



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(429)

26. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 16 października 2006 r.

VI kadencja

Profilaktyka i leczenie chorób nowotworowych
w województwie świętokrzyskim

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 00)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Gózdź:**

Gorąco witam senacką Komisję Zdrowia. Jest to dla nas ogromny zaszczyt, że akurat tak znakomite gremium zechciało zawitać w nasze skromne progi i że możemy gościć pierwszy raz w historii senacką Komisję Zdrowia na posiedzeniu. Mieliśmy to szczęście, że parokrotnie obradowała u nas sejmowa komisja, ale senacka nigdy. Dlatego jesteśmy bardzo wdzięczni i dumni, że państwo jesteście z nami.

Panie Przewodniczący, oddaję głos.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie stopnia zaawansowania realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

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

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

To dla mnie wielki zaszczyt, że mogę dzisiaj przedstawić państwu stan realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Tak się składa, że od listopada 2005 r. jestem przewodniczącym Rady do spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych. Jak państwo wiecie Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych to jest program wieloletni, który został powołany ustawą, podpisaną w lipcu 2005 r. Ustawa jest realizowana od 2006 r.

Dlaczego ustawa? Dlatego, że eksperci mówią, iż musimy zrównać się z Europą przynajmniej w ciągu dziesięciu lat, tak żeby dostępność do leczenia naszych pacjentów, dostępność do nowych technologii, a także wiedza, szczególnie lekarzy opieki podstawowej, była adekwatna do oczekiwanej sytuacji i adekwatna do tego, co się dzieje w tej chwili w Europie.

Jakie grupy zagadnień były realizowane w 2006 r.? Pierwsza grupa – programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów. Druga – programy inwestycyjne. Trzecia – programy edukacyjne. Czwarta – programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów oraz piąta – pozostałe programy. A zatem pełne spektrum onkologii. W ustawie jest zapisane, że w pierwszym roku 20% budżetu musi

pójść na programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów i tak też postępowaliśmy.

Jeżeli chodzi o szczegółową realizację tego programu, to pierwsze zadanie – prewencja pierwotna nowotworów. Następne zadanie – populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. To jest jeden z największych problemów epidemiologicznych w Polsce. Niestety, to mała chwała dla nas, że wykrywamy raka szyjki w takim okresie zaawansowania. To jest chyba w tej chwili największy problem do rozwiązania. To jest kwestia zmiany mentalności i podejścia pacjentów, ale także środowiska lekarskiego i środowiska pielęgniarek i położnych.

Trzecie zadanie – populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi. To jest bardzo istotne, że są to programy populacyjne. Czwarte – program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Piąte – program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. I tu są już konkretne moduły. Moduł pierwszy, wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jelita; moduł drugi – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy.

Następne zadanie to utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii. Zadanie siódme – tomografia pozytonowa – budowa sieci ośrodków PET. Kolejne zadanie, program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne. Dziewiąte zadanie: szkolenie lekarzy rodzinnych w zakresie diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. Dziesiąte: modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych. Jedenaste: poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuc – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii. Dwunaste zadanie to programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci. W tym: wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci; ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości; modyfikacja i wdrażanie ujednoliconego programu diagnostyki; wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci oraz wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce niezłośliwych chłoniaków złośliwych u dzieci. Trzynaste zadanie to program doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych. Czternaste: program rozwoju opieki paliatywnej w onkologii. I piętnaste zadanie: poprawa działań systemu zbierania i rejestracji danych o nowotworach.

Jak państwo widzicie, jest piętnaście problemów, na rozwiązywanie których podzieliliśmy w tym roku środki. Jesteśmy głęboko przekonani, że ten rok to będzie pierwszy taki tłusty rok polskiej onkologii. Ten program skoncentrowany jest na najbardziej istotnych problemach. Po pierwsze, profilaktyka, po drugie, poprawa dostępu do leczenia, o tym będę mówił za chwilę. Oczywiście, zgodnie z ustawą realizatorów programów wybiera się poprzez konkurs ofert. Konkurs jest przeprowadzony przez ministra zdrowia. Są przepisy prawne mówiące w jaki sposób zawierane są umowy. Do tej pory zawarto trzysta dwanaście umów. Jesteśmy głęboko przekonani, że realizacja tego programu jest niezagrażona, ale o tym państwo się przekonacie na końcu mojej prezentacji.

Jeżeli chodzi o programy profilaktyczne, tak jak mówiłem, muszą one stanowić przynajmniej 20% wartości środków przeznaczonych na program i tak się w tym roku stało. W roku 2006 przeznaczaliśmy na to 50 milionów zł ze środków ministra zdrowia, nie licząc środków, które zostały przeznaczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację programów profilaktycznych w dziedzinie onkologii, dlatego że te programy realizowane są wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Program pierwszy, pierwsze zadanie: prewencja pierwotna nowotworów. Celem programu jest rozwój i upowszechnianie metod zapobiegania nowotworom, polegających na ograniczeniu działania czynników ryzyka nowotworów, w szczególności związanych ze stylem życia. Istotnym elementem tego programu są działania w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. W ramach programu przewiduje się upowszechnianie i implementację w Polsce zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem oraz upowszechnienie zasad zdrowego żywienia. To bardzo istotne. Nad tym chcę się przez chwilę skoncentrować. Europejski Kodeks Walki z Rakiem jest dokumentem opracowanym i zalecanym przez Unię Europejską. Jest już przetłumaczony i mam nadzieję, że to będzie najbardziej dostępny dokument z zakresu onkologii dla wszystkich lekarzy w Polsce. Wdrożyliśmy to jako jeden z elementów naszego programu. Uważamy go za bardzo, bardzo istotny.

Realizatorem programu jest Centrum Onkologii w Warszawie. Na realizację tego zadania przeznaczone są środki w wysokości 3,5 miliona zł. Oczywiście jest tutaj współpraca logistyczno-organizacyjno-propagandowa – propagandowa to jest złe określenie – Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Będziemy wysyłać imienne zaproszenia do pacjentów, zarówno w formie listownej, jak i esemesowej. To jest pewna nowość. Szeroko zakrojona akcja medialna realizowana przez wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia lub wojewódzkie ośrodki koordynujące. I wreszcie kontrola jakości badań diagnostycznych wykonywana w ramach programu profilaktycznego finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, realizowana przez wojewódzkie ośrodki koordynujące.

W całej prezentacji będzie się pojawiało słowo: „jakość”, czyli wreszcie wymagamy, żeby nie tylko było coś zrobione, ale żeby było zrobione w sposób rzetelny i możliwy do sprawdzenia.

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy realizujemy także we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia. To bardzo dla nas skomplikowany problem, ale jestem głęboko przekonany, że dzięki bardzo istotnemu wsparciu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego ten program przyczyni się wreszcie do znaczącej poprawy sytuacji w Polsce.

Program jest realizowany również przez szesnaście wojewódzkich ośrodków oraz centralny ośrodek koordynujący w Poznaniu.

Jeżeli chodzi o wydatki, to na realizację programu wydajemy 20 milionów zł. Ten program jest oczywiście bardziej kosztowny od wszystkich innych. Liczymy, że w tym roku na badania profilaktyczne zostanie zaproszonych około trzech i pół miliona kobiet. To jest jedna trzecia populacji w wieku 25-59 lat. To jest jedno z największych badań. Jakkolwiek muszę powiedzieć, że mamy w tej chwili pewne wątpliwości, dlatego że po wyborze realizatorów programów do końca roku pozostaje niewiele czasu. Trochę się boimy, że kumulacja zaproszeń nastąpi w grudniu. Grudzień to jest niedobry miesiąc dla naszych pacjentek, zajętych raczej przygotowaniami do świąt niż uda-

niem się do lekarza. Tak że, być może, będziemy musieli to trochę przesunąć w kierunku pierwszego kwartału roku 2007. Głównie chodzi nam o to, żeby rzeczywiście te środki nie poszły na marne, żeby rzeczywiście można było mówić o badaniu populacji.

Podobna sytuacja jest z wykrywaniem raka piersi. Jest piętnaście ośrodków wojewódzkich...

(Głos z sali: Szesnaście.)

Szesnaście, ale Centrum Onkologii w Warszawie pełni podwójną rolę – ośrodka wojewódzkiego i centralnego. Jest więc szesnaście ośrodków.

(Głos z sali: Lubuskie jeszcze.)

No właśnie. Przepraszam. Tak że widać, że jest spora decentralizacja, jeżeli chodzi o ośrodki, które będą nadzorować ten program. I bardzo dobrze. Tego nie da się przeprowadzić w sposób centralny.

Na realizację programu wczesnego wykrywania raka piersi przeznaczono 10 milionów 269 tysięcy zł. Liczymy, że w roku bieżącym zostanie zaproszone mniej więcej dwa i pół miliona kobiet. To jest 1/3 populacji kobiet w wieku od pięćdziesięciu do sześćdziesięciu dziewięciu lat. Tu mamy taką właśnie populację z wiadomych względów.

Program przesiewowy dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Bardzo interesujący program, realizowany oczywiście przez Centrum Onkologii, pod nadzorem pana profesora Nowackiego. To jest program realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. W 2006 r. zawarto umowę na wykonanie trzydziestu dwóch tysięcy czterystu trzydziestu kolonoskopii przesiewowych. Ten program budził pewne kontrowersje w związku z tym, że to badanie jest jednak dość skomplikowane. Poprosiliśmy o ocenę technologii medycznej, czy ona się nadaje do tego typu działań, Agencję Oceny Technologii Medycznych. Ocena jest jednoznaczna – tak. Mówimy tutaj o kolonoskopii. Trzeba rzeczywiście doprowadzić do sytuacji, w której mamy pełną kontrolę nad realizacją programu. Utworzono biuro dla potrzeb tego programu i szkolenia w zakresie kolonoskopii. Na realizację badań przesiewowych jest 10 milionów zł, a cała reszta 182 tysiące zł na biuro i 1 milion zł na szkolenie w zakresie kolonoskopii.

Specjalnie państwu pokazuję, na co wydajemy konkretne środki, dlatego że wydaje mi się, że musicie państwo mieć wiedzę, iż staramy się tutaj każdą złotówkę obrócić dwukrotnie. Procedowanie w radzie jest transparentne. Każdy protokół jest opublikowany na stronie internetowej. Wszystko jest nagrywane, chociaż oczywiście nie jest to specjalnie potrzebne, bo protokoły są zatwierdzane na każdym posiedzeniu rady i dostępne dla wszystkich na naszej stronie internetowej.

Następny program to program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, realizowany przez genetyczne poradnie onkologiczne. Chodzi o identyfikację rodzin wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi, jajnika, jelita grubego oraz objęcie ich opieką – profilaktyka i wczesne wykrywanie. Rodziny wysokiego ryzyka są identyfikowane na podstawie analizy wcześniejszych zachorowań wśród krewnych oraz badania nosicielstwa genów silnych predyspozycji do zachorowań na nowotwory. Program umożliwia ograniczenie wczesnej umieralności z powodu nowotworów w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania. Umowy zostały zawarte na łączną kwotę 3 milionów 680 tysięcy zł.

To jest to, co państwa najbardziej interesuje i myślę, że to będzie chyba najbardziej spektakularny sukces tego programu w roku 2007. Utworzenie w Polsce systemu

radioterapii onkologicznej. Wczoraj pewnie wszyscy mieli „Rzeczpospolitą” w ręku z tytułem na pierwszej stronie i z leadem o braku dostępności... To była ekspertyza zamówiona przez Ministerstwo Zdrowia. Chcieliśmy wszystkich przekonać, że pieniądze, które wydajemy, wydatki inwestycyjne, to są pieniądze dobrze wydane. Mimo że artykuł był dramatyczny, to wydźwięk tego tekstu był bardzo jednoznaczny, że wreszcie jest światło w tunelu. W najbliższym czasie – myślę, że w znacznie krótszym okresie niż dziesięć lat – będziemy mieli europejski poziom dostępności do tych świadczeń.

Nie będę państwu opowiadał, jakie są cele, bo one są dość jednoznaczne. Najważniejszym celem jest osiągnięcie standardu WHO – trzy aparaty megawoltowe przypadające na jeden milion mieszkańców. W tej chwili mamy sytuację mało dla nas korzystną. Mimo takiej epidemiologii nowotworów mamy tylko dwa aparaty na jeden milion mieszkańców, mniej niż dwa aparaty na milion. Proszę pamiętać, że radioterapia jest zalecaną metodą leczenia u około 70% wszystkich chorych na nowotwory w różnych stopniach zaawansowania.

W ramach realizacji tego programu zostanie zakupionych dziesięć akceleratorów wysokoenergetycznych, symulatory radioterapeutyczne, aparatura do brachyterapii, systemy planowania leczenia. To jest, moim zdaniem, bardzo, bardzo istotne. Zresztą mieliśmy okazję się nad tym bliżej pochylić u państwa w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Następnie sprzęt do kontroli jakości radioterapii. Program realizują dwadzieścia cztery ośrodki, współtworzące sieć ośrodków radioterapii w Polsce na lata 2006–2007. To nie jest to oczywiście ostatnie słowo, ale wydawało nam się – i to jest sukces tej Rady – że jeżeli ma być odczuwalna poprawa w zakresie onkologii to właśnie w tej kategorii. Już w następnym roku będzie istotny wzrost dostępności. Powtarzam to jak mantrę, ale myślę, że ktoś, kto będzie oceniał ten program i oceniał dlaczego właśnie te pieniądze zostały w taki sposób wydane, ma w tej chwili absolutnie twarde dane, że te pieniądze są wydane mądrze.

Następny program. Tomografia pozytonowa – budowa sieci ośrodków PET. Bardzo kontrowersyjna sprawa, aczkolwiek dla mnie zupełnie niekontrowersyjna. Wydaje się, że od technologii PET nie będzie w Polsce odejścia. Istotny problem polega na określeniu, ile tak naprawdę powinniśmy mieć ośrodków PET w Polsce, jak one powinny być rozlokowane, czy ośrodki aplikujące spełniają kryteria i przede wszystkim, ile tych badań może być wykonywanych, dlatego że PET to nie jest urządzenie, które powinno stać bezczynnie. Nie ma niczego bardziej dramatycznego niż urządzenie kosztujące wiele milionów złotych, a obok personel niezadowolony ze swoich płac. Wszyscy muszą być dobrze zmotywowani.

Ponieważ te pieniądze idą tak naprawdę z tego samego worka stwierdziliśmy, że bardzo istotne jest rozlokowanie ośrodków z PET – ich sieć w Polsce – oraz twarde dane, ile powinniśmy ich mieć w porównaniu z Europą, jakie są wskazania. Poprosiliśmy o opinię Agencję Oceny Technologii Medycznych. To jest nowe ciało, które zostało powołane przez pana profesora Religę tego roku. Agencja po wielu miesiącach ogromnej pracy przedstawiła nam precyzyjne dane mówiące o tym, że w tej chwili w Polsce nie powinno funkcjonować więcej niż sześć ośrodków, tak żeby była dostępność terytorialna oraz przede wszystkim, żebyśmy wiedzieli, że nie jest to prezent dla ośrodka, który nie będzie wiedział, co z tym zrobić, tylko jest to inwestycja w miejscu, w którym nie zostanie to zmarnowane. Państwo są najlepszym przykładem. Jak panowie senatorowie pewnie zdążyli zauważyć, Kielce są znakomicie przygotowane do tego, żeby zainstalować PET i pracować na nim bardzo szybko.

Chcemy, aby powstała sieć ośrodków PET, powiązana telemedycznie, tak żeby była możliwość wymiany informacji, wspólnej analizy przypadków. To będzie pewnie jedna z pierwszych technologii, która będzie w pełni objęta siecią w Polsce. Dzięki temu powstanie zespół profesjonalistów, który będzie mógł swoje usługi świadczyć także dla innych krajów. Taka jest prawda.

