

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 18)

z dnia 28 marca 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 18)

28 marca 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– „**Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2010**” oraz przyjętego przez Radę Ministrów **Harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2011 wraz z kierunkami realizacji tego programu na lata 2012 i 2013 (druk nr 52).**

W posiedzeniu udział wzięli: **Aleksander Soplński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Kozłowska** rzecznik praw pacjenta, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Marian Reinfuss** p.o. dyrektora Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, **Joanna Zabielska-Cieciuch** przedstawicielka Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – Porozumienie Zielonogórskie, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Hamankiewicz** prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, **Grażyna Osuch** przedstawicielka Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, **Ryszard Poręba** prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, **Tomasz Mikułowski** prezes Stowarzyszenia Ochrony Praw Pacjentów i Osób Niepełnosprawnych „Projekt Nadzieja”, **Adam Wędrychowicz** członek zarządu głównego Polskiego Komitetu Zwalczania Raka wraz ze współpracownikami **Grzegorz Zagórski** koordynator Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy.

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

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** – VIEWPOINT GROUP.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Witam na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam pana ministra z zespołem. Witam panie i panów posłów. Witam zacnych gości – dzisiaj mamy sporo doświadczonych i utytułowanych gości, bo temat, jakim będziemy się zajmować, jest szczególny. Na dobrą sprawę jest to pięciolecie, czyli półmetek realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Co prawda ten półmetek przypadał na koniec roku 2010, ale ze względu na zamieszanie, którego powody były różne, zajmiemy się z nim dzisiaj. Jest czas ku temu, żebyśmy podjęli różnego rodzaju refleksje, być może nawet daleko idące, czy ten program należy realizować tak, jak jest zapisane w ustawie, czy też pewne zapisy należy zmienić – przekierować nasze działania na inne pola, oczywiście szeroko rozumianej onkologii. W trakcie dyskusji najpierw zajmiemy się sprawozdaniem – eksperci, szanowni państwo posłowie i zaproszeni goście będą chcieli zwrócić uwagę na sprawy, które wydarzyły się w ciągu minionych pięciu lat, jak to w medycynie, która nie śpi, tylko posuwa się do przodu – a następnie omówimy, czy Komisja Zdrowia nie powinna podjąć inicjatywy, żeby spróbować znowelizować narodowy program, który został przyjęty w 2005 r. To nic strasznego, ale sądzę, że nad tym można się zastanawiać. Oczywiście nie przesądzam ostatecznych wniosków.

Bardzo proszę pana ministra o krótkie przedstawienie sprawozdania. Bardzo proszę, żeby – jeśli to możliwe – pan minister mówił krótko, ponieważ chciałbym udzielić głosu naszym szanownym gościom – przyjechali z daleka, mają ogromny dorobek i ogromne

doświadczenie, mają głowy pełne statystyk i wniosków, więc dobrze byłoby, żebyśmy z tych wniosków w rozsądny sposób skorzystali.

Dodam, że mamy szczególnego gościa. Właściwie nie powinienem aż tak szczególnie wyróżniać, ale powiem, że jest z nami pan senator, szef senackiej Komisji Zdrowia, onkolog nomen omen. Witamy, panie senatorze. Sądzę, że musimy zespolić siły, żeby w rozsądny sposób pokierować tym, co dzisiaj, w sensie naprawczym, jest jednym z najważniejszych wyzwań polskiej ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Soplński:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, senatorowie, realizacja „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” jest oparta na ustawie z 1 lipca 2005 r., ale właściwa realizacja rozpoczęła się dopiero od 1 stycznia 2006 r., czyli rok 2010 był czwartym rokiem realizacji tego programu. Dwa główne cele „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” to, po pierwsze, zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory, po drugie, osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów.

Zadania realizowane w ramach tego programu można przyporządkować do pięciu grup. Są to: programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów; programy inwestycyjne – są to niezbędne programy – programy poprawy jakości diagnostyki w leczeniu nowotworów; programy edukacyjne oraz pozostałe programy.

Jeśli chodzi o programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów, to przede wszystkim mówimy tu o prewencji pierwotnej i o populacyjnym programie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Kolejny program populacyjny, czyli szeroki, to program wczesnego wykrywania raka piersi. Czwarty program, to program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Natomiast piąty program, bardzo ważny, to opieka nad rodzinami wysokiego, genetycznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. W realizacji tego programu były dwa moduły. Moduł pierwszy, to wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika. Drugi moduł dotyczył zachorowania na raka jelita grubego i raka błony śluzowej trzonu macicy. Na to zwracaliśmy uwagę, jeśli chodzi o profilaktykę.

Natomiast, jeśli chodzi o programy inwestycyjne, dotyczyły one zakupu aparatury diagnostycznej dla wykrywania nowotworów, poprawy działania całego systemu radioterapii w onkologii. Doposażenia i modernizacji zakładów radioterapii, tomografii pozytonowej oraz – to jest bardzo ważne i chciałbym na to zwrócić uwagę – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków w Polsce. Jest to istotne, ponieważ dotychczas sprowadzaliśmy je, a teraz możemy już mieć własną produkcję. Następnym elementem jest poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuc – doposażenie i modernizacja klinik.

Jeżeli chodzi o poprawę jakości diagnostyki i leczenia nowotworów, była to przede wszystkim kontynuacja diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci, a szczególnie kontynuacja programu kontroli jakości diagnostyki ostrej białaczki u dzieci, również diagnostyki guzów litych u dzieci, czy diagnostyki nieziarniczych chłoniaków złośliwych u dzieci. Zmodyfikowano i ujednolicono program diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, a także kontynuowano program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończeniu leczenia nowotworowego.

W programach edukacyjnych dokonano przede wszystkim modyfikacji programu nauczania onkologii w polskich akademiach i uczelniach medycznych – obecnie ministerstwo opracowuje nowe programy kształcenia dla akademii medycznych, w których zwracamy uwagę na kształcenie onkologiczne – a także szkolenie lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii z zakresu diagnostyki nowotworów, postępowania terapeutycznego oraz opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym.

Jeśli chodzi o realizację tych programów, to muszę powiedzieć, że w roku 2010 na ten cel z zaplanowanych 2506 tys. zł wykorzystano 2332 tys. zł, a więc nie wykorzystano całości środków.

Jakie były efekty tych programów, bo to jest najistotniejsze? Jeśli chodzi o populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, to muszę powiedzieć, że jest to drugi pod względem częstości występowania nowotwór złośliwy wykrywany u kobiet na świecie. W Polsce rak szyjki macicy jest piątym pod względem zachorowalności nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet oraz szóstym na liście nowotworów będących przyczyną zgonów kobiet. Mając powyższe na uwadze, w roku 2010 – bo mówimy o realizacji programu profilaktycznego roku 2010 – Ministerstwo Zdrowia sfinansowało część administracyjno-logistyczną, to jest zrefundowało koszty osobowe i zadaniowe dla potrzeb tego programu poprzez stworzenie sieci centralnego i wojewódzkich ośrodków koordynujących. Wojewódzkie ośrodki koordynują i monitorują cały program. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

W ramach skryningu, w roku 2010 wykonano prawie 796 tys. badań cytologicznych u kobiet z populacji między 25 a 59 rokiem życia, tzn. u 27% wskazanej w programie populacji. Wykryto nowotwory szyjki macicy u 54 kobiet. Nieprawidłowe wyniki badań cytologicznych stwierdzono u 19.714 kobiet. Po weryfikacji nieprawidłowych wyników rozpoznano śródnabłonkową neoplazję szyjki macicy, a więc CIN I, CIN II i CIN III u 1936 kobiet. Można powiedzieć, że ten program daje pewne efekty – widać to po liczbach – bo wykryto wczesne postacie raka szyjki macicy. Zaokrąglając, dotyczy to około 2 tys. kobiet. Ten program w następnych latach będzie kontynuowany. Przynosi on efekty, aczkolwiek nie takie, jakich byśmy się spodziewali po skryningu, jeżeli chodzi o rak szyjki macicy. Liczyliśmy, że w ciągu pięciu lat te efekty będą większe w stosunku do tych czterech lat, kiedy ten program był realizowany.

Jeżeli chodzi o drugi program populacyjny – wczesne wykrywanie raka piersi, muszę powiedzieć, że jego realizację rozpoczęto w 2006 r. i trwa on do chwili obecnej. Jak powiedziałem, odnosząc się do realizacji programu dotyczącego wykrywania raka szyjki macicy, tu również Ministerstwo Zdrowia odpowiada za koordynację i finansowanie, natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje wykonywanie badań mammograficznych, badań skryningowych. Na realizację tego programu wydatkowano prawie 11 mln zł.

Jakie efekty przyniosła realizacja tego programu? Muszę powiedzieć, że wykonano prawie 981 tys. badań mammograficznych u kobiet w przedziale wiekowym między 50 a 69 rokiem życia, co stanowiło – tu jest większa liczba – 40,35% wskazanej populacji. Zatem ten program, jeśli chodzi o badania mammograficzne, przebiega lepiej, niż badania cytologiczne. U 4341 kobiet stwierdzono rak piersi, a więc odsetek jest znaczny. Natomiast jeśli chodzi o zmiany łagodne w sutkach, stwierdzono je u prawie 246 tys. kobiet. Jak powiedziałem na wstępie, ten program jest w dalszym ciągu realizowany i przynosi dobre efekty.

W ramach wydatkowanych pieniędzy w wysokości ponad 2 mln zł na promocję programów populacyjnych raka piersi i raka szyjki macicy – tyle wydano – za pośrednictwem Biura Prasy i Promocji podjęto wiele działań, które miały zwiększyć wykrywalność i zachęcić większą populację do skorzystania z tych programów.

Następny, czwarty program, to program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Celami tego programu było przede wszystkim: zwiększenie odsetka raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania – a więc w stadium A i stadium B, wg Dukes'a; zwiększenie odsetka wyleczenia – 5-letnich przeżyć; obniżenie umieralności z powodu raka jelita grubego, a także obniżenie kosztów leczenia wczesnych postaci.

Jeżeli chodzi o rak jelita grubego, który jest drugim najczęstszym nowotworem i drugim najczęstszym zabójcą wśród nowotworów zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, wprowadzenie w 2000 r. programu badań przesiewowych u osób bez objawów chorobowych, po 50 roku życia, miało poprawić tę sytuację. Realizowana metoda to badania endoskopowe całego jelita grubego raz na 10 lat. Muszę powiedzieć, jeśli chodzi o dane, które cały czas są weryfikowane przez Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie, to program był realizowany w 91 jednostkach w kraju. W jego ramach wykonano 35.562 badania kolonoskopowe. Pobierano wycinki i wykonano prawie

15 tys. badań histopatologicznych. U ponad 13 tys. pacjentów stwierdzono obecność polipów. Grupie prawie 12 tys. pacjentów usunięto polipy, natomiast nowotwór jelita grubego wykryto u 306 pacjentów. Poza tym, w ramach projektu przeszkolono 23 lekarzy kolonoskopistów i histopatologów. Mówię cały czas o projekcie, ale nie mówię o tym, że te wszystkie programy wymagały usprzętowania, a więc nie tylko fachowości, jeśli chodzi o ocenę histopatologiczną. Jeśli już stwierdzono chorobę nowotworową, to wymagało to leczenia, a więc i usprzętowania.

Ostatni program – opieki nad rodzinami wysokiego, genetycznie uwarunkowanego ryzyka. Tak jak powiedziałem, to były dwa moduły. Moduł pierwszy dotyczy raka piersi i raka jajnika. Muszę powiedzieć, że w tym zakresie wykonano aktywną prewencję – zidentyfikowano grupę predyspozycji u tych osób. W programie, w roku 2010, uczestniczyło 27 genetycznych poradni onkologicznych z całego kraju. W ramach tego programu prowadzono rejestr pacjentek oraz otoczono szczególną opieką te, które są nosicielkami mutacji genu BRCA1.

Efekty realizacji programów opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka dziedziczenia. Wprowadzono do rejestru 549 rodzin i wykonano 217 badań molekularnych oraz objęto opieką 1343 rodziny wysokiego ryzyka. W tych grupach ryzyka rozpoznano 20 zachorowań na raka jelita grubego i 1 na raka błony śluzowej trzonu macicy.

Jeżeli chodzi o sprawy inwestycyjne, bo to w realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” też jest istotne, w roku 2010 wydatkowano środki w wysokości prawie 27 mln zł. W ramach tej kwoty dokonano zakupu 8 rezonansów magnetycznych, a także zakupy mające na celu poprawę działania systemu radioterapii – doposażenie i modernizację zakładów radioterapii. W roku 2010 na realizację tego programu przeznaczono ponad 161 mln zł. W ramach programów inwestycyjnych zakupiono 8 akceleratorów, 3 tomografy komputerowe, 4 symulatory, 1 aparat do brachyterapii, 10 stacji planowania leczenia oraz systemy rozbudowujące dla systemów planowania leczenia, akceleratorów, kolimatorów, systemów dozymetrii oraz systemów unieruchomień.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na to, że w kosztach tych zakupów partycypowały zakłady, które to nabywały – najczęściej ze środków unijnych. Musiały one mieć 15-procentowy własny wkład do zakupu sprzętu.

Jeżeli chodzi o tomografię pozytonową, uruchomiono produkcje radiofarmaceutyków – już to mówiłem. W Polsce powstały laboratoria do produkcji FDG w Gliwicach i w Bydgoszczy, a w związku z tym uzyskano niższą cenę produkowanego radiofarmaceutyku.

Mówiąc o realizacji programów poprawy leczenia, chciałbym zwrócić uwagę na programy leczenia i diagnozowania nowotworów u dzieci. Kontynuowano program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci. Cele tego programu, to przede wszystkim: poprawa wyników poprzez zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia; zmniejszenie kosztów leczenia, a także – to jest bardzo istotne – zmniejszenie błędów diagnostycznych poprzez zwiększenie precyzji klasyfikacji poszczególnych pacjentów do grup ryzyka; ocena monitorowania choroby resztkowej w ostrej białaczce oraz wprowadzenie oceny bardzo wczesnej odpowiedzi na leczenie ostrej białaczki limfoblastycznej w piętnastym dniu chemioterapii, poprzez monitorowanie minimalnej choroby resztkowej do stratyfikacji leczenia tych pacjentów. Przygotowano również pewne podstawy do protokołu leczenia białaczki limfoblastycznej, uwzględniającego interwencję opartą na monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej.

Następny program – jeżeli chodzi o dzieci – dotyczy ograniczenia niepełnosprawności dzieci leczonych z powodu nowotworów. Wypracowano pewne zasady optymalnego postępowania diagnostycznego i leczniczego w najczęstszych nowotworach, szczególnie u dzieci i młodzieży. Ogólne nakłady na realizację tego projektu, jeżeli chodzi o ograniczenie niepełnosprawności dzieci, to ponad 3 mln zł.

Kontynuowano również program kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci. Miernikiem programu była ocena odsetka zmian pierwszej diagnozy, a także stratyfikacji pacjentów do grupy ryzyka oraz ocena leczenia.

