



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(254)**

29. posiedzenie  
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia  
w dniu 28 maja 2002 r.

V kadencja

#### Porządek obrad:

1. Informacja o realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996–2005 w zakresie zwalczania chorób nowotworowych w 2000 r.
2. Informacja o działalności Polskiej Unii Onkologii oraz projektu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.
3. Informacja o działalności Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie z okazji siedemdziesięciolecia istnienia instytutu.
4. Sprawy różne.

*(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 08)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Marek Balicki)*

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Otwieram posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Witam panie senator i panów senatorów, witam panią marszałek Jolantę Daniełak, która zaszczyliła swoją obecnością posiedzenie naszej komisji. Witam przedstawicieli rządu z panem ministrem Janem Kopczykiem, wiceministrem zdrowia. Witam przedstawicieli środowiska onkologicznego. Witam ekspertów, przedstawicieli innych urzędów. Witam też przedstawicieli organizacji pozarządowych.

Taki skład gości wskazuje na temat naszego dzisiejszego posiedzenia komisji. Projekt porządku obrad zawiera trzy punkty. Pierwszy punkt: informacja o realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996–2005 w zakresie zwalczania chorób nowotworowych w 2000 r. – i to jest informacja ministra zdrowia. Drugi punkt: informacja o działalności Polskiej Unii Onkologii oraz omówienie projektu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych – i tutaj będziemy prosili o przedstawienie stanowiska pana profesora Nowackiego i zarząd Polskiej Unii Onkologii. I trzeci punkt związany jest ze zbliżającą się siedemdziesiątą rocznicą istnienia Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Curie-Skłodowskiej – przy tym punkcie też będziemy prosić pana dyrektora instytutu o przedstawienie informacji.

Czy są uwagi do porządku obrad? Rozumiem, że uwag nie ma i możemy przystąpić do dyskusji.

Chciałbym państwu przypomnieć, a osoby, które nie uczestniczyły dotychczas w pracach naszej komisji, poinformować, że jest to drugie w ostatnich miesiącach posiedzenie problemowe. Pierwsze było poświęcone finansowaniu ubezpieczeń zdrowotnych, systemowi kas chorych, ocenie funkcjonowania tego systemu – to było posiedzenie dosyć owocne i ważne dla komisji. Dzisiaj mamy drugie posiedzenie problemowe, niezwiązane z konkretną ustawą, ale temat jest niezwykle ważny – drugi problem zdrowotny w Polsce: choroby nowotworowe. Dlatego postanowiliśmy takie posiedzenie zorganizować. W tym roku planowanych jest jeszcze kilka innych posiedzeń, poświęconych właśnie głównym problemom polityki zdrowotnej państwa.

Proponuję, żebyśmy przystąpili do omówienia trzech punktów i po ich omówieniu przystąpili do dyskusji, być może do formułowania wniosków. Przypomnę, że komisje mogą podejmować uchwały. Myślę, że dzisiaj trudno będzie tak na gorąco przygotować projekt uchwały, ale paść mogą w czasie debaty jakieś wnioski, które mogły-

---

by być podstawą projektu przygotowanego wspólnie z panem przewodniczącym Cieślakiem i ewentualnie przedstawionego na następnym posiedzeniu komisji.

Pierwszy punkt: informacja o realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Odaję głos panu ministrowi Kopczykowi.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jan Kopczyk:**

Szanowna Pani Marszałek! Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Informacja o realizacji Narodowego Programu Zdrowia w zakresie zwalczania chorób nowotworowych w roku 2000 została przedstawiona w materiale, który państwo otrzymali, a który był już przedmiotem obrad sejmowej Komisji Zdrowia. Z przyczyn oczywistych rozmiar tego materiału jest ograniczony. Składa się on z dwóch części – informacji dotyczącej realizacji zadań związanych ze zwalczaniem najczęściej występujących nowotworów i raportu z monitorowania oczekiwanych efektów oraz korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji piętnastego celu operacyjnego – a Narodowy Program Zdrowia zawiera osiemnaście celów operacyjnych – dotyczącego usprawnienia wczesnej diagnostyki i zwiększenia efektywności leczenia nowotworów złośliwych. Tym właśnie mamy się dzisiaj zająć.

Oczywiście nie mam zamiaru powtarzać tego, co zostało zawarte w materiale. Z uwagi na to, że dziś na sali – co pan przewodniczący już przy powitaniu podkreślił – zasiada wielu znakomitych profesorów, autorytetów w dziedzinie onkologii, chciałbym zaproponować i o to prosić pana przewodniczącego, żeby można było tę informację ministerstwa poprowadzić w ten sposób, że na początek poprosiłbym pana profesora Zatońskiego o krótką prezentację, także graficzną, kwestii epidemiologii i trendów epidemiologicznych w chorobach nowotworowych w Polsce w ostatnich latach, a później poprosiłbym pana profesora Wronkowskiego, który opowie o badaniach przesiewowych. Myślę, że do dyskusji włączy się jeszcze wiele obecnych tutaj osób. Tak że bardzo proszę, jeśli można, pana profesora Zatońskiego.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Proszę bardzo, pan profesor Zatoński.

Proszę, może też pan stanąć tutaj, za stołem prezydialnym. Woli pan stać?

**Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów  
w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Witold Zatoński:**

Ja mogę także mówić bez mikrofonu, mam mocny głos. Jeżeli państwo pozwolą, to będę tak na stojąco mówił.

Wielce Szanowna Pani Marszałek! Panie Przewodniczący! Wszyscy Wielce Szanowni Senatorowie i Posłowie – czyli ludzie, którzy odpowiadają za to, jak będzie wyglądała w Polsce, nie tylko dzisiaj, ale także w przyszłości, polityka zdrowotna dotycząca między innymi nowotworów złośliwych.

Jest to dla nas szansa przedstawienia państwu, jak widzimy problem nowotworów złośliwych. Jak państwo wiecie, ciągle jeszcze jesteśmy może nie na początku, ale

w połowie drogi w opanowywaniu tego schorzenia. Gdzieś przed dziesięciu laty w krajach rozwiniętych osiągnięto szczyt, jeśli chodzi o zachorowalność na nowotwory, i właściwie jest kilka państw, w których liczba zachorowań i umieralność na nowotwory złośliwe zaczyna spadać. Krótko mówiąc, z teoretycznego punktu widzenia można nowotworom złośliwym zapobiegać i skutecznie je leczyć, co nie znaczy, że nie istnieje grupa nowotworów, przy których nasze możliwości są bardzo ograniczone. Każdy kraj powinien mieć i każdy kraj, nawet średnio rozwinięty, próbuje mieć swój program poświęcony temu specjalnemu schorzeniu. Taki program musi być jednak oparty na faktach, na prawdzie naukowej, nie tylko na emocjach, chociaż emocje są bardzo mocno związane z tym schorzeniem, wobec którego ciągle jeszcze, czasami, jesteśmy bezradni – tym bardziej więc program ten musi być oparty na faktach.

Co się stało w XX wieku z nowotworami złośliwymi? Jaki był rozwój sytuacji? Otóż, jak się patrzy na rozwój sytuacji epidemiologicznej w Stanach Zjednoczonych, to widać, że scena nowotworowa w XX wieku została zdominowana przez wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe płuc. Nowotwór złośliwy płuc jest schorzeniem, które występuje prawie wyłącznie wśród wdychających dym tytoniowy. Jeżeli chodzi o inne nowotwory, to jak państwo widzicie na tej ilustracji, w ostatnim stuleciu udało się osiągnąć pewien znaczący postęp. Właściwie są tu wszystkie te duże nowotwory. Bo nowotwory są takim schorzeniem, których rodzajów z punktu widzenia klasyfikacji chorób jest bardzo wiele – dwieście. Ale na tej mapie częstości dominuje kilka czy kilkanaście lokalizacji.

Podobnie wygląda sprawa, jeżeli chodzi o populację kobiet. W tej chwili w Stanach Zjednoczonych najczęstszym nowotworem złośliwym jest rak płuca. My nie mamy tak długiej serii danych, które pozwoliłyby nam obserwować przebieg sceny nowotworowej w Polsce, ale proszę zobaczyć – także w Polsce w przypadku populacji mężczyzn dominuje nowotworowy rak płuc, chociaż z przyjemnością zwracam uwagę na ten ostatni odcinek czasowy, który pokazuje, że coś zaczyna się dziać. Częstość nowotworów żołądka w Polsce, podobnie jak w innych krajach świata, w XX wieku bardzo się zmniejszyła. Nie mam czasu na szczegóły, ale tak wygląda scena nowotworowa w Polsce z dominującymi nowotworami, które ja nazywam nowotworami złośliwymi wynikającymi z ekspozycji na dym tytoniowy. Jeżeli chodzi o Polskę, to ciągle nowotworem numer jeden jest nowotwór piersi u kobiet, ale w tym przypadku także w ostatnich latach nie mamy już tak gwałtownego przyrostu liczby zgonów, w każdym razie z powodu nowotworów złośliwych piersi.

Szacuje się, że rocznie w Polsce, na początku XXI w., zapadnie na nowotwory złośliwe około stu dwudziestu tysięcy osób. To, co wyróżnia Polskę spośród innych krajów Europy, to niezwykle wysoki poziom zachorowań na nowotwory złośliwe przed sześćdziesiątym piątym rokiem życia. Nowotwory złośliwe, zaraz to państwu pokażę, są schorzeniem bardzo mocno związanym z wiekiem, niemniej w Polsce poziom zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w średnim wieku jest mniej więcej o 30% wyższy niż kiedykolwiek notowany w krajach Europy Zachodniej, dla przykładu w Wielkiej Brytanii. To więc wyróżnia scenę nowotworową w Polsce.

Nowotwory złośliwe są specjalnym schorzeniem z różnych powodów. Dlatego też ten problem musi być w każdym programie zdrowia każdego narodu specjalnie traktowany. I niezależnie od emocji trzeba pamiętać, że o ile zachorowalność na nowotwory złośliwe u dzieci czy u młodzieży kształtuje się na poziomie dziesięć zdarzeń na sto tysięcy osób – a my dużo mówimy w tej chwili o nowotworach złośliwych u dzieci –

to już u ludzi około pięćdziesiątego, sześćdziesiątego roku życia jest to o jeden rząd zer wyżej, czyli mamy sto zdarzeń na sto tysięcy, a około siedemdziesiątego roku – tysiąc zdarzeń na sto tysięcy. Jest to więc problem na pewno związany z wiekiem. Wiek determinuje. Biorąc pod uwagę to, że Polska będzie powoli wracała do takiej średniej długości życia, jaka jest w Europie, liczba nowotworów złośliwych w Polsce co najmniej przez następne dziesięć, dwadzieścia lat będzie rosła. Jeżeli tego nie przewidzimy w naszych programach zdrowotnych, to będziemy mieli wielki problem. To będziemy mieli wielki problem nie tylko zdrowotny, ale także społeczny. To jest powód, dla którego, ze zdrowotnego punktu widzenia, nawet skuteczny program zatrzymywania nowotworów złośliwych nie zmniejszy zachorowalności przez następne pięćdziesiąt, jeżeli nie sto lat. To z całą pewnością jest schorzenie, które ciągle będzie występować. Oczywiście przewidywanie w nauce jest bardzo ryzykowne, ale tak to dziś wygląda.

Z punktu widzenia aktualnego stanu wiedzy strategia walki z nowotworami złośliwymi musi być oparta na trzech filarach i nie można żadnego z tych filarów pominąć. Po pierwsze: zapobieganie, działania, które nie dopuszczają do choroby i prowadzą do tego, że ryzyko zachorowania jest mniejsze. I tu są dwie bardzo proste zasady postępowania, my tego próbujemy i także państwu to polecamy: nie wdychać dymu tytoniowego, nie wprowadzać dwieście razy dziennie porcji substancji rakotwórczej do swojego organizmu oraz jeść pięć razy dziennie warzywa i owoce, które mają antyoksydanty. Wiemy, że ryzyko zachorowania jest dwa razy większe w populacji niemającej optymalnej dawki antyoksydantów.

Po drugie: sprawne programy wczesnej diagnozy i leczenia nowotworów złośliwych. Tych programów jest w tej chwili bardzo wiele, ale jest to taki magiczny sposób postępowania, wymagający publiczności, która wie, jak się ma zachować, dobrze wykształconych lekarzy pierwszego kontaktu i wspaniałe działającej onkologii. I nie tylko musi być ten trzeci segment. Jeżeli będzie tylko ten trzeci, bez edukacji, publiczności, to – zaraz państwu zilustruję – te postępy, mimo dużych możliwości wynikających z nauki, są niewielkie.

No i także musimy pamiętać o tym, że części nowotworów nie potrafimy wyleczyć i dlatego trzeba zapewnić chorym leczenie paliatywne, które jest tak samo ważne, także z punktu widzenia społecznego.

Podam krótko przykład jednego sposobu zapobiegania i pokażę, co się stało w ostatnich latach. Jak państwo widzicie, jest spadek ekspozycji na dym tytoniowy – w latach osiemdziesiątych paliło mniej więcej 70-80% mężczyzn, teraz 40%, u kobiet nie zwiększa się ekspozycja na tytoń, bo w 1974 r. było to 80%, w 1982 r. niewiele się zmieniło, ale w sumie we wszystkich grupach wiekowych u mężczyzn w ostatnich piętnastu latach mamy istotne zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy. Zupełnie inaczej zjawisko to wygląda u kobiet, bo liczba kobiet palących rosła jeszcze do 1985 r., ale po 1985 r. mamy pewną tendencję pozytywną i zmniejsza się ekspozycja w tych najmłodszych grupach wiekowych, choć niestety nie wśród kobiet po czterdziestym roku życia. To znaczy, że te nasze programy nie funkcjonowały dobrze. Jeżeli się zmniejsza ekspozycja, to co się dzieje na przykład z rakiem płuc, o którym mówiłem państwu, że jest schorzeniem występującym prawie wyłącznie u palących tytoń? To jest zdjęcie, z którego jesteśmy bardzo dumni – w Polsce zachorowania na nowotwory złośliwe u młodych dorosłych mężczyzn w ostatnich piętnastu latach spadły o około 30%. To się oczywiście przekłada na liczby bezwzględne. Podobnie jest z rozwojem sytuacji,

jeżeli chodzi o zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce – widać to w porównaniu z Węgrami, które są naszym krajem kontrolnym, a tam nie było zmniejszenia ekspozycji na dym tytoniowy. A na tym wykresie przedstawiona jest sytuacja, jeśli chodzi o mężczyzn w średnim wieku – jeszcze raz ten spadek. Ten spadek można przeliczyć na liczbę zachorowań czy liczbę zgonów. I w ostatnim dziesięcioleciu ta liczba zmniejszyła się przez działania prewencji pierwotnej o mniej więcej dwa tysiące zdarzeń rocznie, czyli tu już mówimy o wielkich liczbach. Z kobietami jest bardziej skomplikowana sprawa, nie mam czasu dokładnie tego omawiać, ale ciągle jesteśmy na początku drogi, to znaczy poziom zachorowań na raka płuc – a to najlepszy monitor ekspozycji na dym tytoniowy – jest jeszcze niższy niż u mężczyzn, ale boimy się, czy kobiety nie pójdą tą samą drogą i czy nie powtórzą tego, co stało się w populacji mężczyzn.

