeć i nie wiemy, czy takie dane w ogóle istnieją. Dlaczego o tym mówimy? Dlatego że jedna z rzeczy, na których będziemy skupiać się w następnych miesiącach, a właściwie latach, bo myślę, że tyle potrwa budowa tego systemu informacji, którą my będziemy zbierać, chociażby ze względu na płeć, będzie dotyczyła także takich danych. Bo dzisiaj widzimy, że tych danych brakuje. Za pomocą środków unijnych takie poszerzenie danych na pewno będzie z naszej strony budowane. I mogę powiedzieć zarazem, że będzie wola do tego, żeby w zakresie chociażby zdrowia też położyć nacisk na to, żeby te dane były różnicowane, jeśli chodzi o mężczyzn i o kobiety. Bo tak jak mówię, nie byliśmy w stanie w ciągu tych kilku dni znaleźć tej informacji. Być może Ministerstwo Zdrowia ją ma, a być może ona po prostu nie jest dostępna. Jeśli nie jest dostępna, to pokazuje to, że taki... Jest? Mamy? Z NFZ?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Przepraszam bardzo, pani przewodnicząca, ale chyba jest z nami osoba z Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak mi się wydaje. Tutaj na sali.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Nie ma.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Nie?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Przepraszam bardzo. Usiadła pani tak bardzo po lewej stronie i za daleko troszeczkę. Zapraszamy bliżej. Przepraszamy panią bardzo.

Ministra do spraw równości Katarzyna Kotula:

Dobrze. Czy NFZ może powiedzieć – z ciekawości – czy są te dane dostępne z podziałem na płeć?

Główny specjalista w Wydziale Lecznictwa Szpitalnego w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Alicja Uszyńska-Osowska:

NFZ gromadzi dane związane z numerem PESEL, tak że te dane mogą być wygenerowane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ministra do spraw równości Katarzyna Kotula:

To już jest jakiś pierwszy sukces tej podkomisji. Bardzo pani dziękuję.

Dobrze, to jest jedna kwestia. Oczywiście dla nas sprawą oczywistą jest kwestia pewnych funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów dotyczących chociażby badania się i tego, że jednak z jednej strony statystyki są nieubłagalne i pokazują, że kobiety badają się częściej. Faktem jest, że niezależnie od tego – pani z Ministerstwa Zdrowia to potwierdziła – że te środki przekazywane na profilaktykę dotyczącą kobiet czy też badań skierowanych głównie do kobiet i dotyczących mężczyzn nie są bardzo zróżnicowane, ale jednak... No właśnie, czyli jeżeli one są na równym poziomie, ale w przypadku kobiet te programy działają, kobiety mają dostęp do tych informacji, korzystają z tej informacji, a co za tym idzie, podejmują decyzję o badaniu się, to znaczy, że na tym poziomie pomiędzy tym, że środki są kierowane, a tym, że mężczyźni jednak na to badanie się nie decydują, coś jest nie tak.

I myślę o tym, że być może rzeczywiście jest trochę tak... A sprawdzałam to dzisiaj, powiem szczerze, na mediach społecznościowych, wrzucając pytanie o tym, czy mężczyźni się badają, a jeśli się nie badają, nie chodzą do lekarza, to dlaczego. I uzyskałam odpowiedź, że nie mają informacji na przykład o programie „Profilaktyka 40 plus”. Oczywiście... Słucham? Tak, ale to nie o to chodzi, bo jeżeli program jest nieskuteczny i faktycznie jest tak, że skorzystały z niego niecałe 3 mln osób z 20 mln uprawnionych, to znaczy, że coś jest z tym programem nie tak i być może należy go zmodyfikować. I to jest też dobry moment, żeby o tym mówić, że być może musimy zmienić źródło informacji. Bo wyobrażam sobie, że w jakimś bardzo idealnym świecie takim źródłem informacji są na przykład pracodawcy, związki zawodowe. Czyli to jest przyczynek do dyskusji o tym, gdzie ta informacja musi być dostępna i przez kogo musi być też upowszechniana, żeby była na tyle skuteczna, aby tę decyzję, tak jak mówię, mężczyźni podejmowali.

No i oczywiście myślę, że jedną z takich spraw, o których pani mówiła – to nie jest w zakresie naszych kompetencji, ale my to też zauważamy – jest kwestia stylu życia czy też ruchu, czy raczej braku ruchu. I tutaj jednoznacznie te statystyki pokazują, że są pewne choroby, na które mężczyźni zapadają częściej. Dlaczego o tym mówimy? Dlatego że bardzo chcielibyśmy – być może wspólnie z Komisją i z Ministerstwem Zdrowia właśnie – w tym „Krajowym programie działań na rzecz równego traktowania” wypisać sobie na następnych osiem lat jakieś dwa priorytetowe zadania. To może być kampania społeczna sprofilowana pod mężczyzn, to może być kwestia właśnie dostępu do informacji.

Jesteśmy na etapie pozyskiwania pewnego rodzaju środków, także unijnych, dla tych programów i być może jakaś mała część tych środków unijnych mogłaby być skierowana... Bo tak jak mówię, w budżecie z zerem złotych na krajowy program... I w spadku po poprzednim rządzie dostaliśmy na równe traktowanie dokładnie 38 tys. zł na rok i te pieniądze skończyły się w sierpniu. Być może więc część środków unijnych moglibyśmy użyć, ale też wnioskując o dodatkowe finansowanie w przyszłorocznym budżecie, jakąś część mikrośrodków tym bardziej skutecznie przeznaczyć – myślę – na informowanie albo na jakiś jeden szczególnie program, który Ministerstwo Zdrowia uzna za priorytetowy i który moglibyśmy z Komisją przedyskutować. Bo, tak jak mówię, słabością z naszej strony jest to, że poza tym, że możemy oczywiście rozmawiać o równym dostępie, bardziej chcemy się skupić na tym, że nie ma ani jednego programu – z osiemdziesięciu, które

mamy pod swoim nadzorem – który byłby w zakresie zdrowia skierowany do mężczyzn. Dziękuję. Jesteśmy gotowi także na dyskusję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Fantastycznie. Bardzo dziękuję za tę deklarację. Na pewno chętnie skorzystamy, bo to ważny temat.

Otwieram dyskusję, chyba że pani z Narodowego Funduszu Zdrowia chciałaby jeszcze zabrać głos. Zapraszam serdecznie.

Główny specjalista w Centrali NFZ Alicja Uszyńska-Osowska:

Mogę państwu przedstawić dane, ponieważ dysponuję danymi dotyczącymi wartości finansowanych świadczeń z zakresu chorób onkologicznych, które dotyczą głównie nowotworów narządów płciowych męskich oraz przerostu prostaty, chorób zapalnych gruczołu krokowego oraz niepłodności męskiej. Te nakłady, jak można się spodziewać, na przestrzeni ostatnich lat – mam dane do 2024 r., ale może będę operować pełnym rokiem, czyli rokiem 2023 – sukcesywnie wzrastają. Jeśli chodzi o nakłady na nowotwory złośliwe narządów płciowych, najwyższe są oczywiście w raku prostaty. W oddziałach szpitalnych tej części dotyczącej leczenia zabiegowego to jest ponad 348 mln zł, kolejna kwota to leczenie raka prostaty w ramach radioterapii, to jest ponad 473 mln zł, a w ramach programów lekowych to są ponad 342 mln zł.

Natomiast od 2022 r. funkcjonują też zabiegi operacyjne z użyciem systemu robotowego i na przestrzeni tych trzech lat widać, że jest istotny wzrost zarówno liczby realizowanych świadczeń, jak i liczby podmiotów, które realizują te świadczenia. W 2022 r. to było 27 podmiotów, w tej chwili 43. I obecnie wartość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie tych świadczeń przekroczyła 135 mln zł. Natomiast dla porównania radykalna prostatektomia metodą laparoskopową klasyczną w 2023 r. wyniosła 110 mln zł, czyli jest niższa niż zabiegi metodą z użyciem systemu robotowego. To takie najogólniejsze informacje dotyczące raka prostaty.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Pani ministra jeszcze chciała słówko?

