



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(730)

43. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 24 kwietnia 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat przygotowywanego projektu ustawy o sieci szpitali.
2. Informacja na temat profilaktyki i leczenia raka jelita grubego.
3. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Witam państwa senatorów. Witam serdecznie zaproszonych gości, z panem ministrem Grabowskim i panem ministrem Pinkasem. Witam przedstawicieli samorządu lekarskiego i związków zawodowych, witam wszystkich zainteresowanych programem profilaktyki i leczenia raka jelita grubego.

Chcę zarekomendować państwu porządek obrad. Mamy dzisiaj w nim dwa punkty. Pierwszym jest informacja Ministerstwa Zdrowia dotycząca sieci szpitali, a drugim – profilaktyka i leczenie raka jelita grubego. Na końcu są sprawy różne.

Czy ktoś z państwa, pań i panów, senatorów ma uwagi co do porządku obrad?

Nikt nie ma zastrzeżeń, program został przyjęty.

Wobec powyższego bardzo proszę pana ministra o zaprezentowanie nam stanu zaawansowania prac nad ustawą o sieci szpitali.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Uzgodnienia dotyczące projektu sieci szpitali powoli dobiegają końca. Aktualnie odbywają się ostatnie konferencje uzgodnieniowe, ostatnia z nich będzie 8 maja. W trakcie tych uzgodnień doszło do pewnych zmian, jednak w niezbyt dużej liczbie, to są dosłownie dwie, trzy poprawki. Następnie w maju projekt zostanie przedłożony Komitetowi Rady Ministrów i Radzie Ministrów. W przypadku jego uwzględnienia ów projekt zostanie wprowadzony pod obrady parlamentu. To tyle, w telegraficznym skrócie.

Dla przypomnienia powiem, bo już mówiliśmy na ten temat, że przewidujemy wejście ustawy w życie 1 stycznia 2008 r. Pierwsze wnioski o włączenie szpitali do sieci złożone będą do 31 maja 2008 r. – ażeby pierwsza sieć szpitali zafunkcjonowała od 1 stycznia 2010 r.. Dla przypomnienia powiem, iż oczywiście główną ideą ministra zdrowia w kierunku utworzenia sieci szpitali jest sprawa poprawy dostępności pacjentów do leczenia zamkniętego, do leczenia szpitalnego, a także poprawa komfortu leczenia, jak również stanu bazy sprzętu medycznego, który winien być dostosowany do aktualnych standardów europejskich. To tyle, jeśli chodzi o ideę.

Jeśli chodzi o zasady tworzenia tej sieci, to oczywiście opinie dotyczące wejścia każdego ze szpitali na danym terenie najpierw będą wydawały regionalne rady do spraw szpitali. Członków tych rad powołuje i odwołuje wojewoda, a będą to – powiem

dla przypomnienia –przedstawiciele ministra zdrowia, MON, MSWiA, wojewody, marszałka, przedstawiciele organizacji zrzeszających podmioty tworzące zakłady opieki zdrowotnej, a także przedstawiciele dyrektora wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oczywiście projekt uwzględnia wymagania, jakie muszą spełniać ci członkowie, dotyczą ich także dość stanowcze przepisy antykorupcyjne. Chodzi o to, aby żaden z członków regionalnych rad do spraw szpitali nie był powiązany z tym rynkiem, nie był właścicielem ZOZ, nie był właścicielem apteki, hurtowni. On nie może współpracować, że tak powiem, z zakładami opieki zdrowotnej na tyle, by miało to wpływ na decyzje podejmowane na tych radach do spraw szpitali. Strona administracyjno-techniczna tych rad, finansowana z budżetu państwa, będzie w dyspozycji wojewody.

Do głównych zadań tych regionalnych rad należeć będzie w szczególności wyrażanie opinii w stosunku do szpitali zakwalifikowanych do sieci lub wyłączanych z sieci, a także...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam, Panie Ministrze. Ponieważ tutaj, jak rozumiem, jest pewne tempo zdarzeń, wspomniane przez pana ministra Pinkasa, prosiłbym, żeby te zmiany, które chcecie państwo wprowadzić, omówić. My to szeroko omawialiśmy i, jak widzę, pan minister przypomina nam bardzo ważne zapisy tej ustawy, ale ja jednak skoncentrowałbym się na zmianach, które państwo chcecie wprowadzić. Mówił mi pan o takich dwóch zmianach.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Tak, są dwie główne zmiany. Pierwsza zmiana, która się zrodziła w trakcie uzgodnień zewnętrznych, polega na tym, ażeby wskaźniki liczby łóżek na dziesięć tysięcy mieszkańców nie były wskaźnikami obowiązującymi obligatoryjnie, aby były tylko tzw. wytycznymi dla rad w sprawie dostosowania do tych wymogów. I to jest pierwsza zmiana.

Druga zmiana dotyczy monitorowania. Do tej pory Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia jest zapisane jako organ monitorujący około 10% jednostek ochrony zdrowia, tymczasem w trakcie uzgodnień doszliśmy do wniosku, że dobrze będzie, jeżeli ten ciężar przejmie Narodowy Fundusz Zdrowia. W zasadzie w tej chwili również pełni on taką rolę, a członkowie Narodowego Funduszu Zdrowia będą wykonywać monitoring około 20% jednostek w ciągu roku. I to są dwie zasadnicze zmiany.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Teraz będą pytania, potem otwieram dyskusję.

Pozwolę sobie zadać następujące pytanie. Przeglądając materiał wyjściowy do państwa ustawy o sieciach szpitali zwróciłem uwagę na to, że podstawą oszacowania potrzeb na łóżka szpitalne jest materiał przygotowany przez Państwowy Zakład Higie-

ny, który mechanicznie przenosi istniejącą dzisiaj sytuację wskaźnikową w szpitalach jako podstawę do planowania przyszłej sieci szpitali. I można powiedzieć, że premiovane są te miejsca w Polsce, które w niewielkim stopniu dokonały restrukturyzacji liczby łóżek, gdyż zakłada się, że obecnie istniejąca liczba łóżek w danym regionie jest czymś, co niejako ma stać się podstawą wyliczeń do tego nowego „rozdania”, do tej nowej sieci szpitali. Zwróciło moją uwagę...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Brakuje nam krzeseł, trzeba coś z tym zrobić...

(Głos z sali: Zaraz będą krzesła.)

Tak? Za chwileczkę.

Przepraszam naszych gości, ale po remoncie wyniesiono nam krzesła i w tej chwili prosimy o wniesienie ich z powrotem.

(Głos z sali: Przyniosą je za moment pracownicy.)

Za moment będą krzesła.

I teraz moje pytanie... Akurat jest tutaj pan prezes Sośnierz i chcę jeszcze powiedzieć, że zwróciłem na to uwagę właśnie porównując sytuację województwa śląskiego, które ma największą ilość łóżek w Polsce, a w docelowych wskaźnikach na rok 2012 wskazuje się, że deficyt łóżek się tam pogłębi. Natomiast tu, gdzie mamy regiony zrestrukturyzowane, czyli mniejszą liczbę łóżek na dziesięć tysięcy mieszkańców, one są wykazywane jako te z nadmiarem łóżek. To jest jakiś paradoks kalkulacyjny, a boję się, czy on nie wpłynie na państwa poczynania planistyczne. I pytam: czy ktoś panował nad tym materiałem wyjściowym i czy nie stanowi to zagrożenia dla jakości tego prawa, które mamy stanowić? Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Może o odpowiedź poproszę pana dyrektora.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Dziękuję.

Panie Przewodniczący, też mieliśmy takie obawy, ale tylko w drobnej części. Mianowicie ten wzór oparty jest również na historii epidemiologicznej i demograficznej danego regionu, tak więc nie do końca jest tak, że nie uwzględnia się tu wszystkich czynników dotyczących funkcjonowania systemu. Rzeczywiście, jest on oparty na danych historycznych, bo inaczej nie można było tego opracować. Poza tym jest to pierwszy projekt i jako akt wykonawczy będzie ulegał dalszym zmianom i podlegał kolejnym uzgodnieniom. W tym momencie oczywiście te wytyczne są już nieaktualne, bo one są określone maksymalnie jako prognozy na 2012 r., a muszą być przedstawione co najmniej do 2014 r. Jednak biorąc pod uwagę właśnie wszystkie tego typu wątpliwości i to, o czym mówił pan minister, w tej chwili bardzo poważnie rozważane jest rozwiązanie, aby liczby dotyczące łóżek nie były obligatoryjnie narzucane. Zastanawiamy się nad tym, czy nie powinny być to wytyczne dla regionów – wskazujące, do czego należy dążyć, a nie coś obowiązkowego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze w tej sprawie chciałby zabrać głos?

Jeśli dobrze zrozumiałem, to państwo planują, że ustawa wejdzie od 1 stycznia, a kiedy trafi do parlamentu?

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Chcielibyśmy, żeby trafiła do parlamentu jak najszybciej. Jeszcze przed nami Komitet Rady Ministrów i Rada Ministrów, a więc tutaj możliwe jest przedłużenie uzgodnień na poziomie rządowym. Mamy natomiast nadzieję, że to wszystko odbędzie się w maju.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan prezes Włodarczyk.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Panie Ministrze!

Ponieważ jako Naczelna Rada Lekarska złożyliśmy cały pakiet naszych uwag i zastrzeżeń do tego projektu, chcę powiedzieć o dwóch w tej chwili najistotniejszych dla nas sprawach, które budzą nasze wątpliwości.

Mianowicie polityczny skład rad wojewódzkich, które będą decydowały o tym, jakie jednostki znajdują się w sieci, naszym zdaniem jest, niestety, nie do przyjęcia. Prawdopodobnie będziemy mieli taką sytuację, że w określonych okresach będziemy mieli kolejne „perony Gosiewskiego”, które nie będą miały nic wspólnego z ekonomią, z racją i, że tak powiem, przesłankami natury utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego na danym terenie.

Drugą sprawą, która bardzo nas niepokoi, jest zmiana wprowadzająca płatnika jako jednostkę monitorującą. Coś tu chyba jest nie tak, bowiem płatnik nie powinien być stroną czy instytucją, która monitoruje jednostki realizujące jego zlecenia – on ma zupełnie inne możliwości i uprawnienia wynikające z ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia. Naszym zdaniem taką jednostką monitorującą powinien być ktoś, kto reprezentuje ministra zdrowia. Przypomnę, że wśród wielu zarzutów stawianych onego czasu kasom chorych był ten, że minister zdrowia stracił kontrolę nad systemem i możliwością kreowania polityki zdrowotnej w naszym kraju. Dzisiaj Ministerstwo Zdrowia niejako samo oddaje tę możliwość i rezygnuje z odpowiedzialności za tę politykę. Wydaje mi się, że te sprawy powinny być w gestii ministra zdrowia. Jeżeli ma on kreować politykę i ma za nią odpowiadać, to powinien przyjąć na siebie odpowiedzialność za pewne sprawy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chciałby pan odpowiedzieć?

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Tak, bardzo chętnie.

To, co proponuje pan prezes, to byłaby właśnie zmiana między innymi współczesnych zasad funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia. On ma ustawowo nakazane kontrolowanie między innymi jakości świadczeniodawców oraz kontrolowanie tego, w jakim zakresie są wykonywane umowy.

Z czego wynika? To, o czym mówił pan minister, to są rzeczy, które w tej chwili są poważnie rozważane, natomiast projekt ustawy oczywiście na razie takich zmian w sobie nie zawiera. To jest właściwie dyskusja nad tymi zmianami, ale ona wynikała w trakcie spotkania z Narodowym Funduszem Zdrowia, który stwierdził – a potem właściwie wspólnie doszliśmy do wniosku – że jest to proces, który w dużej części jest już wykonywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Dyrektorze, tu mi się jawi taki problem. Mianowicie to centrum monitorowania jakości było pomyślane jako instytucja, która daje certyfikaty jakościowe i...

(Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: I nadal to będzie robiła. Chodzi wyłącznie o tzw. monitorowanie jakości.)

Pan prezes Sośnierz i potem pan prezes Włodarczyk.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Sośnierz:

Rzeczywiście faktem jest, że Narodowy Fundusz Zdrowia w dużym stopniu spełnia już tę rolę, bo rokrocznie kontraktując siłą rzeczy ma okazję przyjrzeć się tej strukturze i przyjrzeć się, czy dany zakład spełnia te wymogi, czy też nie. To nie NFZ będzie przyznawał certyfikaty jakości, ale ma on szansę w naturalny sposób monitorować ten proces, sprawdzać, czy to, co jest zadeklarowane, rzeczywiście zostało spełnione.

Oczywiście może to robić inna instytucja, tylko ona musi wtedy zbudować równoległy aparat. Fundusz, niezależnie od tego, czy będzie inna instytucja, czy też nie, kontrolująca to spełnienie wymogów i utrzymanie standardów, to i tak, i tak będzie musiał to robić corocznie kontraktując; czyli nastąpi dublowanie się kompetencji i zakresów czynności.

(Głos z sali: Gdyby ktoś inny to robił.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes, bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:

Panie Senatorze, rozumiem, że ta propozycja zawiera takie uprawnienia dla funduszu, że może on wnosić do rady wnioski o ewentualne skreślenie z listy podmiotów znajdujących się w sieci. I dla nas jest tu konflikt interesów. Wyobrażam sobie bowiem

sytuację, w której jako dyrektor szpitala jestem w konflikcie – ja mówię o sytuacji dzisiejszej – z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponieważ na przykład mam nadwykonania, i wygrywam sprawę w sądzie. I w związku z tym Narodowy Fundusz Zdrowia szuka „dziury” w tym szpitalu i będzie, oczywiście w określonych sytuacjach – niestety, na dzień dzisiejszy znamy takie sytuacje – nieobiektywny. A w tej sytuacji Narodowy Fundusz Zdrowia jest stroną. Wydaje się nam, że osobą, instytucją czy ciałem, które monitoruje i ma prawo wnoszenia do rady podejmującej decyzje o ewentualnym wystąpieniu do ministra o skreślenie z sieci, powinien być podmiot, który nie jest stroną, tylko jest niezaangażowanym arbitrem.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, Rozumiem, że jest to głos, który powinien być rozważony. Tam jest jeszcze druga rzecz, do której pan minister się nie odniósł, mianowicie kwestia składu politycznego regionalnych rad do spraw szpitali.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Panie Przewodniczący, tak, jest zaproponowany taki skład, jaki jest, natomiast członkowie regionalnej rady do spraw szpitali, a tym bardziej wojewoda, mogą zawsze, że tak powiem, zlecić opracowanie pewnych działań merytorycznych lub poprosić o konsultacje. Są wojewódzcy konsultanci w poszczególnych dziedzinach medycyny i mogą chociażby skorzystać z ich pomocy lub po prostu oprzeć swoje działanie na zdaniu ekspertów w danym temacie. W związku z tym nie będzie to stricte rada administracyjna, bo ona musi działać opierając się na merytorycznych przesłankach wynikających z danego zagadnienia. I taka możliwość przysługuje członkom rady do spraw szpitali. Oni będą wydawać opinię, która i tak będzie weryfikowana przez Krajową Radę do spraw Szpitali. I ta krajowa rada również tych samych zasadach będzie korzystała z pomocy ekspertów z danej dziedziny. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Okła, proszę.