Państwo są w sieci ośrodków PET. Mamy ich pięć. Chcemy pomyśleć o implementacji szóstego ośrodka w najbliższym czasie. Gdańsk, Bydgoszcz, Warszawa, Kielce, Gliwice. Nie ukrywam, że chodzi tutaj o Poznań, ale implementacja będzie możliwa tylko wtedy, kiedy te ośrodki będą współdziałały nie tylko z częścią stricte kliniczną, z akademiami medycznymi, centrami onkologii, ale także z częścią naukową reprezentowaną przez politechniki. Tak drogie urządzenie musi służyć także nauce, a nie tylko klinice. Dzięki temu, jesteśmy przekonani, że dramatycznie drogie w tej chwili w Polsce badanie będzie kosztowało znacznie, znacznie mniej. Analizy, które otrzymaliśmy z Agencji Oceny Technologii Medycznych, wskazują, że dobrze funkcjonujące PET to badanie, które nie musi kosztować ponad 3 tysiące zł, tylko około 1 tysiąca zł.

Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minima onkologiczne. Zastanawiam się czy powinienem to komentować. Myślę, że nie. To jest chyba jeden z największych polskich dramatów, który nas spotkał, mianowicie – chyląc czoła przed tworzeniem centrów onkologii – zapomniano o jednym, że nie ma w Polsce akademickiej onkologii. Trzeba będzie tę sytuację naprawić. Epidemiologia jest jednoznaczna. Wiemy, z czym będziemy się zmagać w najbliższych latach. W związku z tym musimy w jakiś sposób doprowadzić do powstania ośrodków onkologicznych akademickich, gdzie powinno kształcić się także lekarzy podstawowej opieki. Wiemy, jak wygląda nauczanie onkologii na naszych uczelniach. Ono podlega swego rodzaju dyspersji. W każdej dziedzinie medycyny mówi się o nowotworach, nigdy natomiast nie mówi się o tym w sposób globalny. Musimy doprowadzić do sytuacji, żeby rzeczywiście lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, lekarze rodzinni mieli na ten temat wiedzę. Będziemy to bezwzględnie egzekwować. Tu, oczywiście, chodzi o niezbyt wielkie środki. To jest 221 tysięcy zł. Ten program przygotowało Centrum Onkologii w Warszawie. On zresztą tak naprawdę jest już od kilku lat realizowany, ale dostępność do tego programu należy w istotny sposób zwiększyć.

Kolejny program to jest program szkolenia lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorym po leczeniu onkologicznym. Także bardzo ważny problem, którego nie było w kształceniu podyplomowym lekarzy. Elementy opieki nad chorymi nieuleczalnie, leczenie sanatoryjne, szkolenie z zakresu opieki nad chorymi w trakcie i po leczeniu onkologicznym – poza placówką leczącą. Jaki jest cel programu? Bardzo jednoznaczny – zwiększenie odsetka nowotworów rozpoznawanych we wczesnych stadiach zaawansowania. Na realizację programu przeznaczono środki w wysokości 778 tysięcy zł. Realizatorem programu jest Centrum Onkologii w Warszawie.

Kolejna, szalenie istotna dla nas sprawa, to jest modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych. Chodzi o koordynację treści nauczania onkologii. Szczególny nacisk położono na przyswojenie studentom praktycznej wiedzy o zapobieganiu i wczesnym rozpoznawaniu nowotworów w dieścieju najczęstszych lokalizacjach narządowych. Również aktualizacja treści naucza-

nia. Realizatorem tego programu będzie Akademia Medyczna we Wrocławiu. Zespół wybitnych ekspertów opracuje program nauczania onkologii na uczelniach medycznych oraz wreszcie nowoczesny podręcznik dla studentów do nauczania onkologii. Na ten cel zostały zaplanowane w 2006 r. środki w wysokości 2 milionów 800 tysięcy zł.

Jeżeli państwo pozwolą, będę specjalnie ogniskował się na programach. To są już programy bardzo specjalistyczne, skierowane głównie do onkologów, tak żeby poprawić możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. Pierwszym z tych programów jest poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuc. Chodzi o doposażenie i modernizację klinik i oddziałów torakochirurgii. One są bardzo źle wyposażone, stąd w tej części jest także program inwestycyjny. To są zakupy wideomediastinoskopów, laserów, respiratorów, usg przezprzełykowe i przezoskrzelowe. W tym roku na ten cel wydajemy środki finansowe w wysokości 9 milionów 300 tysięcy zł.

Następny program, program poprawy jakości diagnostyki leczenia nowotworów u dzieci. Realizatorem jest Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie. Przeznaczamy na to 324 tysiące zł.

Następny program: ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości. Elementem realizacji naszego programu w 2006 r. będzie zakup czterdziestu endoprotez. Realizatorem jest klinika profesora Woźniaka. Na realizację zadania przeznaczamy 2 miliony 400 tysięcy zł.

Modyfikacja i wdrażanie ujednoczonego programu diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. Realizatorem jest Instytut Matki i Dziecka. Środki na realizację to 355 tysięcy zł.

Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci. Zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia. Realizatorami programu są Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie. Na realizację tego programu przeznaczone są 132 tysiące zł.

Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce nieziarniczych chłoniaków złośliwych u dzieci. 56 tysięcy zł. Realizatorami są Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny w Warszawie i Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu.

Teraz przechodzimy do programów poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych u dorosłych. A więc program doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych w Polsce, z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z „European Leukemia Net”. Na realizację programu wydajemy 5 milionów 785 tysięcy zł. Zawarto dwadzieścia pięć umów.

Program wykrywania i rozpoznawania chłoniaków złośliwych. Dwie umowy na kwotę prawie 2 milionów zł.

I pozostałe programy. Program rozwoju opieki paliatywnej w onkologii. Nie będę się nad nim zatrzymywał. To bardzo jednoznaczny program. Dwadzieścia pięć umów na doposażenie oddziałów opieki paliatywnej, przeprowadzenie szkoleń i tworzenie zespołów wsparcia. Środki finansowe to ponad 3 miliony zł.

Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach. To jest program, który ma zapewnić stabilne finansowane Krajowego Rejestru Nowotworów i szesnastu rejestrów regionalnych oraz stworzyć warunki do poprawy kompletności rejestracji nowych zachorowań. Wydajemy na to 2 miliony 330 tysięcy zł. Zawarto trzydzieści dwie umowy na realizację tego programu.

Proszę państwa, w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych jest – należałoby się zastanowić aż czy tylko – piętnaście zadań. Widzą państwo, że włożono ogromną pracę. Skład rady był poszerzony o ekspertów. Spotykaliśmy się z najwybitniejszymi przedstawicielami polskiej onkologii, także z politykami, których chcieliśmy przekonać do tego, a także żeby wiedzieli, w jaki sposób wydajemy te pieniądze. Tymi politykami byli państwo senatorowie. Wielu z państwa mogło uczestniczyć w spotkaniach Rady, ponieważ te spotkania są otwarte.

Na realizację Narodowego Programu przeznaczaliśmy 250 milionów zł. Pieniądze, mam nadzieję, zostaną skonsumowane. Do chwili obecnej zawarto z realizatorami trzysta dwanaście umów. Ostatnie postępowanie konkursowe dotyczy zadania związanego z tomografią pozytonową. Do 11 października zatwierdzono pod względem merytorycznym rozliczenia na kwotę 5 milionów zł, Proszę jednak pamiętać o tym, że końcowy termin nadsyłania rozliczeń do umów został określony na 10–20 grudnia. Jest więc na szczęście jeszcze sporo czasu.

Kwota w wysokości 192 milionów zł to środki inwestycyjne. Z powodu trwających procedur przetargowych środki te zostaną rozliczone i wydatkowane na przełomie listopada i grudnia. W większości zadań wybrano realizatorów na lata 2006–2008, co umożliwi w roku 2007 zawarcie umów bez konieczności przeprowadzania konkursów.

To jest, myślę, najbardziej istotna informacja. Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych nie jest zagrożona. Zdziwiłbym się, gdyby była. Członkowie rady spotykali się tak naprawdę raz na dwa tygodnie, czasami nawet częściej. Pracowaliśmy pilnie. Została wykonana ogromna praca, bo łatwo jest wydać pieniądze, ale wydać je mądrze, to jest bardzo, bardzo skomplikowany problem. Proszę pana przewodniczącego o przyjęcie tej informacji i bardzo bym prosił o dalsze wspieranie rady programu. Bardzo cieszymy się, że państwo jesteście naszymi gośćmi i możemy czerpać także z państwa mądrości. Dziękuję. (*Oklaski*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję panu ministrowi.

Zgodnie z zasadami procedowania senackiej Komisji Zdrowia pytam w tej chwili, czy są pytania do prelegenta? Nie ma pytań.

Czy ktoś chce zabrać głos w sprawie narodowego programu? Czy pan wiceprzewodniczący Karczewski, uczestnik posiedzeń rady, chciałby coś skomentować?

(*Senator Stanisław Karczewski:* Nie, pan minister powiedział wszystko.)

Potwierdzasz?

(*Senator Stanisław Karczewski:* Chciałem zadać tylko jedno pytanie, ale poprzez ostatni slajd otrzymałem odpowiedź. Tak że już nie zadam tego pytania.

Dobrze. Widzę, że będziemy mieli następną prezentację, tak?

Bardzo proszę pana doktora.

Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi Jacek Heciak:

Jacek Heciak, konsultant wojewódzki do spraw radiologii i diagnostyki w naszym województwie oraz szef koordynujący program wczesnego wykrywania raka piersi.

Panowie Senatorowie! Panie Ministrze! Drodzy Koledzy!

Chcę przedstawić problem skryningu raka piersi w naszym województwie świętokrzyskim i zaznaczyć, że jest to w ogóle poważny w Polsce problem. Jeśli chodzi o zapadalność na nowotwory złośliwe, to rak piersi jest na pierwszym miejscu. Jeśli jest sto nowotworów, to w tym jest czterdzieści cztery przypadków raka piersi. Rak piersi jest również na pierwszym miejscu w województwie świętokrzyskim jako przyczyna zgonu. A więc jest to bardzo duży problem społeczny.

Jeśli chodzi o Polskę, to rocznie jest około dwunastu tysięcy zachorowań na raka piersi i około czterech tysięcy zgonów. Jeśli rak piersi jest we wczesnym okresie rozwoju, to w 90% potrafimy go nawet wyleczyć. Za to, jeśli chodzi o raka piersi, nie potrafimy jemu zapobiec. Jedynie wczesne wykrycie powoduje uratowanie życia pacjentki. Jest tylko 5–10% raków sutka o podłożu genetycznym i właściwie tym problemem zajmują się już genetycy. Jeśli natomiast chodzi o ten program środowiskowy i zapadalność, to takim wspaniałym testem przesiewowym na wykrywanie raka piersi jest badanie mammograficzne.

Czynniki ryzyka. Tutaj ciągle zastanawiamy się, jakie zastosować badanie. Prawdopodobnie magnetyczny rezonans będzie najlepszym badaniem w kierunku wykrywania u pacjentek raka piersi o podłożu genetycznym.

Wszystko zależy od poprawnego przeprowadzenia skryningu. Powinno to być bardzo ściśle związane z rejestrem nowotworów. Nowy program, który powstaje, jest złożony z trzech części. W tym roku ograniczamy się do przeprowadzenia do badań przesiewowych. W następnym roku ma powstać diagnostyka i dalsze obserwowanie chorych. Dlatego akurat z tych części. Dlatego że musimy wykazać, że te pieniądze, które idą na wykrywanie wczesnego raka piersi są słusznie zużyte, czyli 90% wczesnie wykrytych raków powinien przynieść ten właśnie system.

Tutaj chcę tylko podkreślić – o tym mówimy – że jest istotne, aby skryning był prawidłowo prowadzony. Aby w ogóle był wykonywany muszą być spełnione odpowiednie warunki. Jest to problem społeczny. Wczesne wykrycie jest równoznaczne z wyleczeniem. Wykrywanie powinno być procesem ciągłym. To jest bardzo ważne, do czego później nawiążę. Zalety skryningu: poprawa wyników leczenia choroby wykrytej we wczesnym stadium, stadium przedklinicznym, możliwość oszczędzającego leczenia...

Parametry oceny kontroli jakości programu skryningu. Właściwie tutaj te parametry nas oceniają. Zgłaszamy 70%... Tutaj, Panie Ministrze, odnośnie zaproszeń. Wydaje mi się, że pomysł, aby to Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia wysyłała zaproszenia, wydaje mi się, jest złym pomysłem. Na czym polega zasada skryningu? Panowie senatorowie muszą na to zwrócić uwagę. To jest proces ciągły, czyli zasada jest taka, że badamy w obrębie dzielnicy, osiedla, miasta. Powtarzamy badanie co dwa lata. Teraz proszę sobie wyobrazić, że Centrala wysyła pod koniec roku zaproszenia. Wykonaliśmy, mimo usilnych tutaj starań, cztery tysiące badań na piętnaście tysięcy. Tyle zakontraktowanych badań ma nasz ośrodek. Realizacja nawet nie w 30%. W końcowych wnioskach wrócę do tego, jak to powinno być.

Wydaje się, że powinniśmy jako ośrodek wysyłać te zaproszenia. Na dobrą zgłaszalność składają się działania złożone z dwóch części. Po pierwsze, najpierw musimy bardzo mocno zaakcentować problem społeczny, jakim jest rak piersi, a następnie wysłać do tych pacjentek zaproszenia. Jeśli mówimy, a nie wysyłamy zaproszenia, to właściwie to idzie w przestrzeń. Niewiele osób się zgłasza.

Jednym z parametrów oceny jest zgłaszalność. Tak jak mówiłem, mamy niewielką. Poza tym badamy pacjentki z różnych miejsc i to właściwie nie przynosi żadnego efektu. Oczywiście, długoplanowy – tak, ale na początek działamy właściwie trochę po ciemku. Wykrywamy trzykrotnie więcej niż normalnie. Dodatkowe badania diagnostyczne – 5–7%. Jeśli chodzi o błędy techniczne, bardzo istotne są szkolenia. Wykrywalność poszczególnych raków inwazyjnych – do 10–15%... Musimy to wykazać, czy ten skrining jest poprawny.

Badania przesiewowe, diagnostyczne, również mammografia, zdjęcia powiększone celowane, wspomaga nas ultrasonografia jako badanie pomocnicze. Następnie wykrywamy tego raka na podstawie biopsji. Jeśli mamy sto pacjentek do badania, to statycznie powinniśmy wykryć 0,5 raka. To jest takie założenie. My mamy około 1,5, dlatego że zaczynamy badać i dopóki nie będziemy mieli drugiego, trzeciego, czwartego ringu, czyli chodzi o badania w tej samej grupie, to 0,5 będzie dopiero przyszłościową daną statystyczną.

Personel medyczny. Widzimy, że tutaj działa zespół. To nie jest tylko jeden lekarz. Są lekarze radiolodzy, onkolodzy, patolodzy, osoby do obsługi skriningu. Tutaj wróćę właśnie do tych zaproszeń wysyłanych pocztą, ale przez daną pracownię, w której wykonujemy badania. Tak było w 2000 r., gdy brałem udział w zespole profesora Tołwińskiego, gdy pracowaliśmy z Bankiem Światowym. Bank Światowy dał między innymi właśnie zalecenia o podwójnym zaproszeniu na badania, ale to my wysyłamy do określonych już grup, osiedli, dzielnic. I co dwa lata powtarzamy. To jest bardzo ważne.

