

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ**

DO SPRAW ONKOLOGII

(NR 19)

z dnia 15 października 2025 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 19)

15 października 2025 r.

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

– **informację na temat kierunków rozwoju systemu wczesnej diagnostyki onkologicznej, w tym w ramach programu badań przesiewowych oraz medycyny pracy.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marzanna Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Beata Janas** kierownik Poradni Medycyny Pracy i Profilaktyki Nowotworów, **Paweł Koczkodaj** zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów oraz **Andrzej Nowakowski** kierownik Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, **Katarzyna Kułaga** kierownik Sekcji Profilaktyki Zdrowotnej Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Bernard Waśko** dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego Sanitas, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Elżbieta Skorupska** wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Wojciech Wiśniewski** przewodniczący Komitetu ds. Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Grażyna Mierzejewska** ekspertka Medycznej Racji Stanu.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Aleksander Śmigrodzki** – 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 kierunków rozwoju systemu wczesnej diagnostyki onkologicznej, w tym w ramach programu badań przesiewowych oraz medycyny pracy – przedstawiają materiał minister zdrowia oraz minister rodziny, pracy i polityki społecznej. Niestety, jeżeli chodzi o resort rodziny, pracy i polityki społecznej nie mamy żadnej informacji. Resort powiedział, że medycyną pracy powinna się interesować Komisja Zdrowia i resort zdrowia, w związku z tym nie mamy żadnego materiału. Myślę, że będzie to temat do wyjaśnienia, bo wydawało się, że tamten resort miał się zajmować medycyną pracy.

Szanowni państwo, informuję, że materiały zostały wysłane do wszystkich państwa posłów na maile i zamieszczony na folderze SDI na iPadach i są dostępne dzisiaj również w formie papierowej. Informuję jednocześnie, że minister zdrowia upoważnił pana Macieja Karaszewskiego – dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia do przedstawienia informacji.

Chcieliśmy rozpocząć naszą dzisiejszą debatę. Pragnę przypomnieć wszystkim, mimo iż jesteśmy w temacie zorientowani, niestety, mimo postępu diagnostyki wczesnego rozpoznania mamy coraz więcej zachorowań na nowotwory. Bodajże w 2022 r. według krajowego rejestru było już ponad 181 tys. nowych zachorowań. Mamy chyba ponad 1300 lub 1400 tys. ludzi aktualnie chorych na nowotwory. Jest też około 100 tys. zgonów z powodu chorób onkologicznych. Wczesna diagnostyka i ewentualne późniejsze postępowanie rodzą różnego rodzaju koszty i następstwa. Wczesne rozpoznanie musi być realizowane. Mówimy od wielu miesięcy, nawet lat o tym, żeby wykorzystać potencjał medycyny pracy, aby badania przesiewowe, badania wstępne czy kontrolne, które przechodzi każdy pracownik, były również obwarowane możliwością otrzymania skierowań. Temat medycyny pracy jakoś na razie nam chyba do końca nie wychodzi najlepiej.

Myślę, że powinniśmy trochę zintensyfikować działania w kierunku wykorzystania lekarzy medycyny pracy. Mamy oczywiście wczesne modele wykrywania raka piersi, mammografię, cytologię, badania kolonoskopowe. Wzrost, jeżeli chodzi o zgłaszalność jest bardzo niski. W przypadku mammografii jest to nieco ponad 30%, w przypadku cytologii wzrost jest jeszcze niższy. Oczywiście mówię o tym profilu publicznym, bo są głosy ze środowiska, że wiele cytologii jest robionych poza systemem publicznym. Musimy to naprawdę bardzo rozpowszechniać. Dlatego wracam do medycyny pracy i lekarzy rodzinnych, podstawowej opieki zdrowotnej. Od nich powinniśmy w jakiś sposób wymagać, żeby ten wczesny przesiew się odbywał. Właśnie o tym chcieliśmy dzisiaj rozmawiać i dlatego też tę informację przygotowało Ministerstwo Zdrowia. Proszę pana dyrektora Karaszewskiego o przedstawienie stanowiska. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni goście, materiał został przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia. Myślę, że wszystkich punktów nie będę czytał. Chciałem się tylko skoncentrować na tym, w ramach jakiego obszaru MZ aktualnie działa w onkologii. Są to obszary dotyczące programu Narodowej Strategii Onkologicznej, Krajowej Sieci Onkologicznej, profilaktyki i diagnostyki, leczenia i inwestycje w onkologii.

W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, w której skoncentrowane są na wszystkie działania, przewidziane są takie elementy jak: inwestycje w kadry medyczne, inwestycje w edukację, inwestycje pacjenta, inwestycje w naukę innowacji i inwestycje w system opieki onkologicznej. Narodowa Strategia Onkologiczna obejmuje szereg działań zaplanowanych do podjęcia w latach 2020–2030, czyli cały czas trwa. Oczywiście jest skoncentrowana wokół 5 kluczowych obszarów. Są to: rozwój systemu kształcenia personelu medycznego przez inwestycje w kadry medyczne; zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki nowotworów oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych przez inwestycje w edukację; zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości przez inwestycje w pacjenta; wsparcie badań naukowych w onkologii oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez inwestycje w naukę i innowacje; optymalizacja procesu leczenia, a także doposażenie ośrodków w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę.

Co zrealizowaliśmy w ostatnim czasie? W 2023 r. zostały wdrożone powszechne bezpłatne szczepienia dla dziewczynek i chłopców w wieku 9–14 lat. Ten program jest realizowany poprzez placówki POZ, jak również POZ mają możliwość szczepienia w szkołach. Odzew, jak wiemy, jest różny, powiedzmy sobie szczerze, tak jak teraz na nasz wspólny projekt z MEN – edukacja zdrowotna. Staramy się bardzo propagować, bo wiemy, że wirus HPV jest praktycznie jedyną przyczyną nowotworów raka szyjki macicy. Dodatkowo w 2023 r. rozszerzyliśmy 2 programy, jeżeli chodzi o wiek uprawnionych kobiet. Program profilaktyki raka szyjki macicy poszerzyliśmy z 59 do 64 roku życia, a w programie profilaktyki raka piersi o 5 lat młodsze kobiety mogą korzystać z mammografii profilaktycznej i o 5 lat starsze, niż było dotychczas, czyli lata 45–74.

Przyświecały nam dwa cele – żeby zachęcić kobiety do zgłaszania się do programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz aby stosować najbardziej nowoczesne metody profilaktyczne. Od 1 lipca 2025 r. – rozporządzenie ministerialne było w marcu – Narodowy Fundusz Zdrowia podpisał umowy i wprowadzono kluczowe zmiany w organizacji „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”. Pierwszy jest test HPV-HR, który pomaga wykryć wywołujące raka szyjki macicy wirusy brodawczaka podtyp 16 i 18 oraz cytologia na podłożu płynnym zamiast cytologii klasycznej. Ona jest bardziej dokładna i pozwala lepiej ocenić stan szyjki macicy.

