

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ONKOLOGII
(NR 6)
z dnia 15 listopada 2021 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 6)

15 listopada 2021 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat leczenia raka płuc – niedrobnokomórkowy rak płuca (NDRP) i drobnokomórkowy rak płuca (DRP).

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Szymon Chrostowski** prezes Zarządu Fundacji To Się Leczy, **Anna Jasińska** rzecznik Polskiej Unii Onkologicznej, **Grażyna Mierzejewska** ekspert Polskiej Unii Onkologicznej oraz **Krystyna Wechmann** prezes Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych ze współpracownikiem.

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

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo serdecznie witam na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Dzisiaj będziemy się zajmować informacją na temat raka płuca. Będzie ją nam przedstawił pan minister Maciej Miłkowski, którego bardzo serdecznie witam na posiedzeniu podkomisji stałej. Witam posłów oraz przedstawicieli strony społecznej: pana Szymona Chrostowskiego, prezesa Zarządu Fundacji To Się Leczy, panią Annę Jasińską, rzecznika Polskiej Unii Onkologicznej i panią Grażynę Mierzejewską, eksperta Polskiej Unii Onkologicznej.

Chciałabym zaznaczyć, że stwierdziliśmy kworum, bo są posłowie, a porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje, tak jak wcześniej podkreśliłam, rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat leczenia raka płuc – niedrobnokomórkowy rak płuca oraz drobnokomórkowy rak płuca. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały są dostępne w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów na e-maile. Bardzo proszę, panie ministrze, o przedstawienie informacji na wyżej wymieniony temat.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni posłowie, szanowni państwo, dziękuję za zaproszenie w sprawie leczenia, diagnozowania, a później monitorowania leczenia w zakresie raka płuca. Może na wstępie przedstawiłbym sytuację, właściwie od końca, ponieważ głównie ja w Ministerstwie Zdrowia jestem odpowiedzialny za realizację leczenia i finansowanie leczenia związanego z farmakoterapią.

Farmakoterapia w zakresie raka płuca jest bardzo istotna, ponieważ ten nowotwór jest bardzo często wykrywany w fazie, w której nie można już dokonać operacji chirurgicznej, która jest zdecydowanie najskuteczniejszym sposobem leczenia. Wówczas jedyną możliwością jest leczenie farmakologiczne. Również po leczeniu operacyjnym pacjent potrzebuje leczenia farmakologicznego, czyli to jest zawsze leczenie kompleksowe, zarówno operacyjne, jak i później radioterapia oraz programy lekowe i chemioterapia, które występują wspólnie. W zakresie chemioterapii rozszerzyliśmy trochę listę leków, ponieważ założenie systemu finansowania programów lekowych drogich terapii było takie, że w momencie, kiedy to leczenie jest coraz tańsze, kiedy jest coraz bardziej

dostępne, są nowe leki, jest konkurencja generyczna, leczenie, które jest stricte dookreślone w programach lekowych może przejść do chemioterapii.

I tak, na dzień dzisiejszy mamy jeden program leczenia B6. Jest to jeden z najstarszych programów w Ministerstwie Zdrowia leczenia raka płuca zarówno drobnokomórkowego, jak i niedrobnokomórkowego. W tym zakresie mamy aktualnie stosowanych 13 różnych leków, substancji czynnych w programie lekowym.

Program lekowy jest podzielony na te dwie podgrupy – niedrobnokomórkowego i drobnokomórkowego raka płuca. Do niedawna to był właściwie wyłącznie niedrobnokomórkowy rak płuca dookreślony w kilku grupach. To znaczy, jeśli chodzi o pacjentów z mutacją w genie EGFR, gdzie mamy kilka leków, część przeszła do chemioterapii: afatynib, dakomitynib oraz ozymetrynib. Wcześniej część leków: gefitynib i erlotynib, została przeniesiona do chemioterapii.

Druga grupa z dosyć dobrą skutecznością i z wieloma lekami, to jest około 3% pacjentów, niewiele ale to w miarę bardzo dobrze lecząca się grupa, gdzie mamy właściwie wszystkie leki, również innowacyjne, które niedawno zostały zarejestrowane przez Europejską Agencję Leków, to pacjenci z rearanżacją w genie ALK, gdzie mamy dostępne: kryzotynib, alektynib, cerytynib, brygatynib i lorlatynib. Te dwa ostatnie leki są dosyć innowacyjne.

W tym roku też mamy – bo są stosowane dwie linie leczenia, a pierwszą linię poszerzyliśmy – bardzo dużą populację pacjentów pembrolizumabu w całości. Wcześniej było to dla pacjentów z ekspresją PD-L1 powyżej 50%, aktualnie jest również poniżej, w połączeniu z chemioterapią, również w pierwszej linii.

No i mamy pacjentów z typem płaskonabłonkowego oraz niepłaskonabłonkowego niedrobnokomórkowego raka płuca w drugiej linii leczenia: niwolumab i atezolizumab. Teraz też nowoczesne leki, które zostały przyjęte dla pacjentów w leczeniu konsolidującym na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca – durwalumab, a z gruczolowym rakiem płuca – nintedanib.

