

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ
DO SPRAW ONKOLOGII
(NR 13)
z dnia 5 marca 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 13)

5 marca 2025 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marka Tomasza Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat systemu profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia nowotworów u kobiet, z uwzględnieniem procesu rehabilitacji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Łucja Bielec** pełnomocnik zarządu Fundacji SOS Życie wraz ze współpracownikami, **Justyna Dec** prezes zarządu Fundacji Oko w Oko z Rakiem, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektor Onkofundacji Alivia, **Magdalena Kardynał** prezes Fundacji OmeaLife, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej, **Elżbieta Markowska** prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, **Maciej Mazurec** sekretarz wykonawczy zarządu Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, **Radosław Mądry** profesor w Klinice Ginekologii Onkologicznej Instytutu Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, **Katarzyna Pogoda** przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego Sanitas, **Bernard Waśko** dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego, **Krystyna Wechmann** prezes zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki, **Paweł Derlatka** p.o. kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Anna Jasińska** rzecznik medycznej racji stanu, **Aleksandra Konieczna** starszy asystent w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Narodowym Instytucie Onkologii Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym, **Agnieszka Pióro** redaktor naczelna Onkologicznego Centrum Kryzysowego Stowarzyszenia Ruchu Onkologicznego PARS, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii.

Witam członków podkomisji, zaproszonych gości, stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat systemu profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia nowotworów u kobiet, z uwzględnieniem procesu rehabilitacji. Tę informację przedstawi pan minister zdrowia. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do wszystkich państwa posłów na maile i są zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Są również dostępne w formie papierowej. Informuję, że pani minister zdrowia upoważniła pana Macieja Karaszewskiego – dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia do zaprezentowania stanowiska ministra. W związku z tym, że pan dyrektor już jest z nami, prosimy o przedstawienie informacji dotyczącej dzisiejszego spotkania. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dzień dobry państwu, dzień dobry panie przewodniczący, dzień dobry szanowni państwo posłowie, szanowni goście, wszyscy zaproszeni.

Na wstępie chciałbym przeprosić za dwie rzeczy – za chwilowe spóźnienie i że materiały były dostarczone dzisiaj. Nie mieli państwo czasu na to, żeby dobrze przeanalizować te materiały. Obiecuję, że w obu kwestiach się poprawimy. Staramy się, ale to taki trudny dzień.

W związku z tym, że państwo nie mieli możliwości zapoznać się z tymi materiałami, pozwolę sobie wymienić kilka podstawowych informacji, które są w tych materiałach. Pierwszym elementem w jest opis Narodowej Strategii Onkologicznej. Narodowa Strategia Onkologiczna wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej, wskazując na pięć obszarów strategicznych i obejmuje działania w latach 2020–2030. W tych działaniach strategicznych, obszarach są inwestycje w kadry medyczne, w edukację, w pacjenta, w naukę, innowacje i w system opieki onkologicznej. Cele strategii obejmują m.in. poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki, leczenia chorób nowotworowych, rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii i zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii.

Jakie były zrealizowane kluczowe działania w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej? Po pierwsze, w 2023 r. został wdrożony program profilaktycznego szczepienia przeciwko wirusowi HPV. Do tego programu kwalifikują się dzieci od ukończenia 9. roku życia do ukończenia 14. roku życia i według stanu na 16 lutego 2025 r. zaszczepiono 587 tys. dzieci, to jest 12% uprawnionej populacji. Kolejnym działaniem, które zostało wykonane było rozszerzenie grup wiekowych w programach profilaktyki badań przesiewowych i w profilaktyce raka szyjki macicy. To było dla osób w wieku od 25 do 64 lat i w programie profilaktyki od 45. do 74. roku życia. Jest to już na stronach RCL-u. Planujemy wdrożyć po pilotażu badań molekularnego wirusa brodawczaka ludzkiego ryzyka HPV HR, jako testu przesiewowego w najbliższym czasie będzie opublikowane rozporządzenie wprowadzające ten program przesiewowy powszechnie. Połączenie najpierw przesiewu testowaniem HPV HR, a potem, w przypadku wykrycia wirusa onkogenego, cytologia płynna. Ten program będzie dotyczył takiego przedziału, który jest aktualnie dla cytologii wykonywanej klasycznie. Wiemy też, że część świadczenia dawców musi mieć czas na przestawienie się na nowy sposób testowania, w związku z tym będzie tam przewidziany okres przejściowy, kiedy będzie można testować dwoma metodami.

Poza tym była prowadzona kampania społeczna „Planuję Długie Życie”. To była komunikacja przez różne media, radio, internet, prasa, telewizja. Była też nawiązana współpraca z organizacjami pozarządowymi. Wdrożono nowe narzędzia służące bezpośredniej komunikacji z pacjentem. Strona internetowa pacjent.gov.pl, internetowe konto pacjenta, aplikacja mojeIKP. Kolejnym działaniem były inwestycje infrastrukturalne i w latach 2020–2024, w ciągu czterech lat ze środków NSO przeznaczono około 1 420 000 tys. zł na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów. Zostało też wypracowane kompleksowe rozwiązanie w zakresie szkolnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia. To się wydarzy, lekcje będą od przyszłego roku szkolnego. Wprowadzono nowe świadczenia gwarantowane, które już są. To jest opieka nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika lub raka jajnika i również opieka nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub błony śluzowej trzonu macicy.

Ostatecznie ostatnim działaniem w ramach NSO było wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej. Ta Krajowa Sieć Onkologiczna była wprowadzona ustawą 9 marca 2023 r. Jest aktualnie w nowelizacji. Jakie były przyjęte założenia? Ma na celu realizację przyjętej narodowej strategii onkologicznej, osiągnięcia jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej w Polsce, a w szczególności zapewnienia poprawy jakości i bezpieczeństwa diagnostyki leczenia onkologicznego i wzrostu satysfakcji pacjenta. Wprowadza oczywiście nową strukturę organizacyjną i nowy model zarządzania opieką onkologiczną. Jakie są korzyści? Jest to oczywiście zapewnienie każdemu pacjentowi opieki onkologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne, koordynację opieki onkologicznej w ramach KSO. W 2024 r. przeprowadzono szkolenie koordynatorów onkologicznych, którego celem było ujednolicenie wiedzy osób pracujących jako koordynatorzy.

Kolejnym celem jest zapewnienie ciągłości opieki onkologicznej od diagnostyki aż po rehabilitację, opiekę specjalistyczną i podstawową opiekę zdrowotną. Wprowadzono obowiązek wyznaczenia koordynatora dla każdego pacjenta i wszystkie podmioty realizujące ćwiczenia w ramach KSO mają obowiązek powołania koordynatorów. Jest też standaryzacja opieki onkologicznej, to znaczy wprowadzenie ścieżek pacjentów, które są wydawane w formie obwieszczenia ministra zdrowia jako kluczowe zalecenia, obowiązujące zalecenia w zakresie

rehabilitacji i leczenia POZ. Na dzień 10 stycznia wydano obwieszczenia obejmujące 18 ścieżek pacjenta, w tym m.in. ten temat, o którym mówimy, czyli nowotworów jajnika i piersi. Standardy te obligują wszystkie podmioty zakwalifikowane do KSO do zapewnienia pacjentom takiego samego procesu opieki medycznej, zgodnego z aktualnymi i najlepszymi standardami europejskimi. Jest też w tym działanie w postaci wzmocnienia infrastruktury kluczowych ośrodków onkologicznych w ramach KSO, program wsparcia dla szpitali zakwalifikowanych do KSO, finansowany z KPO na przebudowę, budowę, przebudowę, modernizację oraz doposażenie infrastruktury leczniczej świadczącej usługi w zakresie onkologii. Na ten cel przeznaczono kwotę 5,2 mld zł. Wprowadzenie elektronicznej karty e-DILO. Ta karta będzie zawierać ścieżkę pacjenta i pozwalać na koordynację opieki onkologicznej oraz mierzenie jej jakości na każdym etapie opieki onkologicznej. Wdrażanie e-DILO rozpocznie się w tym roku, a obowiązek jej stosowania u wszystkich pacjentów będzie w 2026 r. To nowe e-DILO zastąpi poprzednie DILO.

Nie wiem, czy czytać statystykę? Myślę, że statystyki nie będę czytał, bo to państwo macie w materiałach i chyba tabel nie ma potrzeby czytać. Jeżeli będą pytania do tych liczb, to bardzo proszę.

Kolejnym obszarem jest oczywiście profilaktyka. Jest to skierowane w szczególności do kobiet – program mammograficzny, badań przesiewowych raka piersi. Badania są wykonywane u pacjentek w wieku od 45 do 74 roku życia. Badanie jest wykonywane co dwa lata lub co rok u kobiet, u których wystąpiły czynniki ryzyka. Badania wykonuje się w placówce medycznej lub w mobilnym mammobusie. Ten program jest podzielony na dwa etapy. Etap wstępny – mammografia i etap pogłębionej diagnostyki, gdzie zagwarantowano wykonanie kolejnych niezbędnych badań. O wyborze tych badań decyduje lekarz. W październiku 2023 r. wprowadzono zmiany w tym rozporządzeniu. Było to rozszerzenie wiekowe. Do 2023 r. było od 50. do 69. roku życia, a rozszerzono na lata od 45. do 74. roku życia. Czyli po 5 lat rozszerzono uprawnienie do korzystania z tego programu w obie strony. Umożliwiono też od stycznia zeszłego roku monitorowanie do programu kobiet, które zakończyły leczenie raka piersi i zakończono ten pięcioletni okres monitorowania. Zastąpiono biopsję cienkoigłową na gruboigłową z określeniem typu histologicznego. Umożliwiono wykonanie oceny immunohistochemicznej receptora ER, PgR i HER2 oraz Ki67 z materiału z biopsji gruboigłowej guza piersi. Wprowadzono wymóg stosowania do badań przesiewowych wyłącznie mammografów cyfrowych. Jest tam okres przejściowy do 30 września tego roku. Również w celu poprawienia jakości zaostrzono kryterium realizacji programu przez wprowadzenie obowiązku przekazywania do niezależnego ośrodka audytorskiego zdjęć mammograficznych. Dodatkowo zaproponowano kierowanie kobiet, u których wystąpił rak piersi, wśród członków rodziny, matki, siostry lub córki lub mutacje w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2 do świadczenia opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie, uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika.

W związku z tym, z poszerzeniem tej grupy wiekowej uprawnionych kobiet, populacja ta wzrosła z 5,4 mln osób w 2022 r., które się kwalifikowały do tego programu, w 2023 r. do 8,3 mln osób. Ze względu na zmiany demograficzne w 2024 r. tych kobiet było 8496 tys. Początkowo w 2023 r., tłumacząc te dane, ze względu na to, że ta populacja się poszerzyła, procent objęcia populacji spadł z 37% w 2022 r. roku do 26,5%. Natomiast w 2024 r. ten procent już wzrósł do 32,5%. Widać, mimo tego, że liczba badań wzrasta, to procent populacji nimi objętych, ze względu na to, że to jest 3 mln więcej kobiet, trudniej osiągnąć ten próg świadczeniodawców. Liczba samych badań wzrasta.

