



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(201)

8. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 21 kwietnia 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja rządu na temat Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2004–2007.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Witam serdecznie zaproszonych gości, a wśród nich pana ministra Jarosława Pinkasa. Lista gości, proszę państwa, obejmuje czterdzieści jeden osób i widzę, że nie wszyscy przyjechali. Jestem w pewnym kłopotcie. Wobec powyższego, by nie przedłużać, chcę wszystkim serdecznie podziękować za przybycie. Myślę, że w ramach dyskusji będziemy się króciutko przedstawiać do protokołu, ponieważ są tutaj przedstawiciele, zarówno administracji rządowej, Narodowego Funduszu Zdrowia, towarzystw lekarskich, izb czy korporacji medycznych, także przedstawiciele Unii Metropolii Polskich, stowarzyszeń i fundacji, aktywnych w ochronie zdrowia.

Porządek obrad komisji obejmuje omówienie Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2004–2007 i sprawy bieżące. Po części dotyczącej chorób nowotworowych zrobimy krótką przerwę i w drugiej części komisji omówimy te sprawy, które wynikają z prac parlamentu.

To, że jest nas dużo, dowodzi rangi problematyki nowotworowej. Mam pytanie do senatorów, czy są uwagi do tak zarysowanego porządku obrad? Jeśli nie będę widział sprzeciwu, uznaję, że został on przyjęty.

Ze względów na naszą dzisiaj liczebność bardzo bym prosił o to, żeby w wystąpieniach poza prelekcjami omawiającymi program z ramienia resortu ograniczać wystąpienia w dyskusji do pięciu minut. Nie widzę sprzeciwu.

Szanowni Państwo, choroby nowotworowe to jest ogromne wyzwanie, na które Polska odpowiada ciągle jeszcze słabo. W statystykach, niestety, jesteśmy w ogonie Europy i przyjęta w lipcu ubiegłego roku ustawa o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” oznaczała przekonanie struktur politycznych, władz politycznych państwa, ustawodawczych, że ranga zagadnienia wymaga wieloletniego planowania i musi być powiązana z zabezpieczeniem środków finansowych.

Przyczyny, dla których senacka Komisja Zdrowia zajęła się tą problematyką, wynikają z pewnych niepokojów, jakie pojawiły się w pismach do komisji, moich spotkań z przedstawicielami poszczególnych ośrodków zajmujących się onkologią, gdzie wyrażano obawy, czy uda się osiągnąć zakładane cele w tym programie i czy wobec powyższego nie warto sprowokować dyskusji na temat zaawansowania tego programu, rozważenia, czy w świetle już pewnych zmian kalendarzowych przyjęta ustawa nie wymaga pewnych modyfikacji, a także czy idziemy w tym programie w dobrą stronę?

Bardzo się cieszę, że jest z nami pan minister, który przewodniczy powołanej na mocy ustawy Radzie do spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych. Ministerstwo Zdrowia przygotowało na moją prośbę materiał, który otrzymali senatorowie. Wobec powyższego bardzo chciałbym prosić pana ministra o zarysowanie stanu zaawansowania prac dotyczących tego programu, wskazania tych miejsc, w których istnieją szanse na realizację tego programu, ale także zagrożeń, jakie w tym programie występują. Przewidziana na ten rok kwota 200 milionów zł musi być wydana sensownie, tak byśmy mieli poczucie, że te spore pieniądze przygotowane w budżecie mają dobrą ścieżkę realizacyjną. Dlatego bardzo proszę pana ministra o zaprezentowanie stanu zaawansowania realizacji programu.

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Bardzo dziękujemy za zaproszenie. Rzeczywiście, nigdy dość słów o zwalczaniu nowotworów. W Polsce jest to dramat, który musimy zahamować. I stąd 1 lipca 2005 r. uchwalono ustawę ustanawiającą wieloletni plan – Narodowy Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Jakie są cele tego programu? Cel najważniejszy, wymieniony w art. 2, to zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory. Oczywiście pochodną tego celu pierwszego są inne cele, jak na przykład osiągnięcie średnich wskaźników europejskich, osiągnięcie średnich wyników skuteczności leczenia, dostępności oraz monitorowanie skuteczności zwalczania chorób nowotworowych.

Pan profesor Religa w momencie, kiedy został ministrem zdrowia, zaczął realizować tę ustawę. Pierwszy etap realizacji to powołanie członków Rady Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Ta Rada to zespół ludzi, najwybitniejszych specjalistów w zakresie onkologii, który nakreślił nam najważniejsze problemy tak, aby w najbardziej racjonalny sposób wydać przeznaczone środki na ten cel. Program jest wieloletni i w każdym roku mamy określone środki do wydania. W tym roku są do wydania środki dość istotne, bo to jest 250 milionów zł.

Rada pracuje w bardzo intensywny sposób. Spotyka się praktycznie raz w tygodniu, nie tracąc czasu na zbędne dyskusje, tak żeby program mógł być zrealizowany do końca roku. Proszę pamiętać, że wszystkie procedury, które są zapisane w tym programie realizowane są poprzez procedury zakupów publicznych i musimy przejść cały cykl zakupów publicznych. Oczywiście są to procesy długotrwałe.

Rada to przedstawiciele centrów onkologii oraz przedstawiciele akademii medycznych. Jeżeli państwo pozwolicie, przedstawię wszystkich członków Rady. A zatem pan profesor Nowacki, który jest szefem Instytutu Kardiologii... Przepraszam bardzo, Centrum Onkologii. Jednak kawałek mojego serca został w Aninie. Pan profesor Steffen, którego nie muszę przedstawiać, pan profesor Orłowski, torakochirurg, szef Kliniki Torakochirurgii Instytutu Chorób Płuc i Gruźlicy, pan profesor Bręborowicz, ginekolog, rektor Akademii Medycznej w Poznaniu i zarazem szef Konferencji Rektorów Akademii Medycznych, oraz pan doktor Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologicznej. W Radzie jest także przedstawiciel płatnika, desygnowany przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pan prezes Lejk. Radzie przewodniczy moja skromna osoba.

W każdym tygodniu, spotykając się mniej więcej... Panie Profesorze, proszę mi przypomnieć, od stycznia czy od grudnia?

(*Głos z sali: Od stycznia.*)

Od stycznia stworzyliśmy to, co jest zapisane w ustawie i to, co jest rzeczą najbardziej istotną, mianowicie harmonogram realizacji zadań. Harmonogram to jest także zapis zadań, które muszą być zrealizowane, czyli zakupione poprzez zamówienia publiczne. Ten harmonogram dotyczy naszych działań profilaktycznych, działań aparaturowo-inwestycyjnych oraz szeroko rozumianej edukacji, ale głównie skierowanej na edukację studentów medycyny oraz kształcenie podyplomowe. To bowiem, rzeczywiście, był słaby punkt. Tak to zostało ocenione przez Radę Narodowego Programu.

Zgodnie z ustawą musieliśmy procedować bardzo szybko, żeby poddać projekt harmonogramu pod obrady Rady Ministrów. Rada Ministrów zobligowana była zgodnie z ustawą do wydania uchwały w sprawie harmonogramu zadań oraz kierunków realizacji tych zadań na lata przyszłe, to znaczy rok 2007 i rok 2008. Rada przedstawiła profesorowi Relidze założenia, który w dniu 4 kwietnia przedstawił je na posiedzeniu Rady Ministrów i Rada Ministrów podjęła uchwałę w tej sprawie. Tak że sprawy proceduralne są już poza nami.

Pan przewodniczący zapytał się, czy widzę zagrożenia w realizacji tego programu. Jestem z założenia optymistą i mam też poczucie, że nie traciliśmy czasu pracując w tak szacownym zespole. Prace były na tyle intensywne, że wiemy, że nie straciliśmy ani tygodnia i jesteśmy w tej chwili na etapie, w którym za chwileczkę będziemy ogłaszać przetargi. Mamy jednak do końca roku sporo czasu, żeby zrealizować te przetargi i żeby program był realizowany. Pierwsze konkursy są już w tej chwili ogłaszane. Pracujemy bardzo intensywnie, żeby te konkursy były konkursami nie do podważenia, żeby zapisy były otwarte, żeby szerokie gremia i zespoły ludzkie mogły w nich uczestniczyć, a także kliniki i oddziały, które aplikują, na przykład na dostawy, czy dostarczenie sprzętu, czy środków na zakup sprzętu... Bo to jest ta kategoria zdarzeń. A kolejne ogłoszenia o przetargach będą w najbliższym czasie.

Założeniem Rady była praca transparentna. Każde słowo, które padło na posiedzeniu Rady, jest słowem notowanym, zamieszczanym w protokole, przyjmowanym na następnym posiedzeniu Rady i zamieszczanym na stronie internetowej. Strona jest interaktywna, to znaczy otrzymujemy *feedback* ze strony osób, które ją czytają. Analizujemy na posiedzeniach Rady odgłosy, oczywiście w dobrym tego słowa znaczeniu, dotyczące naszej działalności. Chcę powiedzieć, że nasza strona internetowa dotycząca Narodowego Programu jest odwiedzana bardzo często. Bardzo często korzystają z niej media i państwo macie na bieżąco informację. Zależało nam na tym, żeby rzeczywiście nic nie działo się pod stołem, żeby były bardzo jasne kryteria naszych wniosków oraz żeby wszystkie wnioski oparte były o wiarygodne dane, łącznie z tym, że przedstawiając je na kierownictwie, jeszcze przed przedstawieniem harmonogramu, prosiliśmy o przygotowanie danych z zakresu EBM – *evidence based medicine*, że są to działania o udokumentowanej skuteczności medycznej oraz przedstawialiśmy także dane związane z analizą efektywności kosztowej.

Mam poczucie, że przez okres tych czterech miesięcy poczyniliśmy bardzo istotny krok do przodu, w pełni realizując postanowienia ustawy. Jestem też głęboko przekonany, że nakreślone w harmonogramie zdarzenia są zdarzeniami najbardziej dla nas istotnymi. Na przykład 170 milionów zł, czyli największa część, to jest część, która zostanie skierowana na zakup urządzeń do radioterapii. Jak wiecie państwo, mamy

w tej chwili dramatycznie zły dostęp do tej terapii i musimy zbliżyć się do europejskiego poziomu dostępności. W związku z tym, że ci pacjenci nie mogą czekać, nasza Rada zdecydowała, że te pieniądze w dużej mierze będą skierowane właśnie na te działania. 50 milionów zł to są działania związane z profilaktyką. Reszta środków to są działania edukacyjne, na przykład wydanie nowoczesnego podręcznika dla studentów medycyny oraz dla lekarzy opieki podstawowej i innych lekarzy, stworzenie wiarygodnego programu nauczania na akademiach medycznych.

Wspólnie z kilkoma przedstawicielami rady onkologicznej spotykam się 26 kwietnia z rektorami akademii medycznych, mówiąc im o harmonogramie oraz o podjętych działaniach, szczególnie dotyczących realizacji właściwego programu nauczania onkologii studentów medycyny, ponieważ z tym są istotne problemy. Będziemy dążyli do unifikacji systemu kształcenia w zakresie onkologii. Oczywiście pracują nad tym absolutnie najwybitniejsi specjaliści w zakresie onkologii i dziedzin pokrewnych.

Jeżeli państwo jesteście zainteresowani szczegółami, to możemy oczywiście te szczegóły omówić. Powiemy państwu, jakie programy są w tej chwili ogłoszone. Możemy także odpowiadać na pytania, dlaczego akurat te obszary zostały przez nas silnie zaakcentowane właśnie w tym roku. Mam natomiast takie wrażenie, że większość z państwa ma jednak przed sobą dokumenty. Harmonogram został państwu w Senacie rozdany wcześniej. Tak więc nie wiem, jaką zastosować konwencję. Oddaję tutaj głos panu przewodniczącemu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za zarysowanie działań podjętych w horyzoncie funkcjonowania ministerstwa.

Na podstawie kontaktów z ludźmi reprezentującymi różne środowiska medyczne związane z leczeniem nowotworów próbowałbym troszeczkę powiedzieć, jakie elementy działań budzą wątpliwości. Pierwsza rzecz, jaka jest podnoszona, to jest pytanie, czy Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych nie został napisany w taki sposób, by niejako wzmocnić istniejącą strukturę, która jest jednak oskarżana o pewną niewydolność. Jeżeli bowiem w tej strukturze, którą mamy – regionalnych centrów onkologicznych – jesteśmy w ogonie Europy, a już choćby z przesłanego nam materiału wynika, że jest to struktura dofinansowywana od kilku lat, to zachodzi pytanie, czy przypadkiem nie powinno się jednak myśleć o pewnej decentralizacji i uruchomieniu następnych ośrodków radioterapii w innych miejscach niż tylko te, które dzisiaj funkcjonują? To jest pytanie, które do mnie przyszło z kilku miejsc Polski. Ja nie jestem specjalistą onkologiem, żeby było jasne, tutaj więc musicie państwo... Chciałbym po prostu, żeby troszeczkę się nad tym zastanowić. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie, jakie pojawia się w wystąpieniach, a wiąże się z tym pierwszym, to jest to, czy przypadkiem te pieniądze – brak jest jakichkolwiek środków na inwestycje – nie stabilizują sytuacji, która się ukształtowała i niejako... Czy uda się zrealizować zakładane cele programu, jakim jest poprawa skuteczności leczenia i zwiększenie dostępności do poszczególnych miejsc leczenia, jeżeli ten program nie zostanie wyraźniej zdecentralizowany?

Z mojego doświadczenia... Nie widzę tutaj przedstawicieli z wydziału zdrowia z Wrocławia, których zapraszałem, żeby powiedzieli parę słów na temat tak zwanego programu samobadania piersi we Wrocławiu oraz doświadczeń z realizacji programów

z centrali. Otóż, mając od ośmiu lat realizowany program samobadania piersi, który polegał na edukacji kobiet w pięćdziesięciu punktach profilaktyki, oraz organizując ośrodek szybkiej diagnostyki dla osób, które w tym programie wymagały diagnostyki, a także robiąc dobrą ścieżkę z programu diagnostycznego do leczenia, wydział startował w przetargu o pieniądze na skrining mammograficzny i przegrywał te pieniądze z przypadkowymi dostawcami, mimo że oferowaliśmy stosunkowo korzystne ceny. Można więc powiedzieć, byliśmy we Wrocławiu jedyną grupą, która prowadziła kompleksowy, diagnostyczny program edukacyjny, profilaktyczny, leczniczy, a jednocześnie centrala była – delikatnie mówiąc – mało wrażliwa na naszą ofertę.

Pytanie brzmi, jak się zabezpieczyć przed takimi sytuacjami, co zrobić, żeby edukacja, którą chcemy robić w poziomach profilaktycznych była skuteczna? W jaki sposób zdecentralizować ten program tak, żeby byli nimi zainteresowani lekarze pierwszego kontaktu, by rodzaj oferowanej edukacji rzeczywiście przekładał się na zwiększanie bezpieczeństwa chorych?

Nie taję, że trudno jest polemizować z zapisanymi celami tego programu, bo one są sformułowane słusznie. Raczej nie spodziewałbym się w tym względzie dyskusji. Chociaż tutaj są zdecydowani lepsi fachowcy ode mnie. Ale stawiam te tezy w oparciu o pewne nadchodzące do mnie sygnały. Może jeszcze w tej części zwrócę się z prośbą do pana ministra o odniesienie się do tych uwag, zanim puścimy w koło prawo zabierania głosu.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Dziękuję bardzo za to pytanie, Panie Przewodniczący.

Chcę powiedzieć, że to, co jest bardzo istotne w tym programie, to jest osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w skuteczności leczenia. Skuteczność leczenia w onkologii to jest głównie leczenie kompleksowe, leczenie w ośrodkach, które mają, po pierwsze, doświadczenie, po drugie, są zespołami interdyscyplinarnymi, po trzecie, mają dostęp do pełnej gamy diagnostyki, po czwarte, są jednak ośrodkami referencyjnymi, po piąte, poddają się monitorowaniu i możemy wiedzieć, jakie są te wyniki. I tam, według naszej oceny, powinny być koncentrowane środki.

Znakomitym przykładem – poproszę pana profesora Nowackiego, żeby o tym powiedział w dwóch zdaniach – jest leczenie nowotworów jelita grubego. Nowotwory jelita grubego leczy się w różnych miejscach, ale tylko w nielicznych wyniki są wynikami, które możemy porównać – są takie miejsce, które pewnie nawet przewyższają – ze wskaźnikami europejskimi. Dlatego myślę, że warto o tym zapomnieć, że onkologia jest dla wszystkich. Onkologia jest dla tych, którzy rzeczywiście spełniają pełnią pewne kryteria, głównie kompleksowości leczenia.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, poproszę pana profesora Nowackiego o omówienie tego.

**Dyrektor Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Marek Nowacki:**

Tutaj możemy powiedzieć z Ministerstwem Zdrowia o wspólnym sukcesie. Program badań przesiewowych, jeżeli chodzi o kolonoskopię oferowaną raz na dziesięć lat

ludziom w grupie ryzyka, czyli między pięćdziesiątym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia, prowadzony jest już kilka lat. Pokłósiem tego jest zgromadzony do, powiedzmy, zeszłego miesiąca materiał siedemdziesięciu siedmiu tysięcy przebadanych Polek i Polaków. I rzeczywiście jesteśmy w stanie udowodnić i mam nadzieję, że w ciągu najbliższych paru miesięcy będę mógł przedstawić państwu międzynarodową weryfikację tego, co zrobiliśmy. Recenzje, jakie tu uzyskaliśmy, mówią o tym, że należymy do jednego z trzech pionierskich krajów pod tym względem. To jest etap profilaktyki.

Jeżeli chodzi o wyniki leczenia, bo na ten temat pan minister polecił mi odpowiedzieć, to wyniki leczenia w ośrodkach wyspecjalizowanych są bardzo dobre. One nie odbiegają, proszę państwa, od wyników leczenia dużo, w cudzysłowie, zdrowszych chorych w prywatnych lecznicach, na przykład w Stanach Zjednoczonych. Na przykład wyniki w Warszawie, w naszych rękach, są absolutnie takie same, pod każdym względem, jak w wielu dużych ośrodkach amerykańskich. To jest efekt skoncentrowania tego wszystkiego od wczesnego rozpoznania poprzez prawidłowe leczenie, głównie skojarzone, w jednym gmachu.

Jeżeli pan przewodniczący, pan minister pozwoli, to ja bym chciał przypomnieć bardzo istotną sprawę, bo tu pada bardzo mocny zarzut, że program jest napisany pod ośrodki. Proszę państwa, w 1952 r. w Polsce ukształtowała się pewna wizja tworzenia ośrodków, zwanych obecnie *comprehensive cancer centres*. W ramach dotychczasowych działań przez te lata powstały pełnoprofilowe ośrodki, które cierpią na biedę, ale z innych powodów, nie z tego, że nie wiedzą jak leczyć, tylko z niedoboru środków. Leczenie powinno być skoncentrowane w wyspecjalizowanych ośrodkach. Tak jak, pan minister był uprzejmy wspomnieć, to powinna być opieka kompleksowa.

Pan przewodniczący wspominał o samobadaniu piersi. Oczywiście, tak, to jest szkolne przykazanie dla pań. Ale proszę państwa, nie oszukujmy się, powiedzmy to bardzo wyraźnie, samobadanie piersi nie wykryje zmian przedklinicznych, a mammografia jest jedynym sposobem międzynarodowo uznanym jako narzędzie badania przesiewowego. Tu są inne problemy. Tu jest pierwszy problem, który trzeba rozwiązać i mam nadzieję, że rozwiążemy w tym roku przynajmniej częściowo, to jest kontrola jakości. To musi być tak, że panie, które na to badanie się zgłoszą, mają racjonalną podstawę przypuszczać, że jakość tego badania jest dobra.

Ja już nie chcę powtarzać w tej sali tych strasznych zestawień sprzed kilku lat dla miasta stołecznego Warszawy. One były okropne. Pozwalały bowiem na stwierdzenie, że większość badań mammograficznych wykonywanych w stolicy naszego kraju nie nadaje się do interpretacji i trzeba było te badania powtarzać. Tak że w największym skrócie: powstały ośrodki regionalne i te ośrodki leczą przyzwoicie. Zakres tego, co one oferują, oczywiście może nie być pełny. Są ośrodki w większym stopniu nastawione na niektóre nowotwory, niektóre są pełnoprofilowe.

Jest z nami na sali pan profesor Maciejewski, jeżeli będzie trzeba na pewno może odpowiedzieć lub poprawić to, co powiem. W Polsce jest w tej chwili dziewięć ośrodków, do których należy przypisać etykietę: ośrodki referencyjne. Te ośrodki po doposażeniu, jeżeli chodzi o najwyższą szkołę jazdy w radioterapii, są w stanie zabezpieczyć potrzeby wszystkich polskich chorych. Owszem, jest potrzeba budowy satelitarnych ośrodków, skromniej wyposażonych. Proszę państwa, tu powiem, i w razie czego proszę mnie poprawić, że w warunkach krajów Europy Zachodniej, u starych członków Unii, tworzenie nowego ośrodka radioterapii trwa sześć lat. Do tego trzeba ludzi. To nie jest tylko kwestia zakupu sprzętu.

A zatem główny nacisk jest położony na doposażenie w nowoczesną aparaturę tych ośrodków, które mają know-how, które wiedzą jak to zrobić. Dopiero później, w następnym kroku, możemy mówić o jeszcze większym poszerzeniu dostępności, bliżej miejsca zamieszkania, przez budowę ośrodków satelitarnych, co pochłonie znacznie mniejsze środki, bo kadra odpowiadająca za metodykę postępowania, plan leczenia, praktycznie w tych dużych ośrodkach jest.