Dodatkowo, tak jak pan przewodniczący zauważył, chcieliśmy też zaangażować POZ w realizację profilaktyki nie tylko u dzieci i młodzieży, bo tam są bilanse i szczepienia, ale również, żeby zainteresował się osobami dorosłymi, a w szczególności tymi, które są zdrowe, młodsze niż 40–50 lat, kiedy nasi obywatele zaczynają się zgłaszać do POZ z powodu różnych dolegliwości, z mierzenia ciśnienia w aptece czy samodzielnego czy zbadania cukru i zaczynają przychodzić nie tylko z infekcjami. Program został ogłoszony 5 maja i nosi nazwę „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”. Obejmuje całą dorosłą populację od 20 roku życia, bo w 19 roku życia jest jeszcze ostatni bilans nastolatka ze szczepieniami ochronnymi więc tej grupy nie obejmowaliśmy tym programem.

Jakie są założenia programu? Osoby między 20 a 49 rokiem życia mają badania profilaktyczne co 5 lat i powyżej 49 roku życia co 3 lata. Program polega na tym, że pacjent samodzielnie albo

w obecności pracownika medycznego, jeśli nie ma dostępu do komputera, wypełnia ankietę. Wyniki tej ankiety powodują wygenerowanie pewnego zestawu badań. Pacjent przychodzi na pobranie i następnie z tymi wynikami – a właściwie pielęgniarka czy położna POZ powinna go wezwać – na poradę profilaktyczną. W trakcie tej porady profilaktycznej jest układany indywidualny plan zdrowotny i w tym momencie wchodzimy już do profilaktyki onkologicznej, bo w tym indywidualnym planie zdrowotnym powinny się znaleźć nie tylko zalecane szczepienia, interwencje, dieta, edukacja, natomiast osoby powinny być odpytane w zakresie ostatniego czasu zrobienia cytologii, mammografii, kolonoskopii, jeżeli są powyżej 50 roku życia i ewentualnych innych badań profilaktycznych. Mamy te 3 badania onkologiczne.

Procedowana jest ustawa o centralnej rejestracji i w przyszłym roku obowiązkiem wszystkich podmiotów, które realizują programy profilaktyczne z cytologii i mammografii będzie, żeby udostępniać swoje sloty, czyli możliwości zapisu na te badania profilaktyczne. Pacjent będzie się mógł zapisać poprzez mojeIKP, ale również te sloty będą udostępniane w ramach personelu POZ, który po takim bilansie „Moje Zdrowie” będzie mógł od razu umówić pacjentki czy pacjenta, jeżeli to jest kolonoskopia, nie ma tutaj różnicy, jeśli chodzi o płeć, na badanie. Kolonoskopia troszeczkę później będzie wchodziła do tego systemu, natomiast w przyszłym roku ma wejść cytologia, mammografia. Dzięki temu będziemy mieli domknięty system, że pacjent lub pacjentka może się samodzielnie wpisać się na tę listę, ale jeżeli tego nie wie, może się też zapisać w POZ-cie, po wykonaniu badań profilaktycznych.

Również w odniesieniu do badań profilaktycznych też dobrze by było, żeby czasami zrobić to tym osobom, które personelowi POZ przyjdą do głowy. W niektórych miejscach przychodzi, ale niestety nie we wszystkich, żeby zapytać pacjenta czy badania profilaktyczne wykonał. Tutaj będzie dosyć prosto, bo będzie musiał go umówić od razu i zaproponować termin dla takiej osoby. Oczywiście nic się nie wydarzy bez społeczeństwa i aktywności strony społecznej. W związku z tym cały czas prowadzimy w sposób ciągły kampanię społeczną, która polega na publikacji w prasie, radiu, telewizji, internecie i w innej przestrzeni publicznej materiałów edukacyjno-promocyjnych dotyczących profilaktyki nowotworów złośliwych. Również bezpośrednio rozwijamy narzędzia, które są służą komunikacji z pacjentem, strony internetowe pacjent.gov.pl, internetowy kod do pacjenta i aplikację mojeIKP i Narodowy Portal Onkologiczny. W ramach budżetu NSO finansujemy również inwestycje infrastrukturalne i w ciągu lat 2020–2024 przeznaczono około 1,5 mld zł na zakup sprzętu do diagnostyki, leczenia nowotworów, w tym mammografów cyfrowych, akceleratorów, aparatów HDR, sprzętu rehabilitacyjnego itd.

Kolejny etap, który został określony w NSO, to była Krajowa Sieć Onkologiczna. W lipcu 2024 r. NFZ przeprowadził kwalifikacje podmiotów sieci na poszczególne poziomy zabezpieczenia. Są to: SOLO 3, najwyższy wysokospecjalistyczny, złożony SOLO 2 i podstawowy SOLO 1. Kwalifikacja była oparta o mierniki, które zapewniają efektywność i bezpieczeństwo leczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi. Te podmioty, co jest bardzo ważne, są zobligowane do stosowania ścieżek pacjenta. Celem tego jest oczywiście, żeby pacjent był leczony jednorodnie, niezależnie od tego, do jakiego ośrodka i poziomu trafi po to, żeby w razie czego te ścieżki pacjenta były przestrzegane. Jeżeli dany ośrodek nie radzi sobie z leczeniem tego pacjenta, powinien skonsultować albo przekazać wyżej. Po to jest też nadzór tych ośrodków SOLO 3 nad ośrodkami SOLO 1.

Koordynacja opieki onkologicznej. Każdy ośrodek zakwalifikowany do KSO wyznaczył koordynatora opieki onkologicznej i oni odpowiadają za ciągłość opieki i mają pomóc pacjentom przejść przez wszystkie etapy diagnostyki i leczenia. Wraz z ekspertami staramy się standaryzować leczenie onkologiczne w Polsce. Jest opracowanych i opublikowanych przez MZ 18 ścieżek pacjenta dla najważniejszych nowotworów. Są to m.in.: nowotwór jajnika, piersi, płuc, piersi, płuc. Te standardy mają dwa zadania. Po pierwsze, powinny być przestrzegane przez wszystkie podmioty, które zostały zakwalifikowane do KSO, a po drugie ułatwiają pracę samym lekarzom, podmiotom, koordynatorom, bo wiedzą na którym etapie ścieżki ten pacjent powinien w danym momencie znaleźć. To też daje narzędzie pacjentom do tego, żeby spojrzeć czy faktycznie są prowadzeni zgodnie ze ścieżką.