Program profilaktyki raka szyjki macicy – już mówiłem o zakresie wieku kobiet uprawnionych. Badanie jest wykonywane co 36 lub 12 miesięcy. Wszyscy państwo znają też wykonywalność tej cytologii. Aktualnie w 2024 r. było uprawnionych do tego badania prawie 12 mln kobiet. Procent objęcia populacji jest to 11,5%. W 2024 r. niestety on się utrzymuje. Natomiast bardzo rośnie wykonywanie cytologii poza programem profilaktycznym. Jest to aktualnie półtora razy więcej kobiet przebadanych cytologią poza programem w stosunku do liczby kobiet przebadanych w programie. Poza programem było 1796 tys. sprawozdanych cytologii.

Kolejną informacją jest planowana zmiana standardu opieki okołoporodowej w zakresie świadczeń profilaktycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży.

Zmiana, jeżeli chodzi o profilaktykę nowotworu, to jest możliwość zlecenia przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży badania USG piersi, w szczególności po 35. roku życia, w sytuacjach klinicznych zmian w piersi lub gdy obciążenia rodziny wskazują na wyższe u niej ryzyko raka piersi. Celem tych zmian jest nacisk na profilaktykę wtórną raka piersi, która jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych wśród kobiet. Zgodnie ze stanowiskiem zespołów eksperckich Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników odnośnie do wykonywania badania USG piersi u kobiet w ciąży, rak piersi rozpoznawany u kobiet w ciąży jest zazwyczaj bardziej zaawansowany niż w populacji kobiet niebędących w ciąży. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że rosnący guz piersi traktowany jest jako fizjologiczna odpowiedź tkanki gruczołowej na zmiany hormonalne związane z ciążą. Diagnostyka u kobiet w ciąży opóźniona jest przeważnie od 2 do 7 miesięcy od pojawienia się pierwszych symptomów. Wiadomo natomiast, że opóźnienie rozpoznania o 6 miesięcy wpływa na zwiększenie liczby osób przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych o ponad 5%, co wiąże się ze zdecydowanie gorszym rokowaniem. W aktualnie obowiązującym rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wskazane jest wykonywanie przez lekarza lub położną u kobiet w ciąży badania gruczołów sutkowych w terminie do 10 tygodnia ciąży lub w chwili zgłoszenia się w 33–37 tygodniu ciąży. Tutaj jest dołączone do tego USG piersi.

Tu zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Kolejny program to jest badanie przesiewowe jelita grubego. Rak jelita grubego dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Jest to profilaktyczna kolonoskopia u osób w wieku 50–65 lat raz na 10 lat, a jeżeli mamy wywiad w rodzinie co do nowotworu jelita grubego, ten wiek jest obniżony do 40 roku życia. Są też programy, które dotyczą węższej liczby osób. Jest „Program opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe” i liczba osób, które były objęte tym programem, właściwie trzema świadczeniami. Były to: dziedziczne ryzyko zachorowania na raka piersi lub raka jajnika, świadczenie w ramach raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu i trzeci to opieka nad rodzinami wysokiego dziedzicznego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippela i Lindau’a.

W tych programach są dwa etapy. Pierwsze to poradnictwo i badania genetyczne i tutaj się odbywa identyfikacja osób posiadających wysokie dziedzicznie uwarunkowane ryzyko zachorowania na wybrane nowotwory. Najważniejszą rolę odgrywa szczegółowy wywiad rodzinny. W przypadku zaistnienia wskazań medycznych wykonywane są badania genetyczne, w tym badania NGS. W drugim etapie, kiedy mamy już te osoby z wysokim ryzykiem wytypowane, zostają one objęte specjalistycznym nadzorem polegającym na systematycznym przeprowadzaniu badań diagnostycznych w zależności od ryzyka. Jest to mammografia, rezonans piersi, gastroscopia i kolonoskopia.

Jeżeli chodzi o badania genetyczne, to aktualny dostęp do porad genetyka oraz badań genetycznych obejmuje klasyczne badania cytogenetyczne, cytogenetyczne badania molekularne, badania metodami biologii molekularnej, PCR i jej modyfikacje i badania biochemiczne lub enzymatyczne. Dodatkowo 1 stycznia 2025 r. do koszyka zostały wprowadzone dwa nowe badania genetyczne – to są badanie aCGH i badanie ekspresji, analiza ekspresji genu lub kilku genów, w tym genów fuzyjnych przy użyciu metody real-time PCR. Badania te są wykorzystywane zarówno w diagnostyce prenatalnej, jak i postnatalnej w przypadku chorób rzadkich oraz w diagnostyce w kierunku nowotworów układu mieloidalnego lub limfoidalnego lub w monitorowaniu odpowiedzi na leczenie lub w monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej w trakcie leczenia i po jego zakończeniu.

Jeżeli chodzi o program szczepienia przeciwko HPV dziewcząt i chłopców, tak jak mówiłem na początku, jest on wdrożony od 2023 r. Ogólne dowody naukowe wskazują, że szczepienie przeciwko HPV jest jednym z najskuteczniejszych środków profilaktycznych przeciw nowotworom i innym chorobom związanym z zakażeniem wirusem HPV. Jest on główną przyczyną raka szyjki macicy – 99% przypadków – oraz innych nowotworów anogenitalnych, jamy ustnej, głowy i szyi. Szczepienie przeciwko HPV jest szczepieniem dobrowolnym w ramach powszechnego programu szczepień, jak również te szczepionki dla tych osób, które nie mieszczą się w tym przedziale wiekowym 9–14 lat są refundowane. Zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra zdrowia i był prowadzony od 1 czerwca 2023 r. W ramach działań

na rzecz zwiększenia dostępności do szczepień przeciwko HPV, w ramach powszechnego programu szczepień umożliwiono od 1 września 2024 r. realizację szczepień przeciwko HPV, w ramach programu we wszystkich przychodniach POZ oraz w szkołach podstawowych. Szkoły tutaj mają de facto niezależność, czy będą pozwalać lekarzom POZ, pielęgniarkom POZ szczepić u siebie. Tak jak mówiłem, w 2023 r. było to 200 tys. osób, w 2024 r. 323 tys., a w styczniu 2025 r. zaszczepiono prawie 7 tys. dzieci. We współpracy z Centrum e-Zdrowia został opracowany i publicznie opublikowany raport o wykonanych szczepieniach przeciwko HPV w Polsce i dostępny jest na stronie CEZ. W materiałach jest link, można go kliknąć i zobaczyć, jak to wygląda. Jeżeli chodzi o całość realizacji tego programu, poczynając od wprowadzenia refundacji w 2021 r., potem zakup przez ministra zdrowia szczepionek w 2023 r., zaszczepiono 600 tys. dzieci.

Kolejnym obszarem są działania edukacyjne. Jak wspominałem na początku swojej wypowiedzi, od 2018 r. MZ prowadzi kampanię informacyjno-edukacyjną „Planuję Długie Życie”. Kampania ta deklaruje jest w szczególności rakowi płuca, rakowi jelita grubego, rakowi złośliwemu skóry, prostaty, piersi i szyjki macicy. Kampania realizowana jest w oparciu o telewizję, radio, prasę i internet. Działania w ramach kampanii dotyczące profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, w tym zachęcania kobiet do badań mammograficznych i cytologicznych. Realizowane są przez emisję spotów telewizyjnych oraz radiowych w stacjach o zasięgu ogólnopolskim, przy wsparciu ze strony stacji regionalnych, tematycznie, z zachowaniem synergii działań z wykorzystaniem dwóch formatów komunikacyjnych, audycji edukacyjnych i spotów społecznych, publikacji artykułów w dziennikach i tygodnikach, publikacji artykułów opracowanych przez ekspertów z Narodowego Instytutu Onkologii na stronie www.planujedlugiezycie.pl oraz pacjent.gov.pl, przy wsparciu i promocjach w mediach społecznościowych. Prowadzona jest dedykowana kampania z udziałem strony www.planujedlugiezycie.pl, na której znajdują się artykuły, spoty, filmy z ekspertami, a także informacje na temat bezpłatnych badań, emitowane są filmy z udziałem ekspertów z dziedziny onkologii oraz zakresu dietetyki. Realizowany jest cykl audycji promujących profilaktykę przeciwnowotworową. W celu dotarcia do szerszego grona odbiorców i większego zmotywowania społeczeństwa do odpowiednich zachowań na rzecz profilaktyki przeciwnowotworowej i kształtowania prozdrowotnych postaw w grupie dorosłych Polaków, w bieżącym roku zaplanowano produkcję nowych spotów telewizyjnych oraz radiowych, wraz z odświeżeniem kreacji wykorzystywanej w kampanii „Planuję Długie Życie”.

Jeżeli chodzi o elementy dotyczące leczenia, powstały centra kompetencji raka piersi, tak zwane KON-Pierś. Ten model jest oparty na wyspecjalizowanych jednostkach koordynujących, w ramach których prowadzona jest kompleksowa diagnostyka i terapia chorych z nowotworami piersi. Ta ścieżka postępowania z pacjentem w modelu kompleksowej diagnostyki leczenia nowotworu opiera się na skoordynowanych działaniach jednego ośrodka zapewniającego wymaganą infrastrukturę realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej oraz biodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych planujących i koordynujących cały zakres leczenia. W ramach tej kompleksowości uwzględniony jest każdy etap, czyli diagnostyka, leczenie zabiegowe, leczenie systemowe, rekonstrukcja piersi, radioterapia, rehabilitacja pozabiegowa, wsparcie i opieka psychologiczna, a jeżeli rokowanie jest niekorzystne, to opieka paliatywna. Jeżeli chodzi o liczby, to w 2025 r. jest 39 realizatorów kompleksowej opieki onkologicznej KON-Pierś. Szczegóły, jak to jest rozłożone po poszczególnych województwach, są w zawartej tabeli.

Świadczenia dotyczące leczenia onkologicznego, są to świadczenia ginekologiczne, w szczególności w oddziałach o profilach położnictwo i ginekologii, na trzech stopniach referencyjnych, jak również ginekologia onkologiczna. Dodano dwa dodatkowe świadczenia, które mają dodatkowe wymagane warunki. Jest to profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów, redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicielek patogennych mutacji BRCA1 i BRCA2 i profilaktyczna mastektomia, również dotycząca kobiet z podwyższonym ryzykiem lub bardzo wysokim ryzykiem zachorowania na nowotwór piersi.

Przechodząc do tematyki dotyczącej rehabilitacji, moduł rehabilitacji w ramach KON-Pierś jest kluczowym elementem procesu leczenia i skupia się na przywróceniu pełnej sprawności fizycznej oraz poprawie jakości życia pacjentek po leczeniu onkologicznym. Ta rehabilitacja może być rozpoczęta przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego lub bezpośrednio

po wypisie lub w okresie 21 dni od wypisu po leczeniu chirurgicznym. Celem jest niedopuszczenie do rozwoju obrzęku oraz przywrócenie sprawności kończynie górnej oraz poprawy statyki ciała. W innym okresie jest on realizowany w celu reedukacji obrzęku limfatycznego, zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej. Co ważne, czas realizacji dla każdej pacjentki jest ustalany indywidualnie przez lekarza lub uprawnionego fizjoterapeutę udzielającego świadczeń w oddziale dziennym lub stacjonarnym lub fizjoterapii ambulatoryjnej. To są tabelki.