Jeżeli chodzi o wczesną diagnostykę i wykorzystanie możliwości w Polsce, to jeśli porównamy umieralność na nowotwory złośliwe szyjki macicy, weźmy dla porównania Finlandię, kraj, gdzie wprowadzono w sposób optymalny populacyjną prewencję wtórną, wczesną diagnostykę i leczenie, to zobaczymy, jak duża przestrzeń możliwości jeszcze została. I to się przekłada na mniej więcej tysiąc niepotrzebnych zgonów kobiet rocznie w Polsce.

Podobnie jak spojrzymy na kwestię nowotworu jelita grubego, który się bardzo dobrze leczy i w przypadku którego uzyskano bardzo duży postęp z powodu wprowadzenia nowych technik, przede wszystkim chemioterapii. Jeszcze raz, jak państwo widzicie, jest ten dystans, który dzieli Polskę na przykład z sąsiadującą z nami Szwecją. Liczba zachorowań na nowotwory jelita grubego, która w wielu krajach świata, na przykład właśnie w Szwecji, wykazuje tendencję spadkową, w Polsce ciągle wzrasta.

Jeśli chodzi o nowotwory złośliwe piersi, o których mówiłem, to w Wielkiej Brytanii w ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się gwałtowny spadek liczby zgonów wynikający z tych trzech elementów, o których mówiłem: publiczność, lekarze i dobrze działająca onkologia. Ja się ciągle boję interpretować to pierwsze załamanie, ale to chyba dobrze świadczy o tym, co się właśnie w Polsce dzieje, i pokazuje, że także w Polsce funkcjonuje prewencja pierwotna wspierana przez publiczność, przez społeczność.

Reasumując: od pewnego czasu bardzo prosimy polityków, w imieniu nie tylko swoim, ale i całej populacji, żeby zechcieli zrozumieć specjalne miejsce tego schorzenia i istniejące możliwości, które mogą, ale nie muszą być wykorzystane we wszystkich krajach europejskich, łącznie z krajami Unii Europejskiej. Jest specjalny program poświęcony nowotworom złośliwym, obejmujący – powtarzam – nie tylko medycynę kuratywną, ale te wszystkie... I dlatego wydaje się, że jest potrzebny powrót do tego programu, który zresztą był w Polsce realizowany do 1990 r., a który będzie opierał się na tych trzech filarach – działania popularyzacyjne w celu zapobiegania chorobom, wczesna diagnostyka i skuteczne leczenie oraz program opieki terminalnej, bo on jest także bardzo ważny. Nie wydaje mi się, żebyśmy byli narodem, którego nie stać – nie myślę tutaj o ekonomii – na tego typu program, i dlatego jeszcze raz bardzo zachęcamy państwa do podjęcia inicjatywy legislacyjnej w tej sprawie i doprowadzenie do powrotu nowoczesnego programu, narodowego programu walki z rakiem, opartego na prawdach naukowych. Dziękuję za uwagę.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Panie Ministrze, następnie zabierze głos pan profesor Wronkowski, tak?  
Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**Prezes Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka  
Zbigniew Wronkowski:**

Pani Marszałek! Panie Przewodniczący! Szanowne Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Posłowie! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Proszę państwa, postaram się opowiedzieć w skrócie o programie, który w części ujmuje sprawy dotyczące zwalczenia raka. Narodowy Program Zdrowia został przygotowany i zatwierdzony w 1996 r., a więc obowiązuje obecnie – właśnie tu jest informacja o tym, że został zatwierdzony przez Radę Ministrów 3 września 1996 r. Program ten podejmuje tylko część zagadnień związanych z onkologią i mamy tu dwa elementy tego dotyczące: zapobieganie – to są głównie te trzy punkty, ale tak naprawdę to jest program zmniejszenia rozpowszechniania palenia tytoniu – i punkt, właściwie cel, piętnasty, czyli usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów piersi i szyjki macicy. Program ten zakładał w początkowej fazie stworzenie w pewnym sensie fotografii, która by obrazowała sytuację. Pan profesor Zatoński właściwie ten obraz już dał, ja nie będę dokładnie tego powtarzał, ale dotyczyło to przede wszystkim dwóch nowotworów, do których odnosi się cel piętnasty, a więc raka piersi i raka szyjki macicy. Okazało się jednak, że szereg innych nowotworów może być wcześniej wykrywanych.

W tym czasie udało nam się uporządkować sprawy. Przede wszystkim na podstawie danych rejestru warszawskiego, który obejmuje około pięciu milionów osób, udało się stwierdzić następujące fakty. Po pierwsze, zmniejszenie o jeden stopień, w skali czterostopniowej, stadium zaawansowania raka powoduje podwyższenie o 20–25% szans na wyleczenie. Po drugie – to już nie tylko nasze dane, ale głównie zagraniczne – długotrwałe działania zmierzające do wykrywania dają szansę na zmniejszenie umieralności. To demonstrował pan profesor Zatoński, zarówno w kwestii zapobiegania, jak i wykrywania. I po trzecie, wykrywając wcześniej, możemy spowodować zmniejszenie kosztów zwalczania nowotworów, tak to trzeba ująć, nie tylko chodzi tu o leczenie.

Ja troszkę wyprzedzę pewną informację, ale właśnie w tym czasie, między 1996 r. a 2000 r., udało nam się określić, że jeśli zastosujemy skryning, badanie przesiewowe populacyjne – widać to na przykładzie mieszkanek Ursynowa, ale nie tylko – to model, który zaproponowaliśmy, może spowodować niemalże całkowite wyeliminowanie raka inwazyjnego – dotyczy to raka szyjki macicy. Nieco gorzej jest, jeśli chodzi o raka piersi, ale również następuje korzystna zmiana struktury zaawansowania w kierunku większego odsetka raków wczesnych, w tym raków przedinwazyjnych, które są w 100% wyleczalne. Te dane umożliwiły stworzenie, właściwie zaplanowanie programu wykrywania tych dwóch najczęstszych nowotworów u kobiet, czyli raka piersi i raka szyjki macicy, i ten program na podstawie dotychczasowych danych przedstawiliśmy.

Jaki jest problem w przypadku tych dwóch nowotworów, o których mówiłem? Otóż, liczba zachorowań na raka piersi wynosi około dwunastu tysięcy, a na raka szyjki macicy około czterech tysięcy. Połowa chorych, tak się składa, ma szansę przeżycia pięciu lat, czyli jest to sześć tysięcy kobiet chorych na raka piersi i dwa tysiące chorych na raka szyjki macicy.



Obliczyliśmy również dane dotyczące innych najczęstszych nowotworów, które mogą być przedmiotem wczesnego wykrywania, chodzi tu o raka jelita grubego, raka gruczołu krokowego, raka skóry i czerniaka skóry. Dane, zwłaszcza międzynarodowe, wskazywały, że szanse wykrycia tych nowotworów w prowadzonym regularnie tak zwanym skryningu, czyli w badaniach przesiewowych, dają zmniejszenie umieralności i obniżają koszty zwalczania nowotworów.

Obliczyliśmy również na podstawie istniejących trendów – ja przepraszam, wiem, że takich tabel się nie prezentuje, ale chcę się państwu pochwalić, że udało nam się to określić – jaka będzie prawdopodobnie sytuacja w 2010 r. Tak jak powiedział pan profesor Zatoński, mamy obecnie sto dwadzieścia tysięcy zachorowań rocznie i ponad osiemdziesiąt tysięcy zgonów. Jeśli się nic nie zdarzy, to w 2010 r. będzie ponad sto sześćdziesiąt tysięcy zachorowań i około stu tysięcy zgonów. Co możemy zrobić? To dotyczy już w ogóle programu zwalczania nowotworów.

Jeśli można, pokażę następną ilustrację, bo jest to prezentacja i chcę pokazać, że te dane mamy dla wszystkich nowotworów i dla poszczególnych umiejscowień. Wiemy, że na zachorowania mamy niewielki wpływ. Średni okres latencji, czyli okres rozwoju nowotworów litych, których jest znaczna większość, to jest dwadzieścia lat, a pozostałych – sześć lat. Ale tych pozostałych, tak zwanych układowych, jest mało. Mamy niewielki wpływ na zmianę zachorowalności, możemy jednak niezmiernie wpłynąć w dwóch kategoriach. Przede wszystkim dotyczy to zmiany umieralności, która dość szybko następuje – wbrew temu zresztą, co nam się wydawało, a wydawało nam się, że ta zmiana umieralności następuje stosunkowo późno po rozpoczęciu działań interwencyjnych. Otóż, okazuje się, że już prawie następnego roku można zauważyć korzystne zmiany i mamy szansę na zmianę trendu umieralności – o tym zresztą mówił profesor Zatoński. Jaka ta szansa jest? Szansa ta istnieje i dotyczy głównie nowotworów, które właśnie są przedmiotem wczesnego wykrywania, w przypadku których skuteczne wykrywanie jest możliwe. W obecnych zaleceniach Unii Europejskiej dwa nowotwory są kwalifikowane jako nowotwory, przy których można organizować tak zwane skryningi, badania przesiewowe populacyjne, czyli oparte na populacji w danym mieście czy danej gminie, i zapraszanie aktywne. Takie działania mogą spowodować zmniejszenie umieralności na raka szyjki macicy o 80% – to jest ogromna liczba, również pan profesor Zatoński demonstrował to poprzednio – i o około 40% w przypadku raka piersi – mniejszy odsetek, ale razem, gdyby udało się wprowadzić na skalę populacyjną te skryningi, które nie są tak kosztowne, jak by nam się wydawało, to w ciągu kilku lat, mniej niż dziesięciu, do 2010 r. można by zmniejszyć umieralność, liczbę zgonów w tej grupie kobiet, które zachorują na te dwa nowotwory, o około trzy tysiące rocznie. Nie mówiąc o tym, że byłoby to z korzyścią dla kobiet, u których wcześniej wykryto nowotwór, ponieważ nie ma wówczas skutków ubocznych – ten tak zwany wskaźnik *quality of life*, wskaźnik dotyczący jakości życia kobiet, osób, które mają leczone nowotwory wczesne, wynosi jeden, co oznacza, że nie zmienia się jakość życia, to znaczy życie danej osoby po leczeniu raka wczesnego ma taką jakość, jakby ta osoba w ogóle nie miała nowotworu.

To wszystko przeanalizowaliśmy i zbadaliśmy, dlaczego jest tak źle. Dwa razy były badania ogólnopolskie – wybrałem tylko te ważniejsze informacje, które świadczą o tym, jaki jest stan społeczeństwa, jeśli chodzi o zwalczanie nowotworów – i zadaliśmy pytanie: kiedy ostatnio miała pani wykonane badanie cytologiczne? Proszę pań-

stwa, prawie 30% kobiet pytanych przez CBOS odpowiedziało, że nigdy nie miało badania cytologicznego. To jest dramat, który powoduje, że jesteśmy na pierwszym miejscu w Europie pod względem umieralności na raka szyjki macicy. Jest taka bardzo nie-dobra sytuacja, mimo że są stosunkowo duże nakłady na badania cytologiczne – w najlepszym okresie wykonywano rocznie może nawet ponad trzy miliony badań cytologicznych. Na badania przesiewowe, które objęłyby grupę kobiet w wieku od trzydziestu do sześćdziesięciu lat – a sprawdziliśmy, że to jest skuteczne – potrzeba milion osiemset badań rocznie. Kiedy pomnożymy to przez trzydzieści, wychodzi około 54 milionów zł rocznie. Ale korzyści byłyby ogromne. Oczywiście nie możemy tego zrobić od jutra, bo potrzebna jest zmiana – nawet nie tworzenie – ale właśnie zmiana infrastruktury. To też ocenialiśmy. Mamy więc dramatyczne informacje, że wiedza i postawy zdrowotne społeczeństwa są niewystarczające. Oczywiście informacja dla nas wszystkich jest taka, że potrzebna jest interwencja, pewna kampania, która uświadamiałaby, jak zapobiegać nowotworom i wcześniej je wykrywać, oraz która zmieniałaby postawy zdrowotne.

Proszę państwa, w Warszawie są kobiety wykształcone, nawet pracujące w szpitalach, które nigdy nie miały mammografii, mimo że mają pięćdziesiąt parę lat. To się zdarza i to w poważnych szpitalach. To samo jest z cytologią. Proszę państwa, ja bym proponował tylko spojrzeć na te dane. Mówią one, że 4% kobiet, które miały cytologię, było zaproszonych do badania przesiewowego. Oznacza to, że ten system, który jest najbardziej efektywny i daje 80% obniżenia umieralności, nie jest w Polsce wdrożony.