W tym roku planujemy dokończyć legislację dotyczącą bardzo kluczowego dokumentu – karty e-DILO. To niewątpliwie ułatwi prowadzenie i koordynację pacjenta, przeprowadzenie przez ścieżki, ale też pozwoli na mierzenie jakości na każdym etapie opieki onkologicznej. To obbligo jej stosowania będzie w przyszłym roku. Mamy dane dotyczące aktualnego stanu wydawania karty e-DILO i widzimy, że liczby tych diagnostyk w terminie, który jest określony w ustawie,

nie są zadowalające, ponieważ ta terminowość się nie poprawia. Około 60% wszystkich diagnostyk wykonywanych w ramach karty e-DILO jest przeprowadzona w terminie. Jeżeli chodzi o kartę e-DILO oraz całą sieć KSO, uczenie kadr medycznych, koordynatorów, jesteśmy na początku drogi. Zdajemy sobie sprawę, że opublikowanie dokumentów w randze obwieszczenia, ustawy czy danie narzędzi w postaci elektroniki nie powoduje od razu zmiany w całym systemie. Ten system musi się tego nauczyć, zaadoptować do tego nowego sposobu prowadzenia pacjenta z nowotworem. To potrwa. Mamy nadzieję, że z roku na rok będzie z naszą opieką i terminowością diagnostyki, powtarzaniem badań, coraz lepiej. Powtarzalność i terminowość często powodują, że diagnostyka jest nieterminowa, bo jest powtarzane w kolejnych ośrodkach poprzez przekazanie do kolejnego ośrodka i znowu jest powtarzany ten sam cykl badań. Jest to nieefektywne kosztowo. Z punktu widzenia pacjenta obciąża go kolejnymi badaniami, a system obciąża kolejnymi kosztami. Ostateczne rozpoznanie u pacjenta i ustawienie leczenia się przez to opóźnia. Jest to jedno z tych narzędzi, które mają ten proces zdecydowanie usprawnić.

Kolejnym ważnym aspektem, który pozwala usprawnić diagnostykę i od razu skierować pacjenta na właściwą ścieżkę wykonywanie obowiązku badania histopatologicznego materiału, który został od pacjenta pobrany, co często pozwala na dobranie odpowiedniego leczenia. Ten schemat w momencie, kiedy część podmiotów wykonuje pobrania materiału histopatologicznego do badania, ale jednocześnie nie ma akredytacji i nie ma pewności, że wykonuje badanie histopatologiczne odpowiedniej jakości, w tym zakresie również powinno nastąpić przekazanie do wyższego stopnia referencyjności, gdzie ten materiał można po prostu zbadać, tak żeby pacjent dostał najlepsze leczenie.

Na kolejnych stronach tego materiału, który przygotowaliśmy, są opisane działania dotyczące profilaktyki, HPV, programu badań przesiewowych raka piersi, który jest rozpisany dokładnie na etapy. Poszerzyliśmy grupę pacjentów począwszy od 23 roku życia, między 50 i 59 oraz 45 i 74 rokiem. Umożliwiono włączenie do programu profilaktycznego pacjentki, które miały raka piersi i zostały wyleczone i po pięcioletnim okresie monitorowania mogą zostać kolejny raz włączone do programu profilaktyki raka piersi. Dodatkowo wprowadzono na etapie pogłębionej diagnostyki technologię, która jest aktualnie standardem, czyli biopsję gruboigłową z określeniem typu histopatologicznego. Dotychczas była to biopsja cienkoigłowa. Umożliwiono wykonanie oceny immunohistochemicznej receptora ER i HER2 oraz Ki-67 z materiału z biopsji gruboigłowej guza piersi. W przypadku potwierdzenia obecności komórek raka piersi w badaniu histopatologicznym wprowadzono wymóg stosowania do badań przesiewowych wyłącznie mammografów cyfrowych. Okres przejściowy trwał do 30 września tego roku. Obecnie można wykonywać badania tylko na mammografach cyfrowych. Również wprowadzono obowiązek przekazywania do niezależnego ośrodka audytorskiego zdjęć mammograficznych. Kobiety o wysokim ryzyku raka piersi, które mają albo u członków rodziny pierwszego stopnia, albo z już rozpoznanymi mutacjami w genach BRCA1 i BRCA2 otrzymują świadczenie: opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka rakiem piersi lub rakiem jajnika.

Na kolejnych stronach są wyniki zgłoszeń pacjentek. Jeśli chodzi o pierwszy program profilaktyki raka szyjki macicy zmiana weszła od 1 lipca, więc trudno powiedzieć, czy nasze zamierzenie dotyczące zachęcenia pacjentów do zgłaszania się poprzez ułatwienie badań odniosło skutek. Pierwszy etap to badanie w kierunku HPV HR, co jest bardzo prostym z punktu widzenia pacjentki i z punktu widzenia personelu medycznego czy położnej, która to powinna realizować badaniem. Program wystartował w lipcu tego roku, w postaci kontraktów, więc jeszcze nie możemy mówić o wynikach. Mam nadzieję, że statystyki z lat poprzednich, które nie są zadowalające, dzięki temu się poprawią.

Realizujemy również program profilaktyki chorób odtytoniowych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP. Chcemy ten program poszerzyć poprzez wprowadzenie dla pacjentów ze szczególnym ryzykiem – tzn. dla palaczy – badania przesiewowego, niskodawkowej tomografii komputerowej. Ten program oczywiście jest opracowywany wraz z ekspertami. Skierowany był już do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i 25 lipca br. otrzymał pozytywną rekomendację. Wcześniej doświadczenia zdobywaliśmy w ramach ogólnego programu wczesnego wykrywania raka piersi. Był to element narodowej strategii onkologicznej i był on finansowany przez 3 lata ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego POWER. Była to forma pilotażu i wykonano 39 tys. badań niskodawkowej tomografii komputerowej. Grupa docelowa, którą przewidujemy to osoby w wieku lat 55–74, które palą więcej lub równo 20 paczolat lub pacjenci, którzy rzucili palenie nie więcej niż 15 lat temu przy paleniu 20 paczolat.

Są też pacjenci, którzy nie są aktywnymi palaczami, ale byli narażeni na czynniki ryzyka, jak wykonywanie zawodu z narażeniem na działanie krzemionki, berylu, niklu, chromu, kadmu, azbestu, miały ekspozycję na radon lub chorowały na raka płuc, chłoniaka, raka głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu np. rak pęcherza moczowego. Są to też osoby, których krewni pierwszego stopnia mieli raka płuca lub chorują na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc lub samoistne zwiłknienie płuc.

Kolejny program obejmuje badania przesiewowe raka jelita grubego. Dotyczy on osób między 50 a 65 rokiem życia lub młodszych między 40 a 49 rokiem życia, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego. Do tego programu przesiewowego, który jest realizowany od lat, dorzuciliśmy kolejny element. W ramach profilaktycznego programu „Moje Zdrowie” prowadzonego przez POZ przy podsumowaniu karty bilansowej lekarz czy pielęgniarka POZ może wydać skierowanie na FIT-OC. Jest to badanie zwalidowane i jest to ważne, ponieważ nie ma ono charakteru immunohistochemicznego. Było ono finansowane w ramach 40+. Wtedy eksperci nam zwracali uwagę, że przynosiły one bardzo wiele fałszywie dodatnich wyników. To powodowało, że muszą to być badania FIT, które są zwalidowane.

Dalej są programy opieki nad rodzinami wysokiego i dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowań na nowotwory złośliwe. Dodam, że w styczniu 2025 r. wprowadziliśmy dwa nowe badania genetyczne. To badania aCGH, metoda porównawcza hybrydyzacji genomowej do mikro-macierzy i badania, i analizy ekspresji genu lub kilku genów, w tym genów fuzyjnych przy użyciu metody real-time PCR – ilościowa analiza poziomu ekspresji genów w czasie rzeczywistym. Te badania są wykorzystywane również w diagnostyce chorób nowotworowych układu mieloidalnego i limfoidalnego lub monitorowaniu odpowiedzi na leczenie choroby resztkowej. W styczniu tego roku została wprowadzona możliwość rozliczania u pacjentów, którzy już chorują na nowotwór a nie jest możliwe odzyskanie materiału histopatologicznego, który został pobrany przy zabiegu pierwotnym dla pacjentów, którzy np. mają wznowę i mogliby się kwalifikować do nowego leczenia w programie lekowym. Umożliwiono również rozliczanie badań genetycznych z krwi pacjenta.