Senator Michał Okła:

Panie Ministrze, nie mogę się zgodzić ze stwierdzeniem, że skład rady jest, jaki jest. Po to tu siedzimy, też chyba jesteśmy tu od tego, żeby zaproponować pewne zmiany. Jeżeli bowiem już na wstępie upolitycznimy skład rady i później powoływanie ekspertów, to znowu będzie to niepotrzebne trwonienie pieniędzy, bo eksperci nie będą pracowali charytatywnie, a rady będą podchodziły do pewnych rzeczy politycznie – i co do tego jest zastrzeżenie Naczelnej Rady Lekarskiej. I jeżeli tę opinię rady ma jeszcze weryfikować następna rada, która również będzie polityczna, to będzie to tylko zatwierdzanie „w ciemno” decyzji, choć już na wyższych szczeblach.

Myślę, że te rady powinny być odpolitycznione i tutaj całkowicie zgadzam się z panem przewodniczącym Naczelnej Rady Lekarskiej. Mianowicie często są takie

dziwne konflikty między Narodowym Funduszem Zdrowia a dyrektorem szpitala. Polega to na tym, że dyrektor ubiega się o swoje środki, nawet na drodze sądowej, otrzymuje je i automatycznie staje się wrogiem danego funduszu zdrowia. Myśmy to przeżywali wielokrotnie. I jeżeli przy ocenie miałyby być stosowane kryteria, że na określone szpitale będzie się szukało gdzieś jakichś haków – po to, żeby one po prostu nie mogły wejść w sieć – to cała ta ustawa nie przyniesie pożądanego efektu.

Dlatego uważam, że trzeba się zastanowić, jak zrobić, żeby w tej radzie byli fachowcy, a jednocześnie nie byli oni związani bezpośrednio ze szpitalami. Czyli nie mogą to być dyrektorzy szpitali, ale ludzie, którzy by się opierali na wynikach kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, ale nie jego bezpośredni przedstawiciele. Przede wszystkim te rady nie mogą być polityczne. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes Włodarczyk, proszę bardzo.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:

Jeszcze chcę uzupełnić, całkowicie zgadzając się z panem senatorem Okłą, że zapominamy o tym, że będzie to dobra synekura, bo członkowie tych rad mają dostawać pieniądze i to niemałe. Mam natomiast takie pytanie, które jest oczywiście bezpośrednio związane ze składem tej rady, ale które jest pytaniem, powiedziałbym, bardziej obszernym, wręcz ustrojowym. Kiedyś powiedziałem publicznie – i zostałem za to skrytykowany – że mamy dzisiaj system, który korzeniami sięga peerelu. I dzisiaj mam pytanie: po co są szpitale MSWiA w tym kraju; po co jest przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w takiej radzie? Przepraszam, ale czy policjant jest innym obywatelem tego kraju niż każdy z nas tutaj, na tej sali? Rozumiem, że wojsko to jest sprawa obronności i tak dalej, natomiast istnienie sieci szpitali MSWiA to jest przecież relikwiny minionego systemu. Oczywiście nie chcę, broń Boże!, z nikim tutaj wojny, daję tylko taki konkretny przykład.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, nie taję, że sieć szpitali to trudny kawałek reformowania kraju. Zaś co do szpitali monoprolifowych, które są schedą po komunizmie, też nie mamy takich decyzji administracyjnych; nie mamy ich też do tych szpitali, które są resortowe. Szpitale kolejowe udało się jakoś przy wprowadzaniu ubezpieczeń „rozcieńczyć” i zlikwidować, natomiast co do MSWiA... Trzeba też wiedzieć, że te szpitale wojskowe również wchodzi do systemu powszechnego i odgrywają bardzo aktywną rolę w niektórych miejscach. Na przykład ten szpital wrocławski jest znakomity, ma znakomitą kardiologię inwazyjną, kardiologię chirurgiczną.

Wprowadziłem ten punkt, oczywiście za zgodą prezydium komisji, po to, żebyśmy trochę monitorowali prace nad tą sprawą i żeby do państwa z resortu docierały uwagi mocnych partnerów społecznych, bo Naczelna Izba Lekarska jest takim mocnym partnerem. Mam nadzieję, że w jakiejś mierze te głosy zostaną przez państwa uwzględnione. Nie taję, że też mam ogromne wątpliwości dotyczące usytuowania tych regionalnych rad do spraw szpitali i w ogóle tego całego modelu systemowego podporządkowa-

nego administracji rządowej ze zdecydowanym zredukowaniem roli organów założycielskich. Tam przedstawiciel marszałka odgrywa dekoracyjną rolę, w zasadzie w ogóle nie musi tam być, bo tam się mówi o przedstawicielu Związku Województw RP...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Umocowania przedstawiciela marszałka nie podaliście tego państwo jako zmianę, natomiast w zapisie, który myśmy opiniowali, było powiedziane, że ma być to przedstawiciel Związku Województw RP, bez wskazania, że on musi być w ogóle z województwa, którego dotyczy dana struktura, dana część sieci. Ponieważ Związek Województw RP jest dobrowolnym stowarzyszeniem, nie ma żadnego umocowania prawnego – i zwracam państwu na to uwagę. Podobnie Związek Powiatów Polskich też jest stowarzyszeniem dobrowolnym.

Jeśli już powołuje się radę, która ma odgrywać decydującą rolę w budowaniu struktury – bo to ona jest źródłem wniosku do Krajowej Rady do spraw Szpitali, a jej opinia ma być podstawą decyzji ministra, ta piętrowość decyzyjna też jest charakterystyczna dla modelu państwa budowanego teraz – to przynajmniej zrobimy to w taki sposób, żeby członkowie tej rady byli jakoś sensownie umocowani.

Pan dyrektor chciał się jeszcze do tego odnieść, tak?

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Chciałbym się trochę wytłumaczyć. Rzeczywiście, w pierwszym projekcie było to niezręcznie sformułowane, ale w tej chwili jest tak, że to jest przedstawiciel właściwego marszałka. Musimy pamiętać, że projekt był dwa razy konsultowany w pełnym terminie konsultacji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To tylko uświadamia nam to – słuchajcie, Państwo – że to są właśnie rozmiary, skala tej operacji, która nas czeka. Ona będzie szalenie trudna i już wiemy, które z tych punktów będą przez nas szczególnie recenzowane i pilnowane.

Jeszcze w tej sprawie, tak?

Bardzo proszę.

Trzeba podejść do mikrofonu, bo jest to nagrywane. I przedstawiamy się do protokołu.

**Członek Prezydium Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Krystyna Ciemniak:**

Krystyna Ciemniak, Forum Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Państwo oczywiście otrzymaliście nasze poprawki do tego projektu, uważamy jednak, że jest on bardzo niekorzystny dla zawodów pielęgniarki i położnej. Może pozwolę sobie o tym powiedzieć, bo nie jest tego za wiele. Mianowicie chciałabym zwrócić państwa uwagę na bardzo ważną stronę tego projektu: rażąco wysoki poziom ogólności przepisów. Natomiast sugeruje się tu wprost intencję, wiarę autorów – tak, jakby

ta wiara miała dokonać cudów i wszystko wtedy byłoby piękne, prawda? Na dzień dzisiejszy nie wiem, bo pan minister zdrowia nie określił tego, czy będą przestrzegane minimalne normy zatrudnienia. Już nie będę mówiła tutaj o rzeczach, o których mówił mój kolega przede mną, szef Okręgowej Rady Lekarskiej z Warszawy. Powiem tylko tyle, że utworzenie rad nie powoduje przecież poprawy w zarządzaniu i organizacji opieki szpitalnej. Chciałabym życzyć sobie, aby ta rada nie była ciałem politycznym i aby w jej składzie, jeżeli już taka powstanie, byli pracownicy merytoryczni.

Proszę państwa, następnym wielkim problemem dla mojego zawodu, zawodu pielęgniarki i położnej, jest to, że projekt ten nie przewiduje wprowadzenia osłon gwarantowanych i określenia, według jakiego klucza zostaną podzielone pieniądze z Ministerstwa Zdrowia na podnoszenie kwalifikacji. Błędne jest również założenie o konieczności zwolnień pielęgniarek i położnych, ponieważ już dzisiaj wiemy, że przecież tak naprawdę brakuje w kraju jest pielęgniarek i położnych. Jest bardzo niewielka liczba położnych, pielęgniarek i kolegów pielęgniarzy, którzy zechcą pracować w swoim zawodzie.

Posłużę się przykładem mojego województwa, niewielkiego województwa opolskiego, w którym w tym roku zostało zatrudnionych sześć nowych, młodych pielęgniarek – zatrudniono wszystkie, które chciały podjąć pracę. W związku z powyższym średnia wieku w naszym zawodzie wynosi około czterdziestu lat – myślę się, kolego z Izby? W związku z tym nie widzę tutaj, i o tym państwu mówię, żebyśmy mieli nadmiar pielęgniarek i położnych.

Następna rzecz, ogromnie ważna dla mojego zawodu. Jeżeli pielęgniarka zostanie zwolniona z pracy i założy działalność gospodarczą w 2008 r., to tak na dobrą sprawę nie będzie mogła uzyskać kredytu z częścią dwudziestoprocentowego umorzenia. Moim zdaniem, projekt ten...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

O jakiej ustawie pani mówi? Wie pani, bo w ustawie o sieci szpitali...
Tak?

**Członek Prezydium Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Krystyna Ciemniak:**

Też jest to ustawa o sieci szpitali. Te wszystkie rzeczy w niej wyłapaliśmy.
(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Działania osłonowe?)

Osłonowe. To są istotne rzeczy dla mojego zawodu.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rozumiem, rozumiem.)

Dlatego nie wyobrażam sobie, żebyście państwo na dzień dzisiejszy – choć tak bardzo o tym ciekawie mówicie – wprowadzili to w maju. Nie widzę takiej możliwości.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie w maju. W maju ustawa idzie do parlamentu, a chcemy, żeby ona weszła w życie 1 stycznia 2008 r. Przypominam o tym, bo w związku z pewnym nieporządkiem na sali związanym z brakiem krzeseł pewne elementy mogły państwu umknąć.

**Członek Prezydium Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Krystyna Ciemniak:**

To jest szczegół, to nie jest dla nas problem, czy mamy stać, czy siedzieć. Jesteśmy zaprawione w bojach, poradzimy sobie.

Jest jeszcze jedna rzecz przeogromnie dla nas ważna. Państwo powiadacie, że w zakresie zmiany w strukturze zatrudnienia dajecie WKDS szerokie pole do popisu. I zgadzam się z tym. Bardzo cieszę się z tego powodu, bo rzeczywiście poszczególne województwa mają dobrze prowadzone wukadeesy. Jednak my w strukturze nie mamy tych możliwości zatrudnienia – mówię tutaj o pielęgniarkach i położnych. W związku z tym uważam, że w tym projekcie jest wiele niejasności i chciałabym, abyśmy sobie tu i teraz je wyjaśnili. Dziękuję, a krzesło oddaję mojemu przyjacielowi.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Pani Przewodnicząca.

**Przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia
Niezależnego Samorządowego Związku Zawodowego „Solidarność”
Maria Ochman:**

Panie Przewodniczący, bardzo dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie.

Ustawa o sieci szpitali wzbudza oczywiście ogromne zainteresowanie partnerów społecznych, bo będzie wiązała się z nieuchronnymi przekształceniami placówek bądź z ich likwidacją. Myślę, że panu przewodniczącemu jako senatorowi z Dolnego Śląska ten problem nie jest obcy. W sposób szczególny Dolny Śląsk pozdrawia pana marszałka, pana przewodniczącego – może, nomen omen, będzie pan marszałkiem w przyszłości – i dodaje prośbę o to, abyście państwo rzeczywiście dołożyli szczególnej staranności przy uchwalaniu tej ustawy. Skutki pochopnego uchwalenia złych zapisów rzeczywiście mogą być dla historii kraju nieodwracalne.

I teraz dwie rzeczy. Pierwsza z nich: pan minister mówił o tym, o czym wspomniała też moja przedmówczyni, że są działania osłonowe. Otóż one są wysoce niewystarczające. Powiedziałabym nawet, że w porównaniu z już zmniejszonymi apanażami dla rad, jest to wręcz żenujące dla środowiska.

Panie Ministrze, „Solidarność” podpisała porozumienie z ministrem zdrowia i powiedzieliśmy wtedy bardzo wyraźnie, że będziemy bardzo ostro protestować przeciwko wdrożeniu tej ustawy, jeśli nie znajdzie się w niej pakiet osłonowy jako jeden z warunków przekształcenia placówek ochrony zdrowia. Proszę państwa, to jest standard, jeśli chodzi o przekształcanie przedsiębiorstw państwowych, a w ustawie w ogóle nie ma takiej opcji, żeby zawarcie takiego pakietu było możliwe przy przekształceniu bądź jakiegokolwiek innej zmianie własnościowej placówki.

Tak więc tutaj niejako w przededniu rozpoczęcia prac obu Izb parlamentu nad tym projektem zwracamy się z bardzo serdeczną prośbą do pań i panów senatorów – oczywiście do ministerstwa również się zwracamy – o uwzględnienie tego zapisu w projekcie ustawy.