Sprawa badania piersi przez lekarzy. Mimo że od lat osiemdziesiątych istnieją dokumenty wydane przez ministra zdrowia nakazujące badanie piersi przez lekarza w różnych okolicznościach, zwłaszcza lekarza pierwszego kontaktu, ale i w szpitalach, to badanie piersi nadal nie jest częste. Nigdy nie miała badanych piersi jedna trzecia kobiet. To jest następny dramat, bo to nie kosztuje, to należy do rutynowego badania lekarskiego. Ale jest troszkę optymistyczne to, że liczba, odsetek samokontroli piersi jest troszkę większy. To jest podsumowanie, wynik zadania nr 3 Narodowego Programu Zdrowia. Samobadanie piersi prowadzi co czwarta kobieta. Regularne samobadanie jeszcze mniej kobiet, ale to już jest jakoś optymistyczne, że co czwarta kobieta to robi. Badana przez lekarza jest z kolei co trzecia kobieta. Mammografia w grupie skryningowej kobiet od pięćdziesiątego do sześćdziesiątego dziewiątego roku życia wynosi 35%, a cytologia – 20%. Jeśli więc weźmiemy pod uwagę tylko te kobiety, które powinny mieć badanie, to co piąta kobieta jest zapraszana do skryningu. I jest następna pozytywna informacja: kiedyś było jeszcze gorzej, to znaczy kilka procent kobiet badało sobie piersi, ale dzięki różnym kampaniom, różnym działaniom ta samokontrola piersi jest coraz częstsza. Tu widzimy na przykład, ile kobiet było badanych w ciągu ostatnich trzech lat. Jak wspomniałem, badania cytologiczne są zalecane w grupie wiekowej od trzydziestego do pięćdziesiątego dziewiątego roku życia raz na trzy lata. Te badania dają efekt taki, jak na Ursynowie, o czym wspomniałem. I znów ten odsetek jest poniżej 50%. A więc nadal bardzo mało, za mało kobiet jest badanych nawet raz na trzy lata.

Proszę państwa, zobaczyliśmy, jak wyglądają stadia zaawansowania, a to jest stadium miejscowe, loko-regionalne, uogólnione. Proszę państwa, stadium pierwsze, oprócz przypadku raka skóry, jest nadal dość rzadkie. Dominują stadia w zaawansowaniu loko-regionalnym, no i niestety, w niektórych przypadkach, proszę zwrócić uwagę, jest powód do interwencji. Tak jest w przypadku raka jelita grubego i raka gruczołu

krokowego. Dominują stadia zaawansowania trzeciego, czyli uogólnienia choroby. Co to oznacza? Jest to ogromny problem, który można zmienić i który rzutuje na to, że nasz kraj wypada bardzo źle pod względem wyników – ja to za chwileczkę pokażę – na przykład jeśli chodzi o przeżycia pięcioletnie.

Mamy taki program „Euro Care”, w którym porównaliśmy nasz kraj do pozostałej części Europy pod względem wyleczalności nowotworów. Ja może to skwituje tylko jednym: we wszystkich nowotworach, które były przedmiotem badania – a było ich kilkanaście – wypadamy źle. Dwa kraje współzawodniczą z nami o ostatnie miejsce – Estonia i Słowacja, być może byłoby lepiej, gdyby Rosja czy Ukraina uczestniczyły, ale nie uczestniczyły. Tak że jesteśmy w bardzo niekorzystnej sytuacji w porównaniu z kilkunastoma krajami, zawsze jesteśmy gdzieś tam na dole albo nieco wyżej, ale zawsze są to złe wyniki. Porównaliśmy również te wyniki z wynikami Stanów Zjednoczonych i te różnice – to są zresztą dane dla Warszawy, które są trochę lepsze niż dla całej Polski – są nadal ogromne. Czyli tu jest ta przestrzeń, którą można by w jakiś sposób wypełnić.

Mówiłem, że wykrycie raka o jeden stopień wcześniej daje do 25% więcej szans na wyleczenie. Zwracam uwagę na to, że oczywiście nie można rezygnować z kosztownej aparatury czy z kosztownych leków, ale trzeba pamiętać, że jeśli nie rozwiniemy tej części działań, to będziemy musieli kupować właśnie coraz więcej leków i aparatury.

Kończąc, chciałbym poinformować, że już w 2000 r. zdarzyły się dwie dobre rzeczy: udało nam się stworzyć program modelowego skryningu raka piersi i raka szyjki macicy. Program miał na celu stworzenie po sześć ośrodków modelowych – sześć dla skryningu raka szyjki macicy i sześć dla skryningu raka piersi. Nazwano je ośrodkami modelowymi, bo spełniały wszystkie warunki światowe, nie tylko europejskie. Konsultantami byli dwaj Amerykanie, którzy narzucali bardzo ostre kryteria. I udało nam się stwierdzić to, co prawie wiedzieliśmy, ale teraz już mamy dane statystyczne. Zbadaliśmy dziewięćdziesiąt tysięcy kobiet i nieprawidłowe wyniki są tylko w 5%, ale tylko u 0,5% kobiet stwierdzono raka. Dlaczego te wyniki są bardzo istotne? Dlatego, że okazało się, po pierwsze, że można wykryć raka, a za chwilę pokażę, że również wczesnego raka, a po drugie, że jeśli zachowamy odpowiednie standardy jakościowe, to na tysiąc kobiet dziewięćset dziewięćdziesiąt pięć kobiet, które są zdrowe, będą miały pewność, że nie mają nowotworu. Czyli w mammografii skryningowej, w cytologii skryningowej szalenie ważna jest jakość. I to nam się udało udowodnić – ta jakość jest bardzo istotna. Tu również udało nam się osiągnąć to, co w wielu krajach podawano jako sukces – wśród wykrytych raków, w ramach tych skryningów, ponad 75% było raków wczesnych, a więc wyleczalnych w 100%, jeśli to były raki przedinwazyjne, albo w dużym stopniu, w powyżej 90% przypadków.

Ten program udało się zakończyć stworzeniem nowego – chcemy to tak nazwać – polskiego modelu wykrywania nowotworów piersi i raka szyjki macicy. Ja tylko podam trzy cechy tego modelu. Po pierwsze, muszą być zachowane standardy jakości – to jest niezwykle ważne. Po drugie, należy przybliżyć miejsce wykonywania badania do miejsca zamieszkania kobiety – to też jest możliwe. I po trzecie, należy tworzyć duże pracownie cytologiczne i dobre pracownie mammograficzne, które mają dużą moc, że tak powiem, przerobową, to znaczy wykonują co najmniej dwadzieścia tysięcy badań rocznie. Wówczas można zapewnić standardy, obniżyć koszty i zwiększyć liczbę badań. Takim dobrym przykładem, jeśli chodzi o cytologię, był zespół profesora Domagały w Szczecinie. Okazało się, że stosunkowo mała pracownia może wykonać

sto trzydzieści tysięcy badań cytologicznych rocznie. To była rewelacja. Bo wydawało nam się, że „moc przerobowa” takiej pracowni, która zatrudnia kilkanaście osób, jest dziesięć tysięcy, dwadzieścia tysięcy. Jak widać, można zwiększyć liczbę badań przez automatyzację, sprawną organizację i przy zachowaniu jakości.

Kończąc, chcę zwrócić uwagę na to, że w programie Banku Światowego zapisano, w imieniu rządu podpisał się minister zdrowia, że powstaje narodowy program skryningu raka piersi i raka szyjki macicy – może niezbyt szczęśliwie go nazwano, lepiej by było nazwać go krajowym, ale tak to zapisano, taka była sugestia konsultantów Banku Światowego – który podzielono na trzy etapy. Pierwszy etap, 2000–2002 r., został zakończony stworzeniem tych dwunastu modelowych pracowni mammograficznych i cytologicznych; w drugim etapie, do 2005 r., zakłada się, że powstanie przynajmniej szesnaście takich pracowni, czyli jedna w każdym województwie, i w trzecim, że około 2010 r. – mam nadzieję, że wcześniej – będzie ich co najmniej pięćdziesiąt, co wynika z poprzedniej struktury administracyjnej, w której było czterdzieści dziewięć województw, taka jest infrastruktura. Gdyby udało się wprowadzić ten program, to cztery tysiące kobiet rocznie, czyli dwanaście kobiet dziennie nie traciłoby życia. To jest korzyść, jaką możemy osiągnąć. Przypomnę jeszcze cenę, jaką trzeba zapłacić, cenę w złotych: 54 miliony zł dla cytologii i około 90 milionów zł dla mammografii, ale oczywiście to w skali do 2010 r., kiedy powstanie infrastruktura. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Nie wiem, czy pan minister coś na koniec chciałby dodać do tej pierwszej części?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jan Kopczyk:**

Panie Przewodniczący, myślę, że panowie profesorowie tak wszechstronnie omówili całe zagadnienie, wychodząc zresztą nieco poza sztywne granice 2000 r. i przedstawiając szerokie tło, że tu już nie będę chciał nic dodawać; jest to znacznie więcej, niż zawarliśmy w sprawozdaniu. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo.

Myślę, że będą jeszcze głosy w dyskusji. Ale tak, jak ustaliliśmy – na początku trzy punkty, a później dyskusja.

Drugi punkt: informacja o działalności Polskiej Unii Onkologii i omówienie założeń Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Może poprosiłbym pana profesora Nowackiego i później pana prezesa Medera.

Proszę bardzo, zapraszam.

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

Jeśli można prosić o odwrócenie kolejności, to proponowałbym, żeby pan Meder jako pierwszy przedstawił państwu Polską Unię Onkologii.

*(Przewodniczący Marek Balicki: Oczywiście, proszę bardzo.)*

Ja wytłumaczę się z tego. Cały narodowy program w obecnej wersji został zmodyfikowany po napłynięciu do Polskiej Unii Onkologii różnych dezyderatów i uwag, więc jeśli państwo pozwolą...

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Proszę bardzo.

Też na stojąco, Panie Dyrektorze? Nie ma obowiązku stania, ale jeśli tak panu wygodniej, to bardzo proszę.

**Prezes Polskiej Unii Onkologii  
Janusz Meder:**

Tak będę się lepiej czuł, a poza tym uczono mnie, że należy zachować szacunek dla władz.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Panie i Panowie Senatorowie!

Jest mi tym łatwiej mówić i z większym zaangażowaniem mogę to państwu przedstawić, że na tej sali spora grupa, jeżeli nie większość, to członkowie Polskiej Unii Onkologii. Te sprawy, jak również działalność Polskiej Unii Onkologii, znane są powszechnie. Chcę powiedzieć, że pan przewodniczący, pan doktor Balicki, jest właściwie jednym z członków założycieli Polskiej Unii Onkologii, i za to, że pan od początku zaangażował się w nasze działania, dostrzegając wagę problemu, dziękuję.

Dziękuję za udzielenie mi głosu. Przemawiając tutaj do państwa, mam legitymację, występuję w imieniu nie tylko zarządu głównego Polskiej Unii Onkologii, nie tylko szerokiego grona lekarzy onkologów, hematologów, którzy zrzeszeni są w Polskiej Unii Onkologii, ale również tych wszystkich członków Polskiej Unii Onkologii, którzy reprezentują różne zawody, różne środowiska. W podtytule użyliśmy zresztą takiego sformułowania „stowarzyszenie ponad wszelkimi podziałami”. Naszym głównym celem jest bowiem występowanie w imieniu wszystkich chorych i cierpiących, którzy – nie ukrywamy tego – znaleźli się w trudnej sytuacji ze względu na załamanie się programów onkologicznych w Polsce. A ponieważ jestem uczniem profesora Tadeusza Koszarowskiego, nestora polskiej onkologii, który niejednokrotnie wbrew wszystkim i wszystkiemu z żelazną konsekwencją realizował kolejne etapy kolejnych programów onkologicznych, którymi mogliśmy się szczycić na arenie europejskiej i światowej, to myślę, że moim moralnym obowiązkiem jest kontynuowanie razem z kolegami tej wytyczonej linii. I sądzę, że jesteśmy w stanie wspólnymi siłami zrealizować postulaty programu i spowodować, że Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych znajdzie właściwe miejsce. Bo ciąży na nas wszystkich odpowiedzialność, nie tylko na decydentach, ale również na tych wszystkich, którzy mogą

przyczynić się do ustawy sejmowej, która zagwarantuje realizację tego programu przez najbliższe co najmniej dziesięć, dwadzieścia lat, bo tylko w takim okresie można coś zdziałać, niezależnie od kolejnych ekip rządzących, kolejnych ekip w parlamencie. Tylko ustawa sejmowa może zagwarantować właściwą realizację tego programu.

Proszę państwa, chcę powiedzieć bardzo krótko, że nasza działalność rozpoczęła się w 1999 r. od powstania grupy założycielskiej. Potem wystosowaliśmy list do prezydenta Polski, do Senatu, do Sejmu, do ministra zdrowia, bazując właśnie na tych prognozach, które są jak najbardziej wiarygodne, a o których tu dzisiaj już mówiono.

Proszę państwa, w ciągu najbliższych dwudziestu lat obok chorób kardiologicznych nowotwory będą głównym zabójcą na świecie, jeśli chodzi o choroby w ogóle, bowiem, jak państwo widzicie, rocznych zachorowań jest dwa razy więcej, z dziesięciu milionów wzrosła ta liczba do dwudziestu milionów i odpowiednio również wzrosła liczba zgonów. Podobne prognozy, o czym dzisiaj mówiliśmy, dotyczą Polski. Proszę państwa, w tej chwili w Polsce możemy wyleczyć około 25–30% chorych w porównaniu z 50% w krajach o lepiej zorganizowanej służbie zdrowia, a przede wszystkim w krajach bogatszych. Myślę, że ten narodowy program naprawdę jest w stanie to zmienić, a my jesteśmy w stanie, bazując na dobrze przygotowanej ekipie lekarzy, ludzi przygotowanych merytorycznie do zwalczania chorób nowotworowych, osiągnąć ten cel poprzez Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych i nie mieć gorszych wyników leczenia.

Proszę państwa, cały problem polega na tym, że w Polsce ciągle jeszcze we wczesnej fazie choroby nowotworowej zgłasza się zaledwie 20% chorych, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych i w krajach Europy Zachodniej jest to 80%. Proszę państwa, te liczby są może podminowane napięciem, emocjami, ale oparte są na wiarygodnych danych. Proszę państwa, siedzimy tu już blisko godzinę i w ciągu tego czasu z powodu chorób nowotworowych zachorowało dwanaście osób, a dziewięć zmarło. Myślę, że jest to naprawdę nasz problem, wszystkich Polaków i powinniśmy ten obraz zmienić. Wcale nie musi umierać tak wielu ludzi, czekając w kolejce na zabieg, radioterapię czy chemioterapię.