Tak że na pewno trzeba, Panie Przewodniczący, tworzyć nowe placówki, ale w perspektywie i, że tak powiem, w zgodzie z hierarchią potrzeb. Nas nie stać na to, żeby nagle w ośrodku, który nie ma zaplecza, kadry... To bowiem nie jest kwestia tylko lekarzy radioterapeutów. To są fizycy medyczni, to są technicy. Proszę mi wierzyć, że w warunkach Centrum Onkologii w Warszawie skompletowanie techników w liczbie zgodnej z obecnymi przepisami zajęło nam jednak około dwóch lat. To nie jest kadra, która jest do wzięcia z ulicy, to nie jest kadra ludzi bezrobotnych. Oni są kształceni wiele lat i po to, żeby mogli obsługiwać tego typu aparaty, wymagają specjalnych certyfikacji. Może tyle, bo nie chciałbym się tu rozgadywać.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tylko ad vocem powiem, że w tym programie samobadania każda kobieta w wieku pięćdziesięciu lat jest diagnozowana, to znaczy ma robioną mammografię, a jeśli trzeba, to i pozostałe badania, włącznie z biopsją cienkoigłową. I muszę powiedzieć, że mimo iż nie jest to program nastawiony na skrining, to rocznie łapiemy w tym programie około trzydzieści zachorowań i są one zaopatrywane. To, co mówiłem o pewnym ryzyku centralizacji, to było coś, co chciałem po prostu poddać pod państwa rozważę.

W tej chwili mam pytanie, w pierwszej kolejności do państwa senatorów, czy macie państwo swoje uwagi lub pytania?

Bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Michał Okła. Bardzo dziękuję panu profesorowi Nowackiemu, bo rozwiązał moje wątpliwości. Już się przestraszyłem, że będziemy tworzyć nowe centra onkologii zamiast doposażać te, które mamy, wspaniałe. Decentralizacji powinna podlegać przede wszystkim całkowicie profilaktyka, która w tej chwili, niestety, nie funkcjonuje tak jak powinna. Niestety, wojewódzkie ośrodki koordynujące zwłaszcza są sobie całą profilaktykę. Jest to spowodowane przede wszystkim tym, że nasze organy założycielskie w szpitalach powiatowych nie sprawują żadnego nadzoru nad profilaktyką onkologiczną, a instytucje konsultanta wojewódzkiego są w tej chwili martwe, nie mają żadnej mocy sprawczej. Mam więc pierwsze pytanie do państwa, czy jest jakiś program, żeby wzmocnić nadzór nad profilaktyką w celu jej rozszerzenia do podstawowych szpitali powiatowych? Czy Ministerstwo Zdrowia przeznacza w ogóle środki i jakie środki, aby doposażyć szpitale powiatowe przede wszystkim w skopie i mammografy w tych jednostkach, w których te mammografy są w tej chwili słabej jakości i nie zapewniają odpowiedniej jakości badań? Czy proponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia warunki kontraktów na profilakty-

kę będą tak wygórowane, jak w poprzednich latach, gdzie praktycznie 70% szpitali nie było w stanie im sprostać?

Bardzo się również cieszę, bo widzę tutaj pana Jacka Putza, że państwo jako Rada postanowiliście współdziałać ze zdrowiem publicznym i że wreszcie będzie można osiągnąć cel poprzez prawidłową profilaktykę, jeżeli chodzi o oświatę zdrowotną. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Mam następujące wątpliwości. Niedawno wprowadziliśmy w Polsce system lekarza rodzinnego, gdzie określiliśmy, że lekarz rodzinny ma być między innymi przewodnikiem po systemie i ma prowadzić w szerokim zakresie profilaktykę. Patrząc na ten program, mam wrażenie jakby lekarz rodzinny był częściowo pominięty. Rozumiem bowiem, że musi być dobór ośrodków diagnostycznych po to, żeby zapewnić odpowiednią jakość badań, na przykład mammografii czy innych badań. W moim przekonaniu natomiast na te badania powinien kierować lekarz rodzinny, który posiadałby pulę skierowań, odpowiednią do jego listy osób, czyli do sytuacji demograficznej, obliczanej wskaźnikowo. I wtedy, uważam, byłaby prowadzona u lekarza rodzinnego prawdziwa profilaktyka. Taki dobór pacjentek, że wzywamy po prostu metodą radiową czy przez prasę, czy nawet bezpośrednio poprzez wezwania, powoduje pomijanie lekarza rodzinnego i jak gdyby ten lekarz rodzinny traci z pola widzenia swoich pacjentów. Wydaje mi się, że tutaj należałoby przemyśleć, jak urządzić ten system. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Jeżeli można...)

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Poproszę o odpowiedź pana profesora Steffena na pytanie, które jest bardzo dla nas istotne. Pani senator jak zwykle wlała miód w nasze serca mówiąc o lekarzach rodzinnych. Poproszę więc pana profesora Steffena o odpowiedź. Jeżeli natomiast chodzi o pytania pana senatora Michała Okły, to bardzo proszę, żeby odpowiedział pan dyrektor Dariusz Adamczewski.

**Przewodniczący
Rady Naukowej Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jan Steffen:**

Może najpierw powiedziałbym kilka słów o sprawie, jak został napisany program. Otóż program został napisany zgodnie z obowiązującymi standardami wypracowanym przez organizacje międzynarodowe. W tym względzie istnieją ogromne doświadczenia w skali międzynarodowej. My kiedyś bardzo się do niego dołożyliśmy. Po prostu istnieje pewien algorytm, jak tworzy się centralne programy zwalczania chorób nowotworowych, które muszą zawierać pewne elementy. Nasz program wszystkie te elementy zawiera. Jest to program absolutnie otwarty, a system otwartych konkursów gwarantuje, że wszyscy ci, którzy mogą się przyłożyć do jego realizacji, mają pełne możliwości, żeby to wykorzystać.

Jeżeli my słyszymy uwagę tego rodzaju, że skoro jesteśmy tacy źli, jeżeli chodzi o zwalczanie chorób nowotworowych, to może to jest wina starych struktur, to ja chciałbym odpowiedzieć na to w ten sposób. W roku 1990, kiedy ukończyliśmy program, mieliśmy wyniki leczenia na średnim poziomie europejskim. Po czym była decyzja polityczna, wbrew międzynarodowym tendencjom, żeby zlikwidować program. W tym czasie Europa tworzyła i pomyślnie realizowała program „Europa przeciw rakowi” i od tego czasu w krajach zachodnioeuropejskich osiągnięto postęp rzędu 20% zwiększenia liczby wyleczeń. My natomiast w ciągu ostatnich piętnastu, szesnastu lat jesteśmy w miejscu. To wynika po prostu z tego, że w tej chwili istnieje pełna świadomość, że musi być konsekwentna, wieloletnia polityka państwa w dziedzinie zwalczania tych chorób. Jakiegokolwiek działania o charakterze akcyjnym lub działania nieprofesjonalne nie prowadzą do żadnych wyników.

Teraz jeżeli chodzi o rozłożenie akcentów i priorytety, dlaczego na początku radioterapia? Ze względu na to, że również z ekspertyz międzynarodowych wynika, iż w krajach Europy Centralnej i Wschodniej można poprawić wyniki leczenia nowotworów w granicach co najmniej 15% – tak oni podają – jeżeli radioterapia, która znajduje zastosowanie w różnych fazach choroby, u 70% chorych, jest powszechnie dostępna. Poza tym, jeżeli rozpoczynamy programy profilaktyczne, musimy w okresie najbliższych lat liczyć się z tym, że będziemy mieli więcej chorych do leczenia we wczesnych stadiach zaawansowania. I stąd na początku akcent na radioterapię.

Sprawa skryningu. Dotychczas w Polsce uprawiano tak zwany skryning oportunistyczny, a skryning musi być prowadzony, po pierwsze, konsekwentnie, w określonych odstępach czasu, i musi być prowadzony z zachowaniem zasad kontroli jakości. Jak ważne są zasady kontroli jakości, to pokazuje taki polski eksperyment populacyjny. Usłyszeliśmy bowiem – pewnie przed rokiem czy półtora – że w Polsce zbadano około, ja nie wiem, dwieście pięćdziesiąt tysięcy kobiet i wykryto dwa i pół tysiąca raków piersi. Wtedy mogliśmy tylko powiedzieć, że został pobity światowy rekord, którego już nikt nie pobije. To oznacza, że wśród tych rozpoznań była przeważająca liczba rozpoznań fałszywie pozytywnych i to pokazuje na znaczenie spraw dotyczących kontroli jakości. Musimy systematycznie odbudowywać system kontroli jakości, profesjonalizmu. To będzie proces, który pewnie będzie trwał dwa czy trzy lata. Pewnie wiele elementów trzeba będzie tam inaczej zorganizować. Trzeba będzie znaleźć miejsce, mię-

dzy innymi, dla lekarzy pierwszego kontaktu, bo to jest kwestia jaki odsetek populacji uczestniczy w tych programach i to jest główna funkcja tych lekarzy.

Jeżeli konkursy będą zorganizowane na zasadzie terytorialnej – czyli, że ktoś, kto wygrywa konkurs, odpowiada za dane terytorium, uruchomi wszystko, prawda, współpracę z lekarzami pierwszego kontaktu, współpracę ze społecznościami lokalnymi, z kościołem, z różnymi organizacjami – wtedy to rozpocznie funkcjonować. Jest też pełna świadomość, że lekarze pierwszego kontaktu mają ogromną funkcję w skuteczności zwalczania chorób nowotworowych, ponieważ ponura polska statystyka jest taka, że co najmniej połowa opóźnień w rozpoznaniach nowotworów we wczesnych fazach jest zawiniona przez lekarzy pierwszego kontaktu. Stąd jest ten ogromny nacisk na sprawę dotyczące również edukacji tych lekarzy i edukacji studentów.

Oczywiście w tym względzie akademie medyczne mają do spełnienia ogromną rolę. Wiele z nich ma pozytywne doświadczenia. Tylko, że tam potrzeba przełamać pewne stereotypy. Wiadomo dokładnie, co należy zrobić. Są znane dobre programy. W Polsce są nawet dobre podręczniki. Znana jest zasada koordynowania treści nauczania i to po prostu wszystko stoi przed nami.

Myślę, że program ma tę jedną pozytywną stronę, że on jest bardzo otwarty i że on się daje modyfikować. On ma być monitorowany i jeżeli będą jakieś usterki, uchybienia i braki, to istnieje możliwość bardzo szybkiego reagowania. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

(*Głos z sali:* Jeszcze nie odpowiedzieliśmy na pytania pana senatora.)

Tak, bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia Dariusz Adamczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Pozostało mi jedynie dopowiedzieć kilka kwestii, uszczegóławiając wypowiedź pana profesora Steffena. Otóż, jeśli chodzi o badania przesiewowe, zostały już powołane centralne i wojewódzkie ośrodki koordynacyjne. W związku z tym zarządzanie programem zostało zdecentralizowane, ponieważ każdy region ma swój ośrodek. Jednocześnie jest pełen nadzór centralny nad działalnością tych ośrodków. Ośrodki te będą się zajmować, po pierwsze, kontrolą jakości procedur wykonywanych w badaniach przesiewowych, które są kontraktowane przez NFZ. Będą również miały – na mocy porozumienia, które zostanie na początku przyszłego tygodnia podpisane między ministrem zdrowia a prezesem NFZ – możliwość wpływania na warunki kontraktowania na kolejne lata badań przesiewowych.

Będą wprowadzane wszystkie elementy, o których mówił pan profesor Steffen, jak również działania, które będą wynikały z bieżącej analizy stopnia uczestnictwa kobiet w programie, oraz mechanizmy, służące poprawie poziomu uczestniczenia. A więc z pewnością zostaną włączeni również lekarze rodzinni w proces zapraszania, kontroli, czy pacjentki miały wykonane badania, oraz do wszelkich czynności, które lekarz rodziny jest w stanie wykonać, łącznie z wysłaniem pielęgniarki środowiskowej i, mó-

więc kolokwialnie, doprowadzeniem pacjentki na badania. Ten program będzie stopniowo o te działania poszerzany.

Wojewódzkie ośrodki koordynacyjne będą zajmować się również edukacją, zarówno lekarzy specjalistów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu, a także działaniami edukacyjnymi skierowanymi do pacjentek, tak aby w tych badaniach przesiewowych, wycelowanych w nowotwory sutka i w nowotwory szyjki macicy, poziom uczestnictwa w programie i świadomość onkologiczna były jak najwyższe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Senator Rudnicka, bardzo proszę.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Częściowo pan dyrektor już wspomniał o tym temacie, który chciałam poruszyć. Chodzi mi bowiem o to, jaka jest korelacja między Narodowym Funduszem Zdrowia a programem. Po prostu jak to słowo ma się w ciało obrócić? Jak te sprawy wyglądają?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia Dariusz Adamczewski:**

Dziękuję bardzo.

Tak jak wspomniałem, porozumienie będzie obejmować badania przesiewowe. To jest jakby nasz pierwszy krok w kierunku pełnej korelacji działań pomiędzy programem a NFZ, krok chyba najważniejszy. Tak naprawdę rola płatnika w kontraktowaniu badań skринingowych jest olbrzymia. Zasięg tych badań jest, a przynajmniej będzie, docelowo ogromny. To jest populacja w przypadku raka szyjki macicy około dziewięciu milionów kobiet, w przypadku raka sutka prawie czterech milionów, mniej więcej trzy miliony osiemset tysięcy. To porozumienie obejmuje pewną modyfikację bazy informacyjnej NFZ, tak żeby każda pacjentka wchodząca do programu była widoczna w bazie, żeby NFZ miał kontrolę i wiedzę, które pacjentki się zgłosiły, które nie.

Analizą, po pierwsze, powodów, dla których pacjentki na badanie się nie zgłosiły; po drugie, analizą i przyporządkowaniem poszczególnych pacjentek do grup ryzyka, które będą podlegały badaniu częstszemu niż raz na trzy lata, tak jak to wynika z podstawowych założeń programu, będą zajmować się właśnie wojewódzkie ośrodki koordynacyjne, które będą wskazywać NFZ pacjentki, które należy wzywać częściej, bądź nieco zmodyfikować sposób zapraszania.

W ubiegłym tygodniu odbyło się również spotkanie pana ministra Pinkasa, pana prezesa Millera z dyrektorem Poczty Polskiej, która chce bardzo aktywnie włączyć się w program jako to medium, które będzie, po pierwsze, przygotowywać wysyłkę zaproszeń; po drugie, zajmować się wysyłką zaproszeń do pacjentek. Oczywiście, proponuje się tutaj pewne mocno preferencyjne warunki, co jednocześnie obniży koszty programu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani poseł Okularczyk, bardzo proszę.

Witamy na posiedzeniu komisji senackiej. Bardzo się cieszymy,

(Poseł Stanisława Okularczyk: Dziękuję uprzejmie.)

Co prawda nie z komisji zdrowia, ale...

Poseł Stanisława Okularczyk:

Ale zaangażowana emocjonalnie. Reprezentuję Komisję Finansów Publicznych, a także komisję europejską i bardzo zaangażowałam się w te sprawy. Proszę państwa, Polska, jak wiemy wszyscy, jest enklawą umierania na nowotwory. Jak powiedział pan minister, jesteśmy w ogonie Europy. Wyliczyłam, proszę państwa, gdzie pies jest pogrzebany. W Polsce dajemy na te cele na osobę tylko 6 zł 20 gr, czyli przeznaczamy 1,4 euro na walkę z nowotworami. Jest to kilkanaście razy mniej niż w przypadku innych krajów starej Europy, a kilkadziesiąt razy mniej niż dają Amerykanie. I tu jest początek dramatu.

Dlatego będąc na posiedzeniu komisji finansów, już zaczęłam dyskusję z przewodniczącym komisji finansów. W obecności pana Millera zapytałam, jaką mamy kasę, mówiąc kolokwialnie, na systemową profilaktykę przeciwnowotworową. Pani przewodnicząca powiedziała, że to jest pytanie nie na temat, ale pan Miller wyjaśnił mi ile i już wtedy byłam, proszę państwa, przerażona. Ja nawet widzę źródło finansowania co najmniej dziesięciokrotnie większego niż obecnie. Bez walki się tu nie obejdzie. My musimy zacząć starania i w komisji finansów. Bardzo zachęcam pana ministra Pinkasa. Przecież możemy opodatkować w Polsce hiperbiznes, jakim jest biznes tytoniowy i spirytusowy, który naprawdę jest w Polsce chyba najmniej opodatkowywany. Przecież my tu mamy ewidentne źródło do zasilania służby zdrowia i skończą się problemy z ustawą 203, profilaktyką i wszelkie inne kłopoty. Na miłość boską, musimy, proszę państwa, uprzytomnić premierowi, jaka to jest skala różnic w stosunku do reszty Europy. Naprawdę służba zdrowia nadal tak funkcjonować nie może i także nasza populacja nie musi dalej umierać, najbardziej w środku Europy. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Ja może odpowiem.)

Tak?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Mogę od razu odpowiadać?)

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

To jest nadzwyczaj istotny głos. Bardzo serdecznie dziękuję za tak duże wsparcie. Chyba półtora miesiąca temu w Sejmie podczas debaty plenarnej przedstawiałem

problemy nikotynizmu. Jak państwo wiecie, jestem głównym apologetą niepalenia tytoniu w resorcie. Jestem szalenie ortodoksyjny i o niczym innym nie marzę, tylko o tym, żeby cała akcyza poszła na zdrowie, żeby był grosik za papierosik.

Niestety, muszę powiedzieć, że w trakcie debaty plenarnej – miała być o godzinie pierwszej, gdy jeszcze byli posłowie, wszystko jednak się przeciągnęło i rozpoczęła się późno o godzinie trzeciej – na sali było już sześciu czy siedmiu posłów. Tak że cięszę się, że pani poseł da nam tutaj wsparcie. Mówię: da wsparcie, dlatego że 10 maja odbędzie się debata w parlamencie dotycząca zdrowia. Taki głos jest głosem, który napawa otuchą, ponieważ musimy do tego systemu dopuścić pieniędzy. Inaczej bowiem już się nie da. 3,86 PKB na zdrowie to jest absolutnie ogon Europy. Nasi sąsiedzi już mają 6% PKB i jeżeli do tego nie dojdziemy, to za pomocą różnego typu oświadczeń oraz woli nic z tego nie wyjdzie. Do nowoczesnej diagnostyki są potrzebne pieniądze, a nowoczesna diagnostyka to są także dobrze opłacani ludzie. Tak że bardzo serdecznie dziękuję. To jest bardzo istotny głos.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Chcę tylko prosić pana dyrektora, bo nie odpowiedział na moje pytanie odnośnie przewidywanych środków na zakup sprzętu dla ośrodków niższego szczebla do diagnostyki.

**Dyrektor Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Marek Nowacki:**

Jeżeli można. Jeżeli chodzi o kolonoskopię, cena jednego badania wynosi w Polsce 295 zł. Pani poseł to jest związane z niską ceną siły roboczej, mówiąc znowu kolokwialnie. Oczywiście ta stawka powinna być większa. Jednak radzimy sobie i z amortyzacji, która tam jest wliczona bardzo skromnie, jesteśmy w stanie odtwarzać sprzęt, ale rzeczywiście z biedą. Mało tego, pracowaliśmy już nad doposażeniem ośrodków pełnoprofilowych w taki sprzęt, jak mammografy. Okazuje się, że w prywatnych rękach często mammografy są dużo nowocześniejsze niż w państwowych szpitalach, które tworzą sieć regionalnych szpitali onkologicznych. Tak że i ten aspekt jest rozpatrywany. Tylko znowu tu jest kwestia środków, których musi wystarczyć.

Jeżeli wolno, Panie Przewodniczący, bo pan senator pytał również właśnie o liczbę przyznawanych badań niektórym ośrodkom. Otóż sprawa polega na tym, że te środki należy koncentrować, zwłaszcza w tym pierwszym okresie. Te pieniądze muszą pójść do ośrodków o dużych mocach przerobowych. Tam koszt jednostkowy badania jest tańszy. Ja mogę podać przykład. Zatrudnienie fizyka medycznego też stanowi koszt, ale taki fizyk w dużym ośrodku musi być i musi mieć narzędzia do kontroli jakości zarówno parametrów, powiedziałbym najogólniej, elektrycznych, jak i parametrów jakości obrazu. Tak więc nie może być tak, że te badania są rozproszone, na przykład pięćdziesiąt badań mammograficznych na rok, bo i takie przykłady znamy. To

powinno być pięćdziesiąt badań mammograficznych dziennie na jednym mammografie. I do tego dążymy, mając naprawdę świadomość biedy, w jakiej nam wypadło żyć.

Jeżeli chodzi o badania cytologiczne, to nie wiem, jak pokieruje sprawą pan profesor Spaczyński, czy dalej Rada, ale uważam, że bez udziału położnych i pielęgniarek i bez centralnych dużych ośrodków diagnostycznych... Zrobić to badanie można wszędzie, problem, żeby wiedzieć, u których pań. Dlatego, że w Polsce wykonuje się w Polsce straszliwą liczbę badań cytologicznych, tylko nie u tych pań, u których ją naprawdę trzeba zrobić. Stąd konieczna jest współpraca z Narodowym Funduszem, który pierwotnie w narodowym programie, tak jak go pisaliśmy, miał sprawować – jakby to powiedzieć – tę rolę naprawczą. Bo przecież cały ten narodowy program jest programem interwencyjnym, jest ukierunkowany na najpilniejsze potrzeby i jest modułarny, czyli co roku te priorytety mogą się zmieniać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Łyczak.

Bardzo proszę.

(Senator Michał Okła: Może ja tylko odpowiem panu profesorowi.)

Ad vocem.

Senator Michał Okła:

Tak, ad vocem.