Jeszcze jeśli chodzi o wartości refundacji świadczeń gwarantowane z zakresu nowotworów żeńskich te nakłady i wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia z roku na rok są wyższe. W 2024 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej było to prawie 210 mln zł. W ramach leczenia szpitalnego było to ponad 4 mld zł, a w rehabilitacji 22 mln zł. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Staralem się skrócić ten materiał.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Materiał jest dość szczegółowy, interesujący, tylko szkoda, że tak późno go otrzymaliśmy. Nie mogliśmy się zapoznać. Myślę, że państwo, którzy chcieliby skorzystać z tego materiału mogą go otrzymać i to zrobić.

Otwieram dyskusję. Pierwszy zgłosił się pan poseł... Zaczniemy od parlamentarzystów, chyba, że dzisiaj wyjątkowo pan poseł Hoc oddaje głos stronie społecznej. W takim razie bardzo proszę. Proszę bardzo, po kolei się proszę zgłaszać, przedstawiać się do mikrofonu, do protokołu. Bardzo proszę.

Wicedyrektor Onkofundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry, panie przewodniczący. Bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu. Szanowni państwo, odniosę się do obszarów związanych z realizacją Krajowej Sieci Onkologicznej oraz Narodowej Strategii Onkologicznej, o których mówił w swoim sprawozdaniu pan dyrektor. Zacznę może od...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Zacznę może od przedstawienia się do mikrofonu...

Wicedyrektor Onkofundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Tak. Joanna Frątczak-Kazana, fundacja onkologiczna Alivia. Przepraszam.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję.

Wicedyrektor Onkofundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Rozpocznę od profilaktyki pierwotnej, a mianowicie od szczepień przeciw HPV i od edukacji zdrowotnej. Panie dyrektorze, szczepienia przeciw HPV w tych grupach, które są aktualnie szczepione w ramach programu, realizacja jest na poziomie około 20%. Natomiast średnia europejska to jest około 60%. Moje pytanie jest następujące – czy analizowano efektywność prowadzonych kampanii i jakie działania zaplanowano na kolejne lata, aby osiągnąć wskaźnik zbliżony przynajmniej do średniej europejskiej?

Kolejne pytanie dotyczy edukacji zdrowotnej. W dniu 26 lutego nasza fundacja Alivia otrzymała z Ministerstwa Edukacji Narodowej, w odpowiedzi na nasz apel dotyczący wprowadzenia edukacji zdrowotnej jako przedmiotu obowiązkowego, otrzymała informację o tym, jakie obszary będą szczegółowo uwzględnione w podstawie programowej. Niestety w tych obszarach nie zostały uwzględnione w ogóle obszary związane z profilaktyką przeciwnowotworową, paleniem tytoniu, spożyciem alkoholu czy też szczepieniami HPV. Bardzo prosilibym o odpowiedź na pytanie, czy w tym zakresie były jakieś uzgodnienia między Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Zdrowia, i czy to jest po prostu przeoczenie czy faktycznie te obszary nie są objęte podstawą programową?

Kolejna rzecz dotyczy organizacji opieki onkologicznej i cancer unitów. Na 2020 r. zaplanowano wdrożenie ośrodków specjalistycznych leczenia nowotworów płuc, ginekologicznych i urologicznych. Mamy 2025 r., tych unitów nie ma, nie wdrożono, nie wprowadzono. Chciałabym zapytać, w szczególności w odniesieniu do nowotworów płuc i nowotworów ginekologicznych, dlaczego są tak duże opóźnienia i kiedy możemy spodziewać się realizacji tych zadań?

Jeszcze kilka pytań w kontekście Krajowej Sieci Onkologicznej. Chciałam zapytać, czy są gotowe systemy teleinformatyczne, które będą umożliwiały wymianę i przekazywanie danych w ramach KSO pomiędzy szpitalami oraz do innych instytucji, jak np. NFZ, w szczególności w zakresie monitorowania realizacji kluczowych zaleceń? Chcielibyśmy wiedzieć, czy NFZ będzie monitorował to, jak przestrzegane są kluczowe zalecenia w poszczególnych szpitalach.

Jeszcze jedno pytanie. Trwa cykl szkoleń koordynatorów onkologicznych. Jaki procent koordynatorów został przeszkolony w ramach trwającego cyklu? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę o następne zgłoszenie.

Prezes Fundacji Omealife Magdalena Kardynał:

Dziękuję, panie przewodniczący, za udzielenie mi głosu. Magdalena Kardynał, Fundacja Omealife. Mam kilka pytań do pana dyrektora w zakresie raka piersi i nowotworów ginekologicznych. W sprawozdaniu pan dyrektor przedstawił, że na 2023 r. zostało wydanych 14 240 kart DILO w tym zakresie. Wiemy, że zachorowań raka piersi na dany rok przypada ponad 22 tys. Chciałabym się dowiedzieć, w jakim trybie, w jakim zakresie pacjenci są diagnozowani i wprowadzani w terapię onkologiczną?

Drugie pytanie dotyczy biopsji cienkoigłowej. Została wskazana informacja i bardzo dobrze, że ten trend jest już naszym trendem polskim, że nie wykonuje się biopsji cienkoigłowej. Z naszych doświadczeń przy prowadzeniu pacjentów w Centrum Wiedzy o Raku Piersi cały czas donoszone są do nas informacje, że taka biopsja cienkoigłowa jest cały czas wykonywana. Czy Ministerstwo Zdrowia jest w stanie stworzyć narzędzia, które by uszczelniły ten proceder, ponieważ on jest czynnikiem wydłużającym diagnostykę i wprowadzającym pacjenta w późniejszym terminie do terapii onkologicznych?

Moje trzecie pytanie odnośnie do raka piersi to jest tak naprawdę apel pacjentek onkologicznych odnośnie do dwóch terapii onkologicznych, które są w tym momencie w procesie. Nie będę tutaj podawać nazw leków, które są w procesie, ale podam typy tych nowotworów. Mówimy o pacjentkach, to jest szeroka grupa pacjentek z rakiem piersi, nowotworem HER2-*low*. To jest około 70% wszystkich pacjentek z rakiem piersi, które czekają na takie leczenie. Pacjentki pytają, kiedy mogą z tego leczenia w rzeczywistości skorzystać, wiedząc, że ten proces już jest, ponieważ korzystają z niego głównie w RD^{DTL}, natomiast nie mamy żadnego wglądu do RD^{DTL}, w jaki sposób on jest przeprowadzany i ten dostęp do RD^{DTL} jest nierówny dla wszystkich pacjentów w całym kraju. Przez to, że nie mamy do tego żadnego wglądu, nie jesteśmy w stanie monitorować, czy faktycznie nie został złożony wniosek w takiej formie refundacji, czy też po prostu została sformułowana odmowa z jakichś powodów klinicznych. Jeżeli chodzi o pacjentki dotyczące wczesnego raka piersi, które czekają na uzupełnienie terapii, to tutaj też jest duży apel ze strony tych pacjentek, ponieważ one czekają już ponad dwa lata na tę terapię. Problem polega u nas na tym, że nasze pacjentki mają znowu nierówny dostęp komercyjny, ponieważ jeżeli szpitale pozwolą nam na zakup takiej terapii dla pacjentki, celowany przez aptekę szpitalną, to koszt takiej terapii miesięcznie, a trzeba ją podawać w uzupełnieniu w okresie dwóch lat to jest 6,5 tys. zł. Jeżeli przyprowadzamy ją przez apteki miejskie, gdzie nie ma tej zgody menedżerów szpitala na proceder komercyjny, pacjentki ponoszą koszt w wysokości stawki miesięcznej ponad 15 tys. zł. Tu jest ogromny apel tych dwóch środowisk pacjenckich i myślę, że też będzie szeroki głos ekspercki w tym zakresie, że to są terapie, które są potrzebne, pomimo, że nie możemy powiedzieć, że rak piersi nie został pięknie zaopiekowany, bo w ostatnich dwóch, tak naprawdę pięciu latach jesteśmy naprawdę bardzo zadowoleni z obecnego stanu rzeczy.

Jeżeli chodzi o nowotwory ginekologiczne, znowu jest apel ze strony pacjentów, ponieważ patrząc versus rak piersi, mamy tak naprawdę w całym obszarze nowotworów ginekologicznych białą plamę. Oczekiwanie i apel ze strony pacjentów o wdrożenie kompleksowych działań w zakresie poprawy sytuacji, dostępności do edukacji, diagnostyki, kompleksowego podejścia, łącznie z profilaktyką. Moje pytanie kieruję do ministerstwa – w jakim czasie i zakresie chcecie państwo zwiększyć tę aktywność, zwiększyć wiedzę o nowotworach ginekologicznych i doprowadzić do sytuacji, w której dostęp do profilaktyki będzie dużo szerszy dla polskich kobiet? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, kolejne pytanie.

Prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej Anna Kupiecka:

Dzień dobry. Anna Kupiecka – Fundacja OnkoCafe-Razem Lepiej. Mam pytanie do zmiany w programie przesiewowym szybkiego wykrywania raka szyjki macicy i różnych zmian przednowotworowych. Pan dyrektor, byłby uprzejmy powiedzieć, że wprowadzenie testów HPV-HR wraz z cytologią płynną będzie w najbliższym czasie. Po raz kolejny słyszymy, że w najbliższym czasie. To nie są pretensje, tylko chciałabym bardziej urealnić, na jakim etapie są te prace i co to znaczy w najbliższym czasie? Kiedy? Dużo prac trwało, opinio- waliśmy, pomagaliśmy, braliśmy udział w konsultacjach społecznych. Jaki ostatecznie jest ten okres przejściowy? Czy już mamy znany ten ostateczny kształt tego programu prze- siewowego, tego rozwiązania? Co będzie oznaczał okres przejściowy? Czy to będzie jeden rok, o który apelowaliśmy, czy dwa lata? A jeśli dwa lata, to jak to w praktyce będzie wyglą- dało? Czy te umowy na realizację będą zawierane właśnie na dwa lata i w tym czasie będzie jakaś ewaluacja, będzie sprawdzanie tych realizatorów? Obawiamy się, że ze względu też na wyceny tych świadczeń może być zbyt długo wykorzystywana ta cytologia, która ma bardzo dużo błędnych wyników, ta zwykła cytologia. Dużo kobiet się nie zgłasza, nie są monitoro- wane, 10% czy 20% kobiet, które ma wychwycone nieprawidłowe wyniki, potem nie wraca na dalszą diagnostykę. Dzieje się tutaj bardzo dużo złych rzeczy i mamy nadzieję, duże nadzieje pokładamy właśnie w tej zmianie programu, że to wpłynie na poprawę, ale też na chęć kobiet do zgłaszania się do tego programu, aby przestały też wreszcie chodzić na prywatną cytologię, bo nie o to tutaj chodzi. Nie takie są cele programów przesiewowych.

