

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ONKOLOGII

(NR 27)

z dnia 16 września 2026 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 27)

16 września 2026 r.

Podkomisja stała do spraw do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat rozwoju opieki nad pacjentami z nowotworami głowy i szyi.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Chrobot** dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia, **Anna Miszczak** dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Joanna Skowron** dyrektor Departamentu Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Marzanna Bieńkowska** dyrektor Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **dr Katarzyna Kędzior** kierownik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz ze współpracownikami, **dr hab. Beata Jagielska** dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii wraz ze współpracownikami, **dr Sławomir Okła** kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, **dr hab. med. Antoni Bruzgielewicz** zastępca kierownika Katedry i Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wraz ze współpracownikami, **dr n. med. Karolina Piskadło** adiunkt w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Elżbieta Bylina** dyrektor Centrum Rozwoju Badań Klinicznych w Agencji Badań Medycznych, **Grzegorz Wrona** rzecznik praw lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, **Grzegorz Ziemiak** prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji, **Iga Rawicka** prezes Fundacji EuropaColon Polska, **dr Piotr Wiśniewski** sekretarz Polskiego Towarzystwa Patologów, **Paulina Gadomska-Dzięcioł** koordynator do spraw relacji zewnętrznych Alivia Onkofundacja, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, oraz **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej Farmacja Polska.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, pozwolę sobie otworzyć posiedzenie podkomisji stałej ds. onkologii. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej ds. onkologii.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat rozwoju opieki nad pacjentami z nowotworami głowy i szyi. Przedstawia minister zdrowia – w tym przypadku ma pełnomocnictwo pan dyrektor departamentu.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Informuję jednocześnie, że minister zdrowia upoważniła do reprezentowania stanowiska ministra zdrowia pana Michała Chrobota, dyrektora Departamentu Opieki Koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia. Witam pana dyrektora, witam wszystkich szanownych gości.

Proszę państwa, oczywiście to słowo wstępu polegać miałooby na tym, że my jesteśmy na podkomisji onkologicznej... Sprawy związane z onkologią są nam wszystkim bardzo dobrze znane i oczywiste. Około 200 tys. nowych zachorowań rocznie. Ta liczba rośnie chyba z dekady na dekadę. Około 100 tys. zgonów rocznie. Ale też pocieszające, że około 1,5 miliona chorych z chorobą onkologiczną, z chorobą przewlekłą w tej chwili w Polsce jest leczonych.

Dzisiaj będziemy rozmawiali o nowotworach głowy i szyi. Jest tego kilkanaście przypadków. Dlatego też profilaktyka, wczesna diagnostyka i wczesne rozpoznanie są zadaniem nas wszystkich, a w konsekwencji tego dążenie od wielu lat do powstania unitu narządowego, jeżeli chodzi

o głowę i szyję – o tym rozmawiamy też już od wielu lat, ale ciężko się nam przebić z tą decyzją. Mam nadzieję, że po jelicie grubym, po raku piersi, będzie również za chwilę rak płuca i również nowotwory głowy i szyi.

Otwieram w takim razie możliwość przedstawienia stanowiska. Bardzo proszę pana dyrektora o przedstawienie informacji, którą przygotował resort zdrowia. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia Michał Chrobot:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, informacja ministra zdrowia na temat rozwoju opieki nad pacjentami z nowotworami głowy i szyi – państwo materiał otrzymali, ja postaram się go zdecydowanie skrócić, bo on jest bardzo obszerny. Powiem i przedstawię państwu takie najważniejsze rzeczy.

Tutaj oczywiście dane epidemiologiczne mówią o ponad 5,5 tys. nowych przypadków w zakresie nowotworów głowy i szyi. Mamy konkretne rozpoznania. W zakresie profilaktyki mamy w Polsce finansowane ze środków publicznych szczepionki przeciwko HPV. Faktycznie część nowotworów głowy i szyi jest od HPV-zależna, więc w długim okresie przy podnoszeniu liczby pacjentów, którzy będą poddawani szczepieniom – a statystyki pokazują, że faktycznie ta liczba się zwiększa – liczymy na zmniejszenie zachorowań w tym zakresie.

Oczywiście w zakresie profilaktyki pierwotnej mamy najwięcej do zrobienia. To są nowotwory ściśle powiązane chociażby z używaniem wyrobów tytoniowych czy spożyciem alkoholu, ale także dbałością o higienę jamy ustnej. Tak jak powiedziałem, mamy szczepienia w powszechnym programie bezpłatnych szczepień – są to szczepienia zalecane. Do końca sierpnia zaszczepiono, proszę państwa, ponad 913 tys. osób w rocznikach 2006–2017.

Dzisiaj w Narodowym Instytucie Onkologii był jubileusz 30 lat telefonicznej poradni pomocy palącym. Poradnia, która funkcjonuje w Narodowym Instytucie Onkologii, jest bezpłatna, jest finansowana z Narodowego Programu Zdrowia. Numer do tej infolinii znajdzie każdy, kto tylko sięga po paczkę papierosów – więc można powiedzieć, ta wiedza o tej możliwości wsparcia jest absolutnie dostępna. Mamy oczywiście program Moje Zdrowie, który jest swego rodzaju programem przesiewowym dla osób od 20. roku życia. Tu na pewno najważniejsza jest czujność onkologiczna, wykonywanie badań przez lekarza POZ-u, no i jak wiemy, wdrażanie pacjenta w szybką ścieżkę onkologiczną.

W ramach działań profilaktycznych oczywiście mamy kampanie realizowane przez Ministerstwo Zdrowia, między innymi kampanię „Planuję Długie Życie”, czy rozpoczęta we wrześniu 2026 kampania „Profilaktyka – podaj dalej”. Jeżeli chodzi o profilaktykę, ale też pełne informacje dla pacjentów, dla personelu, dla rodzin, jeżeli chodzi o choroby nowotworowe, został uruchomiony Narodowy Portal Onkologiczny w ubiegłym roku. Na tym portalu Narodowy Instytut Onkologii, pełniący funkcję Krajowego Ośrodka Monitorującego Krajowej Sieci Onkologicznej, wprowadza na bieżąco dane i aktualizuje informacje na ten temat. Tam pojawiają się informacje, jak powiedziałem, także w zakresie profilaktyki, ale też zalecenia.

Sama Krajowa Sieć Onkologiczna oczywiście obejmuje nowotwory głowy i szyi. Pacjent z podejrzeniem choroby nowotworowej ma prawo do bezpłatnej, szybkiej diagnostyki onkologicznej w oparciu o kartę DiLO. Karta od 1 stycznia 2027 zostanie zastąpiona w pełni u wszystkich nowo zdiagnozowanych pacjentów nową elektroniczną kartą DiLO, która będzie zawierać zdecydowanie szerszy zakres danych, ale, co ważne, będzie dostępna dla pacjentów. Pacjenci będą mogli mieć bezpośredni, stały dostęp do zakresu diagnostyki, do planu leczenia i do informacji chociażby o koordynatorze, który go prowadzi. Oczywiście w ramach działalności Krajowego Ośrodka Monitorującego pojawiają się i są publikowane zalecenia – kluczowe zalecenia w zakresie poszczególnych nowotworów. W zakresie nowotworów głowy i szyi mamy opublikowane zalecenia kliniczne. Jesteśmy w toku ustaleń i opiniowania przez Krajową Radę Onkologiczną obwieszczenia ministra zdrowia zawierającego właśnie kluczowe zalecenia w zakresie nowotworów głowy i szyi. Pojawią się one w najbliższych miesiącach, także w formie obwieszczenia na stronie, komu są do dyspozycji zalecenia kliniczne oparte na standardach NCCN.

Oczywiście pacjent, który otrzymuje kartę DiLO, wchodzi w diagnostykę onkologiczną, ma realizowane świadczenia w trybie przyspieszonym. Państwo doskonale pamiętają – jest ściśle określony czas na pierwszą wizytę w poradni, czas na przeprowadzenie diagnostyki wstępnej, w trakcie której potwierdzamy bądź wykluczamy nowotwór złośliwy. Następnie pacjent, u którego potwierdzimy nowotwór, jest kierowany do diagnostyki pogłębionej, a następnie ustalany ma indywidualny plan leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi

lekarz specjalista zabiegowiec – w tym przypadku najczęściej oczywiście otolaryngolog – onkolog kliniczny i radioterapeuta. Ustalany jest plan leczenia dla tego pacjenta w oparciu oczywiście o zalecenia i możliwe, dostępne dofinansowania ze środków publicznych dzisiaj opcje terapeutyczne. Opieka w ramach sieci jest oczywiście koordynowana. Funkcja koordynatora działa od wielu lat, natomiast wraz z wejściem Krajowej Sieci Onkologicznej ten koordynator stał się bliższy pacjentowi. Wchodzi, można powiedzieć, na ścieżkę pacjenta już na etapie potwierdzonego nowotworu, czyli od tego newralgicznego momentu, kiedy pacjent otrzymuje tę najgorszą dla siebie informację, że niestety, ale ma nowotwór złośliwy.

Spośród leczenia oczywiście mamy do dyspozycji dzisiaj, proszę państwa, leczenie chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię oraz program lekowy – program lekowy dedykowany do nowotworów głowy i szyi. Tam oczywiście, w oparciu o ustawę o refundacji leków podmioty odpowiedzialne, wnioskują do ministra zdrowia o obejmowanie poszczególnych terapii programem lekowym. Systematycznie, proszę państwa, program się oczywiście rozszerza. Mamy od 1 lipca program lekowy. Od 1 lipca został on poszerzony o kolejne wskazania i kolejne substancje czynne, więc dzisiaj program lekowy, który jest programem leczenia chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi lub nowotworem złośliwym części nosowej i gardła, ma do dyspozycji, można powiedzieć, najnowsze terapie, które są objęte refundacją. Poza programem lekowym, oczywiście do dyspozycji klinicystów w leczeniu systemowym, jest konwencjonalna chemioterapia. Oczywiście sekwencja i sposób leczenia, jak powiedzieliśmy, jest ustalany przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.

W ramach rehabilitacji na chwilę obecną nie ma wyodrębnionych ścieżek i zakresów i środków na rehabilitację pacjentów z rozpoznaniem czy po chorobie nowotworowej. Ci pacjenci mają zapewnioną rehabilitację, tak naprawdę w ramach podstawowych zakresów, czyli fizjoterapii ambulatoryjnej czy rehabilitacji ogólnoustrojowej w formie dziennej lub też stacjonarnej. Chociaż dla pacjentów z dysfunkcją narządu mowy jest możliwość realizacji świadczeń dedykowanych w zakresie rehabilitacji w trybie stacjonarnym. Tutaj tej rehabilitacji – w innych trybach mówimy o takiej dedykowanej rehabilitacji dla tej grupy pacjentów – do tej pory nie ma. Natomiast oczywiście to jest ewentualnie do jakiejś dodatkowej analizy.

Dostęp do świadczeń, proszę państwa, jest, jak powiedziałem, nielimitowany. Zapewnia to karta DiLO. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że w obecnym systemie część pacjentów jest leczonych i diagnozowanych bez wystawionej karty, co opóźnia procesy. Dlatego też elektroniczna karta DiLO od 1 stycznia będzie absolutnie obowiązkowa i będzie powiązana z płatnością za zrealizowane świadczenia. Spowoduje to sytuację, że każdy pacjent będzie musiał mieć tę kartę aktywną, albo świadczeniodawca w trybie planowym nie będzie mógł zrealizować danego świadczenia. To jest konsekwencja Krajowej Sieci Onkologicznej i konsekwencja stałego, zaplanowanego podnoszenia jakości leczenia – bo jak państwo doskonale pamiętają, Krajowa Sieć Onkologiczna co do zasady wyłoniła te ośrodki do diagnostyki i leczenia nowotworów, które mają największe doświadczenie w tym zakresie. Nie jest wolą resortu, aby diagnostyką i leczeniem zajmował się każdy, pojedynczymi pacjentami. Doskonale pokazują to badania naukowe, że doświadczenie, szczególnie w leczeniu zabiegowym, jest kluczowe dla jakości udzielanych świadczeń. Tak jak powiedzieliśmy, część kliniczna jest zabezpieczona, część systemowa wydaje się, że też, szczególnie w tym okresie po 1 stycznia, w ramach karty e-DiLO będziemy monitorować także zakres prowadzonej diagnostyki, realizację zaplanowanego planu leczenia, po to, żebyśmy na tej podstawie mogli podejmować bardziej świadome decyzje i modyfikować tak naprawdę tę naszą sieć – po to, żeby oczywiście podnosić jakość leczenia pacjentów.

Jeszcze tutaj sięgnąłem, proszę państwa, do programów lekowych, do danych Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku programu dedykowanego do leczenia nowotworów głowy i szyi za ubiegły rok wartość zrealizowanych świadczeń to jest, proszę państwa, ponad 107 mln zł, gdzie leczonych w programie było 1004 pacjentów tym dedykowanym programem lekowym. Tak że wydaje się – biorąc pod uwagę, że startowaliśmy w 2014 od 59 chorych, a w roku 2021 mieliśmy 358, a za rok ubiegły mamy 1000 – że dostępność do najnowszych terapii, można powiedzieć jest systematycznie zwiększana. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze, za tę obszerną informację, która zresztą jest dostępna. Jeżeli państwo potrzebujecie, to w sekretariacie są te dokumenty.

Z tym, że ja tylko na jedno chciałem zwrócić uwagę. Tam pan dyrektor był uprzejmy powiedzieć o setkach tysięcy zaszczepionych młodych ludzi w wieku 9–14. Ale jeżeli chodzi o procentowość wyszczepienia, to ona jest dramatycznie niska, bo to jest chyba w dalszym ciągu około 20%, a może nawet i mniej.

Proszę państwa, otwieram dyskusję. Według naszego regulaminu zawsze pierwszeństwo mają posłowie, jeżeli chodzi o pytania. Później oczywiście do państwa, strony społecznej, gości zaproszonych też będę się zwracał.