Oczywiście, zgadzam się z tym, że ośrodki wyspecjalizowane powinny mieć jak najlepsze mammografy do szczegółowej diagnostyki. Do badania skринingowego natomiast wystarczą w powiatowych szpitalach mammografy niższej jakości. I tak, dla przykładu, w moim szpitalu, gdy ten program został wprowadzony w końcu roku, wykonaliśmy w półtora miesiąca tysiąc pięćset badań mammograficznych. Wykrywa się choroby nowotworowe. Jeżeli są wątpliwości, jesteśmy w tej chwili w stanie, w dobie już internetowej, otrzymać po paru minutach odpowiedź od ośrodka koordynującego. Tak że moje pytanie dotyczyło tego, czy właśnie szpitale powiatowe będą mogły z tego programu korzystać w celu doposażenia w skopie i mammografy, te szpitale, które mają gorszej jakości mammografy?

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia Dariusz Adamczewski:**

Jeśli można? Jeszcze nie w tym roku. W tym roku Rada podjęła decyzję o przeznaczeniu wszystkich środków inwestycyjnych, praktycznie wszystkich, na radioterapię. Głównie radioterapia będzie dofinansowana olbrzymią kwotą z powodów, o których panowie profesorowie...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

W kolejnych latach tak. Na pewno.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Pan senator Łyczak, bardzo proszę.

Senator Józef Łyczak:

Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, Szanowni Państwo!

Jak liczna jest najmłodsza polska Polonia mieliśmy okazję przekonać się obserwując powroty, odwiedziny w okresie ostatnich świąt. Zmierzam do tego, że w grupie wyjeżdżających za chlebem jest bardzo dużo lekarzy i pielęgniarek. Ostatnie rozmowy płacowe, myślę, że nie spowolnią tego procesu. Moje pytanie do pana ministra jest bardzo proste. Ten program, nad którym dziś debatujemy, jest bardzo dobry, bardzo potrzebny, bardzo szczytny. Czy tylko będzie kto miał go w pełni zrealizować? Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Jarosław Pinkas:

10 maja w trakcie debaty parlamentarnej pan profesor Religa pokaże obecny stan całej ochrony zdrowia – ochrony zdrowia, nie tylko służby zdrowia – i pokaże także plan naprawy sytuacji, naprawy wieloletniej, ponieważ nic nie może zdarzyć się od razu. Koledzy, którzy wyjeżdżają, wyjeżdżają z powodu dwóch kategorii zdarzeń. Pierwsza, mniej istotna, to są sprawy finansowe. Druga, bardziej istotna, to są względy kulturowe. To jest kwestia kultury pracy, może mniej feudalnej medycyny niż jest u nas w Polsce. Ale nie wyjadą wszyscy. Część wyjeżdża po to, żeby się kształcić. Część wyjeżdża po to, żeby przywieźć kapitał do założenia swojego własnego warsztatu pracy. Najważniejsza – to, co możemy w tej chwili dać i myślę, że resort to daje – jest perspektywa, że będzie lepiej i oczywiście pytanie, czy należy nam ufać, czy można nam ufać?

Pan profesor Religa ma to do siebie, że jak sobie coś założy, to do tego dojdzie. Pracuję z profesorem osiemnaście lat i wiem, że jeżeli sobie coś postanowi, to jest bardzo skuteczny. 1 stycznia postanowił, że lekarze opieki podstawowej dostaną 240 milionów zł dodatkowo, żeby zakończyły się protesty lekarskie. Następnego dnia wszystkie media napisały, że jest to nierealne, że te obietnice to są gruszki na wierzbie. 1 kwietnia wszyscy lekarze opieki podstawowej dostali 240 milionów zł. Jest to kolejny asumpt do tego, żeby powiedzieć, że jest to skuteczny polityk, który nie rzuca słów na wiatr. W tej chwili mówimy o tym, że w systemie może pojawić się na płace 800 milionów zł i te pieniądze są. Gwarantem tych pieniędzy jest pan prezes Miller, który ma je w swojej sakiewce. Jest pan prezes Lejk, który, myślę, może to potwierdzić.

Wystarczy stworzyć dobre prawo, które w racjonalny sposób te pieniądze rozdzieli i już będzie trochę lepiej. Lepiej będzie za wiele lat. My nie odpowiadamy, Panie Senatorze, za pięćdziesiąt lat zaniedbań, za słynne słowa, że kelner i lekarz jakoś sobie dorobią. My musimy zmienić mentalność ludzi. Pokazać, że medycyna kosztuje ogromne pieniądze, że misja misją, a z tego zawodu trzeba normalnie, godnie żyć. Trzeba sobie kupić podręczniki. Trzeba inwestować w swoje dzieci. Trzeba godnie żyć i umieć się porównać z prawnikami i innymi grupami zawodowymi, które wcześniej już zadbały o swoją przyszłość. Nic innego nie robimy, tylko przekonujemy do tego, że najważniejsza jest perspektywa, że będzie lepiej i to perspektywa trzyma ludzi przy życiu.

Panie Senatorze, nic więcej nie mogę panu powiedzieć, ale to jest absolutnie najbardziej zogniskowany problem w Ministerstwie Zdrowia. Tak naprawdę niczym innym w tej chwili się nie zajmujemy, nad czym głęboko boleję, tylko walczymy z po-

żarami. Moim marzeniem byłoby to, żebym każdego dnia nie musiał mówić coś do mediów na tematy bieżące, tylko mówić właśnie na temat istotnych perspektyw. To jest dla mnie wielką przyjemnością, że mogę dzisiaj być z państwem, ponieważ jest to coś mądrego, dobrego, pokazuje perspektywę rozwiązania pewnego problemu, czegoś najbardziej spektakularnego, co możemy zrobić wszyscy i musimy zrobić wszyscy.

Państwo jesteście emanacją narodu, państwo ten program uchwalcie, państwo go zatwierdzacie, państwo patrzycie nam na ręce, czy my go robimy dobrze, po to jest to dzisiejsze spotkanie. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Marek Lejk:

Marek Lejk, zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chcę odpowiedzieć na parę pytań, które tutaj zadali państwo senatorowie, a jednocześnie przekazać państwu informację. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje w 2005 r. świadczenia z zakresu onkologii o wartości 1 miliarda 855 milionów zł, w siedmiu grupach, w tym: leczenie w oddziałach szpitalnych, leczenie w poradniach, programy profilaktyczne, programy terapeutyczne, chemioterapia, refundacja leków onkologicznych.

W 2006 r., tak jak i w 2005 r., również w tych grupach Narodowy Fundusz Zdrowia będzie finansował świadczenia zdrowotne. W związku z programem realizowanym zapisanym na mocy ustawy o narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych, Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach programów profilaktycznych w 2006 r. zwiększa zasadniczo środki na wykonanie dwóch programów, które były finansowane na poziomie 46 milionów zł w 2005 r. W 2006 r. będą finansowane na poziomie 140 milionów zł. Uważamy, że środków finansowych na realizację programów profilaktycznych raka szyjki macicy i raka piersi nie zabraknie. Jesteśmy świadomi, że środków finansowych w systemie jest zbyt mało, ale wydaje nam się, iż zwiększenie planu finansowego w stosunku do programów profilaktycznych, o których wspominałem, zdecydowanie poprawi możliwość przebadania większej liczby kobiet, które w tych programach powinny się znaleźć. W przypadku raka szyjki macicy chodzi o kobiety od dwudziestego piątego do pięćdziesiątego dziewiątego roku życia, w przypadku raka piersi chodzi o kobiety od pięćdziesiątego do sześćdziesiątego dziewiątego roku życia. Tyle o sprawach, które są tutaj bardzo istotne, a mianowicie środki finansowe.

Uważamy również, że środki finansowe pochodzące z budżetu państwa, które będą realizowały Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, zobowiązują Narodowy Fundusz Zdrowia do poszukiwania środków zwiększających zakup świadczeń w tych siedmiu grupach, o których wspominałem wcześniej. Taka sytuacja jest bardzo poważnie rozważana przez Narodowy Fundusz Zdrowia na 2007 r. Jeżeli tylko znajdziemy wyjście z sytuacji, którą tutaj omawiał pan minister Pinkas, to oczywiście środki finansowe będą w pierwszej kolejności kierowane na onkologię, nie zapominając również o takich dyscyplinach, jak kardiologia czy na przykład neonatologia czy w ogóle leczenie chorób dzieci.

Jeśli chodzi o warunki udzielania świadczeń w ramach realizacji programów, to Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł kontrakty na 2006 r. ze świadczeniodawcami, którzy przyjęli warunki udzielania świadczeń zawarte w materiałach informacyjnych na 2006 r. Z mocy prawa prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie może zmieniać warunków w trakcie realizacji kontraktów, a więc nie może zmienić warunków na 2006 r. Wychodzimy natomiast z założenia, że warunki udzielania świadczeń w tych programach są niezwykle istotnym elementem i na jednym z pierwszych posiedzeń Rady zaproponowałem, aby Rada, będąca ciałem opiniodawczo-doradczym ministra zdrowia, zapoznała się z projektami warunków udzielenia świadczeń w tych dwóch programach profilaktycznych na 2007 r. i zaakceptowała te warunki. Myślę, że takie materiały przedstawimy Radzie i sądzę, że opierając się na doświadczeniu wybitnych specjalistów w dziedzinie onkologii będzie można albo utrzymać, albo zmienić te warunki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pan senator Kraska, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Mam pytanie do pana profesora Nowackiego. Panie Profesorze, czy liczba wykonanych w roku 2005, czyli około dwadzieścia pięć tysięcy badań kolonoskopowych w programie wykrywania raka jelita grubego, jest dla pana profesora liczbą zadowalającą i wystarczającą i czy ewentualnie w 2006 r. jest przewidziana jakaś inna liczba tych badań?

Dyrektor Centrum Onkologii

– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Marek Nowacki:

Mogę odpowiedzieć, że zaczynaliśmy to badanie pod nadzorem ministra zdrowia cztery lata temu. Było pięć ośrodków. Obecnie w tym programie bierze udział już pięćdziesiąt osiem ośrodków w Polsce i powinno być ich więcej. Takie jest założenie, tylko najpierw trzeba byłoby zgromadzić... Tu przecieraliśmy szlaki. To jest bowiem jedna z metod, międzynarodowa, zalecanych jako metoda skringowa. Ale nie jedyna. Niejako więc przecieraliśmy szlaki pod patronatem ministra zdrowia. Efekt jest bardzo dobry i dążyć będziemy do tego, żeby tych ośrodków było więcej. Mogę panu senatorowi powiedzieć, że w listopadzie ubiegłego roku zaczęliśmy przechodzić do fazy skringingu czynnego. Początkowo był on ewidentnie oportunistyczny. Efekt jest bardzo ciekawy, doceniony międzynarodowo i tak jak wspomniałem wcześniej, myślę, że będziemy mogli go na tej sali przedstawić.

(Senator Waldemar Kraska: A czy dla pana ta liczba jest wystarczająca?)

Oczywiście nie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor Maciejewski, bardzo proszę, zgłaszał się już kilkakrotnie.

**Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Bogusław Maciejewski:**

Chcę zabrać głos raczej w bardziej ogólnej, strategicznej sprawie. Istota i znaczenie Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych jest w ogóle sprawą niekwestionowaną. Zachodzi pytanie o cel tego programu? Mówiąc w sposób prosty, oczekujemy, że im szybciej wykryjemy, tym lepiej będziemy w stanie leczyć większą liczbę pacjentów we wczesnym stadium zaawansowania choroby nowotworowej przy użyciu strategicznych i skojarzonych metod leczenia. Chodzi o to, żeby zapewnić im największą szansę wyleczenia, najwyższą jakość życia po leczeniu i możliwość powrotu do społeczeństwa.

Pytanie jest, na jakim poziomie w tej chwili gwarantuje to współczesna onkologia. Współczesna onkologia nie dzieli się na chirurgię, radioterapię, chemioterapię w takiej sekwencji. To jest skojarzona taktyka leczenia, która dla każdego chorego bez względu na stopień zaawansowania musi być wybrana na wstępie przed podjęciem leczenia. Istotą jest sekwencja metod i czas ich trwania. Im ten czas jest krótszy, tym większa jest skuteczność. Jakakolwiek pomyłka na etapie realizacji takiej strategii przekłada się gwałtownym spadkiem szansy wyleczenia chorego. Ile kosztuje leczenie chorego we wczesnym stadium choroby nowotworowej w formie kompleksowej? Średnio około 50 tysięcy zł. Jeżeli taki chory będzie leczony w sposób nieoptymalny, to on jeszcze dalej ma szansę leczenia radykalnego. Drugie 50 tysięcy zł. Jeżeli dojdzie do wznowy, rozsiewu procesu nowotworowego, to ten chory jest nie do uratowania, jest natomiast gonitwa przerzutów i zabezpieczenia stagnacji choroby. To już kosztuje 300 tysięcy zł. Jeżeli do tego się dołączy drogie leki w programach strategicznych, to ta kwota wzrasta do 500 tysięcy zł na pacjenta. Tak wygląda pole bitwy.

Jak to wygląda w Polsce dzisiaj? Dlaczego nie mamy tak zwanego sukcesu, jeżeli chodzi o wyleczalność? Ponieważ ciągle prawie 50% chorych jest kwalifikowanych do leczenia paliatywnego. Ciągle 50% kwalifikowanych jest do leczenia radykalnego, które jest skuteczne zaledwie w 20 do 25%. Czyli ilu ratujemy chorych z tej grupy stu teoretycznie chorych? Piętnastu do dwudziestu. Na resztę dajemy środki, ponieważ ci chorzy będą leczeni w sposób skojarzony i kosztowny.

Jak w tym aspekcie wyglądają narzędzia, którymi się posługujemy? Z punktu widzenia kadry – co może jest paradoksem – kadra polskich onkologów ma jedno z najwyższych notowań nie tylko w Europie, i w świecie. Mówię to z pełną odpowiedzialnością jako członek dwunastoosobowej rady radioonkologii przy Unii Europejskiej. Polska radioterapia z punktu widzenia szkolenia specjalistycznego ma najwyższą pozycję w Europie. Podobnie doceniane są również osiągnięcia i poziom wykształcenia chirurgów onkologów i onkologów klinicznych. Rodzi się zatem pytanie, dlaczego skoro jest tak dobrze, jest tak źle? Ano dlatego, że katalog świadczeń zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie onkologii traktuje onkologię na poziomie sprzed piętnastu lat. Wszystkie procedury są kontraktowane czy katalogowane indywidualnie. Dam konkretne przykłady na zasadzie *evidence based*. Porada onkologiczna trzeciego stopnia, wysokospecjalistyczna, obejmuje jedno badanie specjalistyczne diagnostyczne. Królestwo temu, kto za pomocą jednego badania ultrasonograficznego rozpozna raka i oceni jego stopień zaawansowania i rozległość. Taki chory wymaga co najmniej trzech badań – ultrasonografii, tomografii komputerowej, rezonansu magne-

tycznego, obecnie już spektroskopii rezonansu magnetycznego, którego w ogóle nie ma w katalogu. Czyli taki chory przychodzi trzy dni pod rząd po to, żeby miał po kolei wykonane trzy badania, żeby u niego zdiagnozować chorobę nowotworową. Patologia, badania histopatologiczne prawie w ogóle nie są ujęte. Są zawarte, ale w ramach porady. Tymczasem to wszystko poszło tak daleko do przodu, że jeden chory potrzebuje co najmniej czasami pięćdziesięciu czy stu skrawków badanych histopatologicznie – co na pewno potwierdzi mój szef pan profesor Nowacki – jeżeli chodzi o odbytnicę, jeżeli chodzi o głowę i szyję, jeżeli chodzi o jajnik, jeżeli chodzi o płuco, jeżeli chodzi o pierś.

Mało tego, potrzebne są badania immunohistochemiczne. Nie chowajmy głowy w piasek. W Polsce nie mamy w tej chwili ośrodków, które oferują pacjentom chorym na raka diagnostykę molekularną i genetyczną. To już jest w przedsionku, to wchodzi, ale tego w ogóle nie ma w katalogu. Radioterapia, osobodzień z radioterapii, jest kontraktowany na poziomie 170 zł za osobodzień dla chorego leczonego radykalnie, 70 zł dla chorego leczonego paliatywnie. Toż ten chory leczony paliatywnie jest w o wiele gorszym stanie, z dodatkowymi minischorzeniami, niż chory leczony radykalnie. Mało tego, powiem ciekawszą rzecz, jeżeli taki chory jest na oddziale szpitalnym szpitala nieonkologicznego, to ordynator, dyrektor takiego szpitala dostaje 200 zł za osobodzień za radioterapię, podczas, gdy instytut onkologii – mówię o swoim – dostaje 170 zł przy zupełnie odmiennej opiece specjalistycznej.

Jeżeli chodzi o całą część dotyczącą diagnostyki chorób nowotworowych, która jest kluczowa w tym, żebyśmy wcześniej rozpoznawali nowotwór, to niestety katalog świadczeń zasadniczo jest przestarzały. Traktuje onkologię jako dziedzinę, w której postępowano tak piętnaście lat temu. Najpierw chirurgia, jeżeli jest wznowa to radioterapia, jeżeli jest następna wznowa – następna radioterapia, a jak już się nic nie uda to chemioterapia.

Żeby państwu powiedzieć, jak wygląda sprawa pewnej demagogii medialnej, to ja to podam na przykładzie Gliwic i na przykładzie środków, które wydaliśmy na leczenie chorych. Na chemioterapię na dwa tysiące trzysta chorych leczonych w sposób standardowy i skojarzony z radioterapią lub z chirurgią wydaliśmy w ubiegłym roku 2,5 miliona zł. W zakresie programów zdrowotnych z zastosowaniem drogich leków szanowni państwo doskonale pamiętają historię w prasie, że chorzy powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia są straceni, bo nie podaje im się życiowo ważnego leku. Dla stu pięćdziesięciu takich chorych kosztowało to 8 milionów zł. I teraz powiem państwu w rzeczywistości jaka jest skuteczność takiego leczenia. Ono u 20 do 30% chorych przedłuża życie o jeden do dwóch miesięcy. Policzcie państwo, ile kosztuje przedłużenie jednego miesiąca życia w złotówkach stosując takie leczenie. To jest racjonalna pragmatyka stosowana we wszystkich innych krajach.

Padło tu pytanie dlaczego jest taka centralizacja? Czy nie ma zasady decentralizacji w zakresie różnych programów narodowego programu walki z rakiem? Proszę państwa, my jesteśmy jedynym krajem obok Francji, który ma tradycję i sieć tak zwanych *comprehensive cancer centre*, czyli centrów onkologii, w których są skoncentrowane całe metody leczenia. Podobnie jest we Francji. Francja trzy miesiące później niż Polska również wprowadziła, rządowo zatwierdziła narodowy program walki z chorobami nowotworowymi, centra onkologiczne. Jest ich znacznie więcej, są uznane we Francji. To nie przeszkadzało Francuzom, rządowi, miesiąc po powołaniu takiego programu zatwierdzić powołanie niezależnego narodowego instytutu raka jako koordyna-

tora tej działalności. Tu nie chodzi o sprawę centralizowania środków. Tu chodzi o sprawę centralizowania merytorycznych programów do realizacji.

Padło tu pytanie o skryning mammograficzny. Dam następny przykład, gdzie jest po prostu racjonalne rozwiązanie. W Holandii nie ma żadnych barier, jeżeli chodzi o badania mammograficzne. Jest tylko jedna. Osoba, która chce prowadzić badania mammograficzne musi uzyskać certyfikat, akredytację i audyt, że umie, że wie, że badanie jest prawidłowo przeprowadzone i że ma właściwy aparat. Tylko tyle. Ten certyfikat nadaje jeden ośrodek onkologiczny w Nijmegen. I to jest centralizacja. Na tym to wszystko polega.

Przedostatnia rzecz, o której chcę powiedzieć państwu, miała miejsce dwa tygodnie temu. W Brukseli odbyło się w ramach Unii Europejskiej posiedzenie narodowych grup radioonkologii. Proszę państwa, Unia Europejska w programie PR7 na lata 2007-2013 przeznacza 46 miliardów euro z preferencją na aplikację kliniczną protomiki i genomiki głównie w onkologii. Po raz pierwszy wprowadzane są projekty inwestycyjne nowych rozwiązań technologicznych, z aplikacją kliniczną. W dużej mierze dotyczy to onkologii. Jeżeli podzielimy tę kwotę na dwadzieścia dwa kraje, to przypadałoby na Polskę 2 miliardy euro na siedem lat. Uważam, że gdybyśmy skonsumowali tylko 500 milionów euro, to już by było ogromne osiągnięcie.

Czy my to potrafimy zrobić? Merytorycznie i koncepcyjnie – tak. Potrafimy napisać konkurencyjne i bardzo dobre programy strategiczne w zakresie aplikacji nowych metod diagnostycznych do onkologii klinicznej. Gdzie jest problem? My nie wiemy jak to napisać. Nam potrzebne by było do tego biuro przy Ministerstwie Zdrowia, które by miało specjalistów, którzy by nam powiedzieli, jak zredagować taki wniosek i taki projekt badawczy, żeby on został zaakceptowany w Unii Europejskiej. Tu przegrywamy. Mamy w tej chwili skoordynowane działania nie z Zachodem jako ich wykonawcy, ale jako koordynujący i zarządzający z Pragą, Budapesztem, Bratysławą, Ljubljaną i ostatnio z Zagrzebiem. My możemy występować w układzie trzech konsorcyjnych instytucji i tu już jesteśmy akceptowani. Tylko, że my nie wiemy jak to napisać. Powiecie państwo: to się nauczcie. No dobrze, my się możemy tego nauczyć, tylko że wtedy nie będziemy się zajmowali chorymi.

Wreszcie ostatnia rzecz. Myślę, że to jest bardzo ważne. Przyniosłem tę gazetę, bo ona mnie bardzo zbulwersowała. To jest gazeta „Wprost” z zeszłego tygodnia, w którym pani redaktor Konarska mówi, że Polska stanie się Eldorado w zakresie medycyny, bo będziemy zarabiali ogromne pieniądze na leczeniu pacjentów z importu. Po czym pani Konarska pokazuje tabelę, z której wynika zupełnie coś odwrotnego, że koszty leczenia w Polsce są cztery, pięciokrotnie niższe.

