



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(151)**

13. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 4 marca 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Dylematy związane z realizacją Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 07)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram seminaryjne posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia z udziałem zaproszonych głównych specjalistów w zakresie zwalczania chorób nowotworowych. Bardzo dziękuję wszystkim przybyłym za przyjęcie zaproszenia. Może się wytłumaczyć z czego wynikało to spotkanie seminaryjne.

Dzisiaj mieliśmy o godzinie 13.00 posiedzenie Komisji Zdrowia, na którym rozpatrywaliśmy nowelizację ustawy o zwalczaniu chorób nowotworowych. Nowela polegała na uelastycznieniu zasad wydawania pieniędzy na profilaktykę, likwidując obligo w zakresie kwot preliminowanych w corocznym budżecie. W miejsce 20 i 35% pojawił się zapis: nie mniej niż 10%. Po dyskusji komisja poparła projekt zmiany ustawy. Jednak w spotkaniach ze specjalistami w zakresie zwalczania chorób nowotworowych pojawiły się troszeczkę dalej idące wątpliwości co do całej konstrukcji programu. Powiedziałbym tak, że w opinii kilku poważnych ośrodków akademickich ustawa w obecnym kształcie jest pisana pod istniejące szesnaście ośrodków referencyjnych, co nie bardzo odpowiada epidemiologii, w której rośnie liczba nowotworów, a przyjęty model organizacyjny nie daje gwarancji realizacji celów, jakie zostały postawione w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych. Nie jestem specjalistą w tej branży, wydawało mi się jednak, że pożyteczne jest stworzenie państwu płaszczyzny do dyskusji, w której też chcielibyśmy aktywnie uczestniczyć.

W proponowanym porządku dzisiejszego posiedzenia mamy następujące wystąpienia: pana ministra Andrzeja Włodarczyka, który jest przewodniczącym Rady do spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych, pana profesora Marka Nowackiego, człowieka ogromnie zasłużonego dla onkologii polskiej, pana profesora Cezarego Szczylika z Kliniki Onkologii WAM oraz dyskusję.

Czy są uwagi do takiego porządku seminarium? Nie ma uwag. Wobec tego uważam, że porządek posiedzenia został przyjęty.

Prosiłbym bardzo, żeby wystąpienia otwierające dyskusję trwały, jeśli to jest możliwe, nie dłużej niż dziesięć minut. Chodziłoby o to, żeby stworzyć trochę większe pole do dyskusji. Jeśli jednak zaproszeni państwo prelegenci uznają, że trzeba mówić dłużej, to myślę, że nie będziemy protestować.

W pierwszej kolejności więc proszę o zabranie głosu pana ministra Włodarczyka.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Chciałbym w kilku słowach przedstawić Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, który jest realizowany od 2006 r. na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”.

Główne cele Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych to, po pierwsze, zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory, osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia, stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych i, wreszcie, utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach naszego państwa.

Zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca o ustanowieniu tego programu podejmuje się w jego ramach działania dotyczące w szczególności rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia. Aczkolwiek zapisy tej ustawy mówiące o przekazywaniu odsetka z akcyzy papierosowej pozostały tylko na papierze i minister zdrowia do dzisiaj nie otrzymał z tego tytułu ani złotówki. Następne działania dotyczą wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego, zwiększenia dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenia procedur zapewnienia jakości, diagnostyki i terapii nowotworów, uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów, rozwoju i upowszechnienia nauczania onkologii w kształceniach zarówno przed-, jak podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych, wreszcie poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów, tak zwanego stagingu, oraz upowszechniania wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

Zgodnie z przepisami tej ustawy podstawowym trybem wyboru realizatorów jest konkurs ofert przeprowadzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest jednocześnie programem polityki zdrowotnej, ponieważ w tym przypadku w 2006 r. miały zastosowanie również przepisy zarządzenia ministra zdrowia z 2003 r. w sprawie zasad prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych, a w 2007 r. przepisy zarządzenia ministra zdrowia ze stycznia 2007 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych.

W ramach narodowego programu realizowano dwadzieścia zadań w 2006 r. i dwadzieścia jeden w 2007 r. Wszyscy realizatorzy byli wybrani w drodze postępowania konkursowego, w większości na lata 2006–2007, ale w niektórych przypadkach również jeszcze na 2008 r. Na realizację programu w pierwszym roku zawarto trzysta siedemnaście umów, w drugim – trzysta pięćdziesiąt trzy umowy.

W 2006 r. przeznaczono na ten cel środki finansowe w wysokości 250 milionów 4 tysięcy 700 zł. Tak wyglądał plan po zmianach. Środki finansowe w wysokości 4 tysięcy 720 zł zostały przeznaczone na zapłatę zobowiązań powstałych wobec realizatorów z roku poprzedniego. Z ogólnej kwoty 250 milionów zł zaplanowanych na realizację zadań tegoż programu do 31 grudnia 2006 r. wydatkowano środki finansowe

w wysokości 218 milionów 747 tysięcy 501 zł 32 gr. Środki, których nie wykorzystano, to te pieniądze, o których mówiłem, Panie Przewodniczący, przeznaczone na programy profilaktyki nowotworowej. Pozostała kwota została ujęta w wykazie środków niewygasających z upływem roku budżetowego 2006 i termin ich wykorzystania został określony na 30 czerwca następnego roku.

Na realizację programu w 2006 r. wraz ze środkami niewygasającymi, o których już mówiłem, wydankowano 240 milionów 84 tysięcy i prawie 500 zł, w tym 49 miliony zł to środki bieżące i 190 milionów 780 tysięcy zł to środki majątkowe. Poziom wykorzystania środków finansowych w 2006 r. wyniósł 96,03%.

W 2007 r. na realizację tego programu przeznaczono kwoty w wysokości 271 milionów 900 tysięcy zł, w tym 216 milionów 900 tysięcy zł na środki majątkowe i 55 milionów zł to środki bieżące. Do końca 2007 r. wydankowano kwotę w wysokości ponad 254 milionów 264 tysięcy zł. Kwotę w wysokości 16 milionów 104 tysięcy 14 zł ujęto w wykazie środków niewygasających z upływem roku budżetowego 2007. Tak więc uwzględniając środki niewygasające poziom wykorzystania środków finansowych w 2007 r. wynosił 99,4%.

Zgodnie z art. 7 ust. 3, o którym mówiłem w czasie posiedzenia Komisji Zdrowia Wysokiej Izby, o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” planowane nakłady na realizację działań profilaktycznych musiały stanowić przez pierwsze dwa lata 20% ogólnej wartości środków przeznaczonych na program. W konsekwencji takiego zapisu na ten cel przeznaczono w 2006 r. 50 milionów zł, a w 2007 r. 54 miliony 380 tysięcy zł. Były to środki z budżetu ministra zdrowia, nie licząc środków, które przeznaczył na realizację programów profilaktycznych w dziedzinie onkologii Narodowy Fundusz Zdrowia.

Realizowane w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych zadania można było przyporządkować do pięciu grup. Pierwsza grupa to były programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów; druga to programy inwestycyjne; trzecia to programy edukacyjne; czwarta – programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów, piąta to pozostałe programy, między innymi monitoring jakości leczenia oraz programy edukacyjne... Przepraszam, pozostałe programy, na przykład system zbierania i rejestrowania danych o nowotworach itp.

Zgodnie z uchwałą Rady Ministrów z 4 kwietnia 2006 r. oraz uchwałami o kierunkach realizacji zadań tego programu na lata 2007–2008 w jego ramach były realizowane następujące zadania: prewencja pierwotna nowotworów, populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, program opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, w tym dwa moduły – moduł pierwszy to było wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika, a moduł drugi to wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy.

Kolejnym zadaniem było utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej poprzez doposażenie i modernizację zakładów radioterapii. Kolejne zadanie to budowa sieci ośrodków PET, czyli pozytonowej emisyjnej tomografii, następnie program

szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne, szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym, modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych, poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca, doposażenie i modernizacja kliniki oddziałów torakochirurgii – i tu głęboki ukłon w kierunku pana profesora Orłowskiego – wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci, ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości, modyfikacja i wdrażanie ujednoliconego programu diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego u dzieci, wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci, wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce nieziarniczych chłoniaków złośliwych, również u dzieci.

Kolejnymi programami były: program doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych w Polsce z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z European Leukemia Net, program wykrywania i rozpoznawania chłoniaków złośliwych, zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów, program rozwoju opieki paliatywnej w onkologii i wreszcie poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach.

W latach...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jak rozumiem, to jest ten materiał, który dostaliśmy na posiedzenie komisji.)

Tak. Właśnie, ponieważ wiem, że państwo to otrzymali...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

...a pan przewodniczący prosił, żeby przestrzegać limit czasowy, pozwolę sobie może tylko powiedzieć, że od roku bieżącego wprowadzone zostanie do realizacji jeszcze jedno nowe zadanie pod nazwą: wdrożenie programu monitorowania odległych skutków leczenia i jakości życia dzieci po zakończonym leczeniu z powodu nowotworów. Poza tym w ramach realizacji zadania pod nazwą: zakup aparatury diagnostycznej do wczesnego wykrywania nowotworów, przewiduje się to, o czym mówił pan profesor Marek Nowacki – zakup cytomammbusów w celu poprawienia dostępności do badań profilaktycznych raka gruczołu piersiowego u kobiet.

Jeśli będą jakieś pytania czy niejasności związane z tym materiałem, to służę wyjaśnieniami. Dziękuję. Myślę, że zmieściłem się w dziesięciu minutach.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor Nowacki.

Bardzo proszę.

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

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Myślę, że będę wyrazicielem opinii całego środowiska onkologów. Nikt w tym środowisku nie jest przeciwny budowaniu jakiegokolwiek sieci, jakbyśmy ją nie nazy-

wali. Chciałbym wyrazić głębokie oburzenie, ale bardzo głębokie oburzenie, i swoje zbulwersowanie. Osobiście czuję się dotknięty treścią pisma wystosowanego przez pana profesora Jędrzejczaka na prośbę pana rektora Pączka. Pozwolę sobie zacytować to wystąpienie. Dostałem je z Ministerstwa Zdrowia i myślę, że komisja też je ma.

(*Głos z sali:* Nie mamy.)

To może przytoczę ważniejsze fragmenty, które w moim przekonaniu powinny być wyjaśnione natychmiast. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, w kwestiach już merytorycznych, dotyczących radioterapii, prosiłbym o wypowiedź pana profesora Maciejewskiego, autorytetu międzynarodowego zasiadającego w gremiach, które decydują o przyszłości radioterapii nie tylko w Europie, ale również i w Stanach Zjednoczonych.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Ja tylko, jeśli można, Panie Profesorze, bo wymieniałem pana profesora Orłowskiego, chcę powiedzieć, że moim zdaniem pan profesor Maciejewski jest ojcem wielkiego sukcesu w Polsce, jakim jest rozwój radioterapii i doposażenie właśnie tych ośrodków w sprzęt. Chcę przypomnieć, że dzięki temu dzisiaj oczekiwanie na leczenie w zakresie onkologicznym uległo niesamowitemu skróceniu i właściwie jest porównywalne albo nawet lepsze niż w wielu krajach Unii Europejskiej, gdzie na to leczenie oczekuje się znacznie dłużej. Tak więc, Panie Profesorze, dziękuję.

(*Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie Marek Nowacki:* Dziękuję. Czy mogę?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Oczywiście, Panie Profesorze. Chcę tylko powiedzieć, że komisja nie zna pisma, o którym pan mówi, wobec tego bardzo prosimy o zaprezentowanie jego tez.

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

Może ograniczę się do tego w czym czuję się kompetentny i przytoczę tylko dwa akapity. One bowiem wymagają naprawdę głębokich przemyśleń. Cytuję dosłownie z tekstu, który mam przed sobą. Mowa jest o projekcie: radioterapia w Polsce. Wreszcie projekt zakłada dalsze wzmacnianie błędnej struktury organizacyjnej polskiej onkologii, która opiera się na tworzeniu swoistych leprozoriów – Panie Przewodniczący – onkologicznych zamiast integrować onkologię z pozostałymi działami medycyny, w których pierwotnie identyfikowani są leczeni chorzy na nowotwory. Pozostawię to bez komentarza. Kilka osób na tej sali pracuje więc w leprozoriach i proszę sobie to interpretować jak państwo chcecie. Ja to odbieram jako ton obraźliwy, niesprzyjający jakiegokolwiek konstruktywnej dyskusji.

I jeszcze jedna sprawa. Proszę wybaczyć mój emocjonalny stosunek do tego tekstu. Zacytuję jeszcze bardziej chyba bulwersujące zdanie. Zamiast więc kontynuować rozwój onkologii przez tworzenie ośrodków onkologicznych wewnątrz wielospecjalistycznych szpitali uniwersyteckich, jak to ma miejsce w większości krajów świata

– co jest nieprawdą, to jest brak kompetencji piszącego – kontynuowany jest rozwój przyjętego z byłego ZSRR modelu tworzenia oddzielnych szpitali onkologicznych.