Proszę państwa, chcę zachęcić państwa do przejrzenia tych paru stron, które przygotowała Polska Unia Onkologii w swoich materiałach, jakie państwo dziś otrzymaliście. To są te główne punkty Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, które służą poprawie sytuacji. Przede wszystkim jako Polska Unia Onkologii chcemy skupić się na nieustającej edukacji całego społeczeństwa, a także na kaskadowym systemie szkoleniowym studentów medycyny, lekarzy, szczególnie lekarzy rodzinnych, pierwszego kontaktu, lekarzy już wyspecjalizowanych, pielęgniarek onkologicznych, czyli tam, gdzie może nastąpić opóźnienie we właściwej diagnostyce i leczeniu.

Oczywiście konieczne jest zapewnienie właściwej jakości leczenia i jakości życia chorych. Również należy baczyć na możliwości finansowania programów onkologicznych. Proszę państwa, leczenie onkologiczne jest bardzo drogie, ale nie może być tańsze, dlatego że te wszystkie metody, które w różnych odcinkach czasowych są stosowane – począwszy od chirurgii, przez radioterapię i chemioterapię – są bardzo drogie. Ale one dają też znakomite wyniki. Niewątpliwie ważne jest racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi, jakie posiadamy, ważne jest, by te pieniądze odpowiednio były pokierowane, właśnie w sposób bardzo racjonalny. Jednocześnie Polska Unia Onkologii będzie dążyła wszelkimi sposobami do tego, żeby po uchwaleniu

ustawy sejmowej, po wdrożeniu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych również dążyć do gromadzenia środków finansowych wspomagających ten program, bowiem nawet najbogatszych krajów świata nie stać na to, by jedynie z pieniędzy budżetowych realizować tak ambitny program.

Proszę państwa, zakończyć chcę tymi słowami: nigdy jeszcze w naszym kraju nie było tak korzystnej sytuacji, jeśli chodzi o możliwości realizacji tego programu, rozpoczęcia jego działalności, nie było tak, żeby takie znakomitości popierały ten program – począwszy od prezydenta Polski i jego małżonki, ludzi, którzy wzięli na swoje barki protektorat generalny nad Polską Unią Onkologii, rozumiejąc wagę problemu, poprzez wicepremiera, ministra finansów pana profesora Belkę, ministra zdrowia i innych jeszcze znakomitych fachowców, znakomite osoby obdarzone powszechnym zaufaniem społecznym. Myślę, że jest moment, w którym rzeczywiście jesteśmy w stanie razem zmienić ten obraz, bardzo widoczny w naszych ambulatoriach i przychodniach, bo widzimy niejednokrotnie, że nie jesteśmy w stanie wyleczyć chorych, ale nie z powodu niewiedzy, nie z powodu naszych możliwości fachowych, ale właśnie z powodu braków finansowych.

Bardzo gorąco apeluję do wszystkich państwa o wspólne podjęcie inicjatywy zmierzającej do tego określonego celu. Bardzo dziękuję za uwagę i możliwość wypowiedzenia się.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu prezesowi i proszę pana profesora Nowackiego o kontynuację.

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

Pani Marszałek! Panie Przewodniczący!

Proszę o pozwolenie na stanie, tak się nauczyłem za belferskiego życia. Czy mnie słyhać? Słabo? Trudno.

Tak jak wspomniałem, ten program powstawał mozolnie, było już parę jego wersji. Pierwsza wersja narodowego programu była proponowana ministrowi Żochowskiemu w 1997 r. i została zaakceptowana przez wiele gremiów, w tym przez Senat Rzeczypospolitej. Nie doszło jednak do jego finansowania. Następne wersje mozolnie były przekazywane ministrowi zdrowia, prezentowane w różnych gremiach. Przez ostatnie cztery lata wiele tu się właściwie nie zdarzyło, sprawy nie ruszyły zbyt do przodu. Niezmiennie to zresztą mówimy. Wynika to z faktów, które już przedstawili pan profesor Zatoński czy pan profesor Wronkowski.

Chciałem państwa zapoznać z głównymi założeniami tego programu. Nie sposób w krótkim czasie omówić wszystkich elementów, możemy mówić tylko o założeniach, a nie o celach operacyjnych, które gdzieś tam tylko będą wspomniane. O tym, że mamy szybki wzrost zachorowań, szybszy niż wzrost populacji, państwo już słyszeli. Mamy, niewykorzystane obecnie, możliwości zapobiegania w skali populacyjnej. O warszawskim Ursynowie wspomniał pan profesor Wronkowski, ja muszę powiedzieć, że wśród tych pań, które podlegały turom skryningu, dziesięć lat badania,

nie stwierdzono ani jednego przypadku raka inwazyjnego. Z tym większą mocą adresujemy te słowa do państwa, bo jesteśmy pewni, że nie oszukujemy społeczeństwa, nie oszukujemy polityków, mamy wymierne fakty. Tak samo możemy powiedzieć, że jest wiele innych pozytywnych doświadczeń, o których moi przedmówcy wspominali. Istnieje możliwość zarówno ograniczenia zachorowań, jak i poprawy wyników leczenia.

Głównymi celami tego programu jest skoncentrowanie się na wszelkich możliwych działaniach mających na celu zahamowanie wzrostu zachorowań zwłaszcza osób w wieku średnim. Pan profesor Zatoński wspominał o tym – zresztą to jest bardzo niepokojące zjawisko, właściwie jest to pewien swoisty negatywny rekord Europy – że mamy dużą tak zwaną nadumieralność mężczyzn i kobiet w wieku średnim, znacznie większą niż w innych krajach europejskich. Wreszcie chodzi nam w założeniach o wprowadzenie standardów wykrywania i wczesnego rozpoznawania. Tu panowie też zwracali na to uwagę, to już było też poruszane, tak bardzo specyficznie wchodziło w kwestię nowotworów. Ja mogę powiedzieć, że najgorzej leczonym nowotworem w Polsce jest nowotwór jelita grubego, tak że osobiście będę zabiegał, jak tylko mogę, wraz z panem profesorem Butrukiem, partnerem, o skryning dotyczący jelita grubego w tej wersji, w jakiej już tu go wykonywaliśmy. Musi nastąpić dalsza poprawa dostępności do skutecznych metod leczenia, zwłaszcza metod leczenia skojarzonego. Nadal to leczenie nie jest dostępne wszystkim chorym, którzy go potrzebują. Następnym celem jest osiągnięcie w czasie dziesięciu lat poprawy wyników odległych. My tutaj bardzo ostrożnie mówimy, ostrożnie porównujemy te dane – a jest tak, jak wspomniano, w Polsce populacyjnie to jest poniżej 30%, w krajach Unii Europejskiej ponad 40%, w Stanach ponad 50%. Bardzo wiele istotnych działań można tutaj przedsięwziąć. Wreszcie bardzo istotną sprawą jest poprawa danych epidemiologicznych na temat stopni zaawansowania, jeśli chodzi o ocenę sytuacji epidemiologicznej, bo wszyscy zarządzający w dziedzinie ochrony zdrowia, planujący jakiegokolwiek działania prozdrowotne, muszą mieć na ten temat wiarygodne informacje. Dobrze, na bieżąco i sprawne zbieranie oraz obsługiwanie danych epidemiologicznych pozwoliłoby na bardzo elastyczne korekty tych wszystkich działań, które państwu proponujemy do rozważenia.

I wreszcie to, o czym musimy mówić, to jest wdrożenie aktualnych zdobyczy wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów. Tu generalnie będzie chodziło nam o nowe metody molekularne i genetyczne, które pozwalają nie tylko na przewidzenie ryzyka zachorowania na konkretny nowotwór, ale proszę zwrócić uwagę na to, że już możemy w dzisiejszych czasach mówić o podstawie do rokowania i o tak zwanej wartości predykcyjnej, czyli umożliwiającej wybranie optymalnego leczenia. W praktyce oznacza to, że chorzy nie będą niepotrzebnie napromieniowywani czy niepotrzebnie leczeni cytostatykami, bo będziemy wiedzieli z badań wstępnych, że na nie nie odpowiedzą.

Także możliwości działań interwencyjnych są rozległe. My wiemy w 40–50% przypadków, jakie są przyczyny zachorowań, pan profesor Zatoński o tym mówił nieco szerzej, ale są jeszcze inne elementy. Wiemy również, że prawdopodobnie gdzieś w granicach 10–20% są to uwarunkowania genetyczne. Równie ważne jest, by to, co jest w takim narodowym programie, było rozumiane, chciane, doceniane przez tych wszystkich, do których jest to adresowane. Dlatego chcielibyśmy widzieć programy mające na celu poprawę wiedzy społeczeństwa, wiedzy lekarza i zwiększenie dostępności zarówno badań przesiewowych, jak i leczenia.



Możemy powiedzieć, że przy dzisiejszym stanie wiedzy możemy wcześniej lub wcześniej rozpoznawać nawet do 70% nowotworów litych. Jest to olbrzymia rezerwa, nieelegancko to brzmi, ale za tym się kryją życia ludzkie. To jest kwestia liczby wyleczonych przypadków i tu całkowicie podzielam pogląd profesora Wronkowskiego – o jeden stopień wcześniejsze rozpoznanie oznacza dla każdego chorego wyraźną, wymierną poprawę wyników.

I wreszcie nie można zapominać o leczeniu paliatywnym, które jeszcze przez długi czas będzie w Polsce bardzo istotnym problemem do rozwiązania na większą skalę.

W działaniach interwencyjnych musimy zwrócić uwagę na skrócenie czasu oczekiwania zwłaszcza na radioterapię i to zarówno jako metody samodzielnego leczenia, jak i metody leczenia skojarzonego. Musimy przywiązywać dużą wagę do poprawy rozmieszczenia ośrodków i kadry, bo nadal mamy białe plamy. Tu na tej sali kilka lat temu mówiliśmy między innymi o tym, dwa lata temu dokładnie mówiliśmy o tym, jaką białą plamą jest Olsztyn, w którym do tej pory nie ma radioterapii. Dopiero teraz zostały poczynione wszystkie starania i ten ośrodek wreszcie będzie odpowiednio wyposażony dzięki decyzjom ministra zdrowia.

Jest i kwestia wdrożenia nowych technologii medycznych – i znowu tutaj należałoby się koncentrować na czymś, co najszybciej przynosi efekty widoczne w praktyce.

Proponowalibyśmy cztery główne programy, które zawierałyby wszystkie te najważniejsze cele: program badawczo-rozwojowy, program szkolenia, program interwencyjny i program poprawy dostępności. Jeżeli chodzi o program badawczo-rozwojowy, to chciałbym zwrócić uwagę szanownych państwa na to, że główna baza do leczenia i rozpoznawania nowotworów powstawała w latach 1976–1990 w ramach dwóch programów, czy właściwie jednego programu rządowego, który był kontynuowany, mianowicie programu PR-6 i CPBR 11.5. Konieczne jest jednak skoordynowanie prac, bo te prace muszą być wielośrodkowe i zaangażowane w nie są liczne dyscypliny, nierzadko zupełnie pozamedyczne. Tak że to jest ta bolączka, którą dostrzegamy. Bardzo duże możliwości kryją się przy zwykłych, prostych, racjonalizujących, organizacyjnych działaniach. Oczywiście, konieczna jest modernizacja infrastruktury – myślę, że dla każdego tu obecnego jest oczywiste, że dziś kupiony komputer jutro już jest przestarzały. Ale nie chodzi tutaj o nowinki, tylko o rzeczywistość, przyzwoitą infrastrukturę w ośrodkach regionalnych. Jeżeli chodzi o ten program badawczo-rozwojowy, tu wyłącznie widzielibyśmy cele o charakterze aplikacyjnym. Ważnym elementem tego programu jest możliwość głębszego poznania czynników żywieniowych i środowiskowych. Myślę, że jest to wielki społeczny problem. I to nie tylko onkolodzy o tym mówią, bo tak samo ta kwestia dotyczy ludzi zajmujących się chorobami serca. Jest to program ogólnej zdrowotności społeczeństwa.

Bardzo ważna jest kwestia oceny częstości uwarunkowań dziedzicznych. Ten problem jest dosyć złożony, ponieważ, jak wiadomo, przez Polskę przechodziły wichury dziejów, najróżniejsze wędrówki ludów, rozliczne wojny, mieszanie się obyczajowości, narodowości, zwyczajów żywieniowych. W związku z tym w naszym przekonaniu, nie możemy poprzestać na danych literaturowych pochodzących z bardzo specyficznych populacji, na przykład ze Stanów Zjednoczonych. Potrzebne są nasze własne badania.

Wreszcie musimy doprowadzić – parokrotnie była już o tym mowa, także na tej sali przed laty – do stworzenia systemu zapewnienia jakości badań diagnostycznych. Wielokrotnie już mówiliśmy, odbywały się wspólne posiedzenia zarówno parlamenta-

rzystów, jak i organizacji pozarządowych, że do tej pory nie mamy przyzwoitego standardu jakości badań mammograficznych w Polsce. Wszystko jest do tego gotowe. Istotnym sposobem wymuszenia tej jakości, wydaje się, mógłby być program badawczo-rozwojowy, jeden z celów operacyjnych tego programu. Widzimy potrzebę organizacji krajowego ośrodka badań klinicznych czy przedklinicznych, będziemy mogli wówczas szybciej wdrażać własne, krajowe technologie leczenia, a takie możliwości istnieją. Dotyczy to zarówno immunoterapii, jak i środków antyangiogennych czy komórek macierzystych. No i wreszcie rozwój i wdrożenie metod molekularnych w badaniach nad defektami i zaburzeniami ekspresji genów – to ważna sprawa. I też musimy mieć tutaj wkład polski, własny, wyniki na większą skalę.