Proszę państwa, ja jestem właścicielem firmy ubezpieczeniowej medycznej na Zachodzie, wszystkich swoich ubezpieczonych wysyłam do Polski i jeszcze daję im za darmo bilet, żeby tam pojechali i ja im zapłacę w Polsce za to i zarobię na tym 70%. Czy mamy na to dowód, że tak jest? Z oświadczeń pana ministra Religi wynika, że pan prezes Miller znalazł 350 milionów zł, żeby dołożyć do tych biednych lekarzy, żeby lepiej zarabiali, ze środków rezerwy, która miała być przeznaczona na leczenie Polaków za granicą.

Pamiętam z informacji zeszłorocznej, że Polska zapłaciła na Zachód...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To już jest luźno związane z programem dzisiejszym, tak że bardzo bym prosił o kończenie...)

Kończenie jest bardzo pesymistyczne.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Tak więc ja nie bagatelizowałbym tego, że Polacy wyjeżdżają do pracy na Zachód. Im bowiem nie chodzi o pieniądze. Bardzo czarno jawiłaby mi się przyszłość, gdyby polscy onkolodzy leczyli polskich pacjentów w zachodnich klinikach za polskie pieniądze.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo za ten interesujący wykład.

Ja tylko pamiętam taką informację BBC o tym, że NHS odmówił leczenia właśnie trzeciego stopnia, chemioterapii, kobiecie matce dwójki dzieci i został wystawiony pod pręgierz publiczny. Nie ugiął się. Została ogłoszona zbiórka publiczna na leczenie tej chorej. Ona została przeleczona i zmarła dwa miesiące później. O ile wystawianie pod pręgierz NHS przez media było agresywne i ostre, o tyle wzmianka o tym, że ta pani zmarła dwa miesiące potem było na siódmych stronach dzienników.

Bardzo proszę.

**Kierownik Katedry Onkologii
na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi
Radziszaw Kordek:**

Szanowni Państwo, pozwolą państwo, że się przedstawię. Nazywam się Radziszaw Kordek. Jestem profesorem, kierownikiem Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący, za zaproszenie tutaj. Jest mi bardzo miło, że akademicka onkologia również została zauważona. Słyszę tutaj, że będą pisane podręczniki do onkologii, że będą pisane programy do onkologii. Panie Ministrze, my mamy podręczniki i my mamy programy i my istniejemy. Oczywiście, nie wszędzie. Istniejemy w części tylko wyższych szkół, ponieważ duża część uczelni akademickich nie ma w ogóle swojej onkologii. Na przykład, Panie Profesorze Maciejewski, Śląska Akademia Medyczna nie posiada własnej onkologii i nie naucza w ogóle onkologii studentów. Dlatego jest jak jest. I musimy mieć tego świadomość.

Druga sprawa – minima, Panie Ministrze. Przepraszam, że ja tak będę się zwracał bezpośrednio. Minima programowe...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dobrze, że to nie bije w prowadzącego.) (Wesołość na sali)

Będąc dziekanem, kilka lat temu walczyłem o to – to nie jest oczywiście adresowane osobiście do pana profesora – żeby w minimach programowych na wydziale lekarskim był zawarty kurs integracyjny z onkologii. Walczyłem jak tygrys, przegrałem na całej linii. Z kim przegrałem? Z medykami sądowymi, przegrałem z chirurgami, bo w sumie to chirurdzy w końcu zniszczyli ten pomysł i przegrałem z Radą Główną Szkolnictwa Wyższego na całej linii. Dzisiaj nie ma wymogu, żeby był kurs integracyjny z onkologii na wyższych studiach. Bo nawet jak się robi, że są godziny, to te godziny dzielą między patologię a medycynę sądową, bo tam też się o onkologii da coś powiedzieć.

Szanowni Państwo, my ze sobą współpracujemy. Stworzyliśmy nawet taką organizację, która się nazywa Akademicka Sieć Onkologiczna i staramy się – chcę to

podkreślić – sami te rzeczy zrobić. Ale jest nam trudno i sami się ze wszystkim nie przebijemy. Nie ma pełnoprofilowych katedr onkologii. W niektórych uczelniach nie ma katedr onkologii w ogóle. Mało tego, jeżeli gdzieś one istnieją, to bardzo rzadko na własnej bazie. Jesteśmy gośćmi na bazie podlegającej zwierzchności politycznej. I muszę się przyznać, wynika to także z moich doświadczeń, że wielokrotnie jest to bardzo, bardzo trudne. To są kompletnie różne cele, kompletnie różne zadania. Ich bowiem nie interesuje dydaktyka. Ich interesuje przerób chorych. Sam dowód, że studenci Śląskiej Akademii Medycznej nie studiują onkologii w gliwickim Centrum Onkologii.

(Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski: No nie...)

To świadczy o tym, że jest jakaś rozbieżność celów.

(Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski: Pan udziela złych informacji. Przepraszam bardzo, Panie Profesorze, pan ma absolutnie złe informacje. Wszyscy studenci Śląskiej Akademii Medycznej od dziesięciu lat studiują onkologię w Instytucie Onkologii. Mało tego została powołana Katedra Onkologii przy Instytucie Onkologii. Mało tego ja wygrałem konkurs na kierownika tej katedry...)

Ja wiem o tym...

(Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski I to jest realizowane.)

Ja wiem o tym.

(Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski: Ale nie na papierze, ponieważ, gdy wystąpiłem na radzie wydziału o to, żeby przedłużyć szkolenie o dwa tygodnie, to członkowie rady wydziału i innych specjalności medycznych powiedzieli, że się nie zgodzą na to, aby oddać swoje pensum.)

Panie Profesorze...

(Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski: W związku z tym my za własne pieniądze ich szkolimy, bo Śląska Akademia Medyczna, chyba pan wie, jest w głębokim deficycie)

Przepraszam, jeśli mnie pan profesor tak zrozumiał.

(Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski: Ja odwracam tylko...)

Ja staram się wesprzeć te działania, a nie być przeciwko nim. Bardzo przepraszam, jeśli pan profesor mnie tak zrozumiał.

(Dyrektor Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski: Absolutnie nie. Zdementowałem tylko to, że moi studenci nie są szkoleni. Są szkoleni.)

Szanowni Państwo, a więc Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych przyjęła już w zeszłym roku stanowisko, że w każdej uczelni powinna być pełnoprofilowa katedra onkologii oparta na bazie własnej. Docelowo. Nie dzisiaj, nie jutro. Co się da zrobić jutro, zrobimy jutro. Co się da zrobić za pięć lat, zrobimy za pięć lat. Mam nadzieję doczekać tego, bo bez kadry akademickiej onkologia w tym kraju nigdy się nie poprawi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo za ten głos.

Też miałem sygnały od profesorów akademii medycznych wyrażających tego rodzaju obawy. I to postulowano jako element decentralizacyjny, żeby jednak uruchamiać ośrodki pełnoprofilowe w ramach akademii medycznych.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Emerytowany Profesor w Oddziale Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Mieczysław Chorąży:**

Temat jest gorący. Ja jestem...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Trzeba włączyć mikrofon.)

Moje nazwisko Mieczysław Chorąży. Jestem emerytowanym profesorem. Częściowo jeszcze pracuję w Instytucie Onkologii, w oddziale w Gliwicach. Chcę w kilku sprawach zabrać głos, nawiązując może do głosu pana profesora przed chwilą.

Proszę państwa, to jest prawda. W Polsce nie uczy się onkologii. Polska nie ma żadnych perspektyw, żeby skutecznie walczyć z rakiem, jeśli nie będzie upowszechnione nauczanie onkologii. Śląska akademia naucza onkologię i instytut też naucza onkologię. Według moich wiadomości ten kurs trwa trzydzieści godzin. W Warszawie trwa trzydzieści godzin. Myślę, że tylko Gdańsk, Łódź, chyba Poznań, chyba Szczecin, Wrocław mają nauczanie w trochę większym zakresie. Dla przykładu powiem, że w znanym mi ze Stanów uniwersytecie nauczanie onkologii w bloku trwa trzysta siedemdziesiąt pięć godzin, a nie trzydzieści godzin.

Co z tego wynika? Z tego wynika, że lekarz pierwszego kontaktu nie będzie mógł leczyć skutecznie i nawet kierować odpowiednio tego pacjenta. Mnie się wydaje, że nauczanie onkologii i rozwinięcie różnego rodzaju placówek onkologicznych – i klinik, i zakładów – powinno być tutaj jednym z priorytetów, jeśli wybiegamy w czasie o dziesięć czy więcej lat do przodu. W programie i w planie budżetu, który mam tutaj, tej sprawy nie widać. A to jest bardzo, bardzo ważny element.

Proszę państwa, pan przewodniczący mówił, że głównym celem tego programu, i ja tak rozumiem tę ustawę, jest uzyskanie po jego zakończeniu zahamowania zachorowalności. W moim przekonaniu i według mojej wiedzy na temat powstawania nowotworów, teoretycznej wprawdzie, ten cel nie zostanie osiągnięty po dziesięciu latach. Ten cel. To nie znaczy, że my nie musimy wejść w program zwalczania nikotynizmu i w cały program prewencji pierwszego rzędu. Ale ten cel będzie nieco bardziej odległy. Wydaje mi się natomiast, że ta prewencja też jest za mało zaakcentowana, jeśli chodzi o ogólną oświatę i wychowanie. My musimy społeczeństwo, nowe generacje wychować w innym duchu, począwszy od zwalczania nikotynizmu. Ja myślę, że jedną z pierwszych rzeczy, którą powinniśmy zrobić, to uchwalić w jak najbliższym czasie ostrą ustawę antynikotynową. Z tej ustawy powinny też wynikać pewne profity finansowe. Jestem bowiem za tym, żeby ostro opodatkować przemysł i w ogóle przyjrzeć się, jak ten przemysł tytoniowy działa.

Mnie się wydaje, że zahamowanie zachorowalności możemy stawiać jako cel w dalszej perspektywie i musimy to oczywiście uwzględnić też w tym programie, ale musimy też w większym stopniu zwrócić uwagę i na edukację lekarzy, i na powszechną edukację. Dlatego, działając od wielu lat na terenie Śląska w Polskim Komitecie Zwalczania Raka, zaproponowaliśmy na terenie województwa śląskiego, jako taki wzorcowy obszar, wprowadzenie nauczania w trochę inny sposób o zdrowiu, budowie

i funkcji organizmu ludzkiego i o chorobach z uwzględnieniem raka. Chcielibyśmy, żeby to znalazło odzwierciedlenie w jakichś drobnych na ten cel sumach budżetowych. Wojewoda śląski bardzo życzliwie odniósł się do tego projektu. Myślę, że szkolenie nowego pokolenia w duchu poszanowania zdrowia i w duchu wiedzy o tym, czym jest choroba, między innymi choroba nowotworowa, może przynieść gdzieś w dalszej perspektywie zmniejszenie zachorowalności.

Jeśli chodzi o programy przesiewowe na terenie Śląska, to kobiet, które podlegałyby przesiewowi, chodzi o granice wiekowe, pod względem raka sutka i raka szyjki macicy... Rak szyjki macicy to jest plama na naszej onkologii. Stale jeszcze rocznie umiera dwa tysiące kobiet na raka szyjki macicy, a w krajach skandynawskich ta choroba jest prawie nieznana. Proszę państwa, na terenie Śląska kobiet kwalifikujących się do takiego skryningu wiekowego jest około milion dwieście tysięcy. Tymczasem z tej populacji wejdzie w skryning około 20%, bo takie są możliwości finansowe, jak rozumiałem. Co nam to da? No da jakiś efekt, ale proszę pamiętać, że to nam da tylko jakiś wgląd w to, co się dzieje w tej populacji kontrolowanej.

Nie wiem, czy usadowienie wojewódzkich ośrodków koordynacyjnych nie powinno być jednak związane z centrami terenowymi onkologii i z instytutem onkologii, na przykład przy zakładach epidemiologii. Obawiam się bowiem, że może to być powołanie dosyć przypadkowych zespołów ludzi, którzy w tych wokach będą pracowali, operowali.

Jeszcze sprawa tej dużej kwoty, preliminowanej na urządzenia do radioterapii, i sprawa koncentracji radioterapii. Ja sądzę, że jeśli Polska będzie dążyła do zapewniania tego standardu – jeden aparat megawoltowy na trzysta tysięcy ludzi – to powinno być około sto dwadzieścia takich urządzeń. Jeśli my zakładamy, że te urządzenia mają być tylko w tych dziewięciu centralnych ośrodkach, to jest to jakaś nieprawidłowość. Ja...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę?

(Wypowiedź poza nagraniem)

No, tak słyszałem, że tę unikalną aparaturę koncentruje się w tych ośrodkach. Ośrodek centralny może być pełnoprofilowy i mieć najnowsze urządzenia, ale nie wszystkie rzeczy trzeba w tym ośrodku leczyć. Przecież można leczyć bombami kobaltowymi, można leczyć różne stany, które nie wymagają bardzo wyrafinowanych metod. Ponadto wyobrażam sobie, że mając dobrą sieć kontaktów, teraz elektronicznych, na przykład na terenie województwa śląskiego Bielsko Białą, Częstochową, czy Katowice powinny mieć takie ośrodki peryferyjne. Wydaje mi się, że ośrodki akademickie powinny mieć też ten warsztat, na którym będą kształcić. W ośrodkach akademickich nie wykształcimy lekarzy na zasadzie umowy o pracę z profesorem czy z docentem czy z grupą ludzi z Centrum Onkologii. To musi być własna kadra. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Pani senator Budner.

Bardzo proszę.

Senator Margareta Budner:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Z racji tego, że na co dzień pracuję z dziećmi, problem nowotworów wieku dziecięcego jest dla mnie bardzo bliski. Dyskutujemy tutaj już dość długo i ten problem nie padł, dlatego między innymi uważam, że za mało się o tym mówi. Zdaję sobie sprawę, że to jest pozornie mały problem, ponieważ rocznie na sto dwadzieścia tysięcy rozpoznanych nowych przypadków nowotworów tylko tysiąc dwieście to są nowotwory u dzieci. To jest więc tylko 1%. Inne liczby bardziej do nas przemawiają, na przykład, że jest to sto trzydzieści przypadków na milion dzieci. Czyli jeżeli weźmiemy pod uwagę epidemiologię i wyleczalność dzieci, to w pierwszej dekadzie naszego wieku będziemy mieli jedną osobę na dziewięćset w wieku od szesnastu do czterdziestu czterech lat, które będą byłymi pacjentami onkologii dziecięcej. To są liczby zastraszające.

Bardzo ważny jest też fakt, że nowotwory są u dzieci drugą przyczyną zgonów po urazach i po zatruciach. Tu zaś na pierwszym miejscu wysuwają się nowotwory centralnego układu nerwowego. Zdaję sobie sprawę, że praktycznie profilaktyka pierwotna u dzieci jest niemożliwa, uważam natomiast, że bardzo ważna jest profilaktyka wtórna, czyli położenie nacisku na jak najwcześniejsze wykrywanie. W Polsce w tej chwili, niestety, jesteśmy w Europie gdzieś na końcu, ponieważ mamy około 20% wykrywalności stanów najbardziej zaawansowanych, tak zwanej czwórki. W Europie jest to 6%. Zdaję sobie sprawę z tego, że to jest związane z bardzo charakterystycznymi cechami nowotworów u dzieci, gdzie nie ma specyficznego obrazu klinicznego, gdzie rozwój tych nowotworów jest znacznie szybszy, masa podwojenia nowotworu jest znacznie szybsza niż w przypadku nowotworów u dorosłych.

Wyleczalność średnia w Europie jest około 70-90% w zależności od rodzaju nowotworu u dzieci. Tam jednak w większości leczenie rozpoczynane jest od jedynek bądź dwójki. U nas natomiast, niestety, nie. Przyczyną złej wykrywalności jest, uważam, brak świadomości zarówno rodziców, jak i brak świadomości w szkołach. Niestety, brak jest również świadomości wśród lekarzy rodzinnych. Wstyd o tym mówić, osobiście kilka miesięcy temu spotkałam się z dziewczynką piętnastoletnią, która miała guz takiej wielkości, że obwód brzucha był wielkości ósmego miesiąca ciąży. Chodziła kilka razy do lekarza rodzinnego, który zlecił jej tylko i wyłącznie badanie ogólne moczu. Trafiła do onkologa tylko dlatego, że tatę zaniepokoiło dlaczego ona tak przytyła. To są przypadki żenujące. Podobny przypadek: dziecko było bardzo długo diagnozowane na gastroenterologii z powodu wymiotów, między innymi w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego. Trafiało do różnych pediatrów, nikt natomiast nie pomyślał o tym, że ono może mieć guz centralnego układu nerwowego. To więc są zastraszające przykłady.

Wiem, że w Polsce są podejmowane różne akcje. Między innymi pan profesor Kowalczyk, który – z tego, co wiem – pracuje z państwem w zespole, współpracuje z fundacją McDonalda, łatwo zapamiętać...

(*Głos z sali*: Ronalda McDonalda.)

Tak, Ronalda McDonalda. Z tego, co wiem, są dwie akcje. Jedna została rozpoczęta w lutym tego roku. To jest chyba pierwszy ambulans w Europie. Jest dwadzieścia dziewięć takich ambulansów na świecie. Ambulans ten zaczął od Lublina, a docelowo ma jeździć po całej Polsce. Zobaczymy, jak to będzie. Trzymam kciuki, żeby tak było. Program polega na tym, że będą wykonywane badania USG jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi u dzieci od dziewiątego do dwudziestego czwartego miesiąca życia.

Ta fundacja prowadzi również, z inicjatywy pana profesora, szkolenia wśród lekarzy rodzinnych. I, jak powiedział pan profesor, już w tej chwili z rejonów, gdzie te szkolenia się odbyły, zgłasza się więcej dzieci z rozpoznaniem w pierwszym, drugim stadium choroby. Uważam więc, że te przykłady są bardzo dobrym przykładem na to, iż można poprawić wyniki i z tych 20% zrobić 6%. Stąd może mniej pytanie, a bardziej prośba, aby położyć większy nacisk w programie na dzieci, i żeby również większy nacisk położyć na szkolenie, na edukację. Wiem, że w programie jest zawarte szkolenie dla lekarzy rodzinnych, prośba więc, żeby znalazły się w nim również elementy onkologii dziecięcej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę, pan minister.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Dziękuję bardzo.

Dwa bloki pytań. Blok edukacyjny i blok dziecięcy. Ja jednak może *in extenso* przekażę państwu zadania, które dotyczą tych dwóch bloków. One są ważne, bo to jak gdyby zamknie problem i pokaże, że nasza Rada ten problem zidentyfikowała wcześniej. On jest już bardzo precyzyjnie zapisany.

Blok edukacyjny. Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej, jednodniowe minima onkologiczne dla wszystkich, dla całego kraju. Szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym... Też istotny problem. Nie padło to dzisiaj. I bardzo istotny problem, modyfikacja, wdrażanie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych. Za 2,5 miliona zł robimy program dla wszystkich, w oparciu o miejsca, gdzie jest już to dobrze realizowane, na przykład Łódź. Jestem bowiem głęboko przekonany, a nawet mam pewność co do tego, że profesor Bręborowicz napisze z panem profesorem podręcznik, o czym wiem... Zresztą, zdaje się, panowie już się kontaktowali...

(*Głos z sali:* Jeszcze nie...)

To znaczy jeszcze, ponieważ nazwisko pana profesora padało w trakcie naszych spotkań.

Jeżeli chodzi, Pani Senator, o blok pediatryczny, to są w nim następujące zadania. Program poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci. Wdrażanie programu kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci. Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu złośliwych nowotworów kości. To są protezy, które rosną z dziećmi. Modyfikacja i wdrażanie ujednoliconego programu diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. Wdrażanie programu kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci. Wdrażanie programu kontroli jakości w diagnostyce nieziarniczych chłoniaków złośliwych u dzieci. To są programy dziecięce na ten rok. Czyli nie zapomnieliśmy o dzieciach. A być może wręcz odwrotnie, bo to jest bardzo szerokie spektrum naszych działań. Pan profesor Kowalczyk, który z nami blisko współpracuje, pan profesor Hołowiecki, pan profesor Woźniak są właściwie twórcami tych zadań.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Zgłaszał się pan profesor Urbanik, Collegium Medicum.

Bardzo proszę.

**Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Radiologii
i Diagnostyki Obrazowej w Województwie Małopolskim
Andrzej Urbanik:**

Dziękuję za zaproszenie.

Jestem radiologiem, wiceprezesem Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego i konsultantem wojewódzkim w województwie małopolskim. Wielokrotnie państwo przynajmniej poruszaliście albo zahaczaliście o sprawę diagnostyki, która, jak wiadomo, stoi u początku postępowania terapeutycznego. Chcę tutaj, po pierwsze, uświadomić państwu pewien fakt, a jednocześnie zapytać pana ministra, jak jest do tego przygotowane ministerstwo.

Proszę państwa, za kilka miesięcy – 1 stycznia 2007 r., radiologia polska czy diagnostyka obrazowa będzie musiała wypełnić standardy europejskie i, według szacunków naszego towarzystwa, w zależności od regionów trzeba będzie zamknąć od trzydziestu do siedemdziesięciu pracowni radiologicznych. Ten problem od co najmniej dwóch lat jest podnoszony przez nasze towarzystwo. Akurat rok temu delegacja naszego towarzystwa była w ministerstwie. Przekazaliśmy, proszę państwa, opracowanie na ten temat i chyba najbardziej przerażającą rzeczą jest to, że żadne struktury administracji państwowej nie przeprowadziły tak naprawdę audytu sprzętu. Tak że nasze towarzystwo własnymi siłami takie szacunkowe opracowanie przygotowało. W każdym razie, proszę państwa, możemy mówić o tych pięknych programach, tylko będzie problem, że nie będzie można zrobić zdjęcia klatki piersiowej, nie będzie można zrobić badania mammograficznego.