Jest to totalna bzdura. Ośmielałam się państwu zwrócić uwagę, że pierwszy szpital onkologiczny był jednym z nielicznych w Europie. Powstał jako dar narodu z inicjatywy Marii Skłodowskiej-Curie. To dlatego jest ona patronką instytutu, który w tym roku obchodził siedemdziesięciopięciolecie istnienia. Uważam, że jest to całkowicie błędne, całkowicie niekompetentne mniemanie. Panu przewodniczącemu zostawię dwa ważne dokumenty. Jeden pochodzi ze Stanów Zjednoczonych, a drugi z organizacji europejskich instytutów. Cały postęp, i to są również najświeższe dane, dokonuje się właśnie niezależnie od medycyny akademickiej, która ma swoje prawa, ma swoje obowiązki i też trzeba je uszanować...

Musimy jednak patrzeć na liczby, musimy patrzeć na dostępne środki. Tak więc raz jeszcze powtarzam. Poza osobistą oceną tego tekstu, który tak jak powiedziałem, jest bulwersujący, chcę zwrócić uwagę na realia. Musimy się obracać w warunkach realiów. Żeby nie tracić czasu, ja przekażę to pismo panu przewodniczącemu. Jeśli można prosić, jest jeszcze jedno zdanie...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, bardzo proszę...)

To jest też bulwersujące i myślę, że minister zdrowia może tu zająć stanowisko...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zwracam jeszcze uwagę na zarzut, jaki tu pada, że rada – mowa o radzie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych – ma jedynie znaczenie dekoracyjne, dostaje do akceptacji projekty z wcześniej przydzielonymi funduszami, a rzeczywistego rozdziału środków dokonuje się w węższym gronie w trybie pozaustawowym. Jest na sali obecny senator, który uczestniczył w niejednym posiedzeniu w poprzedniej kadencji. Dziękuję. Jeżeli mogę prosić pana profesora Maciejewskiego o merytoryczne uwagi do tego listu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jedną sekundkę.

Bardzo proszę, pan senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Prosiłbym, Panie Przewodniczący, żebyśmy dostali ksero tego dokumentu. Po wiem tylko jedno. Tutaj się obraża też pamięć profesora Koszarowskiego. Tak mi się wydaje. On przecież jest niepodważalnym autorytetem. I też jestem zbulwersowany tym, że nie ma miejsca dla ośrodków onkologicznych w Polsce. Tak by się wydawało. No, dla mnie to jest dziwna rzecz. Tak że bardzo bym prosił o kserokopię pisma, do brze, Panie Przewodniczący? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, za chwileczkę zostanie powielony ten tekst, którego nie znamy jeszcze w całym brzmieniu. Jednak myślę, że posiedzenie seminaryjne powinno stworzyć nam dobrą okazję do wymiany poglądów wśród osób, które są zaangażowane przecież w łączącą nas wszystkich sprawę stawienia jednak czoła pewnej epidemii,

która ma odzwierciedlenie w zwiększającej się liczbie chorych na nowotwory i w ciągle jeszcze pewnym dystansie jaki nas dzieli we wskaźnikach wyleczalności. Mamy też wyjątkowo dobre narzędzie, jakim jest narodowy program. Można powiedzieć, jeśli chodzi o politykę zdrowotną, jest on bezprecedensowy w historii medycyny. Jeśli nawet padły tutaj tak mocne sformułowania, to, jak mówię, nie one uruchamiały potrzebę namysłu. Jeśli robią to osoby zaangażowane w jakiś sposób w leczenie, to dobrze by było mieć wszystkich po jednej stronie. Prosiłbym jednak bardzo, aby ta płaszczyzna była płaszczyzną dobrego dialogu i dobrego spotkania, gdzie strony zakładają w pełni uzasadnione kierowanie się racją stanu, jaką jest jak najskuteczniejsza realizacja ustaw. To przecież ma służyć najwyższemu dobru, któremu służymy – zdrowiu. Tak że, Panie Profesorze, rozumiejąc oburzenie, bardzo bym prosił może jednak o...

Wracamy zatem do dyskusji. Jak rozumiem, głos teraz zabierze pan profesor Maciejewski.

Bardzo proszę.

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

Panie Przewodniczący! Szanowni Panowie Senatorowie! Zaproszeni Goście!

Chcę przedstawić kilka merytorycznych faktów i argumentów, nie tylko jako profesor radioterapii onkologicznej, ale jako jedyny z Europy środkowej i wschodniej przedstawiciel w dwunastoosobowym boardzie radioonkologii przy Unii Europejskiej i jeden z ekspertów Międzynarodowej Agencji Atomowej. Nie mówię tego, żeby się chwalić, tylko mówię o tym, że informacje, które mam zamiar przekazać, są informacjami wiarygodnymi.

Otóż wracając do tej tak zwanej informacji, że przejęliśmy strukturę ze Związku Radzieckiego... Nie, my przejęliśmy strukturę francuską. Mało tego, Francja w okresie wojennym delegowała jednego z najbardziej znanych radioterapeutów – Gilberta Fletchera, który powielił system francuski również w Stanach Zjednoczonych. Największe ośrodki typu *comprehensive cancer center* powstały w Stanach Zjednoczonych właśnie według koncepcji francuskiej. Dzisiaj mówi się nam, Polakom za granicą, że to, iż przejęliśmy system francuski – tworzenie sieci instytutów onkologii – jest jednym z największych dobrodziejstw. Jako Polska wpisujemy się w poczet Organizacji Europejskich Instytutów Onkologicznych. Pięć ośrodków w Polsce przyjęto do tej organizacji: Gdańsk, Bydgoszcz, Łódź, Poznań, Kraków, Warszawa – Gliwice. To nie jest dowód uznania czy koleżeństwa pomiędzy ludźmi, ale dowód uznania tego, co te ośrodki sobą reprezentują.

Jedyną rzecz, którą przejęliśmy ze Związku Radzieckiego, to był pięciogodzinny czas pracy w promieniach, co w tamtym okresie było argumentowane tym, że skoro nie możemy diagnostom więcej zapłacić, a oni i tak jak kelnerzy sobie dorobią, to skróćmy im czas pracy do pięciu godzin. I to się jak czkawka w tej chwili odbija, ponieważ mamy w pełni ochronną i osłonową aparaturę w radioterapii i brachyterapii, również w radiologii i nie ma absolutnie żadnych przeszkód, aby ten czas pracy wydłużyć.

Zachodzi oczywiście pytanie: dlaczego? Ano dlatego, że w Polsce dzięki ogromnemu wysiłkowi wykształciliśmy jak na razie trzystu sześćdziesięciu pięciu specjalistów z zakresu radioterapii onkologicznej. Brakuje nam dodatkowo 80% stanu

obecnego po to, żeby obsadzić istniejące ośrodki radioterapii, a jest ich dwadzieścia pięć. Brakuje nam 80% specjalistów z zakresu fizyki medycznej, brakuje nam ponad 100% specjalistów z zakresu technik radioterapii po to, żeby obsadzić tylko te ośrodki, które istnieją.

Wreszcie, jeżeli zaczniemy mówić o programie, który powstał wskutek jednej z najbardziej chyba wspaniałych decyzji w kraju w 1995 r., w którym była kompletna mizeria, jeżeli chodzi o aparaturę techniczną... To były stare aparaty ortowoltowe, zużyte bomby kobaltowe lub chimery produkcji polsko-francuskiej w zakresie przyspieszaczy liniowych, gdzie było jedno oko na Maroko, a drugie na Kaukaz. Ministerstwo podjęło wtedy wysiłek implementowania aparatury, ale jednocześnie, co jest bardzo istotne, obciążyło inicjatywą samorządy terytorialne, jeżeli chodzi o infrastrukturę. I, o dziwo, samorządy podjęły wysiłek. Zaczęły budować bunkry, zaczęły unowocześniać zakłady. To, co w tej chwili widzimy w polskich zakładach radioterapii, to jest to naprawdę bardzo wysoki europejski standard w porównaniu do tego, co było dziesięć lat temu. Niemniej jednak ciągle jeszcze istnieje około 45% deficyt aparatury w ośrodkach już istniejących. On głównie dotyczy nie tyle przyspieszaczy liniowych...

Chciałbym tu wyjaśnić pewne nieporozumienie. Bardzo często w różnych publikacjach, jak również w środkach masowego przekazu posługujemy się wskaźnikiem: na ile ludności jeden przyspieszacz. To jest nieporozumienie. W radioterapii po to, żeby chory mógł być właściwie leczony, wymagana jest linia terapeutyczna według rekomendacji europejskiej – to jest system zarządzania radioterapią – co najmniej jeden symulator na trzy przyspieszacze, co najmniej trzy stacje planowania trójwymiarowego na jeden przyspieszacz, trzy stacje wizualizacji na jeden przyspieszacz, tomograf komputerowy *on line*, czyli jest przekaz cyfrowy, a nie dyskietkowy, dotyczący również rezonansu magnetycznego, jeden aparat do brachyterapii albo o średniej albo wysokiej mocy dawki, aparat do znieczulenia, aparat radiologiczny z ramieniem C do weryfikacji zdjęć. To jest minimum wyposażenia jednego ośrodka i to się zamyka kwotą w przeliczeniu na polskie pieniądze nie mniej niż 30 milionów zł. Drugie 30 milionów zł trzeba zainwestować w infrastrukturę, czyli w bunkry i zaplecze. Czyli zwykły standardowy, nie użyję słowa: ordynarny, ale podstawowy zakład radioterapii to jest wsad minimum 60 milionów zł. Pytanie: dla kogo?

W tej chwili istniejące ośrodki radioterapii nie mogą pracować przy tak zwanych pełnych mocach przerobowych, a więc na przykład na trzy zmiany, żeby w pełni wykorzystać aparaturę, ze względu na to, że jest niedostatek pracowników. Co więcej, według przeprowadzonej w środowisku radioterapeutów ankiety 20% specjalistów deklaruje wyjazd za granicę. Musimy tych ludzi zachęcić, żeby zostali w kraju. Co więcej, Ministerstwo Zdrowia od lat realizuje i kontynuuje politykę finansowania procedur wysokospecjalistycznych z zakresu radioterapii. To jest radioterapia konformalna, stereotaktyczna, z modulacją intensywności dawki.

Zapytacie państwo, czy to jest w zasadzie opłacalna inwestycja. Odpowiadam państwu wynikami leczenia. Przeprowadzona ankietyzacja w ośrodkach krajowych wskazuje, że sprzed okresu tych metod udawało nam się w zakresie zaawansowanych miejscowo nowotworów głowy i szyi, raków głowy i szyi, wyleczyć średnio trzydziestu na stu chorych, teraz – już pięćdziesięciu pięciu. Trwale wyleczyć. Nie zaleczyć, ale wyleczyć. W zakresie radioterapii stereotaktycznej w zaawansowanych czy w miejscowo zaawansowanych nowotworach mózgu efekt tej inwestycji przekłada się na to,

że ponad 50% chorych po zabiegach operacyjnych guzów mózgu samodzielnie przychodzi do radioterapii. Nie są przywożeni sparaliżowani, z utraconą mową, z brakiem wzroku, ale w pełnym komforcie cech życiowych. To są rzeczy, które się przekładają na konkretne efekty leczenia.

Jeżeli mamy mówić o perspektywie, to trzy czy cztery lata temu przedstawiliśmy jako Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej perspektywiczny rozwój ośrodków radioterapii w Polsce. Z pełną odpowiedzialnością stwierdzę, że obecnych dwadzieścia pięć ośrodków radioterapii w pełni zabezpiecza wszystkie potrzeby krajowe. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę strukturę epidemiologiczną, to po doposażeniu tych ośrodków do wymaganego minimum, czyli tych 45%, których brakuje na najbliższe trzy cztery lata, przy wykształceniu kadry, istotne byłoby rozważenie – może z wyprzedzeniem – koncepcji tworzenia prostych ośrodków satelitarnych.

Powiem, że województwem, które wymaga takich ośrodków jest na przykład województwo mazowieckie. To są proste małe zakłady radioterapii w bliskim sąsiedztwie regionalnego centrum lub instytutu onkologii, w którym prowadzone jest pełne i drogie planowanie leczenia. Plan leczenia jest przesyłany do ośrodka, który realizuje samą terapię. W związku z tym koszt funkcjonowania takiego ośrodka spada o ponad 60%, a jest on w pełni zdolny do standardowego leczenia, a co ważniejsze do leczenia, paliacji przede wszystkim chorych, dla których poruszanie się i dojazd do centrum onkologii czy do ośrodka wojewódzkiego jest utrudniony. Chodzi o to, żeby spełnić warunki europejskie, że chory, który będzie wymagał prostego kilkudniowego leczenia paliatywnego, będzie miał dojazd nie dalej niż 20-30 km. Takie ośrodki radioterapii są z pewnością w przyszłości potrzebne. W moim przekonaniu nastąpi to nie wcześniej aż nie wykształcimy kadry i nie obłożymy w pełni tych ośrodków, które istnieją. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za to wystąpienie.

Poproszę teraz o zabranie głosu pana profesora Szczylika.

Kierownik Kliniki Onkologii

Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej

w Wojskowym Instytucie Medycznym

Cezary Szczylik:

Przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie. Uznaję za zaszczyt spotkania się w gronie ludzi, z którymi spotykamy się już od wielu lat. Myślę, że mimo tego, iż zaproponowane są osobne wystąpienia – moje czy pana profesora Nowackiego, czy też występuje pan profesor Maciejewski, to naszym wspólnym źródłem jest troska o to, co się dzieje w onkologii w Polsce. Nawet jeżeli będziemy mówili o tym, jaki jest wpływ Związku Radzieckiego na to, co się u nas wydarzyło. Nie można tego wykluczyć, tak jak nie ma możliwości zaprzeczenia, że był komunizm, że były podręczniki, które negowały istnienie genetyki i że przez wiele lat tego typu sposób rozumowania był obowiązujący. Nie można też zaprzeczyć, że tamten czas nie miał wpływu na kształt onkologii, nie wspominając o tym, że tego systemu nie było. Ale to jest zadanie dla historyków.