Ministra do spraw równości Katarzyna Kotula:

Tak, jeśli mogę jeszcze, bo rzeczywiście pani z Ministerstwa Zdrowia wspomniała o czymś, o czym my też myśleliśmy, być może kładąc na stole różne propozycje tego, jak my sobie to wyobrażamy i co mogłoby się znaleźć m.in. w tym programie, patrząc na inne zadania, które tu mamy we współpracy przeważnie z ministerstwami. I to są faktycznie te mammobusy, co wydawałoby się taką oczywistością. Oczywiście rozumiem, że to wymaga nakładu i środków. Ale z ciekawości powiem państwu też, że odezwali się do mnie studenci piątego roku psychologii, którzy dyskutowali na ten temat, po tym jak pytanie z mojej strony pojawiło się w mediach społecznościowych. I że rzeczywiście często stereotypowo, i to na pewno wszyscy się z tym zgadzamy, jest tak, że kobiety częściej mają do czynienia ze służbą zdrowia, z ochroną zdrowia, przepraszam. Dlatego że jeśli mają dzieci, to ten kontakt jest od momentu zajścia w ciążę. Czy to jest prawda, czy nie, nie wiemy. Ale myślę, że możemy we współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego (bo planujemy też we współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego zlecenie kilku różnych badań dotyczących problemów społecznych) zastanowić się na przykład, czy byłaby jakaś przestrzeń na to, żeby to w jakiś sposób zbadać i żebyśmy właśnie pod kątem różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami mogli to sprawdzić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Otwieram dyskusję i zapraszam do zabrania głosu w pierwszej kolejności koleżanki parlamentarzystki. Proszę bardzo. Która pani pierwsza? Zapraszam.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Jeszcze raz dziękuję, pani przewodnicząca. W takim razie pozwolę sobie zabrać głos jako pierwsza.

Mam krótkie pytanie do pani, która reprezentuje Ministerstwo Zdrowia. Ten program badań w kierunku wykrywania raka płuc – z notatek, które tutaj mam przed sobą, widzę, że on jest zaplanowany do końca drugiego kwartału 2024 r. Czy on będzie przedłużony, czy to jest ta data, czy po prostu jest nieuzupełniona informacja? Dziękuję bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, program, o którym mówiłam, to jest program ministra zdrowia. On został przedłużony rzeczywiście o pół roku, dlatego że chcielibyśmy, aby do koszyka w zakresie programów zdrowotnych na stałe weszło analogiczne świadczenie. Czyli żeby ten przesiew z programu znalazł się na stałe w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Posel Urszula Koszutska (KO):

Do kiedy będzie trwał ten program?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Planujemy, że program ze środków ministra zdrowia będzie trwał do połowy przyszłego roku.

Posel Urszula Koszutska (KO):

Do czerwca 2025 r.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Tak, zapraszam.

Posel Wioleta Tomczak (Polska 2050-TD):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna podkomisjo, szanowni państwo, dziękuję bardzo za to spotkanie. Przepraszam za spóźnienie, ale inne obowiązki parlamentarne uniemożliwiają czasem obecność w dwóch miejscach naraz. Widzę, że tutaj skupiliśmy się – i słusznie oczywiście – na długości życia mężczyzn, krótszej od kobiet, oraz na problemach nowotworowych, przynajmniej w tym sprawozdaniu. Chciałam zapytać, czy rozmawiali państwo także o kwestii zdrowia psychicznego mężczyzn. Bo wiemy, że wśród dorosłych mężczyzn częściej popełniane są skuteczne próby samobójstwa. I w rozmowach z organizacjami pozarządowymi, które bliżej zajmują się tematem, słyszę bardzo głośny alarm dotyczący tego, że oczywiście słusznie skupiamy się na dzieciach i młodzieży, kobiety często, podejmując próby samobójcze, chcą po prostu pokazać, zawołać, że potrzebują pomocy, a mężczyźni z kolei podejmując próby samobójcze, robią to bardzo radykalnie i tutaj nie ma kwestii wołania o pomoc. Czy w ogóle analizujemy więc to, czy jest przestrzeń – a powinna być – żeby zająć się właśnie zdrowiem psychicznym mężczyzn? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To takie pytanie z tezą było. To ja jeszcze dodam do tego seniorów. Bo z tego co czytałam, to bardzo wzrasta liczba samobójstw również wśród seniorów, depresji i samobójstw.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Oczywiście odpowiedni departament zdrowia publicznego, który bezpośrednio nadzoruje kwestie psychiatrii i w ogóle zdrowia psychicznego kobiet, mężczyzn, ale też i dzieci, wiem, że będzie podejmował jakieś działania i na pewno ma analizy w tym zakresie. Ja mogę tylko powiedzieć paniom posłankom, że przekażę tę informację i jeżeli panie będą chciały uzyskać taką odpowiedź, to udzielimy jej na piśmie – jak to wygląda i czy mamy w ogóle takie dane, czy są zbierane dane, bo trend jest rzeczywiście zauważalny. Natomiast o tym dopiero w ostatnich latach głośniej zaczyna się mówić. Bardzo dziękuję za ten głos, przekażę oczywiście tę informację.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pani poseł Ueberhan. Wywołuję, bo jeszcze mamy jedną posłankę. Zapraszam.

Posel Katarzyna Ueberhan (Lewica) – spoza składu podkomisji:

Zostałam wywołana do tablicy, ale powiem szczerze, że przyszłam bardziej posłuchać, niż zabierać głos. Temat zdrowia, też zdrowia mężczyzn, dbałości o zdrowie jest tematem ważnym. Dołączam się do pytania o stan zdrowia psychicznego. To też bardzo ważna kwestia,

coraz poważniejsza i coraz ważniejsza w debacie publicznej. Cieszę się, że wreszcie jest to temat poruszany w debacie publicznej, że przestał być tematem tabu, tematem wstydliwym. Choć może faktycznie w grupie, o której mówimy, czyli mężczyzn, nadal jest to temat trudniejszy do rozmowy niż dla innych grup, w szczególności dla osób młodych. Widzimy, że to te osoby wprowadzają zmianę w podejściu do kwestii zdrowia psychicznego, ale miejmy nadzieję, że też zdrowia w ogóle. Tak ważne jest więc również działanie tej podkomisji. Tak że dziękujemy pani przewodniczącej za jej prowadzenie i podejmowanie ważnych, bieżących tematów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Serdecznie dziękuję.

Pani poseł Kozłowska.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Szanowni państwo, pani minister, jest takie smutne powiedzenie: kobiety chorują, mężczyźni umierają. I tu chciałabym zapytać, czy jest jakieś zróżnicowanie między zachorowaniami u mężczyzn na wsiach i w mieście. Jaka jest dostępność profilaktyki, diagnostyki, leczenia dla mężczyzn mieszkających w miastach i dla mężczyzn mieszkających na wsi? Czy widzicie państwo zróżnicowanie między tym, że mężczyźni na przykład z miasta chętniej podejmują się badań i próbują się zdiagnozować niż mężczyźni na wsi, czy na odwrót? Czy jest jakaś struktura wiekowa, jeżeli chodzi o zachorowalność na różnego rodzaju choroby, na które mężczyźni najczęściej zapadają? Takie krótkie pytania. Bardzo dziękuję.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o dostępność świadczeń, które teraz funkcjonują w koszyku świadczeń gwarantowanych, staramy się monitorować to razem z Narodowym Funduszem Zdrowia i monitorować przede wszystkim dostępność. Ona jest, bo świadczenia gwarantowane są gwarantowane dla wszystkich, ale niestety nie mamy realnego wpływu na to, w jakim czasie pacjent zgłosi się do lekarza z objawami.

To, co zostało tutaj powiedziane, to przede wszystkim edukacja i umożliwienie, ułatwienie dostępności pacjentom. Ja na przykład z doświadczenia wiem, jak pracowaliśmy przy zmianie kryterium wieku dla mammografii, to obserwowaliśmy w różnych województwach różne narzędzia, które służyły dyrektorom szpitali dużych placówek, ale nie tylko. Okazało się, że dostępność w niektórych województwach była wyższa i wynikała z prężnego działania dyrektorów poszczególnych centrów onkologii, którzy posiłkowali się właśnie takimi narzędziami jak mammobusy wyjeżdżające w niedzielę do mniejszych miejscowości o określonych porach, w środku dnia, w czasie mszy na przykład. Po prostu one jednoznacznie wskazywały, co potencjalny pacjent musi zrobić, bo pacjentka musi wejść do tego mammobusa, zwłaszcza że to było bardzo silnie poparte namawianiem ze strony rodziny. I akurat u nas bardzo spодobało się to rozwiązanie.