Mógłbym szeroko opisywać te programy, ale chciałbym tylko powiedzieć, że na ich realizację przeznaczono nakłady finansowe w wysokości ponad 236 tys. zł. Jeżeli chodzi o program kontroli jakości w leczeniu nieziarniczych chłoniaków złośliwych u dzieci – bo na to też zwracano uwagę – to na jego wdrożenie wydatkowano kwotę prawie 215 tys. zł.

Panie przewodniczący, na pewno będzie wiele pytań, ale tak skrótowo przedstawiłem „Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2010”.

Reasumując powiem, że te programy będą realizowane w następnych latach, aż do roku 2013. Oczywiście w czasie ich realizacji zauważalne są kwestie koniecznych korekt. Przykładowo, jako ministerstwo jesteśmy przed zmianą w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy, bo po analizie ten program, już wieloletniego, okazało, że nie przyniósł on zamierzonych efektów. Dlatego program zwalczania raka szyjki macicy wymaga korekty, nowego opracowania. Obecnie pracujemy w ministerstwie nad wprowadzeniem tej korekty.

Jeżeli chodzi o program badań mammograficznych raka sutka, to – jak myślę – mamy dobre efekty. Również zgłaszalność kobiet na te badania jest dobra. Możemy wykryć coraz więcej wczesnych postaci raka sutka, a w związku z tym możemy wprowadzać oszczędzające onkologiczne leczenie operacyjne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za skrótowe przedstawienie sprawozdania. Chciałbym otworzyć dyskusję. Na początek poproszę panie i panów posłów, następnie gości, których chciałbym poprosić o zabranie głosu, a później poproszę o ewentualne odpowiedzi i podsumowanie dyskusji.

Proszę, pan przewodniczący Latos, pan poseł Ziętek, pan poseł Hoc i pani poseł Szczypińska. Tytuł chętnych zanotowałem. Później zabiorą głos następne osoby.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Zacznę od tego, że cieszę się, iż dyskutujemy dzisiaj z naszym kolegą posłem, z którym tej tematyce poświęciliśmy wiele posiedzeń Komisji w poprzedniej kadencji. Bardzo się cieszę, że w tej ważnej sprawie ponownie możemy współpracować.

Przechodząc do programu, z dużym uznaniem przyjmuję te informacje i realizację tego programu, który – co należy podkreślić – został przyjęty ponad podziałami politycznymi. To był rok 2005 i pełna zgoda wszystkich odnośnie do potrzeby jego realizacji. Oczywiście są różne wnioski i potrzebne są korekty – pewnie będziemy o tym jeszcze niejednokrotnie dyskutować – ale, niezależnie od tego dokumentu, chciałbym zapytać o coś innego.

Pamiętam z poprzedniej kadencji dyskusję, chociażby przy okazji wydłużenia czasu pracy, między innymi patomorfologów, o problemach, które mogą wystąpić w przyszłości. Jest to niewątpliwie specjalność mało popularna. Jedną z zachęt był skrócony czas pracy. Wtedy środowisko sygnalizowało, że w przyszłości mogą pojawić się problemy.

Dlaczego o tym mówię? Chciałbym zapytać, na ile to może stanowić wąskie gardło nie tylko w realizacji tego programu, ale w ogóle w funkcjonowaniu onkologii jako takiej, oczywiście w perspektywie kilku najbliższych lat, a również skutków wejścia w życie tej nowelizacji. To po pierwsze.

Po drugie. Jakie można znaleźć rozwiązanie, jeżeli chodzi o zrównoważenie dostępności chociażby do radioterapii. Kilkunastokrotnie spotykałem się z następującą sytuacją, że o ile w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, które świetnie funkcjonuje, pacjenci ambulatoryjni są bez kolejki, prawie z marszu, przyjmowani na radioterapię, o tyle w przypadku pacjentów, którzy z różnych powodów, również ze względu na dużą odległość zamieszkania od szpitala, wymagają hospitalizacji, kolejki są wielotygodniowe. Co moglibyśmy w tej sprawie zrobić? Bo jedną sprawą jest wykryć, a drugą sprawą jest leczyć. W związku z tym mam wrażenie, że tych miejsc stacjonarnych jest za mało. Oczywiście przy Centrum Onkologii jest quasi hotel – pani poseł kiwa głową, że jest – ale nie czarujmy się, nie każdego stać na to, żeby w takim hotelu zamieszkać. Jeśli

kogoś na to stać, to dobrze, jeśli ktoś ma na miejscu rodzinę – też dobrze, natomiast ja spotykałem się z takimi sytuacjami, o których przede chwilą wspomniałem.

Ostatnia sprawa, drobna, może niewarta poruszenia przy tak ważnej problematyce, ale dla pacjentów i ich samopoczucia, zdrowia psychicznego, niezwykle ważna. Chodzi o kwestię zaopatrzenia w sposób profesjonalny – zresztą na podstawie umowy z NFZ – osób po chemioterapii w peruki. Mam na myśli przede wszystkim panie – pacjentki, które otrzymywały chemioterapię.

Chciałbym zasygnalizować panu ministrowi sytuację kuriozalną – o szczegółach później będę chętnie informować. Mówię o przykładzie Bydgoszczy. Uprawnienia, które przyznano na podstawie określonych kursów i szkoleń, na podstawie określonego rozporządzenia prezesa, po roku – ponieważ wspomniana placówka miała kontrakt z NFZ – wydano decyzję prawną działającą wstecz. Cofnięto się i zmieniono zasady. Okazało się, że ludzie, którzy mają uprawnienia – a jest ich w Polsce mnóstwo – już tych uprawnień nie mają, i żeby prowadzić placówkę muszą zatrudnić – proszę mi wierzyć – lekarza lub pielęgniarkę. Sytuacja jest absurdalna. Po co w tego typu sklepie zatrudniać lekarza, pielęgniarkę czy kogoś innego z wykształceniem medycznym? Proszę to sprawdzić. Później służę dokumentami. Tą sprawą interesowała się TVN i inne media. Jednak jest pat, ponieważ pan prezes Paszkiewicz nie bardzo chce zmienić swoje decyzje. W związku z tym uprzejmie prosiłbym pana ministra o przyjrzenie się tej sprawie, z pozoru błażej, ale dla tych ludzi niezmiernie istotnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym przypomnieć, że poruszamy się dzisiaj w ramach dokumentu pn. „Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, który funkcjonuje na podstawie 10-artykułowej ustawy, w której nie ma ani słowa o leczeniu. Panie pośle, dobrze, że te uwagi padły, ale prosiłbym, żeby jednak mówić o najważniejszej sprawie, czyli trzymać się tematu, bo sprawa jest naprawdę poważna. Albo uda się nam to przekierować i osiągnąć cele tej ustawy zapisane w art. 1 i 2, albo możemy się poddać i wyrzucić w błoto 3 mld zł.

Proszę bardzo, następny jest pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Panie przewodniczący, panie senatorze, pani ministrze, posłanki, posłowie, drodzy goście, pan minister w swoim sprawozdaniu był uprzejmy poruszyć dwa tematy, które mnie szczególnie w onkologii interesują – rak szyjki macicy, rak sutka. Jeszcze rak jajnika. Mówił również o tym, że podebatujemy dzisiaj nad sprawozdaniem z realizacji Narodowego programu za rok 2010 i ewentualnymi kierunkami, które mają być realizowane w latach 2012 i 2013. Wydaje mi się, że fantastycznie w tę zmianę, w którą głęboko wierzę, szczególnie jeśli chodzi o raka szyjki macicy i osiągnięcia w tym zakresie, wpisuje się zatwierdzona przez ministra zdrowia rekomendacja kompleksowych zmian w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce, czyli po prostu Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy. Mamy szczęście gości dzisiaj pana prof. Ryszarda Porębę, przewodniczącego rady programowej tej koalicji. Nie będę odbierać tematu panu profesorowi. Są to bardzo szczegółowe rekomendacje, moim zdaniem, bardzo dobre.

Faktycznie, ten Narodowy program – jak pan minister powiedział – nie do końca spełnił swoje zadanie osiągnięcie do 2015 r. tylko 500 zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy. Jeśli chodzi o ten program, to chyba jest już niemożliwe. Nie mówię odważnie, że w Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy mamy receptę na to, aby takie cele osiągnąć, ale jestem dobrej myśli i wydaje mi się, że możemy to spełnić.

Korzystając z obecności tu pana senatora, zaproponowałbym – rozmawialiśmy o tym przed posiedzeniem Komisji również z panem prof. Porębą – zorganizowania wspólnie z Senatem w przeddzień Dnia Matki, w maju, konferencji w Sali Kolumnowej, przedstawiającej wszystkim posłom, a przede wszystkim posłankom, rekomendacje dotyczące raka szyjki macicy i raka sutka. Takie starania podejmę i będę namawiał do tego panią marszałek.

Natomiast, jeśli chodzi o profilaktykę raka szyjki macicy, to generalnie rzecz biorąc, szukamy taniej, prostej i ogólnie dostępnej metody skryningowej, która pozwoli nam na wczesne jego wykrywanie. Na pewno jest to cytologia w dwóch odmianach – Papa Nicolau i Bethesdy – już dawno nie mówimy o cytologii na podłożu płynnym, czyli LBC – trochę to nam umknęło – ale profilaktyka, bo etiologia jest taka, a nie inna, krąży wokół brodawczaka ludzkiego, czyli HPV. Zresztą zwrócono uwagę na to, że HPV jest odpowiedzialny w etiologii nie tylko za raka szyjki macicy, ale że w ogóle jest odpowiedzialny za nowotwory tak zwanej okolicy onkogenitalnej, a także raka głowy, szyi, a niektórzy mówią, że i raka piersi. Może należy pomyśleć o badaniach w kierunku diagnostyki HPV, nawet prostego testu, który pacjentka może wykonać w domu.

Pamiętamy, że w pewnych dyskusjach w poprzedniej kadencji, a także wcześniej, jeżeli chodzi o zgłaszalność na badania cytologiczne – bo jest to problem – zwracaliśmy uwagę na to – była taka koncepcja – żeby wprowadzić obligatoryjne badania profilaktyczne zarówno cytologiczne, jak i mammograficzne, żeby wpisać je do badań pracowniczych. Wówczas resort pracy uważał, że Kodeks pracy nie jest do tego, aby wprowadzić taką obligatoryjność. Po pewnym czasie pojawiła się w Ministerstwie Zdrowia koncepcja, aby obowiązek badań profilaktycznych wpisać do ustawy o zdrowiu publicznym. Z tego wynika moje pytanie – czy wracamy do takiej koncepcji ustawy o zdrowiu publicznym, czy raczej nie?

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na innowacyjne metody skryningowe diagnostyki raka szyjki macicy, a mianowicie, badania biofizyczne. Wydaje mi się, że warto im się przyjrzeć, dlatego że mają one dużą powtarzalność. Z tego, co wiem, zmniejszają liczbę fałszywie dodatnich wyników, mają dość dobrą swoistość, a obecnie tych metod badań jest kilka. Na razie tyle z mojej strony. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hoc, proszę uprzejmie. Potem pani posłanka Szczypińska.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję. Rzeczywiście to dobrze, że dyskutujemy dzisiaj o tym programie. Dobrze, że on w ogóle powstał, i to – jak już powiedziano – ponad wszelkimi podziałami. Tak powinno być. Dobrze, że zasiada tu pan wiceminister, który jako niedawny poseł miał bardzo wiele pytań i był skrupulatny oraz dokładny w takich sprawach, jak „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Będzie więc bardzo dobrze rozumieć nasze pytania, wątpliwości i ewentualne zastrzeżenia.

Celem tego programu jest przede wszystkim zwiększenie wczesnej wykrywalności. Wiadomo, że wczesne wykrycie zwiększa szansę na przeżycie. Jest to slogan, ale jest to też prawda, którą wszyscy akceptujemy i wiemy, że to jest bardzo ważne. Najważniejszym jednak celem programu jest konkretny efekt, czyli zmniejszenie umieralności i zwiększenie odsetka wyleczalności. Dlatego powinniśmy oceniać go po konkretnych efektach i – tak, jak pan przewodniczący powiedział na początku – powinniśmy podać go głębszej refleksji, bo przypomnę trzy czynniki, czy wskaźniki, które praktycznie determinują to, czy mamy sukces onkologiczny.

Pierwszy, to wskaźnik pięcioletniego przeżycia od momentu wykrycia choroby nowotworowej. I co? Wydaje mi się, że tak, jak było w 2006 r., tak bez zmian jest w 2012 r. Nadal wśród Polaków wskaźnik 5-letniej przeżywalności wynosi 37%, a wśród Polek 46%, przy czym, na przykład w Szwecji, kobiety przeżywają w 62%, a Wielkiej Brytanii w 52%. Czyli konkretnego efektu nie ma. Pieniądze są, program jest, ktoś bierze pieniądze za edukację, za pewne rzeczy, natomiast konkretnego efektu nie ma.

Drugim wskaźnikiem, proszę państwa, jest czas, jaki upłynie od momentu rozpoznania do momentu dostępności do nowoczesnego i innowacyjnego leczenia przeciwnowotworowego. I co? I nic. Nadal jest to okres kilkumiesięczny od momentu rozpoznania do momentu wszczęcia nowoczesnej terapii onkologicznej. To jest dramat, proszę państwa – wydajemy pieniądze, a efektu nie ma.

Trzeci wskaźnik, to nakłady – środki w przeliczeniu na jednego mieszkańca – na choroby nowotworowe. W Polsce wynoszą poniżej 50 euro na jednego mieszkańca, podczas gdy w innych krajach – w Niemczech czy Francji – jest to powyżej 200 euro.

To są te czynniki. Proszę państwa, według nich powinniśmy oceniać program. Panie ministrze, pan to dokładnie rozumie, bo pan to samo mówił, kiedy był pan posłem. Panie ministrze, proszę zwrócić uwagę na konkretne efekty – nie powiem owoce, bo po czynach ich poznać.

Proszę państwa, Polska jest na trzecim miejscu spośród 28 krajów europejskich pod względem ryzyka zgonu spowodowanego chorobami nowotworowymi. Czyli na 28 krajów, jeśli jesteś w Polsce, to jesteś najbardziej narażony na to, że umrzesz z powodu choroby nowotworowej.

Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że jako lekarz wiem, co to znaczy raka. To jest osobisty dramat. Co w tym dramacie kobieta czy mężczyzna mają czynić? Po pierwsze, muszą włączyć swoje mechanizmy, żeby się nie poddać tej chorobie, muszą walczyć ze swoim układem immunologicznym, muszą go zmienić. Jednak wychodzą na zewnątrz i tam spotykają się z dramatem, z urzędniczą uznaniowością. To, co kiedyś było osiągnięciem, a u nas jest określane jako chemioterapia niestandardowa, to w krajach Unii Europejskiej, w krajach rozwiniętych, jest normą. Dlatego, proszę państwa, mówimy o wczesnej wykrywalności. Co z tego?