Ostatnio – co też mówiłem – została zmieniona nazwa. Pierwszy lek został przyjęty w drobnokomórkowym raku płuca – atezolizumab. W tym zakresie, w prawie identycznej grupie, są prowadzone negocjacje odnośnie do durwalumabu, czyli też oczekujemy. Chociaż widzimy pod kątem klinicznym, że wstępnie nie ma istotnych różnic, nie ma przewagi nad tym, który jest aktualnie finansowany, często w Ministerstwie Zdrowia widzimy, że niektóre leki wydają się mniej skuteczne w badaniach klinicznych, ale jeśli udaje się doprowadzić w negocjacjach do zbieżności, to wówczas przyjmujemy takie leki, żeby lekarze mieli możliwość wyboru dla każdego pacjenta, próbowali zastosować najlepszą klinicznie terapię.

Ten program lekowy przez ostatnie lata bardzo mocno się rozrósł. Jeszcze w roku 2018 przeznaczonych było na ten program lekowy na około 1500 pacjentów 76 mln zł. Aktualnie już jest to trzykrotnie więcej. W 2020 r. koszt refundacji leków wyniósł 313 mln zł i to było ponad 4100 pacjentów. Główne substancje czynne, które były w ostatnim roku finansowane, to pembrolizumab, około 30% sprzedaży, jak i później niwolumab i atezolizumab. To są główne leki.

Aktualnie w procesie leczenia, w Ministerstwie Zdrowia, oprócz durwalumabu, o którym już wspominałem, jest jeszcze 6 leków. Jeśli chodzi o część z nich, są już prowadzone negocjacje w Komisji Ekonomicznej. Są to entrektynib oraz dwa wskazania, dwa zakresy niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem w pierwszej linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca oraz we wskazaniu leczenia chorych na złośliwego międzybłoniaka opłucnej do leczenia w pierwszej linii. Dodatkowo nintedanib. On w innym wskazaniu już jest finansowany.

Teraz kolejne wskazanie dla pacjentów nie dokładnie z rakiem płuc a z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową. Także pierwszy lek ozymertynib, który już jest finansowany w ramach jednej linii leczenia. Są teraz starania o trzecią i kolejne linie leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca, to też jest na poziomie Komisji Ekonomicznej. Poza tym ozymetrynib w leczeniu uzupełniającym po radykalnej resekcji guza – jest na zupełnie wstępnym poziomie oceny formalnoprawnej przez departament. Dopiero

potem będzie uzgadniana treść programu lekowego oraz przejdzie do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a następnie do Komisji Ekonomicznej.

Mamy więc sporo tych wniosków, ale zdecydowana większość oczekiwań, które były, została uzgodniona, przyjęta na początku roku i właściwie wszystkie te populacje są zabezpieczone. Te duże populacje. Coraz częściej są kolejne leki, które są dla bardzo wąskich populacji, z dosyć dobrym efektem klinicznym, jednakże często koszty poszczególnego leczenia pacjenta są znacząco wyższe niż do tej pory.

Ministerstwo Zdrowia dodatkowo bardzo zwraca uwagę na umożliwienie lepszego wykorzystania niskodawkowej tomografii komputerowej, żeby pacjentów zdiagnozować i żeby znaleźć tych, którzy kwalifikowaliby się do radykalnego leczenia i wykonania operacji. W tym zakresie ministerstwo realizuje w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej „Program badań w kierunku wykrywania raka płuca”. Obejmuje pacjentów od 55 do 75 r.ż., którzy mają co najmniej 20 paczolat i są aktywnymi palaczami, oraz pacjentów, którzy mieli co najmniej 20 paczolat i rzucili palenie na nie więcej niż 15 lat. Takie osoby kwalifikują się, ponieważ są potencjalnymi osobami, które mogą zachorować i mają istotne ryzyko zachorowania na raka płuca. Od 50 r.ż. – 5 lat wcześniej – są też osoby, które mają dodatkowo czynniki ryzyka, niekoniecznie paliły, osoby z bliskiej rodziny miały raka płuca czy chorowały na część nowotworów w tym zakresie. W Polsce te świadczenia wykonuje 17. realizatorów.

W ostatnim okresie Ministerstwo Zdrowia, również w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakończyło postępowanie konkursowe na wybór realizatorów zakupu sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca. Były rozpisane dwa konkursy, podzielone na dwie części. Pierwsza część w zakresie pulmonologii, a druga w zakresie torakochirurgii. Łącznie przeznaczaliśmy na to blisko 50 mln zł, przy czym zdecydowana większość środków została przyznana jeszcze w tym roku w zakresie pulmonologii: 18 mln i 4 mln w przyszłym roku. W zakresie torakochirurgii 24 mln w tym roku i 1,5 mln w roku przyszłym. To spowoduje, że będziemy mogli mieć więcej pacjentów diagnozowanych. Oczekujemy więc, że większy będzie udział pacjentów, którzy będą kwalifikowali się już do leczenia radykalnego. W tym zakresie towarzystwo monitoruje efektywność rozpoznawania, efektywność przekazywania pacjentów do leczenia radykalnego. Widzimy, że dostępność i różnorodność jakości leczenia podstawowego, leczenia u swojego lekarza rodzinnego, jest bardzo różna w poszczególnych ośrodkach. Zatem na pewno po naszej stronie jest zadanie, żeby to ujednolicić, aby wszystkie podmioty miały podobną skuteczność, żeby nie było tych najbardziej odstających miejsc, które nie diagnozują, nie przekazują pacjentów, którzy mogą mieć nowotwór, raka płuca, którzy powinni być leczeni. Te sprawy są przed nami, i to jest główna rzecz, którą chciałem przekazać państwu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Jest to bardzo budujące wystąpienie, kiedy pokazujemy, ile tak naprawdę dobrego zadziało się w raku płuca. Za to chciałam bardzo podziękować, bo tak jak informacje związane z finansowaniem tej bardzo podstępnej choroby i bardzo trudnej w leczeniu, jak i finansowanie, od trzech lat naprawdę mocno się zwiększyły.