Nie możemy tego wprowadzić centralnie, bo nie możemy zmusić pacjenta do tego, żeby poddał się badaniu. Ale eksponując zagrożenia wynikające z wykrycia choroby na późnym etapie, czyli głośno o tym mówiąc – i na przykład tutaj seriale okazały się bardzo dobrym narzędziem, takim środkiem przekazu – częściej pacjenci zgłaszają się i mówią o tych problemach. Poza tym badania w miejscach pracy. Ale tu też został poruszony bardzo istotny wątek medycyny pracy, czyli żeby zaangażować medycynę pracy. I tu też staramy się, żeby medycyna pracy została włączona w ten system. Zdajemy sobie sprawę, że lekarze medycyny pracy to nie są lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, więc trzeba będzie przeskoczyć te bariery organizacyjne. Czyli żeby pacjent został zbadany, lekarz medycyny pracy musiałby być lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Często tak nie jest.

Drugą kwestią – bardziej barierą psychologiczną – może się okazać (to też są nasze spostrzeżenia), że pacjenci mogą czuć lekką obawę przed badaniami w ramach medycyny pracy, aby te badania były niejako badaniami profilaktycznymi. Dlaczego? Dlatego że może pójść taki nieprawdziwy przekaz, że jeżeli badanie wyjdzie mi źle, to ja już jestem takim trochę słabszym pracownikiem i może się to wiązać po prostu z poczuciem zagrożenia, że stracę pracę. Badamy więc różne czynniki i zastanawiamy się nad tym, jak dotrzeć oczywiście do tych najmniejszych miejscowości i po prostu przekonać ludzi, którzy zajęci swoją pracą

po prostu nie mają czasu ani ochoty badać się i boją się, że wykryty nowotwór to jest po prostu wyrok. A okazuje się, że tak nie jest i teraz nowotwór staje się chorobą przewlekłą.

Pani poseł, danych liczbowych w tym momencie nie mam, ale doskonale rozumiem pani przekaz. Chcemy dotrzeć do tych mniejszych miejscowości i chcemy, żeby centra kompetencji i zlokalizowane przy nich ośrodki, które mogłyby badać, przesiewać pacjentów, znajdowały się na tyle blisko pacjenta – dlatego wspominam o POZ czy gminnym ośrodku zdrowia – żeby pacjent po prostu tam poszedł. To jest rzecz, która chyba spędza sen z powiek, jak zachęcić pacjenta do badania i jak przekazać mu te informacje, bo nie każdy jest z informatyzowany. My zdajemy sobie sprawę z tego, że nie każdy pacjent odczytuje SMS-y, nie wszyscy mają też komórki o takich funkcjonalnościach, że odbierają właśnie mejla czy też jakieś powiadomienia, więc chcemy różnymi sposobami dotrzeć. Ale teraz chyba najistotniejszym problemem jest to, żeby zabezpieczyć ten dostęp w mniejszych miejscowościach i żeby zachęcić tych ludzi, którzy nie są zdecydowani i nigdy nie byli. Bo niestety statystyki są tak smutne, że jak pada pytanie, kiedy ostatnio kobieta była u ginekologa, to ona zastanawia się, ile lat ma jej najmłodsze dziecko. I to jest taki trochę smutny wniosek, ale rzeczywiście może odwrócimy ten trend.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Teraz ja sobie pozwolę zabrać głos, szybciotko, żeby zaraz oddać głos stronie społecznej. To, co pani dyrektor powiedziała o medycynie pracy, to było jedno z moich pytań. Rozmawialiśmy z ministrami Kotulą na ten temat, że może by wprowadzić po prostu na przykład te badania PSA do badań w zakładach pracy, tak jak mamy te badania okresowe. Tam jest już w tej chwili i HIV, i HPV, no i jest HBs, jeśli chodzi o krew, EKG, Rtg, to dlaczego by nie wprowadzić panom tego badania?

I teraz to, co pani mówi o tym, że ludzie nie bardzo chcą się badać w zakładach pracy, bo myślą, że będą tymi mniej wartościowymi pracownikami, jak coś nie wyjdzie. Odwróćmy trend. Powiedzmy ludziom tak: słuchajcie, przecież jak będziecie się badać, to nie zachorujecie tak szybko i będziecie mogli dłużej pracować i będziecie dłużej wartościowymi pracownikami, będziecie rzadziej zapadać na różne choroby. Tylko musimy o tym w ten sposób mówić, bo tak jak pani powiedziała, że może straszyć – straszenie też jest super, bo do niektórych trafia. To jest w ogóle pytanie, które też chciałam zadać panom, co bardziej do nich trafia: czy edukacja strachem, czy edukacja takim przekonywaniem, że jak będziesz się częściej badać, to będziesz dłużej w pełni zdrowia, będziesz tym facetem, który tam wszystko ogarnie itd.? Mnie tego nie trzeba mówić, 37 lat krew pobierałam w różnych sytuacjach i oczywiście chłopcy mdleli przede wszystkim, nie dziewczyny.

Ale jeszcze tak już przechodząc bardziej do konkretnych pytań, bo pani powiedziała o tych nowotworach płuc i że jest ich więcej – czy myśli pani, że to ma jakiś związek z tym, że tak bardzo dużo teraz osób pali e-papierosy i te jednorazowe papierosy? Czy to już może być ta tendencja, czy to jeszcze za wcześnie, żeby ta młodzież zachorowała? To tak może po kolei, bo jeszcze mam ze trzy pytania.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

To jest za wcześnie, pani przewodnicząca. Nie mamy jeszcze takich badań. Oczywiście tutaj dmuchamy na zimne w tym zakresie. Tutaj raczej czynniki środowiskowe. Palenie papierosów oczywiście też, ale niestety, czynniki środowiskowe. Dokładnie tak, tak jak właśnie pan profesor mówi. To są te czynniki, które są czynnikami zachorowania na raka płuca i w ogóle chorób klatki piersiowej. POChP, która jest bardzo powszechną chorobą, jest jednym z czynników zachorowania na raka płuca.

Ale jeszcze, przepraszam, czy ja mogę coś powiedzieć à propos medycyny pracy? Bo tu się zastanawiamy nad różnymi wariantami. I teraz w ramach POZ co rusz nowelizujemy to rozporządzenie... Ale pracujemy nad pakietami bilansowymi – to ma wejść w połowie przyszłego roku, tak prognozujemy – i chcielibyśmy, żeby badania diagnostyczne były podzielone względem wieku pacjenta. Czyli nie byłby to taki duży worek – i nie wiadomo, co zlecać. I nie tylko „40 plus”, bo przecież te badania mogłyby się zacząć dużo wcześniej. Po prostu chcielibyśmy pogrupować odpowiednie badania, na przykład TSH, i zaproponować w odpowiednim przedziale wiekowym, żeby ta zgłaszalność była większa

i żeby po prostu wykrywać choroby na wczesnym etapie. Przecież na choroby endokrynologiczne, a zwłaszcza na niedoczynność tarczycy, zapadają nastolatki.

Chcemy więc iść w tę stronę, żeby podzielić badania na odpowiedni wiek i wtedy może byłoby jasne dla pacjenta, co mu przysługuje i co powinien zrobić. Żeby też nie przestraszył się może nadmiarem badań, które musi wykonać i które potem lekarz POZ najpierw będzie analizował i tak naprawdę wyciągał wnioski, tylko biorąc pod uwagę zapadalność na poszczególne choroby, wytypować te badania, które należy zlecić. I dodatkowo informować pacjenta już na tym etapie, że w ramach POZ i w ramach tych podstawowych badań przysługują nam przecież właśnie badania profilaktyczne, czyli zachęcać kobiety do badania w kierunku profilaktyki raka szyjki macicy. I tutaj też planujemy specjalny program, który poszerzy rodzaje badań, taką nowoczesną diagnostykę wprowadzi. Skierować kobiety do mammografii albo przypomnieć na tym etapie, że w ramach tego kwestionariusza, który wypełni, jeszcze prosimy, aby pani poddała się takiemu badaniu. Byłoby to wtedy skoncentrowane tak naprawdę w tym jednym bilansie. Czyli osoba, która jest w danym wieku, zostaje przyporządkowana, powiem kolokwialnie, do określonego pakietu badań. Planujemy, żeby to weszło w przyszłym półroczu. Ale jednocześnie bardzo chcielibyśmy – już nawet były przymiarki – żeby z medycyną pracy to zderzyć, żeby badania w miejscu pracy były takim trochę przyczynkiem do takich badań, bo jednak większość osób pracuje, jesteśmy w biegu i właśnie to jest to miejsce, które powinno nam o tym przypominać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Wydaje mi się, że to jest naprawdę dobry pomysł. Jeszcze tylko mam jedną właściwie uwagę, nie pytanie, bo już nie chcę zabierać więcej czasu, à propos zdrowia psychicznego mężczyzn. Właśnie tak jak pani ministra powiedziała, ja też widzę ten trend, że to się odwraca, że ten tzw. wstyd, bo o to chyba głównie chodziło, że „jestem mężczyzną, powinienem być silny, powinienem sobie sam poradzić ze swoimi problemami psychicznymi”, że to już przestaje być problemem. I że coraz częściej, właśnie zaczynając od młodych mężczyzn, którzy w ogóle się nie wstydzą pójść do psychologa, ale i coraz starsi mężczyźni, jak w trakcie rozmów się słyszy, mówią, że mają terapię i po prostu idą na terapię – i mówią o tym otwarcie. I to nie jest problem. Bardzo bym chciała również, żeby o tych badaniach dotyczących męskich chorób w końcu też mogli sobie koledzy przy herbatce porozmawiać. I że to też nie jest żaden wstyd, że trzeba się zbadać. A wręcz niech to będzie modne.