O pytanie prosił pan poseł Lubczyk. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Radosław Lubczyk (PSL-TD):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie dyrektorze, ja mam takie pytanie – czy są statystyki jakieś w ministerstwie? Bo wiemy, że jedną z przyczyn nowotworów jest palenie tytoniu. Dzisiaj widzimy, że tytoń jakby odchodzi troszkę, a wchodzi te wszystkie inne świństwa elektryczne, czy tam podgrzewane. Nie wiadomo, co tam jest. Czy my mamy jakąś statystykę, jak to wpływa na zdrowie i życie pacjentów właściwie? Czy one mają taki sam wpływ kancerogeny jak tytoń? Czy są jakieś statystyki? To jest pierwsze pytanie.

I też jest moja prośba, jako że z wykształcenia jestem stomatologiem. Z czasów studenckich – niestety ta edukacja na studiach nowotworowa nie jest za duża. Ja wiem, że to może nie do Ministerstwa Zdrowia, tylko do szkolnictwa wyższego. Ale to też jest prośba, żebyście na to zwrócili uwagę. Ja akurat miałem to szczęście, że w swoim życiu spotkałem profesora Piekarczyka, który był jakby specjalistą od nowotworów. A więc my jakby poza planem, jaki był przeznaczony dla studentów, mieliśmy dużo więcej. Ale z tego, co wiem, dzisiaj, chociażby na egzaminach, jest bardzo dużo pytań o nowotwory głowy, szyi i ci młodzi ludzie tak naprawdę mogą z książek coś tam się dowiedzieć – ale jednak dowiedzieć się a zobaczyć w klinikach to są dwie różne rzeczy.

Zatem pytanie o te pozostałe środki, których dzisiaj młodzież bardzo dużo używa, no i prośba, żeby jednak zwiększyć tę ilość na studiach, żeby ta rozpoznawalność wśród młodych lekarzy jednak była większa.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeżeli pan dyrektor może odpowiedzieć, to bardzo proszę.

Jeżeli ktoś z państwa, zaproszony gości, chciałby na ten temat też się wypowiedzieć, to bardzo proszę.

Proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Bardzo dziękuję. W poniedziałek prezentowane były wyniki programu WOBASZ III, który był prowadzony przez Narodowy Instytut Kardiologii. Taki duży program na temat zdrowia Polaków. I tak naprawdę, proszę państwa, faktycznie widać ewidentnie ten trend zmniejszania ilości palących. No ale niestety mówimy tu o paleniu tego tradycyjnego tytoniu. Badań w zakresie tych substytutów wyrobów tytoniowych jeszcze nie ma – to jest zbyt krótki okres. Wydaje mi się, że nawet nie ma tutaj... Pewnie bym popatrzył na ekspertów klinicznych. Nie wiem, czy są doniesienia naukowe już w tym zakresie. Natomiast wydaje się, że wszyscy o tym mówią, ale jednak dzisiaj nie mamy jeszcze na ten temat jednoznacznych badań – ani na temat wpływu, ani na temat tak naprawdę, czy te wyroby nowoczesne są bardziej czy mniej szkodliwe w stosunku do tradycyjnego tytoniu.

W zakresie szkolnictwa pozostaje mi tylko i wyłącznie zadeklarować, że przekażę wniosek na odpowiednie ręce i będziemy to procedować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Chyba że ktoś z państwa chciałby jeszcze uzupełnić w tej dyskusji... Jeżeli nie, to bardzo proszę.

Pani... Jeżeli jest, to bardzo proszę. Tylko proszę się przedstawiać do mikrofonu, do protokołu.

Adiunkt, koordynator dydaktyki I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dr hab. med. Barbara Suchońska:

Ja się nazywam Barbara Suchońska i jestem adiunktem między innymi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Jeśli chodzi o szkolnictwo wyższe, myślę, że znaczna część tematów, które są poruszane na klinikach, to są problemy onkologiczne – i tak będzie. My wiemy, że jest coraz mniejszy

przyrost naturalny i że przyszłością naszą jest onkologia, bo społeczeństwo się starzeje. Jest też przedmiot onkologia, który jakby łączy te problemy onkologiczne różnych dziedzin klinicznych – więc problem został dostrzeżony i w programie studiów wyższych kształcących kadry medyczne jest to zaznaczone i realizowane.

Natomiast żadne działania, które miałyby poszerzyć świadomość społeczeństwa, de facto w szerokim zakresie nie są realizowane. I przedmiot edukacja zdrowotna to jest jeden z takich przedmiotów, kiedy można by przekazać informacje, jeśli chodzi o szczepienia przeciwko HPV. My startowaliśmy z poziomu 1,5% populacji docelowej. Jest marnie – 20%, ale to jest duży skok. Tylko tyle, że szczepią rodzice dzieci, którzy mają świadomość i wiedzą, co to jest HPV i że to jest ochrona przed nowotworem w przyszłości. Natomiast ta informacja do osób, które były wcześniej impregnowane, nie dociera. I tutaj jest ogromna rola, myślę, że wszystkich, bo to jest wspólna odpowiedzialność i systemu edukacji, i państwa, i Ministerstwa Nauki, żeby zwrócić uwagę na to. Jeżeli to ma zadziałać, to informacja powinna wyskakiwać prawie że z lodówki. Ludzie powinni o tym słyszeć, bo nie można zrzucić tego wyłącznie na rodziców. Jeżeli sami nie wiedzą, to oni tego nie zapewnią swoim dzieciom, a my będziemy borykać się z tego konsekwencjami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeżeli do tego tematu jeszcze ktoś z państwa, to bardzo proszę. Jeżeli nie, to...
Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej Głównego Inspektoratu Sanitarnego Joanna Skowron:

Dzień dobry. Joanna Skowron. Ja jestem dyrektorką Departamentu Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej.

Uzupełniając wypowiedź pana dyrektora, chciałam powiedzieć tutaj, że dzisiaj zainaugurowaliśmy kampanię społeczną „Nie odbieraj sobie głosu”, gdzie właśnie promujemy szczepienia, szczególnie wśród chłopców, wśród rodziców chłopców i wskazujemy, że nowotwory HPV-zależne to nie tylko nowotwory szyjki, narządów rodnych kobiecych, tylko że to jest też problem chłopców, młodych mężczyzn – właśnie szczególnie, jeśli chodzi o nowotwory głowy i szyi. I wspólnie z CMKP oraz Narodowym Instytutem Onkologii od poniedziałku przez cały tydzień będziemy promowali i czujność onkologiczną, i zgłaszanie na badania profilaktyczne – bo też wiele ośrodków w całej Polsce będzie przeprowadzało bezpłatną diagnostykę pod tym kątem, ale także szczepienia HPV. Bo większość nowotworów głowy i szyi w tej chwili jest HPV-zależnych. Już te statystyki znacznie przewyższyły te wcześniejsze spowodowane tytoniem i alkoholem. I tak, dzisiaj na ten temat rozmawialiśmy.

Natomiast jeśli chodzi o e-papierosy i o sięganie przez młodzież po e-papierosy, które są znacznie popularniejsze – stąd ta różnica w statystykach, bo to miejsce wypełniły produkty inne nikotynowe, między innymi e-papierosy... Są już badania, które potwierdzają, że młodzież inicjuje właśnie z e-papierosami, to jest pierwszy produkt, po który młodzież sięga. Po drugie, to jest bramką do papierosów zwykłych, tradycyjnych w przyszłości. Po trzecie, wiele jest technik manipulacyjnych stosowanych przez przemysł, chociażby aromaty, chociażby design i wszelka komunikacja, która mówi na ten temat, że te produkty mogą być dużo mniej szkodliwe. I Główny Inspektorat Sanitarny przygotował wspólnie z Uniwersytetem SWPS taki program, który też ruszył od września tego roku we wszystkich szkołach w całej Polsce – uczący krytycznego myślenia. Właśnie tam pokazujemy, jak wygląda dezinformacja od strony szczepień, między innymi szczepień dotyczących HPV, ale także taktyki stosowane przez przemysł nikotynowy i jak też myśleć krytycznie, i jak szukać informacji w sprawdzonych źródłach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Żebyśmy nie zdominowali tym tematem naszego spotkania, poproszę w takim razie jeszcze o kolejne pytanie – pani poseł Magdalena Łośko, bardzo proszę.

Poseł Magdalena Łośko (KO) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję, panie przewodniczący.

Ja na wstępie podziękuję panu przewodniczącemu za uwzględnienie tego tematu w pracach podkomisji, bo ja jestem przewodniczącą zespołu parlamentarnego do spraw osób laryngektomowanych. Osób laryngektomowanych, czyli osób po usunięciu krtani. Dziękuję panu dyrektorowi za obszernie wyjaśnienie – tylko te informacje są takie typowo medyczne, wyjaśniające,

jak obecnie wygląda opieka. Natomiast my w pracach swojego zespołu wielokrotnie podejmowaliśmy trzy kwestie związane z osobami laryngektomowanymi i zabiegamy o to, aby usprawnić trochę opiekę systemową, taki całokształt, jeśli chodzi o tę grupę pacjentów. Bo ostatnimi czasy dużo się zadziało w ostatnich latach, nawet też jest refundacja, jeśli chodzi o oprotezowanie. Przecież trzeba pamiętać, że osoby... Nasz zespół skupia się głównie na tym, co się dzieje już po usunięciu krtani. Nie przed, nie profilaktyka – chociaż to też są ważne kwestie – ale w dużej mierze jakby zabiegamy o tę sytuację, która ma miejsce już po operacji.

Tak jak słusznie tutaj państwo zauważacie, coraz więcej młodych osób zaczyna chorować. Kiedyś te tendencje były zupełnie inne i wiek był dużo wyższy. Natomiast pojawiają się coraz młodsze osoby, jeśli chodzi o choroby onkologiczne głowy i szyi. To jest tendencja niepokojąca, też związana między innymi z używkami – to, co tutaj państwo wskazywaliście. I często pacjenci... Znaczą zdarzają się... Może nie często, bo to w ogóle jest wąska grupa pacjentów. Rocznie choruje około 750 osób w puli osób, które jakby są objęte tą opieką. Już po operacji to około 3500 osób... Może teraz już na bieżąco gdzieś tam ta liczba wzrasta. Wskazuję, bo jest to bardzo wąska grupa osób, nad którą można się dodatkowo pochylić i zaopiekować.

Dlaczego to jest ważne? Dlatego, że oni po usunięciu krtani zostają bez głosu. Muszą na nowo nauczyć się porozumiewać, muszą na nowo wyrobić sobie komunikację. Oczywiście jest metoda nauki mowy przetykowej, jest oprotezowanie, jest tak zwana stomia, jest refundacja, która pojawiła się w 2021 roku. Dla pana dyrektora, dla wiadomości – chcielibyśmy, żeby ta refundacja była nieco większa, jeśli chodzi o ilość danych wymienników ciepła i ogrzewania powietrza, bo ona nie jest wystarczająca – w sensie takim, że ona nie wystarczy na miesiąc. I często te osoby, które tę stomię mają, umieją jej używać, porozumiewają się, mają to oprotezowanie – ale nie jest to wystarczające na cały miesiąc, więc chcielibyśmy, żeby też ministerstwo pochyliło się nad tą kwestią.

Ale nie o tym dzisiaj. Rzecz jest w opiece systemowej. I to, co pan dyrektor słusznie zauważył – chodzi o rehabilitację. Obecnie te osoby mogą otrzymać rehabilitację stacjonarną, ale w tym systemie ogólnym. A nasz zespół parlamentarny zabiega o to, aby jednak ona była wyłączona i dedykowana dla tej grupy osób laryngektomowanych. Chodzi o to, żeby taka osoba po usunięciu krtani mogła trafić do sanatorium, do sanatorium, do placówki, w której będzie logopeda kliniczny, który nauczy w ciągu powiedzmy dwóch, trzech tygodni mowy. I ta osoba nie pozostanie... Bo często też się zdarza tak, że po takiej operacji osoby wychodzą ze szpitala, mają wskazania, powiedzmy, ambulatoryjne, ale z tą opieką ambulatoryjną bardzo różnie bywa. Nie jest ona tak łatwo dostępna. Ci, których stać, to oczywiście korzystają z opieki prywatnej, która też jest kosztowna – taka jedna wizyta minimum 600 złotych. Natomiast ambulatoryjnie na NFZ ona jest trudna, jest rozproszona, często ci ludzie muszą mieć dużą świadomość i ludzi wokół siebie, którzy też wskażą tę drogę. A więc to nie jest takie proste.

I po tej operacji, takiej okaleczającej, gdzie ten pacjent nie może mówić, nie może się porozumiewać, zostaje sam. Jeżeli ma wsparcie w rodzinie, fajnie, dalej jakby jest pokierowany. Natomiast jeżeli tego wsparcia nie ma, to ten pacjent zostaje sam, zostaje wykluczony społecznie. A są przypadki – bardzo dużo... Też nam powinno zależeć na tym jako państwu, żeby te osoby po takiej operacji – tym bardziej, że są to coraz młodsze osoby – wracały na rynek pracy. A na rynek pracy można wrócić, jeżeli jest odpowiednia rehabilitacja, jeżeli jest oprzyrządowanie i jeżeli jest stopień komunikacji dobry. I nam chodzi o to, aby można było wprowadzić taką opiekę sanatoryjną, tak jak w przypadku kobiet po mastektomii i w przypadku leczenia raka piersi – żeby był jakiś ośrodek sanatoryjny w Polsce, gdzie taki pacjent po takiej operacji będzie wiedział, że zostanie skierowany tam i na przykład w ciągu dwóch tygodni będzie tam logopeda kliniczny i tam zostanie nauczony na nowo mowy. Bo chodzi o to, żeby po prostu umiał mówić, żeby był włączony w życie społeczne. I to jest nasz główny cel. Natomiast jeśli chodzi o samych logopedów klinicznych – też może państwo się tutaj wypowiedzieć, może macie wiedzę... Bo tutaj pan siedzi i się uśmiecha obok... Myślę, że będzie też miał dużo więcej do powiedzenia... To bardzo proszę. Też jest różnie z logopedami klinicznymi. Oni oczywiście powinni być dostępni, ale w szpitalach jest naprawdę różnie. I bywa tak, że taki pacjent po operacji po prostu nie ma bezpośredniego dostępu do takiej wizyty. Uważam, że w tym zakresie też byśmy mogli tutaj dużo poprawić, bo są ośrodki, które się tym specjalizują. Sami logopedzi też wzmacniają swoją wiedzę i specjalizują się w tym. Są chętni. Podejmowaliśmy takie dyskusje. Ośrodek w Bydgoszczy jest też prężnie działającym ośrodkiem, który tego typu zabiegi i działania rehabilitacyjne również czyni. My w takim kierunku chcielibyśmy zmierzać i poprawić tę opiekę już po samej operacji – tak, żeby pacjent, który przystępuje,

wie, że tę operację ma i zostanie pozbawiony krtani, wiedział, że potem zostanie zaopiekowany i ta nauka mowy będzie mu umożliwiona, żeby nie został sam i żeby wtedy podjął też decyzję o ratowaniu swojego zdrowia, a bardzo często przecież i życia. I wielokrotnie – to też sami profesorowie i lekarze podkreślają – taki pacjent potem może wrócić normalnie na rynek pracy.