Przy czym nie chcemy, żeby w gotowym projekcie porozumienia zapisywać to jedynie jako warunek. Myślę, że w rozporządzeniu do ustawy powinien być projekt, który oczywiście będzie adekwatny do możliwości finansowych szpitala. Inne możliwości by miał na przykład instytut, centrum onkologii pana profesora, a zupełnie inne będzie miał miejski szpital w Kłodzku. I to trzeba uwzględnić. Oczywiście nie jesteśmy za tym, żeby to robić, przepraszam, po równo, bo ten czas – i tutaj patrzę na pana prezesa Włodarczyka – „Kraju Rad” również mamy daleko za sobą.

I wierzę w to, że Wysoka Komisja będzie nad tym czuwała. I gdyby te rady „przemknęły się” w takim kształcie, w jakim są, przez Izbę Niższą, to Izba Wyższa na pewno będzie czuwać. Jak mówię, zastrzeżenia w sprawie tego składu rad również wносиła „Solidarność”. Przy czym, żeby była jasność, Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” wyraźnie mówi, że o tym, jaka będzie opieka zdrowotna, powinni decydować fachowcy. Rzeczywiście, z tym się zgadzamy. Chciałabym natomiast – i bardzo mocno stawiamy tę sprawę – aby kryteria były tu określone bardzo jasno. Druga rzecz to dostosowanie podaży do popytu, a to widać już gołym okiem w niektórych województwach i naprawdę nie trzeba tworzyć tutaj jakichś nadzwyczajnych superciał.

I jeszcze jedna rzecz. Bardzo serdecznie zwracam się i do pana ministra, i do Wysokiej Komisji o to, abyście państwo jako jedno z kryteriów uwzględnili wynik ekonomiczny. W tej chwili postulujemy, zwracamy się do rządu z prośbą o pomoc w oddłużeniu i tutaj bardzo mocno wspieramy działania pana ministra Religi w sprawie dotyczącej quasi-sekurytyzacji zadłużenia. Tak naprawdę te placówki przytłacza dzisiaj ciężar długu. One bilansują się w ramach posiadanych środków, a wierzymy głęboko, że przy wzroście gospodarczym te środki z NFZ będą coraz wyższe. Problem jest natomiast rzeczywiście z obsługą długu. Uważam, że powinniście państwo pomyśleć nad tym, żeby jednak jednym z warunków, jednym z kryteriów było dalsze niezadłużanie się, czyli utrzymywanie dodatniego wyniku finansowego... To znaczy już nie będę wchodzić w szczegóły, po prostu chodzi o kryterium niezadłużania się. Myślę, że będzie to też czynnik, który będzie mobilizował zarządzających placówkami, organy właścicielskie. I to jest jeden z ważniejszych powodów, dla którego ta ustawa w ogóle powinna powstać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Tak?

Bardzo proszę, pan senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący. Szanowni Państwo!

O tym, jak ważna jest to ustawa, świadczy chociażby nasze duże nią zainteresowanie; to już drugie posiedzenie, podczas którego ją omawiamy. Przepraszam za spóźnienie, niestety, nie wszystko słyszałem i nie za bardzo mogę się do tego odnieść. Nie wiem, jakie są proponowane zmiany do tej propozycji przedstawionej na poprzednim posiedzeniu, jednak potem, w trakcie dyskusji, pojawiły się elementy, które wzbudziły pewne kontrowersje.

Przede wszystkim chodzi tutaj o ten czynnik politycznych decyzji. Z jednej strony pan prezes Włodarczyk mówi, że właściwie minister powinien odpowiadać, czyli jest odpowiedzialność polityczna, a z drugiej: dajmy to w ręce fachowcom. Jednak ta decyzja polityczna musi zapaść w parlamencie, że ta ustawa zostanie w ogóle uchwalona. I dla mnie to jest chyba najważniejsze, bowiem poprzednie rządy mówiły, robiły duży szum medialny wokół ustawy o sieci szpitali, były wielokrotnie składane zapowiedzi przez kolejne ekipy, a do uchwalenia ustawy jednak nie dochodziło.

Bardzo się cieszę, że będziemy pracować nad tą ustawą. Na pewno wiele zmian i wiele naszych propozycji zostanie uwzględnionych. Powiem tylko tak: wśród polityków też mogą znaleźć się fachowcy, którzy jednak będą podejmować dobre decyzje. My ciągle mówimy o tych decyzjach i powtarzamy, że to są polityczne decyzje. Tak, w pewnym zakresie to są polityczne decyzje, one mają taki charakter i innych decyzji nie będzie.

To, co mówiła pani przewodnicząca, jest bardzo ważnym elementem, który należy wprowadzić. Nie wiem, czy akurat w tej ustawie, czy w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, o której pan minister również wielokrotnie mówił. Będzie to nowa ustawa, nie nowelizowana, bo jak państwo wiecie, było już chyba czterdzieści kilka nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Mamy więc nadzieję, że ta ustawa będzie nowa. I z tym się wiąże moje pytanie: kiedy jakiś zrab tej ustawy zostanie nam przedstawiony, bo też jest to ważne?

Panie Przewodniczący, myślę, że tych peronów w Wąchocku nie będzie dużo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

We Włoszczowej. No właśnie, we Włoszczowej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze pan prezes.

Proszę bardzo.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:

Panie Senatorze, gdybym wiedział, że pan senator będzie w tej radzie, to byłbym spokojny o ten skład i merytoryczne działania rad. Zaś w tym, co powiedziałem, nie ma rozbieżności, ponieważ ustawa zakłada, że ostateczna decyzja należy do ministra zdrowia. I nie jest to rzecz, którą kontestujemy. Tu jest odpowiedzialność polityczna ministra zdrowia, bo wiadomo, że jest nim polityk, przedstawiciel określonej opcji, która wygrywa wybory i tworzy rząd. I to jest zawsze jakaś odpowiedzialność polityczna.

Mówimy tutaj natomiast o poziomie województwa. I tak to sobie wyobrażam, że rada na poziomie województwa ma być ciałem eksperckim, ma pełnić rolę doradczą dla ministra. Ona ma kierować się merytorycznymi fachowymi przesłankami, a minister, po zanalizowaniu tych merytorycznych przesłanek, podejmuje decyzję polityczną. Jeśli minister a priori otrzymuje polityczną decyzję rady, czyli złą, wadliwą, to również jako polityk, jako minister zdrowia podejmuje złą decyzję polityczną. Co nie oznacza, że na przykład z jakichś powodów minister nie może powiedzieć: „nie, nie zgadzam się na to, żeby ten szpital zamknąć”, ponieważ jednak są pewne przesłanki, może nie ekonomiczne, tylko jakieś inne, za które bierze odpowiedzialność. On cały czas ma świa-

domość pewnej decyzji i ma obiektywne kryteria podane przez radę. I myślę, że z tym się obydwaj zgadzamy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Konkludując ten punkt w imieniu komisji, myślę, że możemy jednak uznać, że w tym procesie konsultacyjnym zostaną uwzględnione te elementy, które budzą dzisiaj największy niepokój i kontrowersje, bo są tutaj kontrowersje i pewne trudności. I tak trochę na boku zastanawialiśmy się z panem prezesem Sośnierzem, na ile wykonalna jest taka „twarda droga” do tej sieci szpitali. Jest rzeczą oczywistą, że nie można zamknąć oczu na to, że zapotrzebowanie na łóżka spadło, że nie można sprzętu wysokiej generacji przeznaczać dla małej populacji. Są pewne obiektywne przesłanki, które powinny decydować o reorganizacji tego całego systemu, budowanego według kryteriów ilościowych. Mianowicie ambicją było to, aby było jak najwięcej łóżek na dziewięć tysięcy mieszkańców, bo to dawało poczucie, że jest postęp. Ale już od lat pięćdziesiątych wiadomo, że te kryteria są zawodne.

Historia z siecią szpitali jest długa. Pamiętam, że w latach 1990–1991 w projekcie bankowym pracował zespół, który przygotował sieć szpitali. I ta sieć polegała na tym, że po prostu wymieniono tam wszystkie szpitale, jakie są w Polsce, co nie dawało żadnych podstaw do jakichkolwiek zmian i do jakiegokolwiek racjonalizacji. To robił ktoś z Łodzi, teraz nie pamiętam, jak się nazywał... Smoleń, tak. Ma to więc długą historię.

I rozumiemy, że ten pakiet zobowiązań pana ministra Religi jest pakietem szalenie trudnym do realizacji, ale czasu jest coraz mniej, bo procesy, które zachodzą w służbie zdrowia, budzą najwyższy niepokój. Kolejne zatrzymania – dzisiaj też został zatrzymany jakiś neurochirurg z Uniwersytetu Jagiellońskiego – dowodzą, że czas na naprawę w zasadzie już dawno, że tak powiem, przeminął. Jesteśmy spóźnieni w kalendarzu zmian i można tylko z ubolewaniem patrzeć, ilu ludzi stanie się ofiarami tego, że tego systemu ochrony zdrowia nie udało się wcześniej wprowadzić w realia gospodarki rynkowej. Meandry polityczne są tutaj akurat wyjątkowo trudne, ciągle było stanowczo za dużo innych ważnych spraw, by te związane z dofinansowaniem ochrony zdrowia i poprawią jej struktury konsekwentnie przeprowadzić. To może tyle.

Jeszcze pan minister chce zabrać głos.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Grabowski:

Trzy zdania, Panie Przewodniczący.

Oczywiście, nie będę mówił truizmów, bo gdyby to wszystko było takie proste, to pewno niejedyn rząd by zrobił porządek z ochroną zdrowia. W Europie jak jest, też wiemy, ale nie o to chodzi. Proszę państwa, kolejny raz serdecznie dziękuję za wszelkie uwagi. Jak państwo zresztą zauważyliście, to nie jest już ten projekt ustawy, który był przedstawiany w styczniu. Od tego czasu praktycznie każda uwaga była analizowana przez odpowiedni zespół.

Chcę powiedzieć, że jeśli znowu ta rada regionalna szpitali będzie składała się z fachowców – będzie, powiedzmy, na poziomie konsultantów czy ordynatorów w danej dziedzinie – to oczywiście wpadniemy w pułapkę korupcyjną i wtedy sobie

z tym dalej nie poradzimy. W związku z tym wprowadzono przepisy antykorupcyjne i takie zapisy, które pozwolą dostosować te działania do jakiejś realności. Przecież ten proces konsultacji regionalnych będzie podlegał opiniowaniu Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego, związków zawodowych, a to są dla nas bardzo ważni partnerzy, z którymi każdy będzie się liczył.

Ponadto, jeśli chodzi o działania osłonowe, to wprowadzono je w projektach dwóch ustaw, dotyczącej zakładów opieki zdrowotnej, i ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom i pielęgniarkom. Oczywiście, kwestią dyskusyjną może być to, czy to jest mało, czy dużo; można na ten temat oczywiście jeszcze dyskutować w trakcie dalszych uzgodnień.

W związku z tym wszystko, co czynimy, zmierza ku wspólnemu poprawianiu tej ustawy. I to nie jest tak, że minister zdrowia działa przeciwko komuś, tylko jest wiele różnych obiektywnych kłopotów i trudności, które wykluczają pewne rozwiązania. I ten duży projekt, zasadniczy pakiet ministra zdrowia, w którym jednym z etapów jest sieć szpitali, będzie ściśle powiązany z koszykiem świadczeń usług gwarantowanych, który minister zdrowia przedstawi w czerwcu. Czyli wszystkie przepisy całego pakietu, który będzie wdrażany i negocjowany już po przedstawieniu w parlamencie, mogą być jeszcze cały czas udoskonalane. Nie bądźmy pesymistami, bo jeżeli nikt nic nie robi, to nic się nie urodzi. Po prostu chodzi o to, ażeby sprawę nadzoru poprawić w całej ochronie zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, przy całym szacunku dla pana ministra, chcę ostro zaprotestować przeciwko stwierdzeniu, że konsultanci są bardziej podatni na korupcję niż inni członkowie rady. Rozumiem, że w tej chwili panuje określona aura wokół służby zdrowia i lekarzy, jednak protestuję przeciwko takiemu stawianiu sprawy.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Panie Przewodniczący, pan, jak to często bywa, na opak odbiera słowa ministra zdrowia. Mówię o tym w znaczeniu merytoryczności działań w ochronie zdrowia, a nie konsultantów wojewódzkich czy innych osób, które znają się na przedmiocie i tematyce. Proszę nie nadinterpretować.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Doszło tutaj, jak widzicie państwo, do wymiany ciosów, ale kończymy ten punkt.

Proszono mnie, aby zrobić kilka minut przerwy technicznej, na przygotowanie, ogłaszam więc trzy minuty przerwy.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przechodzimy do punktu drugiego porządku obrad.

Jak państwo widzą, omawianie projektu sieci szpitali podniosło temperaturę, ale teraz przystępujemy do części, która jest merytoryczna.

Bardzo proszę pana ministra o wypowiedź.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Świat na szczęście nie składa się tylko z dysput na temat sieci szpitalnych i problemów z tym związanych. Świat składa się także z takiej jaśniejszej strony, jaką są bardzo dobre projekty realizowane przez resort, a także przez instytuty naukowo-badawcze, a także inne osoby, które uczestniczą w realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. I tak jak wcześniej były kontrowersje, akurat realizacja programów profilaktycznych jest niekontrowersyjna. I ten świat jest dlatego różowy, bo wreszcie możemy się w tych programach mierzyć z najlepszymi w świecie i najlepszymi w Europie.

Namierzyliśmy problem i diagnoza była bardzo jednoznaczna. Trzech największych zabójców onkologicznych: rak jelita grubego, rak szyjki macicy i rak piersi mają swoje duże populacyjne programy. I mamy wrażenie, że wreszcie zmierzmy się z Europą. A jak znam życie, ponieważ te programy są programami długoletnimi, to przestaniemy się wreszcie wstydzić naszych wskaźników epidemiologicznych.