Konieczna jest modernizacja nauczania przeddyplomowego zgodnie z wymogami zarówno Unii Europejskiej, jak i rozlicznych towarzystw naukowych. Uważamy, że powinniśmy dążyć do egzaminów państwowych z onkologii, ponieważ większość ocen jakości wiedzy z zakresu onkologii wykonywanych przez lekarzy różnych specjalności jest dalece niezadowalająca. Uważamy, że powinien istnieć również jednolity program szkolenia lekarzy rodzinnych. Bez lekarzy rodzinnych, bez lekarzy innych podstawowych specjalności żadne, najbardziej wyrafinowane aparaty czy najbardziej wykwalifikowani fachowcy nie dadzą rady rozwiązywać takich problemów. Jest to nadzwyczaj ważne ogniwo. I proszę zrozumieć, ja tutaj nie wrzucam kamyczka do niczyjego ogródka, ja tylko mówię, że bardzo wiele można zrobić i jest wola współpracy ze strony tych środowisk. Trzeba jednak nakładów, by te programy były rzeczywiście do końca doprowadzone, i legislacji dotyczącej tego szkolenia. Konieczne jest też kontynuowanie szkolenia specjalistów onkologów tych wszystkich głównych specjalności, no i, co bardzo ważne, wdrożenie programów szkolenia średniego personelu onkologicznego, pediatrycznego, hematoonkologicznego i endoskopowego – tu już zrobiliśmy dużo. Chciałem państwa poinformować, że pierwsze sześć pielęgniarek ukończyło kurs endoskopowy i są znakomite. Oczywiście nie wykonują żadnych inwazyjnych zabiegów, tylko diagnostyczne, ale robią to bardzo dobrze i kto wie, czy nie lepiej niż niektórzy mężczyźni.

Jest też kwestia stałej analizy z jednej i drugiej strony oddziaływania, żeby jednak upowszechnić wiedzę o możliwościach zapobiegania i wczesnego rozpoznawania, czyli krótko mówiąc, chodzi o to, żebyśmy chcieli być zdrowi, żeby populacja polska, Polacy chcieli być zdrowi. W programach interwencyjnych możemy mówić o możliwościach ograniczenia wzrostu zachorowań, to widać już z tych danych. Pan profesor Zatoński mówi nieśmiało, z typową skromnością uczonego, że trudno już dziś przesądzać, czy to będzie stały trend, ale wygląda na to, że tak będzie. Tak że to jest dla wszystkich bardzo ważne – ukształtowanie nawyków prozdrowotnych, kwestia zdrowia społeczeństwa.

No i wreszcie, tak jak wspomiano, koniecznie powinno się upowszechnić badania cytologiczne skierowane na wykrywanie patologii szyjki macicy. To jest bardzo ważny problem logistyczny. Jesteśmy do tego gotowi, brakuje tylko środków. Pozostaje też kwestia mammografii i już poruszana kwestia badań kolonoskopowych. Ja mogę powiedzieć, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, że dzięki finansowaniu tego programu przez ministra zdrowia i częściowo przez Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych wyniki są bardzo interesujące, i chciałbym bardzo mocno państwa zachęcić do popierania tego programu. Jak powiedziałem, możemy zapobiec wystąpieniu nowotworów

dzięki polipektomii endoskopowej, która jest robiona w warunkach ambulatoryjnych. Oznacza to praktycznie kilka do kilkunastu godzin spędzonych w szpitalu. Czy może być lepszy model? Chyba nie. I tutaj, proszę państwa, z całą dumą chciałem podkreślić, że jako drudzy na większą skalę, po Stanach Zjednoczonych, rozpoczęliśmy ten program. Badaliśmy już ponad osiem tysięcy osób, kolonoskopia raz na dziesięć lat, komfortowo. Dlaczego to jest możliwe w Polsce? Bo powiedzmy sobie prawdę – ciągle czas pracy lekarza jest bardzo źle opłacany. I dlatego możliwe jest działanie w ramach tych stawek, które są na to badanie do tej pory przeznaczone, ale i tak one muszą być wyższe.

Są jeszcze inne możliwości, wiele można zrobić także dla mężczyzn. Jest kwestia upowszechnienia, ułatwienia dostępności takich badań jak badanie specyficznego antygenu raka prostaty. Konieczna jest modernizacja radioterapii i dostępności, jakości leczenia. Najogólniej można powiedzieć tak: nadal te kolejki są zbyt długie, w związku z czym radioterapia jest według różnych ocen niedostępna nawet i połowie chorych, którzy wymagaliby tej metody. To jest jeden aspekt sprawy. Drugi: nie wszyscy lekarze mają świadomość tego, że w leczeniu skojarzonym radioterapia odgrywa tak wielką rolę. Po prostu jeszcze jest dużo do zrobienia.

Zależałoby nam również na upowszechnieniu metod rehabilitacji, której wymaga co najmniej połowa chorych onkologicznie, szeroko rozumianej rehabilitacji, ale w tym i czysto fizycznej.

Możliwe jest wdrożenie nowych metod leczenia objawowego i zwalczania bólu. Jest to problem nawet prawie połowy wszystkich chorych na nowotwory w różnym czasie rozwoju choroby. Tym bardziej, jak państwo słyszeli, że odsetek chorych o wysokim stopniu zaawansowania choroby trafiających do leczenia jest zdumiewająco wysoki. Na przykład w klinice, którą prowadzę, 52% chorych zgłaszających się do leczenia to ludzie już z uogólnioną chorobą nowotworową. To jest dramatyczny wynik. Ale jest to placówka o wyższym stopniu referencyjności i może dlatego, bo w sumie do tego jest powołana.

Konieczne jest monitorowanie skuteczności wszelkich działań interwencyjnych, także potrzebna jest dalsza modernizacja systemu rejestracji zachorowań, zgonów, informacji o stopniach zaawansowania z powodów, o których już wspomniałem, typu planowanie, modyfikowanie działań. Konieczny jest rozwój systemu informatycznego, zwłaszcza w centrum onkologii, gdzie już zaistniał dużym nakładem środków. Chodzi tutaj o jak najsprawniejsze dostarczanie sprawozdań z ośrodków terenowych dla uzyskania wiarygodnych danych. Ostatnie dane mamy za 1999 r., a obecnie jest rok 2002.

Bardzo by nam zależało na tym – i tutaj oczekujemy na światłą pomoc ze strony państwa – aby program wspierał przedsięwzięcia regionalne zmierzające do poprawy organizacyjnej współpracy zarówno z akademiami medycznymi, jak i towarzystwami naukowymi czy nadzorem specjalistycznym. Uważamy, że bardzo ważną, istotną rzeczą jest niezrywanie tych więzi i udział władz terenowych, samorządowych w takich przedsięwzięciach.

Chciałbym jeszcze krótko powiedzieć o dotychczasowych programach, jeśli pan przewodniczący i pan minister pozwolą, przy okazji mówienia o jubileuszu – jeszcze o tym wspomnę. Ale chciałbym powiedzieć teraz, że w ramach dotychczasowych programów, a więc PR-6 i CPBR 11.5, do 1990 r. polska sieć onkologiczna miała cztery tysiące łóżek. Dzięki kontynuacji przedsięwzięć budowlanych, inwestycyjnych, obecnie mamy około sześciu tysięcy łóżek, co wypełnia zalecenie Światowej Organizacji

Zdrowia dla krajów rozwijających się. Tak że jeżeli ktoś by pytał, ile jest potrzebnych łóżek, to ja bym odpowiedział, że bardziej potrzeba łóżek hotelowych, łóżek do obsługi pacjentów wymagających krótkotrwałych pobytów, zwłaszcza jednodniowych. Tych tak zwanych uzbrojonych chyba tak dużo nam nie będzie potrzebnych.

Informuję państwa, że od wystąpienia przed komisją sejmową, komisją zdrowia, przybyło nam jeszcze trochę specjalistów. Stan kadry jest już znaczący, bo jest to ponad tysiąc osób. To są chirurdzy onkolodzy, to są radioterapeuci i onkolodzy kliniczni do niedawna nazywani chemioterapeutami. Również dzięki decyzjom ministra zdrowia w latach 1996–1997, czyli ministra Żochowskiego, dokonano ogromnego postępu, jeśli chodzi o wyposażenie w sprzęt do radioterapii, to był skok na skalę niebywałą w żadnym kraju, europejskim czy pozaeuropejskim, wielki wysiłek, ale dzięki temu pracuje około sześćdziesięciu urządzeń do megawoltażu. Potrzeby, najskromniej oceniając – są tutaj ze mną przecież radioterapeuci, mogą ten temat rozwinąć – to co najmniej sto urządzeń. Te problemy dotyczą nie tylko centrum onkologii, więc proszę, żebym nie był tutaj rozumiany tylko jako dyrektor centrum, ale także jako przedstawiciel Polskiej Unii Onkologii i jej środowiska. Konieczne jest uzupełnienie, zakup sprzętu i materiałów eksploatacyjnych. To zwłaszcza może być kwestia dozymetrii, na przykład aparatów mammograficznych i wielu innych spraw. Musi wystarczyć środków zarówno na wdrażanie nowych technologii, jak i na modernizację bazy łóżkowo-szpitalnej.

Mówimy tu o perspektywie dziesięciu lat jako o takim skromnym horyzoncie czasowym. Takie programy powinny być w zasadzie dłuższe. Oczekujemy państwa światłych rad, uwag, bo krytyczną sprawą może być zarówno zarządzanie, jak i finansowanie programu. Sugerujemy, żeby to były środki publiczne na ochronę zdrowia, budżet państwa, fundusz ochrony zdrowia, jednakże z użyciem wszelkich możliwych innych środków, jak środki pozabudżetowe, organizacji pozarządowych, władz samorządowych czy inicjatyw lokalnych. Uważamy, że zarządzać tym programem powinni merytoryczni przedstawiciele, specjaliści onkolodzy, jak również specjaliści od zdrowia publicznego, ekonomiści, finansiści, osoby zaufania publicznego, do których oczywiście zaliczamy przedstawicieli parlamentu. Powinno się dokonywać corocznych analiz i korekt merytorycznych wynikających zarówno z sytuacji ekonomicznej, jak i potrzeby modyfikowania zakresu interwencji. Dobór wykonawców powinien się odbywać na zasadzie konkursu ofert, praktycznie to było już tak organizowane podczas poprzednich programów. Chcielibyśmy corocznie sprawozdawać, również przed parlamentem.

Panie Przewodniczący, dziękuję bardzo. Ja przeciągnąłem swoją wypowiedź o minutę, ale proszę mi wybaczyć.

*(Przewodniczący Marek Balicki: Dziękuję bardzo panu profesorowi...)*

Czy mogę kontynuować ten wątek?

*(Przewodniczący Marek Balicki: Tak.)*

Chcielibyśmy państwu pokazać, jak nam daleko do Europy, co byłoby może jakimś podsumowaniem tego całego zastanawiania się, czy potrzebny jest narodowy program, czy nie. Chciałem więc poprosić pana doktora Pawła Goryńskiego z Zakładu Statystyki Medycznej PZH, a także z Biura Monitoringu Narodowego Programu Zdrowia.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Proszę bardzo, Panie Doktorze.

Jeszcze sekundę. Po wystąpieniu pana doktora Goryńskiego poprosimy o krótką wypowiedź pana profesora Nowackiego na temat trzeciego punktu, tego siedemdziesięciolecia, i przystąpimy do dyskusji, uwag, pytań, formułowania wniosków.

Proszę bardzo.

**Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej  
w Państwowym Zakładzie Higieny  
Paweł Goryński:**

Pani Marszałek! Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Ja chciałem powiedzieć kilka słów o tym, jak daleko nam do Europy, jeśli chodzi o te podstawowe wskaźniki określające sytuację zdrowotną ludności. A my właśnie w Państwowym Zakładzie Higieny – tutaj nasz stary budynek, już niewidoczny z ulicy Puławskiej – mamy biuro monitorowania oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia, w którym śledzimy sytuację zdrowotną ludności. Między innymi ostatnio, jako że sprawa przyłączenia nas czy włączenia się do Unii Europejskiej jest bardzo istotna, ocenialiśmy przy pomocy Światowej Organizacji Zdrowia i Komisji Europejskiej sytuację zdrowotną ludności Polski na tle krajów kandydujących. Tu przedstawione są wszystkie kraje kandydujące, nie wymieniony został tylko Cypr. Staraliśmy się ocenić, jak wygląda nasza sytuacja zdrowotna w porównaniu z tymi właśnie krajami i w porównaniu z Unią, która na tej ilustracji zaznaczona jest niebieską linią. Tu przedstawione zostało przykładowo przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn. Jak daleko znajdujemy się od Unii, to widać wyraźnie – na tej ilustracji zaprezentowane jest przeciętne dalsze trwanie życia Polaków od lat siedemdziesiątych. W ostatnich latach, od roku 1991, jest widoczna poprawa, ale w dalszym ciągu jest znaczny dystans, o którym będę jeszcze mówił, w stosunku do Unii Europejskiej, bo tu jest średnia dla całej unijnej piętnastki. No, ale widzimy też, co się dzieło w tych innych krajach kandydujących, które wymieniłem. Następowoło jeszcze pogorszenie przeciętnego dalszego trwania życia w krajach byłego Związku Radzieckiego, podczas gdy u nas jest wyraźna poprawa. Podsumowując to opracowanie – zresztą będzie ono dostępne, jest w tej chwili w druku – trzeba powiedzieć, że jesteśmy na drugim miejscu po Słowenii i po Czechach. Czyli nasza pozycja jest trzecia w stosunku do pozostałych krajów kandydujących. Ale jeżeli bardziej dokładnie spojrzymy na to, co się dzieje w Unii, przykładowo na Danię, jeden z lepiej rozwiniętych ekonomicznie krajów, na przeciętne dalsze trwanie życia, tutaj akurat kobiet, to widać pewien dystans. Ta poprawa jest widoczna od roku 1991, ale jeszcze jesteśmy w nieco gorszej sytuacji. Wydawałoby się, że Dania jest w takiej dobrej sytuacji, ale przez wiele lat przeciętne dalsze trwanie życia w tym kraju było dosyć stabilne i nie poprawiało się, co było przedmiotem troski i niepokoju rządu duńskiego, o czym zresztą będę mówił później. A my w międzyczasie, od 1991 r., wydłużyliśmy życie kobiety przeciętnie o 2,7 roku, podczas gdy mężczyzn prawie o cztery lata. Ale jeżeli włączymy tutaj jeszcze inne kraje, to zobaczymy, że sytuacja, która dla nas wydawałaby się bardzo korzystna, po roku 1991 wygląda nieco inaczej. Spójrzmy na przykład na taką Portugalie, której tempo

przyspieszenia po przystąpieniu do Unii było znaczne i wyprzedziła jeszcze Danię, podczas gdy w latach siedemdziesiątych byliśmy bardzo blisko tego kraju. Coś o tym zdecydowało, jakaś odpowiednia polityka zdrowotna, może sytuacja ekonomiczna, że oni tak szybko i w krótkim czasie prześcignęli Danię. Dla nas jednak krajem kontrolnym są, jak mówił pan profesor Zatoński, Węgry. One też dosyć dużą stagnację przeżywały, jeśli o to chodzi.