Ja oczywiście tu złożę też pismo oficjalne do pana dyrektora ze swoimi uwagami, z prośbami zespołu – bo wielokrotnie podejmowaliśmy te rozmowy i nie zawsze ministerstwo na nich było. Tak że dziękuję dzisiaj za obecność. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani poseł, za bardzo obszerny i szczegółowy opis tego rodzaju pacjentów i tej grupy. Tylko też bym prosił, żebyśmy nie dominowali jakimś jednym tematem – bo mamy dużo rzeczy do przedyskutowania. Zaraz zaczniemy...

Jeszcze parę pytań od państwa posłów i później przejdziemy oczywiście do państwa.

Pan poseł Czesław Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Ja będę poruszał trzy zdecydowane kwestie i bardzo bym prosił pana dyrektora o szczegółową odpowiedź, ewentualnie konsultantów, państwa profesorów – jeśli nie dzisiaj, to na piśmie. Praktycznie trzy kwestie, a może nawet cztery.

Pierwsza kwestia – wczesna rozpoznawalność. A więc kiepska, fatalna wręcz wczesna rozpoznawalność. Bo jeśli nowotwory głowy i szyi rozpoznajemy gdzieś najczęściej w trzecim, czwartym stadium klinicznym, no to już jest źle. A więc co zrobić, żeby to poprawić? Jest taka też, o ile pamiętam, nieoficjalna zasada w podstawowej opiece zdrowotnej – jeden z trzech. Nie wiem, czy pan dyrektor słyszał o takiej zasadzie, że jeśli jeden chociaż objaw, pojawia się – niepozorny objaw, na przykład pieczenie języka przez trzy tygodnie i on nie przychodzi po jakimkolwiek leczeniu – to trzeba wzmocnić czujność onkologiczną i trzeba wprowadzić zdecydowaną już diagnostykę, w tym diagnostykę onkologiczną. A więc apelowałbym o to, żeby ta wczesna rozpoznawalność była bardziej skuteczna. I te wszystkie kwestie „Moje Zdrowie”, „Podaj dalej” i tak dalej, bardzo fajnie, natomiast ta wczesna rozpoznawalność leży. Szczerze mówiąc, bardzo nad tym ubolewamy i chcemy to poprawić. To jest pierwsza kwestia.

Druga kwestia. Nowoczesna immunoterapia. Chodzi o immunoterapię okołooperacyjną, a więc przed i po operacjach nowotworów głowy i szyi. Tutaj mam pytania. Napisaliście w naszym sprawozdaniu, jeśli chodzi o immunoterapię... Tutaj zacznę o pembrolizumabie... Napisaliście w terapii okołooperacyjnej nowotworu głowy i szyi... Dla którego wydano negatywną rekomendację prezesa AOTMiT-u, a w następnym zdaniu, że ten pembrolizumab macie w programie B52 w leczeniu terapii okołooperacyjnej, jak też w leczeniu choroby uogólnionej... Czyli praktycznie jest ten pembrolizumab w immunoterapii okołooperacyjnej, czy nie jest? Bo w jednym zdaniu, że negatywna jest ocena AOTMiT-u, a w drugim zdaniu, że prowadzicie. A więc proszę o uszczegółowienie. I czy on jest refundowany – oczywiście kwestia refundacji.

Kolejna kwestia, oczywiście jeśli chodzi już tam o immunoterapię okołooperacyjną. Też chodzi o terapię ukierunkowaną molekularnie... Czy inhibitory kinazy tyrozynowej też są refundowane, czy nie? To jest bardzo istotna kwestia i proszę jakby tutaj szczegółowo mi odpowiedzieć.

I kwestia jeszcze następująca, jeśli chodzi o leczenie chirurgiczne małoinwazyjne – a więc chirurgia robotowa typu Da Vinci, czy tam inne. Czy macie na względzie to, że tę chirurgię małoinwazyjną, robotową wprowadzacie jako refundacja? Bo wiem, że niektóre kwestie są refundowane, ale prawdopodobnie chyba nie nowotwory głowy i szyi... A więc bardzo bym prosił też o odpowiedź. Jeśli nie, to czy macie taki kierunek refundacji, czy nie? To jest w mojej ocenie bardzo istotne, bo oczywiście, potem rehabilitacja i tak dalej, to wszystko jest bardzo dobre, natomiast jakbyśmy wcześniej rozpoznawali i dobrze leczyli na początku, to mielibyśmy mniej powikłań, mielibyśmy mniejsze koszty per saldo.

No i trzecia sprawa. To prawdopodobnie... Jeśli z państwa profesorów ktoś by odpowiedział mi... Czerniak błony naczyniowej oka nie jest klasyfikowany jako nowotwór głowy i szyi, jednakowoż w głowie się znajduje – bo to jest narząd wzroku. Ale jeśli ktoś by powiedział z państwa, czy rzeczywiście te nowoczesne terapie są refundowane. Miałem jeden taki przypadek w biurze poselskim, gdzie pacjentka miała czerniaka błony naczyniowej oka i szczerze mówiąc, w ciągu kilku miesięcy tragicznie to się zakończyło. Jeździła po całej Polsce, jeździła po różnych ośrodkach. Kwestie tam CyberKnife, GammaKnife i tak dalej... Wszystkie te stereotaktyczne radioterapie...

Wszystko to bywało nieskuteczne. Natomiast immunoterapii, tej, która by mogła pomóc, nowoczesnej immunoterapii, nie mogła osiągnąć. A więc czy mamy w tym względzie jakąś poprawę, czy też mamy jakieś dobre perspektywy?

O to bym bardzo prosił pana dyrektora. Jeśli nie może odpowiedzieć dzisiaj, to proszę na piśmie, dobrze? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo panu posłowi. Pan poseł jest lekarzem, dlatego tak tutaj z rękawa podaje informacje.

Ale ja może zbierzemy więcej pytań. Pani posłanka Katarzyna Sójka prosiła o głos. Bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący.

Ja na wstępie wróć trochę do HPV, bo szanowni państwo, pracuję w POZ-ie i obserwuję, jak niewiele dzieci ze szkoły, która jest obok, jest przeprowadzanych na te badania, na te szczepienia HPV. Pytam też rodziców. Ja naprawdę dochodzę do takiego wniosku, że rodzice nie mają tej świadomości, czym może skutkować zakażenie HPV. I uważam, że przekazem powinna być taka bardzo prosta nauka, bardzo bezpośrednia do rodziców, do dzieci, do pacjentów – nawet nie wspominając o szczepieniach na HPV, tylko bardziej mówiąc, że mamy zakażenie HPV, które może wywołać 16–18 – raka szyjki macicy czy nowotwory głowy i szyi. Może ktoś się ze mną nie zgadzać, natomiast wydaje mi się, że w pierwszej kolejności społeczeństwo musi sobie uświadomić, jakie są konsekwencje przebycia zakażenia, jakie mogą być konsekwencje przy tych danych akurat typach wirusa HPV. I dopiero wtedy jakby szczepienie będzie taką naturalną rzeczą. Jeżeli gdzieś ktoś zrozumie, że jest szczepienie, które może ochronić przed tym zakażeniem, to wtedy być może z większym zaufaniem... Bo niestety ostatnie lata spowodowały, że zaufanie do szczepień jest takie, jakie jest. Wręcz nawet moim zdaniem informacja od razu idąca z tym przekazem, że jest na to szczepionka, powoduje jakiś większy brak zaufania w ogóle do całej treści. Uważam, że ta świadomość... Prosty przykład opryszczki wargowej, tak zwanej febrzy... Jeżeli ktoś ma febrę, to... Dzisiaj chyba większość społeczeństwa wie, że jeżeli ktoś miał febrę i napije się ze szklanki, a ja się napiję po nim, to mam szansę znowu mieć febrę, że to się przenosi w ten sposób. Czyli każdy zna jakby tę konsekwencję. Oczywiście, nie wiem... Pocałunek tak samo może skutkować. Natomiast mamy świadomość tej konsekwencji. To jest takie popularne w społeczeństwie, prostolinijne myślenie o tym, że jeżeli ktoś to ma, to konsekwencją tego wirusa będzie, że co jakiś czas w chwilach osłabienia, przeziębienia i tak dalej, ta febra będzie się pojawiać.

I tutaj w przypadku HPV naprawdę rozmawiam z tymi rodzicami. I nie ma tej świadomości, w ogóle ludzie to nie do końca rozumieją, że choroba wirusowa, przejście jakiegoś wirusa, może wywołać w konsekwencji jakieś zmiany nowotworowe. Myślę zatem, że taki przekaz, że tyle procent na przykład nowotworów szyjki macicy ma podłoże zakażenia takim i takim wirusem, tyle procent nowotworów głowy i szyi może mieć podłoże zakażenia takim wirusem... I nawet bez informowania od razu, że tutaj macie państwo szczepionkę na to i możecie tego uniknąć. Ja bym w pierwszej kolejności nawet to trochę pominęła, bo to dzisiaj niestety budzi jakiś taki automatyczny brak zaufania. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz – było wspomniane o tym przyszłym tygodniu, Pani tutaj wspomniała, że profilaktyka jest promowana, są badania profilaktyczne, jest wiele miejsc badań pod kątem onkologicznym. Ale mówimy prawdopodobnie o jakimś cyklu takich badań, spotkań i miejsc, które tylko pojawiają się, bo jest jakaś kampania. Natomiast najważniejsze rozwiązania są systemowe. Co więcej, ja o tej kampanii na przykład nic nie wiem, nie słyszałam, nie mam wiedzy.

Wczoraj wchodząc do Sejmu, pani marszałek Wielichowska przywitała mnie taką karteczką i powiedziała, że badania profilaktyczne są ważne. Myślę, że wszyscy mamy tę wiedzę. Ja zapytałam, ale nie oczekiwałam, że ktoś, kto nie jest z branży, powie mi coś więcej. Natomiast o co chodzi? Badania... Profilaktyka jest ważna. Dla mnie to jest przekaz... Ja wiem więcej, bo jestem lekarzem. Ale dla zwykłego człowieka – no tak, wszyscy mówią, że profilaktyka jest ważna. Dostałam taką karteczkę, na którą patrzę, jest tam jakaś przypinka, z której nic nie wynika, nawet nie wiem, o co chodzi. Jest napisane „profilaktyka” i małymi literami jest jakaś strona internetowa. Jest tam troszkę tej treści i w sumie z tej ulotki dla mnie nic nie wynika. Weszłam na tę stronę internetową – jest dużo treści. Potem był jeden taki element, który

mnie zaciekał – była mapa Polski, można było przybliżyć, zobaczyć, gdzie są jakieś miejsca profilaktyki.

Natomiast najważniejsze, mimo wszystko, nie są eventy profilaktyczne, tylko rozwiązania systemowe. I taka ulotka, moim zdaniem, byłaby o wiele ciekawsza, jeżeli zawierałaby dokładnie taką treść: Jeśli masz tyle i tyle lat, powinieneś zrobić dwa razy do roku kolonoskopię, czy raz na 10 lat kolonoskopię, dwa razy do roku mammografię i tak dalej. I to jest numer telefonu albo dokładny adres, gdzie się zapiszesz na to badanie. Uważam, że bezpośrednie coś... Jeżeli ja wezmę do ręki ulotkę i zobaczę, że rzeczywiście mam numer telefonu, to będzie to miało sens. Ja nie ukrywam, że kiedyś przygotowałam też taką ulotkę, którą rozdawałam w moim okręgu wyborczym. Zebrałam wszystkie dane teleadresowe różnych miejsc, gdzie można zrobić różne badania profilaktyczne i napisałam dokładnie – kolonoskopia dla takich i takich osób po 50. roku jest bezpłatna raz na 10 lat i w tym województwie, czy w tym powiecie możesz ją zrobić tu, tu i tu, adres, telefon. Ze wszystkimi dostępnymi badaniami profilaktycznymi tak zrobiłam. Proszę mi wierzyć, że ludzie nawet wracali z tymi ulotkami – że to jest bardzo dobra ulotka, którą sobie zachowują i będą dzwonić. Bo oni od razu mieli informację – jestem w tym przedziale do kolonoskopii, mam numer telefonu, mogę się zapisać. Uważam – zresztą o tym ostatnio rozmawialiśmy – że jeszcze bardziej precyzyjna powinna być informacja, nawet zapraszająca dokładnie na termin z możliwością przełożenia. A więc eventy eventami, ale przede wszystkim rozwiązania systemowe.