Proszę państwa, program wykrywania raka jelita grubego na samym wstępie budził sporo kontrowersji. Dlaczego? Dlatego, że każdy miał tak naprawdę pomysł na to, w jaki sposób ten program realizować: czy poprzez nieskomplikowane badania, jakim jest badanie kału na krew utajoną, czy też z użyciem bardzo drogiego czy relatywnie drogiego badania, jakim jest badanie kolonoskopowe. I muszę powiedzieć, że kierownictwo resortu miało pewien dylemat, który został rozwiązany poprzez bardzo precyzyjną analizę koszt – efekt, przedstawioną nam przez Instytut Onkologii, a także przez nasze własne analizy, ściągnięte chociażby z bazy Cochrane'a. Mieliśmy tutaj twarde dane. W tym biednym kraju pieniądze muszą być wydawane maksymalnie dobrze. Czyli nie ma tu żadnego erzacu, idziemy w kierunku, który da nam największe sukcesy, czyli w kierunku wczesnego rozpoznania, bo największym sukcesem w leczeniu raka jelita grubego jest właśnie wczesne rozpoznanie. W stopniu zaawansowania A według Dukes'a A jest 90% szansy na wyleczenie, a w stopniu D – 5%. I największym problemem, z jakim musimy się w tej chwili zmierzyć, jest po prostu wczesne wykrywanie.

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest tak skonstruowany, że w każdym roku dodajemy po 5% więcej do budżetu profilaktycznego i rzeczywiście w siódmym roku już 35% całego programu będzie szło na badania profilaktyczne, czyli na to, o co nam chodziło. Jest więc szansa na osiągnięcie sukcesu epidemiologicznego, bo to jest ta kategoria zdarzeń. W tej chwili wydajemy na to rocznie 11–12 milionów zł. To jest program wieloletni, a jego głównym realizatorem i ośrodkiem koordynującym jest Instytut Onkologii. Powstaje pytanie, czy jest to wystarczająca ilość środków. Oczywiście, że nie, natomiast od czegoś trzeba zacząć. Jestem głęboko przekonany, że w momencie, kiedy będzie to program ewoluowany,

znajdą się także inne środki, nawet pewnie poza programem narodowym, żebyśmy tę sytuację mogli szybko rozwiązać.

Tylko cztery kraje w Europie realizują ten program właśnie za pomocą kolonoskopii: Włochy, Niemcy, Luksemburg i Polska, czyli jesteśmy w dobrym towarzystwie krajów, które mają znacznie większe nakłady na ochronę zdrowia niż my. Proszę także pamiętać o tym, że z ponad dwudziestki krajów Unii Europejskiej jesteśmy praktycznie pariasami, jeżeli chodzi o wydatki na ochronę zdrowia, a mimo to realizujemy program, który wydaje się być programem kosztownym. Jest tak dlatego, że potrafimy liczyć i potrafimy posługiwać się twardymi danymi. I to jest ta kategoria zdarzeń.

Panie Przewodniczący, myślę, że jest niezręcznością, żebym ja o tym programie opowiadał, bo tutaj po drugiej stronie stołu są najwybitniejsze polskie autorytety w zakresie onkologii. Jest pan profesor Nowacki, dyrektor Instytutu Onkologii, tak naprawdę główny twórca tego programu; jest pan profesor Butruk – współtwórca tego programu; nie chcę umniejszać roli pana profesora, ale osobą, która częściej się ze mną kontaktowała, był pan profesor Nowacki. Jest też mój przyjaciel pan profesor Jarosław Reguła, który, jak widzę, ma gotową prezentację. Niezręcznością byłoby, gdybym mówił o tym dalej. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, oddam głos kolegom.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Cieszę się, że pan minister jest z nami jako osoba, która przewodniczy radzie w ramach tego wieloletniego programu. Bardzo się cieszę, że są z nami, tak jak pan minister powiedział, najwyższe autorytety i także członkowie rady. Muszę wspomnieć, że omawiamy ten program między innymi także na prośbę pani senator Rudnickiej, dzisiaj nieobecnej. Jesteśmy przekonani, że działania profilaktyczne są kluczem do przesunięcia tej późnej diagnostyki w kierunku wcześniejszych badań, które dają szansę na skuteczniejsze leczenie.

Ponieważ mamy tutaj trzech znakomitych uczonych, doskonałych fachowców, proszę o to, żebyście państwo już w ramach własnej autonomii zdecydowali, w jakiej kolejności będziecie państwo to prezentować.

Bardzo proszę.

(*Głos z sali:* Proponuję zacząć od profesora Reguły.)

Kierownik Pracowni Endoskopowej w Centrum Onkologii -Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie Jarosław Reguła:

Państwo, Panowie i Panie, Senatorowie! Panowie Ministrowie! Szanowni Państwo!

Pan minister wspominał już o sytuacji epidemiologicznej w przypadku zachorowań na raka jelita grubego, która rzeczywiście jest zła, mianowicie Polska charakteryzuje się najniższym w Europie odsetkiem pięcioletnich przeżyć, co jest związane z bardzo późnym rozpoznawaniem raka jelita grubego. Te dane są jeszcze z lat dziewięćdziesiątych i wcześniejszych, bo wówczas nie było prowadzonych badań przesiewowych na większą skalę. Tak więc ten nasz odsetek dotyczący pięcioletniego okresu przeżyć, czyli poniżej 25%, jest rzeczywiście wstydliwy.

Rak jelita grubego jest bardzo ważnym problemem epidemiologicznym, szczególnie w takim ujęciu, w którym obie płcie, czyli mężczyźni i kobiety, połączymy razem – wówczas rak jelita grubego jest na pierwszym miejscu w Europie. Wprawdzie nie jest tak jeszcze w Polsce, ale ta tendencja coraz bardziej się ujawnia. Rzeczywiście, jeśli podzieli się dane epidemiologiczne na obie płcie, to rak piersi jest numerem jeden u kobiet, a rak płuc numerem jeden u mężczyzn. Jednak według danych bazy GLOBOCAN, która zawiera przewidywania epidemiologiczne na rok 2002, rak jelita grubego u obu płci w całej Europie jest na pierwszym miejscu, a więc jest to bardzo ważny problem epidemiologiczny.

Oczywiście pięcioletnie przeżycia, czyli ten nasz wstydlivy wskaźnik, zależą od stopnia zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania, a więc powinniśmy zrobić wszystko, ażeby rozpoznawać tego raka w jak najwcześniejszej fazie. Najlepszą fazą do rozpoznawania jest faza bezobjawowa, ponieważ jeśli pojawiają się objawy raka jelita grubego, to są to zwykle objawy późne. Najlepszą metodą wykrywania, a właściwie jedyną metodą wykrywania raka w fazie bezobjawowej są badania przesiewowe. I mamy cały zestaw badań przesiewowych, który jest znany i dostępny.

Pan minister wymieniał badania kału na krew utajoną, są również inne badania, a także najczęściej ostatnio wymieniana i proponowana kolonoskopia, wykonywana bardzo rzadko, bo tylko raz na dziesięć lat. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że badania kału na krew utajoną wymagają corocznego powtarzania. Jeśli byśmy chcieli objąć dużą grupę osób tym badaniem, to co roku musimy powtarzać ten test, a najrzadziej co dwa lata. Poszukuje się na przyszłość jeszcze lepszych metod badań przesiewowych. Być może takim badaniem będzie badanie DNA w stolcu, być może będą kolonoskopy samobieżne albo kolonoskopia wirtualna, ale to na razie jest przyszłość.

Biorąc pod uwagę te dane, są oficjalne zalecenia, które mówią o tym, jaką metodę przesiewową powinno się wybrać. Wydaje się nam, że bardzo dobrym podejściem jest tu podejście stosowane w Stanach Zjednoczonych, gdzie wszystkie metody są dostępne – czyli lepiej robić coś niż nic – a wybór metody należy do pacjenta. W Europie sugeruje się badania kału na krew utajoną, ale w rzeczywistości wiele krajów, tak jak mówił pan minister, podjęło działania innych metod, nie tylko badań kału na krew utajoną. Wynika to z wielu aspektów, między innymi tego, że wpływ badań kału na krew utajoną na śmiertelność jest w sumie minimalna, jest zaledwie 13–15%. A ostatnio, w 2006 roku ukazały się analizy, z których wynika, że śmiertelność ogólna w wyniku badań kału na krew utajoną nie zmienia się w grupie badanej w porównaniu z grupą osób, która nie była poddawana temu badaniu.

Wynika to między innymi z bardzo dziwnego zjawiska, że śmiertelność – nie z powodu raka, tylko innych przyczyn – jest większa w grupie osób wykonujących badanie kału na krew utajoną w porównaniu z osobami, które tego badania nie robią. To jest bardzo dziwne, bo trudno sobie wyobrazić, że badanie kału na krew utajoną zwiększa śmiertelność. Statystyka pokazuje jednak, że tak właśnie jest, co wymaga dodatkowych wyjaśnień. Tak więc pojawiły się dodatkowo wątpliwości dotyczące skuteczności i wpływu badań kału na krew utajoną.

Dane dotyczące kosztów były już omawiane. Między innymi proszę spojrzeć na ostatnią linijkę dokumentu, z której wynika, że koszt uratowania jednego roku życia jest trzykrotnie mniejszy, gdy wykonuje się kolonoskopię raz na dziesięć lat niż gdy wykonuje się badania kału na krew utajoną w perspektywie dwudziesto- czy trzydzie-

stoletniej. Jest tak dlatego, że badania kału trzeba wykonywać co roku, a kolonoskopię tylko raz na dziesięć lat. Efektem dodatniego wyniku badania kału na krew utajoną jest kolonoskopia u sporego odsetka pacjentów. Logiczne jest więc założenie, że wykonanie od razu kolonoskopii jest słuszniejsze.

Sytuacja w Europie jest rzeczywiście, jak pan minister powiedział, taka – znowu mówi o tym ostatnia linijka – że kolonoskopię jako pierwotne badanie przesiewowe wykonują cztery kraje europejskie. Inne kraje wykonują badania kału na krew utajoną, ale w dwudziestu siedmiu krajach nie podjęto jeszcze żadnego programu, wciąż poszukuje się argumentów za podjęciem jednego z tych sposobów badań przesiewowych.

Bardzo ważnym elementem badań przesiewowych za pomocą kolonoskopii jest to, że nie tylko wykrywamy wczesne stadium raka w fazie bezobjawowej, ale przede wszystkim bardzo ważne jest to, że również wykrywamy i usuwamy gruczolaki, czyli polipy, które są stanem przedrakowym. I tego nie ma w żadnej innej metodzie badań przesiewowych, w wykrywaniu innych chorób, na przykład za pomocą mammografii. To jest jedyna sytuacja, kiedy możemy nie tylko spowodować spadek śmiertelności poprzez wykrywanie wczesnego raka, ale możemy spowodować także spadek występowania nowych przypadków raka w przyszłości dzięki temu, że usuwamy polipy, które nie będą przemieniać się w raka. Czyli jest to rodzaj prewencji: poprzez usuwanie polipów nie dochodzi po prostu do rozwoju raka. Pokazały to liczne badania. Nie będę mówił o szczegółach, w każdym razie usuwanie wszystkich polipów z jelita grubego powoduje spadek zapadalności na raka od 70% do 90%. Są na to bardzo mocne dane.

Program badań przesiewowych trwa od 2000 r. Rzeczywiście, na początku były problemy, zaczynaliśmy od kilku ośrodków, potem liczba ośrodków się zwiększała. W ubiegłym roku było aż osiemdziesiąt pięć ośrodków biorących udział w programie badań przesiewowych. W tym roku ta liczba prawdopodobnie będzie podobna lub większa, ponieważ wcześniej niektóre ośrodki były usunięte z listy z powodu niewystarczającej jakości, a inne będą prawdopodobnie wprowadzone w wyniku konkursu, który aktualnie jest rozpisany. Badania przesiewowe prowadzimy u osób, które nie mają istotnych chorób, nie mają objawów raka i główna grupa wiekowa to: pięćdziesiąt – sześćdziesiąt pięć lat.

W tym programie kolonoskopię wykonujemy ambulatoryjnie, polipy małe i średnie usuwane są od razu, natomiast polipy większe usuwane są w terminie późniejszym.

Bardzo dużą zaletą tego programu jest to, że prowadzona jest bardzo dobra baza danych, w której znajdują się wszystkie dane, zarówno epidemiologiczne, jak i medyczne dotyczące histopatologii, operacji i stopnia zaawansowania nowotworów w tym programie. Dzięki temu mamy bardzo dobry wgląd w jakość tego programu, w losy pacjentów.

Do końca bieżącego roku wykonanych zostanie około stu pięćdziesięciu tysięcy badań kolonoskopowych. Te dane, które pokazuję, dotyczą bardzo dobrze opracowanych przypadków pięćdziesięciu tysięcy osób, które były podstawą publikacji. Chcę powiedzieć, że w wyniku badań przesiewowych mniej więcej u połowy pacjentów nie stwierdzono nieprawidłowości, u jednej czwartej nie stwierdzono zmian nowotworowych, natomiast u jednej czwartej, 24%, stwierdzono polipy. Czyli co czwarta osoba, u której wykona się kolonoskopię, ma polipy, które potencjalnie mogą być stanem przedrakowym. Nie wszystkie one są stanem przedrakowym, nie wszystkie są gruczolakami, ale każdy usunięty polip jest badany histologicznie i potencjalnie u co czwartej osoby może to być stan przedrakowy.

W programie w tych latach, które są dokładnie opracowane, wykryliśmy raka u co sto dwudziestej piątej osoby poddanej kolonoskopii, oczywiście w formie bezobjawowej. Czyli jedno badanie na sto dwadzieścia pięć kończy się wykryciem niespodziewanego raka, który nie dawał żadnych objawów. U około 5% stwierdzamy natomiast zaawansowane gruczolaki. My mamy taki termin i jeśli rozwój gruczolaków jest zaawansowany, mówimy, że to jest stan „o jeden krok od raka”. Czyli jedna na dwadzieścia osób ma gruczolaki, które w bardzo bliskiej perspektywie mogą zamienić się w raka. Te tzw. zaawansowane gruczolaki są u jednej na dwadzieścia osób, czyli u 5%. Tak więc nie tylko wykrywamy raka, ale wykrywamy też zaawansowane stany przedrakowe, których usuwanie stanowi prewencję raka. Ten efekt ujawni się oczywiście kilka lat później.

Bardzo ważnym znaleziskiem, które stwierdziliśmy w naszych badaniach, było to, że te zmiany przedrakowe występują niespodziewanie dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. To nigdy wcześniej nie zostało opisane w literaturze. W związku z tym wskazuje to na konieczność zwiększenia promocji badań przesiewowych przede wszystkim u mężczyzn. Ta płć jest bardziej narażona na ten typ nowotworu i jest tu większa potrzeba usuwania tego raka.