Program mammograficzny i cytologiczny, działania edukacyjne, które były wymienione, przyznam, że nie zachwyciły. Z całą pewnością ministerstwo planuje jakiś szereg innych działań, które mają popularyzować i zachęcać do korzystania, bo mamy ambitne plany 60% czy 70% zgłaszalności do mammografii, a cały czas tkwimy w tym punkcie 31,61%. Zdecydo- wanie potrzebne są konkretne i precyzyjne działania. Chciałabym zapytać, czy takie aktywne, inne działania są planowane szeroko, typu wysyłka zaproszeń, zaproszenia przez IKP, zapro- szenia mailem, zaproszenia SMS-em, poszerzenie o medycynę pracy, czyli z zakresu zaangażo- wania lekarza medycyny pracy, poszerzenie zakresu zaangażowania POZ w zachęcaniu, popularyzacji, ułatwianiu kobietom zapisywania się do programów przesiewowych, które to zapisywanie się jest bardzo łatwe. Wystarczy się zgłosić, zadzwonić i zapisać, jednak to się nie dzieje, są trzydziestoletnie zaległości.

Jeśli chodzi o nowotwory ginekologiczne i ten program wykrywania nosicielstwa wirusa HPV jest wspaniale i on na pewno poprawi nam funkcjonowanie opieki przy wszystkich nowo- tworach HPV-zależnych, bo zbudujemy szeroką wiedzę. Jednakże mamy taki nowotwór jak rak trzonu macicy, który jest najbardziej śmiertelnym nowotworem. Najwięcej osób, największe żniwo w Polsce zbiera, jednak mamy duży problem z jego zaopiekowaniem. Czy tu w raku trzonu macicy planowane są jakieś działania do zaopiekowania? Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Panie dyrektorze, ponieważ zebrało się sporo pytań, może na tę część, jeżeli pan dyrektor jest w stanie w tej chwili odpowiedzieć, to bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie za te pytania. Będę się odnosił po kolei. Jeżeli chodzi o profilaktykę pierwotną szczepienia przeciw HPV, tak, to prawda, że jest aktualnie 20%. Pamiętajmy z jakiego pułapu żeśmy startowali. W pierwszym roku to było 26 tys. osób. Na początku był to obowiązek, że tylko POZ, które się zarejestrowały do systemu mogą szczepić. Następnie wprowadziliśmy kolejne ułatwienie, czyli każda mama z dzieckiem czy tata z dzieckiem, którzy się zgłoszą do POZ mogą być zaszczepieni, a od września mogą jeszcze chodzić do szkół. To kolejne poszerzanie, zachęcanie i ułatwienie dostępu do tego szczepienia. Dlaczego te procenty tak trochę nam się nie zgadzają? Dlatego, że poszerzono też populację uprawnioną. Gdybyśmy zostali przy populacji, którą mieliśmy trzy lata temu, na początku, byśmy mieli inny odsetek niż ten, który mamy obecnie. Doszły nam dodatkowo roczniki, czyli kilkaset tysięcy dzieci, do tego uprawnienia.

Przejdę do tego drugiego pytania, czyli edukacja zdrowotna i MEN. Jak wiecie państwo, optowaliśmy jako Ministerstwo Zdrowia, żeby to był obowiązkowy przedmiot dla wszystkich dzieci. Niestety ostatecznie tak się nie stało, ale będziemy o to walczyć i żeby jak najwięcej treści prozdrowotnych i zdrowego stylu życia było przekazywanych młodzieży. Zdajemy sobie też sprawę, że potem dzieci i młodzież wpływają na swoich rodziców, więc ten zakres tych oddziaływań jest szerszy niż tylko na młode pokolenie.

Jeżeli chodzi o wdrażanie opieki kolejnych cancer unit, to pierwszy jest przewidziany w tym roku cancer unit do raka płuca. Jeżeli chodzi o to, dlaczego jest opóźnienie, jest tak ponieważ różne grupy eksperckie spierają do tego, jak ten ostateczny model miałby wyglądać. Pojawiają się rozporządzenia w konsultacjach, potem są zgłaszane uwagi, trzeba przepracować jeszcze raz z ekspertami kształt tego świadczenia. Niestety to wydłuża nam ten proces legislacyjny.

Jeżeli chodzi o systemy informatyczne, to w tym nowym systemie e-DILO będą też ścieżki pacjenta, które są opracowane, zaszyte. W związku z wszyscy pacjenci będą chodzić według tej samej ścieżki i będzie to możliwe do kontrolowania. Rozumiem, że uruchomienie systemu to jest końcówka tego roku, a obowiązek wykorzystania będzie w 2026 r.

Kolejne pytanie dotyczyło tego, ilu koordynatorów przeszkolono. W 2024 r. było 200 koordynatorów, a w tym roku jest planowane, że będzie przeszkolone 1000 osób.

Wicedyrektor Onkofundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

A jak to się ma do leczenia kobiet?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Na ten moment nie znam odpowiedzi na to pytanie, ale 1000 osób to już jest potężny zasób, bo doliczając, to będzie 1200 osób przeszkolonych w zakresie umiejętności pracy z pacjentem onkologicznym i koordynacji tej opieki.

Kolejne pytanie dotyczyło raka piersi DILO i nie DILO. W tych tabelkach jest wpisane, że tylko 70% pacjentek idzie ścieżką DILO. W ministerstwie i NFZ widzimy ten problem, który niestety pokazuje, że część świadczeniodawców omija tę ścieżkę, ponieważ są tam zaszyte terminy itd. Odpowiedzią na to jest mniej więcej e-DILO i wyznaczenie ścieżek. Tego się po prostu już nie da ominąć, bo jeżeli nie będzie realizowane zgodnie z tym, nie będzie po prostu płacone, bo będzie to obowiązek. Dzięki temu zamiast tych 70% to będziemy mieli, mam nadzieję, w krótkim czasie będziemy się zbliżać do 100%.

Kolejne pytanie było o biopsję cienkoigłową. Powiem szczerze, że zgadzamy się, że to jest już metoda, która przynosi więcej szkód niż pożytku. Będzie na to odpowiedź, bo te ścieżki są opracowane. Wszyscy lekarze tak naprawdę w ramach tej sieci powinni się do tych ścieżek stosować. W ogóle jej nie popieramy, w każdym programie, czy w pogłębionym, diagnostyki, mammograficznym, raka piersi, bo w tym mammograficznym drugim jest tylko biopsja gruboigłowa. W AOS-ie również w ścieżkach, w DILO tym poprzednim i obecnym też jest tylko finansowana gruboigłowa.

Prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej Anna Kupiecka:

To nie można wykreślić lub nie płacić za to? Wykreślić doświadczenie albo nie płacić za to?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

W NFZ, z tego co wiem, pani doktor, za biopsję cienkoigłową już nie ma płatności w raku piersi.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę, na razie żadnych pytań uzupełniających. Niech pan dyrektor skończy.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Wydaje się, że prawdopodobnie jest to tak, że są jakieś pojedyncze przypadki, które się zdarzają. Oczywiście musimy patrzeć też na skalę diagnostyki, w której wykonuje się biopsję gruboigłową w relacji do tej metody, która już jest uznawana za przestarzałą i po prostu, której już się nie powinno stosować w diagnostyce raka piersi. Pomimo tego, że my promujemy oczywiście gruboigłową jako świadczenia, zostaje pewnie jakaś wąska grupa lekarzy, którzy przywiązani są do tej starej metody. Z czasem prawdopodobnie oni również się wykruszą albo się przekonają, że muszą przestrzegać standardów obowiązujących, a nie stosować tego, co robili zawsze.

Kolejne było pytanie o dwie nowe substancje w programach lekowych. Jeżeli chodzi o obie te substancje, to jest w procesie. Jest, była ocena Rady Przejrzystości, wydana rekomendacja prezesa i jest teraz czas negocjacji, trzeba po prostu poczekać.

Kolejne pytanie – jak zwiększyć zgłaszalność do programów profilaktycznych. To są dwa elementy, które chcemy przeprowadzić. Pierwsza rzecz, którą chcemy zrobić, to większe zaangażowanie POZ-u, bilanse osób dorosłych w ramach programu. Po tym całym wywiadzie, który będzie zrobiony i badaniach, które będą w wyniku tego się generować, będzie wizyta podsumowująca i na tej wizycie podsumowującej będzie ułożony plan zdrowotny, w którym będą również inne interwencje profilaktyczne, czy to szczepienia, czy właśnie mammografia, czy kolonoskopia, czy cytologia. Mamy plan, jeżeli chodzi o bilans, program „Moje Zdrowie”. Uruchomimy go w maju tego roku, natomiast jeżeli chodzi o jego pełną funkcjonalność, to też trwa, żeby go oprogramować dobrze, żeby był korzystny dla realizatorów i dla pacjentów, którzy z tego korzystają. Ta pełna funkcjonalność będzie też polegała na tym, że jeżeli w przyszłym roku wprowadzimy centralną rejestrację, co jest teraz w ramach pilotażu, czyli też profilaktyka, cytologii i mammografii, to potem osoba, która robi tę wizytę podsumowującą i układa plan, będzie miała dostęp do centralnej rejestracji i od razu kobietę czy mężczyznę będzie mogła umówić, który potrzebuje kolonoskopii. Po prostu pacjent powinien wychodzić po takim bilansie z terminem dodatkowych badań profilaktycznych.

Kolejne pytanie – kiedy w końcu HPV-HR? W marcu. Tak, w marcu tego roku. Mamy marzec i w tym roku będzie. Już jest 8 marca. Ten podpis będzie złożony. Jeżeli chodzi o okres przejściowy, przewidujemy do końca 2027 r. Są też dwa elementy, ten HPV-HR z cytologią płynną będzie trochę lepiej wyceniony, bo to jest droższe badanie, powiedzmy sobie szczerze, niż cytologia klasyczna. To będzie jedno z zachęt do tego, żeby przechodzić na ten typ screeningu. Nie zgodziłbym się do końca, że w tej cytologii klasycznej są błędne wyniki, tylko bardziej to jest ten drugi etap, że nie ma nic dalej. Patrząc na te wytyczne, część krajów została przy testowaniu cytologią klasyczną i tam te wyniki wykrywalności są podobne, tylko potem nie brakuje tego kolejnego etapu, co dalej, kiedy wynik jest nieprawidłowy. Pewnie ten element trzeba wykluczyć.

Jeżeli chodzi o działania edukacyjne, tak jak powiedziałem, będą badania populacyjne w POZ, ogólna profilaktyka, w tym onkologiczna, plus w przyszłym roku, jak już będzie pełna funkcjonalność umawiania przez CER, to będzie już umawianie na cytologię i mammografię, będzie możliwość, oczywiście teraz jest w ramach pilotażu już możliwość umawiania się przez IKP w CER-ach na tę rejestrację, już słyszałem od pacjentek, że to nie jest jeszcze taka funkcjonalność prosta do obsługi, więc w związku z tym zgłosiłem, żeby to lepiej jednak spozycjonować na IKP.