Mówimy o nowotworach głowy i szyi. Przypadek, który ostatnio bardzo chodzi mi po głowie, to przypadek pacjenta, który do mnie do POZ-u przyszedł – pacjent właśnie z nowotworem głowy i szyi. W maju tego roku, pod koniec maja wyszło mu coś za uchem. Dostał na to antybiotyk. Antybiotyk nie pomógł. W czerwcu trafił do oddziału laryngologicznego. Okazało się, że tutaj mu rośnie i rośnie mu też w obrębie migdałka. Pobrano mu hispat, pacjent wrócił do domu. Guz rośnie dalej, mija ten czerwiec, mija lipiec. Pod koniec lipca przychodzi do mnie do POZ-u, bo mówi, że on tylko czeka. Guz rośnie. Guz przez te dwa miesiące... Jeżeli mi mówił, że tutaj była mała zmiana za uchem, to przyszedł do mnie jako osoba z takim wielkim guzem... Już miał powoli problemy z połykaniem i mówił, że nie ma jeszcze wyniku. On czeka i tak naprawdę nic nie robi przez te dwa miesiące – bo czeka na wynik histopatologii. Szukał pomocy, ale wynik jest potrzebny. On tydzień później...

Tylko dokończę. Już kończę. Tydzień później ten pacjent trafił już, zdaje się, do WCO w Poznaniu na Garbary i miał tracheostomię założoną i PEG-a – bo nie mógł już oddychać. Jeszcze nie miał włączonego leczenia. W tym czasie otrzymał hispat. On ten hispat potem w międzyczasie mi wysłał, bo się okazało, że ma radioterapię zaplanowaną na wrzesień. On zmarł w sierpniu. W połowie sierpnia ten pacjent zmarł. Pacjent, którego znałam chociażby z historii choroby w komputerze – bo to pacjent naszego POZ-u. Nie miał żadnych specjalnych chorób towarzyszących. 62 lata. On nawet nie doczekał tak naprawdę włączenia leczenia.

Co więcej, nie jestem specjalistą w tym obrębie, natomiast hispat zrobiony w szpitalu powiatowym, który w mojej ocenie niewiele jeszcze wnosil do rozpoznania i na pewno było oczekiwanie na zupełnie inne leczenie, żeby doprecyzować to leczenie... Główny punkt, który powiela się, który widzę też w mediach, o którym słyszymy i który jako lekarz też widzę – wyniki histopatologiczne, wyniki badań to jest nasza pięta achillesowa i myślę, że to nie ja, tylko specjaliści tutaj się mogą wypowiedzieć, że nadal nie mamy dobrych zakładów patomorfologii, które w szybkim tempie... Wiemy, że to jest kwestia specjalistów, których chyba jest około 600 w Polsce, i też technologii, którą mamy dostępną. Ale głównym problemem pacjentów, mam wrażenie, jest oczekiwanie na badania. Przyjdzie jakieś badanie, trzeba badanie powtórzyć albo trzeba je doroobić, albo potem jeszcze immunohistochemia, potem jeszcze to... I na to wszystko się czeka, a w tym czasie pacjent zwyczajnie umiera – tak jak ten przypadek.

Drugi przypadek miałam dwa lata temu – dokładnie taki sam. Młoda pacjentka...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pani doktor, nie mówmy o pojedynczych przypadkach.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS) – spoza składu podkomisji:

To nie są właśnie pojedyncze przypadki.

Gorączkująca, która pół roku tak naprawdę czekała. Pół roku po wszystkich wizytach czekała, bo jeszcze takie badanie i takie badanie. Czekala miesiąc na wynik i okazało się, że jeszcze trzeba inne badanie. Ona zmarła też tydzień przed wynikiem, który potwierdzał, że ma chłoniaka

i można było włączyć leczenie. Zatem zakłady patomorfologii i precyzyjne, szybkie badania – myślę, że tutaj specjaliści więcej o na ten temat powiedzą... Natomiast uważam, że na to musimy dzisiaj zwrócić w onkologii bardzo dużą uwagę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję pani poseł, dziękuję, pani doktor. Ma pani oczywiście rację, tylko jeżeli chodzi o eventy, o promocję, to ja uważam – i chyba nie tylko ja – że to jest zadanie przede wszystkim lekarza rodzinnego, który powinien rozmawiać. A w tej chwili, powiedzmy sobie szczerze, nie do końca chyba tak to wygląda. Lekarz rodzinny może również założyć kartę DiLO – dzięki temu diagnostyka byłaby skrócona. Oczywiście jest problem z histopatologią, z badaniami.

Ostatnie pytanie, króciutkie zada – bo już powiedziała mi na ucho – pani poseł Bożena Borowiec i przejdziemy do państwa odpowiedzi.

Poseł Bożena Borowiec (Lewica) – spoza składu podkomisji:

Ja mam tu pytanie też do Ministerstwa Zdrowia. Bo mówiła pani o tym programie „Nie odbieraj sobie głosu”. W szkołach jest od 1 września ten przedmiot związany z edukacją zdrowotną. Jak tak słucham to, co pani mówi – 6 lat byłam między innymi wiceprezydentką od oświaty – to tak się zastanawiam, że jeżeli macie państwo te ciekawe programy, jest to coś opracowane, przygotowane z walorem edukacyjnym, czy nie można byłoby tutaj porozmawiać z Ministerstwem Edukacji, żeby taki materiał... Bo ja pamiętam, jak na przykład robiliśmy w mieście takie programy, gdzie była młodzież, były dzieciaki, to one naprawdę na żywo się tym interesowały, zadawały pytania. I tak się zastanawiam, że jeżeli to już zostało opracowane, jak tu mówił pan przewodniczący, i poszło to systemowo, to czy nie można by było zadziałać z Ministerstwem Edukacji, żeby to po prostu trafiło do szkół dla tych dzieciaków? Dzieciaki z tych ostatnich klas...

Proszę? Jest edukacja zdrowotna, ale ja mówię o tych konkretnych programach – że jeżeli już Ministerstwo Zdrowia to przygotowało, to czy nie można porozmawiać z Ministerstwem Zdrowia...? Przecież są dzienniki elektroniczne. Jak jest kwestia, że informujemy rodziców, że można szczepić na HPV, to wysłać można im też taki materiał edukacyjny. Bo rzeczywiście, świadomość rodziców jest różna. Do mnie też czasami zwracają się osoby, które pytają, jak to załatwić, żeby nie było kary, jak nie będą nawet małych dzieci szczepić w ramach szczepień obowiązkowych. A tu dochodzimy do tych dodatkowych. A więc tutaj taka moja prośba – jakby spróbować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Teraz przechodzimy oczywiście do państwa.

Może pan dyrektor najpierw mógłby na parę pytań odpowiedzieć, a później bardzo proszę państwa o zabieranie głosu. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Postaram się odnieść do kilku kwestii. W zakresie rehabilitacji dla pacjentów po laryngektomii mamy, jak powiedzieliśmy, na razie dedykowane dwa programy, czyli generalnie rehabilitacja dla pacjentów w trybie stacjonarnym i w trybie dziennym. Tematu sanatoriów nie znałem. To pewnie jest w kompetencji innego departamentu – ale oczywiście temat do rozeznania.

Jeżeli chodzi o czujność onkologiczną, to absolutnie tu pełna zgoda. Czujność onkologiczna to jest czujność przede wszystkim lekarza POZ-u. Za tę czujność onkologiczną odpowiada po części – może tak powiedziałbym – w zadaniach statutowych wojewódzkie ośrodki monitorujące. W ramach sieci w każdym województwie jest wojewódzki ośrodek monitorujący i on w swoich zadaniach ma między innymi prowadzenie edukacji i szkoleń dla lekarzy POZ-ów – więc automatycznie tutaj absolutnie się z tym zgadzam.

Pani poseł mówiła o profilaktyce. Oczywiście znowu wracamy do lekarza POZ-u. Wiele świadczeń profilaktycznych jest dostępnych na poziomie lekarza POZ-u. Lekarz POZ-u ma prawo i możliwości techniczne dzisiaj umówić pacjentkę na badanie skriningowe. Mało tego, w każdym POZ-ie Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje koordynatora, którego ustawowym zadaniem jest tak naprawdę realizacja i namawianie pacjentów do wykonywania badań przesiewowych. Tych badań mamy parę od października. Doskonale państwo wiedzą, wchodzi nam niskodawkowa tomografia komputerowa w zakresie diagnostyki raka płuca, czyli kolejne badanie. Jesteśmy w trakcie analizy i zmian w zakresie raka jelita grubego, żeby wprowadzić test FIT, który jest w Moim Zdrowiu, do programu profilaktyki, aby test FIT był pierwszym krokiem, a do programu

przesiewowej kolonoskopii tak naprawdę szli pacjenci wyłącznie z pozytywnym testem FIT – bo takie są tak naprawdę zalecenia międzynarodowe. Mało tego. Narodowy Fundusz Zdrowia próbował od kilku ostatnich lat zachęcać lekarzy POZ-u poprzez dodatkowe finansowanie dla tych ośrodków, które mają wysokie współczynniki zgłaszalności na badania profilaktyczne. To się niestety mało udaje. Trzeba tu przyznać niestety, że efektu nie ma.

Pomysł ostatni, który jest w toku konsultacji, który chce wprowadzić Narodowy Fundusz Zdrowia, to jest też stawka degresywna – czyli obniżamy wartość stawki kapitałowej dla tych lekarzy POZ-u, u których ta zgłaszalność jest absolutnie najgorsza w Polsce. Oczywiście to budzi mnóstwo emocji, zdaje sobie sprawę – wszyscy chcemy zarabiać więcej, nie mniej. Ale proszę pamiętać, że tu walczymy o ludzkie życie. Profilaktyka tak naprawdę daje nam możliwość wykrycia nowotworów w niższych stopniach zaawansowania. Jeżeli rzeczywiście nie będzie wsparcia po stronie lekarzy POZ-u w tym zakresie, mimo – proszę zobaczyć, jak szerokiej jednak – gamy przeróżnych zachęt, w tym przede wszystkim dedykowanego finansowania koordynatora, no to oczywiście nam pozostaje, proszę państwa, tylko robić kampanie informacyjne, być może intensyfikować edukację zdrowotną, być może inne kwestie. Absolutnie tu się z państwem zgadzam – to wszystko należy wprowadzać. Bo wydaje się z perspektywy Ministerstwa Zdrowia, że my naprawdę już bardzo dużo zrobiliśmy. Pozostaje wyłącznie zachęcić pacjentów, żeby wreszcie zaczęli się badać. Tyle.

Pani poseł mówiła o braku dostępu do diagnostyki histopatologicznej i obrazowej. Tu jeszcze raz podkreślę – 1 stycznia każdy pacjent, jak nie będzie mieć karty DiLO, to Narodowy Fundusz Zdrowia za tego pacjenta nie zapłaci. To spowoduje, że każdy taki pacjent będzie monitorowany, będziemy wiedzieć, ile czekał i będziemy wreszcie wiedzieli... Bo dzisiaj mamy, proszę państwa, fikcję polegającą na tym – to o czym mówiła pani poseł – że pacjent czekał... Ale ja się pytam, czy on miał kartę DiLO? Wydaje się, że absolutnie nie.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Oba przypadki miały.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

OK, dobrze, przepraszam. Przepraszam, pani poseł. Super.

Jeżeli tak, to faktycznie generalnie to jest, właśnie, proszę...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Zostały złamane wszystkie regulacje karty.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Tak.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Bo ona ma określony czas na wykonanie badań.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Tak, zdecydowanie.

Głos z sali:

Gdzie oni trafili?

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Pytanie właśnie – gdzie trafili? To jest dla mnie osobiście bardzo trudny temat, bo faktycznie Krajowa Sieć Onkologiczna z założenia ma wyeliminować te podmioty, które niestety nie mają doświadczenia albo niestety źle realizują swoje zadania. Do tego potrzebujemy danych, dlatego tak dużo obiecujemy sobie po karcie e-DiLO, bo to jest wreszcie narzędzie, w którym w jednym miejscu będziemy mieć informacje o tym, jakie badania pacjent miał zlecone – dzisiaj tego nie wiemy – i czy zostały wykonane – dzisiaj tego nie wiemy – jaki miał plan leczenia, czy on został zrealizowany zgodnie z planem, czy został źle zrealizowany. Mało tego, proszę państwa. Po to, żeby poprawić jakość przede wszystkim leczenia w najmniejszych podmiotach, Krajowa Sieć Onkologiczna i nowa karta e-DiLO wprowadza obowiązek nadzoru nad poprawną realizacją i poprawnym zaplanowaniem leczenia u pacjenta właśnie w najmniejszym ośrodku. Skończy się, proszę państwa, mam nadzieję, wreszcie sytuacja, w której pacjenci w małych ośrodkach są leczeni

suboptymalnie tylko dlatego, że taka jest wiedza – bądź brak wiedzy – lekarza. Nie chcę tutaj o innych kwestiach nawet myśleć.

Dla nas, jako dla resortu, podnoszenie jakości w KSO to jest priorytet. Pacjent jest najważniejszy w tym procesie, dlatego proszę zobaczyć znowu – wprowadzenie tego mechanizmu, gdzie będziemy wiedzieć, które ośrodki pierwszego poziomu realizują nieprawidłowy plan leczenia – tego pacjenta po prostu według ośrodka wielospecjalistycznego trzeba było leczyć zupełnie inną sekwencją, a co za tym idzie, bardziej skuteczną... Wreszcie będziemy mieć feedback i będziemy mogli reagować i być może właśnie relegować na tej podstawie kolejne ośrodki z sieci. Dość bylejałości, proszę państwa, w onkologii. Krajowa Sieć Onkologiczna i karta e-DiLO da nam naprawdę narzędzia, ale co najważniejsze, pełną wiedzę na ten temat.