I teraz – à propos modne – chciałabym oddać głos pomysłodawcy dzisiejszego naszego spotkania. Radku, to o tobie mowa. Mój kolega z partii Razem, który przyszedł do mnie i powiedział, czy może byśmy zrobili taką podkomisję z takim tematem. Bardzo więc proszę cię, żebyś powiedział, skąd pomysł i w ogóle co tutaj robimy między innymi. Dzięki.

Przedstawiciel partii Razem Radosław Kozłowski:

Dziękuję serdecznie, pani przewodnicząca.

Dzień dobry, pani minister, dzień dobry wszystkim pozostałym posłankom, nazywam się Radosław Kozłowski i – jak już przewodnicząca mnie wprowadziła – jestem działaczem partii Razem, ale nie tylko. Jestem również działaczem Stowarzyszenia na rzecz Chłopców i Mężczyzn. Tutaj mam obok siebie swojego kolegę Adama Dyję. Czemu? Przede wszystkim dlatego, że pozazdrościłem moim koleżankom, które są tutaj bardzo zorganizowane. To znaczy uważam, że kobiety dużo lepiej potrafią walczyć o swoje prawa, ponieważ mają ten – czy naturalny, czy jakkolwiek nienazwany – dryg do autoorganizacji i walki o swoje prawa. Zainspirowany tym wstąpiłem do stowarzyszenia, zacząłem współpracę właśnie z Adamem. I jeśli mogę wykorzystać tę chwilę na zadanie konkretnych pytań, to również chciałbym skorzystać.

Tutaj do pani dyrektor będę miał pytanie. Była mowa o badaniu PSA de facto do połowy 2025 r. Czy te badania są planowane do wciągnięcia do tego koszyka świadczeń gwarantowanych? To jest pierwsze konkretne pytanie. Drugie pytanie, które mam, w zasadzie odnosi się do osoby, która obok mnie siedzi, ponieważ była wspomniana informacja o tym, że kobiety się częściej badają. Tak, to jest prawda. Ja wspomniałem o tym, że kobiety się częściej organizują i to jest miejsce, w którym chciałbym i pochwalić, i przypomnieć być może ministerstwu, że warto wykorzystać właśnie tę trzecią stronę, stronę społeczną.

Bo poza ogromnymi pracami pani przewodniczącej, pani dyrektor i pani minister, bardzo, bardzo dużo kobiet pracuje u podstaw, na przykład w fundacjach amazonek. I jest to świetna organizacja, która zajmuje się dystrybucją i informowaniem dziewczyn w Polsce powiatowej, w Polsce średniomiejskiej i wielkomiejskiej o tym, że należy się badać.

I trzecie, ostatnie pytanie, chciałbym zauważyć, że jeśli będziemy analizować dane i wykorzystywać medycynę pracy do promocji męskiego zdrowia, szczególnie jeśli chodzi o Polskę powiatową i tę małomiejską, to czy ministerstwo zdaje sobie sprawę z tego, że bardzo, bardzo wiele osób właśnie w takich regionach, mówiąc wprost, pracuje na czarno? Być może nie będzie więc obsłużona przeniesieniem tego koszyka usług do medycyny pracy, w związku z czym powstanie duża dziura dostępu do świadczeń. Tyle. Dziękuję. W razie pytań jestem dostępny.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Dziękuję bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, oczywiście chcemy, żeby badanie PSA było w koszyku i żeby było dostępne. To jest badanie podstawowe, absolutnie nie wyobrażamy sobie, żeby tego badania nie było, więc chciałabym zapewnić, że badania będą kontynuowane.

Natomiast jeśli chodzi o osoby, które pracują na czarno, to medycyna pracy miała być po prostu jednym z punktów, w których można by było wykonać takie badania. One miały się różnie nazywać: badania profilaktyczne, chorób cywilizacyjnych. Były różne pomysły na to. Ale to, co przysługuje pacjentowi w ramach koszyka, jest zupełnie niezależne od tego, czy pacjent akurat będzie objęty medycyną pracy. Więc ta dostępność do badań jest dla każdego pacjenta, dlatego myślę, że nie ma takich obaw, tak że proszę się nie martwić, że będą jakieś białe plamy.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę bardzo.

Przedstawiciel partii Razem Radosław Kozłowski:

To znaczy ja całkowicie rozumiem, że będzie dostępna, o ile PSA zostanie wciągnięte do koszyka świadczeń gwarantowanych, ale tutaj właśnie, czego nie widzę, ale wiem, bo pani dyrektor powiedziała, że został wydłużony program de facto do połowy 2025 r. i część z tych badań przesiewowych ma być realizowana poprzez medycynę pracy. I do tego raczej bym się odniósł, że jeśli badania przesiewowe będą realizowane poprzez medycynę pracy, to bardzo wiele osób może być pozostawionych z boku, gdyż nigdy do lekarza medycyny pracy nie pójda, ponieważ pracują na czarno.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Nie, nie, to ja może odpowiem, bo to są trzy różne rzeczy. To, co będzie przedłużone, to jest program przesiewowy raka płuca, czyli niskodawkowa tomografia emisyjna ze środków ministra zdrowia. To jest przesiew raka płuca. To nie jest program „40 plus”. W zakresie programu „40 plus” jest badanie PSA i właśnie w tym momencie trwają prace na temat tego, w jaki sposób zmodyfikować program „40 plus”, żeby była zapewniona ciągłość udzielania tych świadczeń. Czyli czy to będzie stworzony produkt w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z zakresem badań, który był w „40 plus”, czy też jakiś inny pomysł, ale na pewno od 1 stycznia planujemy, że będzie po prostu ciągłość udzielania tych świadczeń.

Medycyna pracy to jest trzeci temat, który na ten moment nie będzie zorganizowany. To znaczy my w ciągu dwóch miesięcy na pewno nie dokonamy takich zmian jako resort, które by zaangażowały medycynę pracy. Powiedziałam o tym dlatego, że powszechnie w opinii publicznej i w ogóle z doniesień mamy takie informacje, że jest bardzo duże zainteresowanie tym tematem.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pani dyrektor, to ja się włączę, bo przejdziemy dalej do dzisiejszego tematu, ponieważ następna podkomisja jest dokładnie o medycynie pracy – i będzie w grudniu. I już zapraszam panią dyrektor do siebie.

Teraz proszę następne osoby. Kto chciałby jeszcze zabrać głos? Proszę się zgłaszać. Proszę się tylko przedstawić.

Sekretarz zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej Jakub Kucharz:

Dzień dobry, Jakub Kucharz z Narodowego Instytutu Onkologii i Kliniki Nowotworów Układu Moczowego. Jestem też członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja tak trochę czuję się wywołany do odpowiedzi w kontekście tych pytań, które padały, więc pozwolę sobie jako onkolog kliniczny parę rzeczy sprecyzować. Po pierwsze, rak płuca, o którym pani przewodnicząca mówiła w kontekście czynników etiologicznych, to na pewno... na pewno to nic nie jest, ale jest bardzo mało prawdopodobne, aby ten wzrost zachorowań był widocznym efektem używania tych nowych form palenia. W związku z tym, że proces karcynogenezy, jak chodzi o raka płuca, to jest proces wieloletni – to jest proces szacowany na okres między 7 a 12 lat. Nie jest to więc historia tego typu, że ktoś miesiąc temu, dwa miesiące temu czy rok temu zaczął palić i zachoruje na klinicznie jawnego raka płuca w tak krótkim czasie. To po pierwsze.