Dodatkowo, mamy taką uwagę, że ciągle mamy szklany sufit i nieco ponad 30% w mammografii. Gdybyśmy mieli tyle badań przy tej węższej populacji, która była do 2023 r., to by było to 43%. Nadal mało, ale już inne liczby. Populacja się poszerzyła, w związku z tym też pamiętajmy, że mamy pewne ograniczenia. Został też wprowadzony ten obowiązek, żeby te badania mammograficzne były sprawdzane i nadzorowane, co trochę powoduje, że ten przerób nie jest mniejszy, ale zajmuje trochę więcej czasu, bo tych badań jest więcej. Musimy też dbać o jakość, żeby nie robić fałszywie dodatnich czy fałszywie ujemnych wyników. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Czesław Hoc, teraz tak na zmianę bym prosił.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Na zmianę zrobimy. Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, oczywiście temat bardzo szeroki, bardzo ważny. Na początku mieliśmy takie propozycje, żebyśmy tylko zajęli się rakiem piersi i rehabilitacją kobiet po mastektomii, ale potem rozszerzono ten program i pan przewodniczący zapowiada, że będziemy jeszcze potem kontynuować albo w zespole parlamentarnym do spraw onkologii albo zrobimy jeszcze jedno posiedzenie podkomisji stałej, żebyśmy temat poszerzyli, bo rzeczywiście jest bardzo szerokie zainteresowanie. Mam kilka konkretnych pytań do pana dyrektora, ale bardzo proszę w razie braku odpowiedzi teraz przygotować ją na piśmie. Jeśli chodzi o raka piersi, mówiliśmy dłużej o raku piersi. Zresztą na marginesie powiem o tej biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, to oczywiście w przypadku raka piersi to jest już metoda wyszła, ale jako endokrynolog mogę powiedzieć, że biopsja aspiracyjna

cienkoigłowa w tarczycy to jest fundament. Oczywiście rozpoznanie jest histopatologiczne, ale biopsja jest procedurą, nie „procederem”, tylko „procedurą”. Tam była pomyłka, że to „proceder”. To tylko tak na marginesie. Oczywiście, jeśli chodzi już o takie nowoczesne rozpoznanie, panie dyrektorze, czy rzeczywiście mamy w jakimś zestawie refundacyjnym mammografię spektralną w połączeniu z rezonansem magnetycznym? Chyba raczej nie, ale w jakimś zestawie? To byłaby taka metoda, która rak piersi, jeśli chodzi o rozpoznanie, bardzo przybliży.

Pani powiedziała o raku piersi, że nie ma programu na HER2 niski. O ile orientuje się, jest program, tak, jest trastuzumab derukstekan i tak samo jak HER2 dodatni, tak samo jak HER2 potrójnie ujemny, są programy. Czyżby tych programów nie było, panie dyrektorze, refundowanych? One są w refundacji, te leki. W takim razie zapytam o RDTL, czyli Rationalkowy Dostęp do Technologii Lekowych, a więc tam, gdzie jest lek zarejestrowany, ale nie jest refundowany, czy są problemy w szpitalach w takim razie? Jeśli pani mówi, że jakby nie ma tego programu to czy on jest realizowany, tym bardziej, że on jest już jako refundacja?

Padło tu hasło o USG piersi w ciąży. Rzeczywiście po 35 roku życia wskazane jest USG u kobiet w ciąży, tym bardziej, że wiemy, że jak rak jest, rozpoznawany jest zbyt późno. Czy mamy takie zamierzenia wprowadzenia tego badania obowiązkowo? Mówię o refundacji.

Oczywiście BRCA1, tutaj też było takie hasło. Jeszcze rok temu bodajże nie było refundowana profilaktyczna mastektomia, czyli jeśli... Była już tak? Dobra, czyli jak już jest... Proszę?

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego Sanitas Aleksandra Rudnicka:

Była. Była w programie. Był program narodowego...

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dobrze. Czyli to jest dobrze, bo tak kiedyś jeszcze dwa lata temu bodajże była pani u mnie, amazonka, mówiła, że ci, którzy robią profilaktyczną mastektomię nie mają refundacji. Jak już to jest, to OK. Pani dyrektor, jeśli chodzi o te programy lekowe, immunoterapię, czy są jakieś trudności teraz? Wiemy, że NFZ jest w sytuacji bardzo krytycznej czy trudnej. Czy w takim razie są wstrzymane te programy lekowe, czy może są zagrożone? Bardzo prosiłbym o odpowiedź.

Chirurgia robotowa jeszcze, o ile trzon macicy jest już w chirurgii robotowej refundowany, ale na przykład chyba szyjka macicy nie jest. Nie powinna być, tak? Rozumiem. Czyli praktycznie, jeśli panowie profesorowie czy państwo profesorowie uważacie, że chirurgia robotowa, raka jelita, rak trzonu macicy i jeszcze żołądka bodajże, i jelito grube, tego nie trzeba refundować, tak? Słyszę takie głosy.

Profesor w Klinice Ginekologii Onkologicznej Instytutu Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Radosław Mądry:

Wyniki badań wskazują, że leczenie robotem czy laparoskopem raka szyjki macicy przynosi więcej szkody.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Nie, ja nie mówię o raku szyjki macicy, ja mówię ogólnie.

Profesor w Klinice Ginekologii Onkologicznej Instytutu Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Radosław Mądry:

Ale w szyjce macicy to na razie mamy zamkniętą drogę.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dobrze, to w takim razie jeszcze o ten HPV chciałbym spytać, już króciutko. Kiedy będziemy mieli skutek, bo na przykład bodajże po 4 latach szczepienia HPV, są już przeciwciała w 90%. Widzę, że cały czas zachorowalność jest taka sama, lata 2020–2024. Po ilu latach na przykład byśmy mogli powiedzieć, że ten program zdał egzamin, bo na przykład mamy zachorowalność na raka szyjki macicy tyle i tyle mniej, albo o tyle i tyle mniej?

Zapisałem sobie jeszcze AI, sztuczna inteligencja, czy mamy jakieś wzorce albo standardowe działania, które by przyspieszały diagnostykę i nie tylko? Wiadomo, że w diagnostykę obrazową na pewno sztuczna inteligencja będzie wprzęgana, natomiast czy to będzie do terapii, do diagnostyki itd.? Już kończę. Jeszcze chodzi mi o refundację kompresoterapii u kobiet po mastektomii, a więc te wszystkie pasy, te wszystkie rękawy kompresyjne, okrągłodziane.

Wiem, że jeszcze kilkanaście miesięcy temu były takie spostrzeżenia albo uwagi, krytyki, że za mało jest w tej refundacji, że nie wszystkie te kwestie dostępne są, te drenaże limfatyczne. Co, z rehabilitacją, już nie mówię szpitalną, poszpitalną, ambulatoryjną, domową? Czy to jest stosownie albo odpowiednio i z czułością te procedury są finansowane? Fajnie, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, widzę, że ten nasz temat się bardzo rozszerza. Jeżeli chodzi o chirurgię robotową, onkologię, mieliśmy temu poświęconą specjalną podkomisję i o tym mówiliśmy przez dwie godziny. Myślę, że teraz czas na kolejne pytania. Może z tej strony bardzo proszę pan. Panie nas dominowały, tak że bardzo proszę. Proszę przedstawić się i mówić do mikrofonu.

Sekretarz wykonawczy zarządu Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy Maciej Mazurec:

Niestety będę musiał siedzieć tyłem. Maciej Mazurec – Polskie Towarzystwo Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy. Pytanie krótkie i proste, mam nadzieję, z prostą odpowiedzią, do pana dyrektora. Czy, jeśli za 24 miesiące minie okres przejściowy dotyczący stosowania cytologii konwencjonalnej, zwanej również klasyczną, jako pierwotnego narzędzia przesiewowego, to czy zastąpi je cytologia na podłożu płynnym, czy też po tym przejściowym okresie pozostanie tylko pierwotny test HR-HPV z następową cytologią na podłożu płynnym? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie, troszeczkę nawiązując do wypowiedzi pani z Fundacji OnkoCafe, która wypowiedziała się o cytologii prywatnej troszeczkę z lekceważeniem, chciał zapytać w tym kontekście pana dyrektora, czy Ministerstwo Zdrowia planuje w jakikolwiek sposób włączyć do rejestru testów przesiewowych te testy, które wykonywane są poza programem publicznym, czyli tym, co jest oryginalnym modelem polskim, czyli model hybrydowy, który łączy screening publiczny i screening prywatny? Apelujemy, żeby uszanować wolę tych pacjentek, które nie chcą iść do placówek publicznych, do programu publicznego, chcą pozostać w opiece prywatnej, odciążając jednocześnie system ochrony zdrowia w Polsce, żeby uszanować ich wolę i nie zmuszać ich do udziału w programie publicznym. Te testy screeningowe, które są wykonywane w ramach opieki prywatnej, nie są w niczym gorsze, nie chciałbym powiedzieć, że wielokrotnie i często są lepsze, niż w dotychczasowym publicznym programie, żeby jednak powstał wspólny rejestr. To jest apel Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, zresztą nie po raz pierwszy wnoszony. To są najważniejsze dwa pytania, dwie prośby.

Ostatnia rzecz to apel o uwzględnienie, mimo wszystko, wiem, że państwo odpowiedzieliście, po naszych zakończonych już konsultacjach publicznych, że nie będziecie państwo wskazywali testów HR-HPV, ani podłoży płynnych, które będą obowiązywały w nowym rozporządzeniu. Proszę wziąć pod uwagę to, że tylko dwa podłoża na świecie są zwalidowane klinicznie na dużych populacjach, to jest podłoże SurePatch i podłoże ThinPrep. Tylko dla tych dwóch podłoży mamy dane dotyczące odsetka dla poszczególnych rozpoznań cytologicznych i tylko one pozwalają na to, żeby móc kontrolować jakość oceny cytologicznej, co jest kluczowe w nowej sytuacji, w której wszystkie testy cytologiczne będą wykonywane u pacjentek wysokiego ryzyka. To są pacjentki, czy to będą pacjentki z dodatnimi wynikami testów HR-HPV. To jest bardzo istotna sprawa. Druga, równie istotna sprawa, to są testy HR-HPV, które nie są w ogóle zatwierdzone do stosowania, tylko testy, które są zatwierdzone dla pierwotnego screeningu raka szyjki macicy. Tu nie chodzi o żadne kwestie budzące jakiegokolwiek wątpliwości powiązań firmowych, tylko kwestie kluczowe wskazane przez Europejskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej w liście z 2023 r., zaktualizowanej w kwietniu 2024 r. przez absolutny autorytet europejski dotyczący testów HR-HPV pana doktora Arbina, który wskazuje 18 testów, które przeszły wystarczająco wiarygodną walidację kliniczną, które mogą być zastosowane dla pierwotnego screeningu raka szyjki macicy. To jest bardzo istotne i prosiłbym w imieniu naszego zarządu o to, żeby jednak wziąć to pod uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę o kolejne zgłoszenie. Pan bardzo proszę, przepraszam.

Profesor w Klinice Ginekologii Onkologicznej Instytutu Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Radosław Mądry:

Radek Mądry, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Klinika Ginekologii Onkologicznej. Mam kilka pytań dotyczących przede wszystkim programu nadzoru genetycznego rodzin o wysokim ryzyku występowania nowotworów. Czy mają państwo plan przeniesienia tego programu do profilaktyki, gdzie on się wtedy stanie programem nielimitowanym i będzie wtedy dużym rozwiązaniem? W tej chwili mamy wrażenie, że jesteśmy rozdeptywani przez pacjentki, które korzystają z tego programu, bo mogą, bo tak to im umożliwia system, a równocześnie z uwagi na to, że zmienił się dostęp do leków w odniesieniu do raka piersi, to program nadzoru staje się drogą do najwcześniejszej diagnostyki w wielu miejscach. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie jest takie, czy ministerstwo ma plan dla stworzenia zawodu medycznego jakim są konsultanci genetyczni, bo genetyków klinicznych mamy za mało. To jest, że tak powiem, rzadkie zwierzę, a takiego genetyka, który chce się zajmować onkologią, to jest jeszcze mniej. To jest taki zawód, który jest niezmiernie potrzebny, bo model brytyjski pokazuje, że jest to niezmiernie efektywne.