Wyobraźmy sobie, że wyedukowana kobieta czy wyedukowany mężczyzna wykrywają tę chorobę. I co? Przychożą i spotykają się z drogą przez mękę. To jest gehenna. Spotykają się z uznaniowością. Na przykład, w jednym oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia będzie dostęp do leków nowoczesnych, innowacyjnych – chemioterapii, a w innych nie. To urzędnik o tym decyduje, a nie kryteria, które powinny być racjonalne, pragmatyczne i uczciwe. Tu jest dramat.

Panie ministrze, możemy długo dyskutować, ale cały czas patrzymy na efekty. Proszę pochylić się nad analizą i sprawdzić to, co pan robił również jako poseł, czy te pieniądze nie są w pewien sposób marnotrawione. Tak jak w powiatowych urzędach pracy są szkolenia, a efekty zatrudnienia są mizerne, tak samo tutaj – nie wystarczy tylko edukować, uświadamiać i rozpoznawać. Przede wszystkim trzeba leczyć. Trzeba poprawiać wskaźniki, te, które są miarodajne i te, które – co w naukowy sposób jest udowodnione – w krajach rozwiniętych powinny być takie, a nie inne. Dziękuję – tyle, a może aż tyle.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Następna jest pani posłanka Szczypińska. Proszę bardzo.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Dzisiaj rozmawiamy o sprawie, która musi budzić emocje, chociaż ja się staram zdystansować.

Myślę, panie przewodniczący, że dobrze byłoby przed tym posiedzeniem Komisji zorganizować wycieczkę posłów i wszystkich osób zainteresowanych do Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie, najlepiej w godzinach rannych, a później zaprosić pacjentów na to posiedzenie Komisji. Wtedy zobaczylibyśmy, jak wygląda realizacja bardzo ładnego programu, bo przecież program jest pięknie napisany – „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Wtedy wszystko byłoby jasne.

Pochodzę z województwa pomorskiego. To jest województwo, które przoduje w zachorowalności na choroby onkologiczne. Nie będę się tu odnosić do swoich własnych doświadczeń jako pacjentki, ale chcę powiedzieć, że skandalem jest to, żeby w XXI wieku na chemioterapię, czy na radioterapię, czekało się pół roku.

Mówimy tu o profilaktyce. Bardzo pięknie, ale chcę również powiedzieć, że spotykam się z pacjentkami, również przyszłymi, które tych badań nie chcą robić z prostego powodu. Mówią – pani posel, i co z tego, że się dowiem, że choruję na raka sutka. Ja tego nie chcę widzieć, bo co ja potem zrobię.

Z dostępnością do leczenia jest dramat. To jest tragedia. Powiedzmy to sobie szczerze. Oczywiście pacjentka robi badania, zgodnie z zaproszeniem, które otrzyma, i nie daj Boże – a pan minister mi potwierdził, że jest coraz więcej takich przypadków – że otrzyma diagnozę – rak. Co wtedy ta pacjentka może zrobić? Oczywiście musi czekać w kolejce do specjalisty. O kolejce decydują głównie finanse, bo Narodowy Fundusz Zdrowia musi zakontraktować liczbę świadczeń zdrowotnych – specjalista przyjmie 15 osób dziennie,

a reszta czeka. To jest tylko pierwszy etap. W przypadku chorób onkologicznych nie muszę nikogo przekonywać, że liczy się czas. Jeżeli ktoś nie ma innych możliwości, nie ma karty kredytowej, nie ma większych środków finansowych, jest skazany na śmierć. O tym, proszę państwa, też trzeba sobie powiedzieć, bo nie każdego stać na to, żeby objeżdżać wszystkie ośrodki onkologiczne, korzystać z prywatnych wizyt u najlepszych specjalistów, aby otrzymać odpowiednie leczenie. Przeważnie kończy się to w hospicjum, bo już jest za późno.

W województwie pomorskim, proszę państwa, są wspaniali specjaliści, jest wspaniały sprzęt, ale, co z tego. W tej chwili, z powodu zmienionego algorytmu, zmniejszonych środków na finansowanie, bardzo długo czeka się na jakiegokolwiek leczenie onkologiczne. Tam jest dramat.

Mam serdeczny apel, bo można pisać piękne programy – my, Polacy, jesteśmy w tym chyba najlepsi – ale zastanówmy się, czy środki, które przeznaczamy na te programy nie byłyby lepiej wykorzystane, gdybyśmy je przeznaczyli przede wszystkim na leczenie. Niekoniecznie na profilaktykę, ale również na leczenie. Co zrobić, żeby pacjent czy pacjentka, po wykryciu choroby nowotworowej – zgodnie z narodowym programem zwalczania raka – doczekali się odpowiednich świadczeń? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, następną jest pani przewodnicząca Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Po raz kolejny mam okazję zapoznawać się ze sprawozdaniem z realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” i dzisiaj pomyślałam, że warto zastanowić się nad jego dwoma aspektami. Chodzi przede wszystkim o pytania, jakie sobie stawiamy, bo to, że program jest potrzebny, że musi być realizowany przez wiele lat, że profilaktyka to proces wieloletni, oczywiście wiemy. Nikt też nie spodziewa się rewelacyjnych wyników w krótkim, rocznym czy dwuletnim okresie. Niemniej jednak, zadajemy sobie pytanie – dlaczego, jeśli te pieniądze są celowane, wydatkowane na poprawę diagnostyki, a także leczenia chorób nowotworowych, wskaźniki wyleczenia sięgają, niestety, tylko 40%. To jest pierwszy wniosek, jaki się nasuwa. A drugi – dlaczego, w odczuciu samych pacjentów, dostępność do leczenia onkologicznego nie jest najlepsza?

Tak jak powiedziałam na początku swojej wypowiedzi, chciałabym skupić się na dwóch aspektach – profilaktyce, a także na infrastrukturze, czyli na środkach, które w dość dużej ilości zostały wydatkowane na sprzęt.

Jeśli chodzi o profilaktykę, to mam jednak poczucie, że powinniśmy – nie bezpośrednio my, posłowie, ale komisja, która zajmuje się programem – dokonać jego weryfikacji. Sam pan minister wspomniał, że program i środki przeznaczone na diagnostykę i profilaktykę raka szyjki macicy, niestety, nie spotkały się z takim uznaniem, z jakim powinny się spotkać. Chodzi głównie o badania cytologiczne i zainteresowanie kobiet. Wydatkowaliśmy ogromne pieniądze na zaproszenia, a efekt, to 27% przebadanych kobiet, czyli naprawdę bardzo mało.

Jest też faktem, że są działania oddolne. Jest wiele stowarzyszeń, koalicji, które zdecydowanie działają w celu poprawy tej sytuacji. Przede mną poseł mówił o takiej inicjatywie – Koalicji, która zawiązała się i pracowała przez wiele miesięcy, opierając się na wiedzy ekspertów i wypracowała kolejne, konkretne rekomendacje. Stąd moje pytanie do pana ministra. Jeżeli są ruchy oddolne, jeżeli powstają stowarzyszenia, fundacje oparte na lekarzach-ekspertach, powstają rekomendacje, to czy te rekomendacje są wykorzystywane przez radę, która weryfikuje program, i w jakim aspekcie – czy tylko tych programów, które są w tej chwili realizowane, czy analizowane są także nowe programy, które powinny, na przykład, wejść zamiennie albo pilotażowo do tego programu narodowego?

Dlaczego o to pytam? Jestem laryngologiem i ostatnio dowiedziałam się – o czym nie wiedziałam – że nastąpił bardzo gwałtowny przyrost zachowań na nowotwory głowy i szyi. O tym problemie nic się nie mówi – może nic, to za wiele powiedziane – a jest on związany ze zmianą stylu życia. Prawdopodobieństwo, że liczba tych nowotworów

będzie wzrastać, jest duże. Są wypracowane innowacyjne metody leczenia. W związku z tym, pytanie jest takie – czy rada opiniując narodowy program nowotworowy rozważa wprowadzenie doń innych, nowych schorzeń nowotworowych? W jaki sposób poszczególne grupy schorzeń są kwalifikowane do tego programu? Czy takich weryfikacji rada dokonuje?

Druga rzecz związana jeszcze z profilaktyką. Wróć jeszcze raz do tematu raka szyjki macicy. W zeszłej kadencji poświęciliśmy wiele czasu tematowi rozmów, edukacji. Organizowaliśmy różnego rodzaju akcje edukacyjne – zaangażowane były szczególnie kobiety. Okazuje się, że to wszystko za mało. W związku z tym, wydaje mi się, że trzeba wzmocnić i połączyć te wszystkie rekomendacje, które są, a więc mówienie o edukacji, o profilaktyce, a może o zmianie wskazań do badań cytologicznych. Pamiętam, jak mówiliśmy, że kobieta, która robi badania okresowe, powinna zrobić badanie cytologiczne. Czy te tematy w Ministerstwie Zdrowia są rozważane? Czy są przez radę rozpatrywane? Uważam, że powinniśmy doprowadzić do takiej sytuacji, o jakiej wcześniej wspomniał przewodniczący, że być może należałoby ten program nowelizować.

Drugi aspekt – dostępność. Na infrastrukturę i na zakup sprzętu zostały przeznaczone środki. To bardzo dobrze – mamy nowoczesny sprzęt. Myślę, że jest rozmieszczony w miarę regularnie na obszarze całego kraju, ale z rozmów z ekspertami, onkologami, moimi kolegami wynika potrzeba zmian w organizacji – przede wszystkim wzmocnienie roli instytutów onkologii. To po pierwsze. Po drugie, orzeczenie o referencyjności tych ośrodków.

Drugie moje pytanie dotyczy wykorzystania właśnie tego sprzętu i organizacji systemu, jest następujące. Czy takie prace trwają? Czy zamierzają państwo w jakiś sposób ten system zmieniać? Jeżeli tak, to jak? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym, żebyśmy próbowali skrócić wystąpienia i wypowiadali się w formie postulatów lub pytań, bo jeszcze są bardzo szacowni gości, którzy mają nam dużo do powiedzenia w tej materii. Proszę uprzejmie. Pan poseł Witko.

Poseł Marcin Witko (PiS):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Mam nadzieję, że będzie mi dane wypowiedzieć się w tej sprawie.

W ogólnie dostępnych publikacjach można przeczytać, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w ciągu najbliższych kilku lat będzie systematycznie rosnąć, szczególnie liczba zachorowań wśród kobiet. Są to informacje niezwykle niepokojące. Pozwolę sobie odnieść się również do – wspomnianej wcześniej przez moją przedmówczynię – kwestii zachorowań na raka szyjki macicy i wielkiej kwoty skierowanej na zaproszenia do wzięcia udziału w badaniach cytologicznych. Z moich informacji wynika – jeśli się mylę, proszę mnie poprawić – że z tego programu skorzystało tylko 6% kobiet w mieście, a 5% na terenach wiejskich. Natomiast te 27% wynika stąd, że osoby dowiadują się o możliwości skorzystania z takiego badania również w inny sposób – w przychodni lekarskiej lub od rodziny czy znajomych, którzy skorzystali z takiego badania lub dopytywali się o to. Samo 27% jest bardzo niewielkim wynikiem, a jeśli do tego dodamy, że z tych zaproszeń faktycznie skorzystało 6% populacji w mieście i 5% na wsi, to jest to zatrażające. W związku z tym, mam pytania.

Żeby łatwiej nam było rozmawiać, na str. 9 czytamy, że na działania medialne koordynowane, nadzorowane i prowadzone przez Biuro Prasy i Promocji wydano 1204 tys. zł. Proszę powiedzieć, na co te środki zostały wydatkowane. Jakże to były działania na rzecz poprawy zgłaszalności, bo to jest niemała kwota. Ta nieszczęsna wysyłka zaproszeń – prawie 5 mln zł. Budzi wiele wątpliwości, czy środki powinny być wydatkowane w tym kierunku.

Szanowni państwo, mówiąc o kwestiach tak ważnych jak choroby nowotworowe, które – tak, jak wspomniał pan przewodniczący – są na drugim miejscu wśród powodów zgonów w Polsce, nie sposób nie powiedzieć, że chyba powinniśmy się zastanowić nad pewnymi zmianami systemowymi. Obawiam się, że wzrost zachorowań na choroby nowotworowe będzie równoczesny ze wzrostem zachorowań na inne choroby. Z czego

to wynika? Otóż, wielu ludzi jest nieświadomych schorzeń, które posiadają, nie mają na ten temat najmniejszej wiedzy.

Dzisiaj instytucja lekarza rodzinnego działa w ten sposób, że za wydanie skierowania na specjalistyczne badanie dostaje on po kieszeni. Dlatego często nie kieruje na takie badanie. Żeby nie być gołosłownym, posłużę się przykładem osobistym – dotyczącym nie mnie, ale mojej żony.

Żona – na podstawie profilaktyki pierwotnej – badała się i wykryła u siebie guza piersi. Poszła do lekarza rodzinnego, który, po uzyskaniu takiej informacji, powinien ją skierować na badanie specjalistyczne. Poprosiła o takie skierowanie, ale go nie dostała. Proszę posłuchać dalej. Wiem, że najłatwiej mówi się o sprawach, które nas nie dotyczą. Było to w czasie, kiedy karmiła piersią, bardzo niedawno. Lekarzy mogło to w pewnym sensie wyprowadzić na złe tory. Miała robione badanie USG przez lekarza specjalistę, który nic nie wykrył. Stwierdził, że to może być skutek zwapnienia. Po jakimś czasie miała robioną biopsję, a dzisiaj jest już po mastektomii.

Powracam do stwierdzeń tych moich poprzedników i poprzedniczek, którzy mówili o tym, że faktycznie w Polsce okres od momentu, kiedy kobieta u siebie, nawet sama, wykryje jakiegokolwiek guza, do momentu, kiedy będzie miała możliwość spotkać się ze specjalistą i podjąć właściwe leczenie, jest niesłychanie długi. Nie muszę nikogo przekonywać do tego, że często kończy się to tak, jak się kończy – niemożnością pomocy takiej osobie.

Szanowni państwo, myślę, że mieli państwo możliwość przeczytania w pewnym tygodniku artykułu – „Skazani na śmierć”. W związku z tym, chciałbym zadać już ostatnie pytanie skierowane do pana ministra, do Ministerstwa Zdrowia.

Panie ministrze, proszę mi powiedzieć, czy ten artykuł mówi prawdę, czy faktycznie brakuje cytostatyków, nie tylko w Warszawie, ale w Polsce. Co państwo zamierzają zrobić z ludźmi, którzy faktycznie z powodu niemożności prowadzenia dalszej chemioterapii są skazani na śmierć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Stawiają mi państwo w bardzo trudnej sytuacji, bo mówimy tu o dwóch sprawach. Mówimy o ustawie, która nazywa się „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Rozumiem, że te sprawy, tak jak *case study*, są ważne, ale mówmy o ogółach, bo inaczej uciekniemy w pojedyncze przypadki.