Na to przeciętne dalsze trwanie życia składają się choroby układu krążenia, jako drugie nowotwory i umieralność niemowląt. I teraz, jeżeli spojrzymy – chciałem podkreślić udział umieralności z powodu chorób nowotworowych i w ogóle zapadalność na nowotwory w przeciętnym dalszym trwaniu życia – to widzimy te same kraje, na przykład Portugalię – bardzo niski poziom, jeśli chodzi o standaryzowane współczynniki umieralności z powodu nowotworów ogółem. Nasza pozycja jest pośrednia, zaś Węgier bardzo zła, jeszcze gorsza od Danii, która w pewnym okresie zaczęła poprawiać swoją sytuację – zaraz powiem dlaczego.

Jeszcze weźmy nowotwory oskrzeli i płuc u kobiet. W Danii jest to na wysokim poziomie, choć przeciętne dalsze trwanie życia jest lepsze w stosunku do nas, ale jak widzieliśmy, ono jest bardzo stabilne, poziom się nie poprawia. I Węgry, i my... A Portugalia – na najniższym miejscu, jeśli chodzi o nowotwory. I tutaj do ogródka pana profesora Zatońskiego wrzucę jeszcze jeden kamyk – konsumpcja, odsetek palących kobiet w Danii jest najwyższy w Europie, tutaj widzimy wszystkie kraje, które są zarejestrowane w WHO, a Portugalia na najniższym poziomie. Czyli coś w tym jednak jest. Spójrzmy na nowotwory złośliwe piersi. Muszę powiedzieć, że Polska, mimo tej naszej troski, jest na nieco lepszej pozycji niż kraje, które tutaj wymieniliśmy, niski jest poziom umieralności z powodu nowotworów piersi. Jeśli chodzi o nowotwory złośliwe szyjki macicy, to jesteśmy tutaj niestety na przodującej pozycji nawet w stosunku do Danii i Węgier. Czyli sytuacja nie jest dobra.

Niedawno byłem na Węgrzech, tam przygotowano program poprawy sytuacji zdrowotnej, czyli węgierski narodowy program zdrowia 2001, bo tam ta sytuacja jest rzeczywiście tragiczna. Mówiliśmy już, że Węgry są dla nas takim negatywnym przykładem. I między innymi tutaj jest jeden punkt, który pilotuje instytut onkologii na Węgrzech. Na cele związane z nim przeznaczonych jest – tutaj nie będę szczegółowo tego omawiał – 80 milionów forintów. Oczywiście nie jest to może duża suma, ale jest to kraj trzykrotnie mniejszy od naszego. Dania też ze względu na tę stabilną, niekorzystną sytuację stworzyła w roku 1999 swój narodowy program zdrowia i choroby nowotworowe odgrywają w nim znaczną rolę. Takich krajów, które mają swoje narodowe programy, mniejsze lub większe, jest w Europie dziewiętnaście. Analiza tych narodowych programów była wykonana przez TNO – holenderski instytut.

My też mamy swój Narodowy Program Zdrowia, zresztą znowelizowany w 2000 r. Ale żebyśmy tak się nie cieszyli z tej naszej sytuacji, takiej dobrej w stosunku do krajów kandydujących, to powiem, że jeżeli obliczymy tempo przyrostu przeciętnego dalszego trwania życia, to dwanaście lat byśmy musieli czekać, żeby osiągnąć średnią unijną, nawet nie poziom tych najlepszych krajów. Jest troszkę czasu, żebyśmy ten poziom osiągnęli. Dla poszczególnych grup chorób umieralność, nadwyżka, że tak powiem, w stosunku do Unii w procentach wynosi: w przypadku krążenia – 140%, nowotworów złośliwych – 40%, urazów – 120%. To się przekłada na konkretne lata. Możemy powiedzieć, że przy tym tempie zmian musimy czekać na osiągnięcie poziomu

unijnego, jeśli chodzi o współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia – siedemnaście lat, nowotworów złośliwych – dwadzieścia dziewięć lat, raka płuc – dwadzieścia trzy lata, a raka szyjki macicy, w przypadku którego, co mówiłem, jesteśmy na pozycji najgorszej – pięćdziesiąt pięć lat, przyczyn zewnętrznych – dwadzieścia dwa lata. Sytuacja naprawdę jest niedobra i trzeba coś zrobić. Program tu prezentowany na pewno wymaga wdrożenia.

Chciałbym jeszcze powiedzieć kilka słów o tych nierównościach w zdrowiu, które są również na poziomie naszego kraju. My obserwujemy średnie, ale jak zejdziemy w dół, że tak powiem, to widzimy, jeśli chodzi o nowotwory płuca, trzykrotne różnice między województwami, jeszcze w starym podziale administracyjnym, tak samo są różnice w przypadku nowotworów piersi, a jeśli chodzi o umieralność niemowląt, to w nowym układzie jest dwukrotna różnica między województwami. Możemy też zejść na poziom powiatów. W województwie mazowieckim w przypadku zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych oskrzeli i płuc mamy różnice pięciokrotne. Pięciokrotne różnice w województwie mazowieckim także są w przypadku raka piersi i raka szyjki macicy. I to wszystko przekłada się na działania, które powinny być podjęte nawet już na poziomie terenów małych, jak powiaty i województwa. Dziękuję bardzo, przepraszam za przedłużenie.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo za skondensowaną formę wypowiedzi pana doktora Goryńskiego. Prosiłbym pana profesora Nowackiego o przedstawienie ostatniego punktu – siedemdziesięciolecie instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie.

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

Chciałbym bardzo króciutko przypomnieć, że zainteresowanie czymś, co obecnie nazywamy onkologią, zaczęło się właściwie od bardzo wielkich odkryć, a w każdym razie ta nowa era w onkologii, mianowicie od okrycia promieni Roentgena w 1895 r. i od odkrycia radu i polonu przez Marię Skłodowską-Curie w 1898 r. Podczas zaborów w 1906 r. powstał Warszawski Komitet do Badania i Zwalczenia Raka, a warszawski dlatego, że byliśmy pod zaborami i nie można było użyć nazwy „narodowy” czy „polski”, choć miał on znacznie szersze oddziaływanie i stał się właściwie załączkiem takiego ruchu społecznego, jakim był Polski Komitet do Zwalczenia Raka. Był to bardzo istotny komitet, skupiający dynamiczne gremium świątłych ludzi, zrzeszający również i parlamentarzystów, który doprowadził do powstania Komitetu Daru Narodowego imienia Marii Skłodowskiej-Curie w celu, jak zapisano, zbudowania Instytutu Radowego w Warszawie, co było odpowiedzią na życzenie Marii Skłodowskiej, która powiedziała, że jej najgorętszym życzeniem jest powstanie instytutu radowego w Polsce – to była wypowiedź z okazji dwudziestopięciolecia odkrycia radu i polonu. Pierwszy społeczny program, tak on się wtedy nazywał, był wdrożony w Polsce w 1924 r., a więc mamy tutaj już jakąś tradycję, tradycję narodową, państwową, której mogą nam pozazdrościć inni, dużo zamożniejsi sąsiedzi z Europy.

Celem tego programu, proszę zwrócić uwagę, bardzo istotnego z historycznego punktu widzenia, była budowa sieci szpitali onkologicznych, oświata zdrowotna i, wymienione dopiero na miejscu trzecim, badania nad rakiem. Kamień węgielny pod Instytut Radowy wbudowano 7 czerwca 1925 r. z udziałem Marii Skłodowskiej-Curie i prezydenta Rzeczypospolitej Stanisława Wojciechowskiego. Pierwszy pacjent był leczony 17 stycznia 1932 r., a uroczyste otwarcie instytutu miało miejsce 29 maja 1932 r., również z udziałem Marii Skłodowskiej-Curie i prezydenta Rzeczypospolitej Ignacego Mościckiego. Była to zarazem ostatnia wizyta Marii Skłodowskiej-Curie w Polsce przed jej śmiercią.

W 1932 r. zatrudnionych było początkowo dwóch, a następnie trzech lekarzy. Dwóch pierwszych, profesor Franciszek Łukaszczyk i Józef Laskowski, odgrywało bardzo dużą rolę w późniejszych dziejach instytutu, także powojennych. Była tam jedna pielęgniarka, pięć aparatów do terapii rentgenowskiej i sto sześćdziesiąt sześć ładek radowych. W tych czasach była bardzo duża nieufność środowiska, do tego stopnia, że łóżka stały wolne, nie były wykorzystywane, a początkowo obłożenie wynosiło do osiemnastu chorych na czterdzieści pięć łóżek. Niemniej, już w 1934 r., czyli dwa lata później, trzeba było uruchomić pracę dwuzmianową w pawilonie Roentgena, co stało się pewnego rodzaju tradycją onkologii, bo współcześnie aparatura do radioterapii pracuje na dwie lub więcej zmian w ośrodkach regionalnych w kraju. W 1937 r. doszło do wzrostu liczby łóżek z czterdziestu pięciu do stu. Były, proszę państwa, trzy klasy łóżek: pierwsza – pojedyncze w sali, druga – dwuosobowe, a trzecia klasa, najniżej wyceniana, to było do dwudziestu pacjentów na sali. Zatrudnionych było dziesięciu lekarzy, koszty leczenia były wysokie, ale trzeba powiedzieć, że instytut miał bardzo dobrą renomę i tradycję i zwalniał z wszelkich opłat tych, którzy byli niezamożni, których nie było stać na opłacanie leczenia. Dla przykładu podam, że leczenie raka szyjki macicy wynosiło wówczas od 400 do 600 zł.

Ten instytut rozwijał się dosyć szybko w kierunku właśnie takiej placówki, którą teraz nazwalibyśmy *comprehensive cancer center*. Już w 1937 r. otworzono pracownię fizyczną, wzorcownię rentgenowską i pomiarów ciał promieniotwórczych, szefem tej części działalności został profesor Cezary Pawłowski, uczeń Marii Skłodowskiej-Curie. Powstała również pracownia biologiczna i zaczęły się początki histokliniki nowotworów z udziałem profesora Laskowskiego, jak i biologii nowotworów – Zygmunt Zakrzewski. Proszę zwrócić uwagę, że już w 1939 r. obłożenie przekroczyło 90%, instytut miał ponad sześćdziesiąt publikacji naukowych, prowadził również działalność dydaktyczną i na 1939 r. przypadło zakończenie pierwszego programu społecznego, tak on się wtedy nazywał, dzięki któremu powstało pięć instytutów – myślę, że kolejność wymienię prawidłowo – w Wilnie, Warszawie, Lwowie, Krakowie i Poznaniu.

Podczas okupacji instytut pełnił rolę miejskiego szpitala przeciwrakowego, tak został przez okupanta nazwany. 5 sierpnia doszło do bardzo dramatycznego wydarzenia w historii instytutu, mianowicie wypędzono personel, a wszystkich tych, którzy nie mogli się poruszać, po prostu zamordowano, instytut następnie spalono. W listopadzie 1945 r., czyli można powiedzieć szybko, jak na budowę szpitala, zapadła decyzja rządu o odbudowie instytutu. Dyrektorem został ponownie Franciszek Łukaszczyk, a w dziele odbudowy sekundował mu zwłaszcza pan profesor Tadeusz Koszarowski i pani Hanna Kołodziejska-Wertheim. W 1947 r. jedenastu lekarzy – znane powszechnie autorytety – wznowiło działalność instytutu. Byli to: pan profesor Janusz Buraczewski, Zofia Che-



chłowska, Władysław Jasiński, Hanna Kołodziejska-Wertheim, Tadeusz Koszarowski, Józef Laskowski, Franciszek Łukaszczyk, Anna Madejczykowa, Irena Skowrońska, Jeremi Święcki i Ludwika Tarłowska. Ci ludzie reprezentowali wiele dyscyplin medycznych, występujących w onkologii jako bardzo istotne w całym procesie leczenia. W 1947 r. doszło również do wznowienia działania Polskiego Towarzystwa Przeciw-rakowego, które kontynuowało działalność Polskiego Komitetu do Zwalczenia Raka. Następny taki, można powiedzieć, kamień milowy w historii instytutu to rok 1952, kiedy uchwalono drugi program walki z rakiem. W tym roku powstała definicja onkologii pochodząca od profesora Koszarowskiego. I to, co może jest dla państwa ważniejsze, powstała wówczas koncepcja walki z rakiem zakładająca budowę i wyposażenie pełnoprofilowych ośrodków onkologicznych jako podstawowych jednostek działań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i organizacyjnych na określonym terenie. Jest to bardzo ważne.

Uważam, że w Polsce możemy być dumni z tego modelu, który był właściwie zapoczątkowany przed wojną i rozwinięty po 1952 r. w ramach tych dwóch programów rządowych czy jednego programu rządowego i jego kontynuacji. Przekażę panu przewodniczącemu kserokopię materiałów amerykańskich, które mówią o tym, jak bardzo oni są szczęśliwi, mogąc rozwijać linię *comprehensive cancer center* od sześciu lat. Wydaje się więc, że jest to powód do dumy dla nas Polaków. W 1984 r. uruchomiono część przychodnią i profilaktyczną i zaczęła, proszę państwa, działać pracownia, później samodzielna pracownia, skryningowa zajmująca się rakiem szyjki macicy. W 1995 r. doszło do rozpoczęcia szerszej działalności klinik narządowych, tak że w 1996 r. były już praktycznie w pełnym składzie. W 1998 r. zakończono wyposażanie zakładów teoretycznych.