Przygotowanie skriningu – to państwo wiedzą – system komputerowy, ankiety... To, o czym wcześniej mówiliśmy, że realizacja zadania doprowadzi do stworzenia systemu umożliwiającego wieloletnie i ciągłe prowadzenie aktywnego skriningu raka piersi w Polsce. Aktywny, czyli zapraszamy na badania. Jeśli dostaniemy zaproszenia drogą mailową, do komputera, to właściwie każdy wyrzuca to. My o tym problemie rozmawialiśmy na spotkaniach w styczniu i w czerwcu. To były spotkania z udziałem przedstawicieli ministerstwa, Funduszu, COK, WOK. Ten problem był sygnalizowany. Postanowiono właśnie, że zaproszenia będą wysyłane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Związane to było z ochroną danych osobowych. Mieli się spotkać przedstawiciele Funduszu, ministerstwa, żeby dokonać ustaleń i tak ustalono. Ale, wydaje mi się, że chyba niesłusznie. Zaproszenia wysyła Centrala NFZ, a powinna wysłać pracownia mammograficzna. Badania przesiewowe są w ten sposób wykonane przypadkowo u pacjentek, a powinny być, jak powiedziałem, w tej samej grupie – dzielnica, osiedle – co dwa lata.

Narodowy Fundusz Zdrowia zdecyduje, kto ma wykonywać badania mammograficzne. To powinien kierownik WOK. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że znam na naszym terenie placówki, znam kolegów, którzy przygotowali... O tych kryteriach jest dalej. Mamy przebyć ileś szkoleń... Szkolenie jednak nie gwarantuje jeszcze nauczania się czegokolwiek. Dlatego powinno to być w ten sposób zorganizowane, że jest ośrodek koordynujący i koordynator stwierdza: umiesz albo jeszcze nie umiesz, potrafisz – nie potrafisz. Nie ma testów kwalifikujących umiejętności. Jakość pójdzie nam w dół. Będzie dużo badań, może będzie dużo takich raków, które pominiemy, i dopiero się okaże za trzy, cztery lata gdzie jest ten błąd. Te programy są znane na całym świecie. Wszyscy już przez to przeszli. Chodzi o to, żebyśmy znowu nie zaczęli od początku.

Brak jest podstaw prawnych dla działań kierownika WOK. Dość często występuje problem z mammobusami. Zazwyczaj piszę opinię negatywną. Negatywna opinia wynika z tego, że mammobusy właściwie u nas nie mają w tej chwili racji bytu, a to dlatego, że przemieszczenie się mammobusu z jednego miejsca na drugie rodzi za sobą od nowa ustawianie aparatu. W jednym dniu musi przyjechać inżynier serwisowy, ustawić, a następnie musimy to sprawdzić. Sprawdzanie trwa sześć godzin, żeby powiedzieć, że ten aparat, który został z miejsca na miejsce przeprowadzony, jest dobry. Następnie kwestia napięcia. Niewielkie spadki napięcia powodują zaburzenie i w związku z tym parametr, który jest na konsoli, niekoniecznie musi odpowiadać temu, co jest na lampie. Następnie wywołanie filmu. Jeśli chodzi o naszą wodę, jest z tym różnie. Utrzymanie parametrów czysto chemicznych wody do wywołania filmu jest trudne.

W związku z tym zachodzi pytanie o podstawy prawne dla kierownika WOK. On właściwie poza opiniodawcą nie ma tu żadnej roli. Ciągłe tylko podpowiada i to gdzieś tonie w mrowiu różnych informacji. Przesyłamy to do COK. Wydaje mi się, że tutaj musimy mieć większe możliwości. Dość często spotykam się z pytaniem: na jakiej podstawie prawnej pan działa? kim właściwie pan tu jest? co pan tu robi? Jeśli mamy jakąkolwiek opiniodawczą rolę, i ma to być, i chcemy to dobrze zrobić, to musimy mieć większe prawa. Nie potrafię w tej chwili określić tego w sposób prawny. Chodzi o większą możliwość decydowania na danym terenie, kto to powinien robić i monitorować jak te badania przebiegają. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem) ...odpowiedzialności ze środkami, które się wydaje, czyli jakiegoś terenowego działania. To, oczywiście, jest jakiś klucz. Osiągnęlibyśmy pewien efekt. W tym modelu, który obecnie jest realizowany, mam wątpliwości, czy rzeczywiście go osiągniemy. Zakładam poprawę wykrywalności. Tak że podzielam tutaj opinię pana doktora. Nie wiem, czy centralizować, czy ma to być jedna osoba w kraju, ale jestem przekonany, że na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia – bo to jest ta instytucja, która za to odpowiada – musi być jakieś mocniejsze połączenie z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym. I jednak chodziłoby o stymulację tych programów lokalnych.

Czy ktoś chciałby jeszcze coś powiedzieć? Pan minister?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Może skomentuję po drugim wystąpieniu.)

Proszę bardzo. Dziękujemy bardzo za interesujący wykład.

Bardzo proszę pana doktora.

Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy Arkadiusz Chil:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Arkadiusz Chil. Jestem lekarzem ginekologiem i kierownikiem wojewódzkiego ośrodka koordynującego program profilaktyki raka szyjki macicy.

Mam zaszczyt i przyjemność powiedzieć państwu o założeniach wprowadzania skriningu raka szyjki macicy. Pan minister przed chwilą powiedział, że problem raka szyjki macicy jest obecnie jednym z najważniejszych problemów w Polsce. Niektórzy z państwa pewnie znają ten element graficzny – jest to symbol prowadzonej obecnie pod patronatem Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego kampanii „Wybierz życie”, mającej na celu poprawę świadomości kobiet na temat raka szyjki macicy. To bowiem jest jedna z głównych przyczyn wysokiej umieralności na raka szyjki macicy w naszym kraju.

Proszę spojrzeć, nowotwory złośliwe odpowiadają za 1/4 zgonów wśród kobiet, choroby układu krążenia – prawie za połowę. Jednak przy podziale na grupy wiekowe ta sytuacja się zmienia. Choroby układu krążenia zaczynają dominować po sześćdziesiątym piątym zycia, w grupie kobiet młodszych, będących w pełni sił produkcyjnych jako przyczyna śmiertelności dominują właśnie nowotwory.

Badanie europejskie oceniające siedemnaście krajów pokazało, że Polska jest na ostatnim miejscu w Europie, jeżeli chodzi o śmiertelność z powodu raka szyjki macicy. Za nami jest Rumunia, ale w gruncie rzeczy jest to niewielka pociecha. W liczbach bezwzględnych zachorowalność w Polsce – cztery tysiące kobiet na raka szyjki macicy. Umiera z tego połowa. Jak powiedziałem, jedna z najwyższych w Europie umieralność.

Dlaczego tak jest? Problemem jest to, że większość kobiet w Polsce zgłasza się do lekarza w zbyt wysokim stopniu zaawansowania, żeby wyniki leczenia były dobre. Rak przedinwazyjny, czyli taki, który może być całkowicie wyleczalny, jest stwierdzany w Polsce u około dwudziestu pięciu chorych na sto. W krajach, w których funkcjonuje skrining populacyjny – to jest ważne: populacyjny, nie okazjonalny czy oportunistyczny – u ponad pięćdziesięciu chorych. Różnica 25% ma kolosalne znaczenie, jeżeli chodzi o wyniki leczenia. Ponad 60% raków szyjki macicy jest wykrywalnych w II i III stopniu zaawansowania.

Problemem jest to, że objawy raka szyjki macicy są ukryte przez długi czas. Co więc zrobić, aby wykryć tego raka wcześniej? Eliminacja czynników ryzyka nie zawsze jest prosta. Głównym czynnikiem ryzyka raka szyjki macicy jest zakażenie typem wirusa HPV. Wirus HPV jest przenoszony drogą płciową. Podczas spotkań z ludnością mówimy o tym, że monogamia na pewno zmniejsza ryzyko rozwoju raka szyjki macicy, natury ludzkiej natomiast łatwo się nie da zmienić. Tak że profilaktyka pierwotna w przypadku raka szyjki macicy, wydaje się, dużego efektu mieć nie może.

W Unii Europejskiej została zarejestrowana szczepionka przeciwko wirusowi HPV. Pod koniec tego roku będzie więc dostępna również w Polsce. Nie należy natomiast spodziewać się, że zlikwiduje to problem raka szyjki macicy. Efekty szczepionki będą widoczne najwcześniej po dwudziestu latach. Założenie jest takie, żeby szczepić dziewczynki przed rozpoczęciem dojrzałości płciowej, czyli najlepiej po ukończeniu szkoły podstawowej, kiedy ta zgłaszalność na szczepienia jest wyższa. Poza tym chroni ona tylko przed niektórymi typami wirusów HPV. Cytologia nadal będzie musiała być wykonywana. Najskuteczniejszym i najtańszym środkiem zapobiegawczym jest właśnie cytologia.

Ważna jest jakość, o której tutaj była mowa. W przypadku cytologii ważne jest użycie odpowiedniego narzędzia, aby pobrać materiał z tarczy szyjki macicy, z kanału szyjki. Ważne jest utrwalenie. Liczba fałszywie negatywnych wyników rozmazów cytologicznych może wynosić nawet 30%. Właśnie błędy na etapie pobierania wymazu

cytologicznego, jego interpretacja, odpowiadają za 30% nowo odkrytych przypadków raka szyjki macicy w ciągu roku. 2/3 wszystkich błędów jest popełniane na etapie pobierania i utrwalania wymazów. Dlatego tutaj jeszcze raz podkreślam kwestię jakości. 1/3 to błędy laboratoryjne. Inaczej mówiąc, trzy na dziesięć kobiet ze zmianami nieprawidłowymi na szyjce macicy może mieć wynik prawidłowej cytologii. Może to być spowodowane użyciem niewłaściwych narzędzi, niewłaściwym czasem, w którym pobiera się cytologię. Czasami można przeoczyć raka.

W związku z tym co robić, aby tego raka nie przeoczyć? Regularnie poddawać się badaniu cytologicznemu. Wszystkie kobiety po ukończeniu dwudziestego piątego roku życia powinny mieć wykonywaną cytologię, jeżeli poprzednie dwa badania były prawidłowe, co trzy lata. Niestety, w Polsce tylko 30% Polek regularnie wykonuje badanie cytologiczne. Liczby pokazują, że bez badań cytologicznych rak szyjki macicy wystąpi w ciągu życia u jednej na trzydzieści jeden kobiet. Przy prowadzeniu skriningu – u jednej na sto dwadzieścia trzy kobiety. Czyli różnica jest widoczna i warto o to walczyć.

Jakimi metodami walczyć? W Polsce do tej pory funkcjonował skrining okazjonalny, zwany inaczej oportunistycznym. Polegał na tym, że badanie cytologiczne miały wykonywane kobiety, które zgłaszały się rutynowo do lekarza ginekologa, co roku, co dwa lata, czyli te kobiety, można powiedzieć, najlepiej wyedukowane. Jest to problem, ponieważ czynnikiem ryzyka raka szyjki macicy jest i status socjoekonomiczny. Kobiety o najwyższym stopniu ryzyka do ginekologa chodzą rzadko. Ten skrining okazjonalny, czyli oportunistyczny, który mimo wszystko nadal w naszym kraju funkcjonuje, posiada takie niedogodności: niektóre pacjentki zgłaszają się często, zbyt często, niektóre w ogóle. Skrining nie jest oceniany na bieżąco. Nie można ocenić wyników skriningu, odnieść go do kosztów. Nie wiadomo, jakie środki finansowe zostały w jaki sposób zużyte. W skriningu oportunistycznym nie ma ścisłej kontroli wieku, a także, co ważne, koszty badania są wyższe niż w skriningu populacyjnym.

Obecnie w Polsce zaczyna wchodzić, tak jak pan minister mówił, skrining populacyjny. Ma być oparty na zaproszeniach. Pierwszy milion zaproszeń został wysłany przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, z bieżącą oceną wyników i z kontrolą wieku pacjentek oraz odstępów między badaniami. Doświadczenia innych krajów pokazują, że wprowadzając dobrze zorganizowany skrining cytologiczny można zmniejszyć umieralność na raka szyjki macicy o 80%. Podkreślam, że chodzi o skrining populacyjny.

Dla przykładu, Finlandia, kraj modelowy, jeżeli chodzi o wprowadzenie skriningu – najniższa śmiertelność na raka szyjki macicy w Europie, najwyższa na świecie zgłaszalność: 93% populacji się zgłasza, 70% w ramach skriningu zorganizowanego, 23% w ramach okazjonalnego. Kobiety w wieku podobnym jak w Polsce. Odstęp między badaniami nawet wyższy. Mogą sobie na to pozwolić. Poza tym zorganizowane narodowe programy profilaktyki raka szyjki macicy istnieją w Anglii, Islandii, Szwecji, Norwegii i innych krajach.

Jak Finlandia osiągnęła taką zgłaszalność? Miałem okazję zapytać w czasie konferencji osobę odpowiedzialną za prowadzenie skriningu o poprawę świadomości kobiet. Nie wchodzi w grę tutaj kwestie prawne. W Polsce w latach dziewięćdziesiątych bodajże odbyła się debata senacka, czy można uregulować to prawnie, czy można kobiety zmuszać do badań cytologicznych. Jest to sprzeczne z prawami wolności jednostki, z dyrektywami Unii Europejskiej. Rak szyjki macicy nie jest chorobą zagrażającą

innym, wobec tego, niestety, jest to niemożliwe. Sytuacja być może się zmieni, ma szansę się zmienić, jeżeli wejdą prywatne ubezpieczalnie. Prywatne ubezpieczalnie będą mogły żądać wykonywania badań profilaktycznych pod groźbą pewnych sankcji.

W Niemczech jest brak zorganizowanego skriningu. Jest skrining okazjonalny bez tego programu populacyjnego. Zgłaszalność, czyli bez zaproszeń, tylko około 50%. Zachorowalność podobna jak w Polsce. Dzięki gigantycznym nakładom finansowym na leczenie śmiertelność jest troszeczkę niższa. Tak że prowadzenie skriningu okazjonalnego nie wydaje się być dobrym rozwiązaniem.

Najbardziej efektywny skrining jest wtedy, kiedy są wysyłane zaproszenia. To jest warunek sine qua non prowadzenia skriningu, osiągnięcia jako takich efektów. Zaproszenia powinny być podpisane przez lekarza opiekującego się pacjentką. Nie zawsze jest to możliwe. Termin i miejsce badania powinien być ustalony, zamknięty. Te pacjentki powinny być monitorowane i przypominane. W obecnej sytuacji, przy wysyłaniu zaproszeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, niestety, tak się nie dzieje. Powinien być prowadzony system raportowania wyników, nadzór nad pacjentkami. Trzyletni odstęp między badaniami pozwala nam na uniknięcie dziewięćdziesięciu jeden przypadków raka.

Gdzie jesteśmy w Polsce, jeżeli chodzi o skrining? Któryś ze starożytnych mędrców powiedział, że kto zrobił pierwszy krok – wykonał połowę roboty. Pozwoliłem więc sobie zaznaczyć ten rysunek, że mniej więcej w połowie. Założenia skriningu, tak jak pan minister mówił, to objęcie badaniami populacji kobiet w wieku 25–59 lat. Jest w Polsce około ośmiu milionów kobiet. Materiały informacyjne, czyli zaproszenia, będą wysyłać i wysyłają już, jak powiedziałem, oddziały NFZ, konkretnie Centrala NFZ. Badanie przeprowadzane będzie raz na trzy lata, prowadzone w poradniach, które podpisały kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację badań.

Do obsługi programu profilaktyki raka szyjki macicy, populacyjnego, powołane zostały wojewódzkie ośrodki koordynujące. Mają przede wszystkim, co w obecnej chwili jest najważniejsze, uświadamiać kobiety co do problemu raka szyjki macicy. Dlaczego to powinno być? W naszym województwie prowadzimy szeroką kampanię, polegającą na wysyłaniu ulotek. Udało się nawiązać współpracę między innymi z zakładami energetycznymi – inkasenci w trakcie doręczania rachunków wręczają ulotki z adresami gabinetów – z PKP. Bardzo bezinteresownie podchodzą do tego te zakłady. Również dołączane są zaproszenia i materiały informacyjne do ulotek. Oprócz tego oczywiście akcje medialne, ogłoszenia w prasie. To wszystko, dzięki środkom, które się znalazły, w tej chwili trwa.