Po drugie, wiem, że to się może wydać nieco kontrowersyjne, co teraz powiem, ale jak chodzi o oznaczanie stężenia PSA, my wiemy, że to nie jest badanie, które sprawdziło się gdziekolwiek jako badanie przesiewowe populacyjne w kontekście tej choroby. Dlaczego? Dlatego że populacyjnie wczesne wykrycie w wielu przypadkach nie przekłada się na poprawę przeżycia. Nie jest to więc badanie, które jest rekomendowane jako screening populacyjny. To jest, myślę, dosyć istotna informacja, szczególnie że w wielu przypadkach my wykrywamy raki prostaty, które są klinicznie nieistotne. Czyli taka sytuacja, kiedy na przykład u pana w bardzo zaawansowanym wieku, z wieloma chorobami współistniejącymi, stwierdzamy podwyższone stężenie PSA, wykrywamy raka o niskim stopniu zaawansowania – tu tak naprawdę prawdopodobieństwo, żeby ten pacjent zmarł z powodu raka gruczołu krokowego, jest niskie czy wręcz bliskie zeru tak naprawdę w kontekście jego przewidywanego czasu przeżycia związanego z chorobami współistniejącymi i z zaawansowanym wiekiem.

Nie mówię w kontekście tego, żeby nie wykonywać tego badania, tylko chciałbym zwrócić uwagę, że to oznaczenie stężenia PSA i to, co się z nim wiąże, to musi być coś wykonywanego w sposób rozważny. Myślę sobie i to jest taka debata, która trwa w środowisku onkologów klinicznych i urologów – jesteśmy w trakcie rozmów między Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, Polskim Towarzystwem Onkologicznym i Polskim Towarzystwem Urologicznym – że to jest kwestia skierowania do urologa czy konieczności skierowania do urologa. Myślę, że tutaj w kontekście tego, o czym pani minister mówiła, równości – no, wiemy, że kobieta do ginekologa skierowania nie potrzebuje. Mężczyzna, który ma problem, nazwijmy to, urologiczny, musi przebić się przez oczekiwanie w POZ i otrzymanie skierowania.

I to, co jest ogromnym problemem, proszę państwa, niezależnie od specjalności, o której będziemy mówić – czy to będą onkolodzy kliniczni, czy urolodzy – to jest dramatyczna tak naprawdę sytuacja kadrowa. Może dramatyczna to przesadzam, ale zła sytuacja kadrowa. Proszę państwa, w Czechach, z którymi współpracuję (współpracuję naukowo z ośrodkami czeskimi), jest więcej onkologów klinicznych i znacznie więcej urologów niż w Polsce. Tam jest dziesięciomilionowa populacja, a jaka jest populacja w Polsce myślę, że nie muszę nikomu z państwa mówić. Ważne jest więc to, żeby ci pacjenci kierowani byli do specjalistów w sposób rozważny – w sytuacji, kiedy jest to potrzebne. Myślę, że bardzo istotnym elementem są te centra kompetencji i referencyjność ośrodków, która będzie wprowadzana wraz z Krajową Siecią Onkologiczną. Myślę, że to jest bardzo istotny element.

I ostatnie, o czym chciałbym powiedzieć, to aktywność grup pacjenckich w kontekście tego, o czym pan mówił. Amazonki, proszę zobaczyć, to są bardzo często młode kobiety. Najczęściej występujący pod względem zachorowalności nowotwór złośliwy wśród kobiet to jest rak piersi. Rak płuca jest pierwszą przyczyną zgonu. To się zmieniło. Młode kobiety, które powiedziałbym, że są drajwerem tych akcji społecznych, które się wydarzają, tego nakręcania, przepraszam za wyrażenie, świadomości. No i to jest trochę tak, że kobiety jak już się wzięły za tego raka piersi, to się wzięły też za inne rozpoznania

przy okazji. Jak ja widzę organizacje pacjenckie, z którymi mam jako onkolog, jako członek zarządu PTOK do czynienia, to kobiety są niezwykle dynamiczne, powiedziałbym, i skuteczne w działaniu. I na przykład jak popatrzymy na inne rozpoznania: nowotwory przewodu pokarmowego, nowotwory płuca, to ja nadal tam widzę głównie kobiety działające na rzecz pacjentów.

A teraz popatrzymy na populację chorych na raka gruczołu krokowego, czyli najczęstszy nowotwór złośliwy wśród mężczyzn. Czynnikiem ryzyka numer jeden zachorowania jest wiek i absolutna większość pacjentów jest powyżej 65. roku życia. Wielu z tych mężczyzn jest, o czym pani dyrektor mówiła, niezinformatyzowanych, więc oni nawet nie wiedzą, gdzie szukać, nie wiedzą, jak szukać. Nie ma takiego, powiedziałbym – znowu użyję tego słowa – drajwera, który by pchnął tę świadomość społeczną na jakieś szersze wody. Z kolei nowotwory jądra, najczęstsze nowotwory u młodych mężczyzn, poniżej 40. roku życia, to najczęstszy nowotwór złośliwy. W całej populacji to jest generalnie choroba dosyć rzadka, ale świadomość na temat tej choroby jest zdecydowanie niedostateczna. A dlaczego? Myślę, że dlatego, że populacyjnie to jest rzadka choroba, to jest ok. 1400 zachorowań rocznie. Ze świetną wyleczalnością, sięgającą 90% nawet w chorobie zaawansowanej, w chorobie przerzutowej.

Tak naprawdę więc, gdzie się dzieje najwięcej ze strony pacjentów? Tam, gdzie jest duża liczba zachorowań, gdzie stosunkowo młodzi pacjenci chorują i tam, gdzie efektywność leczenia... Bo proszę zobaczyć, co się wydarzyło w raku piersi na przykład. Postęp w onkologii klinicznej jest niesamowity. Jak zaczynałem pracę 14 lat temu, to w wielu typach biologicznych tej choroby nie mieliśmy efektywnego leczenia. Teraz to jest choroba w absolutnej, można powiedzieć, większości przypadków, nawet w chorobie przerzutowej, przewlekła, z którą pacjentki żyją wiele lat. Ale co się wydarzyło? Pojawiły się programy lekowe, pojawiły się nowe terapie, były też akcje pacjentów, które podnosiły znaczenie dostępu do tych terapii.

Bo oczywiście, proszę państwa, dostęp do nowoczesnych terapii to jest tylko element. To nie jest coś, co załatwia wyleczalność, załatwia czas przeżycia tych pacjentów. Tylko to jest świadomość, zgłaszalność, współpraca z lekarzami i oczywiście funkcjonowanie ośrodków wielospecjalistycznych. Bo my już dawno w onkologii wiemy, że nie ma takiej historii praktycznie w onkologii, że chirurg pacjenta wyleczy sam czy radioterapeuta wyleczy pacjenta sam. We wszystko muszą być zaangażowane zespoły interdyscyplinarne. I to na wielu nowotworach fantastycznie widzimy, jak to się poprawiło na przestrzeni lat.

Nie wiem, czy jeszcze mogę chwilę, bo nie chcę jakoś bardzo dużo czasu zabrać. Ale proszę państwa, króciutko, w 2015 r. pojawiła się publikacja, gdzie oceniano odsetek pięcioletniego przeżycia u chorych na raka odbytnicy. To jest choroba, która absolutnie musi być leczona interdyscyplinarnie. W 2015 r., powiedziałbym, flanką wschodnią – pięcioletnie przeżycia to 35%, ośrodki akademickie i instytuty – pięcioletnie przeżycia 65%. I to nie była kwestia tego, że był dostęp do innego leczenia, tylko było to leczenie wielodyscyplinarne z angażowaniem wielu specjalistów. I nad tym też musimy pracować. Tak naprawdę we wszystkich rozpoznaniach. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za ten naprawdę ważny głos, bo jednak chociażby w kwestii dostępności do badań, do urologów to wiadomo, że nie jest łatwo. My faktycznie mamy to w sumie bez kolejki. Chociaż prawdę powiedziawszy, osobiście nie pamiętam, kiedy byłam u lekarza ginekologa na Narodowy Fundusz Zdrowia, bo po prostu nie mam ginekologa w swojej przychodni, do której chodzę. Tak to wygląda. Zapraszam pana.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Dzień dobry państwu. Janusz Meder, 52 lata pracy w Narodowym Instytucie Onkologii, 25 lat działalności w Polskiej Unii Onkologii i 8 lat w think tanku Medyczna Racja Stanu.