A jakie są fakty? Polska jest w Europie krajem średniej wielkości o populacji blisko czterdziestu milionów mieszkańców, stu czterdziestu tysięcy nowych przypadków choroby nowotworowej rocznie oraz dziewięćdziesięciu tysięcy zgonów z tego powodu. Nowotwory są drugą przyczyną wśród zgonów mężczyzn, pierwszą wśród kobiet. Częstość występowania jest jeszcze poniżej częstości występowania choroby nowotworowej w wysoko rozwiniętych krajach europejskich, ale obserwujemy stałą tendencję wzrostową i należy oczekiwać, iż w ciągu najbliższych lat różnice te wyrównają się.

Problemy. Po pierwsze, mimo że jak państwo słyszycie istnieją pieniądze w Narodowym Funduszu Zdrowia na profilaktykę, wczesne wykrywanie – od pięćdziesięciu lat przeznaczano na profilaktykę ogromne środki, którymi dysponowały instytuty, funkcjonowały narodowe programy zdrowia – sytuacja wygląda tak, że większość chorych w Polsce nie ma dzisiaj szansy na wyleczenie z choroby nowotworowej. W Europie 70% wszystkich pierwotnych rozpoznań to pierwszy lub drugi stopień zaawansowania w skali czterostopniowej, co daje szansę na wyleczenie 50% chorych. W Polsce 70 do 80% chorych z pierwotnym rozpoznaniem to trzeci lub czwarty stopień zaawansowania i jedynie 20 do 30% z tych chorych ma szansę na trwałe wyleczenie. Plasuje to Polskę na ostatnim miejscu w Europie. Tak naprawdę odnośnikiem merytorycznym do oceny efektywności leczenia są dwa raporty Karolinska Institute z roku 2000 i 2004. Oznacza to, że brak możliwości wczesnego wykrywania nowotworów uniemożliwia uratowanie około trzydziestu pięciu tysięcy istnień ludzkich rocznie. Warto wspomnieć, że najpopularniejszy temat medialny, jakim są wypadki drogowe, powoduje śmierć sześciu tysięcy ludzi rocznie.

Dostępność opieki specjalistycznej jest niska i jest jedną z najniższych w Europie. Liczba specjalistów w zakresie onkologii klinicznej w Europie, nazywanej *medical oncology*, wygląda następująco. Na Węgrzech na dziesięć milionów mieszkańców jest trzystu dwudziestu specjalistów, w Czechach na osiem milionów – trzystu czterdziestu, w Słowenii – na dwa miliony czterdziestu, w Turcji na siedemdziesiąt jeden milionów – tysiąc trzystu sześćdziesięciu sześciu. Na czterdzieści milionów mieszkańców w Polsce przypada około trzystu dziewięćdziesięciu specjalistów w obszarze tej dyscypliny.

W większości ośrodków czas oczekiwania na zabieg lub konsultację przekracza czas podwojenia masy guza, sięgając w niektórych regionach trzystu jedenastu dni. W oczywisty sposób wpływa to na losy chorych. Nie tylko na jakość ich życia, na strach oczekiwania na diagnozę, na strach oczekiwania na to, co się stanie w trakcie zabiegu operacyjnego, ale przede wszystkim w dramatyczny sposób zmniejsza ich szansę na wyleczenie.

Podane liczby wskazują, że nie porównując się z najlepiej rozwiniętymi krajami europejskimi, liczba specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej w Polsce jest czter-, pięciokrotnie za niska. Jeszcze bardziej wymowna może być liczba profesorów z tą specjalizacją. Formalnie mamy ich około dwunastu, jednak jedynie czterech z nich zajmuje się szeroko pojętą działalnością onkologiczną. Pozostali to są specjaliści w wąskich innych dyscyplinach, na przykład są to immunolodzy, hematolodzy lub też część z nich przeszła na emeryturę. Jest to sytuacja nieporównywalna z innymi dyscyplinami medycznymi w Polsce.

Przepraszam bardzo, Panie Profesorze, cieszę się, że pana te cyfry cieszą, ale kardiologia, której zgony są pierwszą przyczyną umieralności w Polsce dysponuje dwoma tysiącami specjalistów i ponad dwustu profesorami.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale, jeśli można, chciałem odniesienie do wypowiedzi, Panie Profesorze...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam bardzo. Mam propozycję. Spróbujmy wysłuchać się wzajemnie. Po to między innymi prosiłem o ograniczenie czasu wystąpień.

(Kierownik Kliniki Onkologii Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej w Wojskowym Instytucie Medycznym Cezary Szczylik: Dobrze, to ja się zmieszczę w dziesięciu minutach.)

Tak jest, zmieści się pan. Chodzi o to, żeby później spokojnie na ten temat porozmawiać.

**Kierownik Kliniki Onkologii
Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej
w Wojskowym Instytucie Medycznym
Cezary Szczylik:**

Niska liczba specjalistów, samodzielnych pracowników nauki skutkuje, o czym wspomniał pan profesor Maciejewski, tym, że nawet kupując sobie sprzęt nie mamy kim tego sprzętu obsadzić. Ale ja nie mówię o radioterapii, która jest w stosunkowo dobrej sytuacji. Niska liczba specjalistów, mało samodzielnych pracowników nauki skutkuje ograniczonymi możliwościami edukowania odpowiedniej do zapotrzebowania w kraju liczby specjalistów oraz znikomą możliwością wpływania na politykę zdrowotną w kraju. Skutkiem tego ostatniego jest między innymi zaniżona wartość złotych-kowa punktów kontraktowych z NFZ, a tym samym niemożność finansowania prawidłowej, zgodnej ze standardami europejskimi opieki onkologicznej.

Dyktat cenowy Narodowego Funduszu Zdrowia przyjmowany z ogromnym trudem przez wielkie instytucje typu Centrum Onkologii, który na przykład może kupować duże ilości leków w przetargach... Chcę jednak państwu powiedzieć, że ceny kupionych przez instytut w wyniku przetargów leków są potem wykładnią do kontraktowania z mniejszymi podmiotami, z których żaden nie jest w stanie w ogóle takiej kwoty zapłacić. Instytut nie leczy też części powikłań, otrzymuje sprzęt z zakupów budżetowych, a tym samym nie ponosi kosztów ich amortyzacji. Ta cała sytuacja powoduje, że zagrożona jest zdolność finansowania mniejszych placówek onkologicznych. Taka jest po prostu prawda.

Dramatycznie zachwiane są proporcje między liczbą onkologów sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentami a kadrą naukową i dydaktyczną. Zdecydowana większość onkologów zaangażowana jest bezpośrednio do opieki nad chorymi, co spowodowane jest między innymi rażąco niską liczbą specjalistów w stosunku do liczby rozpoznanych przypadków. Przypomnę ponownie dwie liczby. Trzystu siedemdziesięciu onkologów – w świetle przepisów tylko oni mogą prowadzić proces leczenia chorób nowotworowych – i sto czterdzieści tysięcy nowych przypadków. Do tej liczby dodać należy około trzystu tysięcy chorych żyjących wymagających leczenia i nadzoru. Przytaczam tę liczbę tylko i wyłącznie dlatego, że nie dysponujemy dzisiaj rzeczywistą wiedzą, ilu żyje w Polsce chorych z chorobą nowotworową.

Struktura systemu onkologicznego jest z punktu widzenia zapotrzebowania anachroniczna. Z jednej strony oferuje znakomicie wyposażone placówki, fantastycznie funkcjonujące, które mają niezaprzeczalny ogromny wpływ na poziom leczenia w Polsce... Chcę też powiedzieć państwu, że konsultantem, który w 1952 r. pomagał polskiej grupie naukowców tworzyć system onkologiczny był profesor Rakow. To nie jest żart. Naprawdę tak było. W Rosji radzieckiej takie placówki stanowiły trzon nauki, a jednocześnie były ukierunkowane przede wszystkim na badania podstawowe. Podstawowa opieka onkologiczna prowadzona była wtedy i w ośrodkach akademickich, i w szpitalach regionalnych. W Polsce zarówno opiekę podstawową, jak i leczenie skoncentrowano w ośrodkach instytutowych. Oderwano je od aktywnego kształcenia akademickiego i zahamowano możliwość szerokiego kształcenia specjalistów, jak też prowadzenia aktywnego nauczania lekarzy wszystkich specjalności.

W tym miejscu krótki komentarz. Nie chcę bronić jakiegokolwiek systemu. Chcę zapytać, w jaki sposób doprowadzić do tego, żeby w naszym kraju istniała liczba specjalistów, która zabezpieczy codzienne potrzeby i która zlikwiduje kolejki w ośrodkach onkologicznych. W większości krajów rozwiniętych ośrodki typu *comprehensive cancer center* istnieją z reguły przy dużych uczelniach medycznych.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Profesorze, istnieją przy dużych ośrodkach.

Tak więc przy masowym napływie chorych do ośrodków instytutowych zmniejszono nie tylko dostęp do leczenia, lecz zahamowano praktycznie proces edukacji odpowiedniej liczby specjalistów. Dzisiaj proces kształcenia z ledwością zabezpiecza odtwarzanie liczby fachowców na obecnym poziomie.

Propozycje. Myślę, że trzeba zmienić niewiele. Zrobiono już bardzo dużo. Powstał Narodowy Program Walki z Chorobami Nowotworowymi. On powinien funkcjonować. Wydzielone środki w zasadzie powinny zabezpieczyć jego realizację. Gdyby zmienić niektóre tylko przepisy w ustawie, tak żeby połowa tego strumienia pieniędzy trafiła do ośrodków akademickich, pozwoliłoby to dobudować niejako drugą część liczby łóżek, zapewnić kształcenie na poziomie podstawowym i na poziomie ponadpodstawowym, to znaczy lekarzy w trakcie procesu dydaktycznego, który odbywa się w akademiach medycznych, w procesie kształcenia podyplomowego, jak również zapewnić pewną konkurencyjność, jeżeli chodzi o tworzenie kadry naukowej. Dzisiaj proces kształcenia jest niewystarczający.

Kolejną propozycją jest utworzenie narodowego ośrodka epidemiologii nowotworów, który byłby niezależną agendą rządową niefinansowaną z budżetu onkologii i niezależną od struktur onkologicznych. Jest też najwyższa pora, aby ten rejestr krajowy uszczelnić i udoskonalić. Ostatnio z przyczyny niskiego finansowania chorób nowotworowych – to jest zupełnie nowe zjawisko – ośrodki regionalne i małe szpitaliki nie wykazują choroby nowotworowej, bo się nie opłaca. Ponieważ system nie zapłaci tyle za leczenie nowotworu, rejestruje się inne choroby. Stąd niedoszacowanie liczby przypadków onkologicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia powinien również podejmować decyzje o finansowaniu swoich akcji profilaktycznych z ekspertami w tej dziedzinie zarówno z Polski, jak i krajów o dużym doświadczeniu w prowadzeniu badań profilaktycznych, na przykład Finlandii, która wydobyła się z ogromnego dołu, jeżeli chodzi o raka szyjki macicy i jest dzisiaj krajem wiodącym. Skandal z wysyłaniem listów jest kompromitacją

o zasięgu europejskim. Dotarcie do 10% respondentów nigdy nie gwarantuje temu krajowi poprawy sytuacji epidemiologicznej.

Działania, o których mówię, pozwolą zwiększyć liczbę specjalistów, śledzić uważnie dynamikę zachorowalności, właściwie prowadzić politykę zdrowotną oraz zwiększyć dostęp specjalistów i najnowszych form terapii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję panu profesorowi.

Bardzo proszę, pan profesor Steffen.

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

Chciałbym tylko ustosunkować się do niektórych wątków wypowiedzi pana profesora Szczylika. Otóż, Panie Profesorze, zwalczanie chorób nowotworowych w tym kraju było zawsze misją cywilizacyjną i chodziło o zupełnie inne wartości. Naprawdę proszę nie mieszać do tego polityki.

Jakie były czy jakie są przyczyny obecnego stanu rzeczy? Jedną z głównych przyczyn była decyzja w 1990 r., żeby przerwać realizację programu zwalczania chorób nowotworowych. W 1990 r. byliśmy na bardzo zbliżonym poziomie do poziomu europejskiego. Byliśmy proszeni do wszystkich gremiów Unii Europejskiej, żeby razem z nimi podejmować decyzje między innymi dla Unii. Ja osobiście byłem przewodniczącym rady programowej Europejskiej Organizacji Instytutów Onkologii, ponieważ uważano, że doświadczenia, które zebraliśmy i wyniki, które osiągnęliśmy, są takimi, które mogą być wzorcowymi dla Europy. W momencie, kiedy przerywaliśmy w 1990 r. realizację tego programu, podczas której liczba specjalistów z dziedziny onkologii powiększyła się trzykrotnie i tak samo powiększyła się liczba łóżek, Europa zachodnia rozpoczęła program „Europa przeciw rakowi”. I wtedy powstał ten ogromny rozróż, o którym mówimy. Takie są fakty.