Drugim ważnym zadaniem jest monitorowanie kobiet z nieprawidłowym wynikiem testu. Bo co z tego, jeżeli będzie zrobiony skrining, ale kobieta z nieprawidłowym wynikiem znika. To mija się z celem. No i kontrola jednostek prowadzących skrining pod kątem odpowiedniej jakości prowadzonych badań. O tym mówił doktor Heciak. Pokażę, z jakimi problemami borykamy się obecnie, jeżeli chodzi o profilaktykę raka szyjki macicy w województwie świętokrzyskim, ale nie tylko, co wynika z moich rozmów z innymi przedstawicielami WOK.

Wyższa zgłaszalność jest obecnie w ramach skriningu okazjonalnego, czyli są to głównie badania masowe, bez kryterium wieku, bez kryterium odstępu między badaniami. Koszty są o wiele wyższe. Jakie – nie wiadomo, bo ocena oczywiście nie jest prowadzona. Mała liczba jednostek, które się zgłaszają do programu, nierównomierne rozproszenie, utrudniony dostęp do badań. Spowodowane jest to między innymi niekorzystną wyceną punktową, którą w ramach skriningu zaproponował NFZ.

Brak jest formuły zapewniającej kierowanie pacjentek z nieprawidłowymi zmianami w cytologii do jednostek upoważnionych do realizacji etapu pogłębionej diagnostyki. Czyli diagnostyką zajmują się nie najlepiej przygotowane jednostki, ale pacjentki kierowane są do najbliższych szpitali i gabinetów prywatnych. W obecnej chwili nie ma jakiejś metody, aby to wymusić. Brak jest kontroli zgłaszalności na wysyłane przez NFZ zaproszenia. To znaczy wiemy, ile zaproszeń zostało wysłanych, trudno natomiast powiedzieć, odcenić, ile kobiet się zgłosiło i którym by ewentualnie trzeba przypomnieć.

No i brak jest formuły wymuszającej zachowanie odpowiednich standardów przez jednostki realizujące program. To znaczy są – pokażę za chwilę upoważnienie podpisane przez ministra zdrowia, pana profesora Religę – brak jest natomiast jasnych kryteriów, co powinno być kontrolowane i również jakie skutki powinno pociągać za sobą niedostosowanie się do standardów prowadzenia skringingu.

No i prowadzenie SICK – centralnej bazy danych. Jest duży opór lekarzy pobierających cytologię przed obowiązkiem pracy w bazie SICK, która ma być obowiązkowa dla wszystkich realizatorów od stycznia 2007 r. Polegać to będzie, w skrócie, na tym, że pacjentka przychodzi do lekarza, lekarz wpisuje w komputer do centralnej bazy PESEL tej pacjentki, następnie system weryfikuje czy pacjentka kwalifikuje się do skringingu czy nie. Wiąże się to z tym, że w każdym gabinecie, w każdej poradni musi być komputer ze stałym dostępem do sieci. Czy to się uda – trudno powiedzieć. Są dość duże kontrowersje i opory środowiska ginekologicznego.

Tu są właśnie upoważnienia podpisane przez ministra zdrowia dla lekarzy prowadzących kontrole w ramach WOK. Jednak, tak jak powiedziałem, obecnie z tej kontroli nic nie wynika. WOK nie mogą być stroną w konkursie ofert prowadzonym przez NFZ, dlatego ewentualnie możemy tylko o tym mówić, bez żadnych konsekwencji. Dziękuję bardzo za uwagę. (*Oklaski*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania do pana doktora? Głosy w dyskusji? Pan minister chce skomentować? Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja miałbym tylko jedno pytanie do pana doktora, odnośnie tego oporu środowiska. Moje nazwisko Karczewski, jestem senatorem. Czy mógłby pan doktor wyjaśnić mi, na czym polega ten opór środowiska lekarskiego, o czym była mowa na ostatnim czy przedostatnim slajdzie. Na czym polega ten opór? Nie sądzę, żeby w tej chwili – jesteśmy w XXI wieku – był gabinet lekarski bez komputera. Na czym więc polega ten opór?

**Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka
Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy
Arkadiusz Chil:**

Wynika to z niskiej wyceny procedur przez NFZ. Etap pogłębionej diagnostyki jest obecnie płacony w wysokości siedmiu punktów, w przypadku hospitalizacji pacjentki – dwadzieścia punktów. W związku z tym jest to dodatkowa robota dla lekarzy

za małe pieniądze. Rzeczywiście, komputery są, można je mieć, problemem natomiast jest dostęp do sieci. Gabinety ginekologiczne są zorganizowane w różnych miejscach, tak że nie zawsze pociągnięcie tego internetu jest możliwe. Jeżeli jest możliwe, łączy się to z dosyć wysokimi kosztami. W tej chwili nie ma jakiejś formuły, która by zapewniała zwrot tych nakładów. Głównie to są te dwa podstawowe punkty.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan minister.

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

Dziękuję panom doktorom za bardzo interesujące prezentacje.

Wątpliwości, które się rodzą, to są takie wątpliwości na przyszłość. Dlatego, że nie ma ewaluacji tego programu populacyjnego. Jest na to za wcześnie. Oczywiście, można podejmować inne decyzje. Po podjęciu innych decyzji też byłyby wątpliwości. Zobaczymy, jak to będzie działało po pierwszym roku, po pierwszych dwóch latach. Jakie będą efekty? Czy droga, którą obrał NFZ, jest drogą słuszną? Jeżeli okaże się, że droga jest niesłuszną, to sprawa jest jednoznaczna, opcja jest zero-jedynkowa, czyli trzeba pójść drugą drogą. Takiego programu nikt do tej pory w Polsce nie robił. Nawet jeżeli popełnimy błędy logistyczne, to te programy są na lata. To nie są programy na rok i zamykamy je. Zawsze będzie możliwość naprawy czy poprawy.

Mnie się wydaje, że jednak, po pierwsze, sprawa wysyłania centralnie zaproszeń jest o tyle istotna, że – z tego, co ja się orientuję – zostały wynegocjowane znakomite stawki na pocztę, sieci telekomunikacyjne także pobierały za to minimalne środki. Wysyłanie jest szalenie skomplikowane. Chcę państwu powiedzieć, że wysłanie jednego zaproszenia, w momencie kiedy ono nie jest robione w sposób globalny, to czasami koszt 5 zł. To są ogromne koszty. Z tego, co mówił mi pan prezes Miller, zależało mu na tym, żeby rzeczywiście każda złotówka poszła na badanie, a nie na logistykę czy administrowanie tym programem. Dzisiaj to bardzo precyzyjnie policzymy: ile poszło na takie rzetelne, prawdziwe badanie, a ile na administrowanie tego programu. Program jest ogromny i wiadomo, że muszą przy nim pracować ludzie, którzy będą zarządzali tym programem.

Jeżeli chodzi o personalizację osób biorących w tym udział, to z rakiem szyjki macicy nie mam żadnego problemu i pan doktor Chil myślę, że jest w stanie jedną osobę określić bardzo jednoznacznie jako tę, którą za to odpowiada. Panie Doktorze, kto to jest?

(Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy Arkadiusz Chil: Koordynatorem z centrali jest pan profesor Spaczyński.)

No właśnie. Tutaj nie ma żadnego problemu. Jeżeli chodzi o raka piersi, to sprawa jest nieco bardziej skomplikowana, dlatego że ja to kojarzę jednak z dużym budynkiem i Centrum Onkologii w Warszawie. No i należałoby się nad tym zastanowić. To pytanie jest bardzo ważne, Panie Doktorze. Dziękuję za to. Rzeczywiście, ta personalizacja miałaby istotne znaczenie. Bo czasami jest tak, że minister czy szef NFZ powinien do kogoś zadzwonić. Nie na centralę Centrum Onkologii, tylko po prostu do któregoś z panów profesorów, który jest twórcą tego programu.

Chcę powiedzieć jeszcze jedno: że ten program nie narodził się ani w głowie prezesa NFZ, ani w głowie ministra nadzorującego, czyli mojej, tylko jest to program zrobiony przez grupę profesjonalistów. Było to wielokrotnie dyskutowane. Ja się bardzo cieszę, że na tym etapie są wątpliwości, bo być może akurat po programie raka szyjki macicy można by to inaczej modyfikować. Tym bardziej, że akurat w raku szyjki macicy jest ten problem, o którym powiedziałem w czasie swojej prezentacji, że my niewiele zdążymy zrobić do końca tego roku, może mniej niż by się wydawało. Pewnie w szyjce też jest podobna sytuacja, ale ona jest szczególnie widoczna w skriningu populacyjnym raka piersi.

Bardzo jestem ciekawy jak to będzie wyglądało za dwanaście miesięcy. Będzie to zupełnie fascynujące, co osiągniemy w Polsce. Cieszę, że akurat w tym czasie mogę pracować w resorcie, bo pewnie gdyby nie determinacja mojego szefa, pana profesora Religi, to by to jednak wyglądało inaczej. Tutaj rzeczywiście byliśmy szalenie pryncypialni i szalenie pryncypialnie wdrazaliśmy te dwa programy. I myślę, że wybraliśmy je w sposób taki, jak należało wybrać, prawda? Akurat te dwa nowotwory. Mężczyźni też mają pewne problemy, dlatego że są zdyskryminowani, co zresztą jeden z moich kolegów ministrów też zauważył, że żaden z programów populacyjnych nie dotyczy mężczyzn. Ale, moim zdaniem, w życiu ważniejsze są kobiety.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy mamy jeszcze jakieś pytania do pana ministra?

(Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Stanisław Gózdź: Może chcielibyśmy za chwilę przedstawić koszty w onkologii...)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Ja naprawdę muszę być o godzinie 16.00 w Warszawie, a zdaje się, że bez śmigłowca będzie mi trudno.)

Jeśli można, krótka prezentacja.

W takim razie, proszę, bardzo krótko: koszty w onkologii. Tu jest mikrofon.

**Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej
Janusz Słusznik:**

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Mówimy o profilaktyce, mówimy o pieniądzach na profilaktykę, ale uważam, że również musimy wspomnieć o pieniądzach, które są potrzebne na leczenie chorych. W związku z tym pokusiliśmy się w naszym zespole, w Świętokrzyskim Centrum Onkologii, o ocenę wyceny punktowej wybranych procedur onkologicznych.

Zestawienia bilansowe wszystkich ośrodków onkologicznych w Polsce wskazują na jedno: te procedury są w sposób znaczny niedoszacowane. Tak, proszę państwa, przedstawiają się koszty Świętokrzyskiego Centrum Onkologii na przestrzeni lat 2002–2005. I to, co zwraca szczególną uwagę: w sposób istotny wzrastają koszty, przychody natomiast utrzymują się na tym samym poziomie, czasem nawet one spadają.

Na kolejnym slajdzie przedstawione są rachunki naszych strat i zysków na przestrzeni poszczególnych lat. Proszę zauważyć, że koszty leczenia, koszty działalności

medycznej w sposób istotny, gwałtownie spadają w dół. I to, co rzuca się w oczy: rok 2003, gdy nastąpiła zmiana procedur medycznych i ich finansowania. A tak wygląda, proszę państwa, poziom finansowania leczenia szpitalnego w latach 2002–2006. I znowu rok 2003 – gwałtowne pogorszenie finansowania. Lecznictwo szpitalne – koszty jednostkowe. Proszę państwa, tak wyglądają nasze koszty, które ponosimy. Widać, że szukamy oszczędności, pieniądze natomiast, które przychodzą za nasze leczenie, za każdym razem, co roku, są niższe.

Na kolejnym slajdzie przedstawiono problem liczby punktów na hospitalizację w ośrodkach zabiegowych. Znowu rok 2003. Proszę zobaczyć, co stało się w ośrodkach onkologicznych w Polsce, gdy nastąpiła zmiana punktacji. Tak wygląda problem finansowania w oddziale chemioterapii. Do roku 2003 mieliśmy zysk, jeżeli chodzi o koszty leczenia i otrzymane pieniądze. Rok 2003 – gwałtowne załamanie i w tej chwili te linie – ceny i kosztów – zaczynają się rozchodzić. W chemioterapii dziennej natomiast, tam gdzie mamy do czynienia z pacjentami w lepszym stanie ogólnym – bez obciążeń, bez dodatkowych chorób – ta tendencja, te linie mają jakby chęć schodzenia się, ale jest jeszcze duży brak finansowy.

Prezentowany slajd pokazuje jak wygląda w dziale chemioterapii koszt leczenia całkowitego pacjenta z rozsianym rakiem sutka. Na leczenie chorej wydaliśmy 9,5 tysiąca zł. Narodowy Fundusz Zdrowia zwrócił zgodnie z procedurami 4 tysiące zł. Pozostała kwota – ponad 5,5 tysiąca zł. Tutaj Świętokrzyskie Centrum poniosło straty.

Następny przypadek – ziarnica złośliwa. Koszt całkowity leczenia chorej wyniósł ponad 38 tysięcy zł. Zgodnie z procedurami zostało nam zwrócone tylko 31 tysięcy zł. Niedofinansowanie – ponad 7,5 tysiąca zł.

A tak, proszę państwa, wygląda procedura diagnostyki chłoniaka złośliwego. Na tę procedurę musimy wydać 2 tysiące 400 zł. Za poradę w poradni otrzymujemy zwrot tylko 67 zł. Ponad 2 tysiące 300 zł niedofinansowania.

A tak, proszę państwa, przedstawia się problem finansowania oddziałów zabiegowych w chirurgii. Rok 2003 – gwałtowny spadek nakładów przy wzroście kosztów. Średnia cena zakupu hospitalizacji. Rok 2003, proszę zobaczyć, jaki gwałtowny spadek cen, który ma miejsce do chwili obecnej. Na kolejnym slajdzie jest przedstawiona informacja o liczbie punktów na hospitalizację. Ten spadek wartości przedstawia się podobnie i na tej skali.

W związku z tym pozwoliliśmy sobie na analizę wybranych procedur, które są zaproponowane przez Narodowy Fundusz na rok 2007. Za laparoskopię diagnostyczną otrzymujemy w tej chwili zaproponowane sto czterdzieści punktów, laparotomia zwiadowczą – sto czterdzieści pięć. Musimy pamiętać o tym, że chory onkologiczny to nie jest chory, który przyszedł na jeden czy dwa dni do szpitala. To jest chory ciężki, z obciążeniami, który niestety w tym szpitalu musi pozostać i często ta laparoscopia jest jednym z elementów diagnostycznych.

Proszę popatrzeć, ta sama procedura w torakochirurgii, ten sam nakład finansowy, ci sami specjaliści, ten sam sprzęt. Narodowy Fundusz proponuje dwieście czterdzieści punktów, o sto punktów na wstępie więcej. I to, co najdziwniejsze – może nie najdziwniejsze, bardzo dobrze zrobione, za co trzeba pochwalić kolegów torakochirurgów – ich procedury są pięknie zróżnicowane.

Następny problem. Najczęstszy zabieg operacyjny wykonywany w onkologii to jest mastektomia. Proszę państwa, za tę procedurę otrzymujemy trzysta punktów. BCT

– operacja oszczędzająca – również trzysta. Można dyskutować, czy powinno być tyle samo, czy to powinno być zróżnicowane. Ale jeżeli przejdziemy teraz do podobnych procedur w torakochirurgii, to proszę popatrzeć, zabieg o wiele mniejszy, z mniejszymi nakładami jest wyceniony na czterysta punktów. Najczęstszy natomiast zabieg wykonywany w torakochirurgii – częściowe wycięcie płuca – osiemset punktów. Jak to się ma w stosunku do trzystu punktów w mastektomii?