Często poruszali państwo temat mammografii. W latach 1995–1997 były centralne zakupy i, rzeczywiście, sytuacja się bardzo poprawiła. Proszę natomiast zwrócić uwagę, że w tej chwili mija już dziesięć lat i ta cała duża grupa mammografów, na której ma się opierać ten wspaniały program, przestanie właściwie już się nadawać do użytku i będzie wielka dziura. Chcę więc zapytać, jak państwo podchodzicie do tego tematu?

I jeszcze jedna sprawa. Pod koniec roku 2005 został ogłoszony konkurs, który został anulowany, na udział w ogólnopolskiej sieci PET. Mam pytanie, jakie są w tej chwili losy tej sieci w Polsce.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Zacznę od PET. Problem jest, moim zdaniem, niezbyt skomplikowany, dlatego że wszystkie decyzje ministra zdrowia mają być oparte na wiarygodnych danych. Wiarygodne dane to metaanaliza dotycząca liczby aparatury do wykonywania PET oraz potrzeb związanych głównie z epidemiologią i demografią na terenie Polski. Żeby wiedzieć, ile kupić aparatury PET, zleciliśmy pracę Agencji Oceny Technologii Medycznej, która ma nam pokazać – biorąc pod uwagę metaanalizy i wszystkie wskaźniki epi-

demiologiczne, demograficzne – ile jej powinno być w Polsce. Chodzi o to, żeby nie było nadmiernej petyzacji w Polsce, ponieważ byłoby to zupełnie bezsensowne. Nadmierny dostęp do PET to są niepotrzebnie wydawane pieniądze. Panowie profesorowie i panowie senatorowie wiecie, że PET ma mniej więcej 5% wyższości nad rezonansem magnetycznym i to tylko w bardzo niewielu chorobach onkologicznych. Ta analiza jest gotowa. Jej wyników nie mogę zdradzić, dlatego że w następnym tygodniu pan dyrektor Wierzba, szef Agencji, przekaze ją najpierw ministrowi. Mogę natomiast zdradzić tylko jedną rzecz, że na pewno w Polsce nie jest potrzebnych jedenaście aparatów PET. Na pewno nie. Dlatego, że proszę państwa zakup tych aparatów pochłonięłyby większość środków na realizację naszych programów. Ponadto diagnozowalibyśmy rzeczy zupełnie niepotrzebnie, tylko dlatego, że będzie na to popyt z powodu tego, że te tomografy są po prostu obecne na rynku. To nie jest droga do rozwiązywania problemów onkologicznych.

Panie Profesorze, odpowiedź na pana pierwsze pytanie, co ministerstwo na to, że sprzęt nie będzie spełniał kryteriów unijnych. Ministerstwo Zdrowia jest organem założycielskim jedenastu instytutów oraz jednego szpitala w Polanicy i tam może kupować sprzęt. Czyli możemy kupić nowy sprzęt radiologiczny do dwunastu miejsc. Pytanie, które pan zadał, to jest pytanie do organów założycielskich – w Polsce jest aż sześć różnych instytucji pełniących rolę organu założycielskiego szpitali – oraz do dyrektorów szpitali, którzy powinni się zmierzyć z problemem. My nie kupujemy świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne kupowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który analizuje aplikacje szpitala, gdzie jest jasno zapisane, że jest dostęp do sprzętu diagnostycznego.

Ja nie widziałbym tutaj takiego strasznego problemu, dlatego że to nie jest tak, że Unia Europejska zamknie nam szpital, tylko będzie patrzyła na to i będzie nam zwracała uwagę, że trzeba wymienić sprzęt. Oczywiście – już *off the record* – jest to też ingerencja firm, które chcą na tym rynku jak najwięcej sprzedać sprzętu. I my musimy być dość odporni na tego typu działalność. Ja doskonale wiem, że jakość sprzętu odbiega od średniej europejskiej, ale na Boga, my jesteśmy biednym krajem. My jesteśmy krajem, który jest drugi rok w Unii Europejskiej i nie zrobimy wszystkiego od razu. Na razie wolałbym, proszę państwa, żeby pieniądze, które są w systemie ochrony zdrowia, poszły jednak w dużej mierze na płace. Można bowiem kupić dowolną ilość sprzętu, tylko przy tym sprzęcie muszą pracować dobrze opłacani lekarze i pielęgniarki. Nie ma niczego gorszego, niż to, żeby przy PET pracowały pielęgniarki, które nie mają za co żyć.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Po kolei. Czekajcie państwo. Raz, dwa i jeszcze raz pan Urbanik i pani senator Rudnicka. Pan minister wychodzi tylko na chwilę...

Bardzo proszę.

**Prezes Oddziału Śląskiego Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka
Adam Wędrychowicz:**

Proszę państwa, reprezentuję Polski Komitet Zwalczenia Raka, zarząd główny i oddział śląski. A więc moim już dosyć długim działaniem lekarskim właściwie udało mi się zobaczyć omawiany problem na każdym poziomie, tym niższym miejskim czy

podstawowym, aż do powiedzmy tych centrów najwyższych, ale również z pozycji sejmowej Komisji Zdrowia. W związku z tym zawsze interesowała mnie sprawa zwalczania raka. Państwo już tu powiedzieli, że w Polsce sytuacja jest naprawdę bardzo poważna. My ciągle musimy pamiętać, że jednak nowotwory zaczynają być pierwszym problemem. Nie ma pana ministra, który tak tu o kardiologii wspomniał, mówiąc o nowotworach. Właściwie problem kardiologiczny zaczyna być jednak... Liczba zgonów w kardiologii spada, ciągle natomiast narasta problem, jeżeli chodzi o nowotwory. Również problem skuteczności leczenia nas wszystkich boli. Ciągłe sobie przypominamy tę szyjkę macicy. Chcę natomiast powiedzieć, że nie może być takiego rozumowania – przy tym bardzo słabym jednak naszym zapleczu zwalczania chorób nowotworowych – że centra nie mają być dofinansowane. Muszą być. Mnie tutaj bardzo niepokoi sytuacja, o której mówił pan profesor Maciejewski, że w zasadzie opłacałoby się bardziej leczyć paliatywnie niż skutecznie, bo na to wychodzi. Ta cała sytuacja musi być z udziałem, moim zdaniem, ministerstwa i Funduszu zmieniona. To jest pierwszy problem.

Tak samo, analizując wydatki, wyraźnie widać niedofinansowanie centrów, przede wszystkim na obszarze Mazowsza i Śląska. Tam są główne centra onkologiczne i wyraźnie widać niedobór wydatkowania, zwłaszcza gdy leczenie często przekracza 20% liczbę mieszkańców. To dotyczy głównie problemów onkologicznych. To jest bardzo poważna sprawa.

(Wypowiedź poza nagraniem)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Chcę bardzo podziękować pani poseł i życzyć owocnej walki o nasze fundusze.)

(Wypowiedź poza nagraniem)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Bardzo przepraszam.)

Nie szkodzi.

Chciałbym się również odnieść do problemu profilaktyki. Pan senator mówił o liczbie pracowni kolonoskopowych. Otóż rozmawiałem ostatnio z profesorem Butrukiem i ta liczba kolonoskopii, które w naszym kraju zostały uznane za metodę profilaktyczną, jest już dosyć duża i wykonywana w pięćdziesięciu ośmiu centrach. My jednak musimy ciągle marzyć i myśleć o tym, żeby jak najprędzej porządna pracownia kolonoskopowa była w każdym powiecie. Na to rady nie ma. Podobnie było, proszę państwa, gdy zaczynaliśmy walkę z gruźlicą. Nie było właściwie aparatów, ale pojawiły się małe obrazki w każdym powiecie. Innej rady nie ma. Każdy nowotwór musi być jednak zwalczany trochę w inny sposób.

Na koniec chciałbym powiedzieć o sprawie najważniejszej. Wydaje mi się, że najważniejszym elementem jest koordynacja walki z nowotworami. Na każdym poziomie – na poziomie parlamentu, na poziomie rządu. Tu przecież nie chodzi tylko o działania ministra zdrowia. A minister oświaty? A minister nauki, jeśli chodzi o edukację? Potrzebne są również, moim zdaniem, bardziej przemyślane i skoordynowane działania legislacyjne. Przecież już w tym programie widzimy rozporządzenia, które trzeba wydać, nawet dla lekarzy rejonowych. Niekoniecznie do tej ustawy. Przecież są jeszcze rozporządzenia do ustawy o zakładach opieki zdrowotnych. Zarządzenia dotyczące monitoringu, o którym pewnie niedługo pan profesor Zemła powie, muszą być legislacyjnie zmienione. Inaczej nie damy rady walczyć z nowotworami. Prosty przykład, który ciągle powtarzamy, mianowicie gdzie jest miejsce podstawowego lekarza rejonowego? Tu właściwie jego nie widać. To nie jest konkurencja

w stosunku do centrów, ale cały świat – i tu się panowie profesorowie ze mną zgodzą – od ostatnich dwóch lat mówi, że jednak okresowe badanie lekarza opieki podstawowej z programem profilaktyki nowotworowej. To są zasadnicze działania w państwach kultury zachodniej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan się zgłaszał.

**Kierownik Zakładu Epidemiologii Nowotworów
w Oddziale Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Brunon Zemła:**

Nazywam się Brunon Zemła. Jestem kierownikiem Zakładu Epidemiologii Nowotworów w Instytucie Onkologii w Gliwicach, a jednocześnie szefem właśnie takiego rejestru regionalnego i o pewnych sprawach i bardzo konkretnych wnioskach chcę na końcu tutaj powiedzieć.

Jeśli wolno – akurat właśnie wrócił pan minister – chcę tylko przypomnieć jedno słowo z licznych wypowiedzi pana ministra, że jednak zaczynamy dostrzegać to, co się nazywa dramatem epidemiologicznym nowotworów. Ale chcę powiedzieć w tym momencie, że ten dramat rozkłada się dość różnie, jeśli chodzi o poszczególne regiony kraju. Oczywiście, nie będę może mówił o całym kraju, ale z perspektywy człowieka, który jednak parę lat przepracował w takim rejestrze i pracuje nadal, oraz z perspektywy właśnie takiego regionu jak Śląsk. Chcę państwu uprzytomnić jedną rzecz. My na terenie województwa śląskiego rejestrujemy corocznie 12,5% wszystkich nowotworów, jakie rozpoznaje się na terenie naszego kraju w całej populacji.

(Wypowiedź poza nagraniem)

Zaraz panu przewodniczącemu i na to odpowiem.

Otóż mamy populacje porównywalne. Jesteśmy na terenie województwa mazowieckiego. To jest około pięć milionów ludzi. Na terenie województwa śląskiego również mamy około pięć milionów ludzi, ale – proszę zauważyć – że według najnowszych zweryfikowanych danych za 2003 r. w województwie śląskim było szesnaście i pół tysiąca nowych przypadków zachorowań, podczas gdy na terenie województwa mazowieckiego jest o tysiąc dwieście mniej. Czyli skala zagrożenia tej populacji, wielkości prawie takiego państwa jak Dania, jest największa w skali kraju.

W związku z tym, że mamy jednak pewne doświadczenia z monitorowaniem tej populacji, chcę po prostu złożyć dwa, bardzo konkretne wnioski. Mając zaś przed sobą tak dostojnych przedstawicieli właśnie Sejmu, senatorów, chciałbym po prostu zaapelować do nich, żeby próbowali wprowadzić szybką ścieżkę poprowadzenia tych dwóch spraw. To się oczywiście bardzo ściśle wiąże z tym, o czym była tutaj mowa. Była mowa o skriningach, o których mógłbym sporo opowiedzieć. Chcę powiedzieć także, że z niektórymi postulatami w tym zakresie niekoniecznie musiałbym się zgadzać do końca, znając na przykład dane amerykańskie czy norweskie. Chcę tylko powiedzieć, że musimy naprawdę poprawić jakość zgłaszania nowotworów w skali rejestrów regionalnych. Miałbym dwa postulaty, wnioski, które

wymagają naprawdę radykalnego, szybkiego wprowadzenia, abyśmy się mogli w ogóle poruszać w sposób racjonalny do przodu.

Bez danych epidemiologicznych nie ma naprawdę porządných skryningów. Panie Profesorze, jeśli nie mamy pieniędzy, a państwo jest biedne i ma milion dwieście tysięcy kobiet do zbadania, to jest po prostu jeszcze inna możliwość, jak gdyby inna wersja podejścia do zagadnienia. Możemy mianowicie skoncentrować się w obrębie tego tak silnie zagrożonego, wielkiego obszaru, o którym tutaj mówimy, na grupach populacyjnie mniejszych, tych o szczególnym zagrożeniu. To bowiem też nie jest tak, że w skali całego województwa mamy do czynienia z jednakowym natężeniem danej lokalizacji nowotworowej w populacji. Możemy zatem próbować rozwiązywać te kwestie trochę inaczej.

W związku z tym mam dwa postulaty. Pierwszy o charakterze legislacyjnym, a mianowicie, że trzeba koniecznie wprowadzić następujący zapis. On w tej chwili brzmi tak, że my na przykład jako rejestry nowotworowe nie możemy korzystać w darmowy sposób z pewnych informacji pewnych instytucji państwowych. One po prostu każą sobie płacić za informacje, a te informacje są nam niestety potrzebne do tego, żeby weryfikować wszystko to, co spływa do rejestru w formie zgłoszenia nowotworowego. A zatem, jeśli zwracamy się z prośbą do GUS, to GUS mówi: no dobrze za jednostkę zapłacicie 32 zł 75 gr. A ja mówię: a skąd niby służba zdrowia ma brać pieniądze, żeby w ten sposób weryfikować tysiące osób? Chciałbym więc, żeby – skoro prawo do darmowych informacji ma na przykład wojsko, ma policja, mają służby graniczne itd. – zaistniał również zapis tego typu, że każdy rejestr regionalny w Polsce ma prawo do korzystania z bezpłatnych informacji dotyczących populacji. Tak to powinno brzmieć. I to musi być. To musi być, uważam, jak najszybciej zrobione.

I wreszcie sprawa druga, można powiedzieć, bardziej organizacyjno-finansowa. Otóż proszę sobie wyobrazić, że ustawę o obowiązku rejestracji nowotworów mamy w Polsce od 1962 r. Prawda? Czyli, było nie było, ustawa funkcjonuje ponad czterdzieści lat. Mamy te nowotwory zgłaszać obowiązkowo. I, oczywiście, terenowe placówki służby zdrowia to robią, ale to jest ciągle nie ten sposób przekazywania w dobie współczesnej tego typu informacji. My przecież korzystamy z usług poczty. Na miły Bóg, przecież nie może być tak, że w dobie elektroniki zakłady terenowe służby zdrowia przekazują nam na papierze informacje o zgłoszeniu przypadku nowotworu. To jest ta słynna karta Mz/N1-a. Spróbujmy to wreszcie wyeliminować. I spróbujmy wreszcie policzyć koszty. Przecież można powiedzieć w ten sposób – użyję może niezbyt eleganckiego słowa – że przecież poczta pasie się na służbie zdrowia, przesyłając te informacje. A dlaczego my nie możemy mieć systemu elektronicznego?

Trzeba zatem zmienić logistykę zgłaszania tego, tak jak to funkcjonuje pomiędzy centrami regionalnymi a Krajowym Rejestrem Nowotworów. My w tej chwili przekazujemy dane za pomocą odpowiedniego programu drogą elektroniczną, nie możemy natomiast dopracować się systemu na szczeblu terenowym. To jest sprawa, myślę, do szybkiego załatwienia. Deklaruję nawet gotowość, że na terenie Śląska spróbujemy to przeprowadzić – jeśli wolno – chociażby w skali pilotażowej. Do tego są potrzebne właściwie tylko środki finansowe. Szkolenie bierzemy na siebie. Przeszkolimy techników, statystyków szpitali i terenowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Kierownik Zakładu Epidemiologii Nowotworów w Oddziale Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Brunon Zemła: Dziękuję uprzejmie.)

Dziękuję.

Zdaje się, że tym wystąpieniem został wywołany Narodowy Fundusz Zdrowia.

Bardzo proszę.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Marek Lejk:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chcę jeszcze raz podkreślić, że środki przeznaczone w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 r. na realizację programów profilaktycznych związanych z rakiem szyjki macicy i z rakiem piersi są ujęte w wystarczającym stopniu. Wypowiedzi, które się tutaj pojawiły, dotyczące braku środków na realizację programów profilaktycznych, o których wspominałem, wydaje się, że są chyba nie w pełni uzasadnione. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, jeszcze pani nie zabierała głosu.

Dyrektor

Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie

Henryka Romanow:

Henryka Romanow, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie.

Przede wszystkim chcę ogromnie podziękować, Panie Przewodniczący, za zaproszenie. Przysłuchuję się tej rozmowie, naszej dyskusji z troszeczkę innego poziomu, troszeczkę niższego poziomu, czyli poziomu ośrodka o drugim poziomie referencyjności.

W zasadzie do zabrania głosu zobligował mnie pan prezes Lejk, który powiedział, że na profilaktykę raka szyjki macicy i raka piersi zostały w tym roku przeznaczone wystarczające środki. A ja mam tutaj pismo Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia pisze, że zabezpieczenie to dotyczy około 8,5% całej populacji. Jak więc to pismo ma się do stwierdzenia pana prezesa?

Myślę, że bardzo dobrze się stało, iż podkreślona została tutaj na naszym spotkaniu pewna konieczność koordynacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i profilaktycznych programów zdrowotnych realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Uważam, że te działania, rzeczywiście, powinny zostać w sposób jak najlepszy skoordynowane, aby z jednej strony nie był pacjent i bardzo, bardzo długo nic, a później dziewięć scentralizowanych ośrodków diagnostycznych. Ja oczywiście uważam, że priorytetem jest to, aby te ośrodki były dofinansowane, aby był w nich sprzęt.

Z perspektywy swojego szpitala mogę stwierdzić, że mamy na przykład nowoczesny mammograf, zakupiony w 2005 r., i nie możemy realizować programu raka piersi, ponieważ nie został zakupiony. Ot, taka banalna może sprawa, jak w tym roku, wprowadzenie po raz pierwszy takiej technicznej sprawy, jak nadzór fizyka medycznego. Nie wystarczy współpraca. Zatrudnienie zaś fizyka medycznego stało się takim

problem, że na terenie obecnych sześciu powiatów, a byłego województwa ciechanowskiego, ta profilaktyka nie jest w tej chwili prowadzona.

Pan minister mówił o drastycznie złym dostępie do badań z powodu braku aparatury. Chcę powiedzieć, że nasz szpital realizuje bardzo duży program, na ponad dziesięć milionów złotych. Otrzymaliśmy środki z funduszy strukturalnych. My ten program zrealizowaliśmy, uzupełniliśmy szpital w sprzęt, między innymi w tenże mammograf.

A druga sprawa to jest profilaktyczny program raka szyjki macicy, gdzie znowu jest zaporowa sprawa. Mianowicie w materiałach informacyjnych padła liczba ośmiu tysięcy cytologii jako zaporowa liczba, poniżej której dana jednostka nie może realizować programu. Otóż my realizujemy te badania w liczbie siedmiu i pół tysiąca. Nie wiem skąd biorą się takie zapisy. W każdym razie z powodu administracyjnych działań cierpią możliwości diagnostyczne, dostęp pacjentów do diagnostyki. Myślę, że ta koordynacja, o której na tym spotkaniu było tak wiele mowy, z biegiem czasu te sprawy rozwiąże.

Musimy pamiętać, proszę państwa, o jeszcze jednej sprawie, że nasz kraj jest biednym krajem, że nasi pacjenci to bardzo często biedni ludzie. A tak się zdarza, że tam, gdzie jest bieda, tam są choroby. Jakoś tak często jest. Pacjentka, która może do nas przyjść i korzystać z badań profilaktycznych – ponieważ mamy i aparaturę, i specjalistów – w tym momencie skorzystać z nich nie może. Dojazd z naszego ośrodka, czy powiedzmy z okolicznych powiatów, do Warszawy, następnie powrót to jest koszt około stu złotych. Wiele osób nie będzie na to stać. Prosiłabym, abyście państwo przy realizacji, przy opracowaniu, przy uszczegóławianiu tych programów, również na to zwrócili uwagę, aby część badań mogła się odbywać jak najbliżej miejsca zamieszkania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

W pierwszej kolejności proszę o zabranie głosu tych, którzy jeszcze nie mówili. Pan wiceprzewodniczący Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.

Jestem bardzo zadowolony z tej dyskusji, bo pojawiło się bardzo dużo ciekawych wątków. Prawie każdą wypowiedź zaczynam od tego, że na służbę zdrowia, na opiekę, na cały system brakuje przede wszystkim środków. I to jest to niepokojące 3,86 PKB. Ja już sobie dokładnie zapisałem wypowiedź pana ministra i będę czekał dnia, w którym dojdziemy do tych 6%. Mam nadzieję, że już w niedługim czasie.

Przy niecałych czterech procentach to, że właściwie służba zdrowia u nas w Polsce funkcjonuje, określam jako kolejny cud w Polsce, który cały czas się wydarza. Mamy świetnych specjalistów, świetnie funkcjonujące kliniki, o czym mówił pan profesor Nowacki. Jestem pełen podziwu. Wielokrotnie byłem na stażach, szkoleniach w Instytucie Onkologii i wiem, jaka tam jest wykonywana ciężka, ale i bardzo dobra praca z bardzo dobrymi wynikami, porównywalnymi z wynikami amerykańskimi i wynikami leczenia chorób nowotworowych w Europie Zachodniej.