Chciałabym też podziękować organizacjom pozarządowym, które bardzo mocno wspierały te inicjatywy, aby te finansowania były zwiększone, żeby tutaj zajmować się tą bardzo złożoną specyfiką. Wielkie uznanie dla organizacji pozarządowych, bo to też jakby na ich wniosek pewne rzeczy się zadziały, i też za te spotkania w ramach zespołu do spraw chorób rzadkich, bo również rozmawialiśmy na tematy związane z tymi przypadłościami, które były nisko wyceniane. Zatem wielkie uznanie dla każdej ze stron. Wiemy, że kierunek mamy obrany, że jest strategia onkologiczna, gdzie te przypadki są dość dobrze określone i będą zwiększane wyceny.

W związku z tym, że rak płuc bierze się też z chorób związanych z nadużywaniem tytoniu, w przypadku raka płuca trzeba bardzo podkreślać i dawać duże nakłady na profilaktykę związaną z tym wielkim zagrożeniem. Trzeba edukować młode pokolenia. Prosiłabym jednak, żeby tę kwestię naświetlili nam przedstawiciele organizacji pozarządowych, które są bardzo aktywne w tym zakresie i mogą na ten temat powiedzieć...

Ja mam teraz pytanie do panów posłów, czy w tej sprawie chcą zabrać głos w dyskusji teraz, czy po wystąpieniu przedstawicieli organizacji pozarządowych. Bardzo proszę, panie posle.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ja chętnie parę swoich przemyśleń powiem. Muszę powiedzieć, że z wielkim zainteresowaniem przeczytałem to opracowanie. Mimo że jestem onkologiem to rakiem płuca właściwie się nie zajmuję, ponieważ jestem chirurgiem onkologiem. Szkoda, że nie ma tutaj moich kolegów onkologów, którzy mogliby więcej powiedzieć na temat tego, czy obecnie...

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że od 2021 r. jest olbrzymi postęp, jeżeli chodzi o dostęp do tej terapii, głównie immunoterapii. Musimy sobie zdawać sprawę z tego, że immunoterapia to nie jest panaceum na wszystkie choroby onkologiczne, ale jest to olbrzymi postęp, dlatego że ona połączona z chemioterapią przedłuża życie i powoduje, że ta chemioterapia, która w niektórych rakach płuc jest podstawowym leczeniem, szczególnie w raku drobnokomórkowym... Z kolei w raku niedrobnokomórkowym cały czas dążymy do tego, żeby jak największa grupa ludzi była wykryta w bardzo wczesnym stadium i żeby można było im pomóc poprzez leczenie operacyjne, które jest właściwie jedynym leczeniem z intencją całkowitego wyleczenia – tak to się mówi w onkologii. Tak więc fajnie, że te leki są, natomiast bardzo trudno mi się ustosunkować do tego, czy one spełniają wszystkie oczekiwania środowiska. Wiem, że chyba nie do końca, aczkolwiek bardzo się zbliżyliśmy do standardów europejskich, jeżeli chodzi o leczenie raka płuca, i tutaj naprawdę za to dziękuję, bo to jest olbrzymi postęp.

Natomiast problem polega na czymś innym. Dzisiaj dostępność do tej przede wszystkim terapii celowanej, immunoterapii, jest dużo większa niż była, ale wielu pacjentów w olbrzymiej części Polski właściwie z tej terapii nie korzysta. Dalej rak płuca jest leczony wyłącznie chemioterapią, dlatego że aby w taki sposób skojarzony leczyć tymi nowoczesnymi lekami trzeba wykonać tak zwane badania czynników predykcyjnych, czyli tych, które musimy zobaczyć, żeby ustalić, jakie leczenie będzie, bo to jest leczenie celowane. Te badania muszą być wykonane w ośrodkach specjalistycznych.

Liczba chorych na raka płuc w Polsce jest zastraszająca, olbrzymia. Postęp spadku liczby chorych jest niewielki. Dobrze, że robi się różnego rodzaju próby ograniczenia populacji palaczy, aczkolwiek akurat tutaj ja jestem zwolennikiem, jak i w wielu innych sprawach, bardzo radykalnego postępowania i uważam, że w wielu wypadkach w Polsce są jednak stosowane półśrodki, jeżeli chodzi o walkę z nikotynizmem. I chcę powrócić do tego – to jest moje pierwsze pytanie – co państwo zamierzacie zrobić, żeby ta olbrzymia rzesza ludzi chorych na raka płuca miała jednak dostęp do badań, które umożliwią nowoczesne leczenie, które jest obecnie refundowane, jest możliwe.