Pan poseł – przepraszam, jeszcze ostatnie zdanie – pytał o immunoterapię okołooperacyjną. Zgodnie z informacją z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, pembrolizumab jest refundowany, ale nie we wskazaniu, o które pytał pan poseł. Immunoterapia okołooperacyjna jest w toku. Wniosek podmiotu odpowiedzialnego został złożony i jest w trakcie... Tak naprawdę...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Jest negatywna opinia.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Jest negatywna opinia. Proszę pamiętać, opinię wydaje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – ocenia się oczywiście doniesienia naukowe, ale też wydatki versus korzyści. Ale to nie zmienia faktu, że zgodnie z przepisami negatywna opinia nie zamyka procesu. Taka negatywna opinia wpływa do Ministerstwa Zdrowia i być może, jeżeli główną przesłanką jest zbyt wysoka cena leku w stosunku do korzyści, jest pole do negocjacji cenowych. I na dzień dzisiejszy, według wiedzy uzyskanej z DPL-u, trwają negocjacje. A więc tu nie jest absolutnie sytuacja zamknięta. Negatywna opinia agencji nie jest wiążąca dla ministra zdrowia. Minister zdrowia, mimo negatywnej opinii, może objąć lek refundacją, więc z perspektywy tak naprawdę pacjentów nadal trzeba mieć nadzieję, że te negocjacje zakończą się sukcesem i w kolejnych wersjach obwieszczenia ta terapia być może wejdzie do obwieszczenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze...

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Tak, jeszcze mało inwazyjna... Przepraszam. Mea culpa, nie zapisałem.

Jeżeli chodzi o chirurgię robotyczną, mamy znowu do czynienia, proszę państwa, z terapiami, które wymagają oceny ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Takiej oceny dla chirurgii głowy i szyi jeszcze nie ma. Tak naprawdę bez tej oceny Ministerstwo Zdrowia, zgodnie z przepisami, nie może wprowadzić tak naprawdę świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. Musimy poczekać na ocenę. Ocena w tych wybranych nowotworach... Bo przypomnijmy, prostata...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Wpłynął wniosek do AOTMiT-u?

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Nie. Czyli tak naprawdę... Obiecuję rozeznaczyć temat jeszcze, bo być może w ogóle nie było wniosku w ministerstwie. Tego nie wiem. Jestem za krótko. Ale spróbuję jeszcze to zweryfikować, czy w ogóle jakiekolwiek towarzystwo naukowe zwróciło się o objęcie takiego świadczenia refundacją w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Wydaje mi się, że taki wniosek był parę miesięcy temu chyba już złożony.

Krótkie pytanie i krótką odpowiedź. Czy w takim razie od 1 stycznia 2027 e-DiLO będzie wprowadzone?

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Tak, absolutnie tak. To jest termin, który jest niezagrożony.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, kto z państwa chciałby zabrać głos?

Dyrektor departamentu GIS Joanna Skowron:

Czy mogę odpowiedzieć jednym zdaniem?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Jednym zdaniem – bardzo proszę.

Dyrektor departamentu GIS Joanna Skowron:

Tylko chciałam doprecyzować – bo państwo nie znają kampanii, o której mówiłam, ponieważ ona rusza w poniedziałek. I wtedy państwo ją zobaczycie, będzie dostępna w mediach społecznościowych. realizowana przez stację sanitarno-epidemiologiczną w całym kraju.

I tutaj jeszcze też odpowiedź à propos działań systemowych. To jest kampania, która będzie trwała tydzień, która ma wzmocnić przekaz i też go przekierować na przykład z tego przekazu, że to są nowotwory, które dotyczą tylko dziewcząt czy kobiet... Natomiast my mamy programy systemowo przygotowane. Po pierwsze, idzie ten program HPV w szkołach od 2024 roku. To jest jedno działanie systemowe, gdzie inspekcja sanitarna bierze czynny udział. A dwa kolejne, czyli „Młodzi Świadomi” – choroby przenoszone drogą płciową w szkołach ponadpodstawowych i „Tylko Pomyśl” – też do szkół ponadpodstawowych – mają patronat Ministerstwa Edukacji Narodowej i też my to przekazujemy do szkół bezpłatnie, bezpłatnie szkolimy nauczycieli, żeby to włączyć w ramach edukacji zdrowotnej, która jest od tego roku obowiązkowa. Ale my tutaj działamy systemowo – to mogę potwierdzić.

Posel Bożena Borowiec (Lewica) – spoza składu podkomisji:

Ja tak dopytywałam, że jak już jest ten program, to dla mnie systemowo, że do każdej jednostki oświatowej trafię... A jeżeli...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

A mnie się wydawało, że ja prowadzę tę podkomisję – okazuje się, że jednak nie do końca.

Proszę bardzo, pani posłanko – jednym zdaniem. Wiem, że to jest trudne w wykonaniu pań, ale jednym zdaniem, bardzo proszę.

Posel Bożena Borowiec (Lewica) – spoza składu podkomisji:

Tak, żeby trafiło do każdej jednostki oświatowej... Bo nie każda stacja sanepidu da do każdej jednostki...

Dyrektor departamentu GIS Joanna Skowron:

Zapraszamy wszystkich.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo za te wystąpienia po jednym zdaniu.

Bardzo proszę, kto z państwa chciałby dalej zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę się przedstawić do mikrofonu.

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Patologów dr Piotr Wiśniewski:

Panie przewodniczący, Piotr Wiśniewski, Wojskowy Instytut Medyczny, reprezentuję tutaj Polskie Towarzystwo Patomorfologów – już wezwane, że tak powiem, do dyskusji.

Proszę państwa, nas jest około 450 czynnych zawodowo patomorfologów. Proszę wziąć pod uwagę 150 tys. nowych zachorowań na nowotwory rocznie, około miliona pacjentów z chorobą nowotworową, gdzie wykonywane są biopsje, gdzie są wznowy, gdzie są przerzuty. Do tego zmiany nienowotworowe – zmiany zapalne jelit, zmiany zapalne skóry, dermatozy. To wszystko oceniamy my. Tutaj nie jest kwestia zakładów, bo tych jest 163. Problem jest patomorfologów. Mówię – 450 czynnych zawodowo. To wszystko musi przejść przez nasze oczy. Bez naszego rozpoznania tak naprawdę nie ma słów „nowotwór złośliwy”. Mimo badań radiologicznych, mimo przekonania klinicysty, to dopiero my startujemy jako rozpoznawanie – nowotwór złośliwy. Do tego setki tysięcy nowotworów łagodnych, które też my oceniamy.

Czy jest szansa na poprawę, że będzie nas więcej? Powiem tak, w ostatniej sesji wiosennej zdało sześciu nowych specjalistów, patomorfologów. Ale od stycznia tego roku zmarło siedmiu patomorfologów, z czego czterech czynnych zawodowo. Nie ma w najbliższym czasie. Próbujemy maksymalnie zoptymalizować wykorzystanie tych patomorfologów, tych specjalistów, którzy są.

Jest to szalenie trudne. Każdy z nas pracuje w kilku miejscach. Jest to po prostu konieczność. Mówię tylko o zakładach patomorfologii...

To jest oddzielny temat. Natomiast poza pracą jako patomorfolog, pracujemy też na uniwersytetach. Jest kilka nowych kierunków medycznych, gdzie wykładowcami kierującymi badaniami, kierującymi studentów, prowadzącymi wykłady, seminaria, ćwiczenia są patomorfologowie. Nikt nas nie zastąpi, nikt nie poprowadzi zajęć z patomorfologii, żaden chirurg, żaden stomatolog. Musimy to być my. A więc to obciążenie jest naprawdę już maksymalne. Stąd przedłużenie czasu diagnostyki – co jest wręcz nieuniknione.

Jeśli już jestem przy głosie, chciałbym poruszyć jeszcze dwa tematy.

Pierwszy temat. Oczywiście nowotwory głowy i szyi – myślimy o tych najbardziej agresywnych nowotworach, rak płaskonabłonkowy, HPV-zależny, HPV-niezależny. Ale to są również inne nowotwory regionu głowy i szyi, nowotwory ślinianek, ale też na przykład nowotwory skóry. One zupełnie inaczej przebiegają. Nie ma ich w karcie DiLO i one przebiegają zupełnie inaczej niż nowotwory tułowia, kończyn. To są nowotwory, które bardzo szybko postępują, które powodują poważne zniekształcenia, oszpecenia i zaburzenia ważnych funkcji życiowych, wręcz stanowią czasami zagrożenie dla życia. One nie są w żaden sposób w karcie DiLO, mimo że one mają swoją klasyfikację WHO-wską i są traktowane jako nowotwory co najmniej miejscowo złośliwe, a często również uogólnione.

Kolejna sprawa – też karta DiLO zabezpiecza tę wstępną diagnostykę i leczenie raków głowy i szyi, ale to jest tylko ten pierwszy etap. Typowe dla nowotworów głowy i szyi jest to, że one dają wznowy, dają przerzuty. Ten pacjent po zakończeniu karty DiLO tak naprawdę zostaje sam sobie – wypada z systemu. I tutaj praktycznie my jako patomorfologowie oczywiście diagnozujemy, ale widzę, ile mija czasu. Ja muszę się zapoznać z historią choroby pacjenta, ja muszę się jako patomorfolog zapoznać z danymi klinicznymi. Widać po prostu, ile czasu minie, jeśli u pacjenta już był zakończony proces leczenia i pojawia się wznowa, ile czasu się czeka na dalsze postępowanie.

Dziękuję bardzo za głos.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pytanie takie, dlaczego nie ma nowotworów skóry w obrębie głowy i szyi? Dlaczego nie ma w karcie DiLO? Może pan dyrektor w paru zdaniach by powiedział o powodzie tego przypadku?

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Proszę państwa, tak naprawdę rozporządzenie o wzorze karty DiLO wprost enumeratywnie wymieniło rozpoznania, w których taka karta jest zakładana. Niestety – dla mnie też niestety – rozpoznanie nowotworu skóry, czyli C44... Bo czerniak już jest w karcie DiLO, natomiast C44 jako nowotwór skóry – nie. W uzasadnieniu podawano, że są to nowotwory bardzo częste, że w większości przypadków one wymagają wyłącznie interwencji chirurgicznej i w zasadzie żadnego innego nadzoru. Natomiast doskonale wiemy – to pewnie potwierdzą klinicyści – jest część nowotworów skóry, które wymagają tak naprawdę dalszej terapii. Mało tego, nawet mamy dedykowany przecież program lekowy dla tych chorych. To jest temat, który poddajemy analizie i jakby rozważamy, czy na 1 stycznia nie objąć także tego rozpoznania kartą DiLO. Ale to tak jak mówię, wszystko ma blaski i cienie. Cieniem będzie to, że ten pacjent z nowotworem skóry do jednorazowego wycięcia... Jednak tych pacjentów będzie dużo, czyli automatycznie kolejka do laryngologii się zmultiplikuje. Tak że boimy się troszeczkę tego, ale tak jak powiedziałem, analizy trwają. Nie mówię jeszcze jednoznacznie, że tutaj zmiany nie będzie.

Jeżeli można, a propos wznowy – bo to jest też bardzo ważny temat – tu chyba brakuje też troszeczkę świadomości. Pacjent w momencie wystąpienia wznowy ma dostać nową kartę DiLO – zarówno od lekarza POZ-u, jak i od specjalisty, u którego się leczy. Pacjent, który jest w monitorowaniu i ma zamkniętą kartę DiLO, kiedy występuje wznowa, czy to wznowa miejscowa, czy choroba przerzutowa, dostaje nową kartę DiLO i wchodzi tak, jak byłby, że tak powiem, na początku drogi. Czyli znowu ma krótkie terminy na diagnostykę, ustala mu się kolejny plan leczenia i ten plan leczenia musi być wdrożony też szybko. A więc to nie do końca z tymi wznowami tak jest, że pacjent jest pozostawiany sam sobie. Być może brakuje tutaj większej świadomości po stronie lekarzy prowadzących. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze króciutko pan doktor Wiśniewski chciał.

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Patologów dr Piotr Wiśniewski:

Oczywiście nie chodzi o wszystkie nowotwory skóry – bo to jest oczywiste. Chodzi o nowotwory zlokalizowane w rejonie głowy i szyi. Bo to jest współpraca okulistów, współpraca chirurgów plastyków, chirurgów głowy i szyi. Zależy od zaawansowania lokalizacji. To jest ten C44., ale 01, 02, 03 – czyli to są inne części twarzy, skóra owłosiona i okolica powieki, gdzie okolica powieki może powodować poważne uszkodzenie narządu wzroku. Natomiast inne nowotwory skóry, inne niż czerniak, oczywiście tak – one nawet nie są wliczane do statystyki nowotworów złośliwych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Starszy asystent w Katedrze i Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Anna Rzepakowska:

Dziękuję. Anna Rzepakowska, Klinika Otolaryngologii i Chirurgii Głowy i Szyi, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Nawiązując tutaj do tematu właśnie raków skóry – dla nas, uważam, jest to bardzo duży problem, ponieważ my jako chirurdzy widzimy pokłosie tego, co jest robione na mieście ze zmianami skórnymi. My mamy pacjentów, którzy mają już przerzuty do węzłów chłonnych, ponieważ ci pacjenci nie są objęci żadnym monitorowaniem. W związku z tym, że usuwają zmiany skórne w jakichś gabinetach, nie są objęci follow-upem. Przychodzą ze zmianą na przykład guzem na śliniance przyusznej, który okazuje się węzłem przerzutowym, bo nikt tego pacjenta nie wysłał na badanie USG kontrolne po sześciu miesiącach albo nawet nie wykonał badania USG przed resekcją zmiany – a zmiana na przykład już przekraczała, czy margines też chirurgiczny wskazywał, że powinna być plastyka wykonana. Więc nie mamy nad tym kontroli w ogóle, a z danych epidemiologicznych wiemy, że nowotwory skóry są niestety wzrastającym problemem i będziemy pokłosie tego na pewno zbierali.

Sprawa szczepień HPV, które uważamy też, że są już jasno... W krajach i Unii Europejskiej – a Australia potwierdziła – nie mają problemów brodawczakowości, krtani, raków w obrębie głowy i szyi, raka szyjki macicy. Proszę państwa, oni też zaczęli szczepić młodych i młodych dorosłych. Myślę, że docieranie do rodzica dziecka 10–12-letniego na tym etapie oczywiście będzie trudniejsze i nie będziemy mieć większego. Natomiast nastolatkomie są bardzo świadomi – już nie mówiąc o ludziach, którzy wkraczają... Oni są bardzo w tej chwili nastawieni na własne zdrowie i są świadomi. Media społecznościowe są w tej chwili dla nich... Jeden link, który rozsyła... I uważam, że szczepienia powinny być dedykowane tej grupie, nawet kosztem tego, że wyszczepimy część osób, które już są zakażone jednym z typów – ale wiemy, że tu mamy skuteczność większą, bo chodzi o to... A więc to jest w ogóle nie ta grupa, którą powinniśmy docelowo obejmować. W Wielkiej Brytanii, w Skandynawii i w Australii doszczepiono populację nawet do 24 roku życia.