Następny, proszę państwa, problem – rak tarczycy. Za całkowitą tyroidektomię otrzymujemy w tej chwili dwieście punktów, to jest 2 tysiące zł. Ta sama procedura w roku 2003 wynosiła sześćset pięćdziesiąt punktów. Za reoperację tarczycy i przytarczyc – nie wszystkie ośrodki mogą wykonać – poniżej dwieście pięćdziesiąt punktów. Wycięcie przytarczyc – dwieście pięćdziesiąt punktów. W tej chwili standardem praktycznie powinno być oznaczenie parathormonu cytoplazmy. Jedno oznaczenie, licząc minimalny koszt, to jest minimum 75 zł. Nie wszystkie ośrodki to wykonują.

Pójdziemy dalej. Proszę popatrzeć, przeszczep skóry z korektą blizn. Jak porównać ten zabieg w stosunku do tyroidektomii? Cały czas mówię o raku tarczycy. To jest również dwieście punktów. Wycięcie wyrostka robaczkowego – w tym roku zostało znowu podniesione – dwieście dziesięć punktów, a pęcherzyk dwieście czterdzieści. Jak porównać z tym te procedury?

Gastrektomia – sześćset sześćdziesiąt punktów, w tym mieszczą się koszty staplerów. Wycięcie żołądka poszerzone o wycięcie również jelita grubego – również sześćset sześćdziesiąt punktów. Wycięcie żołądka, poszerzone o usunięcie trzustki, to tylko o sto dziesięć punktów więcej. Pójdziemy dalej: wycięcie trzustki tylko jako pojedynczy zabieg – dziewięćset punktów. Porównywalne zabiegi w torakochirurgii to już punktów tysiąc dwieście czy dziewięćset.

Pójdźmy jeszcze dalej. To, co w tej chwili jest obowiązkiem wykonywania w ośrodkach onkologicznych to są zabiegi kriodestrukcji czy krioablacji. To są zabiegi ratujące dla chorych. Narodowy Fundusz Zdrowia proponuje nam pięćset punktów. Ale, proszę państwa, wykonanie tej samej procedury w torakochirurgii jest już wycenione na osiemset punktów. Ten sam sprzęt, ta sama procedura, te same kwalifikacje ludzi. A jeżeli zrobione jest to po obu stronach – już tysiąc pięćdziesiąt punktów.

Proszę państwa, brzuszno-kroczone odjęcie odbytnicy czy przednie odjęcie odbytnicy – punktów siedemset, w tym koszt staplerów. Proszę zobaczyć dalej: ten sam zabieg operacyjny, o wiele szerszy, bo poszerzony jeszcze o termoablację jest również siedemset punktów. Wycięcie odbytnicy z wytworzeniem zbiornika sztucznego, a więc zabieg jeszcze większy i trudniejszy niż ta pierwsza pozycja – tylko sześćset sześćdziesiąt punktów. Wytrzewienie miednicy – również sześćset pięćdziesiąt punktów.

Idziemy jeszcze dalej. To, co państwu wspomniałem, brzuszno-kroczone odjęcie odbytnicy – siedemset punktów, kriodestrukcja – pięćset punktów, wycięcie jelita grubego natomiast poszerzone o śródoperacyjną kriodestrukcję – również siedemset punktów.

Takie są ceny katalogowe sprzętu, którym musimy dysponować, żeby wykonać te dwa zabiegi. Takie są ceny staplerów i takie są ceny igieł do termoablacji. Żeby wykonać procedurę za siedemset punktów potrzebujemy dwa staplery i igłę. Jest to koszt 8,5 tysiąca zł. Gdzie koszty leczenia chorego, koszty zabiegu i jego pobytu? Prawdę mówiąc, dyrektor powinien zakazać mi wykonywać tego typu zabiegi. W związku z tym: kto ma ponieść te koszty? I dlaczego my, lekarze mamy stawać przed dylematem, czy wykonać ten zabieg, czy nie?

Problemy krwiodawstwa. To są koszty, jakie świętokrzyskie centrum poniosło w roku 2005. Za krew, zgodnie z rachunkami, do wojewódzkiej stacji, zapłaciliśmy ponad 2 miliony 300 tysięcy zł. Zwrot z Narodowego Funduszu wyniósł tylko 1 milion 200 tysięcy zł. Problem następny: nie ma krwi, spada liczba zabiegów. Uruchamiamy krwiodawstwo, zmuszamy rodziny i, niestety, pomimo honorowego dawstwa rodzinnego ponosimy takie same koszty leczenia.

I teraz następne, według nas, przypadki zaniżania procedur. Za procedurę pierwszą, która jest w ogóle w katalogu – nacięcie powłok, ewakuacja, Narodowy Fundusz proponuje nam pięć punktów. Za wycięcie pojedynczych zmian ze skóry – piętnaście punktów. A za identyczny zabieg przy pięciu zmianach – trzydzieści punktów. W związku z tym postawiliśmy, proszę państwa, pytanie: jaka powinna być stawka? Jest to pytanie troszeczkę na wyrost. Jeżeli pięć punktów, a koszt leczenia wynosi 450–550 zł, to z tego wynika, że powinno być 100 zł za punkt.

Następna sprawa. Brakuje w procedurach chirurgii onkologicznej w ogóle ostrych przypadków. W związku z tym nie ma ostrego brzucha, nie ma urazów, nie ma zakrzepowego zapalenia żył, nie ma odmy opłucnowej. Kto ma leczyć na tym oddziale? Żaden inny szpital nie chce tych chorych przyjąć.

A tak, proszę państwa, wygląda procedura finansowania specjalistyki ambulatoryjnej. Też spadek przychodów. To samo w kosztach jednostkowych. Proszę państwa, to co powiedziałem, o roku 2003. Za porady w roku 2003 – średnio 82 zł, w roku następnym już tylko 48 zł.

Chemioterapia – koszty pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Tak wygląda rachunek w poradni chirurgii onkologicznej – spadek nakładów, wzrost kosztów. Poradnia stomijna – podobnie. Przychód w poradni stomijnej – 66 tysięcy zł, a wydaliśmy na tę poradnię 267 tysięcy zł. Gdybyśmy policzyli tylko standardy, które obowiązują, i gdyby wykonać tylko te obowiązkowe procedury, które są, to jest minimalny koszt minimum 110 zł. Kto ma dopłacić do tych procedur?

I teraz, proszę państwa, ktoś powie: skąd wzięliśmy te ceny? My te koszty liczymy. Według naszych wyliczeń, które za chwileczkę państwu pokażę, całkowite wycięcie tarczycy kosztuje 4 tysiące 100 zł, Narodowy Fundusz płaci dwieście. Wycięcie piersi, mastektomia – koszt wynosi 4,5 tysiąca zł, Narodowy Fundusz płaci trzysta. Gastrektomia – ponad 10 tysięcy zł; NFZ płaci 6 tysięcy 600 zł. Podobnie brzuszno-kroczowe odjęcie odbytnicy. Proszę państwa, a to jest dowód na to, że liczymy. I to, co najdziwniejsze, co bardzo istotne, koszt pracy ludzkiej, całego zespołu operacyjnego, anestezjologicznego, ludzi na bloku operacyjnym w tej kwocie 4,5 tysiąca zł wynosi tylko 222 zł.

Tu nie będę się już zastanawiał, jak wyglądają poszczególne wyliczenia. Proszę państwa, tak wyglądają różnice cenowe w laryngologii; tak wyglądają w ginekologii. Żadna z procedur nie jest dofinansowana. Podobnie jest w urologii onkologicznej – nie ma ani jednej procedury, która przyniosłaby zysk.

W związku z tym mamy kilka pytań. Czy chory onkologiczny, który wymaga leczenia skojarzonego, ma mieć rozliczaną tylko i wyłącznie jedną procedurę? Przecież my często musimy wykonać kilka takich zabiegów. Podobnie chory, który jest diagnozowany w warunkach szpitalnych i leczony. W związku z tym musi zostać wypisany ze szpitala i przyjęty ponownie do leczenia. To jest w ogóle wprost niehumanitarne. Dlatego powiedzieliśmy, że w swojej dobroci Narodowy Fundusz Zdrowia pozwoli nam

wybrać sobie tę procedurę, którą my chcemy, żeby nam za nią zapłacił. Druga rzecz: nie ma w ogóle procedur diagnostycznych, ani w chemioterapii, ani w chirurgii. My o te procedury musimy walczyć.

Następny przykład. Dwie typowe procedury do diagnostyki onkologicznej. Jedna z nich jest dopięta tylko i wyłącznie do chirurgii ogólnej i nie ma jej w chirurgii onkologicznej, druga jest dopięta tylko do torakochirurgii i nie ma jej w chirurgii onkologicznej. W związku z tym pytanie: jak mamy leczyć tych chorych? Jeżeli są takie nakłady, to niestety, mamy wyleczenia tylko trzydziestoprocentowe. Czy nie wystawiać rachunków za leczenie? I pytania, które mamy w tej chwili: jak zbilansować koszty leczenia? Jaki procent mają stanowić koszty pośrednie? Czy szpitale prywatne i państwowe muszą mieć taką samą wycenę punktową? Jaka jest rola konsultanta krajowego i wojewódzkiego w całym procesie diagnostycznym?

Mając takie szanowne grono, zapytałbym państwa o jeszcze jedną rzecz: czy szanujemy naszych lekarzy specjalistów? To jest kwestia pochwalenia naszego ośrodka. Tutaj jest przypadek trzydziestotrzyletniego chorego z ziarnicą złośliwą, leczony w 1999 r. radio- i chemioterapią. Pięć lat później – gwałtowny ból, powstała wielka rana. Tak wyglądał, proszę państwa, ten chory. Wszystkie oddziały szpitalne w Polsce odmówiły jego leczenia. Został przyjęty do nas. Tak wyglądał przypadek w trakcie zabiegu operacyjnego, w trakcie gojenia i wyleczony chory. Wrócił później do swojego ośrodka na kontynuację chemioterapii. Za to leczenie, proszę państwa, Narodowy Fundusz zwrócił nam – zgodnie z wyliczeniami – 108 tysięcy zł.

A to jest, proszę państwa, przykład pięciu pacjentek białostockich, które uległy oparzeniu radiologicznemu z martwicą popromienną. Trzy pierwsze przypadki były leczone u nas, dwie następne były leczone w Paryżu. Tak wyglądała jedna z tych pacjentek: z taką raną w czasie zabiegu operacyjnego – widać ropniaki opłucnej – po zakończonej operacji i wygojona chora. Za pierwszą chorą zapłacił rząd francuski. Za tą chorą Ministerstwo Zdrowia zapłaciło żywą gotówką 100 tysięcy euro, czyli 400 tysięcy zł. Nam za trzy chore nie zwrócono w pełni nawet 100 tysięcy zł za koszty leczenia. A – o czym mówiłem – koszty leczenia pierwszego chorego wyniosły 108 tysięcy zł. Dziękuję bardzo.

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Gózdź:**

Dziękuję bardzo.

Sygnalizujemy – pan minister już wspominał i w mediach – że procedury onkologiczne są niedoszacowane. Wiem, że pan minister jest o tym przekonany...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister siedzi już jak na igłach i próbuje wybiec, ale proszę bardzo.

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

Oczywiście, nie wypada mi powiedzieć: moja chata skraja, gdyż jako minister nie nadzoruję Narodowego Funduszu Zdrowia. Nadzoruję jednak konsultanta krajowe-

go. Pierwsze pytanie: gdzie jest konsultant krajowy z zakresu chirurgii onkologicznej? Bo taki konsultant jest. Ja się o to zapytam. Chcę państwu powiedzieć, że jeszcze nie tak dawno byłem dyrektorem klinicznym Instytutu Kardiologii, gdzie nie było takiej sytuacji. Dziwię się, dlaczego doszło do tego w onkologii. To, co po takim materiale jest do zrobienia, to...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Trzeba zebrać ten materiał.)

Trzeba po prostu ten materiał zebrać i pokazać go nowemu prezesowi NFZ. Trzeba zrobić bardzo pilne spotkanie środowiska onkologicznego z prezesem NFZ, żeby to przedyskutować. Taka sytuacja nie może mieć miejsca. Za chwilę, rzeczywiście, dojdzie do sytuacji, że pan dyrektor zamknie dostęp do tego typu działań.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tutaj jest jeszcze inne pytanie.)

Ja się pochylę nad problemem, bo oczywiście my dyskutujemy na posiedzeniach kierownictwa resortu. Dla mnie ta sprawa jest bardzo istotna. Lepiej czy gorzej? Ten problem rozpoczął się w wiadomym roku. Proszę zobaczyć, kiedy to było. Ten rok jest bardzo charakterystyczny. To był rok, kiedy zdemontowano system. Ja byłem wtedy gigantycznym tego przeciwnikiem.

(Głos z sali: Ale to wszystko działało...)

To wszystko działało, no właśnie.

(Głos z sali: Do tego roku mieliśmy płynność. Nie było problemów z tym wszystkim.)

Tu akurat można spersonalizować winę, ale po co w dobrym towarzystwie o tym mówić. To natomiast, co ja mogę zrobić, to rzeczywiście... Poproszę także panów senatorów, żeby zainteresowali się tą sprawą. Ja jestem na każde zawołanie. Bardzo często spotykamy się. Mogę zaświadczyć o tym, że to są twarde dane. A poza tym, jeżeli przedstawia to taki ośrodek, który jest tak zarządzany i ma takie osiągnięcia, to komuż mamy ufać, jak nie państwu?

To tyle. Bardzo przepraszam, ale muszę kończyć, gdyż powinienem być o godzinie 16.00 w Warszawie.

Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej Janusz Słusznik:

Panie Ministrze, chodzi tylko o profesora Szablowskiego... On tu został przywołany. Wielokrotnie był w Narodowym Funduszu Zdrowia. W związku z tym na ostatnim posiedzeniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej powołaliśmy komisję, która ma wspólnie, razem z konsultantem krajowym coś działać.

(Głos z sali: Ta rozmowa była ze ścianą, jak pan minister wie.)

Właśnie dlatego, że tam nikt nie ma siły przebicia.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Nie chcę tego komentować...

(Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej Janusz Słusznik: Ale nie, nie, to jest związane z tamtą sprawą.)

Nie chcę tego komentować. Są konsultanci, z którymi jednak Narodowy Fundusz przez tyle lat rozmawiał. Tak że trochę się dziwię. Ale, broń Boże, nie chcę atakować pana profesora Szablowskiego, którego znam.

Chciałbym natomiast państwu podziękować bardzo serdecznie za to zaproszenie. Przepraszam, że będę tak krótko albo też tak długo.

(Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej Janusz Ślusznik: Tak krótko.)

Muszę zdążyć na godzinę 16.00 do Warszawy. Będę miał z tym niemały problem. Mam nadzieję, że droga nie będzie zablokowana. Bardzo serdecznie państwu dziękuję. To są ogromne osiągnięcia i czuję się zaszczycony, że mogłem spędzić wczorajszy i dzisiejszy dzień w Kielcach. Bardzo serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący, dziękuję za zaproszenie. Bardzo dziękuję, Panie Dyrektorze.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję serdecznie.

Ale jest dalej posiedzenie komisja. Nie ma przerwy. Aha, żegnają jeszcze ministra. Dobrze.

(Wypowiedź poza mikrofonem) ...dopuszcza ubieganie się o śmietankę, a zakalca zostawia publicznemu sektorowi. Bo nie ma jakiegoś racjonalnego wytłumaczenia tej mizeroty, jaka jest. Tutaj chyba po raz pierwszy widzę jak głęboko, jak ciężkim uderzeniem była likwidacja systemu kasowego. Tutaj macie państwo żywe dowody szkodnictwa wynikającego z tego rewolucyjnego zapału, jaki towarzyszył przy tworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dobrze. Co jest z kolegami? Żegnają się z ministrami. Wiem, że państwo mieli tutaj przygotowaną jeszcze jedną prelekcję, ale w gruncie rzeczy zaczynamy i my być w delikatnym niedoczasy.

(Senator Stanisław Karczewski: Dwa słowa...)

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Doktorze, nie mogę się oprzeć jednak przekazaniu pewnych refleksji....