Teraz jeszcze parę słów o ośrodkach onkologicznych. To nie my zbudowaliśmy ośrodki onkologiczne. Ośrodki onkologiczne zbudowały społeczności lokalne, które widziały głęboką potrzebę ich istnienia. Jest z nami pan senator Pawłowicz. Bydgoszcz to jest klasyczny przykład ośrodka, który powstał i który ma taką rangę, jaką dziś ma, dzięki pełnemu poparciu społeczności, która dobrze rozumie, jakie ma potrzeby. Tak samo było w Kielcach. Tak samo było w innych miejscach. Proszę więc nam nie opowiadać o wzorach sowieckich. To jest wielkie osiągnięcie tego kraju i to jest wielka mądrość społeczeństwa.

Sprawa następna – edukacja. Inicjatywa edukacji w dziedzinie onkologii powstała w Polsce. Jej autorką jest pani profesor Kołodziejska. Było to na zjeździe UICC w latach sześćdziesiątych i można o tym wyczytać w każdym międzynarodowym podręczniku, ponieważ jest akurat uznane jako polski wkład w tym zakresie. Przez wiele lat popieraliśmy sprawę dydaktyki onkologicznej w akademiach medycznych. Byliśmy sygnatariuszami... nie sygnatariuszami, ale nawet współtwórcami programu nauczania onkologii w Unii Europejskiej dziesięć lat przed tym nim weszliśmy do Unii. Przez lata popieraliśmy inicjatywę takich ludzi, jak na przykład profesor Woźniak, wieloletni

rektor Akademii Medycznej w Łodzi, żeby wreszcie wprowadzić proste zasady dydaktyki nauczania onkologii w szkołach medycznych. Zawsze jednak decydowały interesy partykularne i taki jest rezultat ponad trzydziestu lat wysiłków w tym zakresie, że w tej chwili dopiero robimy pierwsze znaczące kroki.

Wielokrotnie zapraszaliśmy społeczność akademicką do współpracy – od wielu, wielu lat, od bodajże 1976 r. – kiedy sprawy dotyczące skriningu, wczesnego wykrywania powierzyliśmy akademiom medycznym. Jaki jest tego rezultat? Akademie medyczne muszą same zrobić wysiłek, żeby się wreszcie włączyć do problematyki onkologicznej w takim zakresie, w jakim naprawdę mogłyby to zrobić. Ale niech rozpoczną szkolić swoich specjalistów. Niech nie wyciągają ręki po publiczne pieniądze, żeby budować bunkry, podczas gdy we wszystkich innych regionach jest to obowiązek samorządów. My nie mamy tyle pieniędzy, żeby budować jeszcze infrastrukturę.

Kilka słów, jeżeli chodzi o narodowy program. Przeglądałem ten program dokładnie. Ja mam bardzo wielu przyjaciół w uczelniach medycznych i też z nimi wielokrotnie rozmawiam i patrzę, jaki jest udział akademii medycznej w narodowym programie. On jest ogromny, bo staraliśmy się wszędzie tam, gdzie to było możliwe, wręcz namawiać ludzi do tego, żeby w tym programie uczestniczyli. Program profilaktyczny raka szyjki macicy koordynuje pan profesor Spaczyński i...

(*Głos z sali:* Ale, Panie Profesorze, po jakich to było bojach...)

No, a poprzednio była to też szczecińska Akademia Medyczna.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Szczecińska Akademia Medyczna.

(*Głos z sali:* Pan profesor skomentuje...)

W programie biorą udział Szczecin plus Poznań. W obu przypadkach szkoły medyczne.

W programie dotyczącym profilaktyki raka piersi osoby realizujące są wybierane na zasadzie konkursu. W programie dotyczącym wczesnego wykrywania raka jelita grubego uczestniczy wielka liczba jednostek w akademiach medycznych.

(*Głos z sali:* Ale wypadł szpital z Szaserów.)

Tak jest, wypadł szpital z Szaserów. Ale to już taki drobny komentarz. W programie opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania samą śmietankę, czyli badania molekularne, w 70–80% robią akademie medyczne. Całą ciężką robotę, czyli coroczną opiekę nad członkami rodzin ryzyka, prowadzą ośrodki onkologiczne. Ja nie mówię o całym bloku programów dotyczących pediatrii, onkologii dziecięcej, ponieważ to wszystko prowadzą akademie czy uniwersytety medyczne. Podobnie sprawy dotyczące białaczek, których leczenie jest finansowane absolutnie preferencyjnie, ponieważ tworzymy warunki do dojścia do najwyższego standardu europejskiego...

Krótko mówiąc, gdziekolwiek spojrzeć, wszędzie uczelnie medyczne mają swój maksymalny udział i to jest często udział, który jest preferowany.

Myślę, że o pewnych pryncypiach, to się już w ogóle nie dyskutuje. Odsyłamy pana profesora do międzynarodowych dokumentów, do rekomendacji amerykańskich, europejskich, jak ma wyglądać organizacja walki z rakiem w przyszłości i jak ona wygląda teraz. Tendencje europejskie są następujące. Tworzenie na przykład klinik, wybranych ośrodków, które mają akredytacje do leczenia poszczególnych nowotworów. Popatrzmy jak raka piersi leczy się w Centrum Onkologii czy w którymkolwiek z cen-

trów regionalnych, a jak leczy się go gdzie indziej. To leczenie jest dzisiaj obstarwione baterią badań molekularnych. To jest śledzenie na bieżąco tego, co się dzieje. Ja osobiście mam każdego dnia zestawienie nowych informacji o raku piersi. Jest ich średnio dwadzieścia. Taki jest kierunek.

(*Kierownik Kliniki Onkologii Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej w Wojskowym Instytucie Medycznym Cezary Szczylik: Panie Profesorze, ja szybko odpowiem, jeśli można...*)

Jeżeli jeszcze wolno kontynuować. Bardzo krótko już.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, bardzo proszę.

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

Dobrze znamy przykłady fińskie, bo z naszymi przyjaciółmi fińskimi przez wiele lat spotykaliśmy się dwa razy w roku. Do dziś dnia mamy od nich pełną informację. Chciałbym powiedzieć, że przykład fiński to jest przykład, gdzie jest silna centralna instytucja, w której jest Finnish Cancer Registry, a wyniki w leczeniu raka piersi są następujące. Lata 2004 i 2005 – 91% przeżyć pięcioletnich. To można uzyskać tylko w systemie, który jest dobrze zorganizowany, a nie w systemie wolontarystycznym, gdzie istnieją różne sprzeczności interesów i gdzie przez trzydzieści lat nie można wprowadzić jednej prostej rzeczy jak dobre nauczanie onkologii. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Ad vocem, tak? Bardzo proszę.

**Kierownik Kliniki Onkologii
Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej
w Wojskowym Instytucie Medycznym
Cezary Szczylik:**

Bardzo chętnie odpowiem, Panie Profesorze.

Bardzo zżęcznie przeniósł pan temat rozmowy na budowę bunkrów i na to, co może zrobić ośrodek akademicki. Pragnę jednak panu przypomnieć, że ośrodki akademickie nigdy nie są finansowane regionalnie. Tych pieniędzy tam po prostu nie ma. Proszę nie rozkładać rąk, tylko proszę zgodzić się na to, że te ośrodki powinny jednak dostać takie samo dofinansowanie na organizację radioterapii. Sam pan powiedział, Panie Profesorze, że ośrodek prawdziwy to jest ośrodek pełnoprofilowy, czyli ośrodek akademicki powinien dysponować również radioterapią. Dobrze że istnieją takie inicjatywy w wyniku których mogą powstać takie ośrodki, jak Bydgoszcz i Kielce, ale przypominam państwu jeszcze raz, że nie dysponujemy dzisiaj odpowiednią liczbą specjalistów. Samodzielnych pracowników nauki w onkologii w Polsce jest mało. Pra-

gnę państwu przypomnieć, że jestem najmłodszym profesorem w polskiej onkologii. Mam pięćdziesiąt pięć lat...

(*Głos z sali: Są już młodsi.*)

Są?

(*Głos z sali: Są młodsi. U nas.*)

W onkologii klinicznej?

(*Głos z sali: W onkologii.*)

Ja mówię o onkologii klinicznej. Teraz...

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Dobrze, ja tylko dokończę. Odniesiecie wrażenie, że ja próbuję coś przeciwstawić, ja zaś próbuję dowiedzieć się, czy może jest szansa dzisiaj na to, że dogadamy się, że będzie takie zalecenie i jednak będzie można zdecydowanie wzmocnić onkologię w akademiach i uniwersytetach medycznych.

Panie Ministrze, proszę.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk: Czy pan przewodniczący pozwoli? Widzę bowiem, że temperatura dyskusji rośnie.*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, aby ci, którzy kończą wypowiedzi, wyłączali mikrofony. Będziemy lepiej słyszeć. Bardzo dziękuję.

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze!

Przede wszystkim w imieniu pani minister i swoim chcę bardzo podziękować, że do takiego spotkania doszło i może bardzo dobrze, że właśnie w tej sali, w tym budynku w obecności panów, państwa senatorów, ponieważ jest problem i nie ukrywamy, że pewnych rzeczy nie ma. O pewnych rzeczach trzeba mówić. To są czasami bardzo trudne tematy.

Podjęcie przez panią minister tak kontrowersyjnej w środowisku medycznym decyzji, jak chociażby zniesienie stażu podyplomowego, czy próba udroźnienia systemu specjalizacji w Polsce, jest po prostu potrzebą chwili dla naszego kraju, dla medycyny, dla pacjentów. Albowiem poza tym, że bardzo wiele osób ze znanych powodów, czysto ekonomicznych, wyjechało z Polski, mamy do czynienia z luką pokoleniową i mamy do czynienia z tym, że właśnie w niektórych specjalnościach zupełnie nie ma chętnych do podjęcia specjalizacji. Zadaniem właśnie ministra zdrowia, w porozumieniu ze środowiskiem akademickim, naukowym, jest doprowadzenie do zmian takiego stanu rzeczy.

Między innymi dlatego wprowadzamy system modułowy specjalizacji, dlatego skracamy w niektórych specjalnościach szczegółowych aż o cztery lata okres ich robienia. Odsuwamy też konsultantów wojewódzkich od podejmowania decyzji w zakresie kierowania na specjalizację, ponieważ, niestety, było bardzo wiele nieprawidłowości. Wreszcie myślę, że jest najwyższy czas, aby wprowadzić zachęty finansowe, wprowadzić listę specjalizacji priorytetowych, płacić więcej na rezydenturze w tych specjalnościach, w których mamy ogromny deficyt.

Jeśli zaś chodzi o kwestię, którą dzisiaj panowie podnosicie, to ja przekażę pani minister, że jest takie napięcie i jest pewien problem, który należałoby w miarę pilnie rozwiązać. Ze swojej strony mogę zadeklarować państwu, po pierwsze, spotkanie z szeroko rozumianym środowiskiem onkologicznym w Polsce. Po drugie, przejrzenie listy konsultantów krajowych, czy nie ma takiej oto sytuacji, że być może jest nadreprezentacja w niektórych działach znakomitych, myślę, profesorów, ale reprezentujących określoną grupę jednostek.

Myślę, że należy poszerzyć Radę Naukową przy Ministrze Zdrowia również o przedstawicieli środowiska akademickiego. Z całą pewnością takie rozszerzenie przyniesie pewne rezultaty. Chciałbym, żeby nie było sytuacji, w której dzielone środki – na przykład Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych – są kierowane, tak przynajmniej jest to przez niektórych postrzegane, w jedną tylko stronę, żeby autentycznie doszło do konsensusu. No i myślę, że palącą potrzebą jest wzmocnienie ośrodków akademickich, jeśli chodzi o onkologię, ponieważ to właśnie w ośrodkach akademickich szkolą się lekarze i tam tej onkologii jest za mało. Stąd między innymi pomysł pani minister, żeby część zaoszczędzonych środków ze stażów podyplomowych przekazać na uczelnie medyczne, żeby je wzmocnić, jeśli chodzi o kształcenie.

Myślę, że potrzebne jest spotkanie, szersza dyskusja i uzyskanie jakiegoś konsensusu. To jest niezbędne nie dlatego, żeby ktoś coś komuś wykazał, tylko żeby to po prostu nam wszystkim służyło i żeby był zadowolony przede wszystkim pacjent, żebyśmy zwiększyli liczbę specjalistów i żeby onkologia się rozwijała...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, bo to jest obszar wspólny. Diagnoza i pana profesora Maciejewskiego i pana profesora Szczylika są podobne. Mamy ogromny deficyt kadry i to, muszę powiedzieć, na poziomie przerażającym.

Zanim jeszcze przekażę głos panu profesorowi Spaczyńskiemu...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk: Mogę tylko słowo?)

Proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Panie Przewodniczący! Chciałbym tylko powiedzieć jedną rzecz. Otóż przy tych wszystkich sprawach, o których mówią zarówno pan profesor Szczyliki, jak i pan profesor Maciejewski, chciałem podnieść, że dzisiaj, jeżeli ktoś postrzega, że środki są kierowane w określone miejsca, to nie jest to wynik określonego działania lobbystycznego, tylko taka jest po prostu sytuacja. Kierujemy środki tam, gdzie są ludzie, którzy mogą ten sprzęt obsługiwać. Jeżeli na przykład Ministerstwo Zdrowia powiedziało w Poznaniu, że owszem, znajdą się środki na PET pod warunkiem, że zdołają się porozumieć dwa ośrodki, to nie jest to bez powodu, bo jeden ośrodek ma możliwości i infrastrukturę, drugi ma kadrę. I jeśli ten PET ma być wykorzystany, to pod warunkiem połączenia tych dwóch ośrodków i wspólnego działania. Niestety, dzisiaj widać, że tego wspólnego działania w wielu miejscach nie ma i może trzeba, myślę, stworzyć okrągły stół onkologiczny, żeby do tego doszło.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor Spaczyński. Wcześniej jeszcze chcę tylko skomentować jedną tezę pana profesora Steffena w sprawie sytuacji diagnostycznej dotyczącej nowotworów. Otóż trudno jest mi odnieść się do tego, że jednak w latach dziewięćdziesiątych radykalnie wzrosła długość życia, a choroby nowotworowe to są choroby degeneracyjne, a więc ta epidemiologia, której doświadczamy, jest troszeczkę także pokłosiem radykalnego zwrotu ku promocji i profilaktyce w ogóle, prawda? Z jednej strony jest wydłużenie życia, a z drugiej strony pewne konsekwencje zdrowotne, które rozpoznają epidemiolodzy.