Wokół dyskusji pojawiło się bardzo wiele ciekawych wątków, które nas – senatorów, parlamentarzystów – powinny zainteresować. Nie mówię już o programie

zwalczania chorób nowotworowych, ale pan profesor przed chwilą mówił o przepływie informacji. Mam nadzieję, że uda się panu ministrowi Relidze, jego ekipie, wprowadzić rejestr usług medycznych, który będzie w kapitalny sposób rozwiązywał wszystkie problemy, nie tylko przepływu informacji, rejestru chorób, ale wszystkich informacji dotyczących chorych. To jest fundamentalna sprawa i z tego, co wiem, ministerstwo zapowiada wprowadzenie rejestru usług medycznych.

Rozumiem, i sprowokowała mnie tutaj wypowiedź pani dyrektor, że centralizujemy wysokospecjalistyczne leczenie. Jeśli natomiast chodzi o diagnostykę – to, o czym mówił tutaj jeden z przedmówców – podejrzewam, że w każdym powiecie są kolonofiberoskopy i że w każdym powiecie wykonuje się tego typu badania. Rozumiem, że ta liczba badań nie jest satysfakcjonująca, ale to jest liczba badań, która została wykonana w ramach programu profilaktycznego. Na pewno pan profesor mógłby powiedzieć, jaka jest liczba wykonanych w Polsce badań. Nie mam statystyki i nie wiem jaka jest ta liczba, ale na pewno dużo, dużo większa.

Na wiele pytań, które tu sobie przygotowałem, już uzyskałem odpowiedź. Może jeszcze najważniejszy przewijający się tutaj wątek szkoleń i wiedzy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. To jest zatrważające. Przed chwilą tutaj widziałem wykaz... Brak zunifikowanego programu nauczania onkologii w uczelniach. W niektórych uczelniach odbywa się to na poziomie zaliczeń, w niektórych – egzaminów. Myślę, że tutaj jest prosty chyba krok i każdy student powinien skończyć studia po dobrym egzaminie z onkologii. Będzie o tym pamiętał. Są bowiem takie fakty, takie kadry, które zostają w pamięci ze studiów. Pamiętam na przykład, jak jeden z profesorów mówił, że każda pacjentka powinna mieć badane sutki i powinna być zbadana *per rectum*.

Ilu z nas, lekarzy, przestrzega tych zasad? Ilu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w życiu nie wykonało badania *per rectum*, ani nie zbadano sutków u kobiety. To trzeba zmienić. To jest bardzo proste i tanie. To nie wymaga żadnych nakładów. Słyszymy bowiem, że tu są potrzebne pieniądze, tam są potrzebne, a tego typu badanie nic nie kosztuje. I tutaj edukacja, przede wszystkim wdrażanie na poziomie nauczania akademickiego, jest podstawowym i bardzo ważnym elementem. Cieszę się, że jest to zawarte w tym programie. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Jak rozumiem, zbliżamy się do końca dyskusji. Widzę, że są jeszcze chętni do zabrania głosu. Kto jeszcze chciałby zabrać głos w tej dyskusji, żebyśmy wiedzieli, ile jest chętnych osób. Pięć osób. No to bardzo proszę. Mam jednak ogromną prośbę, żeby już w tej fazie wystąpienia były krótkie i z konkluzją. Ja też zabiorę jeszcze na koniec głos, próbując podsumować to nasze spotkanie.

Bardzo proszę, pani senator Rudnicka zgłaszała się pierwsza.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Mam do pana ministra pytanie. Czy program uwzględniał rehabilitację po operacjach i po wyleczeniu nowotworów? Jest to problem bardzo ważny, gdyż chodzi o osoby z porażeniem po guzach mózgu, po operacjach krtani, z rakiem języka, nie mówiąc już o operacjach związanych z sutkiem. Jest jeszcze jedno zasadnicze zagadnienie, że obojętnie jaką ma...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Troszeczkę mnie to speszyło, bo chciałam, żeby również pan dyrektor to usłyszał, no ale nie słyszy.

Otóż chorzy na nowotwory, mający kartotekę w instytucie, nawet jeśli złamią rękę, nogę, kręgosłup, obojętnie co, nie są przyjmowani przez rehabilitantów z tego względu, że się boją, że będzie wznowa albo rozsiew. Nie chcą brać odpowiedzialności za taką rehabilitację. Chcę wiedzieć, czy w programie znajduje się ten dział i czy Fundusz przewiduje na ten cel jakieś pieniądze. Jest to bardzo ważne zagadnienie, gdyż ludzie, którzy już nie mają raka często nie mogą wrócić z powrotem do życia normalnego. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor Steffen, bardzo proszę.

**Przewodniczący Rady Naukowej Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jan Steffen:**

Odpowiem bardzo krótko. W programie jest taki podprogram czy zadanie dotyczące wspierania opieki paliatywnej i leczenia objawowego. I to jest ten moment, prawda?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, tak, oczywiście. To jest też i sprawa leczenia objawowego. Oczywiście, rehabilitacja jako oddzielny dział nie jest wyodrębniona, ale taka jest generalnie struktura programów, prawda? One muszą być interwencyjne pod kątem maksymalnych efektów, które można osiągnąć. Tak że tylko w tym to jest zawarte. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan Lejk.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Marek Lejk:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Odnosząc się do wypowiedzi pani dyrektor Romanow ze szpitala wojewódzkiego w Ciechanowie, chcę powiedzieć, że potwierdzam wszystkie informacje, które przekazałem tutaj państwu na temat środków finansowych. Biorąc natomiast pod uwagę strukturę wieku i płci każdej populacji, rozumiem, że koledzy z mazowieckiego oddziału, bo mówimy o tym piśmie, wydzielili tę populację, o której mówimy, prawda? Jest to populacja kobiet w odpowiednim wieku i jeszcze do tego tylko tych kobiet, które badają się co trzy lata w tym programie. Ona więc na pewno nie jest tak duża, jak cała populacja kobiet w danym województwie czy w danym subregionie.

Co do koordynacji programów profilaktycznych, to Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera kontrakty ze świadczeniodawcami na realizację tych programów. Problem polega na tym, że zgodnie z zapisami prawa, podmiot, który realizuje jakikolwiek kon-

trakt na jakiegokolwiek świadczenia zdrowotne ma zawarty kontrakt do końca roku kalendarzowego i Narodowy Fundusz Zdrowia nie może mu zabrać środków, gdy on nie realizuje tych świadczeń, i przekazać innemu świadczeniodawcy.

Co do kwalifikacji personelu, który wykonuje świadczenia zdrowotne w ramach programów profilaktycznych, to my staramy się nadać – chociaż i tak są do nas kierowane uwagi – za oczekiwaniami wybitnych profesorów w dziedzinie onkologii. To jest oczywiście stała dyskusja, czy mamy opierać się na warunkach, które akceptuje Unia Europejska, jeśli chodzi o liczbę badań wykonanych w roku – chodzi o cytologię czy mammografię – czy też mamy jakiś swój wzór, który uznajemy za istotny, jeśli chodzi o jakość tych świadczeń udzielanych, podkreślam, kobietom. Nie jest rzeczą niestosowną powiedzieć tutaj, że ja bym nie życzył sobie, żeby kobieta otrzymała wynik pozytywny, kiedy on jest negatywny, bądź negatywny, kiedy on jest pozytywny. A więc chodzi o to, aby było jak najmniej tych pomyłek. Stąd zakłada się, że ośrodki, które wykonują w roku dużą liczbę świadczeń, mają bardzo wysoki poziom jakości i liczba błędów w ocenie badań jest niewielka.

Jak powiedziałem, będziemy starali się przekazać materiały informacyjne pod obrady Rady do spraw Zwalczenia Chorób Nowotworowych przy ministrze zdrowia i oczywiście będziemy wsłuchiwali się pilnie w opinię Rady co do warunków uznania świadczeń w zakresie wspomnianych programów profilaktycznych.

Co do kwalifikacji związanych z fizykiem medycznym, Szanowni Państwo, uważamy, że – biorąc pod uwagę opinię środowiska onkologów – taka osoba, fizyk medyczny, powinna mieć kontakt z ośrodkiem, który wykonuje poważne specjalistyczne świadczenia zdrowotne. Każdy dyrektor oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, jeżeli uzna, że świadczenie zdrowotne może być wykonywane w warunkach, które są troszeczkę niższe niż zakładane w konkursie, to oczywiście może obniżyć te kwalifikacje, ale w uzgodnieniu z konsultantami wojewódzkimi danej specjalności medycznej.

Pani senator była uprzejma zapytać w sprawie rehabilitacji medycznej. Myślę, że chodzi o złamania patologiczne. I to rzeczywiście jest bardzo poważny problem, bo te złamania są zwykle związane z przerzutami i nie są ogniskami pierwotnymi. Nowotwory układu narządu ruchu są reprezentowane wśród wszystkich nowotworów mniej więcej w jednym, dwóch procentach. Zwykle są to ogniska przerzutów i ortopedzi czy też chirurdzy onkolodzy operują te ogniska. Stosują techniki zespalania tych złamań, bądź też usztywnienia, czy to zewnątrz- czy wewnątrzszpikowego. No i potem rehabilitacja polega na tym, że jest to – będę mówił tutaj truizmy – wiedza, którą rehabilitant spożytkowuje wobec pacjenta, który przeżył złamanie patologiczne. To jest bardzo trudna sytuacja. Nie ma na razie takiej próby w Narodowym Funduszu Zdrowia wydzielenia rehabilitacji medycznej na potrzeby tych pacjentów, którzy przeżyli złamanie patologiczne związane z przerzutem nowotworowym.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Nie zostałam całkowicie dobrze zrozumiana. Przy normalnym złamaniu, jeżeli ktoś choruje na nowotwór, to po prostu nie ma rehabilitacji, bo rehabilitant boi się spowodowania wznowy. Chodzi o normalne przypadki złamania, na przykład na ślizgawce. Jeżeli taki pacjent ma kartotekę w Instytucie Onkologii, rehabilitant nie zechce go rehabilitować. O to mi chodzi.

(Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marek Lejk: Przepraszam.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przyjmujemy to jako pytanie i prosimy o króciutką odpowiedź.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Marek Lejk:**

Myślę, że są określone warunki udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapii, a w skład fizjoterapii wchodzi kinezyterapia, fizykoterapia. I są odpowiednie kryteria do stosowania na przykład zabiegów fizykoterapeutycznych wobec osób, które przebyły chorobę nowotworową. Są to już kanony rehabilitacji, być może więc dlatego jest takie poczucie odsunięcia tych pacjentów. Tak samo pacjenci z przebytymi chorobami nowotworowymi nie mogą jeździć na leczenie uzdrowskowe, bo leczenie bodźcowe, tak gwałtowne, jest w przypadku tych pacjentów przeciwwskazane. Być może są takie obostrzenia w wykonywaniu rehabilitacji medycznej jako zawodu...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, spróbujmy iść dalej...
Pan profesor, bardzo proszę.

**Emerytowany Profesor w Oddziale Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Mieczysław Chorąży:**

Chcę jeszcze raz podkreślić dwie sprawy. Proszę państwa, bardzo proszę o uwzględnienie, proszę Radę i państwa, którzy mogą na to wpłynąć, o uwzględnienie w tym programie oświaty ogólnej, zwłaszcza u młodzieży. Według mego doświadczenia z pobytu w Stanach największych efektów należy się spodziewać, jeśli chodzi o pierwszą prewencję...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Prewencję pierwotną.)

...pierwotną profilaktykę, poprzez edukację młodzieży. To jest najbardziej efektywne działanie – edukacja młodzieży.

Druga rzecz. Pan profesor Maciejewski wspomniał tutaj mimochodem, jak ważna jest również sprawa współczesnej diagnostyki molekularnej, diagnostyki zaawansowanej. Ta sprawa też powinna mieć jakieś tutaj odzwierciedlenie. Myślę, że dobrze by było nawiązać kontakt z ministerstwem oświaty. Chcę bardzo prosić o wsparcie naszej propozycji pilotażowego doświadczenia na terenie województwa śląskiego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Ad vocem, bardzo proszę.
Pan profesor.

**Przewodniczący Rady Naukowej Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jan Steffen:**

Bardzo krótko. Jeżeli chodzi o sprawy oświaty zdrowotnej, to jednym z głównych przedsięwzięć tego roku jest upowszechnienie Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. To jest bardzo dobry dokument napisany przez najlepszych ekspertów. On ma postać profesjonalną i będzie rozesłany do wszystkich lekarzy. Zostanie przygotowany w różnych wersjach, żeby w ten sposób upowszechnić sprawdzoną wiedzę. To będzie bardzo szeroko realizowane.

Sprawa diagnostyki molekularnej. Ona jest uwzględniona w pewnych elementach wszystkich diagnostycznych programów dziecięcych, dotyczących chłoniaków, białaczek, dotyczących opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznego ryzyka. Tam wszędzie te elementy są. Obok tego, oczywiście, są elementy wspierające.

Jeżeli wolno, to ja jeszcze bardzo króciutko o dwóch sprawach. Jedna sprawa, ten wątek się powtarza, dotyczy radioterapii – budować równolegle ośrodki czy nie. Chciałbym podkreślić, że jednym z głównych założeń tego programu jest wyrównanie dostępu do radioterapii, zniesienie różnic regionalnych. W związku z tym trudno jest sobie wyobrazić, że w wielkim ośrodku akademickim, gdzie jest ośrodek onkologiczny, będziemy budowali drugi wielki zakład radioterapii w akademii medycznej za pięćdziesiąt tysięcy. Na przykład w Olsztynie dwadzieścia lat walczyliśmy o to, żeby tam było jedno urządzenie do radioterapii. Jeżeli ktoś miał nieszczęście, żeby w Olsztynie czy w tym województwie zachorować na raka, i były wskazania do radioterapii, to nie miał żadnych szans. Bo i Białystok był przeciążony i w Gdańsku tak samo możliwości były ograniczone. To są więc te pryncypia, którymi staraliśmy się kierować.

I jeszcze jedno, ostatnie, słowo. Czy można zahamować wzrost zachorowań na nowotwory? Oczywiście, że można. To jest główne osiągnięcie programu „Europa przeciw rakowi”. Będzie wzrastała liczba przypadków, tylko spadają standardowe wskaźniki zachorowania w grupach wieku. I to jest główne osiągnięcie. 9% obniżenia zachorowań w wyniku programu europejskiego.

Przykłady polskie. Wystarczy popatrzeć na niższe kohorty wiekowe, jeżeli chodzi o nowotwory tytoniozależne. Inny przykład, żeby nie było samych pesymistycznych przekazów. Otóż w Polsce od wielu lat, i to jest trend międzynarodowy, rośnie zachorowalność na raka piersi, ale spada umieralność. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator Fetlińska.
Bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mam jeszcze jedno pytanie do pana ministra, ale myślę, że tutaj pan dyrektor odpowie.

(Głos z sali: Jest pan dyrektor...)

Jak będzie wyglądała realizacja finansowania programu? To będzie finansowane przez ministerstwo i poprzez realizację tych różnych zakupów, także edukacji, czy przez Narodowy Fundusz Zdrowia? To jest moje pierwsze pytanie.

Teraz mam może nie pytanie, a dwie refleksje, które mi się nasunęły podczas dyskusji. Jestem pielęgniarką z wykształcenia, która od prawie zawsze zajmowała się promocją zdrowia i profilaktyką oraz dydaktyką w pielęgniarstwie. Muszę powiedzieć, że tutaj brakło mi takiego bardzo dużego nacisku na profilaktykę mimo, że ciągle o tym mówiliśmy. Jeżeli pan profesor Maciejewski mówi, że 50% pacjentów od razu kwalifikuje się do leczenia paliatywnego, a z pozostałych 50% – 15% ma szansę na pełne wyleczenie i kosztuje to tanio, a wszystkie inne procedury kosztują drogo, ponieważ to leczenie jest ciągle opóźnione, to w moim przekonaniu jest to najlepszy dowód, że naprawdę musimy wzmocnić tę profilaktykę i jak najbardziej wzmocnić działania związane z wczesnym wykrywaniem. Wydaje mi się, że bez położenia nacisku na podstawową opiekę zdrowotną, na zespół lekarza rodzinnego, nigdy nie osiągniemy tych wyników. Zawsze będziemy wydawać bardzo duże pieniądze, zawsze będzie ich za mało.

Naszym głównym zadaniem byłoby to, żeby naprawdę stworzyć taki system w POZ, żeby on był efektywny. Myślę, że mamy w tej chwili nową sytuację w kształceniu pielęgniarek. Obecne absolwentki to są licencjaci pielęgniarstwa z bardzo dużą liczbą godzin kształcenia. Cztery tysiące siedemset osiemdziesiąt godzin to jest tylko o tysiąc godzin mniej niż lekarze medycyny po sześciu latach kształcenia. Jest to czas kształcenia, kiedy oni mają bardzo wiele zajęć praktycznych, ćwiczeń klinicznych, gdzie można byłoby ich bardzo wiele nauczyć. I co jeszcze? Pielęgniarki mają również badanie fizykalne i wywiad.

Myślę, że gdyby nasze środowisko onkologiczne wypracowało dobre standardy postępowania profilaktycznego, szczególnie we wczesnym wykrywaniu w poszczególnych rodzajach chorób, począwszy może od badania piersi, gdzie są już pewne standardy wypracowane, ale również w innych rodzajach, to wydaje mi się, że pielęgniarki mogłyby znakomicie – ale też, żeby były dobrze przeszkolone – to wykorzystają w praktyce. Mielibyśmy wtedy znacznie lepszą wykrywalność. Do tego jednak potrzeba po prostu tej dużej edukacji i położenia nacisku nie tylko na kształcenie studentów medycyny, ale także pielęgniarstwa. To jest więc ogromny potencjał, na który chcę zwrócić państwa uwagę. Mamy bowiem mało pieniędzy i jeżeli nie wykorzystamy tych, które mamy, to nie będziemy, niestety, mieć efektów.

I druga sprawa, proszę państwa. To jeszcze kwestia oświaty zdrowotnej, o której właśnie wspomniał pan profesor. Mamy teraz cywilizację obrazkową. Telewizja jednak ma ogromne oddziaływanie. Jak się jest w Stanach Zjednoczonych, czy w Kanadzie, czy w Europie Zachodniej, szczególnie w Stanach, mamy bardzo wiele filmów ilustrujących właściwe zachowania zdrowotne, począwszy od diety, przez niepalenie i tak dalej. U nas tego jest ciągle za mało. Może autorytety medyczne powinny się bardziej zaangażować, żeby zamiast seksu, który stale widzimy o każdej porze, było więcej tematów właśnie prozdrowotnych.

I trzecia sprawa. Istotna dla mnie refleksja. Jestem pielęgniarką, bardzo sobie cenię ten swój zawód, i ponieważ jestem blisko pacjenta, a teraz jestem także politykiem, jestem więc blisko społeczeństwa, miałabym taką prośbę do lekarzy, do naszego wspaniałego świata medycznego. Uważam, że nasi lekarze są naprawdę wspaniali, świetnie wykształ-

ceni, bywając w Europie, widzę, że są szanowani. I to mnie bardzo cieszy. Ale ja myślę, że gdybyście państwo zechcieli popatrzeć troszeczkę szerzej na sprawy w ogóle zdrowia publicznego, żeby się oderwać od swojej specjalności. Ponieważ my naprawdę powinniśmy mieć prawdziwy, szeroki, przemyślany, narodowy program zdrowia, gdzie Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych powinien być jego elementem, jednym z czołowych, może jeszcze kardiologia, może i wypadki, prawda?

Jednakże w przypadku tych wszystkich programów, które mogłyby wejść w ten ogólny narodowy, powinien być brany pod uwagę właśnie zdrowy styl życia. Bo dieta jest ważna i w onkologii, ale i w kardiologii i w wielu jeszcze innych sytuacjach. Wobec tego naprawdę musimy patrzeć, że gdybyśmy zintegrowali i dobrze skoordynowali wszystkie programy w ramach jednego, to moglibyśmy stworzyć dobry system koordynacyjny i potrzebna byłaby tutaj pewna struktura. Szkoda, że nie ma pana ministra, bo ja o to wołam już przez kilka lat.

Powinien powstać narodowy instytut ochrony zdrowia – instytut promocji zdrowia czy zdrowia publicznego, nazwijmy to różnie – gdzie właśnie te programy byłyby wyznacznikiem tworzenia departamentów w tym instytucie i gdzie byłyby dla nich na przykład departament współpracy z zagranicą, gdzie byliby eksperci do pisania różnych programów, o których mówił też chyba pan profesor Maciejewski, jeśli nie pomyliłam. Gdyby tacy eksperci byli, to na potrzeby każdego z tych programów mogliby pisać odpowiednie programy, nie tylko pisać, ale przygotowywać, a także potem prowadzić pomoc przy monitoringu i wydatkowaniu tych środków. To też jest bardzo ważny element powodzenia realizacji tych programów.

Myślę więc, że dobrze by było, gdybyście państwo wzniesli się ponad swoją specjalność i wspólnie dogadali się z innymi specjalistami, którzy też mają takie poważne problemy w swoich dziedzinach. Należałoby na to spojrzeć szerzej. I bardzo o to proszę, bo mnie się wydaje, że politycy też tego nie załatwią, jeśli nie będzie porozumienia wśród medyków. I tutaj bardzo chcę właśnie o to zaapelować. To byłoby chyba na tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Ktoś się jeszcze zgłaszał? Panie nie zabierały jeszcze głosu.

Bardzo proszę.

Przedstawicielka

Stowarzyszenia Promocji Zdrowia i Walki z Kalectwem

Iwona Wiśniewska:

Iwona Wiśniewska, przyjechałam z Koła. Reprezentuję Stowarzyszenie Promocji Zdrowia i Walki z Kalectwem. Chcę bardzo podziękować za zaproszenie. Jestem pierwszy raz w tak dostojnym miejscu. Z zawodu jestem położną. Moja przedmówczyni poruszyła właśnie ten temat, który również mnie tak bardzo bulwersował w całej tu państwa rozmowie ze względu na to, że były momenty, że odnosiło się wrażenie, iż świat medyczny to tylko lekarze. Nie umniejszając państwa roli, bardzo prosimy nie zapominajcie o pielęgniarkach i położnych.