Jeżeli chodzi o system opieki zdrowotnej mamy dwa centra – cancer unity. Aktualnie jest Centrum Kompetencji Raka Piersi i Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego. Tworzymy cancer unit w zakresie raka płuc. Jeśli chodzi o inwestycje dodam, że w ramach inwestycji w onkologii w ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej wyodrębnionego z Funduszu Medycznego trwa konkurs w zakresie onkologii na dofinansowanie infrastruktury i wyposażenie jednostek strategicznych udzielających świadczeń onkologicznych. Konkurs został ogłoszony 31 marca tego roku. Nabór rozpoczął się 5 maja i trwał do 15 lipca. Obecnie trwa ocena złożonych propozycji projektów strategicznych. Ogólna pula środków w konkursie wynosi 4,5 mld zł. Minimalna wartość jednego projektu podlegającego ocenie musi być wyższa niż 50 mln zł, a maksymalna kwota dotacji to nie więcej niż 300 mln zł. Termin realizacji projektu nie może przekroczyć daty 30 czerwca 2029 r.

Więcej szczegółów nie będę czytał. Jeśli są jakieś pytania, bardzo proszę. Gdybym czytał cały materiał, to bym zajął państwu cały czas.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Oczywiście materiał jest bardzo obszerny. Myślę, że każdy z państwa może otrzymać ten materiał. Wydawałoby się, że resort zdrowia i fundusz zdrowia robią wszystko, żeby rozszerzyć możliwości dostępu do wczesnej profilaktyki, badań przesiewowych i wczesnej diagnostyki. Od paru lat o tym mówimy, o tych poprawach, ale wyniki statystyki są jednak nieubłagane. Mamy ponad 180 tys. nowych zachorowań. To nie jest duża liczba w porównaniu z krajami europejskimi. Nie jesteśmy krajem w czołówce, ale jesteśmy w czołówce tych krajów, które mają ten zły wynik w postaci pięcioletniego przeżycia. W tym zakresie bardzo się rozmijamy.

Chciałbym, żebyśmy zaczęli rozmawiać jak zwiększyć ten udział w badaniach przesiewowych i jak wykorzystać medycynę pracy i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Na sali siedzą eksperci, ludzie, którzy tym się zajmują na co dzień. Chciałbym bardzo państwa prosić o przedstawienie stanowiska, również odnośnie do tego materiału, który pan dyrektor w imieniu ministra zdrowia był uprzejmy zaprezentować.

Otwieram dyskusję i bardzo proszę o zgłoszenia. Proszę o przedstawienie się do mikrofonu, bo jest to niezbędne do protokołu. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Kierownik Poradni Medycyny Pracy i Profilaktyki Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Beata Janas:

Beata Janas – Narodowy Instytut Onkologii. Jestem specjalistą medycyny pracy w instytucie onkologii. Prowadzę dość dużą poradnię medycyny pracy, bo dla populacji ponad 4000 pracowników zatrudnionych w instytucie onkologii, pomimo moich innych specjalizacji. Cieszę się, że ta medycyna pracy w końcu została zauważona. Przechodzi przez nią naprawdę mnóstwo badań. Na podstawie swojej przychodni i całego postępowania epidemiologicznego mogłabym bardzo szeroko napisać o tym, ile wykrywa się u nas chorób nowotworowych, pomimo tego, że pracuję w NIO. Wykrywa się je na badaniach profilaktycznych. Drodzy państwo, w karcie badania profilaktycznego jest rubryczka pod sam koniec – „cytologia, mammografia i inne choroby”. Pytamy o to, czy pacjentka miała wykonaną cytologię, jeżeli tak, to kiedy, jeżeli nie miała wykonanej, to zachęcamy do wykonania. Medycyna pracy nie ma połączenia z systemem SIMP, co jest największą bolączką. Nie jesteśmy w stanie zobaczyć nawet, czy ten pacjent miał wykonane te badania, czy nie miał. Pracownicy sami, pomimo tego, że to często biali personel i inni pracownicy, tego też nie pamiętają. Mówią, że najprawdopodobniej to były 2–3 lata temu.

Druga sprawa – nawet gdybyśmy chcieli coś takiego wykonywać, to nie mamy sposobu skierowania tego pracownika na badania. Propozycja NIO została wpisana do Kodeksu pracy do art. 6. Zachęcamy pracowników, jeżeli przychodzą na badania wstępne, kontrolne czy okresowe, to kierujemy go na badania, natomiast nie jesteśmy w stanie wskazać, gdzie możemy go skierować, bo nie mamy dostępu do danych. Lekarz oczywiście może znać, znajduje rozwiązania, ale nie ma rozwiązania systemowego, gdzie moglibyśmy powiedzieć pracownikowi: proszę wykonać takie badanie. Pracownicy pytają: gdzie ja mam dzisiaj pójść, jak mam to zrobić?

Trzecia sprawa, która też jest bardzo ważna, to dostępność. Świetna byłaby centralna e-rejestracja, w którą lekarz mógłby wejść i powiedzieć: jeżeli pani mieszka w Otwocku, to proszę zrobić badania w Otwocku. W Narodowym Instytucie Onkologii są pracownicy z całej Polski. Przyjeżdżają ze Szczecina i mamy osoby, które przyjeżdżają z Pakistanu i z Japonii. Chcielibyśmy im zaofiarować miejsce, gdzie mogliby tę profilaktykę wykonać.

Ważnie jest, żebyśmy mogli wykorzystywać nie tylko dostępność, ale też możliwość skierowania, kiedy u tego pacjenta znajdujemy jakieś schorzenia. Drodzy państwo, nie wiem, czy wiecie, że jest to droga przez mękę. Lekarz medycyny pracy kieruje do lekarza POZ, który następnie kieruje do specjalisty, a specjalista dopiero może wydać skierowanie na badania. Ścieżka jest bardzo długa. Mamy ludzi w wieku produkcyjnym między 20 a 65 rokiem życia, więc wydawałoby się, że powinniśmy stworzyć jakieś rozwiązanie systemowe, które umożliwiłyby lekarzom kierowanie na badania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że adresatem tych pytań jest resort zdrowia. Jestem przekonany, że trwają tam intensywne prace. Może przesadziłem mówiąc, że są intensywne, ale trwają prace na temat wykorzystania właśnie tej ścieżki medycyny. Czy pan dyrektor coś na ten temat mógłby powiedzieć? Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie. Jeżeli chodzi o pierwszy element, czyli dostęp do SIMP, państwo nie mają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ta umowa jest podstawą pozwalającą na przetwarzanie danych pacjentów. Są to dane wrażliwe. To jest jeden z tych powodów, dlaczego nie macie dostępu do SIMP jako medycyna pracy. Umawianie pacjentów na cytologię, mammografię jest super i jak będzie centralna rejestracja, będzie można to robić. Pacjenci są w wieku produkcyjnym, więc już chyba ponad 50% pacjentów ma założone mojeIKP. Można powiedzieć: proszę pani, proszę pana, jak ktoś jest powyżej 50 roku życia, proszę tutaj kliknąć i tam jest zakładka „profilaktyka”, można się umówić. Wtedy sobie znajdą miejsce, gdzie będzie można się umówić. Słyszemy te uwagi, panie przewodniczący, to wiele lat było zapowiadane, ale dopiero teraz zostało wprowadzone. Ten efekt nie jest jeszcze zadowalający.