Chcę tylko powiedzieć krótko, bo czasu mamy pewnie niewiele, bo już długo tutaj wysłuchujemy bardzo ważnych głosów – mówimy o temacie, który jest właściwie najważniejszy, a przez ostatnie kilkadziesiąt lat nie zrobiono nic takiego, co by postawiło to na pierwszym miejscu. Bo inwestycja w zdrowie publiczne, w prewencję, profilaktykę, edukację przede

wszystkim, która już od dawna powinna mieć miejsce – teraz dopiero zaczyna coś się dziać w tym zakresie na szczęście.

Ale, proszę państwa, niczego nie zmienimy w społeczeństwie bez mądrej edukacji, bez czujności onkologicznej. Bo jeżeli mówimy o działaniach zmierzających do poprawy postaw prozdrowotnych w społeczeństwie, braniu na siebie odpowiedzialności osobistej za swoje zdrowie, to są właściwie lata edukacji, od przedszkola do seniora – można tak w dużym skrócie powiedzieć. Ponieważ nie mogę dużo czasu zająć, bardzo bym chciał, żeby państwo, którzy naprawdę są zainteresowani, żeby coś w tym zakresie rzeczywiście przyspieszyć... Istnieją w tej chwili 52 raporty umieszczone na stronie internetowej Medycznej Racji Stanu, m.in. na temat zdrowia publicznego i niezbędnych działań do natychmiastowego uruchomienia przez decydentów. W tych debatach, które prowadzimy w Polskiej Akademii Nauk, tzw. konferencji okrągłego stołu, spotykamy się z decydentami z różnych ministerstw, oczywiście przede wszystkim z Ministerstwa Zdrowia, gdzie również zapraszamy stowarzyszenia pacjenckie i fundacje pacjenckie. Tworzymy bardzo dużą platformę konstruktywnej debaty, dyskusji, gdzie każdy może się wypowiedzieć, a później te raporty mają wnioski końcowe. I nawet może nie trzeba się wgłębiać w te raporty tak szeroko opisane na stronie internetowej Medycznej Rady Stanu, ale wystarczy spojrzeć na wnioski podsumowujące, wybierając te raporty, które dotyczą właśnie zdrowia publicznego, prewencji, profilaktyki, edukacji.

Proszę państwa, grzechem byłoby nie skorzystać po raz kolejny już w tych ostatnich dziesięcioleciach z tej infrastruktury, która już powstała. Przecież my w tej chwili mamy po raz pierwszy „Narodową strategię onkologiczną”, bo do tej pory były narodowe programy zwalczania chorób nowotworowych, które z konieczności miały charakter interwencyjny, a teraz mamy program strategiczny z odpowiednim finansowaniem zabezpieczonym w budżecie państwa. Proszę państwa, mamy narodową strategię w zakresie kardiologii i chorób naczyniowych, która też bardzo tutaj pręźnie jest reprezentowana. Wreszcie ruszyliśmy z miejsca również z chorobami rzadkimi, bo też to strasznie długo trwało – co już byliśmy do przodu dwa kroki, to cofaliśmy się trzy albo cztery kroki. Teraz jest nowy rozdział, pani minister Demkow, na którą bardzo liczymy, że to naprawdę będzie przyspieszone i energicznie się zabierzemy, żeby to była też taka narodowa strategia, bo to jest już ten moment.

Bardzo mnie smuci to, że przez tyle lat tak niewiele się zadziało, jeśli chodzi o zdrowie psychiczne. To były kolejne zrywy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, bardzo słusznie zresztą nagłaśniane. Natomiast z przykrością stwierdzam, że za mało się stało w tych ostatnich dziesięcioleciach. Najlepszym dowodem jest to, jak chore jest społeczeństwo, poczynając od małych dzieci. Proszę państwa, ja myślę, że to jest wielki dramat, że na naszych oczach dochodzi do samobójstw dzieci, do samookaleczeń, widzimy to u młodzieży, to samo widzimy właściwie już niezależnie od wieku. Żyjemy wszyscy za szybko, żyjemy w świecie, w którym nie można rozdzielić zdrowia psychicznego od części fizycznej człowieka, od jego duchowości, czyli holistyczne postrzeganie. I w tych narodowych strategiach: onkologicznej, kardiologicznej, chorób rzadkich i właśnie w zakresie zdrowia psychicznego widzi się człowieka w sposób holistyczny, nawet wtedy, kiedy jeszcze nie zachoruje, czyli każdego obywatela.

Proszę państwa, mówię to z pewnym naciskiem, że nasze doświadczenia przez tych kilkadziesiąt lat są takie, że jeżeli teraz nie wykorzystamy tego potencjału, który jest, jeżeli nie wykorzystamy roli lekarza rodzinnego ściśle współpracującego z lekarzem medycyny pracy... Każdy lekarz rodzinny powinien być odpowiedzialny za każdego obywatela, który jest w rejestrze jego praktyki lekarskiej. I nie tylko za chorych, ale również wszystkich zdrowych.

I teraz, co jest bardzo ważne, to, co powiedziała pani dyrektor – muszą istnieć tzw. programy, które są bilansami zdrowia w różnych zakresach wiekowych. To, co się stało z tym bilansem „40 plus”, pokazuje, jak bardzo ważny jest to element w prewencji, w profilaktyce, w edukacji społeczeństwa. I proszę państwa, jeżeli nie wdrożymy tego, co mówi pani dyrektor, że dla każdej grupy wiekowej będą odpowiednie badania, które będzie wykonywał albo lekarz rodzinny, albo właśnie lekarz medycyny pracy... My nie bójmy się tego,

że ludzie nie pójda, bo będą musieli, bo to jest świadectwo pracy, prawda? Nie można dopuścić kogoś do pracy, jeżeli nie wykonuje się tych podstawowych badań.

Proszę państwa, nasze doświadczenia: przez osiem lat robiliśmy wielką kampanię ogólnopolską „Mam haka na raka” dla młodzieży szkół ponadpodstawowych, przez cztery lata robiliśmy wielką kampanię na terenie całego kraju „Zdrowa gmina”. Tam zobaczyliśmy, jak wielka moc jest w samorządach, w szkołach. Jeżeli połączymy teraz lekarza rodzinnego, lekarza medycyny pracy z wielkim potencjałem, jaki leży w samorządach... Bo jeżeli nasze kampanie polegały na konkursach, myśmy niczego nie wymuszali, myśmy dawali materiały edukacyjne, młodzieży to oczywiście drogą internetową. Była strona internetowa, platforma internetowa do porozumiewania się w tej edukacji. Jeśli chodzi o „Zdrową gminę”, pół na pół drogą internetową, ale również na zasadzie spotkań, wyjazdów do różnych części Polski. Proszę państwa, nawet sobie nie wyobrażacie, jak wielkie zaangażowanie jest wtedy, kiedy człowiek wie, że to od niego zależy, jeżeli może się wykazać. Były nagrody w tych konkursach, wyróżnialiśmy co roku najbardziej pręźnie działających dyrektorów szkół, nauczycieli, zespoły młodzieżowe. Każdego roku omawiany był inny nowotwór zagrażający życiu z tych najczęściej występujących.

Proszę państwa, niestety wzięliśmy na siebie jako Polska Unia Onkologii organizację tych kampanii, pozyskując środki finansowe poza tymi przeznaczonymi w budżecie państwa. Bo takie było założenie poprzedniego narodowego programu, że liczy się na to, że pozyska się dodatkowo co roku 50 mln zł na to, żeby wspomóc realizację narodowego programu. Bo z góry było wiadomo, że przeznaczonych na to pieniędzy było wtedy za mało. Teraz w tej strategii wydaje się, że jest całkiem pokaźna suma pieniędzy, której nie można roztrwonić.

I mój apel do decydentów – za pośrednictwem oczywiście parlamentarzystów – jest taki, żeby nie zatracić tego, co już jest sporządzone, co już posiadamy, bo to jest wielki potencjał. Powiem państwu tak, ta czujność onkologiczna czy tzw. Europejski kodeks walki z rakiem, można śmiało nazwać europejskim kodeksem walki o zdrowie każdego człowieka, ponieważ we wspólnym mianowniku przyczyn powstawania wszystkich chorób cywilizacyjnych leżą te same czynniki. I w onkologii, i w kardiologii, i w wielu innych, nadciśnienie, udary. To wszystko właściwie leży zapisane, żeby ludzie sobie uzmysłowili, ile od nich samych zależy. Jeżeli wiemy o tym dobrze, bo to są twarde dane statystyczne, że dzięki przestrzeganiu kodeksu walki z rakiem, czyli zmianie stylu życia ludzi, można zmniejszyć zachorowania na nowotwory o 40% do 50%, to również można zmniejszyć zachorowania na inne choroby cywilizacyjne, tylko ludzie muszą chcieć to robić.