W programie, o którym dzisiaj była mowa, blok edukacyjny zawierał szkolenia lekarzy rodzinnych, szkolenia studentów medycyny. Nic się nie mówi o szkoleniach

dla pielęgniarek i położnych, które już pracują, o szkoleniach studentek pielęgniarstwa i położnictwa. Proszę państwa, bardzo chwalebna jest właśnie ta korespondencja do pacjentek, gdzie zapraszamy je na mammografię, ale ktoś musi im przekazać tę wiedzę, żeby miały odpowiednie zachowania zdrowotne. Pozwólcie, że to właśnie zrobią pielęgniarki i położne, że będą edukować swoje pacjentki, które w konsekwencji będą trafiać do lekarzy, do specjalistów, między innymi do onkologów. Nie zapominajcie o nas.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

**Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Radiologii
i Diagnostyki Obrazowej w Województwie Małopolskim
Andrzej Urbanik:**

Akurat nie ma pana ministra.
(*Głos z sali: Ale jest pan dyrektor.*)

To dobrze. Moje dwa pytania były związane z tym, że oczywiście tu się zgadzam, że zarzucenie Polski PET nie ma sensu. Po prostu nie znamy w tej chwili losów tego programu i stąd było moje pytanie. Krążą, że tak powiem, tutaj różne pogłoski.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale pan minister o tym mówił. Może jakoś umknęło to pana uwadze. Mówił o zrobieniu diagnostyki potrzeb i liczba PET będzie po prostu dostosowana...*)

Powinna być dostosowana do potrzeb.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: O tym była mowa.*)

Rozumiem. W porządku.

Jeżeli natomiast chodzi o pierwszą sprawę, to tutaj troszeczkę jestem zdziwiony, bo myślę, że nie można tego problemu tak tylko skwitować, że to jest problem jednostek...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Założycielskich.*)

Poszczególnych jednostek służby zdrowia i że za tym stoją tylko firmy. Po prostu nie dadzą sobie rady poszczególne jednostki służby zdrowia w wymianie, tak to nazwijmy parku maszynowego. A problem jest poważny. W związku z tym tutaj musi być jednak ingerencja ministerstwa, choć nawet po to, żeby też tutaj nie dawać się kołować firmom, jeżeli chodzi o zakupy tego sprzętu. Sądzę więc, że tutaj... Właśnie wrócił pan minister. Czy ja mógłbym, Panie Ministrze, odpowiadając...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Słuchajcie państwo, mam następującą prośbę. Padło bardzo ważne pytanie i...
(*Wypowiedzi w tle nagrania*)
Pan minister musi jednak akurat odebrać...

**Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Radiologii
i Diagnostyki Obrazowej w Województwie Małopolskim
Andrzej Urbanik:**

Dobrze. W każdym razie uważam, że tutaj ingerencja ministerstwa jest konieczna. Rozumiem, że nie będzie kupował każdej jednostce aparatu, ale pewna chociażby ogólna pomoc, czy w doborze sprzętu, czy rozeznaniu potrzeb, jest potrzebna.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Mamy przykłady z centralnych zakupów, które zbijają ceny. Ale zobaczymy, co nam powie pan dyrektor.

Bardzo proszę.

(Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej w Województwie Małopolskim Andrzej Urbanik: Kiedyś był na przykład program Polkard, który bardzo poprawił sytuację. Mówię o takich kluczowych potrzebach. W kluczowych sytuacjach jest jednak potrzebna interwencja ministerstwa.)

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia Dariusz Adamczewski:**

Dziękuję bardzo.

Rozpoczynając od pytań pani senator i od problemu kształcenia pielęgniarek. Otóż program, który jest poświęcony nauczaniu onkologii w uczelniach medycznych, nazywa się dokładnie tak: modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych. On obejmuje wszystkie specjalności. Również na wydziałach pielęgniarstwa zamierzamy to kształcenie onkologiczne poprawić i zunifikować tak, żeby pielęgniarka, kończąc studia również miała tę wiedzę i świadomość onkologiczną.

Jeśli chodzi o środki, które są w dyspozycji programu, to one stanowią część budżetu ministra zdrowia. Jest to 250 milionów zł. One będą rozdysponowywane wśród zwycięzców poszczególnych konkursów ogłaszanych na realizację programu. Przez Ministerstwo Zdrowia realizatorzy konkursów będą otrzymywać środki.

Jeśli natomiast chodzi o badania przesiewowe, świadczenia w tych badaniach finansuje Narodowy Fundusz Zdrowie ze środków własnych. Część logistyczną i administracyjną tych programów finansuje również minister zdrowia.

I jeszcze w sprawie Narodowego Programu Zdrowia. W tej chwili jest pisany kolejny Narodowy Program Zdrowia, który będzie obejmował następne lata. Znajdą tam swoje bardzo poważne miejsce choroby przewlekłe, w tym nowotworowe, ale również cukrzyca, również pozostałe choroby cywilizacyjne. Tak że zdecydowanie zgadzam się ze stwierdzeniem na temat Narodowego Programu Zdrowia i miejsca programu nowotworowego w tym globalnym programie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani chciała zabrać głos, bardzo proszę.

**Przedstawicielka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Janina Binkowska:**

Janina Binkowska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Dziękuję bardzo, ponieważ pan dyrektor odpowiedział mi w tej chwili na zagadnienie dotyczące kształcenia pielęgniarek i położnych oraz zmiany programu kształcenia w zakresie zagadnień onkologicznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan profesor z Łodzi.

**Kierownik Katedry Onkologii
w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi
Radziszaw Kordek:**

Mam tylko jedno pytanie. Czy ustalenia, które się toczą w sprawie kształcenia pielęgniarek, studentów medycyny itd., itd. zakończą się któregoś dnia rozporządzeniem ministra zdrowia, czy też jak zwykle będzie się to bez końca kręcić do mojej śmierci? Dziękuję bardzo.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Jeśli można?

One się nigdy nie kończą rozporządzeniem ministra zdrowia, ponieważ minister zdrowia nie odpowiada za programy nauczania. Jest to rozporządzenie ministra edukacji...

(Kierownik Katedry Onkologii w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi Radziszaw Kordek: Przepraszam.)

...w sprawie minimalnych standardów. Tak, zakończą się, to znaczy w momencie, kiedy ten program zostanie opracowany, zunifikowany. Onkologia musi znaleźć miejsce w ramach minimów, bo w przeciwnym razie żadna uczelnia nie będzie zobligowana do realizacji tych minimów. Program ten doprowadzi również do tego, że onkologia znajdzie swoje poważne miejsce w minimach nauczania.

(Profesor Doktor Habilitowany Nauk Medycznych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi Radziszaw Kordek: Tak jest, rozumiem. Te minima ustalaliśmy w Ministerstwie Zdrowia i dlatego o to zapytałem.)

Tak, natomiast jest to przekazywane ministrowi edukacji.

(Profesor Doktor Habilitowany Nauk Medycznych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi Radziszaw Kordek: Przepraszam, rozumiem.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor Nowacki, bardzo proszę.

**Dyrektor Centrum Onkologii
– Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie
Marek Nowacki:**

Jeśli pan pozwoli, ustosunkuję się do tego w telegraficznym skrócie, bo jest mnóstwo zagadnień. Chciałbym powiedzieć, że w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie przywiązujemy nadzwyczaj dużą wagę do szkolenia pielęgniarek. Informuję państwa, że istnieje u nas i działa klinika pana profesora Butruka, jedyne miejsce w Polsce, które ma międzynarodowy certyfikat uprawniający do szkolenia w zakresie endoskopii. Między innymi szkolimy pielęgniarki endoskopowe. Proszę państwa, do niedawna to było niewyobrażalne. Chodzi o zapewnienie kadry na potrzeby screeningu. Mogę państwa zapewnić, że panie pielęgniarki wykonują to badanie niezwykle starannie, nierzadko lepiej niż lekarze. Przywiązujemy do tego dużą wagę.

Jeżeli chodzi o relacje, jakie mamy z warszawską akademią, to są one coraz lepsze. Mogę oświadczyć, że słuchacze wydziału pielęgniarstwa odbywają ćwiczenia praktyczne i seminaria w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Współpraca jest w tym zakresie harmonijna w ramach umowy podpisanej z uczelnią. Uważam, że zrobiono już dużo, żeby osiągnąć postęp. Naprawdę, proszę mi wierzyć, nie zapomnieliśmy o pielęgniarkach, tak jak powiedział pan dyrektor.

Pamiętamy również o regionalnych różnicach, jeśli chodzi o zachorowalność i umieralność. Oczywiście wszystkie wyartykułowane przez pana profesora Zemłę problemy są ujęte w narodowym programie, którego realizacja nastąpi już w tym roku. Dotyczy to również regulacji w zakresie zgłoszenia zachorowań na nowotwory. Te sprawy są regulowane, mam nadzieję, że zrealizujemy to do końca roku. Mało tego, odwołuję się, proszę wybaczyć, do strony internetowej Ministerstwa Zdrowia. Gdyby pan profesor tam zajrzał, to znalazłby ważne informacje, między innymi wyjaśnienia dyrektora Sobolewskiego dotyczące odpłatności za dane. Proszę to przeczytać, to jest dokument na pół stroniczki. Uważam, że ten problem został już rozwiązany przez ministra zdrowia.

Następna sprawa. Odpowiem na pytanie pani dyrektor. Błagam, nie ograniczamy wymogów dotyczących jakości. Muszą być regulacje dotyczące dostępności w danym terenie, z tym się zgadzam. Natomiast odpowiem bardzo krótko i obrazowo. Fizyk medyczny jest potrzebny po to, żeby pani, jako dyrektor, nie miała procesu o wyindukowanego raka piersi wskutek napromieniania. To nie jest obojętna metoda. Wykorzystuje się promieniowanie jonizujące i nikt z nas – ani my, tu obecni, ani ktokolwiek gdzie indziej – nie zna najniższej dawki, jaka byłaby kompletnie nieszkodliwa. W związku z tym wprowadzone zostały te zapisy. Normy dotyczące liczby i tak są zaniżone w stosunku do średnich wymagań europejskich. Tak mniej więcej te sprawy wyglądają.

Kolejna sprawa, chodzi o te 8,5%. Proszę pani, w centrum onkologii screening prowadzony jest na Ursynowie dla pań z Ursynowa. Od kilkunastu lat to jest olbrzymia populacja kobiet. Populacja ta już jest nim objęta, ale po kilkunastu latach. Te 8,5%, które pani wymienia, to będzie zjawisko, które będzie się powtarzało. Nie obejmujemy screenowaniem całej populacji jednego dnia. W ciągu jednego dnia nie zmienimy oblicza Rzeczypospolitej, nawet gdybyśmy bardzo chcieli. Wymaga to kilku lat mozolnej pracy. Chętnie służymy oczywiście każdą radą w tym zakresie, każdą pomocą, łącznie

z tym, że ekipa – w ramach już ustalonych na ten rok programów – przyjedzie do pani i może pani pomóc w zapewnieniu kontroli jakości, bo na to są przewidziane środki w narodowym programie.

Sprawa rehabilitacji w onkologii. W dużych ośrodkach rehabilitacja już jest zapewniona. Ogólnie na pewno stanowi to problem, ale wydaje się, że w dużych ośrodkach problem ten jest rozwiązany. To tyle na temat najważniejszych kwestii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze pan minister pragnie zabrać głos, proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie. Kiedy dzisiaj rano w trakcie spotkania z profesorem Religą powiedziałem, że udaję się do Senatu, by przedstawiać problemy onkologiczne, pan profesor powiedział tak: pozdrów Senat, zazdroszczę ci, że będziesz w takim miejscu. Rzeczywiście Senat jest miejscem, które stanowi dla nas istotne wsparcie. Dzięki państwa wiedzy i dzięki temu, że chcą nas państwo wspomagać, wiemy, dla kogo tak naprawdę pracujemy, jak również wiemy, że programy, które realizujemy, są dobre, dlatego że państwo nad nimi pracują, za co chciałbym bardzo serdecznie podziękować. To spotkanie jest dla nas bardzo istotne. Zawsze jesteśmy do dyspozycji.

Przez kilka minut musiałem wybiegać, za co bardzo przepraszam. To nie jest nonszalancja z mojej strony. Obecnie realizujemy wspólnie z panią minister Kluzik-Rostkowską bardzo istotny projekt przeciwdziałania maltretowaniu dzieci. Sytuacja jest taka, że w każdym tygodniu ginie maltretowane dziecko. Nie wiadomo, dlaczego tak się dzieje. Wczoraj zginął skatowany dwuipółletni chłopiec. Próbuje napisać ustawę, która błyskawicznie będzie poddana procedowaniu, której celem będzie stworzenie bazy danych. Lekarze nie będą się bali zgłaszać syndromu dziecka maltretowanego, będzie pewien racjonalny ciąg zdarzeń. Zapewne Senat wkrótce zmierzy się z tym problemem. A zatem bardzo proszę o usprawiedliwienie mnie. To nie była nonszalancja. Niestety, minister zdrowia ma wiele różnych zakresów aktywności, ale z dużą przyjemnością przez te prawie dwie i pół godziny byłem z państwem i uczyłem się wielu rzeczy, które państwo mi przedstawiliście. Jeszcze raz wielkie dzięki za zaproszenie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Panie Przewodniczący, chciałabym się zwrócić do pana profesora Nowackiego. Bardzo chciałabym podziękować za te piękne słowa wypowiedziane o pielęgniarkach, że są tak staranne, dobrze przygotowane. Jednocześnie mam też prośbę. Otóż często jest tak, że nasze pielęgniarki są nawet, powiedziałabym, bardzo dobrze wykształcone,

natomiast nie mają możliwości wykorzystania swojej wiedzy i swoich umiejętności w praktyce, ponieważ nie zawsze przy zakupywaniu świadczeń przez fundusz zdrowia czy przedtem przez kasę chorych zgłaszane jest zapotrzebowanie na takie świadczenia.

Wydaje mi się, że byłoby dobrze zgłaszać – tutaj kieruję również do pana prezesa swój najpiękniejszy uśmiech, na jaki mogę się zdobyć – w ramach zakupywanych świadczeń świadczenia realizowane przez pielęgniarki, zaznaczać, że to ma być wykonywane przez pielęgniarki. Pielęgniarki mają być dobrze przygotowane, ale jednocześnie powinny być kierowane oczekiwania do tej grupy zawodowej, bo wtedy to do wartościowuje te panie, że mają możliwość to wykonać, że to od nich zależy. Jednocześnie to buduje poczucie odpowiedzialności za swoją działalność, za swoją praktykę, za swoje kompetencje, a przede wszystkim daje efekt zdrowotny. Bez tego wsparcia profesorów medycyny, naszych lekarzy i bez wsparcia funduszu zdrowia nie rozwinemy się w tym zakresie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Widzę, że jest tu reprezentowane silne lobby, można powiedzieć. Na podstawie mojej praktyki lekarza miejskiego, realizowanej we Wrocławiu, mogę stwierdzić, że pielęgniarki zdecydowanie chętniej angażują się w profilaktykę niż lekarze. Dla lekarzy najbardziej napędzającym i motywującym działaniem jest ciągle styk z chorym, natomiast pielęgniarki zdecydowanie lepiej wyżywają się w profilaktyce.

Szanowni Państwo, kończąc tę część posiedzenia komisji, chciałbym serdecznie podziękować panu ministrowi, przedstawicielom rady, państwu profesorom, którzy przyjechali do nas z różnych miejsc Polski. Wydaje mi się, że przemyślenia wymaga kwestia nauczania onkologii na uczelniach i stworzenia bazy do tego nauczania nie w kontekście jednego roku, ale dłuższego okresu, co wymaga opracowania docelowego modelu. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Moim zdaniem szalenie niepokojące było wystąpienie pana profesora Maciejewskiego, który powiedział o anachroniczności kontraktowania onkologii w Narodowym Funduszu Zdrowia. Mam wrażenie, że pan minister i jego rada powinni w jakiś sposób uspokoić nas odpowiedzią na pytanie, czy rzeczywiście ten katalog NFZ jest przestarzały i czy nie powinni państwo coś z tym zrobić.

Po trzecie, z konkluzji, które tutaj mi się jawią jako ważne, trzeba wymienić kwestię technologii edukacji. Poświęcimy osobne posiedzenie komisji zasadom dotyczącym promocji zdrowia i profilaktyki, czyli kształtowania stylu życia, w pełni podzielając opinię pana profesora, przepraszam...

(Głos z sali: Chorążego.)

...Chorążego – bardzo przepraszam – że formowanie się stylu życia następuje głównie w młodym wieku. Zdecydowanie łatwiej jest wtedy oddziaływać na styl życia, który później przesądza nie tylko o zachorowaniach nowotworowych, ale o jeszcze wielu, wielu innych sprawach. Pomimo że środków jest niewiele, myślę, iż dokładka, jaką jest zagwarantowanie środków w Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych 2004–2007, zdecydowanie zwiększa naszą szansę, że ruszymy w pościg.

Jeszcze raz chciałbym serdecznie podziękować wszystkim państwu, którzy zaangażowali się w dzisiejsze spotkanie. Liczę na to, że rzeczywiście to spotkanie w jakiejś mierze będzie dla nas wszystkich pożyteczne. Bardzo jeszcze raz państwu dziękuję.

Ogłaszam pięciominutową przerwę techniczną, po której komisja będzie pracowała nadal.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wznawiam posiedzenie komisji.

Bardzo proszę państwa na salę. Kuluary są równie ważne jak forum, ale pomalutku zechciejmy wrócić.

Proszę państwa, za tydzień, w środę i w czwartek, odbędzie się posiedzenie Senatu. Mam pytanie do pań obsługujących prace komisji, czy są przewidziane ustawy do rozpatrzenia w związku z najbliższym posiedzeniem Senatu.

(Głos z sali: Nie ma.)

Nie ma, wobec tego pozostały do rozpatrzenia tylko sprawy bieżące, proszę państwa.

Proszę państwa, wpłynęło kilka stanowisk na piśmie. Przedstawiam stanowisko Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie w sprawie postulatów samorządu zawodowego aptekarzy. Otóż lekarze w Szczecinie popierają postulaty samorządu zawodowego aptekarzy zmierzające do zachowania nabytych uprawnień aptekarzy, którzy prowadzili apteki w momencie wejścia w życie ustawy – Prawo farmaceutyczne w lokalach odpowiadających poprzednio obowiązującym przepisom. Prawdopodobnie to jest odprysk zmian regulacji. Przekazuję to państwu do wiadomości, jako że skierowane to zostało do pana marszałka i przekazane przez pana marszałka nam. Przyjmujemy to stanowisko do wiadomości, jak rozumiem, jako że nie mamy w tym przypadku możliwości działania.

Zostało też przekazane do Kancelarii Senatu przez starostę ostrowskiego stanowisko rady powiatu w sprawie trudnej sytuacji płacowej pracowników szpitala imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Ostrowi Mazowieckiej. Proszę państwa, też możemy przyjąć to do wiadomości. Wiemy dobrze, że sytuacja jest napięta.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Niepublicznych Szpitali Samorządowych wystąpiło do mnie i, myślę, także do państwa, bo pismo skierowane jest do senackiej Komisji Zdrowia, w związku ze zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Niepublicznych Szpitali Samorządowych, których właścicielami są w 100% samorządy różnego szczebla, zgłasza stanowczy protest, jako że ta zmiana ustawy dyskryminuje szpitale w dostępie do środków publicznych.

Marszałek województwa podkarpackiego powiadamia prezesa Rady Ministrów – a nam przekazuje to do wiadomości – o konflikcie, który ma miejsce na Podkarpaciu.

Jeszcze nie wiem, co z tym zrobić. Chciałbym tylko państwu powiedzieć, że to są sprawy, które do nas napłynęły. Te sprawy zostały skierowane do komisji, ale nie we wszystkich sprawach musimy działać.

Czy są jeszcze jakieś inne sprawy?

Bardzo proszę, pan senator Ślusarz, a potem pani senator Rudnicka.

Senator Rafał Ślusarz:

Panie Przewodniczący! Szanowna Komisjo!

Myślę, że nie tylko ja jestem adresatem wystąpienia pana Konstantego Radziwiłła, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, w sprawie wprowadzenia zapisów dotyczących wynagrodzenia lekarza w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Sądzę, że nie byłoby dobrze, gdybyśmy całkiem to zlekceważyli, a oczywiście procedowanie nad tym w momencie...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja tego nie otrzymałem.

(*Senator Rafał Ślusarz:* Dotyczy to projektu nowelizacji tej ustawy w zakresie dodania zapisu o...)

Do mnie to nie wpłynęło.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Senator Rafał Ślusarz:* To mogło być skierowane do każdego indywidualnie, a nie do komisji.)

Wystąpienie pana prezesa Konstantego Radziwiłła?

(*Senator Rafał Ślusarz:* To wystąpienie, to znaczy, myślę, że także...)

A co pan senator proponuje?

Senator Rafał Ślusarz:

To jest to, co znalazło się na plakatach. Chodzi o co najmniej dwukrotność wynagrodzenia dla lekarza niemającego specjalizacji, dwuipółkrotność wynagrodzenia dla lekarza mającego pierwszy stopień specjalizacji i trzykrotność wynagrodzenia dla specjalisty. Rozumiem, że to byłaby mało komfortowa sytuacja, gdybyśmy już w tej chwili potraktowali to legislacyjnie, ale myślę, że moglibyśmy wystąpić do ministra z zapytaniem: po pierwsze, czy legislacyjnie jest możliwe wprowadzenie takiej poprawki i czy jest to zwerfikowane od strony prawnej, i po drugie, ile kosztowałoby wprowadzenie tego typu zapisu w prawie. Należałoby powiadomić pana prezesa, że w tej chwili to jest na takim etapie. To jest coś, co musimy wiedzieć, zanim z czymś takim ewentualnie byśmy wystąpili, a wydarzenia pokazują, że nie byłaby to w tej chwili sprawa bez znaczenia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Myślę, że komisja senacka nie może zająć stanowiska tylko w stosunku do lekarzy.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Musimy potraktować tę sprawę szerzej. Jeśli chcecie państwo, to trzeba postawić pytanie, czy nie zaprosić przedstawicieli korporacji medycznej.