(Głos z sali: Jako chirurg zwłaszcza.)

Powiedziałbym, że większość procedur, pan doktor zaczął od pierwszej procedury, jest niedoszacowanych. One są niedoszacowane. Być może w jakimś stopniu dotyczą bardziej onkologów, pozostałe natomiast oddziały, również zabiegowe, są najbardziej niedoszacowane. Należałoby analizować ten punkt po punkcie. No ale też, Panie Doktorze, trzeba wykorzystywać łóżka onkologiczne do tego, do czego one powinny być wykorzystane. Czy pan doktor chciałby leczyć tutaj zakrzepicę żylną? Czy chciałby pan doktor leczyć ostry brzuch? Czy pan doktor chciałby leczyć odmę? Uważam, że te wszystkie przypadki powinny być leczone w szpitalach rejonowych, w oddziałach chirurgicznych, a nie w wysokospecjalistycznych ośrodkach referencyjnych, które powinny leczyć jednak to, co powinny leczyć. Takie jest moje odczucie. Z wieloma sprawami się zgadzam i jestem w stanie być gorącym ich orędownikiem. Jeśli natomiast chodzi o te sprawy, to uważam, że one powinny być leczone w zwykłych

powiatowych, rejonowych oddziałach chirurgicznych, a nie w oddziałach wysokospecjalistycznych. Pewnie pan doktor powie: „jako powikłania”, prawda?

(*Głos z sali:* Tak, tak.)

Jako powikłania tak, nie jako natomiast przyczynę przyjęcia do oddziału.

**Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej
Janusz Słusznik:**

Właśnie o tym mówimy. Tu chodzi o chorych, którzy są w trakcie chemioterapii, którzy leżą w tym czasie na innych oddziałach Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Jeżeli my przyjmujemy tego pacjenta do leczenia u nas, nie mamy możliwości rozliczenia tej procedury z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ja nie jestem w stanie przyjmować pacjentów z ulicy. Bo nie jestem. To są tylko i wyłącznie pacjenci onkologiczni.

Nie mogę natomiast, Panie Senatorze, zgodzić się z tym, że nie możemy leczyć zakrzepowego zapalenia żył. W końcu zakrzepowe zapalenie żył jest najczęstszym i często pierwszym objawem choroby nowotworowej. Jeżeli tej procedury nie ma w procedurach chirurgii onkologicznej i my zwracamy się nie po raz pierwszy do Narodowego Funduszu Zdrowia o dołożenie i nie mamy na to odzewu...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze. Idziemy dalej. Jak widzę, jest przygotowane...

(*Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej Janusz Słusznik:* Czy pan senator uważa, że chory, który jest na chemioterapii i ma...)

Senator Stanisław Karczewski:

Nie. Uważam, że tę procedurę można rozliczyć z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie przesyłając tego pacjenta do innego szpitala. Ale powodem przyjęcia do państwa ośrodka nie powinna być zakrzepica żył, ani nie powinien być ostry brzuch.

(*Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej Janusz Słusznik:* Nie, powikłanie choroby nowotworowej, tak jest.)

No tak, tu jest przekazanie między oddziałami i Narodowy Fundusz Zdrowia na pewno państwu płaci, Panie Dyrektorze. Proszę to przyznać. Na pewno płaci.

**Konsultant Wojewódzki do spraw Chirurgii Onkologicznej
Janusz Słusznik:**

Panie Senatorze, to ja powiem. Udało mi się – dzięki, powiedzmy sobie, prywatnym układom z pewnymi osobami w Narodowym Funduszu Zdrowia – w ten sposób, że zgodzili się na dopisanie tych dwóch procedur, które wymieniłem, których nie ma w chirurgii. I dzięki temu, że chory onkologiczny, który będzie szedł do operacji, praktycznie musi mieć wykonane te same badania, tych chorych rozliczam więc jako procedurę diagnostyczną, co nie jest w pełni zgodne ze stanem faktycznym. Jest to, według mnie, fałszowanie dokumentacji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Bardzo proszę, tyle tylko, że musimy już krótko...

**Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Jacek Sygut:**

Tak naprawdę, to byłbym skłonny zrezygnować z prezentacji, z wyjątkiem jednej rzeczy. Powiedział pan senator o tym, że wyciekają pieniądze. Jeżeli pan pozwoli, to ja pokażę jedną z możliwych... Jestem patologiem, w związku z tym, proszę wybaczyć, ale to będzie trochę punkt widzenia patologa na problem.

Proszę państwa, społeczeństwo to zbiór ludzi zdrowych, chorych i takich, którzy nie wiedzą, że są chorzy, czyli, mówiąc krótko, niezdrowych. Wśród różnych funkcji, jakie ma medycyna, jedną z najważniejszych jest zapobieganie chorobom, a również poważnym następstwom tych chorób. Tak naprawdę skринing to jest wyszukiwanie ludzi niezdrowych, takich, którzy w pełnym zdrowiu i w przekonaniu, że żyć będą długo, są trawieni przez albo proces, którzy przejdzie w nowotwór złośliwy, jeśli mówimy o nowotworach złośliwych, albo ten nowotwór złośliwy już występował.

Co to jest skринing? Z angielskiego *screen* – sito, *screening* – przesiewać. Będę mówił o przykładzie testu przesiewowego, jakim jest test Papanicolau. W związku z tym pozwoliłem sobie przygotować takie pomocnicze narzędzie, przez które powinna być przepuszczona cała populacja kobiet, zgodnie z ogólnie przyjętymi normami, raz na trzy lata. Proszę zobaczyć, populacja musi zostać przesiana. Te dziurki są tak skonstruowane, żeby przez sito przedostały się tylko osoby zdrowe. Osoby niezdrowe powinny zostać na sicie. Oczywiście, żeby to sito mogło funkcjonować, musi być zastrzyk energii w postaci pieniędzy. W końcu ci, którzy tworzą sito i tworzą lejek zmuszający społeczeństwo do wejścia w sito, muszą zarobić jakieś pieniądze.

Nie wiem, czy państwo pamiętacie, na poprzednim sitku te wszystkie oczka były jednakowej wielkości. Jeżeli one nie są równe, to poniżej sita znajdują się ludzie niezdrowi. Może się tak zdarzyć, że nawet chory człowiek, który dostanie się do planu skринingowego, przeleci przez to sito jako osoba zdrowa. To jest w ogóle karygodne, a z reguły główną przyczyną, dla której to tak funkcjonuje, jest potrzeba uzyskania na wejściu jak największego zysku.

Zdarza się, że skринingi są robione bardzo oszczędnie. Lejek jest za mały do populacji, jest jedna dziurka i tak naprawdę kapią przez nią, dosłownie, ludzie. Test w ogóle nie spełnia swojego zadania. We wszystkich poprzednich przezroczeniach ten kabelek dostarczający pieniążki opierał się częściowo o dziurki i tam była taka zielona kropka. Tak naprawdę diabeł zawsze tkwi w szczegółach i ja państwu pokażę, co to jest ta kropka. Kropka to jest struktura testu Papanicolau, bo mówimy o teście skринingowym raka szyjki macicy. Jeżeli on funkcjonuje dobrze, to wszystkie ośrodki wykonujące mają tej samej wielkości i kształtu dziury w sicie. Są tą samą dziurką.

Oczywiście, test składa się z pobrania, dokumentacji lekarskiej, o tym, o czym mówił doktor Chil, ale podstawową rolę w wyniku testu odgrywa procedura zakładów, które dokonują diagnostyki, które archiwizują. Ja państwu o tym mówiłem w trakcie

wizyty w zakładzie patologii. Archiwum – o tym nikt nie mówi – ale to jest tak naprawdę jedna z podstawowych funkcji zakładu patologii. I kontrola diagnostyki – to są te programy typu *quality controls*, o których dzisiaj wspominaliśmy, o których można by zrobić całą sesję, we wszystkich dziedzinach, o których mówiliśmy.

A wynik badania skriningowego tak naprawdę zależy od dokładnego ułożenia tych wszystkich puzzli. Zobaczcie państwo, co się stanie, jeżeli któryś z tych elementów nie zadziała. Ta dziurka z ładnie okrągłej staje się nieregularna, trudno ją nawet odpowiednio nazwać, i ona tłumaczy większość przyczyn, dla których przez sito przechodzą wszyscy, łącznie z ludźmi chorymi. Tak naprawdę chodzi o ten efekt końcowy, a więc o stratę pieniędzy i nie tylko. Mówimy bowiem o czynniku ludzkim, który jest przecież w tym wszystkim najważniejszy.

Badania przesiewowe muszą być proste, nieinwazyjne, łatwe do interpretacji, dyskryminujące, tanie, muszą mieć wysoką czułość i swoistość. Może nie wypada przypominać, co to znaczy czułość, ale nie ma stuprocentowo wydolnych badań ani testów. Jeżeli więc test ma czułość 90%, to znaczy, że u dziewięciu na dziesięciu chorych zostanie wykryta choroba nowotworowa. Czyli jedna osoba chora przejdzie przez sito. Jeżeli ma czułość, swoistość 90%, to znaczy, że 90% badanych, czyli dziewięciu na dziesięciu ludzi zdrowych nie zostanie na sicie. A przecież test skriningowy raka szyjki macicy nie ma takiej czułości.

Celem testu skriningowego jest obniżenie wskaźnika umieralności dla określonego nowotworu. Mówił o tym doktor Chil. Wykryta patologia musi być skutecznie leczona najprostszymi metodami. Mówiliśmy o raku szyjki macicy dzisiaj. Test Papanicolaou nie służy do wykrywania raka. Test Papanicolaou służy do tego, żeby wychwycić pacjentki, które są zagrożone rozwojem raka szyjki macicy. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pytania? Komentarze? To przystąpimy...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

**Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Jacek Sygut:**

Chciałem skrócić swoje wystąpienie, ale mam jeszcze jeden slajd. Jeżeli państwo pozwolą, to pokażę go państwu. Trudno mówić o tym jak powinien być zorganizowany skrining w Polsce. On ma swojego przywódcę, jak mówił pan senator. Został ustalony przez najwybitniejszych ekspertów polskich w tej dziedzinie.

I ostatni slajd. Tak naprawdę główne problemy dotyczące skriningu mieszczą się w tym właśnie ułożonym wspólnie schemacie. Proszę zobaczyć, że większość elementów, które składają się na realizację, na osiągnięcie wyniku skriningowego odbywa się w zakładzie patologii. Bo nawet to, co dotyczy pobrania i dokumentacji, tak naprawdę w większości przypadków jest wyłapywane jako błąd przez zakład patologii. Pytanie: kto powinien nadzorować skrining? Czy ci, którzy pobierają, czy ci, którzy dają wynik i archiwizują badanie? Pytanie do...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak widać, trzeba będzie jeszcze popracować nad organizacją skryningu. Bardzo dziękuję za tę prezentację. I ostatnia część prezentacyjna.

Prosimy zatem o PET.

**Kierownik Zakładu Metod Fizycznych
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Janusz Braziewicz:**

Jeśli chodzi o PET, to rozumiem, że takim bulwersującym elementem są niewątpliwie koszty. Jeśli słyszę na przykład o kosztach, że PET jest strasznie drogą diagnostyką, to mi czasami podnosi się troszkę ciśnienie krwi, dlatego że nie należy jednak odnosić tych kosztów do jednostkowego badania. Odnoszenie kosztów do jednostkowego badania jest w tym przypadku z gruntu fałszywe.

I teraz zanim powiem o kosztach... Trudno, tylko o tym będziemy mówić. Nie będziemy mówić, co to jest PET, gdyż generalnie wszyscy to wiedzą. Zanim powiem o kosztach, podsumowując wszystkie wystąpienia, które dzisiaj słyszeliśmy, pamiętajmy, że do tej pory mieliśmy od kilku lat jedną z najwyższych na świecie częstość występowania nowotworów złośliwych u osób w średnim wieku, w tak zwanym wieku produkcyjnym. Jednocześnie w Polsce obserwowaliśmy około 40% zgonów z powodu nowotworów złośliwych przed sześćdziesiątym piątym rokiem życia. W krajach wysoko rozwiniętych natomiast ten odsetek zgonów był dwa razy mniejszy.

Tak że w zasadzie tym, na co możemy zrzucić winę, to jest jednak stan – mimo tych wszystkich wysiłków, które wkładamy – jeszcze zbyt niskiej skuteczności programu wczesnej diagnostyki i leczenia. Widzieliśmy listę piętnastu programów, które są teraz wdrażane i myślę, że te współczynniki będą zdecydowanie lepsze, gdy te programy naprawdę zaczną dobrze działać.

Oczywiście tym, czego w zasadzie potrzebujemy do poprawy leczenia, do poprawy wydajności naszego procesu leczenia jest niewątpliwie bardzo dobra diagnostyka. Jeśli porównamy diagnostykę PET z tą, jak ja to nazywam, standardową diagnostyką, to jest problem. Mianowicie w przypadku diagnostyki standardowej, stosowanej obecnie w większości ośrodków, przy planowaniu radioterapii wykrywamy tylko zmiany anatomiczne, którymi się zajmujemy. Tutaj akurat na prezentowanym przykładzie jest to ten czerwony obszar. Diagnostyka PET natomiast pozwala zobrazować i zdiagnozować wszystkie zmiany metaboliczne, które zachodzą w całym obszarze, które jeszcze nie przerodziły się na przykład w zmianę anatomiczną. I dlatego zastosowanie tej diagnostyki pozwala wskazać właściwy obszar do czy teloradioterapii czy dalszego postępowania. To jest główne zadanie PET, przy tym PET to jest oczywiście wynik współpracy kilku dziedzin naukowych.

Biorąc pod uwagę właściwości PET, wiemy, że w dniu dzisiejszym PET – zarówno w onkologii, jak i w kardiologii, jak i w neurologii – umożliwia diagnozę pacjenta znacznie wcześniej niż jest to możliwe przy wykorzystywaniu innych technik. Umożliwia zastąpienie wielu procedur medycznych dokładnie w jednym badaniu. Wskazuje postęp choroby i odpowiedź pacjenta na leczenie. Daje możliwości monitorowania leczenia w zasadzie od samego początku, od jego rozpoczęcia. A więc generalnie sugeruje najbardziej wskazaną terapię. Znanym jest fakt, że PET jest obecnie

wykorzystywany w 80% w onkologii, ale przy rozwoju PET i przy rozwoju dokładności tej metody proporcje ulegają zmianie i zaobserwujemy większy udział PET w kardiologii czy w neurologii.

Najbardziej drażliwym tematem są zawsze pieniądze, mianowicie jeśli będziemy liczyć pieniądze, to musimy przedstawić zadania analizy ekonomicznej do rozwiązania. Musimy zatem wyznaczyć, wyliczyć kosztocłonność diagnostyki PET dla różnych grup chorobowych, ale kosztocłonność liczoną w całym procesie statystycznym, jaki PET daje jako rozwiązanie naszych problemów. I oczywiście musimy też przy analizie ekonomicznej rozważać czułość analizy na zmianę parametrów PET.

Kluczem do analizy ekonomicznej jest zmiana oczekiwanej długości życia po wprowadzeniu nowej technologii i zmiana kosztów diagnostyki po wprowadzeniu nowej technologii. Tak jest oczywiście przy każdej metodzie. Zmiana stosunku kosztu do wzrostu oczekiwanej długości życia to jest ten istotny parametr, który decyduje, czy daną diagnostykę możemy wprowadzić, czy dana diagnostyka nie jest ekonomicznie uzasadniona. Tutaj oczywiście wszyscy decydenci czy refundatorzy muszą odpowiedzieć sobie na pytanie: na jakim poziomie ten wskaźnik i cel jest akceptowany przy wprowadzaniu diagnostyki PET.