Tak że reasumując, wykorzystajmy potencjał, który jest, dajmy więcej do włączenia się w ten tryb edukacji, prewencji i profilaktyki samorządom – zresztą z AOTMiT opiniuje takie programy edukacyjne, które są na poziomie samorządów – dajmy przede wszystkim przykład tych, którzy mają osiągnięcia w tym zakresie, i niech inni idą tym torem. Nie trzeba wymyślać prochu za każdym razem. Mamy jasne przykłady, które pokazują, że są pewne mechanizmy, które są w stanie uruchomić oddolnie całe społeczeństwo, począwszy od młodzieży do ludzi starszych.

Proszę państwa, tam, gdzie są lekarze rodzinni, muszą powstać wszystkie ośrodki, które mają troszczyć się o ludzi starszych, których jest coraz więcej, czyli tutaj bardzo szczególnie musimy zaopiekować się ludźmi starszymi i uaktywnić ich, bo to jest bardzo ważne, że ich zdrowie musi być również pełnym zdrowiem psychicznym. I musimy przede wszystkim zadbać o te centra zdrowia psychicznego – psychiatria środowiskowa, a nie w szpitalach.

Proszę państwa, ostatni punkt, który chcę poruszyć – wykorzystanie mediów regionalnych, których obowiązkiem jest edukacja społeczeństwa. To nie jest tak, że musimy płacić ciężkie pieniądze za każdy spot, który leci w telewizji, w radio czy na tych wszystkich nośnikach informacyjnych w mieście. Musimy jednak pomyśleć o tym, że te pewne środki muszą być uruchomione i to powinno być obowiązkiem mediów publicznych. I te media chętnie w to wchodzi, szczególnie media regionalne, kiedy każdy po powrocie do domu, nawet jeżeli coś robi, krząta się, gdzieś tam w tle słucha albo radio, albo włączony jest odbiornik telewizyjny. Ta edukacja ma być jak reklama proszku do prania, która

wchodzi w podświadomość, nawet jak rzekomo tego nie słyszymy, bo robimy coś innego, ale to wszystko ma swój sens, jeżeli trwa.

I, proszę państwa, nie zbudujemy zdrowego społeczeństwa... Oczywiście ta edukacja w szkołach musi wreszcie dynamicznie ruszyć, bo czym skorupka za młodu nasiąknie itd. Wiadomo, prawda? To zdrowe społeczeństwo będzie wtedy mogło realizować te nasze zamierzenia, żeby rzeczywiście mniej ludzi chorowało i mniej ludzi umierało. Proszę państwa, musi istnieć system motywacyjny i dla jednej, i dla drugiej strony, i dla lekarzy rodzinnych, i dla tych, którzy biorą udział w tej edukacji, prewencji, profilaktyce. Oni muszą być nagradzani, jeżeli wykazują swoją aktywność i udowadniają, że zlecili badania przesiewowe, że otrzymali ten wynik i dalej pokierowali. Przecież mamy opiekę koordynowaną, która rozwija się w tej chwili również na poziomie lekarza rodzinnego. Tylko musi istnieć system motywacyjny. Jeżeli inni zobaczą, że nagradzani są ci, co dobrze robią, pójda ich śladem, bo to jest naturalne.

Tak samo, proszę państwa, nie wierzę w to, że 70% społeczeństwa będzie rzeczywiście przychodziło na mammografię, cytologię, kolonoskopię czy inne badania przesiewowe, jeżeli nie będzie albo odpisu podatkowego, albo ulg podatkowych dla tych, którzy wykażą, że wykonują te badania, bo to się opłaca. To nie muszą być wielkie sumy, bo czasami o tym może decydować dosłownie kilkadziesiąt złotych. Jeżeli to pobudza ludzi, a myślę, że w Polsce tak właśnie jest, musi być system motywacyjny. I najlepszym systemem motywacyjnym jest system ekonomiczny.

Kończę, przepraszam że tak długo. Zachęcam do lektury tych raportów, które są opracowane. Jesteśmy do państwa dyspozycji.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Nie szkodzi, że długo, bo bardzo ciekawe rzeczy pan profesor powiedział. Słucham, może ktoś jeszcze z państwa? Zapraszam pana.

Członek zarządu fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Piotr Fonrobert:

Piotr Fonrobert, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych.

Chciałem trochę się pochwalić, że w zakresie poszerzania wiedzy na temat nowotworów, w tym nowotworów męskich, robimy bardzo dużo. Nie tylko robimy sami jako koalicja, ale też robimy z organizacjami, które wchodzi w skład koalicji. I chciałem tutaj panu powiedzieć, że dosyć prężnie, mimo podeszłego wieku, o którym mówił pan profesor, działa stowarzyszenie Gładiator. Tak że staramy się jak najbardziej tę wiedzę, dzięki państwu klinicyście, rozpowszechniać wśród naszych członków.

Co psuje naszą robotę? Otóż paradoksalnie psuje nam tę robotę oczekiwanie pod gabinetem lekarskim. Tam naprawdę dzieją się niesamowite wymiany doświadczeń, spostrzeżeń. Pacjent zanim wejdzie do lekarza, jest już wyedukowany – wyedukowany w cudzośłowie – do kogo idzie, jakie ma przywary lekarz, dlaczego w ogóle tu przychodzi, przecież powinien iść gdzieś indziej. Tak że tych negatywnych rzeczy w tych kolejkach dzieje się bardzo, bardzo dużo. Chciałem potwierdzić, że problem jest faktycznie z facetami, ale my mówimy tak: my nie chodzimy do lekarzy, nie chodzimy na te badania profilaktyczne, dlatego że wysyłamy nasze panie, dbamy o to, żeby one chodziły.

Kiedyś na którymś z naszych przedsięwzięć zrobiliśmy takie małe badanie, oczywiście nie naukowe, tylko dla naszej ciekawości. To było spotkanie, gdzie były amazonki ze swoimi mężami. I mówimy tak, wychodzicie z tej sali i stoją trzy busy. Jeden to mammbus, drugi nazwaliśmy perrectumbusem i trzeci – badanie cukrzycy. No i gdzie pójdziecie? Tam było paręnaście par. I tylko dwóch facetów zdecydowało się wejść do tego perrectumbusa, amazonki – około 70% do mammbusu, natomiast jeśli chodzi o cukrzycę, to wszyscy poszli się zbadać. Później było pytanie, kto kogo by zachęcał. Więc faceci oczywiście mówili: tak, my byśmy te nasze żony zachęcali. Natomiast tak sumując to, co mówiły dziewczyny: a ten chłop mój to i tak głupi, i tak głupi – i nie pójdzie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To zabawne.

Sekretarz zarządu PTOK Jakub Kucharz:

Czy mogę jedno zdanie dosłownie?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Tak, bardzo proszę.

Sekretarz zarządu PTOK Jakub Kucharz:

Bo nie chciałbym być posądzony w kontekście równości o jakikolwiek ageizm w kontekście tego, co mówiłem, o tym, że mężczyźni są mniej efektywni w tych działaniach w związku z bardziej zaawansowanym wiekiem niż panie, które walczą z rakiem piersi. Chcę zwrócić uwagę też na tę populację targetową, czyli znowu na populację, która jest potencjalnie odbiorcą tych treści. Czyli znowu patrząc na profil czy strukturę wieku zachorowań na raka gruczołu krokowego czy na raka pęcherza moczowego, to nawet nie chodzi o działania państwa jako grup pacjenckich, tylko o tę populację, która ma to odebrać – do wielu z tych panów po prostu to nie dotrze ze względu na mniejsze wykorzystanie mediów społecznościowych, internetu itd. Pacjentki czy kobiety z uwagi na to, że chorują w młodszy wiek, po prostu częściej z tych form przekazu korzystają. I chciałbym podkreślić, że nie było moją intencją deprecjonowanie płci, którą sam reprezentuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pan doktor wytłumaczył.

Słucham cię bardzo.