To, co chciałem przy tej okazji państwu przekazać, to jest to, że ci, co byli przed nami, dokonali bardzo dużo, wnieśli istotny wkład intelektualny i nie waham się powiedzieć: programy ochrony zdrowia – bo tak byśmy dzisiaj to nazwali – w wielu krajach świata, łącznie z krajem, na który tak często się powołujemy, jakim są Stany Zjednoczone. To, dzięki czemu tyle dobrego się działo w polskiej onkologii, to zasługa bardzo mocnych działań, motywacji całego społeczeństwa – Instytut Radowy powstał przecież jako dar narodu dla Marii Skłodowskiej, a w końcu centrum onkologii na Ursynowie, jak i inne placówki onkologiczne budowano ze składek Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia.

Obecnie – już bardzo krótko, żeby państwa nie zanudzić – jest dziesięć klinik narządowych i dwanaście zakładów diagnostyczno-terapeutycznych. Dysponujemy, łącznie z łózkami o charakterze hotelowym dla łez chorych, siedemset osiemdziesięcioma ósmioma łózkami. Mamy nieco ponad dwa tysiące pracowników, co bardzo istotne, bo ciągle nam zarzucano, że nie redukujemy personelu, ale to nie bardzo jest możliwe – trzysta siedemdziesiąt sześć osób, to jest pięciogodzinny dzień pracy, dwie, trzy zmiany. Leczyliśmy w ubiegłym roku dwadzieścia pięć tysięcy osób, proszę państwa, dwadzieścia pięć tysięcy osób w szpitalu. Udzieliliśmy ponad dwustu czterdziestu sześciu tysięcy porad ambulatoryjnych, wykonaliśmy sześć tysięcy pięćset operacji, ta liczba dotyczy bloku na Ursynowie i na Wawelskiej – ten udział nie jest duży, ale jest istotny. Wykonywano przeszczepy szpiku, megachemioterapię. Proszę zwrócić uwagę na fakt, że śmiertelność szpitalna w tak dużym szpitalu wyniosła 0,94%. To, jeżeli państwo nawet wezmą pod uwagę liczbę operacji, wydaje się wynikiem chyba bardzo przyzwoitym.

I wreszcie muszę się pochwalić, ponieważ na ogół nie jestem chwalony – „Newsweek” jako niezależne pismo dokonał rankingu, który był oparty na opinii środowiska, co najbardziej nas cieszy, i w tym rankingu zostaliśmy uznani za najlepszy szpital. Także „Polityka” wymieniała nas wśród pięciuset przedsiębiorstw – to jest bardzo dziwny podział, niemniej też oddaje skalę tego, co robimy, bo działamy także w sferze ekonomicznej. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Proszę o zapalenie światła.

Możemy przystąpić do drugiej części. W jednym z wystąpień padło takie określenie, chyba pan profesor Zatoński to powiedział, że jest to specjalne schorzenie. Myślę, że warto do tego dodać, że jest to specjalne schorzenie nie tylko z uwagi na aspekty medyczne, ale również z uwagi na aspekty psychologiczne i socjologiczne. Choroby nowotworowe są czasem tak trudne do zwalczania, tak wiele trzeba zrobić i to dużo więcej trzeba zrobić w świadomości społecznej niż w przypadku większości innych chorób. Myślę więc, że określenie „specjalne schorzenie” jest trafne. Dlatego potrzeba specjalnego podejścia do zwalczania tych chorób i o tym mówi projekt Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Myślę, że jest czas na dyskusję.

W międzyczasie chciałem powitać – teraz akurat wyszedł – pana posła Szkopa, wiceprzewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia. Jest nam miło gościć posłów, bo nie jest to częste wydarzenie.

Polska Unia Onkologii działa pod patronatem prezydenta Rzeczypospolitej i na sali są też obecni konsultanci pana prezydenta do spraw ochrony zdrowia. Myślę, że w dyskusji zabiorą głos.

Chciałem teraz oddać głos paniom senator, panom senatorom i gościom. Kto więc jako pierwszy chciałby zgłosić się do dyskusji, może zadać pytanie przedstawiającym różne problemy związane z onkologią?

Pani senator Krzyżanowska, proszę bardzo.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Chcieliśmy podziękować za naprawę wyjątkowo, powiedziałabym, przekonujące, zwięzłe przedstawienie nam tego problemu. Myślę, że większa część osób na sali zna dokładnie te problemy i nie musimy się przekonywać, jak ważne są one.

I może przejdę to takiego dość trudnego pytania. Że jest potrzeba narodowego programu, wszyscy wiemy. Co należy jednak, zdaniem panów, którzy się tym zajmują, zrobić w sensie legislacyjnym? W czym mógłby pomóc parlament? Czego nie może zrobić ministerstwo swoimi środkami, żeby ten program szedł dalej i to wszystko, co dobrego zrobił, można było kontynuować? Jakie są potrzeby? Jak rozumiem, przepraszam, że tak mówię wprost, to są kwestie finansowe. Na ile budżet mógłby to finansować? Zdajemy sobie sprawę, że nie w pełni. Jakie byłyby więc potrzeby co do innych możliwości finansowania, czy to musiałyby być zawarte w ustawie? Rozumiem, że my tu nie rozważamy konkretnych technicznych spraw, chciałam tylko spytać, jakie możliwości pomocy z naszej strony widzicie wszyscy państwo, którzy się tym zajmują.

I taką może jeszcze powiem złośliwość wobec nas samych, to znaczy parlamentarzyistów. To niedobrze, że takie wspaniałe wystąpienia odbywają się osobno w Senacie, osobno w Sejmie. Są dwie komisje zdrowia, ale to jest sprawa wspólna. Wydaje mi się więc, że gdybyśmy te sprawy opracowywali, to byłoby rozsądniej jakby panowie nie musieli dwa razy tego samego mówić do ludzi, którzy w końcu powinni podobnie, jeśli chodzi o sprawy zdrowia, myśleć, niezależnie od politycznych różnic. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo.

Odpowiadając na ostatnią uwagę, muszę powiedzieć, że od długiego czasu próbuję uzgodnić termin takich posiedzeń, które dotyczą właśnie spraw szerszych, i to okazuje się technicznie niemożliwe. Po prostu Senat i Sejm mają inny tryb pracy i wspólne dogranie terminów... No, może się kiedyś uda. Wielokrotnie z przewodniczącą sejmowej komisji prowadziłem rozmowy i to jest sprawa trudna, ale jednocześnie nie zmienia to obowiązków, które ma każda z izb. Myślę, że może to nie jest źle, że rozpatrujemy to osobno, wszak konstytucja utworzyła dwie izby parlamentu po to, żeby one pracowały osobno, a niekoniecznie razem.

Czy ktoś chciałby zgłosić się do dyskusji? Czy pani senator Sienkiewicz?

Pan doktor Kuszewski, konsultant prezydenta. Proszę bardzo, pan minister Kuszewski.

**Konsultant Społeczny Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej  
do spraw Reformy Ochrony Zdrowia  
Krzysztof Kuszewski:**

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.

Chciałbym odpowiedzieć na pytanie pani senator, dlatego że jest to bardzo dobre pytanie. My zastanawialiśmy się, jak zrobić, żeby szły pieniądze na konkretny program. Jeden taki przykład mamy – program ratownictwa medycznego, na który oczywiście pieniędzy nie było, w związku z tym trzeba było go odroczyć. I to wskazuje na to, że tego typu droga jest dość ryzykowna. Część ludzi uważa, że za ustawą idą pieniądze, ale tak naprawdę idą za jedną jedyną ustawą, ustawą budżetową, i my, którzy tyle lat się zajmujemy programami, to wiemy.

Wydaje mi się, że tutaj trzeba użyć specjalnego fortelu. Spróbuję go nakreślić. Proszę wybaczyć, że jest to taka naprawdę świeża myśl, którą przez ostatnie parę dni przed dzisiejszym posiedzeniem z paroma osobami omawialiśmy. Polski Narodowy Program Zdrowia dlatego daje większe korzyści niż w innych krajach, bo jest programem długoletnim i wieloresortowym. Nie jest to tylko program resortu zdrowia, bo żywienie to jest kwestia i rolnictwa, i przemysłu spożywczego. Pierwszy cel narodowego programu, zwiększenie aktywności fizycznej, dotyczy samorządów, które są właścicielami szkół, boisk itd. w całym kraju. Nie chcę tego teraz rozwijać, ale w ten sposób jest to zbudowane. To jest program profilaktyczny, program, który głównie kładzie nacisk na profilaktykę i w niewielkiej części na diagnostykę wczesną, wczesne wykrywanie. Programy onkologiczne, kardiologiczne i inne są to programy, w których jest bardzo duży wydatek na leczenie skuteczne, bo jeśli ma być skuteczne, to zwykle dzisiaj jest też kosztowne, w związku z tym trudno te dwie kwestie połączyć.

Wydaje się, że można by tu zastosować pewną figurę prawną, którą chciałbym podsunąć pod rozważenie, jeszcze nie jako coś konkretnego, nie jako ostateczny wniosek. Gdyby była ustawa o zdrowiu publicznym, którą postuluje środowisko ludzi zajmujących się zdrowiem publicznym przez wiele lat, to mogłaby ona zawierać w sobie dyspozycje na przykład dla rządu wydania rozporządzenia dotyczącego jednego czy drugiego programu, w którym zapisane byłyby również pieniądze. Ale to niestety niesie za sobą pewne ryzyko. Wydaje nam się – i to było tutaj dziś bardzo wyraźnie powiedziane przez tych, którzy wygłaszali swoje referaty – że musi to być program narodowy, a więc obejmujący nie tylko medycynę, ale bardzo wiele innych obszarów, zaczynając od środowiska, poprzez szkołę, edukację itd., itd. Jak zrobić, żeby to były programy obowiązujące nas wszystkich? Okazuje się, że takim sposobem na to, żeby program obowiązywał wszystkich prawie bez pieniędzy, był Narodowy Program Zdrowia, ale tam były małe pieniądze, a na ten program potrzeba ogromnych pieniędzy, rzędu 1 miliarda zł każdego roku – tak sądzę. Takie programy w Polsce są, taki chociażby jest program dializ, który na mniej więcej tym poziomie operuje, takie są programy kardiologiczne, też na tym poziomie i ten onkologiczny pewnie jest taki sam. Można wpisywać w budżet pewną część, dotyczącą części leczniczej, mając takie rozporządzenie i mając długofalowy program rozwoju tej dziedziny, bo tylko taki program będzie skuteczny, co wszyscy podkreślają, potrzeba bowiem minimum dziesięciu lat, by można mówić o wynikach. Można by było więc zastanowić się nad czymś takim. To byłoby chyba coś, co pozwoliłoby na taki program. Miałby on zapisane pieniądze, określony byłby docelowo rozwój i jeszcze zobowiązywałby wszystkich innych. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu ministrowi Kuszewskiemu.  
Kto następny się zgłasza?  
Proszę bardzo.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego  
Marian Reinfuss:**

Państwo pozwolą, że się przedstawię: Reinfuss, jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Powiem o pieniądzach w tym programie. Chciałem zwrócić uwagę na dwa aspekty. Ten program jest wysoce oszczędnościowy. Chciałbym to podkreślić bardzo mocno. To nie jest tak, że my, środowisko onkologiczne, przychodzimy do państwa, do Sejmu, do społeczeństwa i mówimy: dajcie pieniądze. To nie jest tak. Powiedzieli to już profesor Zatoński i profesor Wronkowski, wszyscy tutaj, a jest tu wielu lekarzy, również wśród państwa posłów, senatorów, wiedzą o tym doskonale – chory leczony wcześniej jest chorym znacznie tańszym. Nie mówię już o tym, że zapobieganie wystąpienia nowotworów też jest nieporównywalnie tańsze. To jest pierwszy, podstawowy element. Ten program to nie tylko wydatki, nie patrzmy na niego tylko w ten sposób, patrzmy, jak poważne oszczędności może przynieść w sumie dla budżetu państwa i to szybko widoczne, bo spadek zachorowalności szybko będzie skutkował zmniejszeniem wydatków.

I drugi aspekt oszczędnościowy. Są trzy podstawowe metody leczenia: chirurgia, radioterapia, chemioterapia. Proszę państwa, z grubsza to jest tak, upraszczając, że

pośród stu chorych wyleczonych z nowotworu sześćdziesięciu jest wyleczonych chirurgicznie, trzydziestu za pomocą radioterapii, a dziesięciu chemioterapii. Oczywiście, dzisiaj wielu chorych jest leczonych metodami skojarzonymi, one wszystkie są potrzebne. Niemniej w ostatnich latach te proporcje zostały zachwiane. Były ogromne naciski, wywoływane oczywiście i przez firmy farmaceutyczne, i środowisko, i społeczeństwo, bo to jest wieloraki problem, dotyczące na przykład leków cytostatycznych. Spowodowało to pewne przesunięcie wydatków, które były ogromne, kosztem innych dziedzin onkologii. Muszę powiedzieć, że ten program racjonalizuje te wydatki, on pokazuje bardzo wyraźnie, jak należy wydatkować środki, bo oczywiście na każdą z tych dziedzin trzeba, ale racjonalnie, wydatkować.

I kończąc już, muszę powiedzieć, że program ten jest gotowy, ale nie jest prawnie wdrożony, a z dużym zadowoleniem obserwuję w tej chwili działalność ministerstwa, które już to widząc, wdraża na przykład program ratowania bardzo trudnej sytuacji polskiej radioterapii. To dobrze, że ten problem się tak postrzega, ale żeby to naprawdę miało ręce i nogi, to do tego jest potrzebny po prostu ten program. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu profesorowi.  
Kto się zgłasza? Nie ma chętnych.  
Czy pani senator Krzyżanowska jeszcze raz?