Prosiłbym, żeby jednak pilnować tematu. Proszę uprzejmie, jako następna pani posłanka Hryniewicz.

Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, najciekawsza część tego sprawozdania znajduje się w suplemencie, od str. 37. To, co zwraca moją uwagę w tym suplemencie, to tabela pierwsza, która pokazuje, że od roku 2006 mamy ten sam poziom planowanych wydatków na „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Ponieważ jednak te lata charakteryzują się dość wysoką inflacją, to możemy powiedzieć, że z roku na rok planowane wydatki, a także wydatki realizowane, spadają. W roku 2010 rzeczywiście było o 36 mln zł więcej, ale to były środki, które pochodziły z rezerwy celowej. Może Komisja zgłosiłaby dezyderat, żeby te środki były zwiększane przynajmniej o współczynnik inflacji w danym roku albo o wzrost PKB i współczynnik inflacji, dlatego, że my lubimy się chwalić, że jesteśmy tacy nowoczesni i rozwinięci. Rzeczywiście przodujemy, jeśli chodzi o zachorowania na choroby nowotworowe, a w przypadku niektórych chorób nowotworowych jesteśmy w całkowitej czołówce. Dlatego zwracam uwagę na ten problem.

Na tej samej stronie jest także druga, niezwykle ciekawa informacja o tym, że lekarze pierwszego kontaktu odmówili szkolenia się w zakresie minimum onkologicznego i wczesnej diagnostyki nowotworowej. Często bywam w Instytucie Onkologii w Warszawie na Ursynowie i mogę państwu bardzo dużo powiedzieć o tym, co tam przez wiele lat obserwuję. Znacznie ciekawsze obserwacje mam ostatnio ze szpitali, z oddziałów wewnętrznych w Warszawie, gdzie niemal co druga osoba ma zaawansowaną chorobę nowotworową. Pewnie szpitalom bardziej się to opłaca. Dlaczego o tym mówię? Nie dlatego,

żeby państwa epatować moimi doświadczeniami, ale dlatego, że lekarze pierwszego kontaktu są głównymi sprawcami ciężkich zachorowań na choroby nowotworowe.

Wydaje mi się, że jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia chce racjonalnie wydawać pieniądze, to od lekarza pierwszego kontaktu musi wymagać zdania egzaminu czy ukończenia kursu, który obejmowałby minimum wiedzy onkologicznej i znajomość wczesnej diagnostyki nowotworowej. Proszę państwa, tak naprawdę nie może być. To przecież nie tylko ja widzę. Nie jestem lekarzem, ale nie tylko ja to widzę. Każdy z państwa, jeżeli odwiedzał kogoś chorego na oddziale wewnętrznym, a także na innych oddziałach, zauważył, że jest tam mnóstwo osób chorych na choroby nowotworowe.

Chciałabym wiedzieć, dlaczego ta promocja – mimo że w tych programach wydaje się na nią 10% środków – jest tak mało skuteczna. Chciałabym również zapytać o to, czy Ministerstwo Zdrowia ocenia w każdym roku skuteczność realizowanych programów, bo ze statystyk demograficznych nie wynika, żeby ten program przynosił jakieś większe pozytywne skutki. Oczywiście rozumie, że o to jest trudno, bo populacja starzeje się, a im starsza populacja tym częstsze są zachorowania na choroby nowotworowe.

Chciałabym również zapytać pana ministra o to, jakie wnioski wyciągnięto z tej kontroli, którą przeprowadziła Najwyższa Izba Kontroli, dotyczącej szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu. Chciałabym też wiedzieć, dlaczego zrezygnowano z programu dotyczącego chłoniaków? To jest bardzo trudny rodzaj nowotworu, który wykrywają w specjalistycznych szpitalach i często znajdują się tam ludzie w bardzo zaawansowanym stanie.

Chciałam też prosić o to, aby pan minister zechciał nas poinformować, jak jest oceniana jakość prowadzonych badań profilaktycznych. Dość dużo jeżdżę po kraju – mam dużo znajomych – a interesuję się tą sprawą od wielu lat, mniej więcej od 2002 r., więc mam skalę porównawczą i muszę powiedzieć, że byłabym bardzo zobowiązana, gdy pan minister zechciał powiedzieć, co wynika z tej kontroli jakości badań profilaktycznych, które – jak rozumiem – ministerstwo prowadzi. Jakie wnioski się wyciąga? Co w związku z tym się zmienia?

Może jeszcze dodatkowo poproszę, żeby mi wyjaśnić, jak to jest – chodzi o tabelę na str. 41. Państwo mówią, że program obejmuje 27% kobiet z przedziału wiekowego 25-59 lat. Jest to około 10 mln kobiet. Czy wszystkie te kobiety państwo dodają? Ja tego nie rozumiem? Od wielu lat chodzę na badania cytologiczne i wiem od lekarki, że powinnam je wykonywać co roku. Tak też chodzę. Czy te 27% to wszystkie... Proszę? To chodzi o to, że jeden raz? Jeżeli to są badania co kilka lat, to jest to bez sensu – taka statystyka wprowadza w błąd. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Kontynuujemy dyskusję. Proszę, pani posłanka Skowrońska. Później chciałby zabrać głos pan senator, następnie pani poseł Okragły i pan przewodniczący Katulski. Proszę bardzo.

Posel Krystyna Skowrońska (PO):

Postaram się mówić krótko. Pewnie każdy z nas ma jakieś osobiste doświadczenia. Na pewno każdy ma znajomych, którzy mówią, jak wygląda leczenie. Jednak chciałabym solidaryzować się z panią przewodniczącą Małecką-Liberą i dodać – bo w głosach pana posła Hoca i pani poseł Szczypińskiej brzmiało to tak, jakby to była dzisiejsza wina tylko tego ministra zdrowia – że problem związany z leczeniem chorób nowotworowych jest znany Komisji Zdrowia, a przede wszystkim lekarzom i pacjentom od dłuższego okresu. Porównywanie wydatkowania środków w Polsce i w Europie, gdzie są różne systemy i gdzie robi się to w różnym okresie, jest niemożliwe. W związku z tym chciałabym poprosić pana ministra o odpowiedź na piśmie na pytania – po pierwsze, ile wydawano 7 lat wstecz, od 2005 r. czy 2004 r., na zawiadomienia w sprawie badań w tym zakresie? A ponadto – ile jest zdiagnozowanych chorób nowotworowych? Ile środków przeznaczano w poszczególnych okresach na leczenie.

Myślę, że te środki są większe w porównaniu z poprzednimi laty. Znam wydatki w latach 2003-2005 i 2007-2008 – można porównać wydatkowanie środków – i wiem, że od lat mamy problem z powiadamianiem o profilaktycznych badaniach mammograficznych,

cytologicznych lub łącznych. Niestety, skutek, w stosunku do liczby wysłanych zaproszeń i liczby wykonanych badań – mimo że są pieniądze – nie jest zadowalający. Pytanie główne – co możemy zrobić? Myślę, panie przewodniczący, że nie powinno być tak, że próbujemy się ustawiać po różnych stronach. Cel mamy jeden – co powinniśmy zrobić albo, jak przekonywać? Skoncentrowaliśmy się na zawiadomianiu i realizacji programu, ale jak w to powinien włączyć się lekarz POZ, bo teoretycznie, to on powinien najbardziej czuć nad naszym zdrowiem. To my go sobie wybieramy. To on powinien być naszym przewodnikiem po badaniach, zaproszeniach itp. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, nie odpowiem pani, co powinniśmy, bo nie chcę być tu lekarzem. Tu nie jestem lekarzem i nie mam relacji z pacjentem na tej sali. My zajmujemy się ustawą. Ma ona 10 artykułów i określa ramy. Ma pani rację – to nie jest sprawa polityczna, ale pewne pytania się rodzą. Wydaje mi się, że po pięciu latach można sprawdzić, czy cel jest osiągnięty. A cel, to art. 2. Sądzę, że kiedy już państwo się wypowiedzą, zadamy krótkie pytanie i niech eksperci odpowiedzą – czy cele są realizowane, czy nie? Jeżeli nie, to czy jest szansa je zrealizować i wydać 3 mld zł, jak przewiduje ustawa, czy nie, a jeżeli tak, to czy trzeba przedsięwziąć inne środki, czy będą one wymagać zmiany ustawy. Tu pełna zgoda. Natomiast leczenie to kwestia słabych, niestety, nakładów w Polsce na leczenie. To nie ma nic wspólnego z tą ustawą, bo rokrocznie na leczenie onkologiczne, pani przewodnicząca, wydaje się więcej niż 3 mld zł, czyli więc niż kosztuje cały 10-letni „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Więcej wydaje się na leczenie rokrocznie, tylko że my musimy zajmować się tym, co ta ustawa opisuje, czyli prewencją itd. Sama pani pytała... Przecież to nie jest konfrontacyjne, ale widzę, że cały czas idziemy w leczenie, o którym to sprawozdanie nie mówi. Dziękuję.

Proszę bardzo, pan senator.

Senator Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Bardzo dziękuję, że mogę być dzisiaj u państwa na posiedzeniu Komisji. Powiem wyłącznie o tym, co rzuca mi się w oczy w tym zresztą bardzo dobrze zrobionym sprawozdaniu, panie ministrze. Niestety, dla mnie te tabelki są zatrważające, zatrważające jest porównanie tego, czego nie udało się uzyskać i co ewentualnie trzeba zrobić, żeby te cele, o których pan przewodniczący tu przed chwilą mówił, jednak były uzyskane.

Popatrzmy na nakłady dotyczące raka szyjki macicy – szybko przeprowadziłem dzielenie – jeżeli przeznaczamy w tym programie 12,5 mln zł, a wykrywamy przykładowo 54 nowotwory raka szyjki macicy, to znaczy, że jedno wykrycie kosztuje 230 tys. zł. Ja oczywiście wiem, że tego tak nie można liczyć, bo tam są wykrywane jeszcze stany zapalne itd.

Mamy wybitnego specjalistę, pana prof. Nowackiego – ukłony, panie profesorze, u pana zdawałem egzamin z chirurgii onkologicznej, zresztą dość szczęśliwie – niemniej jednak w badaniach przesiewowych jelita grubego – przecież pan całe życie się tym zajmuje, to jest pana domena – tylko u niewiele ponad 1% pacjentów wykrywamy raka jelita grubego. Trochę lepiej jest w przypadku mammografii, ale jeśli porównamy lata 2007 i 2010, to poziom objęcia populacji w badaniach mammograficznych zwiększył się tylko o 2%, ale zwiększyła się wykrywalność z 1700 do 4300. Natomiast w przypadku raka szyjki macicy jest katastrofa, bo jest 21% do 27%, a wykryto 63 raki w 2007 r. i 54 w 2010 r. W związku tym pytaniem dla nas wszystkich jest to, jak zachęcić pacjentów do uczestniczenia w tych badaniach – kolonoskopii, mammografii i cytologii. Wiem, że już od kilku lat zastanawiamy się nad tym – co zrobić, ale efektów, niestety, nie ma. To jest dla mnie główne przesłanie – co zrobić, żeby społeczeństwo zaczęło uczestniczyć w tych badaniach przesiewowych? Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Okragły, pan poseł Katulski, pani posłanka Gądek i jeszcze pani przewodnicząca – to będzie podsumowanie rundy poselskiej.

Poseł Janina Okragły (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, ja krótko. Najpierw chciałabym się odnieść do wypowiedzi pani prof. Hrynkiewicz. Mówienie, że lekarz POZ jest głównym sprawcą chorób nowotworowych, to chyba lekka przesada. Wydaje mi się, że pani troszeczkę przesadziła.

Natomiast, wracając do programu, chciałabym zapytać pana ministra, czy były analizowane przyczyny braku zainteresowania – nie odmowy, ale braku zainteresowania – szkoleniami z zakresu wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych przez lekarzy opieki podstawowej. Jestem lekarzem opieki podstawowej i wiem, jak ci lekarze chętnie się szkolą i jak ofiarnie pracują. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Mówimy o zainteresowaniu i zgłaszaniu się pacjentów. Chciałabym zwrócić do programu dotyczącego raka szyjki macicy. Czy zgodnie z tym, co jest w rekomendacjach Koalicji, ministerstwo nie powinno jednak zmienić systemu kontraktowania badań profilaktycznych i włączyć szerszej położne środowiskowe? To one mają najwięcej możliwości dotarcia do tych środowisk, które się mniej leczą i są mniej zaangażowane niż środowiska w lepszej sytuacji finansowej.

Chciałabym jeszcze zadać jedno pytanie, bo zastanowiła mnie tabelka na str. 41 – „Osiągnięte wyniki z realizacji badań skryningowych w ramach programu rozpoznania”. Liczba wykrytych zmian łagodnych – w pierwszych dwóch latach bardzo wysoka, powyżej 200 tys., później spadek do powyżej 1200, a następnie 19 tys. Taka dziwna sytuacja dotyczy też liczby wykrytych podejrzeń raka szyjki macicy – w pierwszych trzech latach wynik dwucyfrowy i około 2 tys. w 2010 r. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Muszę powiedzieć, że pewnie wszyscy, tak jak tu siedzimy i słuchamy nawzajem swoich wypowiedzi, mamy przekonanie, że ten program, mimo tego że jest kompetentnie i dobrze przygotowany, swojego celu, przynajmniej razie, nie osiąga. Główne pytanie, jakie powinniśmy sobie dzisiaj postawić, według mnie, brzmi tak – czy wymagana jest modyfikacja programu na następnych 5 lat – bo przypominam, że jesteśmy na półmetku – żeby te cele udało się osiągnąć, albo przynajmniej zbliżyć się do pożądanego celu?

Zwróciłem uwagę na jedną rzecz. Realizowane zadania w ramach całego programu są podzielone na pięć grup. To jest profilaktyka, programy inwestycyjne, poprawa jakości diagnostyki i leczenia, programy edukacyjne i pozostałe programy. Muszę powiedzieć, że to, co mówiła pani poseł Szczypińska, żeby wydatki na profilaktykę zmniejszyć na rzecz leczenia, uważam za absurdalne. Moim zdaniem, byłoby to zaprzeczeniem idei tego programu. Wtedy na pewno celu byśmy nie osiągnęli.

Zwracam uwagę na bardzo marne wydatki na edukację. Sięgają one 3-6 mln zł rocznie – tak jak jest napisane w sprawozdaniu – co pokazuje, jak mała jest ilość pieniędzy przeznaczonych na edukację. W kilku wypowiedziach zwracano uwagę na to, że tak naprawdę edukacja lekarzy, pacjentów, pielęgniarek i położnych może być kluczowa, żeby zmienić podejście.