Ale teraz pan profesor Spaczyński, który...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak jest.

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

Jednym z tych elementów wydłużenia czasu życia, to jest skuteczne zwalczanie palenia tytoniu, jedno z głównych osiągnięć polskiej onkologii, zawsze podawane jako przykład dla krajów naszego regionu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor Spaczyński, bardzo proszę.

**Kierownik Centralnego Ośrodka
Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki
i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy
Marek Spaczyński:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chcę krótko naświetlić kilka spraw. Przygotowałem krótkie resume całego programu, korzystając z uprzejmości, że zostałem o to poproszony. Przede wszystkim, pierwsza sprawa, Panie Profesorze. Otóż wprowadzie pracuję w Akademii Medycznej w Poznaniu czterdzieści lat i przeszedłem u nas wszystkie możliwe szczeble, to my do programu startowaliśmy jako Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i tak w dalszym ciągu traktuję nasze uczestnictwo, mimo, że prezesem nie jestem już od dwóch lat. Towarzystwem kieruje kolega Kotarski.

Co jest istotne? W Europie jest sześćdziesiąt tysięcy zachorowań. Europa wschodnia, co wykażę za chwilę, stanowi bardzo wysokie ryzyko zachorowania. Znamy dobrze biologię tego nowotworu. Wiadomo, że rozwija się mniej więcej trzynaście lat i proszę zwrócić uwagę, że jeśli chodzi o wschodnią Europę, zarówno w zakresie zachorowalności, jak też śmiertelności, bardzo wyraźnie odstajemy od pozostałych części naszego kontynentu. Nie będę w tej chwili komentował, wrócę do tego za chwilę.

Jeśli chodzi o przewidywaną prognozę, to proszę zwrócić uwagę, że w 2020 r. przewiduje się przeszło 80% wzrost, jeśli chodzi o kobiety do osiemdziesiątego piątego roku życia... Tu państwo podajecie programy takie czy inne. Chcę przypomnieć, że jeśli chodzi o Finlandię, to prawie pięćdziesiąt lat temu rozpoczęto tam aktywny skринing w oparciu o imienne zaproszenia. Dokładnie czterdzieści osiem lat temu. A my, proszę państwa, cały czas w szarym ogonie.

Zachorowalność na terenie Stanów Zjednoczonych to są liczby, które najlepiej nakreślają pewne sprawy. Połowa chorych na raka szyjki macicy nigdy nie miała wykonanego wymazu, 10% chorych nie miało pobranego wymazu w ciągu ostatnich pięciu lat. Tak wygląda statystyka dotycząca umieralności na przestrzeni lat. W 1970 r. – 10,7, w 2000 r. – 10. Praktycznie więc nie było żadnej różnicy w zakresie poprawy umieralności.

Ale chcę, Panie Przewodniczący, powiedzieć bardzo wyraźnie, że w tym czasie nie zajmowali się tym położnicy i ginekolodzy. Przez grzeczność nie będę mówił, kto te sprawy prowadził.

Jeśli chodzi o raka szyjki macicy, to jest to unikalny nowotwór do prowadzenia profilaktyki, ponieważ jest dostępne badanie, posiada dobrze opisane stany przedrakowe. Stany przedrakowe da się wyleczyć relatywnie łatwo. W związku z tym przystąpiliśmy do konkursu, wychodząc z tego, co mądrzejsi i bardziej doświadczeni określili, a więc badania cytologiczne w trzyletnim cyklu.

Jak nas widzą, jeśli chodzi o Europę? Proszę zwrócić uwagę. Średnia liczba pobranych wymazów. Finlandia – siedem, Anglia – dziesięć, Niemcy – pięćdziesiąt. Grubo za dużo, ale tam jest inaczej, że tak powiem, ukształtowana wiedza, obojętnie czy w landach wschodnich czy zachodnich. A u nas, jak w większości spraw, liczba po prostu nieznana. To samo jeśli chodzi o średni procent populacji. W związku z tym postanowiliśmy przystąpić pod moim kierownictwem do konkursu i jestem bardzo wdzięczny za to, że przekazano tę sprawę w ręce ginekologii i położnictwa.

Wiadomo, że jeśli chodzi o cytologię, bo nie ma w tej chwili nic lepszego, zmniejsza ona zachorowalność i śmiertelność na raka szyjki macicy. Skринing redukuje częstość raka inwazyjnego o około 90%. Jest relatywnie łatwy, tani i akceptowany przez kobiety, aczkolwiek ma również pewne ułomności, do czego nie chcę w tej chwili wracać.

Cały czas trwała dyskusja, kto ma pobierać wymazy. Trzeba bardzo wyraźnie powiedzieć, że wymazy pobierają w Europie położnicy i ginekolodzy, z wyjątkiem Szwecji, jak też Finlandii, gdzie pobierają położne i średni personel. Jeśli chodzi o liczbę pobranych wymazów, to proszę zwrócić uwagę, że tu jest bardzo istotny moment, jeśli chodzi o gabinety prywatne. W przytaczanej tu Finlandii dwieście tysięcy rozmazów pobiera się w ramach programu, ale czterysta tysięcy poza organizatorami publicznymi. Uważam, że tak samo jest w Polsce. Tylko, że za granicą mają obowiązek przekazywania raportów, a w Polsce oczywiście każdy robi jak chce. I to jest pierwsza część mojego wystąpienia.

Jeśli chodzi o szkolenia, proszę zwrócić uwagę, że przy bardzo wydatnej pomocy organizatorów służby zdrowia, zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak też Funduszu, udało nam się łącznie zorganizować piętnaście szkoleń. Przeszkoliliśmy dokładnie tysiąc trzysta dziewięćdziesiąt jeden uczestników. W oparciu o czterdzieści dziewięć szkoleń przeszkoliliśmy trzy tysiące czterysta siedemdziesiąt jeden osób średniego per-

sonelu. Tak samo przeszkoliliśmy osiemset pięćdziesiąt dwie uczestniczki, jeśli chodzi o położne.

Uważam za bardzo istotny moment, i tu chylę czoła przed panami, to, co się stało w czerwcu, gdzie wspólnie doszliśmy do wniosku, że należy szkolić średni personel. Myślę o położnych, położnych środowiskowych. Panie Profesorze, nie pozostało to bez echa. Przeprowadziliśmy w oparciu o Centralny Ośrodek Koordynujący modelowy kurs prowadzenia szkolenia średniego personelu. Zakończyło się to centralnym kursem doszkalającym. Wzięło w nim wówczas udział dwieście dziewięćdziesiąt trzy osoby. Zapotrzebowanie jest olbrzymie i to była olbrzymia praca. Przeprowadziliśmy centralny egzamin dla położnych, położnych rodzinnych. Pierwsza część to był testowy egzamin. Następnie egzamin ustny. W efekcie certyfikat do samodzielnego pobierania wymazów cytologicznych otrzymały sto siedemdziesiąt cztery położne.

Opracowaliśmy ankietę zawierającą czterdzieści dwa istotne punkty. Proszę zwrócić na nią uwagę. Gdzie miała pani wykonane ostatnie badanie cytologiczne? Jednak w placówkach NFZ. Czy po otrzymaniu zaproszenia poddała się pani badaniu? Proszę zwrócić uwagę: nie – 57%. Co jest istotne, dlaczego nie poszła pani na badanie? Po pierwsze, wskazany gabinet był zbyt daleko, brak czasu. A dalej, że nie lubię chodzić do mężczyzn i chodzę tylko prywatnie do tego samego lekarza. Czy gdyby na zaproszeniu była data i godzina? Tak – 53%, być może – 37%, nie – 14%. Czy gdyby wskazany w zaproszeniu gabinet był bliżej pani miejsca zamieszkania? Tak – odpowiada 61%. Mają to państwo w materiałach, nie będę więc powtarzał. Czy gdyby badanie było wykonywane przez położne, to zgłosiłaby się pani na badanie? Prawie 70% mówi, że tak. Z jakich mediów się korzysta? Głównie prasa, telewizja, najmniej radio. Ale proszę zwrócić uwagę. Co według pani może skłonić kobietę do wykonania rozmazu cytologicznego? Przede wszystkim rozmowa z lekarzem i imienne zaproszenia. To są dwa kluczowe momenty i do tego wrócę za chwilę.

Jakie są źródła informacji? Proszę zwrócić uwagę, że jeśli chodzi o imienne zaproszenie, to jest to podstawowa sprawa. Mimo ułomności cieszymy się, że 15 marca wysłano zaproszenia. Może to była za duża liczba, wszystko się zgadza, ale od czegoś, proszę państwa, trzeba wreszcie zacząć. Proszę zobaczyć. Liczba wykonanych badań wojewódzkich z podziałem na źródła informacji. Imienne zaproszenia... To jest prowadzone w oparciu o program SIMP. Chylę czoła przed tymi, którzy to zorganizowali. Dwieście dziewięćdziesiąt trzy tysiące, to jest liczba odpowiedzi na imienne zaproszenia. Jeśli chodzi o lekarzy specjalistów – dwieście trzydzieści sześć tysięcy. Jeśli chodzi o działalność położnych – pięćdziesiąt cztery tysiące. Dziesięć razy mniej i o tym trzeba wiedzieć. To są dane, które mamy dzięki programowi SIMP.

Oczywiście, nie będę tu omawiał liczby świadczeniodawców. Do czego zmierzam? Wykonano sześćset osiemdziesiąt sześć tysięcy rozmazów cytologicznych w oparciu o program Narodowego Funduszu Zdrowia. W marcu wyszły pierwsze zaproszenia i proszę zwrócić uwagę, jak to dalej szło. Niestety, idzie garbato, raz lepiej, raz gorzej. Mam nadzieję, że wreszcie dojdzie do pewnego usystematyzowania i regularnego wysyłania zaproszeń.

Na tym slajdzie przedstawiono jak wyglądała sytuacja w 2005 r. Tak kształtowała się liczba wymazów cytologicznych w 2006 r. i bez mała siedemset tysięcy w 2007 r. Ludzie nie mają pojęcia o tym, że są dwa kapitały. Jeden to jest wykształcenie. Drugi to jest zdrowie. Mało kto zdaje sobie z tego sprawę.

Tu pan profesor mówił, jaka jest zgłaszalność kobiet w odpowiedzi na zaproszenie. Bez mała 8%. Ja wiem, że to jest mało, ale niestety, taka jest rzeczywistość. Jeśli chodzi o objęcie populacji programem, to dotyczy przeszło 21%. Jeżeli do tego przyjmujemy, że wykonano drugie tyle cytologii w gabinetach prywatnych, to by było w granicach 40%. W Hiszpanii jest 27%. Modelowy wzorzec to są Finowie, to jest Skandynawia. Ale tak, jak powiedziałem, nie jesteśmy w stanie w ciągu roku czy dwóch tego osiągnąć. W związku z tym uważam, że napastliwe artykuły na nas w gazetach, w telewizji, w mediach są wysoce krzywdzące.

Jest osiem tysięcy ginekologów i położników. Mamy w pełni wykształconą kadrę. Jesteśmy przygotowani aparaturowo. Ale z drugiej strony pewne rzeczy trzeba wymóc w społeczeństwie. Wszyscy się zachwycamy Ameryką. W Ameryce jest tak, że jeżeli ktoś nie przychodzi raz czy drugi na zaproszenie, a nie daj Boże zachoruje – płaci sam. To samo, jeśli chodzi o stawkę ubezpieczeniową.

Myślę, że wreszcie nadszedł czas, że owszem, my wysyłamy zaproszenia, my się martwimy, my przekonujemy, że ci ludzie mają na te badania przychodzić, ale z drugiej strony chyba jakiś przymus w tym względzie musi być. Dziękuję za uwagę.

**Kierownik Kliniki Onkologii
Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej
w Wojskowym Instytucie Medycznym
Cezary Szczylik:**

Krótko ad vocem, jeśli można, odnośnie zgłoszeń.

Naszym dawnym postulatem było to, żeby ze względu na to, że kobieta z nierozpoznanym rakiem szyjki macicy to ogromny koszt leczenia i ona najczęściej umiera, żeby więc związać fakt zgłaszalności, czyli odnotowania tego badania u ubezpieczyciela. I w zależności od dyscypliny kobiety – albo utrzymać wysokość składki, albo ją podwoić. Tak jest z mandatami w Stanach Zjednoczonych. Niech państwo zwróć uwagę, że tam nie ma zjawiska *speeding*, że ktoś pędzi po ulicach. Mandat jest niewysoki, ale natychmiast powiadamia się ubezpieczyciela i od następnego roku ubezpieczyciel podwaja, jako *high risk*, wysokość stawki ubezpieczeniowej. Jeżeli my nie proponujemy dzisiaj mechanizmu, a będziemy tylko wysyłać listy, to będziemy czekali pięćdziesiąt lat na wyniki. Wszystkiego najlepszego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zgłaszał się pan profesor Dębski.
Bardzo proszę.