Druga sprawa, bo ja rozumiem, że pan minister nie będzie chwilowo zabierał głosu, czyli powiedział wszystko, co chciał powiedzieć. Czyli głównie skupił się pan na chemioterapii i dostępie do nowoczesnych technologii lekowych, natomiast w tym opracowaniu jest bardzo ciekawa rzecz, to znaczy, dostępność do wczesnych badań, właściwie takich przesiewowych. To nie jest typowy screening, dlatego że to, co państwo proponujecie, pod czym ja podpisuję się oboma rękoma, to jest badanie populacji osób jednak wyosobnionych czy przez lekarzy rodzinnych, czy przez specjalistów, u których prawdopodobieństwo wystąpienia raka płuca jest większe, i poddawanie ich niskoemisyjnej tomografii komputerowej. To jest znakomity pomysł, zresztą nienowoty. Ja muszę powiedzieć, że pan marszałek Grodzki, który – jak państwo wiecie – jest znakomitym torakochirurgiem, działając w samorządzie szczecińskim, przeprowadził tam, przepchnął kolaniem, taki duży program screeninowy, w ramach którego mieszkańcy Szczecina byli badani tj. ci, którzy mieli ochotę, poprzez tomografię komputerową i miał zupełnie dobre wyniki, jeżeli chodzi o wykrycie raków płuca, które były czasami zupełnie bezobjawowe, oczywiście w populacji głównie palaczy. Zatem bardzo dobrze, że to jest.

Teraz moje drugie pytanie. Dlaczego państwo dedykujecie ten screening – pozostajemy przy tym, bo to jakaś forma screeningu jest – tylko mieszkańcom kilku województw, chyba dziesięciu, jak policzyłem, natomiast, co mnie bardzo zaskakuje, nie ma tam w ogóle województwa śląskiego, gdzie wydawałoby się, że ze względu na atmos-

fere, która tam jest, i różnego rodzaju cenniki, które sprzyjają zachorowaniom na raka płuca, i to, że na Śląsku jest cały czas bardzo dużo palaczy, mimo że i tak wdychają dużo dymu...? Dlaczego Śląsk jest pozbawiony możliwości tych badań? Ja rozumiem, że tu pewnie nie ma jakiegoś podstępu, tylko chciałbym się dowiedzieć, dlaczego akurat jedne województwa zostały zakwalifikowane do programu, a drugie nie. Uważam jednak, że to idzie w bardzo dobrym kierunku.

Dobrze też oczywiście, że są pieniądze na doposażenie oddziałów torakochirurgicznych i oddziałów pulmonologicznych i wszędzie tam, gdzie leczą raka płuca, natomiast, ponieważ nie ma tutaj osób, które na co dzień tym się zajmują – mówię o profesorach czy o konsultancie krajowym – bardzo trudno mi powiedzieć, czy te kwoty są adekwatne do potrzeb. Ja nie chcę się wypowiadać w tym zakresie, bo po prostu tego nie wiem. Oczywiście państwo epatują tutaj milionami, ale być może te kwoty powinny być wielokrotnione. Nie wiem, jakie są oczekiwania środowiska i czy to je zaspokaja. Na pewno pan minister ma większą wiedzę na ten temat. Przepraszam, że zbyt długo mówiłem.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Chciałabym poinformować, że wszystkie osoby zajmujące się tą tematyką były powiadomione o dzisiejszym spotkaniu podkomisji stałej, tak więc każdy, kto był zainteresowany, dostał zaproszenie, ale są czasami różne sytuacje życiowe. Natomiast z tego opracowania, które Ministerstwo Zdrowia nam przesłało drogą elektroniczną, można wyczytać naprawdę bardzo dobry kierunek. I tak jak pan poseł podkreślał, właśnie w tych kwestiach związanych z rakiem płuc są niesamowite postępy, które tak naprawdę mają znamiona standardów europejskich. To jest bardzo cenne. Myślę więc, że ten dialog, który został wypracowany w tej dziedzinie, jak i w innych działach medycznych, będzie skutkował dobrymi decyzjami ministerstwa, bo ministerstwo prowadzi dialog. A w związku z tym, że mamy pandemię, bo to też trzeba podkreślać, to te badania przesiewowe związane z płucami są bardzo istotne i tak naprawdę nie wiemy, jakie będą dalsze skutki po przebytej już pandemii. Te sprawy muszą być monitorowane ze względu na różnego rodzaju powikłania.

Czy jeszcze któryś poseł chciałby zabrać głos w dyskusji? Nie widzę zgłoszeń. To teraz pan minister. Bardzo proszę pana ministra.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Ja dziękuję panu posłowi Douglasowi za tę część. Ja oczywiście też uważam, że ta część, w szczególności badania tego programu w kierunku wykrywania raka płuca, jest de facto najistotniejszą częścią, bo w przypadku niedrobnokomórkowego raka płuca naprawdę mamy możliwość osiągnięcia bardzo wysokich efektów. Później już się nie da, jeśli nie ma możliwości wykonania operacji. No i myślę, że będziemy nad tym pracowali – to, co pan mówił – żeby więcej ośrodków było.