Trzecie pytanie jest takie, na jakim etapie jest projekt rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia dotyczący badania PET-u wykonywanego przed chirurgicznym leczeniem raka szyjki macicy? My mamy ten PET obecnie w dostępie przed radioterapią, ale dalej nie mamy przed zabiegiem operacyjnym. To jest schizofreniczne. To coś, co jest nawet bardziej potrzebne, a tego nie mamy.

Pytanie takie bardzo strategiczne – czy ktoś kiedyś sprawdził w naszych polskich warunkach, mamy breast cancer unity, czy mamy jakiegokolwiek dane wskazujące na to, że leczenie się tam odbywające jest bardziej efektywne? Mamy breast cancer unity, mamy KON-Pierś, na świecie to tak jest, że tam jest efektywniej, ale czy to się u nas też powtarza? Czy widzimy, że ta inwestycja, jaką jest tworzenie tych miejsc bardziej specjalistycznych przekłada się na cokolwiek? To pytanie wydaje się bardzo zasadne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Może poprosiłbym pana dyrektora o odpowiedź na tych parę merytorycznych pytań od ekspertów, a później będą dalsze pytania, tylko bardzo proszę krótkie, bo mamy salę tylko do godz. 17.00, bo kolejna podkomisja będzie miała swoje posiedzenie. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Odpowiadając na pytanie pana przewodniczącego Hoca, tak, rezonans piersi jest refundowany. Jeżeli chodzi o programy lekowe w diagnostyce raka piersi, to po prostu kolejne cząsteczki, które wchodziłyby dla tych pacjentek, natomiast ta druga cząsteczka, o której mówiła pani z fundacji, to jest cząsteczka dla pacjentek z wczesnym rakiem piersi, które aktualnie są tylko jakby alternatywą i standardem, który jest obecnie stosowany, jest po prostu obserwacja, monitorowanie. Firma zarejestrowała cząsteczkę, która podawana przez dwa lata ma zmniejszyć ryzyko nawrotu. To podlegało ocenie, więc to po prostu inny dostęp. Te leki, które są w programie lekowym są dostępne. Wiemy, że wszystkie nadwykonania w programach lekowych są zadeklarowane przez NFZ, za trzy kwartały są zapłacone, natomiast za ten ostatni kwartał zostaną zapłacone teraz, w marcu. Również limity, czyli świadczenia towarzyszące dla programów lekowych też będą zapłacone.

Mówiłem o już o USG piersi powyżej 45 roku życia. Ponieważ są to kobiety w grupie ryzyka to badanie będzie refundowane.

Pytanie nr 3 – HPV, kiedy efekt. Myślę, że lepiej byłoby się zapytać naszych ekspertów, natomiast przy wyszczepialności 20% to ten efekt jeszcze nie będzie populacyjny, szeroki. Gdybyśmy mieli 60%, to ten efekt będzie. W Australii spadek było widać po, zdaje się...

Profesor w Klinice Ginekologii Onkologicznej Instytutu Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Radosław Mądry:

Po 8 latach.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Po 8, chyba do 10 lat. To był mniej więcej taki okres.

Jeżeli chodzi o AI, oczywiście bardzo dobrze to brzmi. Może na razie jest stosowany przy wstępnym przesiewie badań patomorfologicznych. Być może będzie wdrażane w badaniach obrazowych. Natomiast czy będziemy tę sztuczną inteligencję wdrażać do prowadzenia leczenia, to jest pytanie... Jako Ministerstwo Zdrowia, na razie się tym nie zajmujemy, jeżeli chodzi o wykorzystanie sztucznej inteligencji do leczenia.

Kompresoterapia, są refundacje, ale na to dokładnie nie odpowiem, bo to nie jest moja działka i nie wiem, czy ta refundacja jest wystarczająca na te rękawy i różne inne rzeczy, czy ona nie jest wystarczająca.

Było pytanie z towarzystwa kolposkopowego, czy po tym okresie przejściowym będzie tylko cytologia płynna, po wstępnym przesiewie HPV-HR. Tak.

Sekretarz wykonawczy zarządu PTKiPSM Maciej Mazurec:

Nie. Czy pozostanie jako samodzielny test pierwotny cytologia zamiast konwencjonalnego, na podłożu płynu, bo jest oczywiste, że test HR-HPV jest tym, który będzie dominujący. Czy w ogóle pozostanie cytologia jako pierwotne badanie?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Jako pierwotne badanie zostanie jako świadczenie gwarantowane w AOS-ie. Mówiłem o 1700 tys. cytologii wykonanych poza programem, ale to jest nadal sfinansowane ze środków publicznych, tylko w poradniach ginekologicznych, a nie w AOS-ie. Ta część, która jest wykonywana w strefie prywatnej, to nawet nie mamy wiedzy, ponieważ ze strefy prywatnej, bo mimo że istnieje obowiązek sprawozdawania na P1, to sprawozdawalność jest na poziomie kilku procent. To też jest dla ministerstwa, w ogóle element niewidzialny, ale to trochę dlatego, że podmioty prywatne, które nie mają umowy z funduszem po prostu nie realizują obowiązku ustawowego.

Sekretarz wykonawczy zarządu PTKiPSM Maciej Mazurec:

Nie mamy możliwości raportowania tych usług.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Proszę dać odpowiedzieć panu dyrektorowi.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Wiem, że tam nie ma wyników, natomiast chociaż byśmy widzieli jaka jest skala, że jest robiona po prostu ta cytologia.

Sekretarz wykonawczy zarządu PTKiPSM Maciej Mazurec:

Nie raportuje wykonanych procedur do prywatnych części, to tak nie działa.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dyskutujemy teraz... Jeżeli państwo by się podłączyli na gabinet.gov.pl, moglibyście sprawozdać się tam, a jeżeli wasze systemy gabinetowe w prywatnych gabinetach nie są zintegrowane z tym, to tam się żadna informacja nie pojawia, więc skala jest nieznana, powiedzmy sobie szczerze, bo to jest tylko kilka procent sprawozdawanych, co mają zintegrowany, pewnie te większe podmioty, które i tak realizują na Narodowy Fundusz Zdrowia część kontraktu, a część robią na prywatnie. Jak mają zintegrowane te systemy, z tych systemów gabinetowych przechodzi to też P1.

Drugie pytanie dotyczyło tego, czy te testy będą wskazane z nazwy zarówno HPV-HR – jest ich 18, jak usłyszeliśmy – i testy na cytologii podłoża, do cytologii płynnej – są dwa rodzaje, które są zwalidowane. Powiedzmy sobie szczerze, trochę trudno sobie wyobrażam, że z pieniędzy publicznych podmioty będą kupować, nazwijmy to, żeby nikogo nie obrażać, chińszczyznę, do testowania swoich pacjentek. Rozumiem, że macie też jakieś obowiązki w stosunku do tego, żeby używać zwalidowanych testów, zarówno HPV-HR... Wiem, że to nie do was uwaga, ale też jesteście towarzystwem kolposkopowym i w sumie ten nadzór merytoryczny czy lekarz powinien też patrzeć, co dostaje od swojego szefa, czy to w ogóle się do czegoś nadaje. Teraz byśmy wpisali 18, a potem dwóch producentów zwaliduje i by powiedzieli – no to zmieniajcie koszyk, bo nas dwóch kolejnych doszło, albo trzecie podłoże płynne się pojawi. Nie można wszystkiego tak regulować. Jest ten wasz nadzór, jeśli chodzi

o to, co powinno być stosowane. Są wytyczne, które wskazują, czego się powinno do diagnostyki używać i na tym się będziemy opierać.

Chyba możemy przejść do kolejnego etapu.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Zbliżamy się do końca. Proszę o krótkie wypowiedzi, po minucie, półtorze, bo musimy zdążyć. Proszę bardzo, pani się pierwsza zgłosiła. Tak, pani. Pan dyrektor odpowie w drugiej części, jeśli znajdzie materiały, chyba że teraz jest przygotowany, aby udzielić odpowiedzi dla pana profesora.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak. Odpowiedziałem na pytania dotyczące testów i podłoży. Jeżeli chodzi o program, de facto to jest decyzja prezesa NFZ, czy to będzie nielimitowe, czy limitowe. Prezes podejmuje takie decyzje najczęściej w zależności od tego, ile ma pieniędzy. Chyba zapłaci akurat w tym programie wszystkie nielimity, zgodnie z deklaracjami. Jeżeli chodzi o konsultantów genetycznych, to było dzisiaj omawiane posiedzeniu na Krajowej Radzie Onkologicznej. Trochę czasu musi upłynąć. Jeżeli chodzi o finansowanie PET przed zabiegiem operacji raka szyjki macicy, powiem szczerze, że do końca nie jestem w stanie odpowiedzieć na to pytanie.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. To wystarczy. Bardzo proszę.

Pełnomocnik zarządu Fundacji SOS Życie, przewodnicząca Rady Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Łucja Bielec:

Łucja Bielec, Fundacja SOS Życie z Podkarpacia, z Mielca i zarazem występuję w imieniu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Mam trzy pytania. Martwimy się wszyscy o objęcie populacji, jeśli chodzi o profilaktykę wczesnego wykrywania raka piersi. Zgłaszam bardzo duży problem, jako doświadczony realizator programów profilaktycznych od 25 lat, że do mammografii, owszem, jest dostępność i wszyscy mogą sobie robić, ale nie ma dalszej diagnostyki. Wiele lat temu program został podzielony na dwie części i o ile do pierwszej części, czyli do samego mammografu, jest dostęp zawsze, o tyle zgłaszam i chcę wiedzieć, co państwo macie zamiar z tym zrobić, nikt nie chce wykonywać, radiolodzy nie chcą wykonywać pogłębionej diagnostyki, jeśli chodzi o ultrasonografię piersi. To jest podstawa do dalszych badań diagnostycznych. U nas na Podkarpaciu jest tylko 5 ośrodków, które realizują pogłębioną diagnostykę, natomiast 25 realizuje pierwszy etap. Nie ma szans kobieta ze skierowaniem na pogłębioną diagnostykę zrobić sobie badania na NFZ. Nie będziemy wiedzieli, gdzie ten nowotwór poszedł, gdzie się pojawił i kiedy on przyjdzie bardzo duży. Uważam, że to problem pacjentów w całej Polsce. Nie mamy dostępu do pogłębionej diagnostyki, do specjalistycznej opieki medycznej.