Nowa cytologia płynna i HPV-HR będą w tym roku. Półtora roku temu albo 2 lata temu było HPV. Profilaktyka osób dorosłych w POZ-et wystartowała w maju br. e-DILO będzie za chwilę. Standardy leczenia onkologicznego, ścieżki pacjentów są w tym roku. Ze strony MZ możemy robić legislację, dawać pieniądze na inwestycje, na szkolenie, na kształcenie, ale nie zrobimy cudu. Ten proces musi trwać. Jeżeli będziemy mieli więcej możliwości, to zacznie po prostu działać. Będziemy obserwować rozwój tego w czasie, czy ta centralna rejestracja zadziała, czy państwo

będą mogli umawiać pacjentów. W tej aplikacji, która ma powstać, docelowo ma być tak, że pacjent sam może zobaczyć, kiedy czas się skończy i kiedy nadchodzi termin badania profilaktycznego. Będzie dostawał powiadomienia z mojeIKP, że powinien iść na to czy na tamto badanie profilaktyczne, bo już jest na to czas. To jest ta część informatyczna, która się będzie rozwijać. Te systemowe rzeczy dopiero zaczęły funkcjonować. Dajmy im trochę czasu. Mogę powiedzieć tylko, że jeżeli chodzi np. program „Moje Zdrowie”, to widzimy tylko zgłaszalność, a nie widzimy jeszcze jaki efekt przyniesie. Minęło dopiero kilka miesięcy. Zgłosiło się do tej pory od maja 1,5 mln ludzi. Mamy nadzieję, że za rok będziemy mogli zderzyć to np. z danymi z NFZ i zobaczyć, ile nowych chorób zostało wykrytych dzięki temu programowi, czy pojawiają się osoby w tym programie z nowymi rozpoznaniem, nie tylko onkologicznymi. Ten program jest dużo szerszy i skupia się nie tylko na onkologii, ale na innych chorobach cywilizacyjnych, wykrywaniu chorób nadciśnienia, chorób serca, cukrzycy, które są szeroko rozpowszechnione. Dużo było mówione, teraz zostało zrobione i trzeba po prostu poczekać, ocenić, ewaluować, co wyszło. Może coś trzeba poprawić, ale najpierw musimy dać temu systemowi czas, żeby on zadziałał. Dużo się zastanawialiśmy, jak państwa włączyć do tego systemu profilaktycznego. To duży instytut, trochę akademicki, wymaga nieco innego podejścia. Wiemy, że medycyna pracy w wielu miejscach jest po prostu wypełniana papierowo i nie ma integracji z żadnym systemem informatycznym. Dopiero w wyniku tego, że ruszyliśmy medycynę pracy okazało się, że jest jeszcze przepis, który stanowi, że zaświadczenia lekarza medycyny pracy są papierowe. To zdaje się jest w Kodeksie pracy.

Kierownik poradni NIO-PIB Beata Janas:

Można wydawać orzeczenia w formie papierowej i elektronicznej.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Bardzo proszę, wypowie się pani, która się zajmuje tą częścią.

Główny specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego MZ Maria Tyszko-Załużska:

Maria Tyszko-Załużska – jestem legislatorem, więc zabiorę głos by przedstawić stan prawny – Departament Zdrowia Publicznego, medycyna pracy. Tak jak pani profesor powiedziała, medycyna pracy funkcjonuje niezależnie od świadczeń, które są finansowane z funduszu czy przez ministra zdrowia bezpośrednio. Jak państwo doskonale wiecie są badania okresowe, kontrolne i wstępne, które są finansowane przez pracodawców. To jest główny problem. Obecnie pracujemy i zmieniamy – to już poszło do uzgodnień, więc myślę, że państwo może tę propozycję już dostali albo dostaną – rozporządzenie z art. 229 § 8 Kodeksu pracy, o którym pani mówiła. Tam są wydawane orzeczenia o zdolności do wykonywania czynności pracy, odsunięcia od pracy na określony czas. Dodajemy w tych przepisach obowiązek dla lekarza medycyny pracy, żeby ten lekarz również wydawał zalecenia niezwiązane z pracą.

Ponieważ te badania są wykonywane na podstawie skierowania pracodawcy, w których on opisuje warunki w jakich pracownik pracuje, do tej pory te badania się skupiały na tym, że należało powiązać warunki i stan zdrowia pracownika i ocenić, czy może pracować w tych warunkach, czy trzeba go odsunąć. Były zalecenia. Teraz wpisujemy tam również, że lekarz będzie mógł wydać zalecenia niezwiązane z profilaktyką zawodową. Te orzeczenia będą teraz w ramach deregulacji scyfryzowane, będą w formie elektronicznej, przy zachowaniu jeszcze formy papierowej, bo wiadomo, że może nie wszyscy będą mogli na to przejść. Jest takie planowane połączenie, żeby te zalecenia, które będą wydawane poza spostrzeżeniami związanymi z wykonywanym zawodem, pracą czy czynnościami, przechodziły przez system informacji medycznej i do lekarza POZ. Takie są obecnie prowadzone projekty. Rozpoczęliśmy prowadzenie prac związanych z elektroniczną kartą badania lekarza medycyny pracy. Na początku będą małe zmiany, ale w dalszej kolejności ta karta ma być poddana elektronicznej, włączona do całości elektronicznej, o której pan dyrektor mówił. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Trochę optymizmu wrzucili państwo w naszą rozmowę. Pani profesor chce jeszcze uzupełnić.

Kierownik poradni NIO-PIB Beata Janas:

Powiem jeszcze kilka zdań. Brakuje mi jednego rozwiązania. Oczywiście umowa jest pomiędzy pracodawcą i takie ośrodki jak nasz czy na Szaserów, czy MSWiA, czy nawet szpitale, Wołoska,

Instytut Hematologii, z którymi nam się bardzo dobrze współpracuje, mogą sobie pozwolić na pewne rozwiązania. Te małe gabinety jednoosobowe, które działają jako jednostki podstawowe medycyny pracy nie mają jeszcze takich rozwiązań. Jest coś takiego jak wytyczne metodyczne. Mówią one o tym, jakie badania powinny być wykonywane. Pracodawca w każdej chwili może rozszerzyć te badania dowolnie. Są pracodawcy, jak np. Szpital Czerniakowski, gdzie wszyscy mają obowiązkowo wykonywaną morfologię, rentgen klatki piersiowej i badania cukru. W wytycznych metodycznych oprócz tych narażeń, o których pani mówiła, które wynikają z narażenia zawodowego, powinny być wytyczne metodyczne dotyczące całej profilaktyki ogólnego stanu zdrowia. Takie coś jak wykonywanie PSA czy cytologii powinno być obowiązkiem.