Mamy dosyć dobrą bazę tomografii komputerowej niskoemisyjnej i wydaje się, że kolejnym etapem jest jednak przejście na leczenie standardowe, żeby to było świadczenie gwarantowane ze środków publicznych, oczywiście dla poszczególnej populacji, bo nie ma żadnego uzasadnienia, żeby to było dla innych osób. Chodzi o to, żeby dostępność była zdecydowanie większa, nie tylko w tych dziesięciu województwach. Toteż 17 tych podmiotów to jest chyba zdecydowanie za mało. Myślę więc, że w następnym roku będziemy starali się... Zresztą wiele zakresów z Narodowej Strategii Onkologicznej jest realizowanych. Pod kątem kosztowej efektywności jest to chyba jeden z najistotniejszych elementów i na to profesor Orłowski zawsze zwracał uwagę, że ta dziedzina jest zaniedbana. Na to więc w szczególności będziemy zwracali uwagę bardziej niż na inne rzeczy.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Żeby móc realizować pewną strategię to trzeba od czegoś zacząć. Wydaje mi się, że ten krok, który zrobiło Ministerstwo Zdrowia, jest właściwy, a teraz, tak jak pan minister podkreśla, będziemy czynić dalsze działania w tych miejscach, gdzie nie są prowadzone te działania związane z przebadaniem populacji, aby zdiagnozować nowotwory. Jest to bardzo cenna uwaga, panie posle, tak więc bardzo dziękuję.

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Nie otrzymałem odpowiedzi na bardzo konkretne pytanie. Panie ministrze, spytałem, czy państwo myślicie, w jaki sposób umożliwić ludziom z tych części Polski, gdzie nie mogą mieć tych badań predykcyjnych wykonanych i gdzie są poddawani terapii mało nowoczesnej, wyłącznie chemioterapii, ponieważ nie mają dostępu do badań, które umożliwią dołączenie immunoterapii... Czy nie można byłoby wymyślić pewnego algorytmu, według którego ci pacjenci z tych ośrodków – nie umiem ich wymienić, ale to jest olbrzymia część Polski, gdzie po prostu ośrodki mniejsze, które mają pozwolenie na to leczenie chemioterapią, szczególnie w raku drobnokomórkowym, a nie mają dostępu do tych badań, które umożliwiają dołączenie tego nowoczesnego leczenia przeciwciałami monoklonalnymi...? Czy macie pomysł, w jaki sposób to zwiększyć, bo inaczej to będzie tylko pewna teoria na papierze, że jest dostępność w Polsce. No jest dostępność przy refundacji, ale jeżeli pacjent nie ma zlecanego tego leczenia, to co nam po tej dostępności.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Badania diagnostyczne, z tego, co pamiętam, w 2017 r. zostały wprowadzone jako świadczenia do sumowania podczas hospitalizacji pacjentów na onkologii, i to chyba jako jedyna dziedzina, w której takie dosumowanie może być stosowane. W tym czasie, według tych wytycznych, które wtedy robiliśmy, można w trakcie hospitalizacji wykonać te badania. To znaczy, ja mówię pod tym kątem, że de facto każdy ma tę samą umowę i jakby może wykonać to, ponieważ jeśli ma umowę na zakres onkologii, to ma możliwość rozliczenia tych świadczeń. Być może nie ma...

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie profesorze, podam panu konkretny przykład. Jeżeli jest oddział onkologii w Koszalinie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym i nie ma tam dostępu do badań, które mogą określić, czy u danego chorego, pana Kowalskiego, który pali papierosy, i w przypadku którego konsylium onkologiczne podejmuje decyzję o leczeniu chemioterapią w tymże Koszalinie – ja mówię „na rybkę” zupełnie, bo to akurat są moje okolice, ale to jest w dziesiątkach innych miast – to czy nie powinno być jakiegoś obowiązku, żeby tego pacjenta przewieźć do Szczecina, na przykład, zrobić tam te badania i wtedy, już z pewnymi wytycznymi, ten pacjent może być leczony w ośrodku, który ma oddział, gdzie można podawać chemioterapię, można podać immunoterapię. Jednak on nie dostaje tej immunoterapii, ponieważ nie wykonano u tego pacjenta tego badania, które powinno być wykonane. Takich ośrodków, gdyby tu był konsultant, to by panu jak z rękawa wymienił kilkadziesiąt, a na pewno kilkanaście.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Ja wiem, że nie każde laboratorium ma pełny zakres badań. Kiedy pracowałem w Instytucie Kardiologii mieliśmy pewien zakres badań, który był wyłącznie realizowany w Aninie, i monitorowanie niektórych leków, i wszystkie spółki, wszystkie laboratoria kontraktowały to w tym podmiocie. Tak więc to nie jest standardem, że każdy szpital ma wszystkie badania u siebie. Może pobrać badanie i przekazać je do właściwego laboratorium...

Posel Jerzy Hardie-Douglas (KO):

I ma to refundowane?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

No ma to refundowane. Jeśli to badanie jest wykonane, to może to dosumować. Podobnie to działa ostatnio – teraz kończy się umowa i będzie to przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia – w zakresie wykrywania chyba choroby resztkowej u dzieci w hematoonkologii. Właściwie jest jeden podmiot w Polsce, który realizuje te świadczenia i wszystkie podmioty realizują to świadczenie, w tym... To znaczy, nie znam dokładnie systemu laboratoriów, żeby nakazać wszystkim laboratoriom mieć konkretne badania. Być może przeanalizujemy to, żeby...