Brakuje mi następnego ważnego filara – może się mylę, poproszę więc później ekspertów o wyjaśnienie. Brakuje mi tu dużego zadania, które nazywałoby się „programy badawcze”. Wydaje mi się, że czegoś takiego brakuje. Jeśli nie możemy osiągnąć celu dotychczas stosowanymi metodami, to być może jest potrzeba nowego otwarcia. Może potrzeba czegoś, co spowoduje wprowadzenie nowych metod diagnostycznych, profilaktycznych, propozycje nowych rozwiązań leczenia. Może trzeba to nieco zmienić. Czy do końca jesteśmy pewni – a przede wszystkim ministerstwo – że rola Instytutu Onkologii jest wypełniana tak, jak powinna, biorąc pod uwagę jego udział w realizacji tego programu? To są moje wątpliwości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Dopuszczam do głosu panią poseł Hrynkiewicz tytułem sprostowania, bo była wymieniona. Później – pani poseł Gądek. Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Tylko pół zdania. Powiedziałam o lekarzach pierwszego kontaktu, że są winni zaawansowanych stanów chorobowych, ponieważ bardzo rzadko kierują na jakiekolwiek badania profilaktyczne i nie są przygotowani do tego, żeby przeprowadzić przyzwoity wywiad z pacjentem albo nie chcą go przeprowadzić. W ten sposób, kiedy pacjent trafia do leczenia, okazuje się, że najlepiej załatwić mu hospicjum.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, dużą część mojego wystąpienia – ponieważ pan przewodniczący tak późno zauważył moje zgłoszenie – przekazali moi koledzy, ale jest jeszcze jedno. Zapisałam cytat z tego, co pani poseł powiedziała: „Lekarze pierwszego kontaktu są głównymi sprawcami zachorowań na nowotworowy złośliwe w Polsce”. Myślę, że to jednak trzeba opublikować, bo właściwe autorytety medyczne na świecie zastanawiają się nad przyczynowością różnych schorzeń onkologicznych – już dużo na ten temat wiemy – ale teraz mamy proste rozwiązanie bardzo poważnej sprawy. To tak trochę przewrotnie, ale wróć już do meritum – nie mogłam tego nie poruszyć, ponieważ dziesiątki tysięcy ciężko i solidnie pracujących lekarzy zostało obrażonych, delikatnie mówiąc.

Zachorowalność na nowotwory, nie tylko w Polsce, ale generalnie na świecie, wzrasta z wiadomego względu. Demografia jest nieubłagana. Wiemy, że im jesteśmy starsi, tym częściej dochodzi do rozwoju nowotworów. To jest nieuchronne. Oczywiście przesuwają się w kolejności przyczyny zachorowalności i zgonów – również w Polsce, ale nie tylko – i dlatego został uchwalony ten program, za co chwała. Jednak dziś mamy się zastanowić nad tym, jak go udoskonalić, aby ten trend przynajmniej zahamować albo go zmienić.

Nie jest nowością dla nikogo, że profilaktyka jest główną kwestią, którą powinniśmy się zajmować – my jako sejmowa komisja, jako lekarze i osoby kreujące politykę prozdrowotną w Polsce. To jest najważniejsze i z tym absolutnie nie wolno dyskutować. Jeżeli dzisiaj poddajemy w wątpliwość kwestię profilaktyki i jej ważności, to jest to po prostu cofanie się do przysłowiowych czasów króla Cwiczka. Przecież wiadomo, że nakłady ponoszone na profilaktykę zdecydowanie się zwracają. Jeżeli okazuje się, że dane, jakie posiadamy, nie potwierdzają tego w pełni albo procent wykrywalności i wyleczalności jest za mały w stosunku do naszych oczekiwań, to po to tu dzisiaj jesteśmy, aby się zastanowić nad tym, co zmienić w tym programie, żeby te liczby, o których od początku była mowa, były zdecydowanie bardziej satysfakcjonujące dla nas, czyli dla naszych pacjentów, a więc generalnie dla naszego społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani senator, proszę uprzejmie. Później pan poseł Chmielowski i pani przewodnicząca.

Senator Alicja Chybicka:

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość wygłoszenia kilku zdań. Chciałam powiedzieć, że dzięki narodowemu programowi zwalczania nowotworów wyleczalność nowotworów u dzieci znacząco się zwiększyła. Przekracza w tej chwili 80%, czyli obecnie prawie każde dziecko ma szansę na wyleczenie.

Nie mogę zgodzić się z moją przedmówczynią, że to demografia rodzi wzrost zachorowań na nowotwory, bo chorują dzieci najmłodsze – od urodzenia – i zachorowalność w wieku dziecięcym rośnie. Tak, że nie ma to tak bardzo związku z wiekiem. Oczywiście w grupie ludzi starszych ta skłonność jest większa, ale u dzieci ona też rośnie. Przyczyny nie do końca są poznane. Wiadomo, że przyczyny są bardzo złożone, a zatem ten program, który przewiduje edukację, jest nadzwyczaj cenny, bo nam, onkologom, wydaje się na podstawie badań, które prowadzą naukowcy, że jednak całe życie pracujemy na zachorowanie na nowotwór – my jako ludzie, my jako jednostki. To, co dzieje się ze środowiskiem, to, co robi matka w ciąży i w okresie przedprokreacyjnym wpływa na to, czy jej dziecko zachoruje na nowotwór, czy nie. Te pieniądze, które Ministerstwo Zdrowia wyklada na edukację są

bardzo potrzebne. Niedobrze, że skuteczność jest taka, jaka jest. My, lekarze onkolodzy, bijemy na alarm i o tym mówimy, a społeczeństwo zatyka uszy i dopiero w momencie, kiedy ktoś zachoruje, budzi się z głębokiego snu. Musimy po prostu popracować nad technikami dotarcia do ludzi. Moim zdaniem, na pewno w onkohematologii dziecięcej ani jedna złotówka, z tego, co ministerstwo w tych programach wyłożyło, nie zmarnowała się, tylko przełożyła się bezpośrednio na życie konkretnych dzieci.

Mam jednak przemyślenie odnośnie do profilaktyki raka szyjki macicy. Nie zsumowałam, ale zostały na to wyłożone miliony złotych. Proszę państwa, jest szczepionka aty-HPV. Skuteczność ma około 60%. Panie ministrze, dlaczego w programie zwalczania raka szyjki macicy, w tych wielu milionach, nie znalazła się ani jedna złotówka na szczepienia. Jak widać, skuteczność tego programu jest bardzo niska. Wykłada się duże pieniądze, natomiast kobiety się nie zgłaszają, bo nie znoszą chodzić do ginekologa. Nie zostało tu powiedziane otwartym tekstem, ale tak jest. Wiele kobiet może i ma jakąś świadomość, ale nie pójdzie – nie, bo nie. Natomiast, gdybyśmy zaszczepili dziewczynki 12-letnie, to mielibyśmy dużą populację skutecznego zapobiegania rakowi szyjki macicy. Czy nie warto w przyszłości włączyć w to wysokich zdolności negocjacyjnych Ministerstwa Zdrowia? Mam na myśli negocjowanie cen leków. Naprawdę można wynegocjować niską cenę szczepionki i szczepić – przewidzieć to w programie. Nie płacić po 1500 zł za trzy szczepionki, bo to jest makabra, tylko wynegocjować za 600 zł, co udało się prezydentom wielu miast w naszym kraju. Nie mówię tego gołosłownie – we Wrocławiu dziewczynki są szczepione ze środków pozarządowych, bo znakomicie wynegocjowano ceny. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, proszę uprzejmie.

Poseł Halina Szymiec-Raczyńska (RP):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, chciałabym zadać jedno pytanie jako lekarz praktyk. Dlaczego tak późno w każdym roku, od kilku lat, wysyłane są zaproszenia na badania mammograficzne i cytologiczne? One *de facto* od kilku lat wysyłane są w końcu czerwca. Mamy dwa miesiące wakacji, czyli na realizację programu zostaje nam wrzesień, październik, listopad i grudzień. To są tylko cztery miesiące. Czy nie pomogłoby nam, gdyby umowy z tymi, którzy wysyłają zaproszenia, były wieloletnie? Czy nie dałoby to nam większej liczby kobiet zgłaszających się na badania? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Chmielowski, proszę uprzejmie.

Poseł Piotr Chmielowski (RP):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, mam krótkie pytanie, które – jak myślę – zobrazuje nam sytuację, jaka panuje, szczególnie w odniesieniu do tego programu. Chodzi mi o liczbę aktywnych tomografów, formę kontraktowania usług z zakresu tomografii – mówię o szeroko rozumianej diagnostyce wszystkich chorób nowotworowych – dlatego, że w ostatnich latach dało się zaobserwować takie zjawisko – że szpitale bardzo chętnie pozbywają się ze stanu majątkowego takiego urzędnika, rejestrują spółki, bo są pewnego rodzaju obostrzenia, jeżeli chodzi o pracę. Dlatego – kończąc już – prosiłbym pana, aby przedstawił pan na piśmie, ile jest pracujących tomografów, ile z nich jest własnością szpitali, szczególnie onkologicznych, a w ilu przypadkach szpitale korzystają z usług spółek zewnętrznych w zakresie badań tomograficznych, a także, jaki jest czas oczekiwania na badanie, na przykład po chemoterapii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Orzechowski chciał zabrać głos. Proszę uprzejmie.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie ministrze, w sprawozdaniu jest informacja, że tak naprawdę pierwszą ocenę tego programu będziemy mogli przeprowadzić w roku 2012, czyli w roku obecnym, ale oczywiście po zakończeniu roku i po zakończeniu monitoringu. Natomiast informacja,

którą otrzymaliśmy, zawiera również adnotację, że w ubiegłym roku – około 1 marca 2011 r. – pojawił się przyjęty przez Radę Ministrów, w ramach programu wieloletniego, na kolejne lata, czyli na rok 2013. Czy jesteśmy przed tym harmonogramem? Jakie zmiany na kolejny rok on zawiera? To by mnie interesowało.

Wreszcie uwaga ogólna. programy profilaktyczne na całym świecie są stosowane od lat 60., a może trochę wcześniej. Rzeczywiście jest to dziwne, że specyfiką naszego kraju w porównaniu z doświadczeniami innych krajów, które prowadzą programy profilaktyczne od dziesiątek lat, w niektórych segmentach, takich jak rak szyjki macicy, jest niewielka skuteczność wysyłania zaproszeń. Zapewne poza programem wykonuje się dużo więcej badań cytologicznych, natomiast nie mamy o nich informacji. Może warto się zastanowić, w jaki sposób lekarzy, którzy wykonują cytologię w gabinetach, wciągnąć do takiej bazy, jak ich zachęcić, żeby wyniki z przeprowadzanych przez nich badań pojawiały się w całościowej bazie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. To była seria opinii i pytań posłów. Mamy tu znakomitych gości. Chciałbym zadać pytanie tym, którzy zajmują się zawodowo i na co dzień sprawami związanymi z tymi zadaniami, które wytycza nam ustawa o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”.

Pierwsza moja uwaga jest taka. Panie ministrze, czy my wykorzystamy 3 mld zł z dziesięcioletniego programu? Policzyłem, że zaangażowanie programu w tych latach, które minęły, wynosi 1200 mln zł. W tym roku, i w następnych, nie przewiduje się przeznaczania na ten program 400 mln zł rocznie, aby zamknąć go kwotą 3 mld zł w okresie dziesięcioletnim. Czy takie plany są, czy nie? Jeżeli nie, to jako pierwszy nasuwa się wniosek, że trzeba zrobić korektę i obniżyć kwotę w art. 7 ust. 1 tej ustawy z 3 mld zł na mniej. Chciałbym tę deklarację usłyszeć.

Drugie pytanie dotyczy ust. 2, zgodnie z którym nakłady mają być nie mniejsze niż 250 mln zł rocznie. Czy będziemy tę kwotę obniżać, czy utrzymamy ją na poziomie 250 mln zł? Bo inaczej nie uda się wykorzystać 3 mld zł. W związku z tym, ten rząd, który tego nie wykorzysta – a jest to rząd drugiej kadencji – będzie rozliczany za niezrealizowanie ustawy. To jest pierwsza rzecz.

Po drugie, w art. 7 ust. 3 wprowadziliśmy poprawkę dotyczącą programów profilaktycznych. Otóż, w tym programie, po to, aby łatwiej wydawać pieniądze, zrezygnowaliśmy z tego, o czym państwo tu mówili – profilaktyki. Na profilaktykę jest przewidziane nie mniej niż 10%, a procentowo nie wychodzi to o wiele lepiej – w żadnym roku nie udało się nam przekroczyć dwudziestu kilku procent. Gros tych środków finansowych wydajemy na sprzęt. W związku tym powstaje pytanie – czy ten sprzęt kupowany jest racjonalnie? Czy nie jest tak, że sprzętu mamy dużo, a wyniki mamy fatalne? Mam tu zebrane różne publikacje dotyczące statystyk – pewnie eksperci się o tym wypowiedzą. Ścigamy się z Rumunią, Węgrami, w niektórych przypadkach, panie ministrze, ale chyba w ogóle nie zamierzamy osiągnąć celów zapisanych w art. 2 – zahamowania wzrostu zachorowań na nowotwory, osiągnięcia średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, osiągnięcia średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia. Proszę nie mówić, że to jest niemożliwe, bo w przypadku chorób serca to się nam udało, a w tym przypadku jesteśmy absolutnie na szarym końcu.

W związku z tym, chciałbym zapytać ekspertów, czy tak realizując program jesteśmy w stanie zrealizować wyznaczone cele, to znaczy, czy zahamujemy wzrostu zachorowań na nowotwory za 4 lata, bo tyle nam zostało. Jeżeli nie, to zweryfikujemy ten zapis. Czy osiągniemy średnie europejskie wskaźniki w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów? Jeżeli nie, to dajmy sobie spokój albo tak konstruujemy wydatki określone w art. 7, żeby to zrobić. Może przestańmy kupować kolejne PET-y i cyklotrony, które nie działają – bo ani jeden nie działa. Ani jeden nie ma zarejestrowanych farmaceutyków, żeby w polskich warunkach mógł je normalnie dostarczać do innych ośrodków PET. Nie ma takich możliwości, bo przecież rejestracja nie działa, a jak każdy farmaceutyk izotopowy musi być zarejestrowany. Powstaje pytanie, czy wobec komercji, która w Polsce

się rozwija i wobec kupowania różnego rodzaju linii do radioterapii, trzeba, żeby kolejne ośrodki realizowały kupowanie sprzętu w 98 % – bo to rzeczywiście doskonale idzie? Nie chcę tu nikogo oskarżać, ale pachnie mi to jakimiś dziwnymi prowizjami, zakupami i przecinaniem wstęgi, bo ze skutecznością niewiele ma to wspólnego.