Nam jako lekarzom jest łatwo to zweryfikować, bo cały czas działamy na zasadzie zalecenia – ja panu zalecam, ale czy pan to zalecenie wykona, nie wiadomo. Efekt jest taki, że mamy ponad 30% osób, które wykonują mammografię. Jeśli pewne rozwiązania byłyby systemowe, wtedy mammografia byłaby wykonywana zgodnie z zasadą, czyli co 3 lata. Jeżeli np. pojawił się włókniak, to wtedy pacjentka jest pod opieką ginekologa i wykonuje to częściej, czyli naprzemiennie np. USG w jednym roku i mammografię w drugim i pozostaje pod obserwacją. Brakuje takich rozwiązań. Świetnie, że powiedziała pani, że będzie elektronizacja, bo obecnie tego brakuje. Brakuje takich orzeczeń i elektronicznej dokumentacji. Brakuje też wytycznych metodycznych. To jest istotne dla zdrowia pacjenta. Jedna część ma charakter formalnoprawny, druga merytoryczny i dotyczy stricte wykonywania samych badań.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeżeli może pani odpowiedzieć to bardzo proszę.

Główny specjalista w departamencie MZ Maria Tyszko-Załużska:

Pani profesor, od lat dyskutujemy na ten temat i zdajemy sobie sprawę, że te badania obowiązkowe wynikają i są uzasadnione czynnościami, miejscem pracy i zagrożeniami. Za te badania płaci pracodawca. Na tym polega problem. Nie nałożymy obowiązku wykonania cytologii czy innych badań. Mówimy o pracodawcach. Państwo jako lekarze medycyny pracy nie macie umowy z funduszem. Pacjent przychodzi na badanie wstępne, okresowe, kontrolne i to jest badanie finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką podstawową a pracodawcą. On pokrywa koszty tych badań. To jest ten problem i dlatego próbujemy połączyć POZ z tymi procedurami, które wykonuje lekarz medycyny pracy, że było przejście na świadczenia finansowane z funduszu. Badania są finansowane przez pracodawców.

Kierownik poradni NIO-PIB Beata Janas:

Przez NFZ, bo to są przesiewowe badania.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że takie rozmowy powinny się toczyć w resorcie zdrowia, między środowiskiem lekarzy medycyny pracy a państwem, a niekoniecznie akurat tutaj się przekonywać, kto ma rację. Rzeczywiście pracodawca jest płatnikiem, a nie NFZ. To powinno być jasne i między państwem uzgodnione. Pan profesor, proszę.

Zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów NIO-PIB Paweł Koczkodaj:

Dzień dobry. Paweł Koczkodaj. – Narodowy Instytut Onkologii, Zakład Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów. Tak jak pani wspomniała, te dyskusje toczą się od lat.

Jeżeli popatrzymy na dane epidemiologiczne, na to, co dzieje się w uczestnictwie, w badaniach przesiewowych, w mammografii, wydaje się, że nie mamy więcej czasu, żeby o tym dyskutować, tylko żeby te działania rzeczywiście były podejmowane. Jeżeli chodzi o udział w medycynie pracy, na pewno jest to rozwiązanie, które mogłoby przynieść zmianę. Widzimy badania, analizy, które pokazują, że niezależnie od tego, jakiej specjalizacji lekarz zaleci badanie profilaktyczne, pacjenci rzeczywiście takie badania wykonują. Wydaje mi się, że do tego nie trzeba takich wielkich zmian, tylko może na początku jakiś zestaw dobrych praktyk po to, żeby to się zadziało. Mamy 33% kobiet, które korzystają z badań mammograficznych w programie badań przesiewowych. W przypadku raka piersi na pewno warto jest podkreślić, że ta prewencja wtórna ma szczególne znaczenie. Tak jak mówi WHO, ponad 50% kobiet, które chorują na raka piersi, nie ma wyraźnych czynników ryzyka, które można zidentyfikować poza płcią żeńską i poza wiekiem. Prewencja wtórna ma szczególne znaczenie i powinniśmy naprawdę zawalczyć,

żeby te badania mammograficzne były na wyższym poziomie. Tak samo zresztą w cytologii i w kolonoskopii. W kolonoskopii widziałem na stronie NFZ, że to jest 15,5% osób, które korzystają z tego badania przesiewowego.

Jeszcze jeden komentarz na temat rejestracji. To jest super zmiana. Myślę, że to naprawdę może być tzw. game changerem, chociaż bardzo nie lubię tego określenia, w szczególności, jeżeli to będzie rozwiązanie proaktywne, czyli takie, które będzie wysyłać wiadomości, o których pan mówi. One w pewnym sensie przejmą też rozwiązanie tych zaproszeń nieszczęsnych, o których tyle czasu już tu rozmawiamy. Zaproszenia na badania przesiewowe powinny być obecne w naszym systemie. Ciężko jest mówić o populacyjnym programie badań przesiewowych w momencie, kiedy nie zapraszamy na te badania. Mam nadzieję, że ta e-rejestracja rzeczywiście okaże się takim wstępem do przywrócenia tego rozwiązania, którego my nie mamy od 2017 r. w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka. Pełnię wiele funkcji społecznych, ale od niedawna jestem przewodniczącą prezydium All.Can Polska. Jest to część dużej, światowej inicjatywy onkologicznej. W tym roku wydaliśmy raport pod nazwą: „Profilaktyczne programy onkologiczne w Polsce realizowane w latach 2022-2024”. Zapraszam państwa na stronę All.Can. Można przeczytać opinie ekspertów.

Wydaliśmy rekomendacje w czterech obszarach 4 obszarach: koordynacja i nadzór, dostępność, organizacja, edukacja i promocja profilaktyki, nowe technologie i narzędzia diagnostyczne. Kluczowym wnioskiem z tego raportu jest to, że brak jest informacji i edukacji, która dociera do społeczeństwa na temat tych badań. Niestety okazuje się, że z 3 Polaków 2 w ogóle nie słyszało o jakichkolwiek badaniach profilaktycznych. Takie są badania organizacji Sarcoma, wyniki badania, które przeprowadzili.

Nasi eksperci, to 50 osób, eksperci z dziedziny onkologii, hematoonkologii, zdrowia publicznego, osoby z tytułami naukowymi. Stwierdzili, że brak jest centralnej instytucji, która odpowiada za profilaktykę w Polsce, w związku z czym brak jest koordynacji, brak jest ogólnopolskiego rejestru badań przesiewowych. Gdybyśmy mieli taki rejestr, to byśmy wiedzieli, gdzie się wykonuje te badania. Poza tym nie ma możliwości nacisku na prywatnych świadczeniodawców, u których np. kobiety wykonują w większości cytologię. Nie wiemy, ile tam tego jest. Zgodnie z naszą wiedzą, zgodnie z prawem, gabinety powinny to zgłaszać. Poza tym te programy nie są oceniane i podsumowywane. Mówił pan, że to się będzie działo. Te programy częściowo ruszają, ale są też programy, które prowadzimy latami. Warto je w końcu monitorować, badać i żeby NFZ przygotowywał takie okresowe raporty na temat badań przesiewowych w Polsce.