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Do mikrofonu bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

..., żeby ośrodki, które leczą chemioterapią, miały obowiązek badania tych pacjentów pod kątem możliwości leczenia ich immunoterapią.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Kierunek jest taki – co pan wie – że chcielibyśmy, aby leczenie coraz większej liczby pacjentów było realizowane w centrach narządowych, żeby standard był jednolity, a późniejsze podanie chemioterapii jako wynik konsylium czy wynik ustalonego procesu leczenia, było blisko zamieszkania pacjenta. Taki jest kierunek. Mam nadzieję, że to zostanie wdrożone.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Ja ze swej strony również będę ten temat pilotować. Założenia, które są w strategii onkologicznej i w uzgodnieniach w Ministerstwie Zdrowia, że właśnie pacjentowi ma być blisko do ośrodka, są bardzo dobre.

Myślę, że tutaj wspólnie, ponad podziałami politycznymi będziemy ten kierunek wdrażać w życie. Bardzo proszę, pani Krystyna Wechmann, prezes Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Prezes Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Krystyna Wechmann:

Dziękuję. Ja chciałabym króciutko powiedzieć, że dzisiaj w ramach „Medycznej Racji Stanu” odbyła się debata, której tematem była planowana kampania „Zdrowie kobiety – Bezpieczeństwo rodziny”. Wśród problemów – mówiąc o roli kobiety – jest ten, że kobiety w tej chwili przeważają w paleniu papierosów. Taka była dzisiaj dyskusja. Nawet jeśli jest zakaz palenia na przystankach tramwajowych czy autobusowych, to bardzo często można zauważyć palące kobiety.

Postanowiliśmy w planowaniu tej kampanii – zresztą to pan minister powiedział, że w badaniu raka płuca są bardzo ważne edukacja i profilaktyka – że edukacja i profilaktyka będą dla nas, dla organizacji, bardzo ważnym elementem w tej kampanii, ponieważ na pewno będziemy apelować o czujność onkologiczną nas samych, ale też lekarzy rodzinnych. Myślę, że ta świadomość, która jest szalenie ważna w naszym społeczeństwie, pozwoli na wcześniejszą wykrywalność. Przecież to nie tylko w raku płuca, ale też w takich chorobach kobiecych jak rak piersi, rak jajnika, jest szalenie ważne.

To z naszej strony taka deklaracja organizacji, że będziemy bardzo czujnie i przy wszystkich naszych możliwościach włączać się do tej kampanii. Myślę więc, że przyczyni się ona do większej zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne, ale też wykrywania we wczesnej fazie raka płuca, o czym tu szczególnie mówimy, bo wyniki są niepokojące. Mówiło się, że w raku piersi zajmujemy jako kobiety pierwsze miejsce w chorobach nowotworowych, a w tym momencie rak płuca wyszedł na prowadzenie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Fundacji To Się Leczy Szymon Chrostowski:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie ministrze, absolutnie wspieramy stanowisko ministerstwa przede wszystkim w kontekście, że od 2018 r. w sposób znaczący rozszerzyła się lista leków refundowanych w raku płuca. Przedtem możemy mówić o latach posuchy i niedoborów, niedostatku, jeżeli chodzi o dostępność do terapii, a szczególnie immunoterapii. Zmieniło się to właśnie od 2018 r., oczywiście z tą przerwą pandemiczną, ale przypomnę tylko, że zostały uzupełnione cała pierwsza linia i cała druga linia, jeżeli chodzi o leczenie raka płuca.

To co też jest istotne – wracając do początku – ja to tak rozumiem, jeżeli chodzi o niskodawkową tomografię komputerową, że to jest pilotaż. Dlatego chyba jest to dzie sięć... Ja nie pamiętam do końca, bo to był program, który był realizowany dość dawno, ale być może... To znaczy, to jest nazywane pilotażem, więc podobnie jak Krajowa Sieć Onkologiczna jest umiejscowiona w czterech województwach, żeby sprawdzić te para-

metry, o których zresztą pan minister wspomniał, że tutaj istotną kwestią jest czynnik responsywności i pułapu finansowania... Jest to bardzo ważna część całości Narodowej Strategii Onkologicznej, gdzie to było zaplanowane, wpisane i jest realizowane. To jest bardzo istotne i to dobry kierunek. Mamy nadzieję, że to w jak najbliższym czasie będzie wprowadzone, podobnie jak screeningi w mammografii, cytologii czy w przypadku jelita grubego w określonej grupie ryzyka, już na wszystkie województwa. To odnośnie do tej tomografii.

A jeśli chodzi o zapobieganie i edukację oraz profilaktykę, to niestety, statystyka pokazuje, że w populacji od 13 r.ż., jeśli chodzi o chłopców, ten współczynnik się wypłaszczył, czyli nie zwiększyła się liczba palących młodocianych, natomiast w istotnej części zaczyna rosnąć krzywa wśród dziewczynek. I to na przystankach widać, jeśli ktoś jedzie przez miasto – mężczyźni nie palą, a kobiety jednak palą.