Żeby dokonać dokładnej analizy, musimy oprzeć się o tak zwane drzewo decyzyjne. To drzewo decyzyjne, które dla standardowych i dla nowo wprowadzanych metod musimy narysować, musimy wyznaczyć. I do tego drzewa decyzyjnego musimy wstawić odpowiednie dane statystyczne, którymi dysponujemy. Tutaj akurat mamy przypadek drzewa decyzyjnego w przypadku raka płuc. To jest drzewo decyzyjne w przypadku, kiedy korzystamy li tylko z klasycznych metod, bez diagnostyki PET. To jest drzewo decyzyjne, które powstaje, kiedy włączymy do całego procesu leczenia diagnostykę PET. Dopiero wstawienie danych statystycznych do tego drzewa pokazuje nam, co uzyskamy stosując taką diagnostykę.

Akurat w tym przypadku, akurat w tym ośrodku w Niemczech wprowadzenie diagnostyki PET obniżyło o kilkanaście procent liczbę operacji chirurgicznych. Wprowadzenie nowej diagnostyki obniżyło o kilka, kilkanaście, czy kilkadziesiąt wręcz procent pewne stosowane procedury właśnie w wyniku tej dodatkowej informacji które i jakie procesy metaboliczne, w jakich organach ciał upoważniają do przeprowadzenia takiej czy innej procedury leczenia. Mając teraz takie informacje, mając koszty poszczególnych procedur medycznych, możemy wyznaczyć koszt stosowania PET. W oparciu o, powiedzmy, podobne drzewo decyzyjne, podobne procedury, PET całego ciała daje oszczędności w Kanadzie rzędu 1500 dolarów na pacjenta. Inne koszty, inne rozwiązanie, ale bardzo podobne – PET całego ciała w Japonii, zastosowanie tego w całym procesie leczenia pacjenta, daje oszczędności rzędu 600–700 dolarów na pojedynczego pacjenta. W związku z tym w przypadku raka płuc, który jest najczęstszym przypadkiem raka, możemy sobie wyliczyć, z jakiego rodzaju oszczędnościami możemy mieć do czynienia w regionie czy w kraju.

Jeśli chodzi o koszty pojedynczych badań PET, one są szacowane w Europie na poziomie 1000–1500 euro, w Stanach – około 2 tysięcy. To są tego rzędu koszty. Tutaj w zasadzie nie da się tego przekroczyć, zdecydowanie obniżyć. Stosując pewne rozwiązania, że jeden aparat pracuje na kilka ośrodków diagnostycznych, wtedy można obliczyć koszty.

Czyli, sumując, wyliczając z tego drzewa decyzyjnego koszty stosowania procedury PET, możemy wyliczyć, że ograniczamy liczbę testów medycznych. Znając

odpowiednie tablice, jesteśmy w stanie to wyliczyć. Prowadzimy obrazowanie organów ciała w pojedynczym badaniu. Mamy częste przypadki diagnozy choroby dużo wcześniej niż to umożliwiają inne techniki. Możemy monitorować rozwój choroby i proces leczenia. Możemy zredukować nieefektywne lub nieekonomiczne interwencje chirurgiczne. Możemy zredukować czas leczenia i hospitalizacji. To wszystko w wyniku otrzymania jednej dodatkowej informacji: czy zmiana metaboliczna i zmiana anatomiczna pokrywają się czy są różne? Do tego jest niezbędna diagnostyka PET.

Oczywiście w tych wszystkich kosztach, o których tutaj mówimy, nie ma redukcji kosztów ogólnospołecznych, płaconych, jak ja to mówię, z innej kieszeni czy z innego worka. Jeśli więc w wyniku nowej procedury ludzie są szybciej leczeni, są lepiej leczeni, prędzej wracają do działalności zawodowej jednak, to koszty rentowo-emerytalne, jak ja to nazywam, będą już zdecydowanie inne. Oczywiście, one są płacone z innego worka, ale to generalnie są nasze pieniądze. O tym też musimy pamiętać.

W kilku słowach o planowanym ośrodku PET w Kielcach. Cel podstawowy – wprowadzenie nowej technologii PET na potrzeby onkologii, kardiologii, neurologii regionu świętokrzyskiego i, w tym momencie, nie tylko. Dlatego, że znając państwa plany rozmieszczenia ośrodków petowskich w Polsce wiemy, że to nie będzie ośrodek tylko regionalny, ale i pozaregionalny. Zadania, które mamy do wykonania: budowa ośrodka petowskiego, stworzenie systemu zarządzania i zbierania informacji tak, żeby umożliwić i wprowadzić system pozytonowej tomografii. Planujemy osiągnięcie w trzecim roku od rozpoczęcia inwestycji przepustowości tego skanera, który planujemy postawić, gdzieś około dwóch tysięcy pacjentów na rok. Przeznaczenie dla pięciu tysięcy pacjentów z nowo odkrywanymi chorobami, tu, w tym regionie. Nie mówię w tej chwili o innych pacjentach. Około dwudziestu tysięcy leczonych, monitorowanych w ciągu roku. Pozostali pacjenci – liczba pacjentów z chorobami kardiologicznymi i neurologicznymi jest porównywalna.

Nie wiem, czy państwu jest znane pewne opracowanie... W tej chwili mówi się o sześciu ośrodkach PET w Polsce. Ale jest opracowanie angielskie, które wylicza, że w Polsce – żeby dorównać do standardów zachodnioeuropejskich ośrodków, nie mówiąc o pełnoprofilowych ośrodkach, ale ośrodków, gdzie powinny stać skanery – liczba skanerów petowskich w Polsce powinna być około dwudziestu ośmiu, trzydziestu. To jest w zasadzie ten przedział, ta droga, którą mamy do pokonania. Bez tego będziemy jednak mieli dalej te problemy, z którymi się borykamy.

Nasz stan zaawansowania. Przygotowano projekt działalności ośrodka PET, wykonano projekt budynku, który mamy zbudować, skompletowano w zasadzie załogę i cały personel, który prowadziłby ten ośrodek petowski. Jest w tej chwili znany z imienia i nazwiska. Konsultantem naukowym tego naszego projektu jest profesor Królicki, wszystkim znany, z Warszawy. Zespół techniczny opiera się nie tylko o fizyków. Zespół techniczny opiera się o chemików, o radiobiologów... Podpisana jest umowa współpracy z Instytutem Chemii i Techniki Jądrowej. Podpisana jest umowa współpracy z miejscową Akademią Świętokrzyską, z Instytutem Biologii, Chemii i Fizyki. Tak że przygotowany jest w tej chwili pełen zespół do prowadzenia tego ośrodka. Dziękuję bardzo.

Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Gózdź:

Dziękuję serdecznie.

Panie Przewodniczący, chcę tylko powiedzieć, że – tak jak cały czas – na początku było mówione, czyli dziewięć lat temu, że to jest podpuszczanie zespołu: czy to warto, czy nie warto. Pan doktor wtedy był doktorem, w tej chwili jest profesorem. I tak cała kadra, marząc, ciężko pracowała. No i pan profesor przedstawił teraz, jaką drogę przebyliśmy i na jakim etapie jesteśmy. Poddajemy się ocenie Wysokiej Komisji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za kolejną prezentację.

Czy są pytania?

Bardzo proszę, pan senator Ślusarz.

Senator Rafał Ślusarz:

Czy państwo potrafiliby mi udowodnić, dlaczego tutaj ma być również cyklotron? Bo że skaner i produkcja radiofarmaceutyków, nie mam wątpliwości. Czy cyklotron również? Bardzo proszę obronić tę tezę, że to jest dobre miejsce.

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Góźdz:**

W momencie rozwoju diagnostyki PET w Warszawie cyklotron, który będzie na ulicy Pasteura w Instytucie Ciężkich Jonów u profesora Jastrzębskiego, stanie się niewydolny. Ta diagnostyka, jeżeli będzie na ulicy Banacha u profesora Królickiego, stanie też i w Centrum Onkologii. Liczone jest, że na pewno będą w Warszawie jeszcze trzy skanery. Tak czy inaczej – to wychodzi nawet w takich spokojnych rozmowach właśnie z profesorami fizyki – budując w tej chwili ośrodki, a nie uwzględniając bunkra dla cyklotronu, będzie duży błąd. Pamiętamy z naszych młodych lat: USG, tomografia, rezonans... Tak jak widzimy, to nie jest rozwiązanie całego problemu medycyny, onkologii. Nastąpi upowszechnienie danych metod. Jest zespół fizyków. Pan profesor mi mówił, że jego zespół pracował i w Dubnej i w... Ile lat pracowałeś w Dubnej?

(Głos z sali: No, kilka.)

Czyli na pełnych, właściwych cyklotronach. Tak że to nie jest porywanie się z motyką na księżyc. Mówię o tym ja, bo może profesorowi byłoby niezręcznie o tym samemu mówić. To są ludzie, którzy już mają pewne doświadczenie. I dlatego koledzy, profesorowie z fizyki, widzieliby, że to miałyby sens. Chodzi o to, żeby później nie doganiać tego pociągu, co już przejedzie. Teraz moglibyśmy to wszystko przygotować.

**Kierownik Zakładu Metod Fizycznych
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Janusz Braziewicz:**

Tylko jedno zdanie. Oczywiście, w pierwszym etapie jest planowane rozwiązanie tylko ze skanerem, ale cała, nazwijmy to, niższa struktura, wszystkie plany są robione tak, żeby kiedyś, w przyszłości mógł stanąć cyklotron. W tej chwili – jeśli będziemy zaczynać – w każdym ośrodku zaczyna się najpierw od produkcji fluoru. Oczywiście, nie ma dyskusji, fluor można dowieźć i z Bydgoszczy, i z Warszawy,

i z dowolnego miejsca w Polsce. W związku z tym, jeśli planowałbym cyklotron tylko dla tego rozwiązania, to wiem, co by o mnie pomyślano. Diagnostyka PET idzie w tym kierunku, że jednak nie fluor i nie tylko rozwiązania w oparciu o fluor, ale rozwiązania w oparciu o krótkożyciowe izotopy będą rozwiązaniami, które będą coraz bardziej wchodziły do użytku. I jeśli życie wymusi na nas stosowanie bardziej krótkożyciowych izotopów, wtedy generalnie będziemy przygotowani do tego, żeby ten cyklotron wstawić. Ale na samym początku myślimy o rozwiązaniu tylko ze skanerem.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ze wzrostem nakładów będzie rozwój PET. Nie ma rady. Wydawało się nam kiedyś, że opanujemy sprawę TK. Teraz już wiemy, że TK musi trafić pod strzechy. A w ramach wyrównywania szans...

(Kierownik Zakładu Metod Fizycznych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii Janusz Braziewicz: Nie, tu się nie zgadzam. TK nie może trafić pod strzechy.)

Pytanie jest tylko o liczbę aparatów, na jaką populację, i jest kwestia, gdzie to ma być. Bardzo dziękuję panu profesorowi.

Jest jeszcze, jak rozumiem, jedna prezentacja...

(Senator Stanisław Karczewski: Mam jeszcze jedno pytanie.)

Bardzo proszę, oczywiście.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Profesorze, mam jeszcze pytanie odnośnie kosztów, bo pan profesor przedstawiał koszty...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Oszczędzamy.)

Słucham?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ograniczamy koszty.)

Nie, nie, ja mówię o kosztach badania. Kwoty, które nam pan profesor był uprzejmy podać, czego dotyczą?

**Kierownik Zakładu Metod Fizycznych
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Janusz Braziewicz:**

Wykonania pojedynczego badania.

(Senator Stanisław Karczewski: Czy jest tam również amortyzacja sprzętu? To jest bardzo istotne.)

Na pewno jest. To są dane wyciągnięte z literatury, w związku z tym to są pełne koszty wykonania pojedynczego badania. Tu natomiast istnieje oczywiście różnica między...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Senator Stanisław Karczewski: Pan minister mówił tutaj o dużo niższym koszcie.)

(Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Stanisław Gózdź: No tak, bo u nas mniej kosztuje praca...)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie, nie, przepraszam, 1 tysiąc zł to takiego kosztu nie ma. Nie ma takiej ceny. Jeżeli robisz badań pięć tysięcy rocznie, to masz inną cenę niż wtedy, gdy robisz tysiąc badań, prawda? A koszty stałe są, wiadomo, wyliczalne.

(*Kierownik Zakładu Metod Fizycznych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii Janusz Braziewicz: Jeśli chodzi o koszty, to muszę jeszcze jedno zdanie...*)

(*Senator Stanisław Karczewski: Jeśli chodzi o to, to nawet jak pan minister powiedział, że Narodowy Fundusz Zdrowia określi...*)

Określi cenę i będzie 1 tysiąc zł, tak? I później będą wam się te krzywe rozjeżdżały.

**Kierownik Zakładu Metod Fizycznych
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Janusz Braziewicz:**

Istotną sprawą w kosztach jest to, na ile osób dawka produkowana przez cyklotron jest rozdzielana. Cyklotron bowiem produkuje określoną dawkę, którą można przeznaczyć do badania, powiedzmy, kilkudziesięciu wręcz pacjentów. Jeśli to będzie dawka przeznaczona tylko dla kilkunastu pacjentów, resztę trzeba wyrzucić za dwie godziny... Tak że tu jest istotny problem dystrybucji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Gózdź:**

Onkologia wymaga dobrego stopniowania i monitorowania, a to się wiąże z diagnostyką. Jakie są realia? Następną prezentację przedstawi doktor Heciak.

**Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka
Koordynującego Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi
Jacek Heciak:**

Proszę państwa, odnośnie procedur tomografii i rezonansu badania są finansowane na 2007 r., właściwie przerabiamy to już w 2006 r. Głównie dotyczy to właśnie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Pacjenci zgłaszają się już z gotowym rozpoznaniem histopatologicznym. Zadaniem radiologa jest wystopniować to w systemie TNM. W związku z tym musimy określić guza, węzły chłonne i odległe przerzuty. Musimy wykonać trzy, cztery przedziały narządowe. W tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia płaci nam właściwie za jedno i trochę więcej. A problem tkwi w tym właśnie...

(*Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Stanisław Gózdź: Powiedz może, co to są przedziały.*)

Tak, zaraz powiem. Pozycje wskazane w katalogu nie mogą być traktowane jak odrębne świadczenie, ani sumowane jako odrębne świadczenia. Zaraz to państwu

przedstawię. Tu jest prezentacja tego, o czym mówiłem na temat systemu TNM. Na slajdzie są przedstawione koszty środków w przedziale narządowym. Klatka piersiowa – przeciętnie około czterdzieści skanów. Może być czterdzieści dwa czy trzy, w zależności od pacjenta. Jama brzuszna – też około czterdzieści skanów. Szyja – podobnie. Głowa – trochę mniej. Miednica – czterdzieści skanów. Tak zostało ustalone w tomografii komputerowej, a to się wiąże z pewnymi kosztami. Jak widzimy, jednostka chorobowa – nosogardło, klatka piersiowa, jama brzuszna. Najczęściej występują tutaj trzy, cztery przedziały narządowe. Narodowy Fundusz Zdrowia ustalił wycenę i właściwie my się w niej mieścimy. Pięćdziesiąt dwa ewentualnie pięćdziesiąt osiem punktów możemy mieć maksymalnie za badanie jednej lub więcej okolic anatomicznych bez i z kontrastem. Głównie robimy te właśnie badania – bez i z kontrastem. Chcę zwrócić uwagę na to – i później do tego wrócę – gdzie szukać oszczędności.

Tak samo jest w magnetycznym rezonansie. Badanie mózgu, pnia, kanału kręgowego, mięśniowo-szkieletowego. I za to dostajemy czterdzieści punktów, ewentualnie z kontrastem – sześćdziesiąt punktów. Teraz chcę państwu przedstawić analizę cenową. Klatka piersiowa – czterdzieści skanów bez kontrastu, ale głównie z kontrastem... Tyle na filmy, tyle na środki kontrastujące. Mamy 448 zł. Dostajemy pięćdziesiąt dwa punkty. Nie wiem, dlaczego tak podzielone... Maksymalnie moglibyśmy dostać 8 zł za punkt. Czyli mamy tak naprawdę 416 zł za badanie. I każą nam teraz zrobić cztery przedziały narządowe. Jak mamy to zrobić?