Jak mówiłem, prognozowana liczba badań kolonoskopowych do końca 2007 r. to sto czterdzieści pięć tysięcy – oczywiście powinno się tę liczbę stopniowo zwiększać. Wyniki, które państwu pokazałem, były podstawą publikacji w „*The New England Journal of Medicine*”. Ci z państwa, którzy są lekarzami, zdają sobie sprawę z tego, jak ważne, o jak dużym prestiżu jest to pismo. Te nasze badania znalazły uznanie i stanowią potwierdzenie słuszności działań w programie badań przesiewowych, ponieważ publikacja na ten temat ukazała się w „*The New England Journal of Medicine*”.

Bardzo ważnym znaleziskiem, wynikającym z programu badań przesiewowych, są bardzo dokładne dane o każdym ośrodku, o każdym endoskopiście. I to pozwala nam stwierdzić, że jakość badań przesiewowych jest bardzo wysoka, ale nie jest taka sama we wszystkich ośrodkach. Niektórzy endoskopiści i ośrodki są lepsze, niektóre są gorsze. Dzięki temu bardzo dobremu wglądowi w bazę danych jesteśmy w stanie wychwytywać słabsze ośrodki, słabszych endoskopistów i ich eliminować, bądź, co ważniejsze, kierować na dodatkowe szkolenia – co robimy – i poprawiać jakość działania w tym programie. W związku z tym ten program właściwie ciągle żyje, bo wciąż poprawiane są te parametry jakości.

Parametry, które bierzemy tu pod uwagę, są następujące. Po pierwsze, wykrywalność gruczolaków w danej kolonoskopii, czyli odsetek badań, w którym endoskopista wykrył gruczolaki, i on waha się dla poszczególnych endoskopistów w granicach od 10% do 30%. Potem jest osiągalność kątnicy, czyli odsetek badań, w których obejrzano całe jelito grube, on powinien być powyżej 90–95%. Bardzo ważnym elementem jakości jest czas usuwania endoskopu, który to czas powinien być jak najdłuższy. Im dłużej usuwa się aparat, tym dłużej ogląda się jelito grube i tym dokładniej wykryje się wszystkie zmiany, które są w tym jelicie.

Prowadzimy wiele badań. Miedzy innymi na stronie internetowej Centrum Onkologii są dostępne te informacje, o których państwu mówiłem. Mamy telefon automatyczny, telefony informacyjne, próbujemy prowadzić akcje medialne. Pacjenci do badań przesiewowych są zapraszani. Tak więc z punktu widzenia metodologii badań przesiewowych jest tu zapraszanie pacjentów z poszczególnych województw wokół ośrodków kolonoskopowych, co zapewnia populacyjność tych badań. Oczywiście, to jeszcze nie jest prowadzone w takim zakresie, w jakim byśmy chcieli, ale czynimy kroki w tym kierunku.

Mamy wiele kontaktów międzynarodowych związanych z programem badań przesiewowych, o czym już wspomniał pan minister. Chcę między innymi powiedzieć, że zostaliśmy zaproszeni do prezentacji naszego programu w siedzibie Unii Europejskiej w Brukseli. Za dwa tygodnie, czyli 9 maja, będzie konferencja dotycząca właśnie badań przesiewowych w profilaktyce raka jelita grubego w Europie. Będziemy tam prezentować nasze wyniki, nasze osiągnięcia i nasze sugestie.

Jesteśmy też zaproszeni przez Skandynawów, kraje skandynawskie – Norwegię, Szwecję, Finlandię i Islandię. Dołączyliśmy tu do tego grona krajów skandynawskich – w tym momencie powinno się je nazywać pewnie okołobałtyckimi – do badania randomizowanego, oceniającego znaczenie kolonoskopii. Te kraje chcą wykorzystać nasze doświadczenia w badaniach przesiewowych, w konstruowaniu tego badania, w konstruowaniu tych zaleceń, ponieważ właśnie kraje skandynawskie są tymi, w których badania przesiewowe jeszcze nie zaczęły się na większą skalę. Jesteśmy również członkami Światowej Organizacji Gastroenterologii w Komitecie skringowym do spraw raka jelita grubego. Tak więc polskie działania dotyczące badań przesiewowych raka jelita grubego są dostrzegane na arenie międzynarodowej.

Niestety, są również potrzeby, o których chcę bardzo krótko powiedzieć. Mianowicie powinno się zwiększyć liczbę ośrodków wykonujących badania, a także – co mniej dotyczy programu badań przesiewowych, a bardziej Narodowego Funduszu Zdrowia – powinno się zwiększyć dostępność do kolonoskopii rutynowych, czyli tych, które wykonujemy u osób z niepokojącymi objawami. Chodzi o to, żeby kolonoskopia przesiewowa nie była jedyną możliwością wykonania kolonoskopii, gdy są do niej wskazania. Tak więc ten program generuje potrzebę wykonania kolonoskopii również u osób z objawami. I na całym świecie zauważono, że problem raka jelita grubego jest bardzo ważny i generuje potrzebę wykonywania coraz większej liczby badań kolonoskopowych. Tak więc również w związku z programem badań przesiewowych ta liczba kolonoskopii się zwiększa.

Powinniśmy dążyć do poprawy jakości kolonoskopii i kolonoskopistów. Na ten temat dużo wiemy. Wiemy, co robić, wiemy, że trzeba szkolić nie tylko kolonoskopistów, ale również histopatologów. Prawdopodobnie powinno się utworzyć ośrodki szkolące w kolonoskopii, powinno się poprawić działanie istniejących struktur, poprawić wyposażenie w kolonoskopy, szkolić więcej histopatologów. Także powinno się podjąć wiele innych działań związanych z tym programem – po to, żeby jego działanie było coraz lepsze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy któryś z panów profesorów chciałby zabrać głos?

Pan profesor Nowacki, bardzo proszę.

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

Bardzo krótko dopowiedziałbym jeszcze parę w moim przekonaniu bardzo istotnych informacji. Przede wszystkim, chcę podziękować za światłe decyzje mini-

strowi zdrowia. Chciałbym powiedzieć, że informowaliśmy pana ministra zdrowia o tym, że praca, której pierwszym autorem jest tu obecny pan profesor Reguła, stała się przedmiotem doniesienia agencji Reuters w Stanach Zjednoczonych. Tak więc w czasach, kiedy często jesteśmy krytykowani z takich czy siakich powodów, jest to sukces Polski, jest to sukces polskiej myśli w tej dziedzinie.

Kolejna sprawa. Tak jak powiedział pan minister Pinkas, wyniki leczenia, najkrócej mówiąc, są proporcjonalne do stopnia zaawansowania choroby. I w tych najwcześniejszych stadiach, co praktycznie, można powiedzieć, w onkologii jest zdumiewające, wskaźnik wyleczeń wynosi ponad 90%. Temu właśnie ma służyć kolonoskopia.

Chciałbym powiedzieć, że problem będzie narastał. W Polsce doszło do fenomenalnych zjawisk na skalę światową w okresie transformacji ustrojowej – zaczęliśmy nagle chorować w przyspieszonym tempie, według wzoru, można powiedzieć, zachodniego. Złożyło się na to wiele czynników, ale – co jest przedmiotem w dużej mierze nawet zazdrości międzynarodowej – dzięki działaniom w tym kraju kolejnych rządów po 1990 r., mogło dojść do tak daleko idących zmian. To nie oznacza, że nagle spadnie liczba zachorowań na nowotwory, wręcz odwrotnie: ta liczba będzie rosła, jednak celem naszych wysiłków jest obniżenie wskaźnika umieralności. Jeżeli do tego dodamy informację, że już teraz obserwujemy w Polsce dynamikę wzrostu zachorowań na raka jelita grubego rzędu 3% – co zależy od umiejscowienia – to jest to strasznie dużo. Te wyniki, o których panowie wspominali, nadal są złe, bo chorzy po prostu trafiają do nas z rakiem w fatalnym stopniu zaawansowania.

Dla przykładu można powiedzieć, że w Stanach Zjednoczonych około 20% chorych trafia do leczenia z przerzutami odległymi, podczas gdy na przykład w Centrum Onkologii to jest 50% przypadków. Z kolei naszą rolą jako ośrodka, który jest uznawany za w pewnym sensie referencyjny, jest leczenie bardzo ciężko chorych, ale średnia na Mazowszu, która jest mi znana też w takiej zależności mężczyźni – kobiety, tereny wiejskie – miejskie, już się poprawiła. Zaczynamy to obserwować i poczekamy na ostateczne potwierdzenie.

Wreszcie chciałbym bardzo mocno podkreślić jeszcze dwie rzeczy. Mianowicie grupa pana profesora Butruka ma olbrzymie doświadczenie jeszcze z poprzednich działań, sprzed wielu, wielu lat. Proszę państwa, w stosunku do badań, które wtedy były możliwe, właśnie badań krwi utajonej w stolcu, nie było akceptacji. Była możliwość wykonania – niech pan profesor Butruk mnie poprawi – chyba piętnastu tysięcy badań, a ich akceptacja była na poziomie niespełna pięciu tysięcy wśród tych, do których to badanie było adresowane. Również te argumenty, które wymienił pan profesor Reguła, przeważały ostatecznie o wyborze metody.

Jest jeszcze jeden aspekt sprawy, panowie są skromni, ale ja muszę to podnieść: grupa pana profesora Butruka jest jedyną grupą w Polsce, która ma międzynarodowe uprawnienia do szkolenia w kolonoskopii. I na tym chciałbym zakończyć. Dziękuję. *(Oklaski)*

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pan profesor Butruk.

**Kierownik Kliniki Gastroenterologii w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Eugeniusz Butruk:**

Myślę, że to na naszą cześć zamówił muzykę pan przewodniczący.

(*Głos z sali: Strażacy grają.*)

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tło, jak słyszycie państwo, mamy bardzo pogodne – strażackie.*)

Chcę poruszyć niewielki fragmencik tej tematyki. Mianowicie jeszcze raz dobitnie powiemy, że świadomość tego, że rak piersi, rak szyjki macicy to są bardzo częste nowotwory, jest powszechna. Natomiast nawet w środowisku lekarskim nie wszyscy wiedzą, że rak jelita grubego wysuwa się na pierwsze miejsce wśród raków. To jest jedno ważne zjawisko.

Druga rzecz, którą profesor Reguła bardzo wyraźnie podkreślił, ale jeszcze raz to powtórzmy: chodzi o to, żeby badać się wtedy, kiedy czujemy się zdrowi, po przekroczeniu pięćdziesiątki, a w szczególnych przypadkach nawet wcześniej. Profesor Reguła przy okazji potrzeb powiedział, że między innymi musi być większy dostęp do kolonoskopii pacjentów z objawami. To nie jest już profilaktyka, to jest diagnostyka czegoś, co prawdopodobnie jest zaawansowane. I teraz jeżeli nie będzie tego dostępu, to demagog, populistą może powiedzieć tak: „Oni chyba zwariowali, badają zdrowych ludzi, a ja krwawię, mam anemię, muszę najpierw czekać, żeby się dostać do lekarza opieki podstawowej, może on mnie potem skieruje do gastrologa, za jakiś czas tam się dostanę, a ten może mnie skieruje na kolonoskopię, a miesiące upływają”. Jest to bardzo trudny problem do rozwiązania, ale trzeba znaleźć sposób na to, żeby kolonoskopia dla pacjentów objawowych była łatwo dostępna. Przynajmniej w naszym ośrodku nie wzięlibyśmy się za to, co robimy, gdybyśmy nie zagwarantowali pacjentom objawowym, że będą mieć tutaj absolutny priorytet, że będą zbadani. W przeciwnym razie będziemy oskarżani, atakowani i wyśmiewani.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To bardzo trudny problem, ale on pojawia się przy wielu programach profilaktycznych. Mianowicie, gdy uruchamia się te ścieżki przesiewowe, to ten deficyt organizacyjny, kolejkowy czy limitowy jest „ogrywany”. I to dotyczy, niestety, nie tylko tego badania.

Jest pan prezes.

Bardzo proszę, Panie Prezesie, o odniesienie się do tych kwestii.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Szanowni Panowie!

Jest tak, że Narodowy Fundusz Zdrowia oczywiście nie uczestniczy w tym programie, choć z szacunkiem obserwowałem dzisiaj panów wystąpienie. Rzeczywiście, możemy pozazdrościć sposobu organizacji tego programu. Chcę natomiast powiedzieć parę słów na temat dostępności do badań w roku 2006. Otóż w roku 2006 po raz pierwszy fundusz kontraktował dostęp do kolonoskopii w trybie ambulatoryjnym. Tego

wcześniej nie było. I tych badań za rok 2006 wykonano cztery tysiące sto trzydzieści. Nie wiem, czy jest to liczba satysfakcjonująca, natomiast prosilibyśmy o bliższe informacje. Chętnie byśmy wymienili uwagi na temat, na jakim poziomie ta dostępność powinna być zapewniona i jak ona się rozkłada regionalnie, ponieważ dobrze byłoby po prostu bardziej skrupulatnie wszystko planować. To wszystko kosztowało nas niepełna 4 miliony zł i jeśli zderzyć to z wydatkami na leczenie raka jelita grubego w ogóle – już nie będę państwa tutaj zanudzał szczegółowymi informacjami, ale przekraczają one 150 milionów zł – to oczywiście ta kwota dotycząca kolonoskopii nie jest sensacyjna. I nie widzę powodu, dla którego w sposób bardziej świadomy i celowy nie powinniśmy zwiększyć nakładów. Po prostu prosimy o kontakt i pewną dyskusję na ten temat. Dane już posiadamy, tylko musimy zestawić je w taki sposób, żeby można było też podyskutować o państwa aktywności i po prostu lepiej to zgrać. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest apel o przepływ informacji, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie spotkali się państwo z niepokojącym zjawiskiem, mianowicie z barierą w dostępie do kolonoskopii u osób z objawami. Rzeczywiście mamy tu deklarację pana wiceprezesa, że NFZ chce reagować i ma takie możliwości.

Bardzo proszę, pan profesor Butruk.

**Kierownik Kliniki Gastroenterologii w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Eugeniusz Butruk:**

Był to niezwykle ważny głos i deklaracja.

Bardzo serdecznie za to dziękujemy.

(Głos z sali: Jeszcze raz, bo znowu mocno słychać tę orkiestrę.)