Jeśli chodzi o ten czynnik nikotynozależny, wsparłem stanowisko ministerstwa i pana ministra Miłkowskiego na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych, bo chcielibyśmy, żeby jednak akcyza na wyroby tytoniowe czy urządzenia była wyższa. Czy to spowoduje zatrzymanie? Tak jak tu pan poseł powiedział: kto palił, pewnie będzie palił. Trudno ten proceder zatrzymać, ale być może moglibyśmy się pokusić o taką propozycję, żeby środki finansowe z tej akcyzy poszły właśnie na leczenie raka płuca, co postulują organizacje pacjenckie. Wpieramy tutaj Ministerstwo Finansów, pana ministra, w tym kierunku, *vide* podatek cukrowy. Być może to jest ten model, może powinien być inny. To tytułem tego tematu.

Odnosnie do diagnostyki, to absolutnie potwierdzam to, co pan poseł powiedział. Oczywiście trzeba by wyliczyć te ośrodki, ale istnieje taki proceder, jak można powiedzieć, i to pokazuje nasza sekcja raka płuca, że lwią część stanowią pacjenci, którzy zostali zdiagnozowani, podano im chemioterapię, rozpoczęli panel badań diagnostycznych ukierunkowanych molekularnie i nie mogą wrócić do leczenia, o którym pan minister mówił, że jest dostępne. Jest refundowane, jest zakontraktowane w ośrodkach, ale nie ma powrotu. Ci pacjenci informują nas... Bo oni są już skazani na chemioterapię. Cała ustawa refundacyjna jest tak skonstruowana, że oni nie mogą wrócić do tego właściwego leczenia. Absolutnie to popieram, że jest taki proceder. I o ile są modelowe ośrodki, które leczą raka płuca, i w ogóle nie ma po co nad tym się pochylać, bo to jest wzorcowe, o tyle ośrodki mniejsze, gdzie po prostu zakłada się kartę DiLO i z pacjentem postępuje się w ramach całej ścieżki pakietu onkologicznego, pacjent łąduje z diagnozą, rozpoczyna się leczenie i niestety – to są różne kombinacje – najczęściej prywatnie płaci za badania diagnostyczne ukierunkowane molekularnie. Wychodzi mutacja i okazuje się, że leczenie jest dostępne, ale już nie można do niego wrócić. Albo jest to sytuacja, o której pan poseł powiedział, że szpital nie wykonuje, bo laboratorium nie dysponuje takim panelem badań.

To sygnalizujemy jako bardzo duży problem, który płynie od strony sekcji pacjentów z rakiem płuca, ale – tak jak powiedziałem – ta dostępność jest już europejska, tylko brakuje tego kroku wstecz, który – mamy taką nadzieję – rozwiąże te problemy, bo o ile diagnostyka jest powiązana z leczeniem, o tyle w tych mniejszych ośrodkach to szwankuje. Na to odpowiedzią będzie najprawdopodobniej Krajowa Sieć Onkologiczna, czyli to, co pani poseł powiedziała, leczenie w mniejszym ośrodku, bliżej pacjenta, ale określone w ośrodku referencyjnym, który zajmuje się tym na co dzień, który jest Lung Cancer Unitem czy jakkolwiek to nazwiemy, ale to leczenie będzie bliżej pacjenta i tam będzie wykonywany cały panel badań diagnostycznych ukierunkowanych molekularnie, po to chociażby, żeby podawać tę immunoterapię, która jest dostępna obecnie w refundacji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Rzecznik PKPO Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Ja na początku chciałabym powiedzieć, że my jako Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych ogłosiliśmy rok 2020 rokiem raka płuca. To był nasz priorytet i spotkał się z absolutnym odzewem ministerstwa i ogromnym partnerstwem oraz wspianym dia-

logiem. Oczywiście w realizacji tego priorytetu przeszkodziła nam pandemia, to wiemy, i dopiero w 2021 r. można było bardzo znacząco poprawić program raka płuca. Ten program w tej chwili jest na poziomie europejskim i według tego, co pan minister przed chwilą mówił, nawet będą wchodziły leki, które nas podniosą do standardu na poziomie światowym.

Oczywiście, tak jak wszyscy tutaj mówimy, takimi kulejącymi elementami tych naszych działań, jeśli chodzi o kompleksową opiekę nad pacjentem z rakiem płuca, są diagnostyka i profilaktyka. Jeśli chodzi o diagnostykę, to sytuacja wygląda w ten sposób, że radzą z nią sobie duże ośrodki, centra onkologii, i w ogóle takie placówki, które mają własne laboratoria. Tam, za tę kwotę ryczałtową, która jest na badania, można zrobić te badania. Natomiast w mniejszych ośrodkach, gdzie istnieje tak zwany catering i zlecenie, kończy się na badaniach dotyczących leków celowanych, czyli EGRF, ALK i ROS, a już nie starcza na badania w kierunku immunoterapii, czyli PD-L1. Taka jest sytuacja. I to PD-L1 jest w koszyku świadczeń, natomiast powinno być przeniesione do tego koszyka, gdzie są te badania wysokospecjalistyczne, panie ministrze. Tak nam się wydaje. To byłoby częściowo rozwiązaniem. I na pewno powinny leczyć pacjentów ośrodki trzeciego stopnia referencyjności i ośrodki specjalistyczne, Lung Cancer Unity, natomiast diagnostyka mogłaby się odbywać na poziomie nawet drugiego stopnia referencyjności, żeby pacjenci byli wcześniej diagnozowani.