Jeżeli chodzi o dostępność i organizację wiemy, że ta dostępność na terenach wiejskich niestety nie jest dobra. Wiemy, że program profilaktyka 20 plus będzie obowiązkowy we wszystkich POZ. Mijmy nadzieję, że to poprawi sytuację. Byłoby bardzo dobrze, ale na razie POZ włączają się w to bardzo powoli. Mają jakiś okres, kiedy będą musiały robić to obowiązkowo. Nie wiem jaki. Byłoby bardzo dobrze. Wiemy, że niestety z połowicznym sukcesem, jeśli chodzi o edukację i promocję profilaktyki, zakończyła się edukacja w szkołach, bo z dwóch lekcji jest jedna nieobowiązkowa. Niestety nie udało się.

Bardzo ważne jest to, o czym dzisiaj mówimy, czyli edukacja również na poziomie lekarzy POZ i medycyny pracy, żeby lekarze medycyny pracy i lekarze POZ mówili o tym, jakie są badania i żeby nie tylko kierowali na badania, ale taki pacjent powinien być dalej monitorowany, co się z nim dzieje, czy wykonał to badanie, czy nie. Na tym to powinno polegać. Jak powiedział pan profesor, profilaktyka i zachęcanie do niej powinno być aktywne, czyli też polegać na tym, że do pacjenta się dzwoni i jednocześnie edukuje, żeby pacjent wiedział, po co idzie na to badanie, jak to badanie wygląda. Przeglądałam poradniki brytyjskie i tam, jeśli pacjentowi się mówi o jakimś badaniu, to badanie jest dokładnie opisane, na czym to polega, jaki jest cel, jak się do tego badania przygotować. To wszystko jest szalenie ważne, żebyśmy zapraszali w sposób aktywny. Jest proaktywne zapraszanie, są takie instytucje, które to robią i szpitale oraz placówki je zatrudniają, bo one robią to do momentu, kiedy pacjent pójdzie na badanie. To jest wtedy osiągnięcie i na tym to polega.

Wprowadzamy nowe technologie, czasami opornie. Jestem fanką genetyki i niestety w tym obszarze są wprowadzone nowe badania, ale mamy przede wszystkim problem kadrowy.

Genetyków jest za mało. W związku z tym trzeba im dać wsparcie. Nie wiem, czy to jest zawód dodatkowo promowany. Może pan profesor o tym powie. Genetykom są też potrzebne pielęgniarki, które zdejną z nich część obowiązków i będą mogli bardziej się zająć pacjentami. To jest bardzo potrzebne, jeśli chodzi o profilaktykę badań genetycznych. Myślę, że przede wszystkim powinniśmy się pochylić nad tym, żeby skoordynować te badania, powołać jakąś instytucję, która będzie to monitorowała, badała, oceniała. Wtedy być może to się zmieni. Obecnie ktoś robi jakieś badania w samorządach, w województwach, w powiatach, gdzieś coś robimy centralnie, nikt nie zbiera wyników z tych badań i w zasadzie krążymy w kółko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję. Myślę, że adresatem też powinien być Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Może się mylę, ale tam powinno się zbierać dane. Bardzo proszę, pan dyrektor chciał zabrał głos.

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

Dziękuję za wywołanie, panie przewodniczący, ale i tak bym się zgłosił, gdyby pan mnie nie przywołał. Nie trzeba takiej instytucji powoływać. Ona jest. Nie jest odpowiedzialna, bo takiej odpowiedzialności nie ma przypisanej. Ma przypisane pewne role systemowe. Jest to kreowanie i promocja zdrowia w działalności profilaktycznej, ale również monitorowanie i analiza stanu zdrowia ludności oraz zmian czy oceny interwencji systemowych. Tutaj państwo rozmawiali o różnych szczegółowych problemach.

Chciałem przedstawić trochę szerszy obrazek. Kluczem do tego, żeby można było podejmować mądre decyzje, później oceniać i wyciągać wnioski, jest integracja, gromadzenie danych w jednym miejscu. Jako instytut kilka miesięcy temu przedstawiliśmy projekt, żeby wszelkie aktywności profilaktyczne, w których uczestniczy pacjent, począwszy od programów edukacyjnych, screeningów populacyjnych i innych, były gromadzone poprzez narzędzie, którego zostało wprowadzone już jakiś czas temu, ma różne funkcjonalności i nazywa się IKP. Chyba 2–3 tygodnie temu przekroczyliśmy 20 mln zarejestrowanych użytkowników, którzy przynajmniej raz się zalogowali i zajrzeli tam do swojego konta. A przypominam, że IKP domyślnie ma utworzony każdy obywatel, który ma PESEL. Dane są tam gromadzone w tym rekordzie nawet jeżeli ani razu się nie zalogował, ale to istnieje i funkcjonuje. To jest potrzebne.

Zaraz przejdę do medycyny pracy, bo nie chciałbym przedłużać swojej wypowiedzi. Mamy 20 mln użytkowników, przynajmniej raz zarejestrowanych. Jeśli chodzi o medycynę pracy mamy 12 500 tys. osób pracujących na podstawie umowy o pracę. To są osoby, które przeciętnie co 3 lata z pewnymi wyjątkami podlegają orzeczeniom. Jest rocznie niecałe 5 mln interakcji związanych z orzecznictwem medycyny pracy. To jest ten potencjał, który w grupie osób aktywnych zawodowo, czyli między 20 a 65 rokiem życia, możemy rocznie wykorzystać, żeby w ramach tego kontaktu zainicjować pewne działania związane z profilaktyką, ale sprawdzić też, co u pacjenta, pracownika czy obywatela zostało wykonane i zarejestrowane, gdziekolwiek by to nie było. Do tego jest potrzebna wiedza i kompletność danych oraz to, żeby systemy ze sobą rozmawiały i wzajemnie się widziały.

Odpowiadając pani doktor, nie wystarczy zajrzeć do SIMP-u, żeby zobaczyć, czy kobieta zrobiła cytologię, czy nie. Tak jak powiedział pan dyrektor kilka miesięcy temu, dwa razy tyle kobiet wykonuje cytologię refundowaną ze środków publicznych nie w ramach SIMP-u, tylko w ramach porady ginekologicznej w AOS-ie. To jest dwukrotnie więcej niż w ramach profilaktyki. Oczywiście tam są pacjentki objawowe i bezobjawowe, mało tego, po części są to pewnie te same PESEL-e, więc nie można tego tak prosto sumować. Oprócz tego jest cały świat komercyjny, którego nasz system, póki co, nie widzi w ogóle. Żeby można było ocenić w ramach medycyny pracy porady związane medycyną pracy, czy pacjentka była i na jakim badaniu, to przede wszystkim powinniśmy mieć dane z tych źródeł. Systemu nie powinno interesować, czy zrobiła to komercyjnie, publicznie, w AOS-ie, tylko czy w ogóle i kiedy wykonała takie badanie.