Dziękowaliśmy za taką wolę współpracy.

Jeśli mogę, jeszcze jedno zdanie. Myślę, że będzie to przedmiotem jednego z kolejnych posiedzeń rady Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, bo tutaj będzie można, i należy, tworzyć ośrodki szybkiej diagnostyki. Taka decyzja już jest i w najbliższym czasie odbędą się konkursy mające na celu doposażenie niektórych ośrodków. Tylko w ramach tej puli pieniędzy, jaka jest w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, nie da się wszystkiego zrobić od razu. Jednak w tych sprawach, Panie Prezesie, na pewno będziemy bardzo blisko współpracowali, myślę, że będzie tak, jak do tej pory.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Cieszę się z tej zapowiedzi tworzenia środków szybkiej diagnostyki, bo przy pracy edukacyjnej wzbudzamy potrzebę, która, jeśli nie jest zaspokajana, prowadzi do pogorszenia bezpieczeństwa zdrowotnego. Mam takie doświadczenia z programu samobadania piersi, gdzie wyedukowaliśmy kilkadziesiąt pielęgniarek i położnych. I to uruchomiło napór na Dolnośląskie Centrum Onkologii i zmusiło nas wtedy do sfinansowania tego. W dalszym ciągu te badania są jednak głównie finansowane z pieniędzy miejskich ośrodka, w którym kobieta zaniepokojona swoim stanem może uzyskać szybką mam-

mografię lub, w zależności od swojego wieku, USG, włącznie z biopsją cienkoigłową. Gdy trzeba, ma ona także dostęp do szybkiej ścieżki chirurgicznej. Cieszę się, że państwo też uwzględniają konieczność tworzenia ośrodków szybkiej diagnostyki, bo jeśli ich nie będzie, bezpieczeństwo zdrowotne może nawet ulec pogorszeniu.

Dobrze. Czy są jeszcze chętni do zabrania głosu?

Bardzo proszę; przedstawiamy się do protokołu.

**Członek Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka
Szymon Brużewicz:**

Szymon Brużewicz, Polski Komitet Zwalczenia Raka.

Nie wiem, czy mnie słyhać, bo orkiestra tutaj robi dość silną konkurencję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Trzeba przystawić bliżej mikrofon i, niestety, trochę głośniejsze mówić. Nie wiem, co to za okazja, może Dzień Strażaka czy konferencja poświęcona Straży Pożarnej.

**Członek Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka
Szymon Brużewicz:**

Jeszcze raz: Szymon Brużewicz, Polski Komitet Zwalczenia Raka.

Chcę pokrótce odnieść się do kwestii testów na krew utajoną w kale, bo tutaj i pan minister, i pan profesor wspomnieli, że skuteczność tych testów budzi dużo kontrowersji. I mamy taką krótką prezentację, która być może uzmysłowi, skąd się te kontrowersje biorą, bo są również wyniki badań wskazujące na poprawę przeżyć właśnie w wyniku zastosowania tej metody jako preskriningu. Tak więc, jeśli państwo pozwolicie, króciutka prezentacja.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jeśli jest króciutka, to bardzo proszę.)
Naprawdę jest króciutka.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest pan przygotowany do niej technicznie?

(Członek Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka Szymon Brużewicz: Tak.)

Czy ty, Staszku, teraz chcesz zabrać głos?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Prosimy.

**Członek Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka
Szymon Brużewicz:**

Pierwsze dane to w zasadzie jest uzupełnienie graficzne tego, o czym mówił pan profesor, to znaczy dane epidemiologiczne. W 2004 r. odnotowano ponad trzysta tysięcy nowych przypadków raka jelita grubego. I tutaj zwraca uwagę ten tzw. wskaźnik śmiertelności – około 70% osób z rozpoznanym rakiem jelita grubego w Polsce umiera; jest wskaźnik zdecydowanie gorszy niż w Stanach Zjednoczonych. Jest to, o czym już

było mówione, drugi nowotwór jeśli chodzi o częstotliwość występowania wśród mężczyzn i wśród kobiet. Jeżeli byśmy łącznie spojrzeli na te dane, to wtedy jest na pierwszej pozycji. Tak samo jest, jeśli chodzi o przyczynę zgonów: na drugim miejscu.

Jeśli chodzi o częstotliwość występowania w grupach wiekowych, to te wyniki pokrywają się z grupami objętymi programem badań przesiewowych. Praktycznie po czterdziestym piątym roku życia następuje wzrost zapadalności na ten typ raka u obu płci. Trendy czasowe od 1963 r. – tutaj też pan profesor o tym wspominał – są wyraźnie rosnące, jeśli chodzi o częstotliwość występowania i o zgony.

I są te smutne sprawy dotyczące przeżyć pięcioletnich. Ostatnie badanie Eurocare, dotyczące lat dziewięćdziesiątych, wyraźnie pokazuje, że jeśli chodzi o ten wskaźnik wśród obu płci – czy to w odniesieniu do okrężnicy, czy to w odniesieniu do odbytnicy – Polska jest na ostatnim lub jednym z ostatnich miejsc w Europie. Jest to związane z tym, o czym panowie mówili, przede wszystkim z późną diagnostyką. Jeżeli chodzi o leczenie onkologiczne w Polsce, to jest ono na wysokim poziomie, natomiast, niestety, lekarz niewiele może zrobić, kiedy pacjent zgłasza się do niego z zaawansowanym nowotworem. Te wszystkie dane podaję w uzupełnieniu do wcześniejszej wypowiedzi.

Teraz jeśli chodzi o testy na krew utajoną, to w tej chwili tak naprawdę ten test jest pojęciem bardzo szerokim, obejmuje bowiem kilka typów badań. Te najstarsze testy, znane praktycznie od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku, to są testy gwajakowe – ten słynny test Hemocult, dość często wspomniany w literaturze, jest właśnie testem tego typu. Pojawiają się natomiast testy nowej generacji, testy immunochemiczne, swoiste dla hemoglobiny ludzkiej. Te starsze testy wykrywały praktycznie wszystkie substancje zawarte w kale o aktywności peroksydazy, a więc również substancje znajdujące się w diecie. Wreszcie są testy trzeciej generacji – tutaj też pan profesor to zasignalizował – testy DNA, już bardzo specyficzne dla nowotworów złośliwych jelita grubego. Oczywiście, im wyższa generacja testu, tym wyższa trafność diagnostyczna, czyli wyższa czułość, swoistość, ale niestety również wyższy koszt. To jest odniesienie do tego, co tutaj pan minister wspominał o analizie koszt – efektywność.

Jeżeli chodzi o te najnowsze testy, to, jak mówiłem, ich czułość i swoistość jest wysoka. Według różnych badań jest ona rzędu dziewięćdziesięciu, dziewięćdziesięciu kilku procent. Rośnie także ta czułość dla gruczolaków – czyli to, co było mankamentem starszych testów. Problemem jest natomiast tutaj to, że niewiele mamy badań randomizowanych, na podstawie których możemy rzeczywiście arbitralnie powiedzieć, czy ta metoda jest skuteczna, czy nie. Wiele badań to są badania nierandomizowane czy też przeprowadzane na małych próbach.

Niewątpliwie zaletą nowych testów, co wpływa na akceptowalność tych testów przez pacjentów, jest to, że nie wymagają one restrykcji dietetycznych. Starsze testy wymagały czasem trzydniowego przygotowania, na przykład niejedzenia mięsa czy niejedzenia warzyw, natomiast nowe testy można wykonywać praktycznie bez żadnych ograniczeń dietetycznych. Co więcej, niektóre z tych testów mogą być wykonywane w warunkach domowych. Tu jest taki punkt, na który radzę zwrócić uwagę: są testy, które nie wymagają nawet manipulacji związanych z pobieraniem próbki kału.

I jeszcze jeden aspekt tych testów – od razu możemy sobie powiedzieć, że niekoniecznie jest to zaleta – mianowicie zmniejszenie liczby odczytów. Przy tych testach gwajakowych typu Hemocult trzeba było badać trzy wypróżnienia i z każdego wypróżnienia brać dwie próbki, czyli dawało nam to liczbę przynajmniej sześciu próbek.

Natomiast przy nowych testach wystarczy badanie dwóch kolejnych wypróżnień. I tu pojawia się pewien mankament, mianowicie pewne zmiany w jelicie grubym krwawią okresowo i zmniejszenie częstotliwości badania może wpłynąć właśnie na obniżenie czułości. Tak więc też należy to mieć na względzie. Niewątpliwie te testy na krew utajoną – przynajmniej na to wskazują badania amerykańskie – są preferowane przez pacjentów. W stosunkowo nowym badaniu na dużej próbie zdecydowana większość pacjentów poinstruowanych telefonicznie o różnych metodach diagnostycznych wskazała właśnie na testy na krew utajoną jako na metodę preferowaną. Niestety nie patrzono na wartość merytoryczną tych testów, tylko właśnie na dostępność i prostotę wykonania. Osoby, które preferowały kolonoskopię, choć ich może nie było wiele, zwracały uwagę przede wszystkim na to, że to badanie jest wysoce wiarygodne.

Jeżeli chodzi o tę analizę koszt-efekt, widzieliśmy tutaj kilka różnych, to ja powołuję się na dwie. Pierwsza z nich jest amerykańska, gdzie porównywano koszty objęcia programem badań kolonoskopowych tysiąca osób i ich corocznym testowaniem na krew utajoną. Akurat w tym badaniu wyszło, że badanie na krew utajoną – nawet przy założeniu, że część osób, które będą miały dodatni wynik testu, będzie musiała mieć wykonaną kolonoskopię – są jednak tańsze. Jak mówię, są różne testy, o różnej cenie i na to też należy zwrócić uwagę przy porównaniach. Są pewne badania europejskie, które pokazują, że przy zastosowaniu preskriningu przy pomocy testów na krew utajoną można znacznie zmniejszyć umieralność z powodu raka jelita grubego. Są dane, choć akurat niepublikowane, że nawet o jeszcze więcej, ale ponieważ nie są publikowane, nie będziemy się tutaj na nie powoływać.

Wreszcie na koniec to, o czym wspominał pan profesor. W 2000 r. opublikowano zalecenia dla krajów członkowskich Unii Europejskiej, gdzie sugeruje się właśnie ten dwustopniowy model badań przesiewowych w grupie niskiego i średniego ryzyka, mianowicie preskrining wykonywany co roku lub co dwa lata – tutaj jest ważne jest to, że im częściej, tym większa jest czułość tego testu – plus weryfikacja dodatnich wyników testów przy pomocy badań kolonoskopowych. To tyle ode mnie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan Wędrychowicz.

**Zastępca Dyrektora Centrum Onkologii
-Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Lech Wędrychowicz:**

Chciałbym tutaj powiedzieć parę zdań w imieniu pani senator Rudnickiej, która była jednym z inicjatorów tego posiedzenia. Muszę odnieść się do tego preskriningu. Jeżeli chodzi o Stany Zjednoczone, mam tu najnowszą publikację właśnie z 2006 r., i wydaje się, że tu wygrywa ta koncepcja pełnej kolonoskopii, jeżeli jest tylko to możliwe do przeprowadzenia. Zalecenia są tu jasne, bo praktycznie ten preskrining robi się wtedy, kiedy rzeczywiście u biedniejszej części ludności nie ma możliwości wykonania kolonoskopii. Jeżeli można, róbmy kolonoskopię. Chciałbym to zamknąć, bo te zalecenia są tutaj bardzo jednoznaczne. I to jest właściwie nawet jak gdyby ambicją, jeżeli chodzi o zwalczanie raka w Stanach Zjednoczonych tzw. okrągłego, jest tu cała lista tych organizacji

tym się zajmujących. Chciałbym, żeby doszło do tego w Polsce, a przynajmniej na Śląsku. Naprawdę jest to nadzieja XXI w., bo jest to doskonała metoda zwalczania raka. I tutaj właściwie dąży się do tego, żeby w 2015 r. dokonywano 75% badań populacyjnych, czyli u prawie 70% ludzi po pięćdziesiątce było wykonywane badanie kolonoskopowe.

Jeszcze jedno zdanie dotyczące Śląska. Mamy znacznie gorsze wyniki niż te, które przedstawili tu panowie z instytutu warszawskiego. Na podstawie dokładnych danych robionych przez pracownię rejestru nowotworów Instytutu Onkologii ten wzrost zapadalności w ciągu ostatnich dziesięciu lat, właściwie dobrze kontrolowany, wynosi 10,8% u mężczyzn, a u kobiet – 4,4%. Te wyniki są znacznie gorsze niż dane ogólnopolskie. Być może jest tak z powodu niedorejestrowania, a być może rzeczywiście tereny wiejskie są trochę mniej zagrożone.

I druga sprawa. Korzystając z obecności tutaj co najmniej dwóch wybitnych chirurgów gastroenterologów trzeba powiedzieć, że te wyniki są niezadowolające. Panowie wiedzą, że 25% skuteczności to może być też kwestia zwrócenia w programie uwagi nie tylko na diagnostykę, która jest najważniejsza – wydaje mi się, że kolonoskopy są tak ważne jak w bitwie o Anglię spitfajery – natomiast oczywiście ludzie też muszą być wyszkoleni. Pokładamy tu nadzieję w panach profesorach Butruku i Regule, być może nadal to będzie tak dobrze szło, bo naprawdę jest to duże osiągnięcie.

Jeżeli chodzi o te wyniki leczenia, gdzie kluczowi są chirurdzy, być może trzeba wrócić do tego, że podstawą jest szpital z dobrym chirurgiem. Ja wierzę w naszych chirurgów. Nawet na Śląsku te wyniki u mężczyzn są lepsze dużo – ostatnio jest 40% wyleczeń; te ostatnie dane dają nam nadzieję. Myślę, że ciągle wymaga wsparcia ten podstawowy oddział, gdzie tych przypadków do operacji będzie się jednak pojawiało coraz więcej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Serdecznie gratuluję panom profesorom osiągnięć, które zostały przedstawione. W trakcie wypowiedzi nasunęło mi się kilka pytań i chcę je zadać. Po pierwsze, ile kosztuje jedno badanie kolonoskopowe w skryningu, a ile jedno badanie kolonoskopowe diagnostyczne, za które płaci Narodowy Fundusz Zdrowia? Mam też pytanie dotyczące liczby wykonanych kolonoskopii w ogóle w Polsce. Jak dużo jest ich wykonywanych, czy panowie profesorowie macie jakąś bazę danych, jakąś wiedzę na temat wszystkich wykonanych kolonoskopii w Polsce? Nie chodzi tu tylko o te, które są wykonywane we wspomnianych ośrodkach.