**Kierownik Kliniki Położnictwa i Ginekologii
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
imienia Profesora Witolda Orłowskiego
w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
Romuald Dębski:**

Jeśli można, krótko odniosę się do trzech spraw. Po pierwsze, Pan Przewodniczący zwrócił uwagę na to, że wzrost odsetka częstotliwości występowania chorób no-

wotworowych może być konsekwencją starzenia się społeczeństwa. Na pewno tak, ale chciałbym żebyśmy spojrzeli na sytuację polskiej kardiologii. Polska kardiologia na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat doprowadziła do tego, że wartości w Polsce, jeśli chodzi o śmiertelność, zachorowalność, przynajmniej u mężczyzn, są wartościami europejskimi. Przepraszam, moje pytanie brzmi: jeżeli jest tak dobrze w onkologii, to dlaczego jest tak źle? Bo w onkologii, niestety, jest tak, jak było lat temu bardzo wiele.

Tu jest pewnego rodzaju dyskusja i toczy się o to bój – o decentralizację ośrodków onkologicznych. To jest, niestety, nieuniknione. Pewien stopień decentralizacji jest konieczny. Akademie medyczne będą przechodziły do kształcenia onkologicznego, tylko, że to musi być koordynowane. I tu oczywiście jest ogromna państwa rola.

Instytut onkologii jako ośrodek centralny musi funkcjonować, ale te kliniki będą powstawać. Może w CMKP – ja reprezentuję akurat CMKP – może nie, ale w akademiach medycznych na pewno będą powstawały. To musi być wszystko skoordynowane i, tak jak powiedział pan minister Włodarczyk, chodzi o to, żeby doprowadzić do wspólnego konsensusu. To jest cel nadrzędny.

Trzecia ogromnie ważna sprawa, o której już wspomniał pan profesor Szczylik. Wszystkie techniki działania promocyjnego w ochronie zdrowia oparte na marchewce, niestety, nie sprawdzają się. Gdyby państwo spojrzeli na wyniki, to tak jak w Finlandii, która ma już wieloletni program, tak samo na Ursynowie warszawskim jest najwyższa zgłaszalność. To jest konsekwencja czasu. Za kilka lat również w Polsce będziemy mieli wyższy odsetek zgłaszalności. Ale ten odsetek zgłaszalności można zmienić wprowadzając coś oprócz marchewki. Bo my zapraszamy imiennie pacjentkę, a ona – przepraszam – ma to w nosie. Ja już od dwóch lat o tym mówię. Jeśli już ktoś wpadł na idiotyczny pomysł becikowego – ja przepraszam, ale nie będę się do tego pomysłu ustosunkowywał – to dobrze, becikowe – tak, ale pod warunkiem, że matka w czasie ciąży poddała się badaniom cytologicznym. Od czegokolwiek uzależnijmy tego typu rzeczy, dawstwo państwa...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Wymusimy to. W jakimkolwiek mechanizmie spróbujemy wymusić na ludziach to, żeby zaczęli dbać o siebie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, pan senator Pawłowicz.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Dostojni Goście! Szanowni Państwo Senatorowie!

Muszę powiedzieć, że jestem troszkę zaskoczony tą ostrą dyskusją. Podsumuję to krótko. Uważam, że pacjent w Polsce demokratycznej w 2008 r. idzie do dobrego lekarza, bo złego omija, i dzieli ośrodki na dobre lub złe. Dzisiaj pacjent już wybiera, proszę państwa.

Rano spotkaliśmy się z panem prezesem Grabowskim i rozmawialiśmy, co zrobić w kwestii nadwykonań w ośrodkach onkologicznych. Bo przykładowo, w takim

bardzo peryferyjnym ośrodku, jak Bydgoszcz, jest 25% pacjentów spoza województwa kujawsko-pomorskiego. Panie Profesorze Szczylik, może mi pan odpowiedzieć, czego to jest wynikiem, że 25% pacjentów przyjechało do Bydgoszczy, również z pańskiego miasta, Panie Profesorze, gdzie pan pracuje? Ale to jest margines.

Następna sprawa. Chcę powiedzieć, również zwracając się do pana profesora...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, bo pan profesor mówi, że jeśli chodzi o ośrodki, to ja jestem, nie wiem, stalinowski czy jakiś inny. Zostawmy politykę.

Następna rzecz. Chcę powiedzieć, że na dwadzieścia pięć ośrodków onkologicznych, o których wspominał pan profesor Maciejewski, jak się policzy, to szesnaście z nich znajduje się w dużych miastach, gdzie już nie są akademie, tylko uniwersytety medyczne. Nie tak dawno, na poprzedniej sesji Senatu, przegłosowaliśmy... Nie ma już bowiem w Polsce akademii medycznych, tylko są uniwersytety medyczne.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No może gdzieś jest. Przepraszam, może nie do końca jestem zorientowany.

(Głos z sali: Na prowincji.)

Na głębokiej prowincji, Panie Ministrze.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, w Warszawie już jest Warszawski Uniwersytet Medyczny. To pamiętam.

Druga sprawa, o której chcę w związku z tym powiedzieć. Większość uczelni dzisiaj bardzo dobrze współpracuje, jeśli chce współpracować, z ośrodkami onkologicznymi. Przykładem jest mój ośrodek w Bydgoszczy. Panie Profesorze, pięć katedr i klinik i pięciu samodzielnych pracowników nauki w moim ośrodku uczy studentów, czwarty i piąty rok studiów. Dzisiaj pan minister – z całym szacunkiem – nie wpływa na to, jak dyrektor Centrum Onkologii w Bydgoszczy z panią prorektor Collegium Medicum ułożą tę współpracę. Dziś nie potrzeba żadnej decentralizacji, tylko trzeba się wziąć za robotę.

Odpowiem teraz wprost, Panie Profesorze, odnośnie do pieniędzy. Pan bowiem tak delikatnie wspominał, dlaczego nie można wziąć środków z ustawy o narodowym programie walki z rakiem na budowę bunkra. Nie, Panie Profesorze! Odpowiadam, że nie. Gdy powstawała ustawa, w pracach nad którą brałem udział, było bowiem jasno zapisane, że dzisiaj 250 milionów zł na sprzęt do leczenia onkologicznego – bardzo istotna rzecz, co pan profesor nam tu pięknie pokazał, jeśli chodzi o profilaktykę – to jest kropla w morzu potrzeb. Jeżeli my z tych pieniędzy będziemy dawać na przysłowiową cegłę, to, Panie Profesorze, nie robi pan tej profilaktyki. Nie robi pan, bo będziemy inwestować w cegłę.

Dziś Polska stoi przed dużym wyzwaniem. Jest program unijny na lata 2008–2013, są programy regionalne, programy operacyjne i tam są pieniądze do wzięcia. Tam odpowiedzialni właściciele obiektów... W pańskim przypadku – jak sądzę, Panie Profesorze – bardzo bogate Ministerstwo Obrony Narodowej ma możliwość sfinansowania wybudowania bunkra. Jeżeli te bunkry zostaną u pana wybudowane, to sądzę, że pan minister i cała komisja natychmiast przydzieli pieniądze na zakup akceleratorów. A jeszcze, jak pan wykaże, że ma pan przynajmniej dwunastu radioterapeutów, to wszyscy podniosą ręce do góry i powiedzą, że jest sukces.

Panie Profesorze, znamy się od lat. Powiem panu tak. Wybudowałem nowy zakład radioterapii w 1999 r., nie biorąc z Ministerstwa Zdrowia złotówki. W tej chwili buduję następne trzy bunkry na osiem aparatów do radioterapii i nadal nie biorę z Mi-

nisterstwa Zdrowia złotówki. Zainstalowałem pierwszy aparat PET i zrobiłem pierwszą pracownię PET w Polsce, gdy w Warszawie dyskutowano przez dziesięć lat na temat PET w Polsce. Wziąłem 5 milionów euro kredytu komercyjnego i uruchomiłem tę pracownię mimo różnych przeszkód, o których państwo wiecie. Ja dzisiaj ten kredyt spłaciłem i nadal nie biorę pieniędzy na zakup sprzętu, przepraszam – na cegłę, Panie Ministrze, z Ministerstwa Zdrowia. Biorę to z programów unijnych i od właściciela, którym jest samorząd województwa, a właściciel występuje do budżetu państwa. Taka jest droga rozbudowy ośrodków akademickich.

Jeżeli państwo chcecie dzisiaj tę bardzo krótką kołdrę – 250 milionów zł – przeznaczyć na cegłę, to naprawdę położymy Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Przepraszam, Pana Profesora, za może emocjonalne wystąpienie. Dziękuję.

**Kierownik Kliniki Onkologii
Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej
w Wojskowym Instytucie Medycznym
Cezary Szczylik:**

Ja od razu ad vocem, gdyż pan mnie wywołał.

Po pierwsze, przyjmuję emocjonalność pańskiego wystąpienia, bo wiem ile pan zrobił budując regionalne centrum onkologii. Zresztą zapraszał mnie pan do siebie, żeby zapytać, w jaki sposób znaleźć środki finansowe, czy może znam kogoś, kto pomógłby panu finansować to przedsięwzięcie. Rozumiem, że jeżeli Bydgoszcz była jedynym miejscem w Polsce wykonywania badań PET, to wszystkie wycieczki do niej są uzasadnione, oprócz niewątpliwej krasoty miasta, nie mówiąc już o możliwościach terapeutycznych.

Nie wspomnę jednak o odwrotnej statystyce, ilu ludzi z Bydgoszczy przyjeżdża do nas. Ale – dobrze, przepływ jest wskazany. Popieram pana również w tym, co pan powiedział, że pieniędzy jest mało. Przeliczone pieniądze na głowę mieszkańca w Unii Europejskiej wskazują, że nakłady w Polsce są dramatycznie najniższe. Najbliższa nas Słowacja – u nas jest 4 euro na głowę – ma 14 euro, a Czechy 19 euro. A na przykład Hiszpania, kraj wysoko rozwinięty, ale który szedł podobną drogą, ma dzisiaj 27 euro na głowę mieszkańca. Bezsprzecznie pieniędzy jest za mało.

Wie pan co? Zna pan moją historię. Nie wiem, ile godzin wisiąłem na kłamce u każdego ministra obrony narodowej. Zdecydowanie łatwiej jest pomalować na inny kolor wszystkie samoloty w Rzeczypospolitej niż dostać pieniądze na bunkier. To nie jest wcale takie proste. Proszę mi wierzyć.

Byłem również u włodarzy Warszawy. Od wielu lat próbowałem coś zrobić z radioterapią. Przyznaję się do porażki. Nie udało mi się to. Dlatego też wspominałem o środkach finansowych regionu, gdzie jest pan silną osobowością i ma pan duży wpływ. Był to bowiem ośrodek powstający na pustyni i mający automatyczne poparcie władz. Na terenie takiego miasta, jak Warszawa, wskazuje się, że jest już Centrum Onkologii i po co jeszcze jedno. Mimo, że – przypomnę – pan profesor Nowacki, Centrum Onkologii, zawsze wspierali koncepcję, żeby po drugiej stronie Wisły był ośrodek, który posiada radioterapię, to nie jest to wcale takie proste. Nie ma recepty na sukces – napiszemy książkę i będzie można to zrobić.

(Brak nagrania)

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

Tu się mówi o regionach, samorządzie, a ja jestem parszywą enklawą na Śląsku – Centrum Onkologii – Instytut imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Żaden samorząd. Ja jestem szpieg. Od ministerstwa nie dostałem złotówki na żaden bункier. Rozpocząłem inwestycję PET dla Polski południowej, obejmującą województwa: dolnośląskie, śląskie, małopolskie. Dwanaście i pół miliona ludzi. Własny wkład – 24 miliony zł w cegłę. Oczekuję tylko aparatury.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Jeszcze nie skończyłem. Sekundkę, sekundkę.

Teraz powiem o akademiach medycznych. Skądinąd doskonale znasz naszego przyjaciela Jacka Jassemę, wspaniały radioterapeuta, onkolog kliniczny, szef świetnej placówki – Kliniki Onkologii i Radioterapii w Gdańsku. W zeszłym roku powiedział mi: słuchaj, ja mam zysku 7 milionów zł, ale nie zobaczyłem ani złotówki, bo szpital utopił to w swoim własnym wciąż wzrastającym długu. Tak wygląda przyszłość ośrodków w dużych molochach szpitalnych, które mają deficyt. Dam drugi przykład – szpital wielospecjalistyczny imienia Kopernika w Łodzi, który był przez dwadzieścia pięć lat najgorszą enklawą radioterapii. Przyszedł profesor Fijuth, stworzył nowoczesny ośrodek, który genialnie współpracuje z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi. Dam z kolei przykład Katowic, mojego miejsca, mojego uniwersytetu. U mnie w instytucie nie ma onkologii, mimo, że mają do nas dwa kroki. Bo po co? Propedeutykę onkologii wykłada pediatria, a raka piersi uczy chirurg naczyniowy. Tak to wygląda w praktyce.