Wracam do sedna. Panie przewodniczący, podstawą jest cyfryzacja i wypełnienie tej luki. Cieszę, że pani powiedziała, że te prace trwają, ale w mojej ocenie są po pierwsze za wolne, po drugie nie idą wystarczająco daleko. Dokumentacja związana z medycyną pracy – orzecznictwo i ta, która jest wykonywana w ramach orzecznictwa – powinna w pełni mieć postać cyfrową i otrzymać status równorzędny z dokumentacją medyczną oraz podlegać obowiązkowemu raportowaniu zdarzeń do platformy P1. Tylko wtedy uzyskamy możliwość integracji. Wtedy te systemy będą się widziały, czyli krótko mówiąc, jak lekarz POZ wejdzie w rekord pacjenta będzie

widział to, do czego jest uprawniony, a lekarz medycyny pracy będzie widział to, co powinien widzieć o pacjencie zgodnie z danymi uprawnieniami. Od tego trzeba zacząć.

W ramach „Narodowego Programu Zdrowia” Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w 2022 r. wytworzył wszystkie wzorce dokumentów cyfrowych, jeśli chodzi o medycynę pracy i one są gotowe do implementacji. To jest kwestia decyzji w jakim stopniu będzie to wdrożone. Wiem, że CeZ ma mnóstwo rzeczy na głowie i wiele różnych, ważnych projektów w kolejce. Również istotna jest e-rejestracja. Dobrze by było w ramach tych wszystkich prac zamodelować po pierwsze pełną cyfryzację medycyny pracy, integrację z platformą P1, a następnie możliwość komunikacji pomiędzy gabinetem lekarza medycyny pracy i POZ, a później dopiero zastanawiać się, co w ramach orzecznictwa związanego z pracą można wykonać, dodać, uzupełnić. To jest takie całościowe rozwiązanie.

Apeluję, żeby koncepcja, którą przedstawiliśmy jako instytut, która była przedstawiona parę miesięcy temu, żeby znalazła jakby taki silnik. Potrzebna jest integracja różnych instytucji, nie tylko Ministerstwa Zdrowia, ale też instytucji jemu podległych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję. Rozumiem, że została przedstawiona w Ministerstwie Zdrowia. Wiemy przynajmniej, gdzie jest adresat tej informacji. Bardzo proszę, pan się zgłasza. Proszę się przedstawić.

Przewodniczący Komitetu ds. Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Chciałbym się zwrócić z pytaniem do pana dyrektora. Wojciech Wiśniewski – Federacja Przedsiębiorców Polskich. Czy przedstawiona Ministerstwu Zdrowia koncepcja wymaga zmian na poziomie ustawy czy rozporządzenia, czy też prac wdrożeniowych?

Dyrektor NIZP PZH – PIB Bernard Waśko:

Tam są bardzo różne ingerencje. Część z nich wymaga zmian ustawowych.

Ideą tej koncepcji jest monitorowanie wszystkich zdarzeń związanych z profilaktyką od oddziału noworodkowego i urodzenia dziecka do 18 roku życia w formie cyfrowej książeczki zdrowia dziecka, a później już życia zawodowego jako normalny obywatel, w ramach pracodawcy. To wymaga chociażby wprowadzenia obowiązkowej karty szczepień, czyli karty uodpornienia i rejestracji szczepień. Taka zmiana wymaga zmiany ustawowej. Zmian, które są na poziomie ustaw, zapewne trzeba więcej punktowo zmienić. Na poziomie aktów wykonawczych to jest wszystko do zrobienia, tym bardziej że fragmentarycznie te rozwiązania są na różnym poziomie zaawansowania prac. Nie są zintegrowane w jeden ciąg i projekt. Mamy rozpoczęte prace np. w zakresie cyfryzacji medycyny pracy.

Mamy, jak państwo wiecie, elektroniczną kartę uodpornienia, która jest obowiązkowa dla szczepień nieobowiązkowych, o dziwo. Mało tego, dla szczepień nieobowiązkowych kompletność rejestracji tych szczepień wynosi około 20–25%. Jest podobnie jak z raportowaniem zdarzeń medycznych do P1. Mamy olbrzymi problem z kompletnością rejestracji, chociaż gotowe narzędzia już funkcjonują.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Bardzo proszę.

Przewodniczący komitetu FPP Wojciech Wiśniewski:

Najpóźniej jutro rozpoczniemy proces przez Radę Dialogu Społecznego. Jeżeli pan dyrektor nie ma nic przeciwko, na najbliższym posiedzeniu zespołu RDS poprosimy o przedstawienie tej koncepcji. To jest dość długa droga, aby to poprzeć przez dużą radę. Postaramy się zacząć ten proces jak najszybciej. Cieszymy się, że taka propozycja została sporządzona. Od bardzo dawna medycyna pracy jest przedmiotem rozmów na poziomie RDS. Może dobrze byłoby, żeby partnerzy społeczni ten proces wsparli. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Gotowe do współpracy jest liczne grono środowisk. Pan dyrektor departamentu na pewno chciałby się do tego ustosunkować i wykorzystać ten zapal do wspólnej pracy.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Bardzo się cieszę. Myślę, że wiele rzeczy już zrobiliśmy, m.in. w wyniku takich dyskusji, które tutaj prowadzimy. Myślę, że wiele rzeczy jeszcze przed nami. Chętnie będziemy jako ministerstwo współpracować, żeby te wszystkie elementy ze sobą powiązać, połączyć i stworzyć z nich spójną całość. Uważam, że elektronizacja jest konieczna. Jest jeszcze jeden element, który jest dla nas bardzo ważny, ale też bardzo trudny do rozwiązania – żeby podmioty uzupełniały te wszystkie informacje na P1. Nic się nie wydarzy, nawet jak stworzymy najlepszy system, jak pan dyrektor Waśko opowiedział, jak ktoś nie usiadzie i tego nie zaraportuje.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Wiele nowych programów zostanie otwartych w najbliższych miesiącach. Myślę, że jesień przyszłego roku, po roku pracy nad tymi wszystkimi problemami, byłby dobrym okresem, żebyśmy sprawdzili, jak to w życiu wygląda.

Obiecuję, że taką podkomisję jesienią zorganizujemy, dając czas resortowi zdrowia i wszystkim instytucjom odpowiedzialnym za wczesną diagnostykę, profilaktykę i badania przesiewowe. Nadal uważam, że jednak lekarz POZ nie do końca jest wykorzystywany tak, jak to było zapisane 30 lat temu, kiedy powstawała instytucja lekarza rodzinnego. To chyba nam też nie ułatwia pracy, a wręcz przeciwnie. Nawet te szczepienia, które obecnie powinny się odbywać, m.in. przeciwko COVID, nie są w większości wykonywane przez lekarzy rodzinnych, tylko wykonują je farmaceuci w aptekach. Przynajmniej w moim otoczeniu, tam, gdzie mieszkam, nie słyszę, żeby POZ i lekarze rodzeni bili się o tego typu możliwość szczepień swoich pacjentów.

Szanowni państwo, jeżeli nie ma więcej głosów to zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję serdecznie za spotkanie i czekamy na efekty tych wspólnych prac. Dziękuję bardzo.