Oczywiście tutaj wiele elementów jest bardzo istotnych, bardzo ważnych dla skuteczności leczenia nowotworu. Przede wszystkim jest to świadomość, nie tylko świadomość społeczna, ale również lekarska. Pan profesor mówił o tym, że wielu lekarzy w ogóle nie zdaje sobie sprawy z tego, że nowotwory jelita grubego stanowią taki olbrzymi problem w skali europejskiej i w polskiej. Rozumiem, że nowotwory jelita grubego w Polsce nie są jeszcze na pierwszym miejscu, są na drugim. I właśnie mam pytanie, czy to jest pierwsze miejsce, czy drugie, bo tu też w kuluarach pojawiają się pewne wątpliwości.

I kolejne pytanie. Panie Profesorze, rozumiem, że zależy nam na tym, żeby robić jak najwięcej kolonoskopii i żeby były one wykonywane na jak najlepszym poziomie, czyli żeby był sprzęt i kolonoskopiści. Ale czy starczy nam w przyszłości lekarzy do wykonywania tych badań? Czy istnieje taki pomysł i czy myśli się o tym, żeby kolonoskopię wykonywali niekoniecznie lekarze, a jeśli tak, to kto?

I już ostatnie pytanie oraz ostatnia uwaga, dotycząca szkolenia. Mam nadzieję, Panie Przewodniczący, że niedługo będziemy mieli posiedzenie dotyczące właśnie szkolenia podyplomowego. I przyszło mi do głowy, że tutaj też chyba należałoby zahaczyć o szkolenie podstawowe lekarzy, czyli szkolenie w akademiach medycznych. I pytanie: jak w tej chwili wygląda szkolenie studentów w zakresie onkologii i czy jest tutaj jakaś zauważalna poprawa, która panów profesorów satysfakcjonuje? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To był szereg pytań.
Bardzo proszę jeszcze...

**Kierownik Pracowni Endoskopowej w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jarosław Reguła:**

Jeśli można, odpowiem na kilka pierwszych pytań.
(*Senator Waldemar Kraska: Panie Profesorze, jeszcze jedno pytanie, dobrze?*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze będzie pytanie.

Senator Waldemar Kraska:

Pan profesor zasugerował tutaj, żeby te operacje na jelicie grubym przenosić jakby niżej, do szpitali powiatowych. Czy jest to taki trend? Myślę, że chirurg, który robi takich operacji kilka w roku, nie robi ich dobrze, prawda? Wydaje mi się, że jednak te ośrodki, które robią to masowo, robią to dobrze. Bo jeżeli jest to incydentalny zabieg, to chirurg, nawet mimo dobrych chęci i wiadomości, nie robi tego tak, jak potrzeba. Nie wiem, czy panowie się z tym zgodzicie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę o odpowiedź.

**Kierownik Pracowni Endoskopowej w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jarosław Reguła:**

Panie Senatorze, cena kolonoskopii przesiewowej jest jedna i uśredniona, wynosi 350 zł. Ona różni się od ceny Narodowego Funduszu Zdrowia, która jest rozbita na różne

wartości, w zależności od tego, jakie są procedury: czy jest tylko badanie diagnostyczne, czy jest robione razem z badaniem histologicznym, z polipektomią itd. Te skomplikowane procedury w ogóle mogą być bardzo drogie, ale razem to jest około 1 tysiąca zł.

Senator Stanisław Karczewski:

Usłyszeliśmy od pana prezesa liczbę i cenę. Tak więc średnio wychodzi 1 tysiąc zł – tak czy nie?

**Kierownik Pracowni Endoskopowej w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jarosław Reguła:**

Panie Senatorze, osoby w badaniach przesiewowych są zdrowe i rzadziej mają patologie. To jest inna populacja niż pacjenci – to są osoby zdrowe. Tam są pacjenci, którzy mają wykonywane badania kolonoskopowe i czy ta średnia, rozbita na szczegółowe dane, rzeczywiście jest wyższa. Ponieważ jest to zdrowa populacja cena badania wynosi tu 350 zł.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes chciał jeszcze coś dodać?
Bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora Centrum Onkologii
-Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Lech Wędrychowicz:**

Przy okazji też mam pytanie: czy to znaczy, że każda kolonoskopia kosztuje u państwa 350 zł, czy badanie z zabiegiem ma inną cenę?

**Kierownik Pracowni Endoskopowej w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jarosław Reguła:**

Właśnie jest to cena uśredniona, to jest jedna cena.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Uśredniona. Ale czy to znaczy, że jeśli w ramach tej kolonoskopii musicie dokonać państwo operacji, to kolonoskopista też dostaje 350 zł?

**Kierownik Pracowni Endoskopowej w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jarosław Reguła:**

Ponieważ badania przesiewowe są wykonywane ambulatoryjnie, to ten program finansuje usuwanie tylko i wyłącznie małych polipów. Natomiast ktoś, u kogo wykry-

jemy duże polipy lub raka, przestaje być osobą, a zaczyna być pacjentem. I ci pacjenci z programu badań przesiewowych mają usuwane tylko małe polipy, a to jest zupełnie inna cena. To nie jest polipektomia, którą wykonuje się usługowo, za usuwanie większych polipów ta cena jest rzeczywiście wyższa.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tu pan prezes, widzę, sceptycznie się do tego odnosi.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Sośnierz:

Nie, jak zwykle Narodowy Fundusz Zdrowia przecenił...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Płatnik trzyma kasę.)

Płatnik jest zbyt hojny, mam nadzieję, że niedługo przestanie. Rzeczywiście w tej chwili fundusz płaci za takie diagnostyczne badanie bez zabiegu trzydzieści pięć punktów, czyli około 300 zł, natomiast z zabiegiem, z polipektomią, to jest sto trzydzieści punktów, czyli około 1 tysiąca zł.

(Głos z sali: Ale to musi być po specjalizacji, Panie Prezesie. Do tego jeszcze...)

Nie, nie, nie. Jak zwykle daliśmy się ograć, ale myślę, że tym razem już musimy to skorygować.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor Nowacki, bardzo proszę.

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

Jeśli wolno, bo chciałbym...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Włączamy mikrofon.)

Już włączyłem.

(Głos z sali: Może pan odpowiedzieć na wszystkie pytania?)

Właśnie chcemy odpowiedzieć na resztę. Zarówno stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia, jak i Unii Europejskiej jest bardzo, powiedziałbym, delikatnie sformułowane. Wymienia się, listuje się metody badań skriningowych w różnych umiejscowieniach – mówiąc najkrócej: „rób to, na co cię stać”. Proszę państwa, jeśli chodzi o ocenę kolonoskopii w Polsce, to Stanach Zjednoczonych tego nie zrobi się za mniej niż 1 tysiąc USD. To taka uwaga.

I teraz powiem tak: tereny wiejskie są mniej obciążone ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego, bo to jest rzeczywiście fenomen uprzemysłowionych, proszę wybaczyć, „zwesternizowanych” środowisk.

I jeszcze jedna rzecz. Mowa była o wynikach leczenia chirurgicznego. Z całą odpowiedzialnością i z całą mocą powtarzam, bo mówiłem o tym parokrotnie: prezentowałem na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgów Polskich wyniki leczenia w kilku wybranych ośrodkach w porównaniu z resztą wyników. I jest tak, jak pan senator był uprzejmy zauważyć. Nie lansuję tu marksistowskiej zasady dialektycznej, która mó-

wiła, że ilość przejdzie w jakość, ale, niestety, w tym fachu tak jest. Były projekty wielkich, sławnych polskich chirurgów, którzy mówili: „Jak nie operujesz pięćdziesięciu rocznie, to nie operuj w ogóle, odeślij”. Mogę potwierdzić, że rzeczywiście doświadczenie osobiste chirurga ma tu znaczenie. Mało tego: ośmielę się tu bezczelnie powiedzieć o polskim sukcesie w leczeniu raka odbytnicy, który zdyskontowaliśmy siedmioma publikacjami międzynarodowymi, zyskując w podręcznikach amerykańskich termin *polish trial*. Jak to było zorganizowane?

Panie Przewodniczący, tych chirurgów, których zaakceptowałem, zobligowałem do dwutygodniowego pobytu z moim zespołem po to, żebyśmy mówili jednym językiem. Rozpiętość wyników leczenia w mieście stołecznym, w którym aktualnie się znajdujemy, jest rzędu dwudziestu, dwudziestu paru procent. To są fakty. Tak więc tak to wygląda od tej strony.

I wreszcie ostatnia sprawa. I tu muszę wstać i pochylić tyse czoło przed panem profesorem Butrukiem. Pan profesor Butruk szkoli pielęgniarki endoskopowe – niejako odpowiadam tu na pytanie pana senatora, czy dbamy o zaplecze, o to, kto przyjdzie po nas. Dbamy. I z moich obserwacji wynika, że panie pielęgniarki wykonują to znakomicie, z należytą troską, starannością i niekiedy – niech panowie mnie słuchają – lepiej niż zagonieni i brutalni lekarze. Tak więc jest to jakaś nadzieja na przyszłość. W wielu miejscach na świecie zaczynają to robić technicy, mogą to robić pielęgniarki. Dziękuję bardzo.

Aha, jeszcze szkolenie studentów. Za szkolenie studentów w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych odpowiada w tej chwili pan profesor Kornafel, a zajmował się tym pan profesor Bręborowicz z Poznania. Doszło do ustalenia tzw. curriculum dla studentów. Ma to obowiązywać we wszystkich uczelniach, które, jak wiadomo, są samorządne i mogą dowolnie kształtować programy, natomiast to podstawowe curriculum jest ustalone. Jest zalecany podręcznik autorstwa profesora Kordka z Łodzi, to jest praca współautorska. Mamy nadzieję, że ruszy to we wszystkich akademiach. I mało tego, nadal będziemy zabiegali o to, żeby studia kończyły się jednak egzaminem z onkologii. W tej chwili też włączyłem się w to szkolenie i muszę powiedzieć, że zainteresowanie tym studentów – na Ursynowie też ich szkolimy – jest bliskie zera. Oni tylko patrzą, jak tylko czmychnąć gdzie indziej. Jest tak dlatego, że nie ma tej bariery w postaci egzaminu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Ja jeszcze zdawałem egzamin z onkologii w Łodzi. On był.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo dobrze. Zresztą wtedy było to jedno z pierwszych nowych centrów onkologicznych.

Dobrze.

Pani senator Budner, bardzo proszę.

Senator Margareta Budner:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo, mam pytanie, jak wygląda wykrywalność raka jelita grubego w Polsce i jak ona ma się do wykrywalności w świecie, w Europie? Również chodzi

mi o to, jaki jest ten odsetek wykrywalności w poszczególnych stadiach zaawansowania i też jak wygląda śmiertelność odpowiednio w Polsce i za granicą? Pan profesor również w swoim wystąpieniu powiedział o tym, że wykrywalność zmian w czasie kolonoskopii, o ile się nie mylę, u kobiet...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale to było w prezentacji, to już było.)

Ale nie było tego zróżnicowania na stopnie zaawansowania. Moim zdaniem, ma to duży wpływ na śmiertelność. I pan profesor mówił, że wśród kobiet dwa razy rzadziej są wykrywane zmiany w jelicie grubym, a jak to wygląda, jeśli chodzi o śmiertelność mężczyzn i kobiet? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, jeśli można.
Macie państwo te informacje?

**Kierownik Pracowni Endoskopowej w Centrum Onkologii
-Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jarosław Reguła:**

Jeśli można, najpierw zacznę od tej różnicy między kobietami i mężczyznami. Jeśli chodzi o badaną grupę ludzi między pięćdziesiątym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia, to rzeczywiście stany przedrakowe występowały częściej u mężczyzn niż u kobiet, i to prawie dwukrotnie. Jest jednak dziwne zjawisko, mianowicie ryzyko wystąpienia nowotworu jelita grubego w ciągu całego życia u kobiet i u mężczyzn jest takie samo, ono wynosi mniej więcej 6%. To oznacza, że te stany przedrakowe występują częściej u mężczyzn, a rzadziej u kobiet, ale u kobiet częściej, jak się wydaje, zamieniają się w raka. W związku z tym końcowym efektem jest to, że rak jelita grubego u obu płci występuje z tą samą częstością, szczególnie w wyższych grupach wiekowych.

Tak więc to zjawisko epidemiologiczne jest bardzo ciekawe i świadczy o tym, że jakieś inne czynniki, może środowiskowe, a może hormonalne decydują, że w tym przedziale wiekowym pięćdziesiąt – sześćdziesiąt pięć lat kobiety są niejako chronione przed rozwojem stanów przedrakowych w raka, u mężczyzn w tym wieku występuje on częściej, ale później to wszystko się wyrównuje. W dodatku kobiety żyją trochę dłużej, w związku z tym to ryzyko raka jest podobne u obu płci. Tak więc na końcu to wszystko się wyrównuje.

Pytanie dotyczyło również stopni zaawansowania w różnych krajach i one są zgodne z wynikami leczenia. Mianowicie ten stopień zaawansowania, czyli rak, występuje z około pięćdziesięcioprocentową częstością w Polsce i to jest jeden z najwyższych odsetków spotykanych w Europie. To dalej przenosi się na odsetki pięcioletnich przeżyć i – jak było tu mówione – jesteśmy tu na ostatnim miejscu w Europie. To są dane z lat dziewięćdziesiątych, czyli z okresu, kiedy nie było prowadzonych na większą skalę działań profilaktycznych. Efekty działań ujawniają się w epidemiologii zwykle po kilku latach, one wtedy będą widoczne i miejmy nadzieję, że to, co obecnie jest robione, sprawi, że to pięcioletnie przeżycie znacznie się poprawi i śmiertelność z powodu tej choroby się obniży.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor Nowacki.
Bardzo proszę,

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

Nadal bolejemy nad tym, że jakość danych, które zbieramy w rejestrach, obojętnie, czy to na Śląsku, czy na Mazowszu, budzi wiele wątpliwości. Zaważyło na tym wiele elementów, między innymi strajk lekarzy sprzed lat, którzy odmawiali wypełniania obowiązkowego arkusika zgłoszenia zachorowania na nowotwór złośliwy, stąd bardzo trudno odpowiedzieć na pytanie pani senator.