Jest tu pan prof. Nowacki. Zastanawiam się, co się dzieje z cyklotronem w Warszawie. Pamiętam, że Wiedeń w latach 90. dał 5 mln zł na cyklotron. Jak go widział, tak go widział. Międzynarodowa Agencja Atomistyki takie środki przeznaczala w latach 90. Nikt tego nie potrafił skosumować. Kupujemy sprzęt woluntarystycznie, a nie dopuszcza się ekspertów do tego, żeby przekuć to w skuteczną realizację ustawy. W związku z tym chciałbym o to zapytać kilku z naszych gości – z Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka, konsultantów krajowych, a głównie z naszego Instytutu Onkologii – bo przecież w tej ustawie również jest napisane, że mamy się zmagać z naukami podstawowymi w zakresie onkologii. Jakoś cicho sza – żadnych grantów. A ostatnio – pamiętają państwo bój o ustawę budżetową – zdecydowaliśmy, że nie damy 1,5 mln zł na prace nad szczepionką na czerniaka w Poznaniu. Jest tu również prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, pan prof. Poręba, którego prosiłbym, żeby nam powiedział, co się dzieje, że z rakiem szyjki macicy jest katastrofa w warunkach europejskich, prawie światowych. Mamy program, mamy pieniądze, a efekty są gorsze niż się należało spodziewać. Chciałbym, żeby państwo o tych sprawach powiedzieli, co trzeba zrobić i jak przeprogramować tę ustawę, żeby wykorzystać 3 mld zł i poprawić wskaźniki, chociaż osiągnięcie efektywności będzie na pewno trudniejsze niż kilka lat temu.

Proszę bardzo, pan dr Wędrychowicz, pan prof. Chorąży i pan prof. Zemła. Najpierw Polski Komitet Zwalczenia Raka. Panie doktorze – kilka minut i najważniejsze tezy.

Członek zarządu głównego Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka Ada Wędrychowicz:

Proszę państwa, chcę powiedzieć, że przesłaliśmy ministrowi zdrowia ostatnie opracowanie rejestru przeżyć pięcioletnich. Sami zostaliśmy zaskoczeni katastrofą – taka jest prawda – i tutaj nie można niczego ukrywać. Nieprawdą jest, że jeżeli chodzi o raka szyjki macicy jest lepiej. Wyniki przeżyć pięcioletnich są gorsze niż na początku lat 2000. Czyli w tym zakresie sytuacja się pogarsza, a nie poprawia.

Pani przewodnicząca Libera mówiła o głowie i szyi. Tak, wyniki przeżyć pięcioletnich w przypadku raka krtani są gorsze niż na początku lat 2000. W naszej ocenie, pan minister powinien oceniać populacyjnie, a populacyjni się nie poprawia. Te 2% lepszych wyników, jeśli chodzi o przeżycia pięcioletnie w przypadku raka sutka, to jest osiągnięcie mniej istotne niż w przypadku raka jelita grubego, gdzie nie tylko chodzi o wczesne rozpoznanie nowotworów – któryś z panów o tym mówił – ale i polipów, które są stanem przedrakowym.

Proszę państwa, nie jest prawdą, że ludzie nie chcą się badać. Państwo sami w 2008 r. – mam tu tę ustawę – zmniejszyli wydatki z tego programu na 10%, żeby je przełożyć na program inwestycyjny, o czym słyszymy. Tak nie może być. Pierwotna ustawa przewidywała w tym okresie już 35%. My was prosimy – ja was proszę jako były poseł Komisji Zdrowia – wróćcie do tego. Przecież ten przepis kompromituje nas wszystkich, kompromituj nasze państwo.

Pani profesor z Wrocławia mówiła o rozważeniu profilaktyki pierwotnej, jeżeli chodzi o raka szyjki macicy. Już w roku 1990 Nowojorska Akademia Nauk zwracała nam uwagę na to, że będziemy musieli to zrobić. Rzeczywiście epidemia HPV jest istotna. Nie jest ona istotna tylko w związku z rakiem szyjki macicy, jest ona istotna również w przypadku głowy i szyi. To jest sprawa biologiczna. Musimy się jakoś bronić. Pani profesor ma rację mówiąc, że to dotyczy coraz młodszych ludzi. Natomiast my uważamy, że te wyniki są kompromitujące i sprzeciwiamy się, jako Polski Komitet Zwalczenia Raka, zmniejszaniu środków. My naprawdę podejmujemy wysiłki edukacyjne, zwłaszcza w szkołach – daliśmy podręcznik – ale uważamy, że nie można uznawać tego za program inwestycyjny. Do tej komisji muszą wchodzić ciała przedstawicielskie organizacji pacjentów, posłowie. Program musi być inaczej prowadzony. Do tego trzeba nie tylko skorygować tę kompromitującą poprawkę z 7 lutego 2008 r. – przeczytajcie to sobie

państwo – ale i wprowadzić nowelizację ustawy o „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych”. Ta ustawa powinna być aktem prawnym obejmującym perspektywę walki z rakiem, bo to jest epidemia. To jest endemia. Ta perspektywa powinna obejmować również rozwój takich nauk, jak medycyna molekularna czy onkologia kliniczna, na każdym poziomie. Przecież to się nie udało w tym programie. To musi być wprowadzone. Proponujemy przyjąć ustawę podobną do tej, jaka została przyjęta w Stanach Zjednoczonych w 1971, tak zwany *oncology act* Nixona. To jest naprawdę porządna ustawa. Te kraje mogą się pochwalić nie tylko tym, że mają 60% wyleczalności – jak mówił pan doktor – kiedy my mamy czterdzieści kilka procent, ale mają nawet siedemdziesiąt kilka procent. To jest choroba do zwalczania, ale nie może być zwalczana takim programem inwestycyjnym, tylko poprzez kupowanie maszyn, przy pomijaniu profilaktyki. To jest naprawdę kompromitujące. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Czy pan prof. Chorąży i pan prof. Zemła chcieliby zabrać głos? Proszę krótko, panowie profesorowie.

Przedstawiciel PKZR Mieczysław Chorąży:

Jestem z wykształcenia lekarzem, ale całe życie zawodowe spędziłem w laboratorium. Proszę państwa, mnie się zdaje, że ten program ma charakter akcyjny. Tak, jak mówił pan dr Wędrychowicz, trzeba dążyć do tego, żeby w przyszłości powstał dobrze przemyślany akt prawny dotyczący zwalczania raka.

Ten program obejmuje pewne elementy, które chciałbym tu poruszyć – zaniebdania od początku zgłoszenia się pacjenta do leczenia. Była o tym mowa. Jest to bardzo istotne. Dlaczego te zaniebdania są?

Proszę państwa, w uczelniach medycznych w Polsce nie uczy się porządnie o raku. Z wyjątkiem kilku uczelni, z gdańską na czele, nie uczy się tego. Od lat kłóca się dyrektorzy instytutu z akademiami o program. W Ameryce program nauczania o raku w porządnej szkole medycznej obejmuje 300-370 godzin i kończy się egzaminem państwowym. U nas wszystko to jest rozproszone. Okulista trochę powie o raku, kardiolog, pulmonolog itd. To jest pierwsze zadanie – wyszkolić dobrych lekarzy pierwszego kontaktu.

Drugie zadanie – to można jeszcze skorygować w programie na pozostałe lata. Okres od pierwszego kontaktu do leczenia jest wydłużony. Państwo o tym mówili. Nie jestem praktykiem, ale mogę podać dziesiątki przykładów, kiedy są to wydłużenia ponad półroczne. Jeśli chory zgłasza się w grudniu z krwimoczem – tym objawem, który musi natychmiast wywoływać reakcję – a dostęp do urologa uzyskuje w kwietniu następnego roku, to o czym mówimy.

Kolejna sprawa. Proces diagnostyczno-leczniczy musi być w jakiś sposób skrócony – myślę, że w programie też powinno się na to zwrócić uwagę – przynajmniej do miesiąca albo do kilku tygodni.

Sprawa nauczania. W programie, w pierwszy preliminarzu, znalazłem ocenę skuteczności nauczania onkologii w akademiach medycznych. Na to są pieniądze, ale tam nauczania nie ma. To jest prawda. Nie ma katedr. Nie wiem, dlaczego to nie zostało uwzględnione.

Trzecia sprawa. Wydaje mi się, jeśli chodzi o założenie w programie, że ogłasza się konkursy, do których zgłaszają się różnego rodzaju prywatne przychodnie i poradnie, że tak nie powinno być. Walka z rakiem w Polsce musi być oparta na państwowym systemie – instytut, regionalne instytuty czy ośrodki, oddziały szpitalne i przychodnie. A my zlikwidowaliśmy dziesiątki przychodni po okresie transformacji. Na Śląsku chyba dwadzieścia. Musi się przychodniami i lekarzami z przychodni trafić do pacjenta.

Program oświaty zdrowotnej. Próbuujemy – co pan dr Wędrychowicz mówił – robić taki program dla szkół na Śląsku. Myślę, że do szkół powinno się wprowadzić program, przy współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej. program nauczania dziecka jest doskonałym elementem, lepszym nośnikiem informacji niż telewizja. To, co powie w szkole pani czy pan, trafi do rodziców, sąsiadów itd.

Profilaktyka. Zdaje mi się, że w tym programie powinno się przerzucić część funduszków przeznaczonych na sprzęt na profilaktykę, oświatę pierwotną i może wesprzeć akademie medyczne – niech zaczną proces nauczania.

Proszę państwa, skryning i profilaktyka. Nie jestem specjalistą, ale wydaje mi się, że są one prowadzone po amatorsku. Przepraszam, że tak mówię. To nie jest prosta sprawa. Instytut powinien mieć zakład profilaktyki – duży, ze statystykami, z ludźmi, którzy rozumieją, jak to należy zorganizować.

Odnosnie do tego, co usłyszeliśmy tutaj o jelicie grubym i kolonoskopii – proszę państwa, zamiast następnego PET, czy jakiegoś urządzenia – co pan minister był uprzejmy powiedzieć – powinno się kupić 300 kolonoskopów, żeby miał je każdy powiat. Wówczas profilaktyka będzie skuteczna. To, że przeszkolono 23 kolonoskopistów, jest nieco żenujące. Spodziewałbym się przeszkolenia 200, bo to będzie niewątpliwie tańsze.

Rak szyjki macicy – osobna sprawa. Od 10 lat stale umiera 2 tys. kobiet. W tym kraju nic się nie dzieje. W Skandynawii ta choroba jest nieznaną.

Wreszcie badania. Odnoszę wrażenie, że po pakiecie ustaw wygenerowanych przez panią minister Kudrycką, instytuty badawcze resortowe, w tym instytuty badawcze Ministerstwa Zdrowia, są skazane na stopniową śmierć – takie odnoszę wrażenie. Nie wiem, czy taki jest zamiar, żeby te instytuty w ostatecznym rozrachunku zlikwidować, ale tu musi się coś zmienić. Porządne badania w tych instytutach więdną. Taka jest prawda. W Instytucie Reumatologii, w Instytucie Matki i Dziecka, o swojej macierzystej instytucji nie mówię, przynajmniej na razie.

Proszę państwa, walka z rakiem nie powinna mieć charakteru wycinkowego, tylko wieloletni, z programem na 20, 30, 50 lat. Niech to będzie ustawa, która obejmie nie tylko stronę medyczną, ale i sprawy żywienia, wody, warunków pracy, stresu itd. wiele czynników, o których państwo tu mówili. Przecież wpływają one na to, że zapadalność na raka stale rośnie. Można powiedzieć, że to jest zjawisko ogólnoswiatowe, ale u nas bardzo dolegliwe. Myślę, że w przyszłości należy się zastanowić nad koncepcjami, jak ustawić tę walkę, ale naprawdę o charakterze ogólnokrajowym, jak ustawić Instytut Onkologii, który stał się bardzo dobrym, ale głównie szpitalem, bo inne funkcje są trochę zmarginalizowane. To jest zadanie na przyszłość. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan prof. Zemła chciałby powiedzieć kilka zdań o epidemiologii, a potem poprosiłbym pana prof. Porębę. Na zakończenie chciałbym, żeby odnieść się do spraw związanych ze sprzętem, o co poproszę przedstawiciela Instytutu Onkologii, który w Radzie ds. programu grał pierwsze skrzypce. Pytanie, czy rzeczywiście da się przesunąć środki finansowe ze sprzętu na to, o czym tu panowie profesorowie mówili. Proszę, panie profesorze.

Sekretarz Oddziału Śląskiego PKZR Brunon Zemła:

Jeśli wolno, panie przewodniczący, z tytułu wykonawcy tego programu od samego początku. Muszę jednak powiedzieć jedno zdanie – jestem epidemiologiem zajmującym się epidemiologią nowotworów na Śląsku, a jednocześnie kieruję Wojewódzkim Rejestrem Nowotworowym.

Przyznam, że padło tu wiele ciekawych postulatów. Chcę pewne rzeczy uzupełnić, a jednocześnie pokusić się o pewną diagnozę. Pewne rzeczy naprawdę da się poprawić i podejść do tego w sposób racjonalny. Tym bardziej, że znam świat od Australii po Amerykę i wiem, jak to się robi.

Pierwsza rzecz, to tak zwana prewencja pierwotna. Otóż, proszę państwa, powiem państwu, że opracowaliśmy odpowiedni program – taki projekt zrobiłem. Dotychczas zrealizowaliśmy wykłady w zakresie prewencji pierwotnej w 183 szkołach ponadpodstawowych województwa śląskiego. Tych wykładów wysłuchało około 14 tys. uczniów i uczennic oraz około 1200 nauczycieli.

Ktoś może spytać o efekt – co to daje? Otóż, proszę państwa, powiem, że jeśli kilka procent młodych ludzi deklaruje, że zrywa z nałogiem palenia, to jest to optymistyczne. Dziś jednak nie mogę powiedzieć, że nawet przy tak prowadzonej edukacji nowotworowej

naprawdę osiągniemy te cele, o które nam chodzi, dlatego że są wydawane małe środki na profilaktykę pierwotną. A naprawdę są to chłonne umysły i musimy temu jakoś zaradzić. Problem nikotynizmu wśród młodzieży, niestety, w wielu tych placówkach oświatowych budzi mój skrajny niepokój. Jeśli młode dziewczyny w prawie w 60% deklarują palenie tytoniu, to są to potencjalni kandydaci i pacjenci rozmaitych klinik kardiologicznych, onkologicznych itd. My musimy z tymi ludźmi rozmawiać. To jest optymistyczne w tym programie, byle zwiększyć nakłady, bylebyśmy szerzej mogli potraktować te młode populacje, bo inaczej nie będzie efektu. To zaręczam, bo niby jak mamy walczyć z rakiem płuca? Na jakich zasadach? Kraje, które osiągnęły postęp w tej dziedzinie rzeczywiście wydatkowały i wydatkują znacznie większe środki na te cele. To jest pierwsza kwestia.

Druga kwestia. Proszę nie mówić, że nie da się nic zrobić w tak zwanej prewencji wtórnej. Dużo mówiono tutaj na temat raka piersi u kobiet. Proszę państwa, nie mogę się z tym zgodzić. Dlaczego? Dlatego, że algorytm skryningu jest niewłaściwie pojęty. Przecież nie robi się tego tak, jak się to powinno robić z punktu widzenia metodologicznego. Pytam więc – kto pyta epidemiologów o to, jak przeprowadzić właściwy skryning profilaktyczny raka piersi?