Ministra do spraw równości Katarzyna Kotula:

Tylko dlatego, że się znamy, dostałam jeszcze minutę, więc zyskałam. Ja się zgadzam, tzn. rozmawialiśmy o tym, że w zakresie dostępu rzeczywiście jest problem. Mamy jedną rzecz w tym krajowym programie zaznaczoną. Będziemy ją sprawdzać, ale to pewnie nie będzie pytanie do tej ministry zdrowia, tylko raczej będziemy rozliczać poprzednie Ministerstwo Zdrowia. Bo jeśli chodzi o pewnego rodzaju nierówności społeczne w dostępie do ochrony zdrowia, to mieliśmy tutaj jeden program – to jest 250 stron krajowego programu o niczym, dlatego go zmieniamy. Natomiast zaglądamy do niego i patrzymy, co zostało w nim umieszczone, co możemy sprawdzić, czy było albo działało i dlaczego ktoś uznał za stosowne, żeby w naszym dokumencie się znalazło. Jest tutaj na przykład taki program Norweski Mechanizm Finansowy 2014–2024, który w głównej mierze powinien był skupiać się na dostępie do ochrony zdrowia i promocji oraz jak rozumiem, profilaktyce właśnie wśród tych grup wykluczonych, czyli mówimy o mniejszych ośrodkach miejskich, mówimy o wsi. Więc my się zobowiązujemy chociażby do tego, że sobie sprawdzimy, czy w tym cyklu dziesięcioletnim... Może inaczej: gdzie te pieniądze poszły i co było z nich realizowane, bo – tak jak mówię – tutaj pomocne rzeczywiście mogą być jednak jakieś środki unijne.

A na koniec w nawiązaniu do tego, co pan mówił, myślę, że... Najpierw chciałam powiedzieć, że ta informacja powinna być dostępna na każdym mleku, potem pomyślałam, że na każdym piwie, ale jestem antyalkoholowa, więc jednak nie, a poza tym to chyba nie jest dobre, żeby na tej podkomisji takie stwierdzenie padło. Ale rzeczywiście myślę, że to jest ważne, żeby ten dostęp do informacji był i dlatego ja mówiłam o pracodawcach i mówiłam o związkach zawodowych też w kontekście medycyny pracy. Ale patrząc na to, co się zadziało w kwestii zdrowia psychicznego – nic nie zrobiło temu tak dobrze, żeby posunąć sprawy do przodu, niż to, że celebryci, że osoby o znanych nazwiskach mówiły oficjalnie: chodzę na terapię. Pozwolę sobie powiedzieć, że ostatnio w podróży służbowej słuchałam wywiadu z Pezetem, którego bardzo lubię słuchać – to znany polski raper, którego słuchają ludzie bardzo młodzi – opowiadał otwarcie o tym, dlaczego potrzebował terapii i dlaczego na tę terapię poszedł.

Myślę więc, że jeśli mówimy o kampanii społecznej, to nie zawsze muszą to być duże środki z Ministerstwa Zdrowia, tylko czasem faktycznie mogą to być grupy... Teraz w związku z przeciwdziałaniem alkoholizmowi dużo się dzieje, osoby celebryckie włączają się, wkładając w to także własne pieniądze. I myślę, że jeśli będzie tutaj wola polityczna, to będziemy w stanie pomyśleć na przykład o tym, żeby w szerokiej współpracy zdecydować się na to, by w tym programie, który mamy, który możemy sprawdzać, dzięki któremu

możemy wszystkich rozliczać potem, powiedzieć na przykład, że teraz stawiamy na jedną dobrą kampanię społeczną – taką, która rzeczywiście trafi. Dziękuję.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Pozwoli mi pani na jeszcze jedno ostatnie zdanie? Ale już naprawdę krótko.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

No dobrze.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Chcę pokazać, jak można zmobilizować lokalną społeczność – niezależnie od tego, czy to kobiety, czy mężczyźni – żeby zrobili jakieś badanie. Zrobiliśmy eksperymentalnie kampanię „Moje pierwsze USG”. Wybraliśmy najbiedniejszą gminę w Polsce, która liczyła 103 osoby, i pojechaliśmy z kolegami, którzy wykonują USG, z Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Trzy tygodnie przed naszym przyjazdem do tej gminy ksiądz proboszcz ogłosił z ambony, że za trzy tygodnie przyjeżdża ekipa z Warszawy i będzie wykonywała bezboleśnie badanie, które nazywa się ultrasonografia ciała. Dwa tygodnie przed przyjazdem jeszcze raz to powiedział z ambony. Tydzień przed przyjazdem trzeci raz powtórzył. Proszę sobie wyobrazić, zainstalowaliśmy się w szkole, która była blisko kościoła. Pierwszy na badanie przyszedł ksiądz proboszcz, a za nim reszta parafian, niezależnie od płci. Przebadaliśmy 102 osoby na 103 mieszkańców gminy. Proszę zwrócić uwagę, jaka frekwencja. W ciągu całego dnia to się wszystko działo. I proszę sobie wyobrazić jeszcze coś innego – w tej najbiedniejszej gminie w Polsce 83% badań było nieprawidłowych. Robiliśmy USG węzłów chłonnych szyjnych, pachowych, piersi u kobiet, jamy brzusznej i miednicy u wszystkich. Jeszcze oczywiście tarczycę była badana. 83% było badań nieprawidłowych, z czego 30% było z poważnym podejrzeniem początku jakiejś choroby nowotworowej.

To tylko pokazuje, że są sposoby, żeby ludzi zachęcić do badań. Tylko trzeba umieć współpracować na najniższym poziomie administracyjnym lokalnej społeczności.

Ministra do spraw równości Katarzyna Kotula:

Nikt nie uwierzy, że to powiedziałam na podkomisji stałej do spraw zdrowia. Natomiast faktycznie jest tak, że tu też w programie mamy zaznaczone, że przedstawiciele Kościoła, duchowieństwa w szerokim zakresie i pojęciu mogliby być właśnie częścią tego grona informującego przede wszystkim o tym, że to są potrzebne badania, i zachęcającego do tego, żeby te badania wykonywać. Bo na pewno są takie społeczności, wśród których nadal jest to głos, który jest autorytetem. I myślę, że dobrze użyć sieci kościołów. Jest szeroka, powszechna i wciąż jeszcze być może ma jakąś rolę do spełnienia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja bym jeszcze strażaków przebadala z OSP.

Przedstawiciel partii Razem Radosław Kozłowski:

Właśnie chciałem dodać, że oprócz Kościoła mamy również OSP, prężną organizację, która sama w sobie liczy 200 tys. osób i dociera do jeszcze szerszej grupy osób. Koła gospodyń wiejskich to kolejna organizacja, która działa w całym kraju – i można prosić ją o przekazanie takich informacji. Strona społeczna, myślę, jest gotowa do działania i tylko czeka na sygnał pani minister.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pani dyrektor, wróci pani teraz do ministerstwa i powie: no to w zasadzie nie wiem, czy my jesteśmy jeszcze potrzebni, bo tutaj samorządy przejmą wszystko. Ale chyba są to dobre pomysły. Tak sobie żartuję trochę, ale oddolnie to jednak lepiej działa niż rzeczy gdzieś tam narzucane z góry. Prawda?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, oczywiście. Właśnie to jest kwestia organizacji, jak to zorganizować, bo to jest model opieki, czyli jak zorganizować to, żeby zgłaszalność była wyższa. Są bardzo dobre pomysły, część rzeczy rzeczywiście się sprawdza. Ja też mówiłam o tych niedzielnych mammbusach

i tutaj też potwierdzam to zaangażowanie ze strony właśnie kościelnych, lokalnych władz, które się angażowały w te badania.

Natomiast na pewno wrócę do ministerstwa z pomysłami. Zamierzam też obdarować Departament Równości w Zdrowiu, który jest u nas nowym departamentem, Departament Zdrowia Publicznego, który zajmuje się kwestiami zdrowia psychicznego. Myślę więc, że bardzo cenne wnioski z tego spotkania przekażę dalej.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ogromnie się cieszę, bo to jest fajna laurka dla podkomisji, jeżeli coś z niej wynika, a nie że sobie tylko posiedzimy i porozmawiamy.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję. Na tym wyczerpaliśmy porządek obrad. Oczywiście nagrane jest całe nasze posiedzenie, więc jak będziecie państwo do czegoś chcieli wrócić, to na stronie Sejmu wszystko można odsłuchać. Bardzo serdecznie dziękuję za spotkanie i do zobaczenia. I jeszcze raz przepraszam za spóźnienie.