Jeżeli dyskutujemy pragmatycznie o pewnej bardzo istotnej sprawie, bo musimy mieć więcej specjalistów, bo nie ma onkologów medycznych, to jest do pana przewodniczącego apel: należy znieść LEP, wsadzić go – jeżeli trzeba – jako ostatni egzamin na studiach medycznych. Należy otworzyć drogę do specjalizacji. I to nie jest kwestia, żeby dawać komuś bonus. Należy wprowadzić przepis prawny, że my, tak jak we wszystkich krajach Unii Europejskiej, mamy możliwość odpisu od podatku środków wydatkowanych na szkolenie – i na podręczniki i na książki, bo lekarze się przez całe życie szkolą.

Sześć kursów szkoleniowych młodych lekarzy rezydentów z radioterapii przez sześć lat kosztuje 20 tysięcy zł. Dokładnie. Tylko z czego oni mają zapłacić, jeżeli zarabiają 1200 zł? Niech mają odpis z podatku, niech mają pewną zachętę. Prosta, kontrolowana przez system podatkowy.

Kilka słów do pana profesora Spaczyńskiego. Niech pan nie liczy, Panie Profesorze, na te listy, ankiety. Do czasu, jak kobietom nie wejdzie w mentalność, że to jest ich to zdrowie... A ta mentalność polega na czterdziestu reklamach dziennie, tak jak reklama pasty do zębów. Idź, idź, zbadaj się, bo to jest twoje zdrowie. Tylko to.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To musi być finansowane...)

To nie my, to nie ministerstwo, to nie Senat. To muszą robić media. Tak nachalnie, jak nachalnie reklamują pastę do zębów.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Bardzo proszę, pan profesor Reinfuss.

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej
Marian Reinfuss:**

Chciałbym, żebyśmy z tego spotkania, Państwo Senatorowie, nie wyszli z wrażeniem, że istnieje w Polsce totalny konflikt między Centrum Onkologii, siecią regionalną a akademiami medycznymi itd. Tak nie jest. Niestety, muszę zgodzić się z panem senatorem Pawłowiczem. Są miejsca w Polsce – akademie medyczne, które są cały czas finansowane w zakresie radioterapii. Przypomnę, że onkologia to jest pojęcie bardzo ogólne. Istnieją trzy specjalności. To jest chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna i onkologia kliniczna. Ja będę mówił tylko o radioterapii onkologicznej. Bardzo krótko.

Otóż są akademie medyczne, na przykład Akademia Medyczna w Gdańsku, profesor Jassem, cały czas otrzymuje pieniądze na aparaturę radioterapeutyczną w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Rozdział środków odbywa się – przypomnę – na podstawie konkursów. Tak jest zapisane. Nie na zasadzie widzimisię, tylko na zasadzie konkursów.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie cały czas jest finansowany – mówię o aparaturze – ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Podobnie jest z Pomorską Akademią Medyczną. W wielu akademiach istnieje ścisła współpraca między nimi a ośrodkami regionalnymi. To co mówił pan senator Pawłowicz, który podał przykład Lublina. Żadnych konfliktów. Bydgoszcz, Łódź. Oczywiście, że jakieś konflikty były, bo czasem są. Między normalnymi ludźmi zawsze się zdarzają konflikty, prawda? Wrocław.

Akademie medyczne nie mają pieniędzy na budowę bunkrów. Ale, które akademie medyczne? Wizytowałem jesienią – Drodzy Przyjaciele – Akademię Medyczną we Wrocławiu. Widziałem wybudowaną piękną, nową akademię medyczną. Poszły setki, miliony, nawet miliardy złotych, ale nie znalazło się 6 do 8 milionów zł na budowę dwóch bunkrów. Pokazywano mi miejsca, że może byśmy tutaj dobudowali dwa bunkry. To są na to pieniądze, czy nie ma?

Znam miejsca, Panie Profesorze, powołam się na profesora Maciejewskiego, w Polsce, gdzie kupiono w akademii medycznej aparaturę, która stoi nie wykorzystana, bo nie ma radioterapeutów.

Mamy tu przedstawicieli dwóch akademii medycznych – warszawskiej i poznańskiej. Dlaczego oni są tutaj z nami i bardzo...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Wiem, są i reprezentanci łódzkiego uniwersytetu, ale ja mówię o tych, którzy mają jakieś zale do programu. W pewnym sensie słuszne, bo są trzy w Polsce województwa, które zostały w tyle, jeśli chodzi o aparaturę radioterapeutyczną. To jest województwo wielkopolskie, to jest województwo mazowieckie i to jest, niestety, moje województwo małopolskie.

Powiem, co robimy w Małopolsce. Centrum Onkologii, oddział krakowski, podjęło taką decyzję, żeby zbudować ośrodki regionalne: w Nowym Targu, Tarnowie i w Nowym Sączu. W Tarnowie powstał i jest w tej chwili w pełni wyposażony. W Nowym Targu rozpoczyna się budowa.

W pozostałych województwach w Polsce doprowadziliśmy do równomiernego rozmieszczenia aparatury radioterapeutycznej. Są na to stosowne dokumenty – tabelki, opracowania – w Ministerstwie Zdrowia. Jestem gotów to wszystko w każdej chwili

dostarczyć. Tak że jeden akcelerator przypadał na sześćset tysięcy ludzi, a teraz ta liczba spadła – co jest pozytywnym zjawiskiem – do około czterystu tysięcy. Pozostały trzy województwa, o których mówiłem: mazowieckie, wielkopolskie i małopolskie, gdzie należy uzupełnić radioterapię bardzo wyraźnie. Wszędzie należy, bo mamy zejść do liczby trzystu tysięcy osób. To jest umowna liczba. No ale jakaś na świecie się przyjmuje. Ona musi być obudowana tym wszystkim, o czym mówił pan profesor Maciejewski – symulatorami itd. Ale ta liczba jest właśnie taka.

W wymienionych trzech województwach muszą powstać ośrodki onkologiczne. Nie jest zadaniem konsultanta krajowego mówić, bo to nie jest moje zadanie, gdzie mają powstać, jak mają wyglądać. Ja tylko stwierdzam na podstawie faktów, że w tych trzech województwach potrzebna jest budowa jakichś ośrodków. Czy to mają być akademie medyczne, czy to mają być ośrodki poza Warszawą, czy poza Poznaniem, to nie moja sprawa. Zdajemy sobie sprawę, że tam muszą powstać.

Już kończę. Ostatnia jeszcze rzecz. Nie można wziąć pieniędzy z Narodowego Programu na budowę bunkrów. Ja państwu powiem dlaczego nie można i uwierzcie mi. Mianowicie mamy w tej chwili – nie wiem ile – ale ponad 120 milionów zł. W tym roku pewnie będzie nawet mniej. Zaczynaliśmy od 160 milionów zł. Jest dramatycznie niepokojący spadek. Pilne potrzeby, jeżeli ten program ma być prowadzony dalej, wynoszą około 300 milionów zł rocznie. Nigdy takich pieniędzy nie będziemy mieli. Najwyższe finansowanie było w pierwszym roku 160 milionów zł. Jesteśmy w tej chwili w stanie zapewnić około 40% zapotrzebowania. Z czego to się bierze? Niestety, równocześnie z budową nowych ośrodków, z doposażeniem w aparaturę ośrodków już istniejących, dochodzi przecież wymiana aparatury. Ostatni duży zakup był zrobiony w 1997 r. Kupiono wtedy kilkanaście akceleratorów jednym rzutem. To były zakupy dużej liczby aparatury. Ta aparatura ma już dzisiaj jedenaście lat. Nie będziemy się kłócić, czy ona może pracować dziesięć, jedenaście czy dwanaście lat. Ona się kończy. W niektórych ośrodkach już zaczęły się wymiany. A więc równocześnie chcemy gonić Europę i musimy wymieniać to, co jest stare. Absolutnie temu nie podołamy. W tym roku powinniśmy zakupić około dziesięciu akceleratorów, jeśli to wszystko ma mieć sens. To jest suma, która już sięga tej kwoty, która została przeznaczona na aparaturę w tym roku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes Grabowski, bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa do spraw Medycznych
Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chcę powiedzieć parę zdań. Na początek lekko prowokujący element. Potwierdzam, wedle mojej wiedzy, opartej na nieformalnych danych, które do nas docierają, bo formalnych nie ma, ośrodki onkologiczne mogą być rentowne. To nie jest jeden przykład z Gdańska. Takich przykładów jest więcej. A jeśli są to ośrodki w większych strukturach, to znam szczegółowo dane jednego ze szpitali, gdzie jest taki ośrodek onkologiczny w jego strukturach. Wszystkie oddziały onkologiczne, w tym zabiegowe

onkologiczne, są na plusie, cała reszta szpitala nie i oczywiście pochłania pieniądze z części onkologicznej. W związku z tym oddział Narodowego Funduszu Zdrowia tego regionu sugerowałby, aby ten ośrodek onkologiczny oddzielić od reszty szpitala. Te dane są szczegółowe. Pochodzą z samego szpitala. Nie ma co do nich wątpliwości. Czyli nawet jeśli szpital jako całość był marnie zarządzany, to i tak ten ośrodek onkologiczny we wszystkich, podkreślam, oddziałach onkologicznych był na plusie za miniony rok.

Chcę powiedzieć, że Fundusz zwiększył w 2006 r. wycenę wszystkich procedur z chirurgii onkologicznej w 2007 r., ponieważ w kontaktach z kieleckim Centrum Onkologii przedstawiono nam dane kosztowe, które sugerowały, że te zabiegi nie są opłacalne. Wykonano więc w 2006 r. operację dotyczącą wyceny w 2007 r. Ostatni duży ruch, jaki wykonano, to było przeszacowanie o 10% wszystkich procedur katalogowych.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie, nie. Mówię o chirurgii onkologicznej, co wyraźnie podkreślam.

Chcę powiedzieć parę słów o skryningu, żeby jednak pewne rzeczy wyjaśnić. Skryning onkologiczny w wymiarze krajowym zaczął się w 2004 r. Zaczął się dlatego, że Fundusz przejął jego finansowanie w porozumieniu z samorządami – patronowało temu Ministerstwo Zdrowia – przyjmując jednolitą warstwę programową. Ponieważ samorządy się zorientowały, zwłaszcza samorządy dużych miast, że każdy robi to inaczej, a co więcej w ogóle nie bada ani efektywności tego przedsięwzięcia, nie wie po co to robi, nie są badane losy pacjentek, które z tego skryningu otrzymują nieprawidłowe wyniki itd., itd., doszły do wniosku, że finansowanie przez nie części medycznej jest pozbawione sensu.

Przyznaję, że to była moja inicjatywa. Ja wtedy działałem w Unii Metropolii Polskich i ta Unia... Pan przewodniczący kiwa głową, ponieważ razem w niej działaliśmy. Ja bardzo napierałem, żeby to właśnie w tym kierunku poszło. Fundusz przejął to finansowanie w 2004 r. Do dzisiaj to Fundusz głównie ponosi ciężar obu skryningów, co chcę tak dla wszelkiej pewności przypomnieć. Z narodowego programu na ten cel przeznaczono bowiem 6,5 miliona zł. Taki jest budżet państwa. Budżet Funduszu na te świadczenia wynosi ponad 30 milionów zł. Tak więc tu jest jakby inna skala finansowania.

Również na wszelki przypadek chcę przypomnieć, że to nie jest tak, że jesteśmy jakoś bardzo rozrzutni w skryningach wykonywanych w ramach narodowego programu. Państwo bardzo je atakujecie, gdyż jak rozumiem, one konkurują z inwestycjami. Ale, po pierwsze, są sztywne zapisy, które mówią, że wydatków w ramach narodowego programu nie może być mniej niż na profilaktykę. To w tej chwili jest ustalone na poziomie, zdaje się, 10%. Pomijając już kwestię zapisów ustawowych, to jednak chcę, mimo wszystko, zwrócić uwagę na to, że finansowanie takiego dużego skryningu jest możliwe tylko dlatego, że finansujemy to z pieniędzy ubezpieczonych. W ramach narodowego programu nie byłibyśmy bowiem w stanie nic więcej zrobić.

Jedno jest jednak bardzo ważne. Ten program po raz pierwszy w znanej historii – a wydaje mi się, że trochę na ten temat wiem – jest dobrze zarządzany. Po raz pierwszy mamy w ogóle jakąś wiedzę na temat tego, na co my wydajemy pieniądze, jakie są przepływy finansowe, jakie skutki, co się dalej dzieje z pacjentkami, jakie wykryto zmiany i co z nimi, przynajmniej w części przypadków, dalej zrobiono. Tego nigdy do tej pory nie było.

Apelowałem do Komisji Zdrowia Sejmu, apeluję i tutaj: dajmy temu programowi jakąś perspektywę czasową. Tu bowiem jest ogromna determinacja, żeby go ulepszyć. Powiedziałbym, że zrobiono już bardzo dużo, żeby było przynajmniej jakoś sensownie. Teraz trzeba naprawdę ewoluować, a nie dokonywać jakichś kolejnych zmian.

Mamy pierwszy rok wysyłki zaproszeń. Wykonano tę operację, wydaje mi się, w sposób naprawdę tani. Samorządy robiły to zdecydowanie drożej. W dużej części jest to przedsięwzięcie całkowicie z informatyzowane, z niewielkim udziałem ludzi. To program generuje te zaproszenia, automat je wysyła, a jeszcze się udaje wpłatać w zaproszenia informację o konkretnym dniu i miejscu, do którego zapraszamy. Tak to jest zorganizowane. Koszt jednostkowy jednego zaproszenia jest rzędu 1,30 zł. Nie ma powodu, żeby tak bardzo się ekscytować tym kosztem, bo on jest marginalny w porównaniu z całą resztą. Zdecydowanie zaś zgadzam się, że pewien element represji byłby wskazany.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Od razu sobie powiedzmy, że to jest trudne.)