Mogę powiedzieć, że przeważa statystyka, która mówi o kilku, góra, kilkudziesięciu procentach osób, u których rozpoznano nowotwór w fazie bardzo wczesnej. Ciągłe w warunkach Rzeczypospolitej przeważają przypadki zaawansowane. Można ocenić, że około połowa wszystkich rozpoznanych nowych przypadków w ciągu roku będzie przypadkami drogimi dla pana prezesa, drogimi dla każdego z nas, bo do pięćdziesięciu procent tych ludzi będzie wymagało leczenia uzupełniającego, czyli nie skończy się tylko i wyłącznie na chirurgii. Niektóre oceny mówią, że jest to 30–35%. Sądzę, że około 40% spośród wszystkich rozpoznanych przypadków pociągnie za sobą dalsze koszty na leczenie uzupełniające. Mało tego, przy części z nich będzie niepowodzenie leczenia rzędu 40% i znowu będą oni wymagali paliatywnej chemioterapii, która nikogo nie wyleczy, a która tylko może przedłużyć życie, poprawić jego komfort.

Panie Przewodniczący, jeśli wolno, jeszcze jedna informacja. W ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych – choć nie ma tu pana ministra, ukłon w stronę Ministerstwa Zdrowia – prowadzimy również programy, które są absolutnie aplikacyjne, mające na celu ustalenie rodzin z genetycznym ryzykiem zachorowania. I może powinniśmy tu z panami profesorami dodać, że poza osobami z przedziału wiekowego powyżej pięćdziesięciu lat, trafiają do tego programu podejrzani o zwiększone ryzyko zachorowania rodzinnego. Mało tego: oni mają priorytet zarówno w badaniach molekularnych, jeżeli są potrzebne, jak i całej diagnostyce. Dotyczy to zachorowań na raka jelita grubego, piersi i jajnika. Tak więc i o te grupy zadbaliśmy.

**Zastępca Dyrektora Centrum Onkologii
-Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Lech Wędrychowicz:**

Żeby się już nie tylko tak biczować, powiem, co stwierdziliśmy analizując wyniki na Śląsku od 1980 r. I przed odzyskaniem niepodległości, to znaczy przed 1989 r. one były straszne – 12% tylko ludzi było wyleczonych. Teraz jednak zbliżamy się do 40%, tak więc poprawia się ta wyleczalność. Przy prowadzeniu programu kolonoskopii ona jednak powinna się poprawiać coraz bardziej. Mówię tylko o Śląsku i te dane mam pewne.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, dziękuję bardzo.

Już chyba nie ma zgłoszeń.

Chcę bardzo państwu podziękować. Senacka Komisja Zdrowia czuje się bardzo związana z Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych i bardzo się cieszymy, że akurat dzisiaj mieliśmy okazję zapoznać się z państwa dorobkiem. Wydaje się, że akurat na tym polu mamy i możliwości, i kwalifikacje, i wiedzę, by poprawić wyniki diagnostyczne i lecznicze.

Zamykam ten punkt obrad.

Bardzo dziękuję państwu za uczestnictwo w posiedzeniu. Dziękuję także panom prezesom.

Teraz będzie króciutka przerwa techniczna, a potem ostatni punkt: sprawy bieżące.

Dziękuję bardzo.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wznawiam obrady.

Szanowni Państwo, sprawy bieżące.

Proszę, pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Koledzy! Panie i Panowie Senatorowie!

Mam taką prośbę. Środowisko pielęgniarskie zwróciło się do mnie z wnioskiem, aby przyspieszyć termin obrad senackiej Komisji Zdrowia dotyczących kształcenia pielęgniarek. Nie upierałam się nad szybkim odbyciem tych obrad, bo uważałam, że może nie jest to tak palący temat, jednak jest tu trochę problemów. Po drugie, jest Światowy Dzień Pielęgniarki i Położnej.

(Głos z sali: Kiedy?)

W maju.

(Głos z sali: 12 maja.)

Właśnie. W związku z tym można byłoby połączyć przyjęcie większej liczby pielęgniarek, prezesów oddziałów nowych izb pielęgniarskich i jednocześnie poświęcić posiedzenie tematowi kształcenia pielęgniarek. Byłyby tu po prostu dwie sprawy w jednym: docenienie środowiska, a także omówienie tematu kształcenia pielęgniarek. I wtedy...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale kiedy? 8 maja?)

Kiedy jest najbliższe posiedzenie? 8 maja może być za wcześnie. To może być...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie, tylko 8 maja wchodzi w rachubę.)

(Senator Janina Fetlińska: Dobrze, będzie.)

Na ósmego nie mieliśmy jeszcze ustalonego tematu, prawda?

(Senator Stanisław Karczewski: Ma być kształcenie lekarzy, ale oczywiście...)
Posiedzenie 8 maja jeszcze nie było planowane.

Senator Janina Fetlińska:

Bardziej odpowiednią datą byłby 28 maja, czyli kolejne posiedzenie. Wtedy byśmy to dokładniej przygotowali, tak byłoby dla nas po prostu lepiej.

Senator Władysław Sidorowicz:

A co mamy zaplanowane na 28 maja?

(Senator Janina Fetlińska: 29 maja, przepraszam.)

(Głos z sali: Dwudziestego dziewiątego byłoby szkolenie lekarzy.)

Senator Stanisław Karczewski:

Kształcenie lekarzy. Ale oczywiście, jeśli pani senator chciałaby...

(Senator Janina Fetlińska: Bardzo proszę.)

...naciskana przez środowisko pielęgniarskie, to nie mamy nic przeciwko temu.

Senator Janina Fetlińska:

Bardzo dziękuję, Panie Wiceprzewodniczący.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Komisjo, chwileczkę, nie wymuszaj...)

To jest moja bardzo serdeczna prośba. Zrobilibyśmy w ten sposób przyjemność koleżankom.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zgodzilibyśmy się?

(Rozmowy na sali)

Dobrze, bardzo proszę.

Tak więc 29 maja zamiast przewidzianego kształcenia lekarzy robimy kształcenie pielęgniarek.

Senator Janina Fetlińska:

Kształcenie pielęgniarek, przed- i podyplomowe. Myślę, że można byłoby to...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A kto przygotowuje materiały?)

Materiały przygotowuje Ministerstwo Zdrowia.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Wystąpimy o to do ministerstwa.)

Podam tematy. Pierwszym byłoby kształcenie pielęgniarek w Polsce w świetle potrzeb zawodu i systemu ochrony zdrowia – myślę, że to przygotowałoby Ministerstwo Zdrowia. Natomiast byłoby dobrze znać stanowisko samorządu, więc problemy...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A to dyskusja, natomiast...)

Panie Przewodniczący, byłoby potrzebne krótkie wystąpienie. Myślę, że byłoby dla nich ważne, aby mogły przedstawić w sposób systemowy potrzeby kształcenia pielęgniarek

w świetle zadań samorządu, bo jednak one widzą to troszeczkę inaczej. Myślę, że o problemach kształcenia z punktu widzenia Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego mogłaby powiedzieć sekretarz tej rady, pani doktor Kózka. I to byłyby takie krótkie wystąpienia, żeby nikogo nie zanudzić, a jednocześnie dać pewien wkład merytoryczny.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To od razu niech będzie limit czasowy: góra dziesięć – piętnaście minut.

Senator Janina Fetlińska:

Dobrze, może być po dziesięć minut. To znaczy piętnaście minut ministerstwo i piętnaście minut samorząd. Chciałabym jeszcze zaproponować udział pielęgniarki, która pracuje w Norwegii i chciałaby w tych dziesięciu minutach przedstawić, jak funkcjonują tam polskie pielęgniarki, ze swoim wykształceniem, po prostu, jak wygląda ich działalność.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zakres czynności. Czyli kolejny temat: rola pielęgniarki w systemie norweskim, tak?

Senator Janina Felińska:

Tak. Rola pielęgniarki polskiej i jej praca. A potem dyskusja.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dobrze, jest na to zgoda.)

Zrobilibyśmy to, jeśli można, w tej dużej sali, nr 217.

(Głos z sali: Dzisiaj były takie zakłócenia, ta orkiestra...)

Właśnie. Chciałabym zaprosić przewodniczące okręgowych izb pielęgniarskich, których jest czterdzieści sześć i jeszcze inne osoby, dlatego musi to być duża sala.. Jeśli można prosić, byłoby miło, gdyby było jeszcze jakieś ciastko i herbata, co się rzadko zdarza...

(Głos z sali: Nie, to już by była konferencja. Na komisji nie da rady.)

Nie da rady. To może po obradach komisji?

(Głos z sali: Możemy zrobić to w formie seminaryjnej. Ostatnio widziałam pismo komisji rolnictwa w tej sprawie, w którym prosiła o drobny poczęstunek na posiedzenie takie seminaryjne.)

Właśnie, posiedzenie seminaryjne. Bardzo dziękuję panu przewodniczącemu i szanownym państwu senatorom. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Nawiązując do tych wyliczeń, które przedstawiali panowie profesorowie, muszę powiedzieć, że zawsze jest taka tendencja do przedstawiania kosztów w Stanach Zjednoczonych: kolonoskopia kosztuje tyle, wyleczenie kosztuje tyle. Więc ja chcę porównać...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Proponujesz, żeby raczej porównać tu Związek Radziecki, to znaczy federację Rosyjską...)

Nie. Miałem wczoraj spotkanie z okręgowym związkiem zawodowym lekarzy, którzy postulują o tak olbrzymie pieniądze, więc ja jestem też zwolennikiem tego, abyśmy jako senatorowie zarabiali tyle samo co senatorowie w Stanach Zjednoczonych.

(Brak nagrania)

Senator Józef Łyczak:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Oczywiście zacznę od tego, że Ciechocinek jest aktualny i tak, jak obiecałem, do końca tego posiedzenia plenarnego Senatu wszyscy państwo otrzymacie szczegółowy program naszego posiedzenia wyjazdowego. Może tylko wspomnę o jego głównych punktach.

Tak więc 16 maja byłby wyjazd spod Domu Poselskiego o 8.30 – mówimy o wyjeździe 16–17 maja i każdy będzie miał jego szczegółowy plan. Przyjazd do Ciechocinka będzie około godziny 12.00. Od 12.00 do 13.00 jest czas na zakwaterowanie, a potem jest obiad. Po obiedzie zwiedzamy – tak to nieładnie nazywamy: zwiedzaniem – Sanatorium Uzdrowskie „Pod Tężniami” i Sanatorium MSWiA. Następnie – jeszcze bym ustalił tu z panem przewodniczącym szczegóły – zrobilibyśmy spotkanie studyjne z władzami samorządowymi na temat, jak to panie ładnie napisały: „Problematyka leczenia uzdrowskiego. Miejsce leczenia uzdrowskiego w systemie ochrony zdrowia”. I to byłby pierwszy dzień.

Oczywiście w tym pierwszym dniu jeszcze chciałbym znaleźć dwie i pół godziny po to, żeby pokazać komisji Ciechocinek. Jechalibyśmy takim dyliżansem konnym, również „zahaczylibyśmy” o dworek prezydencki. Losy tego dworku się wahały, on przechodził z rąk do rąk, ale teraz znów wrócił jak gdyby pod opiekę prezydenta.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, zdecydowanie.

I kolejny dzień: 17 maja. Siedemnastego byśmy zwiedzili ten słynny Dom Zdrojowy w Ciechocinku i szpital uzdrowski dla dzieci. To by trwało gdzieś od 9.00 do 11.00, a potem, między 11.00 i 13.00 pojechalibyśmy do Aleksandra Kujawskiego, żeby odwiedzić ten szpital niepubliczny, o którym tyle razy mówiłem. Następnie powrót do Ciechocinka do sanatorium wojskowego, które zwiedzamy. Posiedzenie kończymy posiłkiem w tym sanatorium i podsumowujemy pobyt w Ciechocinku.

Wykorzystałem dzisiaj okazję i przeprowadziłem rozmowę z panem ministrem Pin-kasem, który oczywiście bardzo chętnie przyjął zaproszenie. Również przyjął je pan prezes Sośnierz. Jednak jak ci dyrektorzy będą rozmawiali, to każda rozmowa kończy się zazwyczaj wnioskami o pieniądze. Pan Sośnierz akurat ma problem, bo ma zjazd w Warszawie dyrektorów oddziałów, ale mówił, że 16 maja mu się uda przyjechać. To bardzo dobrze, bo akurat szesnastego mamy najwięcej czasu na dyskusję. Tak więc to tyle o Ciechocinku.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Mamy 8 maja posiedzenie komisji i co mamy w naszym merytorycznym programie? Ósmego może być ustawa, bo kończy się praca na temat lekarzy sądowych.

I teraz mam pytanie: skoro to może być w programie, to czy uzupełnimy to o jakiś punkt merytoryczny? Macie państwo jakąś potrzebę? Dobrze byłoby zrobić coś merytorycznego. Myślę, że trzeba zrobić konferencję o korupcji w służbie zdrowia w świetle tych zatrzymań, trzeba dać trochę odpór temu polowaniu z nagonką.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie zdążymy na 8 maja? To tylko byśmy zrobili korupcję? Dobrze, weźmy korupcję, jestem za.

(Senator Stanisław Karczewski: Byłoby niebezpiecznie to przyspieszyć, czyli temat, który jest na 29 maja, przesunąć na ósmego – my przesuniemy to na termin późniejszy. Myślę tu o kształceniu...)

...lekarzy.

Słuchaj, „przegraliśmy” lekarzy – cóż zrobić? Razem z kształceniem pielęgniarek nie damy rady, już trudno.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Damy radę?

Chętnie podyskutuję na temat korupcji w służbie zdrowia. Czy jest zgoda na to, żeby korupcja 8 maja była tematem zasadniczym komisji?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Słuchajcie, to duża sala, zobaczycie, co się będzie działo.

(Głos z sali: Dzisiaj nie mogliśmy, bo orkiestry były ważniejsze.)

Posłuchajcie, 8 maja może być bomba – trąba.

Kto jest za, żeby 8 maja omawiać korupcję? Wszyscy.

Tematem kolejnego posiedzenia będzie korupcja w służbie zdrowia.

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 19)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851