Wracając jeszcze do rehabilitacji, pani poseł, bardzo dziękuję, że pani poseł zajmuje się pacjentami po laryngektomii, bo faktycznie są to pacjenci specjalnej troski – bo jest to bardzo okaleczająca operacja. Natomiast musimy pamiętać, że nasi pacjenci po resekcji języka, po resekcji w obrębie jamy ustnej, to są pacjenci, którzy tak naprawdę od nowa uczą się połykania, mowy i oni potrzebują... Tak naprawdę my jako chirurdzy nie mamy przestrzeni czasowej, żeby zapewnić im to. Kształcimy logopedów klinicznych, którzy de facto nie są wymagani do zatrudnienia w oddziałach, które przeprowadzają takie jednostki... W związku z tym, jeżeli mamy logopeda na pokładzie w klinice, to jest to tylko kwestia tego, że dyrekcja się zgodziła kosztem pewnie jakiegoś etatu lekarskiego czy innego pomocniczego personelu. W związku z tym myślę, że tak jak na neurologii mają zapewniony etat logopedyczny dla pacjentów po udarach, którzy mają zaburzenia połykania, tak i my, jeżeli operujemy pacjentów w zakresie głowy i szyi, powinniśmy mieć zapewnionego logopeda, który od razu po pierwsze porozmawia z pacjentem o możliwościach rehabilitacji – bo to jest ogromny stres dla pacjentów już przed operacją. I tutaj logopeda u nas świetnie tych pacjentów wprowadza, łącznie z rodziną, mówi, co będzie potrzebne. A poza tym po operacji ci pacjenci są od razu objęci. Pacjent po laryngektomii leży w oddziale prawie 10 dni, bo on tego wymaga, żeby zagoiła się rana – i tu jest przestrzeń. Nasz logopeda od razu wchodzi z rehabilitacją i tak naprawdę świetnie wie i ma jeszcze feedback od nas, czy już można, co można robić. Myślę, że tutaj po prostu wkroczenie sanatoryjne jak najbardziej, bo ci chorzy potrzebują jeszcze opieki takiej behawioralnej – to jest dla nich psychologicznie niesamowicie

dobrze, ale myślę, że logopeda na oddziale, który zajmuje się chirurgią narządu połykania i głosu, jest niezbędny. I to jest problem, który mamy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja się cieszę, że pan dyrektor zapisuje sobie te wszystkie informacje.

Ja tylko jeszcze powiem, jeżeli chodzi o leczenie sanatoryjne. Do tej pory, jeżeli chodzi o leczenie sanatoryjne, choroba nowotworowa była przeciwwskazaniem generalnie – ale od tego odchodzimy w tej chwili. Już będzie to otwarte. Myślę, że jeżeli powstanie taki ośrodek właśnie dla pacjentów po operacji raka krtani, to nie będzie to przecież w każdym uzdrowisku... Wystarczy jeden, dwa ośrodki w Polsce, które będą się tym specjalizowały i mam nadzieję, że takie lokalizacje się znajdą.

Pan dyrektor, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. To jest bardzo ważny głos. Gdzieś mi to uciekło w tym nawale pytań. Natomiast faktycznie proszę pamiętać, że nie ma przeciwwskazań do tego, żeby ci pacjenci jechali do sanatorium. Dla mnie tak naprawdę dzisiaj pytanie jest takie – czy będzie w ogóle jakikolwiek ośrodek, który zgłosi swoją gotowość do realizacji takich świadczeń? Jeżeli będą takie ośrodki, ja myślę, że to jest żaden problem, żeby generalnie one się zgłosiły na piśmie do oddziałów wojewódzkich NFZ-u, które generalnie na tym terenie działają... Oddziały będą tak naprawdę analizować dostępność i są w stanie ewentualnie takie postępowania konkursowe rozpocząć. Natomiast jeżeli chodzi o poszerzenie grupy docelowej w szczepieniach HPV, to muszą państwa zapewnić, że trwają intensywne prace analityczne – możliwości finansowych przede wszystkim, jeżeli chodzi o budżet oczywiście na zdrowie. Ale absolutnie badamy i wręcz powiedziałbym, że idziemy w stronę rozszerzenia, a nie odwrotnie. Aczkolwiek mówię, te prace analityczne jeszcze trwają. Widać to, co pani powiedziała – za granicą to zostało już zrobione, więc wydaje się, że w tę stronę też jako Ministerstwo Zdrowia będziemy iść.

W zakresie logopedii na oddziale chirurgii głowy i szyi szeroko pojętej, to ja nie widzę tak naprawdę przeszkód. Oczywiście wymaga to zmiany koszyka świadczeń gwarantowanych. Natomiast proszę pamiętać, że to trzeba zrobić mądrze – w tym sensie, że nie możemy dopisać teraz logopedii do oddziału laryngologii, bo wtedy każda laryngologia musiałaby zapewnić takiego specjalistę. Tu trzeba wyodrębnić tak naprawdę w koszyku świadczeń gwarantowanych świadczenie i nadać mu dodatkowe wymagania – taka jest konstrukcja koszyka. To się absolutnie da zrobić. Tu liczę w takim razie na wsad merytoryczny i na wniosek ze strony towarzystw naukowych bądź konsultanta krajowego. Jeżeli będzie taki wniosek, to myślę, że ponownie będziemy na ten temat rozmawiać. Tak jak mówię, to jest absolutnie uzasadnione. Ja miałem przyjemność pracować 18 lat w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Tu siedzi pan kierownik Kliniki Laryngologii. To jest właśnie taki ośrodek, gdzie dokładnie tak, jak pani opisała, ci pacjenci są prowadzeni. Od samego początku do samego końca jest logopeda, jest poradnia logopedyczna, którą udało się zapewnić i zakontraktować z NFZ-em. To się da zrobić, nawet w ramach dzisiejszych możliwości. Na pewno trzeba dużo chęci i wiedzy na temat procesów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pan doktor.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Nazywam się Sławomir Okła rzeczywiście pracuję w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Jestem tutaj z ramienia Polskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi.

Proszę państwa, rozmawiamy o nowotworach głowy i szyi. Oczywiście tutaj każdy ma swoje jakieś tam szczególne potrzeby czy wiedzę na temat różnych problemów, z którymi się borykamy. Natomiast my jako lekarze, którzy, przepraszam, walczymy o życie pacjentów każdego dnia... Bo tak jak pan poseł powiedział – już go nie ma – 60% pacjentów zgłasza się w Polsce z trzecim albo czwartym stopniem zaawansowania. Na WZT czasami połowa pacjentów nie nadaje się do leczenia przyczynowego. I tutaj mówiąc o cost-effectiveness, panie dyrektorze, bo my się też znamy... To naprawdę świetny człowiek, także szacunek. Mam nadzieję, że ministerstwo będzie chciało korzystać z wiedzy, którą pan dyrektor ma o problemach życia codziennego tych pacjentów, właśnie tych pacjentów. Tutaj muszę powiedzieć, że niestety, jeśli chodzi o cost effectiveness, na początku odnosząc się do dyskusji, która tutaj już była na temat immunoterapii – to jest

immunoterapia, czyli te 100 mln zł poszło na immunoterapię paliatywną, to znaczy podtrzymującą życie. Z całym szacunkiem, oczywiście należy walczyć o to życie, jak najbardziej. Natomiast mówienie teraz tutaj, że immunoterapia okołooperacyjna nie spełnia warunku cost-effectiveness, no to we mnie się gotuje. Bo od półtora roku NCCN, czyli te zalecenia amerykańskie, które też ministerstwo, rozumiem, przygotowuje...

Zalecenia terapii nowotworów głowy i szyi w oparciu o zalecenia NCCN. Tam, przepraszam bardzo, każdy nowotwór głowy i szyi w trzecim albo czwartym stopniu zaawansowania ma obowiązek dostać immunoterapię okołooperacyjną. Oczywiście koszt jest olbrzymi, bo koszt to jest około 250 tys. zł, z tego, co wiem, na dzień dzisiejszy. Bo my dostaliśmy od firmy... Oczywiście każdy dobry dealer daje pierwsze działki za darmo. Dostaliśmy pięciu pacjentów w gratisie, czyli mamy pięciu pacjentów, dla których dostaliśmy 14 dawek pembrolizumabu. No ale badania opublikowane w zeszłym roku w Wielkiej Brytanii nie pozostawiają złudzeń. Mamy – przepraszam, proszę państwa – 30% całkowitych przeżyć wolnych od nowotworu w grupie pacjentów z trzecim i czwartym stopniem zaawansowania wszystkich nowotworów głowy i szyi. 30%. I ci pacjenci mają szansę wrócić do pracy, czyli płacić składki, płacić podatki, być aktywnymi ludźmi. I mówimy, że to nie jest cost-effective, że to nie ma sensu? Przepraszam, panie dyrektorze, ja wiem, że pan jest tutaj w innej roli...

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Tego nie powiedzieliśmy.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

No OK, ale przepraszam – AOTMiT powiedział, że to nie ma sensu.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

To nazywajmy rzeczy po imieniu.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

No przepraszam, to jest polityka w czystej postaci. Co mnie obchodzi, czy to jest AOTMiT, czy to jest NFZ, czy to jest Ministerstwo Zdrowia?

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Ministerstwo analizuje program...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Ktoś wbrew nauce podejmuje decyzję, że to nie ma sensu. I teraz podważamy wszystkie autorytety naukowe i mówimy, że ludzie nie chcą się szczepić... I teraz pani dyrektor będzie program... Akurat nie wiem, bo to tak się zbiegło w czasie... Ja od 15 lat mniej więcej... W przyszłym tygodniu jest, jak co roku, Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi. Nie wiem, czy jest szczęśliwie, że startujecie z jakimś swoim programem akurat w tym tygodniu – bo trochę będziemy mieli rezonans... Ale OK, fajnie, każdy głos się liczy, jak najbardziej... Jasne, szczepienia HPV – super. Tylko, że zachorowań na nowotwory głowy i szyi HPV-zależne to jest około 1,5 tys. rocznie, a na pozostałe – 4,5 tys. Plus to, co mówimy – i tu niestety też będę wbijał troszeczkę szpileczkę – nowotwory głowy i szyi corocznie to jest jakieś 6 tys. osób, nie licząc raków tarczycy, które w zasadzie też są na szyi, ale one są wyłączone z tej epidemiologii. Nowotworów skóry, o których rozmawialiśmy, jest rocznie 19 tys., z czego 80% dotyczy rejonu głowy i szyi. To teraz powiem, jakie są tego konsekwencje. Bo to nie jest tak... Oczywiście, część to są raki podstawonokomórkowe, które teoretycznie nie dają przerzutów. Ale mamy raki płaskonabłonkowe, które, jak tu pani profesor powiedziała, dają przerzuty do ślinianek. Mamy kolejny problem. Nie mamy wykwalifikowanych ośrodków, które są w stanie pokryć cały kraj profesjonalną opieką na dzień dzisiejszy – czyli żeby nadążały z wiedzą i umiejętnościami.

Immunoterapia – absolutnie druzgocące, że my czekamy cały czas i teraz ja się dowiaduję... Dzisiaj jestem przerażony, że mamy negatywną opinię AOTMiT-u. No to gdzie my żyjemy? Co oni czytali, przepraszam? Co oni czytali? W biednej Polsce wydajemy 100 mln, a pembrolizumab jest dobry dla pacjentów paliatywnych, a nie jest dobry dla ratowania życia, dla całkowitego wyleczenia? Bo mówimy o całkowitym wyleczeniu. Człowiek miał raka języka i nie ma raka języka.

Przypominam, że w Polsce całkowita wyleczalność na raka języka to jest 28%. Jesteśmy chyba drugim czy trzecim od końca krajem z przeżywalnością na nowotwory głowy i szyi.

OK, chirurgia robotyczna... Dowody naukowe na to, że chirurgia robotyczna w nowotworach głowy i szyi to jest przełom, mamy od 20 lat na całym świecie. AOTMiT-u się musimy pytać? I on też powie, że to nie ma sensu. To dlaczego rak prostaty jest lepszym targetem dla robota da Vinci niż rak nasady języka? Przepraszam, urolodzy mają laparoskopię, chirurdzy mają laparoskopię, ginekolodzy mają laparoskopię. To jest tak samo małoinwazyjny dostęp. A w chirurgii głowy i szyi jaki jest dostęp do nasady języka? Rozszczepienie żuchwy. Przecięcie pośrodku – czyli moi koledzy chirurdzy mówią: robimy „predatora”. Usuwamy dwa zęby, dwie jedynki na dzień dobry. Przychodzi kobieta, bardzo ładnie, ma guza na nasadzie języka, właśnie HPV-zależnego – do operacji. Bez robota da Vinci przecinamy jej tu żuchwę. Całe prujemy dno jamy ustnej albo połowę języka. Czy operacje raka gardła dolnego, czy nadgłośniowego piętra krtani... Mówimy o tracheotomii, o dostępie zewnętrznym – katastrofa. A chirurgia robotyczna – 45 minut zabieg, dwa dni i pacjent jest w domu, a po dwóch tygodniach wraca do pracy. I my szukamy teraz opinii, czy to ma sens? To jest jedno.