Tak, politycznie to jest na pewno bardzo trudne.

Jeśli zaś mamy iść metodą pozytywnych bodźców, to apeluję jeszcze raz: dajmy sobie przed oceną odrobinę perspektywy czasowej, a potem spotykajmy się i ewoluujmy przebieg. Od 2004 r. zrobiono szereg naprawdę milionowych kroków. Gdy zaczęliśmy te działania w Unii Metropolii i zbadaliśmy, jak przebiegają skryningi w miastach, które wydawały też niebagatelne na nie pieniądze – chcę powiedzieć, że to było wiele milionów – to włos się na głowie jeżył. W tej sprawie nie widzieliśmy konkretnie nic.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak na marginesie dodam, że zwłaszcza Łódź była takim dobrym przykładem.

Słuchajcie państwo, prosiłbym o skracanie wypowiedzi, ponieważ już dwie godziny ciężko pracujemy. Zgłaszają się mówcy, którzy jeszcze nie zabierali głosu. Chciałbym, żeby w tej chwili zabrali głos.

Bardzo proszę, pan profesor.

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Jan Kotarski:

Jestem kierownikiem Kliniki Ginekologii Onkologicznej w Lublinie, reprezentuję także ośrodek akademicki i jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Mam pewien niedosyt po tej dyskusji. Z jednej strony są światowe sukcesy i bardzo cukierkowy obraz naszej onkologii, z drugiej strony jest jednak obraz siermiężnej trudności. Wydaje mi się, że nie zostały tutaj wyartykułowane i nazwane po imieniu rzeczywiste problemy onkologii. Jeżeli mamy takie niedobrych onkologów, to ja państwu oświadczam, że to nie akademie medyczne kształcą onkologów i nie akademie medyczne są odpowiedzialne za to, że dostępność leczenia onkologicznego w Polsce jest zła.

Pan profesor mówił, że Lublin jest przykładem dobrej współpracy. To nie jest tak. Podjęcie inicjatywy tworzenia akademickiego ośrodka onkologicznego wywołało

bardzo gwałtowną i histeryczną wręcz reakcję, łącznie z obecnością pana profesora Nowackiego na zebraniu urzędu wojewódzkiego. Próba utworzenia oddziału onkologicznego w Zamościu skończyła się zerwaniem posiedzenia sejmiku przez pikietę pracowników Centrum Onkologii. Oczywiście, ja na co dzień bardzo blisko współpracuję z Centrum Onkologii, bo nie mam gdzie tych pacjentów skierować. Ja muszę ich wysłać do onkologii. To jest tak: pan musi kochać swoją żonę? Oj, muszę, muszę.

To nie znaczy, że ta współpraca jest zła. My ją sobie układamy. Według mnie, jeżeli onkologia ma w Polsce służyć jednak pacjentom, być dostępna, to pacjent musi mieć, po pierwsze, prawo wyboru lekarza. I to nie tylko typu: Lublin czy Warszawa, ale również w miejscu wyboru. W związku z tym, uważam, że różnorodność w zakresie onkologii, czyli powstanie akademickich ośrodków, jest niezbędnym elementem rozwoju. Konkurencyjność jest podstawą.

Pan prezes Grabowski mówi, że onkologia daje dochody. Oczywiście, dochody będzie dawał każdy oddział, któremu pan dobrze zapłaci za usługi. Jeżeli oddziałów ginekologicznych w każdym mieście jest kilkanaście, to negocjacje z Funduszem są trudniejsze i niedoszacowanie usług ginekologicznych jest bardzo duże. W tej sprawie dzisiaj byliśmy u prezesa Funduszu. Rozmowy te są bardzo trudne.

Wydaje mi się więc, że na tym spotkaniu, niestety, nie zostały wyartykułowane najważniejsze problemy onkologii. Ta dyskusja powinna być kontynuowana. Ona będzie na początku ostra, ale sądzę, że w miarę jej trwania dojdziemy do jakiegoś porozumienia. W sumie bowiem chodzi nam o to samo, żeby ta onkologia bardziej płynnie, bardziej funkcjonalnie pełniła swoją funkcję. W każdym ośrodku ona będzie inaczej funkcjonowała, bo każdy ośrodek ma swoją specyfikę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor, bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Radioterapii w Katedrze Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Jacek Fijuth:

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo! Reprezentuję ośrodek łódzki, wspomniany tutaj dla mnie sympatycznie. Rzeczywiście, przez całe swoje życie zawodowe pracowałem w Centrum Onkologii w Warszawie. Od czterech lat kieruję radioterapią łódzką. Właśnie dzięki współpracy uczelni medycznej – uniwersytetu medycznego i regionalnego ośrodka onkologicznego, dyrekcji szpitala, gdzie znajduje się ten ośrodek, udało mi się osiągnąć ten sukces. Udało się wydzwignąć ośrodek łódzki z trzeciej ligi do czwartej ligi, jeśli chodzi o radioterapię. (*Wesołość na sali*) Tak więc, moim zdaniem, można...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przepraszam. Dziękuję. Do pierwszej ligi.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Wdziera się, jak widać, zmęczenie.*)

(*Głos z sali: To tylko przez wrodzoną skromność.*)

Pod jednym dachem znajduje się i onkologia uniwersytecka i onkologia sieci onkologicznej. Pracownicy dydaktyczni zajmują się szkoleniem kolegów studentów,

specjaliści zaś, również specjaliści pracownicy uczelni, zajmują się aplikacją klinicznej radioterapii.

Powinniśmy rozgraniczyć dwie rzeczy – problem całej onkologii, onkologii klinicznej – chemioterapię i radioterapię, która jest skoncentrowana i gdzie są potrzebne duże środki do tego, żeby unowocześniać ośrodki radioterapeutyczne i ewentualnie tworzyć nowe. W moim przekonaniu, przy tych skromnych środkach, które są dostępne, powinny być one kierowane tam, gdzie radioterapia funkcjonuje dobrze.

Wracając do punktu wyjścia. Opinia pana profesora Jędrzejczaka jest bardzo niefortunna. Jest złą rzeczą, gdyż dodatkowo buduje mur między nami, między siecią a akademią, który nie powinien mieć miejsca. Apeluję – jeśli państwo pozwolicie, a myślę, że wyrażam tu opinię wielu kolegów – ażeby ten konflikt nie powiększał się, żeby wspólnie usiąść i ustalić, gdzie jest potrzebne tworzenie akademickiej onkologii. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan profesor Meder.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Szanowny Panie Przewodniczący! Dostojni Goście! Szanowni Państwo! Moi Koledzy!

Chciałbym powiedzieć, że jestem dumny z tego, że jestem uczniem profesora Koszarowskiego. Dumny jestem, że przez trzydzieści sześć lat pracuję w jednym miejscu – w Centrum Onkologii w Warszawie. Najpierw na Wawelskiej, potem na Ursynowie. I dumny jestem z tego, że wspólnym wysiłkiem, nierzadko siedzących na tej sali osób, udało nam się po dwudziestu latach stagnacji doprowadzić do uchwalenia Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Przez dwadzieścia lat bowiem, rzeczywiście, łożono środki, ale na kardiologię. I jak najbardziej słusznie, bo był to główny problem w Polsce.

Teraz przyszedł moment, w którym trzeba zrobić wspólnymi siłami coś bardzo dobrego w onkologii. Nie tylko tych, którzy siedzą dzisiaj tutaj, reprezentując stronę akademicką, stronę regionalnych centrów onkologicznych, ale i tych, którzy dzisiaj nie mogli tu przyjść. Nie sądzę, żeby nie można było zbudować pewnego pomostu, który przede wszystkim nie zniszczy tego, co dobrze funkcjonuje. Sieć regionalnych ośrodków onkologicznych ma wielki sukces. Nie można rozpatrywać sytuacji w polskiej onkologii bez kontekstu kolejnych zmieniających się ministrów, decydentów, prezesów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oddzielnym zagadnieniem jest program narodowy, który jest programem interwencyjnym, stawiającym przede wszystkim na coś, co jest najtańsze – na zbudowanie sylwetki zdrowego człowieka, który troszczy się o swoje zdrowie. I tu od razu przejdę do rzeczy. Kolejne nasze apele do najwyższych władz państwowych, do decydentów, zostały wyrażone w apelu Polskiej Unii Onkologii, gdzie na pierwszym miejscu, jak państwo zwróćcie uwagę, prosimy o wsparcie w pozyskaniu większego finansowania onkologii. Za te pieniądze bowiem nie da się osiągnąć równego dostępu do najlepszych metod leczenia. Widzimy to codziennie w naszej praktyce klinicznej, gdzie chorzy czekają w kolejkach na procedury ratujące życie.

Nie uda się zbudować tańszej onkologii w perspektywie najbliższych dziesięciu, piętnastu lat, jeżeli tych pieniędzy nie będzie więcej, jeżeli nie zwróci się uwagi na instytucję

lekarza rodzinnego. To jest drugi punkt. Z tym też zwracamy się do obecnej pani minister zdrowia – ze zrozumieniem chyba – że tu jest przede wszystkim najważniejsza rzecz, aby umieć tak wyposażyć lekarza rodzinnego i pielęgniarkę rodzinną, żeby to oni docierali do zdrowej części społeczeństwa. Ich trzeba wynagradzać nie tylko za skierowania, ale żeby wiedzieli, co się dzieje dalej z tymi ludźmi, którym wykonano badania służące wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych. Tu jest wielki potencjał oszczędności.

I trzecia rzecz. Zwracaliśmy się już na posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu i również do państwa apelujemy: bez mediów publicznych, które mają taki obowiązek ustawowy, nie da się zmienić obrazu zdrowego Polaka, który dba o swoje zdrowie. Tak jak tu było mówione – trzeba to robić na zasadzie reklamy proszku do prania. Tu bowiem jest wielka siła i wielka potęga.

Tak że chciałbym bardzo podziękować wszystkim tu siedzącym kolegom, zarówno oponentom, jak myślę...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale w tym sensie, żebyśmy naprawdę zbudowali coś dobrego, nie skacząc sobie do oczu, nie nadużywając niepotrzebnych sformułowań, które wprowadzają zdenerwowanie. Naprawdę mamy być z czego dumni w polskiej onkologii.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Zgłaszał się pan profesor.

Bardzo proszę.

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

Bardzo krótko, bo padła kwestia państwowego rejestru nowotworów. Panie Profesorze Szczylik, rejestry w Warszawie, jak i w kilku innych miastach, zyskały międzynarodową akredytację. Dane, które pochodzą z krajowego rejestru, a które nadzoruje tu obecny pan profesor Orłowski, stały się wiarygodne międzynarodowo.

Następna sprawa. Pan profesor wspomniał, że ma tu jakiegokolwiek znaczenie liczba profesorów. Nie ma znaczenia dla leczenia. Panie Profesorze. Zdarza się, że profesor jest lekarzem.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Wesołość na sali)

Dziękuję.

**Kierownik Kliniki Onkologii
Centralnego Szpitala Wojskowego Ministerstwa Obrony Narodowej
w Wojskowym Instytucie Medycznym
Cezary Szczylik:**

Panie Profesorze, ale ja muszę odpowiedzieć. To nie chodzi o leczenie, chodzi o kształcenie, chodzi o naukę, Panie Profesorze. Intelktualnie, to jest zagłada w dyscyplinie.

(Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie Marek Nowacki: Można nie mieć tego tytułu i być dobrym nauczycielem.)

Ale to nie chodzi o tytuł.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, przepraszam. Kończymy, Panie Profesorze. Przepraszam. Myślę, że bardzo dobrze zrobiło prezydium komisji, decydując o zwołaniu tego seminarium. Istnienie pewnych nieujawnionych czy nie do końca sklarowanych pozycji nie służy dobrze sprawie jakości. Parę rzeczy, myślę, jest dla nas wspólnych. Po pierwsze, rozumiemy jak drastyczny jest deficyt kadr, jakim ogromnym zagrożeniem dla płynności funkcjonowania jest...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale prosiłbym jeszcze o chwilę uwagi. Ja już naprawdę kończę.

Dziękuję. Chcę więc zwrócić państwu uwagę, że moim zdaniem jest ogromnym wyzwaniem dla ministerstwa uwzględnienie pewnych wspólnych dla tego gremium konkluzji. A jednym z nich jest deficyt kadr. Jest też kwestia wspomnianej i planowanej decentralizacji. W jednym z wystąpień panów profesorów powiedziano, że muszą powstawać prostsze ośrodki, nieprowadzące takich skomplikowanych procedur. Wtedy ten znakomicie wyposażony instytut byłby niejako centrum planowania droższych operacji, a tańsze procedury, zwłaszcza paliatywne, mogłyby być wykonane gdzie indziej.

Mam nadzieję, że to jest początek dyskusji, która musi mieć swój ciąg decyzyjny. Chcę wszystkim państwu, którzy tutaj przyjechali, bardzo podziękować za tę atmosferę, którą udało się stworzyć, pomimo że zaczynaliśmy, myślę, w trochę gorszej atmosferze.

Jeszcze raz wszystkim państwu bardzo dziękuję. Spróbujemy sformułować ze spotkania wnioski i przekazać je do ministerstwa. Jeszcze raz bardzo dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 10)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851