(Głos z sali: Za 416 zł.)

Każdy za 416 zł. Razem prawie wychodzi nam 1700 zł.

Podobnie jest w magnetycznym rezonansie. Tutaj ceny w magnetycznym rezonansie są stałe. Badanie jest warte mniej więcej 500 zł z kontrastem. I jeszcze jest problem strzykawki automatycznej, która kosztuje 200 zł. Możemy tu zaoszczędzić, bo jeśli robimy cztery przedziały naraz u pacjenta, to zużywamy jedną strzykawkę, nie cztery.

I teraz tak: jakie są rzeczywiste koszty z tego powodu? Ponosimy maksymalne koszty, w zależności od przedziału, między 1486 zł a 1900 zł. Tyle zaś mamy maksymalnie od Narodowego Funduszu Zdrowia. Rezonans magnetyczny – między 1500 zł a 2 tysiące zł, Fundusz – maksymalnie 480 zł. I ja bym zaproponował Narodowemu Funduszowi, jeśli mogę w ogóle się do tego odnieść, że bym do tego dodał: z wyjątkiem chorych, u których jest konieczne stopniowanie choroby nowotworowej w systemie TNM. Co nam to daje, jakie oszczędności? Tak naprawdę, jeśli badalibyśmy cztery przedziały narządowe, to moglibyśmy obniżyć koszty na środku kontrastującym, ale przede wszystkim czas badania, diagnostyki, narażenie. Jest prawo atomowe, które wyszło w ubiegłym roku, w sierpniu. Chcąc zbadać klatkę, musimy zrobić kawałek brzucha, mówiąc żargonem. Chcąc zrobić brzuch, musimy zajechać o klatkę. W związku z tym narażamy dodatkowo pacjenta na napromienianie, dajemy dodatkowo środek kontrastujący, który naprawdę nie jest obojętny dla pacjenta. Następnie, jeden wkład do strzykawki automatycznej – 200 zł. Ilość środka kontrastującego – musimy podać każdemu pacjentowi około 80–100 ml, maksymalnie 150 ml. I tak naprawdę, jeśli policzyć cztery przedziały, to może to być 80% wartości. Czyli mamy oszczędności.

Wrócę jeszcze, przepraszam, do jednego tutaj zapisu z katalogu. Spotkałem kolegę z prywatnej firmy, który pyta: czy opłaca się to robić? Opłaca mi się. On ma urazy i mówi: ja daję objętościowe. Proszę dokładnie przeczytać: „badanie TK jednej lub

więcej okolic z wtórnym opracowaniem naczyniowym i/lub przestrzennym, i/lub objętościowym”. Proszę państwa, każdy tomograf komputerowy ma w swoim programie objętościowe programy. Zrobi w przypadku złamania – czy jest zrost, czy nie ma – dziesięć, dwadzieścia skanów i ma pięćdziesiąt osiem punktów. Jeśli liczyć punkt po 10 zł – 580 zł. A my musimy wykonać ponad trzysta skanów, środek kontrastujący, ilość zużytych filmów, kontrastów i dostajemy maksymalnie 416 zł.

Ja już zwracałem się do funduszu w lutym, byłem też w sierpniu. Każdy przyznaje mi rację. Nagle, jest katalog na następny rok i jest to samo. Do państwa się zwracam, dlatego że naprawdę dla nas jest to bardzo istotne, żeby ktoś nam pomógł. Poza tym, muszę tu publicznie powiedzieć, że procedury były przez Towarzystwo przeglądane w ubiegłym roku i ktoś celowo ich nie robi. Dlaczego? Nie ma procedur. Nie ma. Co musi się w tym badaniu, jeśli chodzi o rezonans magnetyczny, znaleźć? Taki oto przykład. Przyszła do nas pacjentka. Scyntygrafia. I okazuje się – przerzut. W poprzednim badaniu nie ma. My robimy rezonans – potwierdzamy, że jest przerzut. Zgłaszamy do funduszu, a fundusz mówi: „Przecież miesiąc temu zrobili. Dlaczego wy nam tu jeszcze raz zgłaszacie? Czy to było uzasadnione?”. Ja mówię: „Tam nie było, a tu jest”. „Czy ma pan procedury?”. „Nie mam”. Tak się kończy rozmowa. Tak, że procedury muszą być i towarzystwo, nie wiem dlaczego, tych procedur nie chce ujawnić. Ja w tamtym roku pracowałem, przez cały sierpień jeździłem, żeby te żale na zebraniu zarządu głównego omówić. Mówią, że będą, a naprawdę ich nie ma od roku. Nam zależy, żeby państwo zażądali procedur, które są podstawą diagnostyki radiologicznej, którą tu stosujemy, tak żebyśmy mogli skonsultować gdzie indziej wykonane badanie, robione dla potrzeb onkologii. Według pewnych standardów powinno to być wykonane. Taka sama sytuacja była w Warszawie. W Instytucie Onkologii każde badanie powtarzają. Każde. Kto za to płaci? Pacjent.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Żałuję, że nie zaprosiłem na to spotkanie przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ w tym układzie będziemy tutaj pośrednikiem. Może wrócimy do tego tematu i zaprosimy jednak kogoś z Narodowego Funduszu Zdrowia...

(Głos z sali: Możemy dojechać, Panie Przewodniczący.)

Zaprosimy państwa. Nie wiem, czy państwo senatorowie podzielają tę konkluzję, że zrobimy spotkanie w Warszawie i poprobujemy porozmawiać na temat tych cen. Tak? Jest zgoda. To byłby jeden z wniosków.

(Głos z sali: Zaprosimy pana dyrektora.)

Zaprosimy, tak. Przyjmujemy chętnie deklarację pana dyrektora, że przyjedzie.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Akurat w tej sprawie mam dosyć spore osobiste doświadczenie, bo przez całe lata odpowiadałem za politykę zdrowotną miasta, które ma dobrze rozwinięte programy. Do tego więc trzeba będzie wrócić.

Mogę ze swego doświadczenia powiedzieć, że gdy robiliśmy taki program kardiologiczny, przeniesiony ze Szwecji, i robiliśmy go w systemie scentralizowanym, to mieliśmy frekwencję na takim poziomie, jaki państwo tutaj mają – 30%. Zdecentralizowaliśmy go i przerzuciliśmy środki do praktyk lekarzy rodzinnych – mamy frekwencję od 75% do 90%. I to jest siła. Oczywiście, musi być ośrodek koordynujący i musi być

system zachęt, który by powodował, że to się staje atrakcyjne dla wykonawcy. Jest oczywiście problem standaryzacji, jakości, wyceny tego wszystkiego, co sprzyja jakości. Mamy sygnały, które zmuszają nas do przemyślenia jeszcze raz tego wszystkiego, co się w zakresie edukacji, promocji zdrowia i badań przesiewowych dzieje. Takie byłyby wnioski z tego posiedzenia komisji. Czy państwo senatorowie mają jeszcze pytania?

Bardzo proszę, pan senator Ślusarz. Przekazuję mikrofon, bo to będzie do protokołu.

Senator Rafał Ślusarz:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Z prezentacji wynikało, że jest niedoszacowanie kosztów, które państwo ponosicie. Z tym jednak spotykamy się we wszystkich jednostkach, w których przyszło nam być. Równocześnie słyszymy komunikat z ministerstwa i, powiedzmy, władzy wykonawczej w chwili obecnej, że coraz więcej szpitali się bilansuje, radzi sobie, że sytuacja w służbie zdrowia się poprawia. Jest to oczywiście pewien dysonans poznawczy. Ja się zgadzam, że niekiedy powinno być czterokrotnie więcej zapłacone za to, co państwo robicie. Pan dyrektor, pan prezes powiedział, że państwo jednak produkujecie dług z roku na rok. To nie jest nic dziwnego w kontekście tego, co państwo tutaj pokazujecie.

No ale z tego jest jakiś wniosek. Są szpitale, które się w Polsce bilansują. Można powiedzieć o jakimś patencie na to, żeby jednak się zmieścić w tej kwocie, którą NFZ płaci, patencie poprzez zmniejszenie liczby skanów. Ale takich patentów w medycynie, przypuszczam, wymyślono wiele. Nam brakuje państwa głosu wyraziście wypowiadającego tę kwestię. Nie można robić dobrej medycyny za te pieniądze, które płaci NFZ. Tego głosu my nie słyszymy od państwa. My chcemy tę tezę wzmocnić i ponieść. Płatnik musi mieć więcej pieniędzy. Państwo natomiast przekazujecie nam ten sygnał tylko na poziomie argumentów, nie formułujecie tej tezy. Być może ona jest niezręczna, ale my ją podejmiemy. Tylko chodzi o to, żeby państwo ją po prostu wypowiadali. Nie można robić dobrej medycyny za te pieniądze, które płaci fundusz.

Muszę powiedzieć, że nieustannie słyszymy tezę odwrotną: że za te pieniądze, które są w systemie, można robić medycynę, czego przykładem są liczne szpitale – i nam się je wymienia – które się bilansują. Docierają do nas te dwa sygnały. Mocniejszy jest ten drugi. Warto, aby państwo wypowiadali te tezy, które są oczywiste w świetle argumentów, które państwo podajecie. Przed nami nie ma powodu do obaw.

Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Stanisław Góźdz:

Pan prezes Miller opowiadał nam, że prywatne szpitale się bilansują, są dobre. Oczywiście, gdyby onkologia była prywatnym szpitalem, to łóżek onkologicznych byłoby sześćdziesiąt, nie trzysta pięćdziesiąt. Zresztą, wiedziałbym, co zrobić, i każdy z kolegów senatorów też by wiedział, jak tym kierować, żeby nie generować strat. Ale my mamy troszeczkę inną misję. Jesteśmy tylko jednym wstrząśnięci, cały personel, że za dobrą pracę jesteśmy karani. To, co powiedział pan senator, że rzeczywiście, jeżeli jest tak dobrze, że – to, co mówią – za wszystko nam fundusz zapłaci itd., to dlaczego jest tak źle? Ale jesteśmy wdzięczni, że państwo do nas przyjechali. Liczymy, że dostaniemy wsparcie i te sytuacje zostaną wyprostowane.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chciałbym być takim optymistą.

Chcę podziękować państwu, bo rozumiem, że pomalutku kończymy tą część posiedzenia komisji.

Pan senator Rafał Ślusarz mówił o pewnym dysonansie, jaki istnieje w związku z optymistyczną koncepcją oddłużania ochrony zdrowia. Ona jest taka trochę bardziej propagandowa. Dlatego, że w tym oddłużaniu i prezentowaniu wyników nie uwzględnia się, że jednocześnie wpompowano w postaci kredytów mniej więcej taką kwotę, o jaką spadły długi. Tak że, można powiedzieć, per saldo jesteśmy w sytuacji, w której ten zastrzyk pieniędzy z zewnątrz, warunkowany spełnieniem pewnych kryteriów, odgrywa jeszcze w tej chwili jakąś pozytywną rolę. I oby udało się ją utrzymać. Kolejne kwoty, które są planowane na rok przyszły, nie dają gwarancji, że osiągniemy jakąś trwalszą równowagę. Zwłaszcza, że pojawiły się zagrożenia związane z odpływem kadry. Państwo jeszcze jakoś na to się nie skarżycie, ale na zachodzie Polski część ludzi w ogóle mieszka w Polsce, a pracuje... Całe wschodnie landy Niemiec są obsługiwane przez naszych ludzi – pielęgniarki, lekarzy.

(*Głos z sali:* Chociaż Niemcy jeszcze nie otworzyli rynków pracy. Ale niedługo to nastąpi.)

Tak jest.

W tej chwili zaś oferuje się bardzo atrakcyjne warunki odbywania stażu, a potem szkolenia specjalistycznego w Niemczech. Tak że jest to poważny problem, który będzie nas toczył, jak będzie gwarantowane bezpieczeństwo zdrowotne. No i czy ci ludzie, którzy tam się wyszkoła, będą tu pracować. Tak jak wielu z was, których dzisiaj słuchaliśmy, przeszło różne, bardzo intensywne szkolenia i wiele rzeczy przywiozło... Cieszymy się z tego, że jesteście poprzez wyjazdy na bieżąco z onkologią światową. Jest natomiast pytanie, ile wytrwacie. Ja w rodzinie mam też taki problem, że wahają się moje dzieci lekarze – emigrować czy nie emigrować.

Proponuję – ponieważ mamy otwarte pewne wątki tematyczne – żebyśmy jednak podsumowali Kielce u siebie, na miejscu, w Warszawie. Pewne zarysy konkluzji mamy. Wiem, że zrobimy jeszcze spotkanie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Chodzi o to, żeby to, co państwo nam tutaj zaprezentowali, zostało poddane pod dyskusję z państwem w naszej obecności. Żeby zapewnić jakieś partnerstwo stron, co jest często trudną sprawą z Narodowym Funduszem Zdrowia, gdzie jesteście petentami, nie zawsze wysłuchiwanie tak jak należy. Tak że pomogliśmy państwu. W tym mogliśmy państwu pomóc i to może być wniosek z tego posiedzenia komisji. Czy państwo macie jeszcze jakieś wnioski?

Bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Chcę przede wszystkim podziękować panom senatorom, że zechcieli przyjąć zaproszenie i przyjechali tu do naszego pięknego miasta na ziemię świętokrzyską. Myślę, że udało nam się pokazać, że w mieście, nad którym zastanawiano się, czy w ogóle ma być miastem wojewódzkim, dzięki heroicznemu uporowi pana dyrektora, jego żłogi, powstał z poradni onkologicznej ośrodek o renomie światowej. To wskazuje właśnie na to, jak można działać w medycynie, że nie należy załamywać rąk. Możemy

jeszcze wiele działań przy pomocy naszej szanownej komisji, pana przewodniczącego. Może uda się załatwić zmianę procedur, może uda nam się jeszcze poprawić byt finansowy tej jednostki i będziemy mogli ją stawiać jako wzór centrum onkologii na całą Polskę i nie tylko.

Chcę jeszcze przeprosić w imieniu pani senator Rudnickiej. Prosiła, żeby w jej imieniu przeprosić za nieobecność, złożyć wyrazy uszanowania panu dyrektorowi i załodze. Bo, jak pan dyrektor pamięta, pani Rudnicka, będąc w sejmowej Komisji Zdrowia, też przyłożyła pewną cegiełkę finansową do budowy tego centrum. Ubolewa nad tym, że nie mogła tutaj być. Panu marszałkowi, jego służbom również bardzo serdecznie dziękuję za zorganizowanie tego wszystkiego. No i kolegom naszym z Centrum Onkologii za rzetelne, uczciwe przekazanie nam zagadnień z zakresu profilaktyki, tej, z którą borykamy się na co dzień i tej, którą wdrażacie tutaj mimo wielu, wielu przeszkód. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chcę podziękować panu senatorowi Michałowi Okle za to, że podjął się zorganizowania posiedzenia naszej komisji. Nie taję, że jednym z elementów, które chcieliśmy sobie wyjaśnić, to była kwestia zaskakującej wyjściowo decyzji zlokalizowania PET w Kielcach. Przypisywano nam pewne intencje polityczne. Akurat reprezentuję opozycję, bo jestem z Platformy, ale bardzo się cieszę, że mogłem tu zobaczyć, dotknąć, spotkać się z zespołem ludzi, pasjonatów, ludzi bardzo zaangażowanych w sprawę. To zawsze jest ogromna radość, że spotyka się ludzi, którym się chce i którzy w tych przecież trudnych warunkach jakoś trzymają standardy gwarantujące tę lepszą Polskę. Tak że za to wam chcę bardzo podziękować, gratulując serdecznie, że tacy jesteście, jacy jesteście. Wszystkim państwu bardzo dziękuję. Dziękuję. *(Oklaski)*

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 00)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851