Mówił pan dyrektor o programie profilaktyki, że mamy badania skринingowe. No tak, tylko że później pan mówi o tym, że to są badania skринingowe w raku jelita grubego, płuc, prostaty. W nowotworach głowy i szyi był program profilaktyczny, ogólnopolski program profilaktyczny przez trzy lata. Bo tam potrzeba zrobić dwie rzeczy. Fiberoskopię, badanie fiberoskopowe górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych i ewentualnie wymaz HPV. No tego nie ma. Lekarz w POZ-ie nie ma szans zbadać pacjenta laryngologicznego. Jeśli chodzi o przednie dwie trzecie języka, jamę ustną OK – ale jeśli chodzi o gardło środkowe, już nie mówię o dolnym, czy krtani, nie ma szans zbadać pacjenta. Jak pacjent mówi, że mu zawadza w gardle, to przeważnie zostanie bloker, że tak powiem, wydzielania kwasu solnego – że ma refluks. Profilaktyka, profilaktyka, ale celowana profilaktyka w grupach ryzyka.

Bo oczywiście my w przyszłym tygodniu też będziemy, jak od 15 lat robimy badania profilaktyczne... Tylko, że trafiają do nas pacjenci... To jest tak, jak ksiądz z ambony mówi: wy grzesznicy. Ja? Ja tu jestem. Jaki grzesznik? Nie trafiamy do pacjentów z grup ryzyka. Do palących papierosy dalej – raki krtani to są w 90% ciężcy palacze. Nie HPV-zależni, tylko palenie papierosów. Też pan poseł, którego nie ma, pytał się o wszystkie elektroniki – my tego nie wiemy. Za chwilę oczywiście coś wybuchnie, ale to się dowiemy za 10 lat, może 15. Bo nie ma oczywiście badań epidemiologicznych, absolutnie nie ma. To tak samo jak z nowymi lekami, które na początku wchodzi, a mój dyrektor, pan profesor Góźdz mówi: śpieszcie się stosować nowe leki, póki działają. Bo wchodzi oczywiście nowe terapie – świetnie, mamy pierwsze badania, super, eleganckie, później nagle się okazuje, że po pięciu latach robią więcej złego niż dobrego. A więc tego nie wiemy... Oczywiście, profilaktyka i edukacja, tak, jasne. Profilaktyka, czyli szczepienia dla dorosłych, młodych dorosłych... Bo to dawniej było... To jest sprzed 10 lat, gdzie wirus HPV mógł być zatrzymany przed inicjacją, przed pierwszym kontaktem. Tak już nie jest. Dowody naukowe mówią jasno, że tak nie jest. Oczywiście szczepienia nawet u osób, które już są zarażone wirusem HPV, są skuteczne. Nie aż tak jak u ludzi, którzy tego kontaktu nie mieli, ale są skuteczne. No więc terapie to jest prosty punkt dla ministerstwa. Pani poseł mówiła o opiece nad pacjentami laryngektomowanymi. Super, oczywiście, ale jest pierwsza zasada. Przepraszam, ja jestem z ośrodka, w którym jako pierwsi w Polsce, 25 lat temu, zaczęliśmy wszczepianie rutynowe każdemu pacjentowi protezy głosowej – w czasach, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia nie miał pojęcia, co to jest proteza głosowa. I obliczam, że mniej więcej mój dyrektor, czyli pan profesor Góźdz, na te protezy głosowe wydał z własnej kieszeni 2 mln zł. Dlaczego? Bo w dalszym ciągu, pani poseł, Narodowy Fundusz Zdrowia nie refunduje ceny protezy przy zabiegu laryngektomii. Czyli jeżeli pacjent ma usuwaną krtani i wszczepioną protezę głosową – bo my wszczepiamy każdemu – to my nie mamy płacone więcej niż za całkowite usunięcie krtani bez wszczepienia protezy. To jest ponad 2 tys. zł. To jest prosta sprawa. Dajemy pacjentowi urządzenie za 2 tys. zł w ciągu tej samej operacji. Nie jest to refundowane. Oczywiście zwiększona ilość wymienników ciepła, wielkości, plastrów, rurek tracheoskopii... Tak, ale jak będziemy... Kto będzie w Polsce... Pomimo tego lekarze w Polsce robią to i dyrektorzy się na to godzą. Bo według moich danych około 70% pacjentów... Pani poseł powiedziała, że zachorowalność jest 800... Nie, zachorowalność to jest dwa razy wyższa, ale 800 mniej więcej całkowitych laryngektomii w Polsce jest wykonywanych rocznie. Jakies 70% z tych pacjentów i tak dostaje protezę głosową, za którą nikt nie płaci. I później

dyrektorzy co najwyżej mogą się zastanawiać: jak ja pokryję ten dług? No bo to jest 2 tys. zł. Jak my robimy 40 laryngektomii – prosty rachunek.

Nie ma profesjonalnych, naprawdę wyspecjalizowanych ośrodków chirurgii czy nowotworów głowy i szyi. Znaczący są, ale to można policzyć naprawdę na palcach te ośrodki. Nie ma ich. Nie ma specjalności. Ja jestem laryngologiem z wykształcenia. Chirurgia głowy i szyi w laryngologii teraz, aktualnie, w aktualnym programie specjalizacji w zasadzie nie istnieje. Nawet specjalzanci, rezydenci nie muszą umieć wykonać tracheotomii. Została wykreślona. Nie ma tracheotomii. Ja nie mówię o parotidektomii. Ilu jest w Polsce wyszkolonych chirurgów głowy i szyi, którzy są w stanie wykonać 70% operacji z zakresu chirurgii głowy i szyi? Na palcach można policzyć. Jest umiejętność, nie ma programu specjalizacyjnego, który ministerstwo mogłoby zapewnić – specjalizację w tej dziedzinie. Bo tylko to... Ja już nie mówię o kolejnych rzeczach, jak wycena świadczeń.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Ja bym bardzo prosił, żebyśmy się zbliżali ku końcowi.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Ja wiem, ale panie przewodniczący, przepraszam, jestem pierwszy raz, zostałem poproszony, a ponieważ jestem naprawdę człowiekiem, który na co dzień z tym walczy...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Tylko bym prosił, żeby...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Przepraszam, tym, że pomachamy i damy komuś ulotkę „Badaj się”, a on nie będzie miał gdzie się zbadać, nic nie zrobimy. To nie ma sensu, to od razu chodźmy na kawę...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Ale te wszystkie uwagi pana profesora powinny być kierowane do resortu zdrowia. My, z całym szacunkiem, bardzo ważna podkomisja do spraw onkologii...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

My kierujemy, panie przewodniczący, ja sam przez 16 lat, jak jestem kierownikiem kliniki, sześć razy pisałem. Na przykład prosiłem o zwiększenie wyceny radykalnego usunięcia węzłów chłonnych. Ani razu nie dostałem odpowiedzi. Ani razu.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Ale macie teraz swojego człowieka w resorcie. Jest pan dyrektor departamentu, myślę, że będzie wspierał.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Pisaliśmy razem, tak? Pisaliśmy razem, liczyliśmy każdy gazik.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

No i teraz uciekł i go nie ma...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Każdy gazik. A z Ministerstwa Zdrowia dostaliśmy odpowiedź o tych protezach głosowych – żeby nam dali pieniądze dodatkowo na protezę, którą wszczepiamy każdemu pacjentowi. Jaką dostałem informację? Że w procedurze C11 jednorodnych grup pacjentów ta proteza jest oczywiście ujęta. No to powinni wszyscy teraz zgłosić zawiadomienie do prokuratury, bo nikt w kraju wtedy nie wszczepiał tych protez. Nikt. A dostałem odpowiedź z ministerstwa, że tak, to już jest ujęte w wycenie tej procedury.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pójdziemy razem do pani minister, będziemy rozmawiali. Dzisiaj więcej nie uzyskamy.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Bardzo na to liczę. Bardzo na to liczę. Naprawdę...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

...w imieniu naszych pacjentów.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Kolejny głos – bo musimy powolutku zbliżać się do końca.

Rzecznik praw lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej Grzegorz Wrona:

Grzegorz Wrona, Naczelna Izba Lekarska. Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący. pięć zdań.

Po pierwsze, bardzo dziękuję Komisji za to, że w zeszłym tygodniu zorganizowała posiedzenie poświęcone profilaktyce zdrowotnej. Mówimy o trzech programach, dostaliśmy komplet informacji, jak to dzisiaj wygląda. Nikt z nas nie był zadowolony z tego raportu. Nikt z nas nie był z niego zadowolony.

Po drugie, bardzo dziękuję Komisji za dzisiejsze posiedzenie. A chyba najbardziej to chciałem podziękować panu doktorowi. Szanowni państwo, profilaktyka nie jest newsem. I to jest problem. O newsach się mówi, dyskutuje, bardzo fajnie jest kogoś krytykować, bardzo fajnie jest wypominać, że ktoś czegoś nie zrobił. Ale ja myślę, że powinien każdy z nas się zastanowić, co my zrobiliśmy. Panie doktorze, dziękuję – na pańskie ręce – wszystkim lekarzom za to, co robią, również chirurgom głowy i szyi. W poniedziałek będę uczestniczył w kolejnej konferencji. Ma pan rację. Oto mamy tydzień profilaktyki raków głowy i szyi. Ale to też jest akcyjność, co wypominam mojemu szefowi, który rakami głowy i szyi zajmuje się od wielu lat i jest w tym zakresie niekwestionowanym specjalistą. Pozwolicie Państwo, że podziękuję również panu dyrektorowi Chrobotowi, ale jemu podziękuję w kuluarach po spotkaniu. Z Michałem mamy szczęście znać się od bardzo wielu lat – w związku z tym dziękować mi będzie łatwiej.

Szanowni państwo, mam wrażenie, że rozmawiając o nowotworach głowy i szyi, troszeczkę liżemy cukierka przez papiererek. Pozwolę sobie przypomnieć, że wtedy, kiedy rozpoczynaliśmy dyskusję o HIV-ie, o zakażeniach wirusem HIV, nikt się nie bał prosto w oczy mówić całemu społeczeństwu, skąd ten wirus się bierze – nie z powietrza. Nie z powietrza. I mam wrażenie, przy pełnej zgodzie co do tego, o czym powiedział pan doktor, że raków głowy i szyi pochodzących od wirusa HPV jest 1,5 tys., a pozostałych jest 4,5 tys.... Tak jest, ale to jest aż 1,5 tys. i to jest olbrzymi problem, że nie potrafimy wprost powiedzieć, że nie zarażamy się tym od szklanki wody. I o to mam prośbę do wszystkich, również do chirurgów głowy i szyi, ale przede wszystkim do naszych osób, które dbają o coś, co nazywamy kampaniami – mówmy prawdę. Zmieniły się zachowania społeczne.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Przepraszam, tylko jako wsparcie – absolutnie tak. Muszę powiedzieć, że ja akurat używam języka takiego, że mówię prosto w oczy – bo niestety miałem trochę pod górkę.

Rzecznik praw lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej Grzegorz Wrona:

Wszyscy mamy pod górkę, panie doktorze.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Bo ja jestem doktorem od seksu oralnego.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie doktorze, jeszcze ja prowadzę spotkanie...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Jestem doktorem od seksu oralnego, więc oczywiście to mówię. To jest tak, że trzeba mówić – seks oralny powoduje raka. Taka jest prawda.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Jeżeli pan doktor skończy, to wtedy jeszcze poproszę o głos...

Rzecznik praw lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej Grzegorz Wrona:

Dlatego powtarzam te podziękowania – bo być może, że tego rodzaju informacje powinny padać. Lekarze się wstydzą. Wprost powiem – lekarze się wstydzą rozmawiać wprost o tego rodzaju kwestiach, bo boją się być oskarżani, po prostu. Oskarżani i hejtowani. Mam z tym do czynienia na co dzień. Zatem spróbujemy to bardzo głośno powiedzieć – skąd się bierze rak migdałków, skąd się bierze rak nosogardzieli – i w ten sposób zachęcajmy. Tak, pani profesor ma rację. Zachęcajmy całe grupy społeczne do szczepień przeciwko HPV. Bo dzisiaj 95% społeczeństwa nie ma pojęcia, po co są te szczepienia. 95% społeczeństwa uważa, że to jest jakaś tam ochrona dziewczynek.

Macie państwo dane, które przedstawił Michał. Większość osób chorujących na raka głowy i szyi to mężczyźni. I mówimy o ryzykownych zachowaniach. Mówimy o przygodnym seksie, choćby w czasie podróży służbowej. I o tym trzeba bardzo głośno mówić. O to zabiegam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja nie chciałem na ten temat wcześniej zabierać głosu, ale pamiętacie państwo, że przez wiele lat staraliśmy się o szczepienia na HPV dla młodych dziewcząt. I jaki był odzew? Że to jest namawianie do wczesnej inicjacji seksualnej. Dzisiaj, kiedy mamy to za sobą, jest to co powiedział pan doktor – krępujemy się mówić o pochodzeniu tych nowotworów, jeżeli chodzi o narządy płciowe męskie czy żeńskie, głowy, krtani, języka, warg, przełyków, wszyskiego... Bo to nam jakoś nie wychodzi. Nie wiem dlaczego. Jeżeli tego nie pokonamy, to będzie rzeczywście problem.

Jeszcze tam dwa głosy od państwa. Bardzo proszę.

Kierownik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dr Katarzyna Kędzior:

Dzień dobry... Przepraszam...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Kolejność miała być odwrotna, ale jak już pani jest, to bardzo proszę.

Kierownik wydziału AOTMiT dr Katarzyna Kędzior:

To dziękuję w takim razie za pierwszeństwo. Katarzyna Kędzior, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Nie sposób się nie odnieść, panie doktorze...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Troszkę bliżej do mikrofonu i głośniej bardzo proszę.

Kierownik wydziału AOTMiT dr Katarzyna Kędzior:

Zanowni państwo, ja się odniosę do kwestii ogólnych i do robotyki, a kolega do pembrolizumabu.