Następne pytanie – chciałam zapytać, czy lekarze rodzinni, POZ, będą mieli gratyfikację za większe objęcie populacji programami profilaktycznymi? W jaki sposób będzie można zwracać się, jak będą gratyfikowane POZ-y, które podpisały koordynowaną opiekę, a w jaki sposób ministerstwo czy NFZ myślały rozwiązać problem tych, którzy nie podpisali koordynowanej opieki nad pacjentem? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, bardzo proszę.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Dziękuję. Panie przewodniczący, panie wiceprzewodniczący, Dorota Korycińska – Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Szanowni państwo, chciałam zauważyć, że w IKP brakuje również danych z podmiotów publicznych. Jestem osobą, która nie ma wyników mammografii, nawet w ogóle żadnego śladu o tym, że robiłam badania profilaktyczne w ramach publicznego systemu. Stanowczo trzeba z tym problemem coś zrobić, bo to troszeczkę mija się z celem. Jeżeli chodzi o profilaktykę 40+ też chciałam zapytać, czy jest jakaś wiedza, ile wykryto nowotworów i w jakich stadiach? Cały czas mówimy o efektywności programów profilaktycznych. Moim zdaniem, pozwolę sobie wyrazić takie zdanie, ta efektywność nie jest badana. Też chciałabym się dowiedzieć, jaka jest efektywność kampanii „Planuję Długie Życie”. Ile ta kampania kosztuje, a jakie są efekty? Czy to jest w ogóle

w jakikolwiek sposób sprawdzane? Wydajemy bardzo mało pieniędzy na badania profilaktyczne. Wyniki są również mierne, więc może warto się zastanowić, czy są w ogóle badane przyczyny niskiej zgłaszalności na przesiewy? Jedna z organizacji pacjentów zrobiła takie badania. Chciałabym wiedzieć, czy instytucje publiczne analizują przyczyny, nie mówię o winie, niskiej zgłaszalności na przesiewy? Mamy bardzo duże różnice. Jest gmina, gdzie 63% zgłaszalności na mammografię. Moim zdaniem to jest wynik, który jesteśmy w stanie w Polsce osiągnąć, jeżeli komuś się udało. Są i takie, gdzie jest 8–9%. W związku z tym trzeba by dokładnie sprawdzić, co się dzieje i dlaczego. Sprawdzić przyczyny i w związku z tym znaleźć oczywiście rozwiązania. Często słyszymy, że to jest wina, nie wiem, pacjenta. Natomiast wina nie leczy, a sprawdzenie przyczyn i znalezienie odpowiednich rozwiązań może znakomicie poprawić sytuację.

Jeżeli chodzi o e-rejestrację, to bardzo się cieszę, że ta funkcjonalność ma być poprawiona, dlatego że konia z rzędem, kto znajdzie na IKP miejsce, gdzie można z tej e-rejestracji skorzystać. Tam się trzeba nieźle naklikać. Jeszcze się trzeba domyśleć, że ta e-rejestracja na badania profilaktyczne będzie tam, gdzie jest plan leczenia. Naprawdę trzeba sporo się naklikać i sporo, że tak powiem, pokrzążyć. Sugeruję jednak, żeby była zmieniona funkcjonalność IKP, żeby było wiadomo, gdzie jest e-rejestracja, bo naprawdę ciężko to wygląda. Czy mają państwo informację, ile osób zgłosiło się na przesiewy z e-rejestracji? Od niektórych lekarzy, którzy o tym mówią wiem, że na 200–300 osób zgłosiła się jedna albo dwie osoby przez e-rejestrację. Szkoda trochę naszych środków publicznych, żeby robić działanie, które nie jest po prostu efektywne.

Chciałam jeszcze zauważyć...

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Na sam koniec oczywiście.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

...tak, na sam koniec oczywiście, że były podane liczby, że w Polsce diagnozuje się co roku 180 tys. osób obciążonych chorobami nowotworowymi, a przeszkolono 1200 koordynatorów. Wychodzi 150 pacjentów na koordynatora. W związku z tym, czy jest jakaś optymalna liczba, czy o tym się myśli, ile ma być? Pamiętam, że były rozmowy, że ma być 40 pacjentów na jednego koordynatora, a tu wychodzi, jeżeli chodzi o przeszkolonych koordynatorów, że jest 150. To jest niemożliwe. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje jakieś rozwiązania w tym zakresie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, bardzo proszę, pan prosił o głos.

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego Bernard Waśko:

Dzień dobry. Bernard Waśko – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, ale również członek Krajowej Rady Onkologicznej. Odniosę się do jednej kwestii, która tutaj w kilku wypowiedziach wybrzmiewa. Zarówno, jeśli chodzi o rejestrację wykonywanej w sektorze niepublicznym cytologii czy w ogóle badań profilaktycznych, jaki jest sposób pomiaru skuteczności prowadzonej profilaktyki? Otóż, proszę państwa, nie możemy wykonać skuteczności profilaktyki, jej wpływu na stwierdzane stadia zaawansowania nowotworów, nie widząc w ogóle tego, czy pacjentek w sektorze niepublicznym bada się pięć razy tyle, czy dwa razy. Raport OECD w tej sprawie pokazuje, że rzekomo – to jest raport za 2023 r. Health at Glance – w Polsce cytologii profilaktycznej poddaje się 65% pacjentek. Jest to zrobione na podstawie badania ankietowego, bardzo małej próby. Wiarygodność tego badania, jeśli chodzi o wynik, nie jest dość wysoka, ale jeżeli mamy rozbieżność 11% w programie screeningowym, a 60%, to znaczy, że warto by było przynajmniej zbliżyć się może nie o 500%, tylko może o 100%. To już byłby pewnie duży sukces. Bez tego, jeżeli będziemy ślepi, nie będziemy wiedzieć w ogóle, jaka liczba pacjentek w rzeczywistości z tego korzysta.

Mówię o zadaniach instytutu, bo między innymi jego zadaniem jest monitorowanie zdrowia publicznego i monitorowanie skuteczności programów profilaktycznych. Tego zadania nie możemy wykonywać z zamkniętymi oczami, ponieważ nie znamy potężnej skali tych pacjentek, które badają się odpłatnie w ramach wizyt w gabinetach ginekologów.

Były kiedyś próby zobowiązania lekarzy do tego, żeby to raportowali. One już dawno upadły. Później weszła P1, w 2021 r. Ten przepis obowiązuje jako zdarzenie medyczne. Odnosi się do świadczeniodawców, czyli tych, którzy niezależnie od tego, czy funkcjonują w systemie refundowanym przez NFZ, czy nie, mają taki sam obowiązek. To oddziałuje horyzontalnie. Stopień wykonania tego obowiązku, ponieważ nie ma sankcji, pan dyrektor już podał. Mija cztery lata, odkąd ten przepis obowiązuje. On jest niewykonywany.

Może pora albo poszukać innego rozwiązania, albo stworzyć mechanizmy egzekucyjne, które by zapewniły skuteczną rejestrację zjawiska? Narzędzie jest. Tym narzędziem jest IKP. Do IKP pacjentki powinien trafić sam fakt wykonania lub poddania się badani profilaktycznemu, niezależnie od tego, czy było wykonane w systemie publicznym i niepublicznym, podobnie jak podanie szczepionki. Nieważne, czy została podana w prywatnym gabinecie i zakupiona w aptece, czy też podana w ramach systemu szczepień refundowanych przez państwo. Fakt zaszczepienia się obywatela powinien zostać w IKP odnotowany po to, żeby cała aktywność profilaktyczna była monitorowana i żeby dane populacyjne były wiarygodne, bo tylko tak można prowadzić politykę zdrowotną w oparciu o wiarygodne dane. Apeluję o poszukanie innego rozwiązania. W porozumieniu z konsultantem krajowym do spraw patomorfologii, panem profesorem Marszałkiem, zaproponowaliśmy takie rozwiązanie. To jest zgłoszenie do IKP samego faktu wykonania badania i wydania wyniku przez pracownię histopatologiczną lub cytologiczną, która taki wynik wydaje. Nie przez gabinet lekarza, tylko miejsce, gdzie powstaje wynik i on trafia do IKP pacjenta. Sam fakt, czy ten wynik jest, jaki on jest, to jest wtedy dopiero, jeżeli dokumentacja medyczna – bo wynik jest dokumentacją medyczną – zostanie zindeksowana przez P1. Nie musi być pełnej funkcjonalności. Wystarczy, że będzie odnotowane: poddałam się, nie poddałam się, było badanie wykonane. To jest prośba o wykonanie pierwszego kroku, który by poprawił nam znacznie kompletność rejestracji tego zjawiska.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Pani prosiła o głos. Bardzo proszę.

Przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej Katarzyna Pogoda:

Dzień dobry. Katarzyna Pogoda, jestem onkologiem klinicznym z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, jednocześnie reprezentuję sekcję raka piersi. Mam jedno krótkie pytanie. Chciałam zapytać, w imieniu onkologów, na jakim etapie są teraz prace, jeśli chodzi o umożliwienie nam, onkologom, oznaczenia mutacji BRCA z krwi, w trybie ambulatorium? To jest temat kluczowy. Pan profesor Mądry już na ten temat wspominał. Mamy ogromne możliwości terapeutyczne. Mówię o leczeniu systemowym, ale również o leczeniu operacyjnym, refundowane metody. Rzeczywiście dostęp do tych badań jest bardzo ograniczony. W narodowym instytucie dajemy sobie jakoś radę, natomiast wielu kolegów w Polsce ma z tym ogromne problemy. Oczywiście te metody, jak do tego dojść, nie są takie proste. Chcielibyśmy mieć proste narzędzie z poziomu przychodni, kiedy przychodzi do mnie pacjentka, zlecam badanie, oczekuję na wyniki, naprawdę nie angażuję genetyków, których właśnie jest tak mało, którzy są potrzebni do innych wskazań. Bardzo proszę o tę informację.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Jeszcze dosłownie dwa, trzy pytania, bardzo proszę, pani. Pani Krystyna zadaje krótkie, konkretne pytanie.

Prezes zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki Krystyna Wechmann:

Tak, panie przewodniczący, szanowni państwo, Krystyna Wechmann – Federacja Stowarzyszeń Amazonki. Padło już dużo naprawdę konkretnych pytań, które myślę, że wyczerpały temat. Interesuje mnie bardzo, gdy mówimy o diagnostyce to, co pani profesor przed chwilą powiedziała. Pacjentki się zgłaszają, mało, dzwonią już w szpitalu, że zakończyły leczenie i po tygodniu dostają wynik diagnostyki BRCA, że są nosicielkami. Terapia powinna rozpocząć się właśnie po wyniku, czy jest tą nosicielką. Inaczej by to wyglądało i na nowo zaczyna się zabawa. Ustawa o badaniach diagnostycznych, wiem, że przygotowywana była

już parę lat temu. Jest gotowa. Bardzo mnie interesuje, kiedy ta ustawa wyjdzie, bo jest bardzo ważna.