62 podmioty zajmujące się wykrywalnością raka piersi na Śląsku pracują na takiej zasadzie, że mają kilka mammobusów. Pytam tych z wojewódzkiego ośrodka koordynującego, kto ustala marszrutę takiego mammobusu. Nikt. Mówiąc kolokwialnie, każdy jedzie, gdzie chce. Czy o to chodzi, żeby przerobić pieniądze – ileś tysięcy na ileś milionów? Powiem wprost, są regiony, do których te mammobusy w ogóle nie powinny trafiać. Po co, żeby za milion złotych wykryć jednego raka piersi? Przecież dobrze byłoby skorzystać z rad i zanim się rozpocznie taki skryning spytać epidemiologów, gdzie to warto robić. Tak robi się na całym świecie.

Były tu głosy mówiące, ile to wydajemy na zaproszenia, żeby kobiety zachęcić do badań skryningowych. Oscyluje to około 10% środków. Powiem państwu, że w Australii koledzy, kiedy pytam o finanse, pokazują, że 30% ogólnej sumy nakładów na skryning przeznaczona jest właśnie na agresywną kampanię informacyjną. Oni uzyskują zgłaszalność na poziomie dziewięćdziesięciu kilku procent i jeszcze są niezadowoleni, że tyle wydali, a my podniecamy się zgłaszalnością na poziomie 27-30%. Pytam, a co z tymi 60-70% kobiet nieprzebadanych. Trzeba inaczej pewne rzeczy postawić.

Po pierwsze, dystrybuować jednak środki na profilaktykę pierwotną i przyjrzeć się programom profilaktyki wtórnej, czyli tym skryningom, bo wtedy na pewno zdołamy dojść do lepszych wyników. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze, za dużo ciekawych rzeczy, jeśli chodzi o epidemiologię. Jeszcze pan prof. Poręba. Najwięcej było pretensji o to, co wiąże się z profilaktyką czy z cytologią szyjki macicy i rakiem szyjki macicy. Panie profesorze, jako wieloletni i doświadczony ginekolog-położnik, a jednocześnie prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, proszę powiedzieć, dlaczego, jest tak źle.

Prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Ryszard Poręba:

Panie przewodniczący, szanowni państwo senatorowie, państwo posłowie, panie ministrowie, pani minister, bardzo dziękuję za zaproszenie w imieniu ginekologów polskich. Uważam to za zaszczyt, że mogę tu wysłuchać państwa opinii i podzielić się swoimi uwagami.

Proszę państwa, w społeczeństwie jest tak, że jeżeli pacjentka umiera na raka szyjki macicy, a nigdy nie była u ginekologa, to jest wina ginekologów. Podobnie z rakiem jajnika. Niestety, takie są opinie społeczeństwa. Musimy to brać na siebie i nie jesteśmy w stanie z tym walczyć. Trzeba podchodzić do tego w inny sposób.

Proszę państwa, kiedy przed sześcioma laty rozpoczął się populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, wiedzą państwo, w jaki sposób nas karcono – pokazując na zjazdach światowych czy europejskich nasze wyniki. Polska z najgorszymi wynikami znajdowała się na końcu tabeli. Było nam bardzo przykro i jest nam przykro w dalszym ciągu. To, co powiedział pan minister Sopliński, że

wykrywamy dużo przypadków raka, to jest dobry sygnał, bo to znaczy, że te badania coś dają. Powiedział pan minister, że w ciągu roku wykonano 800 tys. badań cytologicznych, oczywiście bezpłatnych dla pacjentek, bo ich koszt pokrył Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednak nas martwi to, że tyle samo kobiet umierało przed tym okresem, i umiera obecnie. Przypomnę, że w latach 60. startowaliśmy z tego samego pułapu co Finlandia i kraje skandynawskie. Tyle samo kobiet umierało wtedy, co teraz, ale oni poszli w aktywną profilaktykę i mają tego efekty. Profesorowie ze Skandynawii mówią – przyśle do ciebie studentów, żeby zobaczyli, jak wygląda rak, bo u nas to się rzadko zdarza.

Proszę państwa, znając tę sytuację – wykrywamy 3200 przypadków raka, a prawdopodobnie jest ich 3-4 razy więcej, ale się nie ujawniają, 1800 kobiet umiera, stanów przedrakowych jest prawdopodobnie 10 tys. Te 5-6%, o których mówiliśmy, to nas zatrważa, te 27% kobiet, które zgłaszają się na cytologię – postanowiliśmy walczyć z tym problemem. Utworzyliśmy Polską Koalicję na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, powołaną przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Onkologiczne. Zebraliśmy gremium kilkudziesięciu ekspertów i podzieliliśmy się na zespoły. Stworzyliśmy zespoły do spraw edukacji, cytologii, organizacji i do spraw szczepień. Powołaliśmy też w naszej komisji epidemiologa, panią prof. Bielską-Lasotę, która rzeczywiście bardzo nam pomogła. Teraz, żebym nie zapomniał, mogę zaproponować panu ministrowi, żeby powołać taki zespół epidemiologów, ponieważ on nam bardzo w Koalicji pomógł i powiedział, co to jest skryning.

Ta Koalicja, która liczy prawie 80 organizacji, towarzystwa naukowe – ginekologów, pediatrów, onkologów; instytucje państwowe – takie jak Główny Inspektorat Sanitarny, Państwowy Zakład Higieny – i pozarządowe, to są zespoły, które działają społecznie chcąc pomóc w tej sprawie. Proszę państwa, mamy opracowane rekomendacje, które przekazaliśmy panu ministrowi Arłukowiczowi. One są opracowane. Dlatego mogę tylko zaapelować, jeżeli wypłynęła tu korekta programu – to jest chyba najważniejsze słowo, jakie tu dzisiaj usłyszałem – to Koalicja wpisuje się w pomoc dla ministerstwa, które może zorganizować zespół do spraw pokonania tego właśnie problemu.

Oczywiście z tego, proszę państwa, wynikają pewne potrzeby działania kompleksowego. Rekomendacje kompleksowych zmian, tu jest napisane – poprawić zgłaszalność na cytologię.

Chcę przywołać pewien fakt z roku 1950. Proszę sobie przypomnieć, ile w Polsce, w Europie i na świecie było kalek spowodowanych chorobą Heinego i Medina, wywołanych przez wirus polio. Nasz rodak, Polak, wykrył w Ameryce wirusa polio, zaszczepił po raz pierwszy w 1950 r. dziecko, po czym lawinowo rozwinął się system szczepień i w ciągu kilkunastu lat znikło to kalectwo, które obserwowaliśmy. Przecież rak wywołany jest przez wirus, nawet wiemy, przez jaki wirus – HPV, i nawet wiemy, jaki typ tego wirusa powoduje rak szyjki macicy. Dlatego, proszę państwa – jak powiedziała pani prof. Chybička – trzeba szczepić, działać na zasadzie profilaktyki pierwotnej. Australia pierwsza zaczęła szczepić 10 lat temu i już ma wyniki – jest mniej stanów przedrakowych, mniej raków wczesnych. Możemy się na tym opierać, prawdopodobnie za 2-3 lata będziemy mieć już pierwsze wyniki.

Dlatego chciałbym zaapelować i prosić o korektę programu. Muszę powiedzieć, opierając się na naszych rekomendacjach, że stworzyliśmy kodeks profilaktyki dla lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych. Tym kodeksem będziemy się posiłkować, żeby poprawić sytuację. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie prezesie, panie profesorze. Chciałbym, żeby panowie profesorowie z Instytutu Onkologii, to jest pan prof. Nowacki oraz pan prof. Reinfuss zechcieli odpowiedzieć na dwa pytania. Pierwsze dotyczy tego, co jest zapisane w art. 2. To jest kwestia stworzenia warunków do wykorzystania w praktyce postępu wiedzy – przecież to Instytut ma tę wiedzę ugruntowywać czy tworzyć – oraz kwestia monitorowania i wdrażania różnych rzeczy. Chciałbym też zapytać, czy państwa zdaniem, wyposażenie

w ciężki sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny nadal powinno tak silnie przeważać w finansach tego programu, czy nie lepiej zwrócić się w stronę innej profilaktyki – jak sugerował pan prof. Poręba – i zaproponować obowiązkowe szczepienia w kalendarzu szczepień. Jednak, panie profesorze, jeśli się nie mylę, bo z panem rozmawiałem, jest to koszt 50 mln rocznie. Możemy zaszczepić populację dziewczynek 12-13 letnich, ale trzeba pamiętać, że rokrocznie. Myślę, że pan minister do tego się odniesie – czy w dalszym ciągu usprzętowanie bazy diagnostycznej jest kiepskie?

I druga sprawa. Jak panowie wyobrażają sobie rolę Instytutu, który – z tego, co wiemy, a przynajmniej wie część państwa z Komisji Zdrowia – ma ciężkie chwile organizacyjne? Proszę bardzo, pan prof. Reinfuss i pan prof. Nowacki. Proszę bardzo, panie profesorze.

**Dyrektor Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Marian Reinfuss:**

Proszę państwa, jestem przedstawicielem lekarzy korzystających z aparatury, która tak strasznie zżera program, ale taka jest moja dziedzina. Radiodiagnosta, jeśli nie ma tomografu, rentgena, to nic nie robi.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Myślę, że chodzi o to, żeby każda strona się wypowiedziała, ma więc pan swoje 5 minut. Tylko 5 minut.

**Dyrektor Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Marian Reinfuss:**

Tak jest. Jest dla mnie głębokim nieporozumieniem przeciwstawianie profilaktyki i wczesnej wykrywalności wydatkom na aparaturę, dlatego że – niestety, to co powiem, jest przykre – konieczne jest finansowanie obu działań. W jakim stopniu? Nie będę i nie mam prawa się wypowiadać, ile pieniędzy potrzeba na profilaktykę. Natomiast wiem, ile potrzeba na dramatycznie zaniedbaną w latach 60., 70. i 90. radioterapię. Chcę państwu powiedzieć, że byliśmy na przedostatnim miejscu w Europie jeszcze w 1995 r. Za nami była tylko Albania. Od tego czasu, między innymi dzięki poprzedniemu programowi rządowemu i programowi obecnemu, dokonał się bardzo duży postęp w wyposażeniu radioterapii. Nikt temu nie zaprzeczy. Tylko, że w latach 90. leczylimy 40 tys. chorych, a obecnie leczymy napromienianiem 76 tys. chorych. Proszę państwa, odbiliśmy się od dna i lokujemy się na niskiej pozycji środkowej. We Francji jeden akcelerator przypada na 190 tys. obywateli, a u nas na 360 tys., po tych wszystkich latach dofinansowania. Czyli praktycznie dwukrotnie więcej chorych czeka u nas na aparat, a potem się dziwimy.

Jest tak, że badania przesiewowe, wczesna wykrywalność nowotworów, zwiększa w istotny sposób konieczność stosowania mojej dziedziny, czyli radioterapii. Proszę państwa, klasycznym przykładem będzie rak piersi. Już kończę, panie przewodniczący. W dawnych czasach – 45 lat jestem onkologiem – upraszczając niesłychanie, czy guz piersi był duży czy mały, rutynowym leczeniem była amputacja piersi – po prostu obcinało się pierś, brzydko mówiąc – po której, przy dużych guzach i przerzutach w pasze, przeprowadzano radioterapię. Obecnie dążymy do tego, żeby zdecydowana większość kobiet miała leczenie oszczędzające pierś. Wycinamy guzek, robimy erektoię – i co dalej? Następnie musimy zastosować radioterapię, i to bardzo nowoczesną. Bo w całym tym procesie chodzi o to, żeby kobieta, kiedy popatrzy na tę pierś, nie odwracała oczu od lustra. Ona chce zachować pierś, ale w stanie przyzwoitym, porównywalnym ze zdrową. Do tego trzeba bardzo żmudnej, trudnej pracy i bardzo zaawansowanej technologii w postaci radioterapii śródoperacyjnej, albo radioterapii od zewnątrz, albo brachyterapii.

Przykładem może być specjalność pana prof. Nowackiego, rak odbytnicy, czy rak jelita grubego, w przypadku którego, kiedy go wcześniej rozpoznamy, chcemy oszczędzić zwieracz, żeby chory nie miał sztucznego odbytu. Wtedy, oprócz leczenia chirurgicznego i bardzo eleganckich technik, potrzebna jest często przedoperacyjna i pooperacyjna radioterapia. Nie da się tego uniknąć. Jeżeli przesuniemy środki z radioterapii – a państwo mogą zrobić wszystko – moim obowiązkiem jest państwu powiedzieć, to za

chwilę będziemy mieć taką oto sytuację, że chory z wykrytym wcześniej nowotworem, który powinien być szybko i nowoczesnie leczony nie będzie miał szans na to leczenie. Wtedy pytanie – po co wcześniej wykrywać? Nie może być tak, że wykrywamy niezaawansowany nowotwór w badaniu przesiewowym, a potem – padły tu takie słowa, które często są słuszne – chory czeka wiele tygodni na leczenie z powodu braku miejsca, kolejki do aparatury.

Proszę państwa, w tej chwili czas oczekiwania... Panie przewodniczący, mam ze sobą książkę, którą tu zostawię. W polskiej medycynie to jest rzadkość. My wiemy wszystko, w każdym dniu i w każdej godzinie – ilu mamy radioterapeutów, ile mamy aparatów, ile w każdym ośrodku w Polsce leczy się chorych. Wiemy wszystko o radioterapii w Polsce. Czas oczekiwania wynosi mniej więcej 4-6 tygodni. Czy jest to dużo, czy mało? Jest to średni czas oczekiwania. Oczywiście jest to średnia. Może być dłuższy. Sygnalizowano to w przypadkach hospitalizacji, ale to już nie aparatura za to opowiada, a braki łóżkowe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Rozumiem, że to jest głos w dyskusji, bo pan profesor musi pamiętać, że komercja też wchodzi w ten rynek i jest jakimś uzupełnieniem. Pewnie tego nie zahamujemy. A z tego, co mówią przedstawiciele tej komercji, wynika, że oskarżają tych przedstawicieli, jak pana prof. Reinfussa, o to, że stawiają warunki, jakich oni nie umieją przeskoczyć – ale to inna sprawa – czyli jeden onkoradiolog więcej itd. Myślę, że musimy to wypośrodkować

Proszę, panie profesorze – pan prof. Nowacki. Chciałbym jeszcze zasygnalizować i prosić o jedno, bo już o tej aparaturze coś niecoś wiemy. Chodzi o szkolenia. Nie mam na myśli tego szkolenia, o którym mówili przedstawiciele Komitetu Zwalczenia Raka, ale szkolenia na studiach medycznych. Czy my w ogóle mamy wypracowany jakiś model kształcenia lekarzy, studentów medycyny, w dziedzinie onkologii? Z tego, co pamiętam – a niewiele się zmieniło – to onkologia jest w każdej dziedzinie, ale nie traktuje się jej kompleksowo. Do każdej dyscypliny medycznej przyszyta jest łątka onkologii. Czy w tym zakresie jest wypracowany jakiś model, żeby lekarz pierwszego kontaktu był lepiej przygotowany do tak zwanej czujności onkologicznej – przecież nikt nie wymaga od niego, żeby leczył – żeby lepiej mógł wskazać, wykorzystać badania profilaktyczne i odpowiednio pokierować pacjenta. Proszę bardzo, panie profesorze.