W kwestiach ogólnych – prezes agencji wydaje swoje rekomendacje na podstawie wytycznych HTA, Health Technology Assessment. I to nie są wytyczne wyłącznie krajowe, ale wytyczne, które są ujednolicone do standardów europejskich. Teraz zresztą jest właśnie w dobie takiej harmonizacji, takich wspólnych wymagań, aktualizacja naszych wytycznych. A więc to nie są wyłącznie nasze zasady, którymi się posługujemy, tylko cała Europa takimi zasadami ocenia technologie medyczne – czyli interwencje w określonych wskazaniach. I system robotowy jest jedną z interwencji, którą oceniamy za każdym razem w innym wskazaniu. Jeżeli chodzi o nowotwory głowy i szyi, akurat takiej oceny bezpośrednio nie przeprowadzaliśmy. Natomiast w ubiegłym roku przeprowadzaliśmy ocenę systemu robotowego w chirurgii klatki piersiowej, w którym była to rekomendacja warunkowa i uwzględniono nowotwory przełyku. Właśnie w tej warunkowej, można powiedzieć, pozytywnej sentencji pana prezesa... Oprócz tego ocenialiśmy też w endometriozie głębokiej system da Vinci. I zdaje się, w tym roku też oceniamy w endoprotezoplastyce stawu kolanowego częściowej i całkowitej. Tak że oceniamy, ale zawsze w konkretnych wskazaniach. Na ten moment nowotwory głowy i szyi po prostu do nas nie dotarły. Być może do ministerstwa taki wniosek też jeszcze nie dotarł – bo tak jak pan dyrektor powiedział, musi

być jakiś podmiot inicjujący. Albo konsultant krajowy, albo towarzystwo naukowe, które taki proces zaczyna. No i potem oczywiście agencja ocenia.

I jeszcze pembrolizumab...

Główny specjalista w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Michał Kazimierz Skroński:

Michał Kazimierz Skroński, również Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Dział Rekomendacji i Standaryzacji Świadczeń Gwarantowanych, wcześniej Biuro Prezesa.

Odnosnie do tego pembrolizumabu, szanowny panie doktorze, to ocena przeprowadzana przez agencję składa się z dwóch procesów. Te procesy są odrębne. Jest to proces assessment, czyli oceny dowodów naukowych, pozycji danej technologii medycznej w wytycznych praktyki klinicznej, zarówno tych krajowych, jak i tych zagranicznych. Bierzymy tutaj również pod uwagę wiodące towarzystwa, takie jak NCCN. Ten proces assessment kończy się w momencie, kiedy kończy się przygotowanie raportu analitycznego. Następnie, celem wydania rekomendacji prezesa AOTMiT jest przeprowadzany proces appraisal. W procesie appraisal bierze się już pod uwagę szerszy kontekst, a przede wszystkim ograniczenia metodologiczne i ograniczenia wiarygodności dowodów przedstawionych w procesie assessment. W przypadku pembrolizumabu stosowanego okołooperacyjnie, nowotwory głowy i szyi nie są izolowanym wskazaniem, które było oceniane. Bo wszystkie przeciwciała, które są związane z receptorem liganda programowanej śmierci komórek, czyli PD-L1, takich jak pembrolizumab, były oceniane w wielu wskazaniach. I właśnie to przesuwanie inicjacji terapii na okres okołooperacyjny u pacjentów, którzy mają resekcyjną zmianę, jest ostatnio zauważalne. Tak też było w tym roku w przypadku nowotworów głowy i szyi.

Rzeczywiście, tak jak pan dyrektor wspomniał, jest to wniosek refundacyjny procedowany w oparciu o zapisy ustawy o refundacji. W przypadku oceny na poziomie appraisalowym, czyli już tej oceny wartościującej, rzeczywiście kierunek rekomendacji prezesa jest negatywny. Ale rekomendacja prezesa absolutnie nie jest jednoznaczna z tym, że agencja ocenia niezasadność kliniczną tej technologii. Tylko, że agencja stwierdziła, że istnieją ograniczenia związane między innymi z badaniem KEYNOTE-689, które było podstawą do rejestracji tej technologii, dotyczące przede wszystkim dojrzałości wyników klinicznych.

Punkt końcowy, o którym pan wspominał, powołując się na 30-procentowy zysk, jest złożonym punktem końcowym, który obejmuje kilka parametrów jednocześnie. To nie tylko przeżycie całkowite wolne od nowotworu...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

30% wynosi przeżycie... Tylko.

Główny specjalista w wydziale AOTMiT Michał Kazimierz Skroński:

W porządku.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Tylko wynik jest całkowite przeżycie...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie doktorze, ja prowadzę. Panie doktorze, cały czas jestem czujny...

Główny specjalista w wydziale AOTMiT Michał Kazimierz Skroński:

Tym niemniej, jakby patrząc na te wyniki, to, co zostało stwierdzone, to niedojrzałość tych wyników, czyli że jakby nadal za mała liczba pacjentów będących w obserwacji ma odnotowaną pełną obserwację. I głównie to niedojrzałość danych oraz charakter tego punktu końcowego oraz brak wyników długoterminowych przesądził, że być może jesteśmy na zbyt wczesnym etapie, żeby tę terapię rekomendować do wprowadzenia.

Poza tym, patrząc jakby w tym szerszym horyzoncie, pojawił się też aspekt ponownego włączenia pacjenta na pembrolizumab lub inną terapię, czyli niwolumab po nawrocie choroby. I takie zmiany wymagałyby podjęcia działań również przez innych wnioskodawców, czyli przez firmy farmaceutyczne oraz ujednolicenia całego kształtu programu lekowego. I jesteśmy przekonani o tym, że takie działania będą prowadzone w przyszłości. Natomiast jeżeli chodzi ogólnie o pozycję immunoterapii, to należy też zwrócić uwagę, że nie tylko program lekowy jest miejscem, gdzie ta immunoterapia jest udzielana pacjentom. Bo chociażby cetuksymab już od 2024 roku

został przeniesiony z programu lekowego do katalogu chemioterapii – więc możemy spokojnie obserwować wzrost dostępności immunoterapii wśród pacjentów z nowotworami głowy i szyi, zarówno w programie lekowym, jak i chemioterapii.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. I ostatni głos – pani prosiła. Bardzo proszę.
Będzie moment za chwilę...

Prezes Fundacji EuropaColon Polska Iga Rawicka:

Dzień dobry. Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Nazywam się Iga Rawicka i jestem prezesem Fundacji EuropaColon Polska.

Poruszę jeden temat, którego dzisiaj jeszcze nie słyszeliśmy. Natomiast mam taki apel do wszystkich państwa, aby nie zapominać w przypadku nowotworów HPV-zależnych o raku odbytu. Układ pokarmowy ma swój początek. To są również nowotwory głowy i szyi. Ma swój koniec, ale to również jest ten nowotwór HPV-zależny.

Natomiast chciałabym podjąć temat leczenia żywieniowego. I chodzi o uwzględnienie stanu odżywienia w ocenie stanu zdrowia pacjenta – co jest kluczowe jako integralny element procesu leczenia onkologicznego, a nie dodatkowe świadczenie podejmowane dopiero w momencie wystąpienia niedożywienia. I tu chciałabym bardzo serdecznie podziękować Ministerstwu Zdrowia za wzmocnienie znaczenia leczenia żywieniowego w opiece onkologicznej poprzez zmiany, które nastąpiły w Krajowej Sieci Onkologicznej. Jest to szczególnie ważne w przypadku pacjentów z nowotworami głowy i szyi, u których choroba i prowadzone leczenie mogą istotnie wpływać na możliwość przyjmowania pokarmów i stan odżywienia. W tej grupie pacjentów ocena stanu odżywienia powinna być realnym i konsekwentnie realizowanym elementem ścieżki leczenia pacjenta. Zależy nam na uzyskaniu informacji, czy ocena będzie obowiązkowa, czy możliwe będzie jej na przykład pominięcie, jak będzie dokumentowany wynik oceny oraz czy system pozwoli monitorować kolejne oceny w trakcie leczenia i dalsze postępowanie wobec pacjenta. Pacjenci potrzebują jasnej informacji, jak nowe rozwiązanie będzie działało w praktyce, zwłaszcza w kontekście wprowadzenia karty e-DiLO w przyszłym roku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ten temat chyba też poruszaliśmy już na podkomisji – że stan odżywienia teoretycznie powinien być zapisywany w karcie DiLO i doszliśmy chyba do takich wspólnych konkluzji.

Pan doktor Okła jeszcze dwa zdania i na koniec poprosimy pana dyrektora Chrobot o podsumowanie. Bardzo proszę, panie doktorze.

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący, ale już mi przeszło – bo ta dyskusja nie ma sensu...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Nie można się poddawać...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

To nie ma sensu, bo NCCN trwa przy tym od półtora roku. Tam naprawdę są trzyletnie wyniki. To są trzyletnie obserwacje pacjentów, trzy lata po zakończeniu leczenia. To jaka to jest niedojrzałość? Niech mi pan wytłumaczy, co to jest niedojrzałość? Jaka jest niedojrzałość w tym badaniu? Skoro najlepsze, tak naprawdę jedyne, zalecenia aktualizowane kilka razy do roku, z którymi nikt nie dyskutuje na świecie... Nikt na świecie. Nasz AOTMiT dyskutuje... No przepraszam bardzo... Tylko tyle.

Przepraszam, polskie zalecenia na stronie Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi na temat leczenia nowotworów głowy i szyi są z 2006 roku – a już wtedy były trochę nieaktualne.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pan dyrektor – parę zdań na koniec. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Zacznę, jak pan przewodniczący pozwoli, od najbardziej gorącego tematu. Jeszcze raz chciałabym państwa uspokoić. Nie ma co denerwować się negatywną opinią agencji, bo trwa proces.

Wniosek podmiotu odpowiedzialnego nie został odrzucony. Trwają negocjacje cenowe, co oznacza, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że ta terapia w kolejnych miesiącach zostanie objęta refundacją. Tak że spokojnie, dajmy, proszę państwa, czas do pracy komisji ekonomicznej i panu dyrektorowi Oczkowskiemu. W momencie, kiedy dostaniemy informację, że proces się zakończył, to wtedy zaczniemy rzeczywiście wylewać łyzy. Dzisiaj generalnie jesteśmy na etapie rozpatrywania. Tak że mówię – informacja bezpośrednio z DPL-u – trwa ten proces, więc trzeba mieć nadzieję.

Co do programów przesiewowych i tego tak naprawdę, co możemy zrobić – proszę mi wierzyć, Ministerstwo Zdrowia jest otwarte w tym zakresie, a już od 1 sierpnia, odkąd ja jestem, to tym bardziej. Taka autopromocja... Oczywiście pół żartem, pół serio.

Natomiast absolutnie, proszę państwa, potrzebujemy oczywiście państwa wsadu. Jeżeli są programy przesiewowe, które jesteśmy w stanie zaimplementować, to po prostu siadźmy do rozmów na ten temat. Prosimy o wsad kliniczny i będziemy na ten temat rozmawiać. Są oczywiście ograniczone środki, natomiast są inne możliwości, chociażby Narodowa Strategia Onkologiczna – więc tu i teraz zapraszam państwa serdecznie jako towarzystwo naukowe do proponowania tak naprawdę brzmienia i zasad takiego programu. Być może znajdziemy wspólne rozwiązanie dla dobra polskich pacjentów.

Co do chirurgii robotycznej – jeszcze raz podkreślę – nie mam wiedzy. Zweryfikuję, czy wniosek w ogóle w zakresie głowy i szyi do ministerstwa wpłynął. Jeżeli wpłynął, to oczywiście postaram się, aby jak najszybciej został przekazany do agencji celem oceny.

Wydaje mi się, że chyba tyle. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Chrobot:

Bardzo ciekawy debiut na podkomisji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Rzeczywiście. Cieszę się, że ten debiut był na mojej podkomisji.

Jeśli chodzi o chirurgię robotyczną, to przecież my też zdajemy sobie sprawę, że wchodzi ona naprawdę z wielkim rozpędem do wszystkich oddziałów chirurgii ogólnej, w ogóle jakiegokolwiek. I te zabiegi są, wydaje się, coraz tańsze w sensie ekonomicznym, bo przecież ten sprzęt jest kupowany do szpitali w tej chwili już zupełnie inaczej niż jeszcze parę lat temu. Tylko to też będzie oczywiście ocena agencji co do kosztów – bo czasami te różnice między chirurgią robotyczną a nawet laparoskopową niewiele się różnią, ale nie ma tego w koszyku świadczeń.

Tak że ja dziękuję serdecznie za dzisiejsze spotkanie. Było bardzo owocne i bardzo gorące.

Pan doktor Okła chciał jeszcze jedno zdanie... Ale rozumiem, trzymamy się tutaj porządku...

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach dr Sławomir Okła:

Naprawdę bardzo dziękuję za merytoryczną dyskusję ostatecznie, Bo oczywiście jesteśmy po to, żeby się trochę spierać, ale żeby wypracować coś dla dobra naszych pacjentów. I tutaj też chciałbym jeszcze raz bardzo poprosić o rozważenie... Może nie rozważenie... O włączenie nowotworów złośliwych skóry do pakietu onkologicznego. Bo to też powoduje, że... Oczywiście, jest ich dużo. Ale to powoduje, że ci pacjenci będą leczeni. Bo inaczej oni są refundowani z innego koszyka – czyli stoją w kolejce. Czyli jak nam się kończy tak zwany ryczałt, to więcej pacjentów nie możemy operować. Więc to dla nich... To oczywiście też z drugiej strony wymaga, że ci pacjenci nie są leczeni optymalnie – to, co tutaj też padło – bo oni nie są poddani konsylium.

Przecież raki skóry to nie jest absolutnie wyłącznie chirurgia. To tu pan profesor Rutkowski jest autorem dużego opracowania na temat diagnostyki i terapii nowotworów skóry. I tam jest radioterapia, brachyterapia, leczenie systemowe, immunoterapia, wszystko. Czyli te nowotwory też wymagają kompleksowego planu leczenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzisiejszego posiedzenia. Jeszcze raz serdecznie dziękuję za bardzo merytoryczne, fajne spotkanie. Przepraszam, że może za bardzo ingerowałem w tę samowolę wypowiedzi, ale taki mój obowiązek.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję za spotkanie.