Drugie, szybcutkie pytanie – pan profesor Mądry zapytał, czy mierzymy wyniki tam, gdzie mamy te umowy unitów i tych specjalistycznych ośrodków. Myślę, że nie mierzymy, bo ciągle o tym się mówi, jak ważne jest mierzenie, żeby wiedzieć, na czym stoimy i gdzie poprawić te sprawy. Na zakończenie, żeby to było krótko, chcę powiedzieć o profilaktyce, bo to jest najważniejszy temat. Mówimy od lat, że jest najważniejsza. Środki na nią są takie, jakie są, najmniejsze chyba w Unii Europejskiej, a my nie mamy takiego narzędzia, które spowoduje wzrost, bo nie mamy badań screeningowych. Płacimy, ministerstwo daje pieniądze, to znaczy ogłasza. Mamy badania przesiewowe w raku piersi, jest cytologia i to wszystko, o czym mówiliśmy, tylko jest ta niska zgłaszalność. Myślę, że dopóki będziemy walczyć z nowotworem, a nie leczyć, to też daleko nie zajdziemy. Od dłuższego czasu mówię, a Narodowa Strategia Onkologiczna, która jest tak długo oczekiwana przez lekarzy i pacjentów mówi, że kompleksowy program walki z rakiem, mentalność wojownika owszem, ale nie każdy ją ma, taką siłę woli. Myślę, że nowotwór to choroba, a nie pole bitwy. Stan jest pacjenta w wyniku leczenia, to nie siła woli, tylko wynik biologii i medycyny. Nie każdy potrafi sobie z tym poradzić. Może też zastanówmy się nad tym, żeby tę walkę, to pole bitwy kiedyś wyeliminować i zacząć leczyć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo za tę krótką wypowiedź. Jeszcze pani, jeden głos, potem jeszcze jeden głos i parę minut dla pana dyrektora, bo godz. 17.00 się zbliża.

Prezes zarządu Fundacji Oko w Oko z Rakiem Justyna Dec:

Dzień dobry. Justyna Dec – Fundacja Oko w Oko z Rakiem z Katowic. Chciałabym, żeby wybrzmiało, bo też jestem tutaj w imieniu pacjentek z HER2-low i ten lek jest tylko w RDTL i nie ma możliwości, żeby był równy dostęp w leczeniu. Magda już wspominała o tym, jak to jest generalnie sprawdzane, ile tych pacjentek przystępuje do leczenia i kiedy. Wiemy, że w dalszym ciągu jest ten proces refundacji, tylko jeszcze jak długo on będzie? To jest bardzo ważne dla tych pacjentek. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze krótsze pytanie, pani obok.

Prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Elżbieta Markowska:

Elżbieta Markowska – Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Mam pytanie o Krajową Sieć Onkologiczną. Już dziś mówiono o tym, ale mam pytanie, ponieważ jest dużo rozbieżności. To dotyczy interpretacji przepisów prawnych. Zwracam się z taką prośbą – czy narodowy fundusz nadal będzie utrzymywał wszystkie zawarte dotychczas umowy na zakresy skojarzone, pakiet onkologiczny i świadczenia poza pakietem onkologicznym, a co za tym idzie, czy nadal finansowana będzie diagnostyka, konsylia oraz planowe leczenie onkologiczne wykonywane w placówkach niezakwalifikowanych do KSO, jak SOLO I, SOLO II, SOLO III lub ośrodki kooperujące, czy też wszystkie umowy z podmiotami spoza KSO w zakresach zostaną rozwiązane? Czy po prostu po 1 kwietnia pierwsza realizacja konsyliów w podmiotach, jak SOLO I będzie musiała odbywać się z udziałem i nadzorem merytorycznym przedstawicieli SOLO III? Drugie pytanie – która z wyżej wymienionych placówek będzie miała możliwość rozliczenia w ramach umowy z narodowym funduszem ustalonego planu leczenia? Trzecie – która z wyżej wymienionych placówek jest odpowiedzialna za zebranie dokumentacji medycznej dotyczącej planu leczenia? Chciałam jeszcze podziękować pani doktor Pogodzie za to pytanie, ponieważ faktycznie badanie genetyczne z krwi, które będzie robione jest bardzo ważne. Przede wszystkim, wreszcie, żeby nie było to hospitalizacji w szpitalach, bo to jest chyba najdroższy hotel, jaki może być. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Tak, dziękuję uprzejmie. Dziękuję bardzo i ostatnia pani, jako rzecznik, podsumuje.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego Sanitas Aleksandra Rudnicka:

Tak, zawsze jako ostatnia. Myślę, że następnym razem będę pierwsza. Napisane jest tu, że przy prowadzeniu kampanii społecznej „Planuję Długie Życie” podjęto współpracę

z organizacjami pozarządowymi. Nie znam takich organizacji, które zostały włączone w tę kampanię. Chciałabym, żeby pan dyrektor nam o nich powiedział. Oczywiście w tej chwili będziemy chyba mogli w większym stopniu korzystać z takiego programu, który zapowiedziała pani minister, z tych 10 mln zł na profilaktykę i z tego się bardzo cieszymy, ale o tym nie wiem. To jest jedno pytanie.

Chciałam zwrócić uwagę na coś, czego nie ma w tym sprawozdaniu, które jest bardzo dokładne i bardzo dobrze przygotowane. Nie ma w nim mianowicie opieki paliatywnej. Mówi się o ścieżkach pacjenta, mówi się o centrach doskonałości i tu jest takie zdanie, że będą one prowadziły różną opiekę, w tym psychologiczną, aż do opieki paliatywnej, w zależności od wskazań medycznych. Nie wiem dlaczego musimy się tym zająć. Istnieje w naszej świadomości społecznej, niestety również świadomości lekarzy, zwłaszcza onkologów, przekonanie o opiece paliatywnej, jak za króla Cwieczka. To nie jest tak, że opieka paliatywna jest na końcu leczenia. Wczoraj byłam u dwóch pacjentek na oddziale opieki paliatywnej. Były to młode pacjentki, w trakcie leczenia, które miały ogromne problemy z bólem i ten ból na tym oddziale został opanowany. Zresztą stoimy przed takim problemem, że będziemy mieli coraz więcej pacjentów leczonych przewlekłe. Myślę, że też pracując nad tą opieką, nad kobietami i nie tylko, nad pacjentami onkologicznymi, warto byłoby zacząć wdrażać to, co przygotował zespół opieki paliatywnej pracujący w ministerstwie. Tam jest opracowana cała strategia. Należy zacząć traktować równorzędnie opiekę paliatywną. Wywalczyliśmy rehabilitację i to jest ogromna zasługa amazońki, że rehabilitacja zaistniała, nawet już mamy prerrehabilitację też, natomiast opieka paliatywna jest ciągle Kopciuszkiem. Mówię to jako rzecznik osób objętych opieką paliatywną, bo się nie przedstawiłam. Na koniec się przedstawiam – Aleksandra Rudnicka.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję, pani rzecznik. Jeszcze poproszę pana dyrektora, jeżeli będzie mógł odpowiedzieć na parę pytań, bo kolejna podkomisja już jest pod drzwiami. To było ostatnie pytanie. Dziękuję bardzo. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Bardzo dziękuję za te wszystkie pytania. Część z nich była po prostu komentarzami albo wskazaniem, co dobrze by było zrobić. Jeżeli chodzi o ten drugi etap, było pytanie, dlaczego nie ma dostępu do drugiego etapu w profilaktyce raka piersi. Ciężko mi akurat odnieść się do Podkarpacia. Wydaje się, że jeżeli jest 25 podmiotów, które realizują pierwszy etap, a 5 drugi, to chyba ta proporcja jest właściwa. Być może tam jest po prostu zapchane, bo to jest 20% tych podmiotów, które robi pierwszy przesiew. Ta proporcja jest właściwa. Nie wiem dokładnie, jak wygląda potem ta realizacja. Są to świadczenia nielimitowe, bo to są świadczenia profilaktyczne. Wszystkie świadczenia, które są wykonane są sfinansowane. Cały panel, który jest realizowany w drugim etapie diagnostyki był niedawno wyceniany na nowo. Te ceny są dosyć godne, więc trudno mi teraz powiedzieć, dlaczego gdzieś jest problem.

Jeżeli pytamy o to, czy dla lekarza POZ jest gratyfikacja, tak, są gratyfikacje za osiągnięcie pewnych elementów w mammografii, poziomów. Natomiast na razie ten lekarz POZ nie ma tak dużo narzędzi do tego, żeby te pacjentki umawiać, ale jeżeli wejdzie w pełni to, o czym mówiłem, o programie „Moje Zdrowie”, bilans u osoby dorosłej, to on uzyska narzędzia do tego, żeby je bezpośrednio umawiać przez tę centralną e-rejestrację.

Odnosząc się szybko, już mówiłem o tym IKP. Pamiętajmy, że to jest pilotaż i dlatego jeszcze ten CER, umawianie się przez IKP nie jest jeszcze tak dobry, jak powinien być. Jesteśmy w fazie pilotażu, a nie wdrożenia ostatecznego.

Jeżeli chodzi o liczbę osób na koordynatora, 1200 osób do przeszkolenia, te szkolenia w przyszłości też będą kontynuowane. Te szkolenia będą cykliczne. Nie martwmy się, ten proces po prostu trwa. Nie da się zrobić tak, że wszystko się nagle wydarzy w całym systemie.

Kolejne pytanie dotyczyło pracy i BRCA1 z krwi, na jakim to jest etapie i wyniki badań genetycznych i losy ustawy. Cały czas nad tym pracujemy. Nie podam dokładnej daty. Jest to też omawiane na KRO. Nie będę mówił o różnych szczegółach, dlaczego tak jest, ale staramy się to jak najszybciej wprowadzić.

Następne pytanie było, czy mierzymy wyniki w BCU. Tych danych nie mam, czy one są inne niż w systemie, ale pani doktor kręci głową. Pamiętajmy, że jeżeli coś się wprowadza

w systemie, to pewnie to w ramach sieci onkologicznej będzie to mierzone. Jak coś się wprowadza, to efektywność, różnice organizacyjne będzie można oceniać nie po pierwszym półroczu działania, czy po roku, półtora, tylko musi trochę tego czasu upłynąć, żeby to było wiarygodne i żeby nie wyciągać pochopnych wniosków.

Pytanie było do KSO. Ci, którzy nie są zakwalifikowani do KSO, nie będą mogli rozliczać świadczeń onkologicznych, chyba, że będzie to świadczenie w trybie nagłym, ratunkowe. Po to wprowadzamy tę sieć, żeby tylko w tych ośrodkach, które spełniają warunki, mogła być prowadzona opieka onkologiczna. Dokumentacja jest oczywiście tam – bo też było pytanie, gdzie będzie dokumentacja z konsylium – gdzie jest pacjent, którego to konsylium dotyczyło w tym podmiocie.

Idąc dalej, było jeszcze pytanie, czy przy konsultacjach „Planuję Długie Życie” brały udział organizacje pozarządowe. Chyba obecne panie też są, które kiwają głowami, że brały.

Ostatni element – opieka paliatywna i hospicyjna. Nie wiem, czy to jest taki Kopciuszek. W zeszłym roku wprowadzono finansowanie bezlimitowe. Nie zmieniamy nazwy, opieka paliatywna, jej przeznaczenia, do opieki i leczenia bólu u pacjentek w aktywnym leczeniu. To są dwie różne rzeczy. Jeżeli pacjentki czy osoby są w aktywnym leczeniu, to są one leczone. Planujemy rozwój poradni leczenia bólu i zespołów leczenia bólu. Nie mylmy tych dwóch form opieki. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia. Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję państwu serdecznie za udział w naszej podkomisji. Dziękuję bardzo.