Doradca ministra zdrowia Marek Nowacki:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Dziękuję za zaproszenie. Będę króciutko odpowiadać.

Taki moduł jest w narodowym programie. Mieliśmy doprowadzić do prawidłowego sposobu nauczania onkologii. Całkowicie podzielał pan pogląd, że jest to wiedza rozproszona i do tej pory cały blok tego szkolenia nie był odpowiednio prowadzony. Domagaliśmy się również – postulowaliśmy to w stosunku do rektorów uczelni medycznych – wprowadzenia egzaminu kończącego ten cykl, ale często słyszeliśmy odpowiedzi, że uczelnie są samorządne i nikt im nie będzie narzucać programu, na pewno jest to sprawa do dalszego pogłębienia. Jest to więc trudny problem. Niemniej jednak, jeżeli dobrze pamiętam, w dziesięciu uczelniach jest jednolity program. Powstały podręczniki...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

To jest baza przemyśleń prof. Jassemę, jak rozumiem. Gdański program jest wiodący.

Doradca ministra zdrowia Marek Nowacki:

Nie, to jest prof. Kornafel – Wrocław.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dobrze, dziękuję.

Doradca ministra zdrowia Marek Nowacki:

Prof. Kornafel koordynował cały ten problem. Tak, że coś w tym zakresie zrobiono. Nie mówię, że to wszystko jest doskonałe.

Sprawa grantu...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

I instytut.

Doradca ministra zdrowia Marek Nowacki:

Jak pan przewodniczący wie, jestem emerytowanym dyrektorem, nie zarządzam Instytutem, ale jeszcze za moich czasów działały się takie rzeczy, jak na przykład, powstanie Konsorcjum z Uniwersytetem Warszawskim, z obecnym Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Chodziło o to, żeby mieć dostęp do radiofarmaceutyków wytwarzanych w Środowiskowym Laboratorium Ciężkich Jonów Uniwersytetu Warszawskiego, który jest umiejscowiony bardzo blisko akademii medycznej, blisko naszej siedziby. Można powiedzieć, że po drugiej stronie drogi. Taki był zamysł. Te prace trwają nadal, i o ile wiem, w maju planowane jest specjalne uroczyste posiedzenie w Środowiskowym Laboratorium Ciężkich Jonów, mające podsumować dotychczasowy dorobek. Nie znam potencjalnej daty rozpoczęcia produkcji radiofarmaceutyku, ale – co już tu dzisiaj padło – jest wiele trudności formalnoprawnych związanych z wymogami Unii Europejskiej, ale to na pewno jest sprawa do załatwienia.

Pan przewodniczący był łaskaw wspomnieć o grantach. Powiem z całą odpowiedzialnością, że 22 lata trwało dochodzenie do ustalenia praw własności Centrum Onkologii na Ursynowie. Odnośnie do Wawelskiej nigdy nie było wątpliwości – jest to dar narodu. Sprawa była oczywista. Natomiast dopiero we wrześniu 2009 r. – na odchodne – dostałem wreszcie papier, o który walczyłem 10 lat. To otwiera sprawę grantów w tych wszystkich aplikacjach, w których moglibyśmy szukać swoich szans. Ta droga otworzyła się dopiero po tym fakcie. To jest niesłychanie ważne, bo zawsze pada pytanie, kto jest właścicielem terenu.

Padła również informacja, że 1% raków wykrywa się w skryningu jelita grubego. Powiem inaczej. Można tak liczyć dla jakichś celów. Prawda jest jednak taka, że co piąta osoba poddana temu badaniu ma ewidentną korzyść – pozbywa się potencjalnie zagrożenia rakiem przez usunięcie gruczolaka, już pominię inne patologie wykrywane „przy okazji”, typu uchyłki, czy nawet przewlekłe choroby zapalne. Ta korzyść jest olbrzymia.

Dodam – z całym szacunkiem dla polskiej myśli i polskich ministrów zdrowia – że początkowo program był przez nich finansowany. Mimo zmieniających się ministrów ten program był utrzymany i doczekał się wejścia do narodowego programu. W tej dziedzinie, panie przewodniczący, naprawdę mamy międzynarodowe sukcesy. Pan prof. Reguła, który to prowadzi, jest człowiekiem skromnym i się nie chwali, ale ja w jego imieniu mogę to zrobić. Polski standard kontroli jakości w badaniu kolonoskopowym przesiewowym stał się standardem międzynarodowym. Jest to zeszłoroczna publikacja w New England Journal of Medicine. Co więcej, kiedy startowaliśmy, było 6-7 ośrodków, a obecnie jest ich 91. Teren kraju jest dobrze pokryty, jeżeli chodzi o drogi dojazdowe, dostępność dla chorych. Jedyny zespół w Polsce, który ma międzynarodowy certyfikat uprawniający do szkolenia w zakresie kolonoskopii, to jest dawny zespół prof. Butruka, a obecnie zespół prof. Reguły – Klinika Gastroenterologii CMKP z siedzibą na Ursynowie w Centrum Onkologii. To są najważniejsze informacje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan minister chciałby jeszcze zabrać głos. Pytań było bardzo dużo. Pewnie na część z nich trzeba będzie odpowiedzieć pisemnie, a my chcielibyśmy zacząć podsumowanie, bo sądzę, że dobrze byłoby, aby Komisja przedstawiła również swoje wnioski, to znaczy – będę do tego przekonywać swoich kolegów – trzeba jednak przeprowadzić pewien przegląd, audyt, tego, co jest zrobione i sprawdzić, czy jest szansa na osiągnięcie zamierzonych celów. Może one są źle zapisane. Jeżeli tak, to je urealnimy. Natomiast nie możemy zostać głusi na te postulaty, które padają ze strony ekspertów. Być może część zadań profilaktycznych się skończyła. Być może w przypadku bardzo trudnej dyskusji dotyczącej szczepionki przeciw HPV trzeba będzie zaryzykować i rekomendować ją rządowi. Wiem, że od razu jest się oskarżanym o poddanie się naciskowi lobbingu farmaceutycznego – to jest jasne. Przecież „lobbystą” tego była sekretarz stanu Albright, która ciągle mówi o HPV i szczepionce. Sądzę jednak,

że gdyby taka szczepionka była obowiązkowa, oczywiście w lecznictwie zamkniętym, bo wtedy byłby to zakup szczepionki nie na rynku aptecznym, to rzeczywiście można by cenę znakomicie obniżyć, bo przemysł farmaceutyczny głównie się boi... Szczepionkę kupuje się do poradni i dostarcza centralnie do poradni, przecież nie kupuje się w aptece. Nie wolno doprowadzić do tego, żeby ta szczepionka była w aptece, bo wtedy na pewno pojawi się import równoległy i przeprowadzi się to z Polski na Zachód, gdzie będzie lepsza cena, będziemy mieć Clexan bis. Do Polski sprowadzano tony Clexanu, który natychmiast skręcał do Niemiec, gdzie był dwukrotnie droższy. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym bardzo serdecznie podziękować za te wszystkie uwagi. Myślę, że wszystkie były związane z troską o prawidłową realizację „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Było bardzo wiele pytań, ale chciałbym się odnieść do pewnych propozycji panów profesorów, znawców tego przedmiotu. W najbliższych dniach planuję spotkanie ze wszystkimi i ewentualnie wprowadzenie korekty do programu.

Jeżeli chodzi o kształcenie lekarzy pierwszego kontaktu, to od 2000 r. przeszkolono ich ponad 10 tys. Pan przewodniczący przed chwilą mówił o szczepionce. Otóż, jako ministerstwo rekomendowaliśmy szczepienie jako zalecane, ale też chcieliśmy wprowadzić finansowanie jej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Niestety, Agencja Oceny Technologii Medycznych wydała opinię negatywną. Występowaliśmy jednak o wprowadzenie tej szczepionki.

Jeżeli chodzi o to, na co pan przewodniczący zwrócił uwagę, czy wykorzystamy te środki, to muszę powiedzieć, że rocznie wydajemy 250 mln zł. Dotychczas wydaliśmy 2300 ml zł. Proszę policzyć. Przeliczyliśmy, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

10 lat po 300 mln zł to jest 3 mld zł...

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Przeliczyliśmy. Jest to szacunkowo 2300 mln zł.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Kto to liczył – pani? Byłem najlepszy z matematyki w szkole. Mamy 5 lat, a więc 5 razy 300, to jest dokładnie 1,5 mld zł. Po prostu dwójka pomyliła się pani z jedynką. przepraszam.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Jest pomyłka o 1 mld zł. Przepraszam bardzo. Trzeba by teraz wydawać ponad 300 mln zł, co jest dużym wyzwaniem dla Ministerstwa Zdrowia w zderzeniu z ministrem finansów, z czego zdaję sobie sprawę, ale mówmy, jak jest.

Oczywiście, ten program – co powiedziałem już na wstępie – wymaga pewnej modyfikacji, szczególnie jeśli chodzi o rekomendacje i kompleksowe zmiany w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy. To jest główny problem, nad którym będziemy pracować.

Jeszcze raz chciałbym bardzo serdecznie wszystkim podziękować za zainteresowanie. Myślę, że pomimo wielu negatywnych opinii ten program jest realizowany właściwie. Muszę powiedzieć, że są znaczące jego efekty. Natomiast, jeśli chodzi o chemioterapię i brak w ostatni czasie cytostatyków – nie ma akurat tej osoby, która o to pytała – odpowiem w ten sposób, że u producenta, u którego zakupyjemy cytostatyki, wystąpił pewien błąd technologiczny, w związku z czym otrzymujemy mniejszą ilość cytostatyków w pewnym okresie. To już jest naprawione, mam więc nadzieję, że w ciągu pół roku wrócimy do właściwej normy zakupu.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze chciał zabrać głos pan prezes Stowarzyszenia Ochrony Praw Pacjentów i Osób Niepełnosprawnych „Projekt Nadzieja”. Proszę bardzo krótko, panie

prezesie, bo pewnie jest to ważny głos strony społecznej, ale zmierzamy do końca. Proszę uprzejmie.

Prezes Stowarzyszenia Ochrony Praw Pacjentów i Osób Niepełnosprawnych „Projekt Nadzieja” Tomasz Mikułowski:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, jestem ze Stowarzyszenia Ochrony Praw Pacjentów i Osób Niepełnosprawnych „Projekt Nadzieja” z Krakowa. Przyjeżdżam na posiedzenia Komisji już od dłuższego czasu i powiem szczerze, że jeśli chodzi o ten program, to podpisałbym się pod nim obiema rękami, bo nawet, jeśli potrzebuje on pewnych poprawek, czy rekonstrukcji, to dobrze, że cokolwiek się dzieje i wierzę, że może nie w przyszłym roku, ale w najbliższym czasie przyniesie zmiany w świadomości pacjentów.

Zastanawia mnie tylko jedno. Mówiono tutaj dużo na temat pieniędzy, które są poświęcane na ten program, a w dyskusji usłyszałem kilkakrotnie o tym, z czym spotykam się na co dzień – o pacjentach, którzy czekają na leczenie chemioterapią. Nasze Stowarzyszenie powołali pacjenci, którzy przychodzili do pewnego centrum medycznego w Krakowie, gdzie otrzymywali chemioterapię, a okres oczekiwania wynosił jeden albo dwa dni, gdzie mogli zarejestrować się telefonicznie – nie musieli przyjeżdżać o godzinie 7:00 rano i czekać do godziny 15:00.

Chodzi mi o to, że my, jako Stowarzyszenie – pacjenci, jesteśmy bardzo dalecy od tego, żeby mówić – ci robią źle, a ci robią lepiej, bo każdy robi na tyle, na ile jest w stanie. Po prostu jest określona liczba lekarzy, którzy są w stanie przyjąć określoną liczbę pacjentów. Jednak jako pacjenci nie jesteśmy w stanie zrozumieć, dlaczego po roku działalności tej placówki, w sposób arbitralny, decyzją urzędniczą, Narodowy Fundusz Zdrowia w Małopolsce po prostu ją zamknął.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie prezesie, proszę, jestem przewodniczący tej Komisji. Bardzo cenię sobie pana głos, ale proszę trzymać się tematu.

Prezes SOPPiON „Projekt Nadzieja” Tomasz Mikułowski:

Rozumiem, ale...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Musimy trzymać się tematu. Nie jest dzisiaj naszą sprawą rozważanie relacji pomiędzy jedną przychodnią a małopolskim...

Prezes SOPPiON „Projekt Nadzieja” Tomasz Mikułowski:

Dobrze, ale mi chodzi o to...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę to zasygnalizować i zmierzać do konkluzji.

Prezes SOPPiON „Projekt Nadzieja” Tomasz Mikułowski:

Chodzi mi o to, czy ten program zwalczania chorób nowotworowych jest powiązany również z decyzjami i sposobem w jaki Narodowy Fundusz Zdrowia... Jeśli nawet będzie wzrastać świadomość społeczna profilaktyki, to później ci pacjenci przyjdą do lekarza i odbiją się od ściany konieczności czekania tygodniami albo i miesiącami na to, by dostać się do onkologa, a później być leczonym. Wtedy cały ten wysiłek „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” odbije się od ściany, bo nie będzie tego przełożenia na leczenie. Wszyscy dokładnie o tym wiemy, że leczenie chorób nowotworowych we wczesnym stadium jest o wiele tańsze i wyleczalność pacjentów jest wyższa, niż jeśli będą musieli czekać.

Podaję to tylko jako przykład tego, co było w Krakowie, ale chodzi mi o przełożenie tego na całość, bo padł tu niejeden głos, że pacjenci czekają na to, aby dostać się do specjalisty. Bardzo dziękuję za wysłuchanie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że Komisja w tym składzie, jaki pozostał, przyjmie ten dokument i zarekomenduje go Sejmowi, bo to sprawozdanie będzie przedłożone Wysokiej Izbie, w której odbędzie się stosowne głosowanie.

Jest propozycja, żeby sprawozdawcą był pan poseł Jarosław Katulski. Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że ta propozycja została przyjęta. Panie pośle, czy pan się zgadza?

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Tak, zgadzam się.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Chciałbym jednak spróbować wyrazić konkluzję, po tych bardzo ważnych głosach – bo i przedstawiciele ciężkiego sprzętu medycznego, i tych, którzy mówią o szczepionkach, i tych, którzy mówią o edukacji w szkole, czyli najłżejszej części. Spróbujemy w gronie prezydium przygotować tekst kierunkowy, żeby znaleźć jakich konsensus, bo wydaje mi się – mówię to ponad podziałami – że musimy wzmocnić pozycję ministra w starciu z ministrem finansów, bo do wydania są pieniądze. Wydajmy je rozsądnie. A sądzę, że problem onkologii i naszych pacjentów leży nam wszystkim na sercu. Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.