(*Głos z sali:* To jest dobry pomysł.)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Trzeba na ten temat porozmawiać. Powiem wam, o co chodzi. Rozumiem, że kiedy zbiera się izba pielęgniarstwa, to uchwała postulatów dotyczące ich środowiska, ale my musimy to ucierać na poziomie państwa, dlatego że rachunek krzywd w ochronie zdrowia jest długi. Dlatego proponowałbym – nie wiem, czy pan senator Ślusarz by się zgodził – żebyśmy zaplanowali majowe posiedzenie komisji na temat sytuacji finansowej pracowników i zaprosili przedstawicieli korporacji. Wtedy byśmy to konkludowali. Zaprosilibyśmy ministra. Będzie to po 10 maja, będziemy mieli materiały z sesji. Wtedy wróciłbym do kwestii płacowych w ochronie zdrowia.

(*Senator Rafał Ślusarz: Panie Przewodniczący, moja intencja jest taka: nie pozostawić tego bez reakcji komisji. Przyjmuję inne rozwiązania.*)

Czy są inne wnioski w tej sprawie?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Oczekujemy, dobrze. Czy państwo przyjmujecie ten scenariusz, który proponuję, że zajmiemy się tym w ramach posiedzenia komisji? Bardzo proszę o to, żeby zostało zapisane w protokole, że będzie to rozpatrzone na kolejnym posiedzeniu komisji, wraz z zaproszeniem przedstawicieli izb lekarskiej, pielęgniarstwa, diagnostów i laborantów medycznych. I kto jeszcze?

(*Głos z sali: Krajowy związek lekarzy.*)

(*Głos z sali: Ogólnopolski związek lekarzy.*)

(*Głos z sali: Nie, nie, związki zawodowe nie.*)

Proponowałbym nie uwzględniać związków, bo my się rozsypimy.

(*Głos z sali: Związki zawodowe pielęgniarek i położnych.*)

Jeśli chcecie, to musimy wtedy uwzględnić...

(*Głos z sali: Tylko korporacje.*)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Głos z sali: Wtedy trzeba uwzględnić wszystkie związki, które działają w obrębie służby zdrowia.*)

Czy postulat pana senatora Ślusarza jest inny?

(*Senator Rafał Ślusarz: Nie, nie.*)

Pozostaniemy przy korporacjach?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Będzie nam troszeczkę łatwiej, bo oni są trochę mniej bezwzględni, że tak powiem, ponieważ rozumieją, że poza elementami płacowymi jest też problem bezpieczeństwa pacjentów, o którym, choćby z racji naszego umocowania parlamentarnego, stale musimy pamiętać.

Czy jeszcze zgłaszają państwo jakieś sprawy?

Bardzo proszę, pani senator Rudnicka.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mam następujący wniosek w związku z naszym dzisiejszym długim posiedzeniem komisji. Temat nowotworów jest tak szeroki, tak długotrwały i tak różnorodny, że proponuję, aby nie skończyło się to na dzisiejszym posiedzeniu komisji, ale żeby powstał chociażby mały zespół podkomisji do spraw chorób nowotworowych, który mógłby współpracować również z grupą działającą w ministerstwie, z panem ministrem Pinkasem, który te sprawy prowadzi. Zespół informowałby całą komisję o tym, co się dzieje w tej dziedzinie, żebyśmy nie musieli się tym zajmować dość często, w ramach całej komisji, jako że temat jest taki, że będzie tego od nas, myślę, wymagał.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przedstawione zostało stanowisko pani senator. Czy ktoś chciałby zabrać głos w tej sprawie?

Bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Popieram ten wniosek pani senator, ponieważ uważam, że rzeczywiście, żeby być aktywnym w mądrym wdrażaniu tego programu – a jednak w tym zakresie są trochę różne poglądy, powinien być prowadzony przez nas monitoring, jak również ważna jest współpraca i kształtowanie tego na bieżąco – taka mała grupa powinna powstać. Myślę, że pani senator Rudnicka mogłaby być przewodniczącą tej grupy, bo jest znawczynią tematu i jest z zespołu gliwickiego. Rysuje nam się bardzo dobry początek zespołu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Moje wątpliwości, które staram się wyjaśniać, wynikają nie z niedocenienia rangi problematyki onkologicznej, bo wydaje mi się, że dzisiaj zrobiliśmy sporo, żeby zderzyć różne środowiska i postawić przed radą działającą przy ministrze pewne trudne pytania, natomiast mam wrażenie, że podkomisja nie może zajmować się sprawami monitorowania programu, bo rolą parlamentu, jak państwo wiecie, jest uchwalanie ustaw, a naszą rolą jest opiniowanie ustaw w postaci uchwał albo są nią inicjatywy ustawodawcze.

Gdyby grupa osób, która myśli o podkomisji, miała w zamyśle przygotowanie projektu ustawy, wtedy bym to rozumiał, przynajmniej tak rozumiem funkcję parlamentu, natomiast nie bardzo wiem, jakie mielibyśmy podstawy prawne do monitorowania. Przypomnę państwu, że między innymi dlatego w zakresie prac Senatu nie ma interpelacji, a są jedynie oświadczenia, że Senat jest wyłączony z nadzoru organów wykonawczych. To jest coś, co powinniśmy uwzględnić w naszych działaniach. Taki jest mój głos w dyskusji.

Bardzo proszę, pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Uważam, że tworzenie podkomisji nic nie da, bo już było jedno spotkanie, jak pan przewodniczący pamięta, dotyczące ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Też miały powstać podkomisje, które nie powstają. Natomiast my, jako senatorowie, mamy bardzo dużą możliwość ingerowania w sprawy programu, nawet uczestnicząc w spotkaniach krajowej rady onkologicznej. Spotkania odbywają się w ministerstwie i jeżeli nas to interesuje, można uczestniczyć. Ja osobiście jestem tym bardzo zainteresowany i będę się starał w takich posiedzeniach uczestniczyć, jak również mieć kontakt ze wszystkimi ludźmi, którzy te programy tworzą.

Zresztą podjęliśmy jako komisja uchwałę i określiliśmy w programie prac, że przewidujemy posiedzenie dotyczące profilaktyki onkologicznej. Każdy, kto ma coś na ten temat do powiedzenia – a myślę, że każdy z nas, tu obecnych, jest zainteresowany stworzeniem takiego programu – może przekazać swoje informacje. Możemy działać w ramach komisji, zamiast tworzyć podkomisję, bo tak wielu nas tu nie ma, żebyśmy się mogli dzielić na grupy. Okaże się, że najpierw jest sprawa onkologii, później sprawa kardiologii, a potem sprawa psychiatrii, następnie coś jeszcze i każdy będzie stanowił jednoosobową podgrupę. Działajmy tak, jak działamy w tej chwili, ale wykorzystujemy swoje możliwości działania poza naszą komisją. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W zasadzie jestem przekonany o słuszności, gdy pojawia się taka inicjatywa, to chętnie bym ją wspierał, tyle tylko, że nie widzę, jak powiadam, legalnej podstawy do tworzenia podkomisji, gdy nie mamy w zamyśle inicjatywy ustawodawczej. Natomiast pytanie jest innego rodzaju: czy należy dążyć do powołania zespołu parlamentarnego, który pracowałby nad problematyką onkologiczną, nie na zasadzie podkomisji, lecz raczej na zasadzie zespołu parlamentarnego? Porozmawiałbym z panią poseł Ewą Korpacz, która już, co prawda, jest mi winna wskazanie trzech kandydatów do zespołu parlamentarnego do spraw Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nasza komisja to przyjmowała w ramach konkluzji. Ciągłe nie ma tych trzech osób, a trochę odczuwam naciski środowiska, które oczekuje, że będziemy coś robić w tej sprawie.

Krótko mówiąc, jeśli państwo nie poczuja się dotknięci, można byłoby uznać, że to jest próba roztropnego wyjścia z sytuacji, z wykorzystaniem także tego, o czym mówił pan senator Okła, a mianowicie żebyście państwo włączyli się, jako umocowani prawnie, w uczestnictwo w posiedzeniach rady. Nie taję, że przed tym posiedzeniem komisji śledziłem stronę internetową. Nie lubię polemiki, dlatego powiem, że ona nie jest za bardzo aktualna. Protokoły posiedzeń rady nie są za bardzo obszerne, nie rozwiewają wątpliwości i nie odpowiadają na wszystkie pytania, jakie są stawiane. Tym bardziej byłoby cenne, gdybyście państwo, nawet z poruczenia komisji czy na prośbę komisji – może to byłoby dla państwa wygodniejsze: na prośbę komisji i z umocowania komisji – włączyli się w pracę rady działającej przy ministrze.

Senator Janina Fetlińska:

Jeśli można się włączyć do tych rozważań, to chciałabym powiedzieć, że mogliśmy poprosić panią senator Rudnicką, żeby reprezentowała komisję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeśli pani senator się zgłasza jako ochotniczka, to oczywiście.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Wydaje mi się, że myśl pana przewodniczącego o stworzeniu parlamentarnego zespołu chyba jest najlepsza, bo mimo wszystko, proszę państwa, z pełnym szacunkiem dla wszystkiego i wszystkich, w tym roku przewidziane jest 270 milionów zł. Czuję jakąś wewnętrzną potrzebę naszego oka w tej sprawie. Potrzeby są olbrzymie, ale z kolei, również z pełnym szacunkiem, potrzeby poszczególnych grup ludzi, którzy może w węższym wydaniu widzą swoje sprawy, też są bardzo duże, jest ogromnie duży apetyt. Czuję taką społeczną potrzebę, a że od szesnastu lat jestem związana z centrum onkologii, które buduję, nie jestem lekarzem, więc mam spojrzenie potencjalnego pacjenta na sprawy służby zdrowia. Czasami takie spojrzenie jest inne, jest wolne od deformacji profesjonalnej w danej dziedzinie. Wydaje mi się, że powinniśmy to robić, obojętne, w jaki sposób. Poddałam pod dyskusję, czy to ma być zespół parlamentarny, czy podkomisja, czy mają to być delegaci z naszej komisji do rady, ale chyba trzeba na ten program spojrzeć. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Staszku.

Senator Stanisław Karczewski:

Zgadzam się z panią senator, ponieważ chyba wszyscy, nie artykułując tego podczas spotkania w tak szerokim gronie osób, gdzieś tak podskórnie czujemy takie pytania. Każdy z nas stawiał pytanie: centralizacja, czy nie? Coś się za tym kryje, bo nie chodziło nam o to, co czasami jest. Bardzo często dyskutuję z panem profesorem Nowackim w środowisku chirurgów o wyższości leczenia w instytucie onkologii nad leczeniem, powiedzmy, w klinikach, nie mówiąc już o szpitalach powiatowych. Okazuje się, że są tam przyjmowani pacjenci z pewnymi wskazaniem. Część pacjentów nie jest przyjmowana. Ci pacjenci, którzy kwalifikują się do leczenia paliatywnego, są wysyłani do szpitali powiatowych. To jest odwieczny temat i odwieczne pytanie. Centralizacja wiąże się natomiast, i chyba wszyscy o tym wiemy, z kumulacją środków na centra onkologiczne. Czy jednak w przypadku wszystkich zakupów – i tutaj pan senator mi pokazywał wykaz, ja nie zwróciłem uwagi...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie, nie, właśnie akurat pan senator Ślusarz zwrócił uwagę na komputerowe tomografy w wykazie zakupów. Nie wiem, czy akurat z tego programu powinny być realizowane zakupy związane z diagnostyką w tych centrach. Jeśli chodzi o urządzenia do radioterapii, to chyba zostałem dziś przekonany, a pan senator nie.

(Głos z sali: Ja nie.)

Właśnie, tym bardziej myślę, ponieważ pan senator nie został przekonany, a ja akurat w tym zakresie zostałem przekonany, w innym zakresie nie, że taki zespół byłby potrzebny. Odczuwamy taką potrzebę. Ja również bardzo chętnie przyłączyłbym się do tej współpracy. Jeśli powstałaby grupa parlamentarna, to ja bardzo chętnie wziąłbym udział w jej pracach.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wobec tego konkluzja jest taka, żeby komisja wytypowała może jednego z wiceprzewodniczących, bo trochę czuję się odpowiedzialny za ten zespół parlamentarny do spraw Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i zmierzam do jego powołania. Proponowałbym, żeby to był ktoś z wiceprzewodniczących. Kto by chciał?

(Senator Stanisław Karczewski: Ja bardzo chętnie. Z panią senator, jeśli pani senator pozwoli. To mają być dwie osoby czy trzy?)

To ustalimy. Uważam, że chodzi o nawiązanie kontaktu z posłami i ustalenie terminu, w którym państwo by się spotkali, tak jak spotykają się inne zespoły parlamentarne, jeśli jest taka wola, jest deklaracja i wskazanie na pana.

(Senator Stanisław Karczewski: Dobrze, następne posiedzenie Senatu odbywa się równoległe z posiedzeniem Sejmu.)

Jest okazja.

(Senator Stanisław Karczewski: Jest okazja i trzeba to zrobić.)

Powiadomię panią przewodniczącą Kopacz, że pan przewodniczący Karczewski będzie próbował zmontować zespół. Nie taję, że zapraszałem panią poseł Kopacz na dzisiejsze posiedzenie komisji, ale coś innego było w planie.

(*Senator Stanisław Karczewski*: W czasie posiedzeń Senatu i Sejmu możemy się na godzinę spotkać.)

Bardzo proszę, nie będziemy chyba nad tym głosować, bo raczej jest konsensus w tej sprawie. Pan doktor Karczewski będzie próbował zmontować zespół parlamentarny do spraw onkologii.

Inne sprawy, proszę.

Senator Michał Okła:

Jeszcze sprawa kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, bo później znowu będzie za późno i trudno będzie się z nimi dogadać. Otóż w tej chwili na terenie naszego kraju organy założycielskie wielu szpitali nijak nie chcą poręczyć nawet niewielkich kredytów, a szpitale tracą z tego powodu płynność finansową. Pojawia się wiele programów i wiele banków chce uczestniczyć w tych programach. Tworzy się programy dla szpitali, by można było udzielać kredytów bez poręczeń organów założycielskich, ale jest jeden warunek: musi być podpisany kontrakt na okres od trzech do pięciu lat. Na taki okres może być udzielony kredyt. W naszym interesie byłoby to, żeby były podpisywane jak najdłuższe kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, nawet pięcioletnie. Wtedy wyjście z długów nie stanowiłoby dla szpitali żadnego problemu. Jeżeli moglibyśmy w formie prośby komisji czy wniosku komisji zwrócić się do nich...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chodzi o wniosek komisji do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia?

(*Senator Michał Okła*: Tak.)

Oparliby się na swoich kryteriach, bo nie możemy zagwarantować wszystkim takiego kontraktu.

(*Senator Michał Okła*: Nie, nie, są szpitale, w przypadku których można.)

Chodzi o to, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględnił to, by te szpitale, które rzetelnie wywiązują się z kontraktów, były wspierane długookresowymi kontraktami.

(*Senator Michał Okła*: Tak jest.)

Czy takie stanowisko budzi państwa wątpliwości?

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Moich nie budzi, ale chciałbym zwrócić uwagę, że banki nie dlatego nie udzielają kredytów, lecz z całkiem innych powodów.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale z tego powodu też.

(*Senator Stanisław Karczewski*: To jest powód drugorzędny, ale to jest dobry pomysł.)

(Głos z sali: Gdy brakuje poręczenia, a w tym przypadku nie potrzeba poręczenia.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę włączać mikrofony, bo to jest nagrywane.

Senator Michał Okła:

Banki tworzą w tej chwili różne programy, ale potrzebny jest kontrakt. Do tej pory można było zrobić cesję kontraktu. Teraz nie jest wymagana cesja, wystarczy, że kontrakt będzie zawarty na okres powyżej trzech lat, najlepiej od trzech do pięciu lat. Jeżeli biznesplan i kondycja finansowa szpitala wskazują na to, że może on wyjść z dołka, wtedy oni chętnie udzielają wsparcia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wobec tego miałbym prośbę, ponieważ spotykamy się za tydzień, o przygotowanie na piśmie stanowiska, które byliby przyjęte przez komisję. Wtedy wystąpilibyśmy do Narodowego Funduszu Zdrowia ze stanowiskiem komisji, dobrze?

(Senator Michał Okła: W takim razie ja na następne spotkanie przygotuję.)

Bardzo proszę. Albo zrobimy króciutkie spotkanie w trakcie posiedzenia Senatu.

(Senator Michał Okła: W trakcie posiedzenia Senatu. Na przyszły tydzień to przygotuję, już będzie gotowe.)

Nie ma konieczności pracy nad ustawami, jako że nie wpłynęły do nas ustawy.

Czy są jeszcze jakieś sprawy?

Senator Janina Fetlińska:

Jeśli można, chciałabym nawiązać do swojego dzisiejszego wystąpienia. Chodzi mi o Narodowy Program Zdrowia. Były już trzy takie programy. Ostatni program obejmował lata 2001–2005. Programy te de facto były przyjęte uchwałą Rady Ministrów i nie określono w nich zasad finansowania, czyli właściwie był to papier i kto chciał, to je realizował, a kto nie chciał, to nie realizował. Teraz natomiast tworzy się nowy program i chciałabym, żebyśmy jako senacka komisja przemyśleli, czy nie należałoby jednak zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia o to, aby potraktować kolejną wersję Narodowego Programu Zdrowia, która jest tworzona, jako zbiór narodowych programów, wraz z określeniem finansowania.

Do tej pory sytuacja wyglądała tak, że Narodowy Program Zdrowia, który ma określone cele, i na przykład narodowe programy zwalczania raka albo profilaktyki chorób układu krążenia stanowiły oddzielne programy. Niektóre z tych czterdziestu kilku programów, bo chyba tyle jest narodowych programów, są finansowane, a ogólny program narodowy nie uwzględnia finansowania. Jest związek merytoryczny, ale nie ma związku menedżerskiego, organizacyjnego. Myślę, że powinniśmy się nad tym zastanowić przy tworzeniu nowej wersji, rozpoczynając nowy etap. Powinniśmy przemyśleć, jak to zrobić, żeby stało się to podstawą polityki zdrowia publicznego w Polsce. Zachęcam do debaty na ten temat i przemyślenia tego, a jednocześnie do wpływania na Ministerstwo Zdrowia, aby takie podejście mogło być realizowane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W materiałach, które otrzymałem wczoraj z Unii Metropolii Polskich, jest kolejna wersja projektu Narodowego Programu Zdrowia, NPZ. Cóż, to jest problem jakości tego dokumentu. Rzeczywiście ogromnie trudne jest zaczepienie tego programu. W tej chwili faktycznie każdy: psychiatry i inne grupy lekarzy, próbuje uchwalić – najlepiej na poziomie ustawy – jakiś swój program. Dotyczy to programów związanych z autyzmem...

(Senator Janina Fetlińska: ...narkomanią, alkoholem, tytoniem.)

Tak, natomiast jest ogromny problem. W poprzedniej wersji rządowej przerebiono któryś z instytutów na Instytut Zdrowia Publicznego, jeśli pamiętam, tak to się nazywa. Zmieniono mu szyld.

(Senator Janina Fetlińska: Instytut leków połączono chyba z PZH.)

Nie, chodzi o Instytut Zdrowia Publicznego. Tak naprawdę szyld już mamy, pozostaje tylko odpowiedzieć na pytanie, co jest w środku. Jeśli chodzi o to, co wyszło jako wersja programu, to dzisiaj rozmawiałem z Krzysztofem Kuszewskim, który pozuwa się do współautorstwa tego programu. Na pewno musimy do tego wrócić, dlatego przyjąłbym jako pewien postulat to, żeby jedno z zaplanowanych posiedzeń komisji poświęcić tej wersji Narodowego Programu Zdrowia. W priorytetach, które sam zgłaszałem, nie podałem priorytetu dotyczącego NPZ.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jest?

(Senator Janina Fetlińska: Jest Narodowy Program Zdrowia.)

To bardzo dobrze.

(Senator Janina Fetlińska: Może byśmy to tylko przyspieszyli, żeby te prace zbiegały się z pracami pana Kuszewskiego.)

Wobec powyższego trzeba byłoby zaplanować rozpatrzenie NPZ prawdopodobnie na czerwiec. Bardzo prosiłbym o wpisanie tego do harmonogramu.

(Senator Janina Fetlińska: Przepraszam, ale w czerwcu planowaliśmy posiedzenie wyjazdowe w Ciechanowie.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

A czemuż miałyby to nie być w ramach posiedzenia?

Senator Janina Fetlińska:

Było planowane rozpatrzenie problemów organizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia na przykładzie zakładu opieki zdrowotnej. Mniej więcej tak brzmi ten temat. Wydaje mi się, że te problemy...

(Głos z sali: Uważam, że ten temat też byłby dobry.)

Też byłby dobry.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czekajcie, zastanawiam się wobec tego... Jeden temat nam.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

O której?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No to leć.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dobrze, dziękuję bardzo.

Słuchajcie, mamy za tydzień spotkanie, zastanówmy się do tego czasu nad tym, kiedy rozpatrzymy sprawę Narodowego Programu Zdrowia.

Czy są jeszcze jakieś inne sprawy? Nie ma.

Bardzo państwu dziękuję i do miłego zobaczenia za tydzień.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 3)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851