Powiem tak. My zrobiliśmy dużą kampanię na ten temat wśród pacjentów i pacjenci już to wiedzą. Są tacy pacjenci, którzy odmawiają leczenia chemioterapią i szukają ośrodków, gdzie jest immunochemioterapia. Już mamy takich pacjentów i my bardzo nagłaśniamy te ich działania, bo uważamy, że ta wiedza jest bardzo potrzebna wśród pacjentów.

Mamy też leki, immunochmioterapię skojarzoną z dwóch leków, która może być stosowana bez konieczności wykonywania badania PD-L1. Z tego, co pan minister mówił, wynika, że ta terapia skojarzona jest w tej chwili w procesie refundacji, więc być może wejdzie, i w momencie, kiedy pacjent musi być leczony, bo stan choroby jest już bardzo zaawansowany i nie ma czasu na przeprowadzenie badań molekularnych, może być ona podana pacjentowi. To też jest rozwiązanie.

Jeśli chodzi o profilaktykę, to jest to, co mówiła Krysia, co mówił Szymon. Po prostu, wszystkie nasze starania mogą być trudne do zrealizowania, jeśli w tej chwili mamy taki stan, że wśród młodzieży w wieku 9-16 lat 23% to są osoby palące tytoń. To jest przerażający wynik, z którym musimy coś zrobić.

Akcyza i przeznaczenie pieniędzy, to bardzo ważne, ale przede wszystkim lekcje edukacji zdrowotnej. Przecież jeśli tego nie wdrożymy i nie zaczniemy mówić, że to, co nam się pokazuje, że te wszystkie liquidy, podgrzewacze, to nie jest wychodzenie z nałogu, ale wchodzenie w nałóg... One owszem, mają mniej smolistych elementów i składników, ale cały czas mają nikotynę, która uzależnia, i o tym musimy mówić. Jeśli o tym nie będziemy mówić, to niestety, liczba osób wchodzących w nałóg będzie coraz większa. Nie wolno więc odwracać kota ogonem i mówić, że to jest wychodzenie z nałogu – bo być może jest, są takie badania – ale to jest też wchodzenie w nałóg. To jest bardzo groźne i w tym zakresie, zwłaszcza młodych ludzi, trzeba uświadamiać, bo rzeczywiście, kiedy widzimy grupki młodych ludzi wychodzących ze szkół średnich, to wśród nich są palacze, którzy popisują się tymi e-papierosami, które mają piękną marketingową oprawę, które sprzedają wyłącznie młodzi ludzie na stoiskach, które są wszędzie. Możemy je spotkać w każdym centrum handlowym, na stacjach. Ja mówię to z pełną świadomością, nawet w Żabkach te osoby funkcjonują. Myślę więc, że to jest duży problem. Co prawda FDA uznała niedawno, że liquidy bezzapachowe mogą być traktowane jako sposób wyjścia z nałogu, ale to spotkało się z olbrzymim protestem lekarzy onkologów w Stanach. Na pewno, jeśli będziemy to traktować jako sposób wyjścia, to powinna to być metoda na receptę, a nie do kupienia na każdym rogu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Panie ministrze, czy na zakończenie chciałby pan podsumować dzisiejszą debatę?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Ja bardzo dziękuję panu doktorowi Douglasowi, bo merytorycznie bardzo dużo powiedział, no i państwu. Tutaj to głównie jeden problem właściwego procedowania, ale to widzimy we wszystkich typach nowotworów, że to jest już tak skomplikowana wiedza, że powinny być one leczone w ośrodkach doskonałości, umiejętności – różnie można to nazwać – ale dokładnie najlepiej, jak w danym momencie potrafimy leczyć. Oczywiście sytuacja zmienia się z każdym rokiem, ale rozpoczęcie leczenia jest kluczowe, najistotniejsze. Wtedy ustala się efektywność, skuteczność danego leczenia od pierwszego momentu po postawieniu diagnozy. Tak więc na pewno będziemy nad tym pracowali.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Bardzo dziękuję państwu za przybycie na dzisiejsze posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Mówiliśmy dzisiaj o raku płuc. Jest to bardzo poważny problem społeczny związany z różnego rodzaju uzależnieniami, i o tym trzeba mówić. Trzeba mówić przede wszystkim o profilaktyce, tak jak organizacje pozarządowe cały czas o to apelują. Ja również przyłączam się do tych działań i będziemy tu wypracowywać jakiś model promocji zdrowego stylu życia wśród młodego pokolenia, bo wiemy, że nałogowcy są już w bardzo młodym wieku, 7-10 lat – są takie statystyki. Trzeba coś z tym problemem zrobić, żeby zapobiegać, a nie później ponosić bardzo wielkie koszty leczenia.

Tak więc, bardzo serdecznie państwu dziękuję za przybycie. Zapraszam na następne posiedzenia. Myślę, że jest wiele do zrobienia, ale cieszymy się z tego, co jest. Przeanalizujmy, jakie są mocne i słabe strony. Myślę, że wspólnie naprawimy to tak, aby pacjent był zadbany od początku do końca, żeby po prostu miał komfort leczenia i odpowiedni komfort życia. Bardzo dziękuję wszystkim państwu. Do następnego spotkania.

Zamykam posiedzenie podkomisji.