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Ja może, przepraszam, ad vocem wypowiedzi pana profesora. Chciałam powiedzieć, że my wiemy, że zapobieganie jest tańsze, ale żeby robić badania skryningowe, żeby była aparatura, do tego potrzeba pieniędzy, niezależnie od tego, że musimy uprzytomnić sobie, że to jest tańsze niż leczenie. I mówimy o tych pierwszych pieniądzach, na badania.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Czy są głosy w dyskusji?  
Pan senator Bielawski, proszę.

**Senator Janusz Bielawski:**

Odwołam się tu do moich licznych wystąpień krytycznych co do niektórych spraw, pan przewodniczący pamięta. A w tym programie, przynajmniej tak wynika z tego, co wysłuchałem, trudno się doszukać mankamentów, więc uważam, że trzeba go realizować, bo chyba nie ma innego wyjścia.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo.  
Jeśli w tym momencie nie ma chętnych do zabrania głosu, pozwolę sobie zabrać głos.

Oczywiście, przy rozwiązywaniu głównych problemów społecznych, politycznych, gospodarczych, zdrowotnych, zachodzi takie pytanie, czy rozwiązywać je ustawą, czy odpowiednio realizowaną polityką rządu na podstawie ustaw ogólnych i uprawnień, które ma Rada Ministrów. Jak przechodzimy do polityki zdrowotnej, to pojawia się takie właśnie pytanie. Przecież mamy szereg problemów zdrowotnych, są te cztery główne przyczyny utraconych lat życia dobrej jakości, które to przyczyny w najbliższej perspektywie, dwudziestu, trzydziestu lat, będą głównym problemem zdrowotnym. I teraz pytanie: czy przy każdej dziedzinie potrzebna jest ustawa, żeby wdrożyć program, który pomoże realizować zakładane cele? Później przecież pojawią się następne grupy. Wśród tych licznych przyczyn zgonu wymienia się nienowotworowe choroby przewodu pokarmowego, choroby układu oddechowego itd. Sądzę, że trudno jest na takie pytanie jednoznacznie odpowiedzieć. Na pewno można powiedzieć, że wszystkich problemów zdrowotnych nie będziemy rozwiązywać poszczególnymi ustawami, ale myślę, że zbyt radykalne byłoby stwierdzenie, że w ogóle ustawy szczegółowe nie są potrzebne do rozwiązywania takich problemów. I znajdziemy tego dowody w historii ostatnich lat. Niektóre problemy są regulowane ustawami i czasem one wiążą się wprost ze wskazaniem określonych wydatków ze źródeł publicznych. Myślę, że ustawa o ratownictwie medycznym, nie tak dawno uchwalona, może być przykładem takiej ustawy, która pociąga za sobą pewne skutki i wskazuje, na co mają być przeznaczone środki, bo urazy i wypadki są istotnym problemem zdrowotnym w Polsce i są tu istotne opóźnienia, co w kraju o takim poziomie rozwoju gospodarczego nie powinno mieć miejsca. Dlatego za tą ustawą przemawiają pewne racje, a to, że jest przesunięta, nie znaczy, że jest niepotrzebna. To nie znaczy, że źle się stało, że została uchwalona, już nie wspomnę, że jest to wymienione jako jedno z zadań Narodowego Programu Zdrowia, o którym mówimy. I teraz jest pytanie: czy zwalczanie chorób nowotworowych jest takim obszarem, który wymaga szczególnej regulacji ustawowej, wymaga odrębnej ustawy? Myślę, że jest to specjalna grupa schorzeń, specjalne schorzenie, o czym wspominałem wcześniej, o czym zaczął mówić pan profesor Zatoński, i to widać, patrząc na doświadczenia innych krajów czy na skuteczność polityki zdrowotnej w tym obszarze.

Muszę powiedzieć, że wczoraj czy przedwczoraj miałem taką dramatyczną w swojej wymowie informację o jednej pracownicy szpitala – nie wiem, kto z panów profesorów także mówił, że w szpitalach pracownicy służby zdrowia, często dobrze wykształceni, akurat do raka, do chorób nowotworowych mają inny stosunek – to była historia pracownicy służby zdrowia, wykształconej, która nie zgłosiła się do lekarza, mimo że wiedziała, że ma rozwijający się nowotwór. To pokazuje, jak trafne są spostrzeżenia socjologów i psychologów, że rak w świadomości indywidualnej i społecznej był, dzisiaj na szczęście jest już coraz rzadziej, traktowany inaczej, ale ciągle jest wiele jednostkowych losów, które ilustrują tezę, że rak to wyjątkowa choroba. Kiedyś o raku nie mówiło się tak, jak się mówiło o chorobach układu krążenia. To było coś zepchniętego poza sferę rozmów i świadomości. I to w dużym stopniu pokutuje do dziś. Czyli poza samym problemem medycznym jest jeszcze w przypadku chorób nowotworowych ten dodatkowy czynnik, który w ostatnich dziesięciu latach czy dwunastu latach został w dużym stopniu zmieniony, ale ciągle jest żywy i obecny. I to jest jeden argument, który przemawiałby za tym, że program wprowadzony ustawą mógłby być efektywniejszy i łatwiej docierać do coraz większej liczby ludzi. Nawet gdyby wokół niej były kontrowersje i dyskusja, to to też może spowodować dalszą zmianę postaw. Ale to jest jedna kwestia.

Druga wynikała z tych referatów chyba w sposób aż nadto wyraźny, a chodzi o zmiany demograficzne, które w tej chwili zachodzą. Starzenie się populacji pociąga za sobą zmianę struktury przyczyn zgonów i zmianę struktury zachorowalności. I choroba nowotworowa na pewno będzie tą chorobą, tak jak z tych prognoz wynika, która ciągle będzie na drugim miejscu, nie dogoni chorób układu krążenia, ale na tym drugim miejscu będzie się umacniać i z roku na rok będzie to coraz większy problem, nie tylko zdrowotny, ale również społeczny.

Ale patrząc na te osiągnięcia, czasem wycinkowe, a czasem dosyć duże, widać, że podejmowanie działań może dać bardzo dobry, odczuwalny efekt. Tak jak spadek liczby palących tytoń, który zaczął się, jak było widać, nie w latach dziewięćdziesiątych, tylko w osiemdziesiątych, mógł dać ten efekt w postaci zmniejszenia liczby zachorowań na raka płuc czy inne tytoniozależne schorzenia w latach dziewięćdziesiątych.

Sądzę więc, że z jednej strony jest to coraz większy problem zdrowotny, a z drugiej strony, to jest rzeczywiście wyjątkowa grupa schorzeń. Poza tym program powinien być wprowadzony ustawą, bo myślę, że lepiej, jeśli środki publiczne na główne cele są określane przez ustawodawcę, i tak się dzieje w krajach Europy Zachodniej, niż kiedy to jest dokonywane przy zmieniającej się z roku na rok polityce rządu, co niekoniecznie wynika z jakiejś złej woli tego czy innego rządu, tylko z naporu różnego rodzaju czynników, nacisków społecznych, walki poszczególnych grup społecznych o uzyskanie dla siebie jak największej liczby środków. Myślę, że ważne jest też to, co pan profesor, szef towarzystwa powiedział – program umożliwi jednocześnie bardziej racjonalne wydawanie środków, utrzymanie tej całej strony prewencyjnej, a bardziej racjonalne wydatkowanie środków, jeśli chodzi o tę część naprawczą programu, jest sensowne, bo wiemy, że za każdą taką złotówkę możemy kupić więcej lat czy dni życia dobrej jakości.

Osobiście dostrzegam racjonalność w pomyśle, w projekcie wprowadzenia programu na drodze ustawy, niezależnie od słuszności tego projektu, o którym mówił pan minister Kuszewski, czyli o ustawie o zdrowiu publicznym, czy o sensowności funkcjonowania szerokiego Narodowego Programu Zdrowia. Sądzę, że zwalczanie chorób nowotworowych jest tym obszarem, który wymaga przyjęcia na drodze ustawy. Dziękuję. Tyle mojego głosu w dyskusji.

W tym czasie zgłaszał się pan przewodniczący Cieślak.  
Proszę bardzo.

**Senator Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Przepraszam, że wyszedłem na chwilę z sali, ale wcześniej otrzymałem pilny faks i musiałem po prostu faksem odpowiedzieć.

Proszę państwa, nie znając przebiegu dotychczasowej dyskusji, chciałem kontynuować myśl pana senatora przewodniczącego. Otóż, chodzi o to, że regulacje ustawowe odbierane są na ogół przez polskie społeczeństwo, przez wiele społeczeństw, ale polskie w sposób szczególny, jako forma prawnego przymusu. Jeżeli coś jest uregulowane ustawą, to jest to przymus. Myślę, że w tej dyskusji i w tym gronie niekoniecznie nam chodzi o stosowanie przymusu ustawowego. Zrozumiałem na podstawie dotychczasowej dyskusji, ale i wcześniejszych publikacji, które chętnie czytałem, również ze względów rodzinnych, przez długi czas zajmując się problemami onkologii, że przede wszystkim

chodzi o budzenie pewnej świadomości i pogłębianie wiedzy całego polskiego społeczeństwa, w tym wielu grup pracowników służby zdrowia. Bo myślę, że z dotychczasowych naszych rozmów wynikało, że tutaj ogromną rolę odgrywają na przykład lekarze pierwszego kontaktu, od nich bardzo dużo zależy, jeżeli chodzi o wczesne wykrywanie chorób nowotworowych, o podejrzenie choroby nowotworowej na określonym etapie poszukiwania rozwiązania diagnostycznego, najbardziej przystającego obrazu klinicznego choroby, a jednak z tą świadomością nie jest dobrze. Ja przez trzydzieści lat wykonywałem zawód lekarza i wiem, jak to wygląda w praktyce, a jestem specjalistą medycyny ogólnej i pracowałem na tym pierwszym froncie przez wiele lat, właśnie w kontakcie z chorymi w leczeniu podstawowym. Potem na wiele lat przesiadłem się na erkę, już z innej strony oglądałem działania medyczne, dlatego mówię o różnych grupach pracowników służby zdrowia. Obszar świadomości i motywacji powinien obejmować zapobieganie, wczesną diagnostykę, potrzebę leczenia i przede wszystkim wiarę w skuteczność tego leczenia. Nie wiem, czy opór psychiczny pracownicy służby zdrowia, o której mówił pan senator Balicki, nie wynikał z tego, że była przekonana, że da się odsunąć świadomość choroby nowotworowej, jeśli się jej nie zdiagnozuje, a być może uważała, że jest na tym etapie, że będzie to wiadomość dla niej najgorsza z możliwych i nie chciała jej usłyszeć. No, taka jest bariera psychiczna. Myślę, że utworzenie całego pionu onkologii w Polsce przełamało tę barierę, bo jednak przedtem obowiązywała doktryna opóźniania informacji dla pacjenta niedobrej, a teraz pacjent jest kierowany do ośrodka onkologicznego i to jest już dla niego informacja naturalna. Coraz więcej pacjentów, tysiące ludzi w Polsce przyjmuje to jako rzecz normalną, naturalną, jako proces diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, z nadzieją na skuteczne wyleczenie.

Jeśli można, chciałbym zwrócić państwa uwagę jeszcze na jeden aspekt sprawy. Mówimy o działaniach profilaktycznych, które są także bardzo kosztowne, może nie tak samo jak leczenie, ale w każdym razie wymagają określonych nakładów, bo profilaktyki też nie robi się za darmo, nawet akcje oświatowo-zdrowotne kosztują, bo nikt tego za darmo w skomercjalizowanym społeczeństwie nie będzie robił i nie będzie uważał tego, co robi, za posłannictwo, jeżeli jest to jego działalność zawodowa, bo na ogół ludzie po to kończą jakieś studia i mają dyplomy, żeby z tego potem żyć i to żyć na jakimś przyzwoitym poziomie. Ale ja bym bilansował po stronie profilaktyki również wszelkie nakłady, które przeznaczone są na zmianę środowiska nas otaczającego, w miejscu zamieszkania, w miejscu pracy, w miejscu wypoczynku.

Pan profesor Zatoński od wielu lat zwraca szczególną uwagę na choroby odtytoniowe i nowotwory odtytoniowe, ale przecież trzeba zdać sobie sprawę z tego, jak bardzo i jak szybko zmieniło się w latach dziewięćdziesiątych powietrze, którym oddychamy, jak bardzo szybko i skutecznie ograniczono zanieczyszczenie atmosfery. Podam przykład ze swojego regionu – jest choćby czarna trójkąt Zagłębia Turowskiego, który w ciągu kilku lat stał się zielonym trójkątem, jak to się dzisiaj nazywa. Mieliśmy choćby katastrofę Lasów Izerskich, dokąd jeszcze kilka lat temu woziliśmy wycieczki, żeby pokazać, co się stało, bo żaden film w telewizji i żadna kasetka wideo nie oddawały tego obrazu, który można było oglądać, będąc tam na miejscu, a dzisiaj te lasy na Rozdrożu Izerskim to są lasy żywe, lasy rosnące. Górny Śląsk – kolejny przykład.

Jeszcze nie jest to dzieło dokończone, ale przecież zmieniło się bardzo dużo. I myślę, że w latach dziewięćdziesiątych przy zaangażowaniu ogromnych pieniędzy z naszego kraju i spoza granic naszego kraju wiele czynników chorobotwórczych, rów-



niez, jak sędzę, kancerogennych, zniknęło z naszego otoczenia. Ale równocześnie pojawiły się nowe zagrożenia. Pojawiło się sztuczne przedłużanie świeżości żywności w obrocie masowym, środki chemiczne powodujące, że chleb, który nie powinien być zdatny do konsumpcji po czterdziestu ośmiu godzinach, jest zdatny do konsumpcji przez pięć dni. A my coraz rzadziej wiemy, co jemy, i coraz rzadziej wiemy, w co się naprawdę ubieramy, bo tu chodzi o chemię. Pojawiło się tysiące nowych czynników, które trzeba będzie rozpracować i na pewno nie rozpracuje się tego za darmo, a zatem nakłady na tę sferę profilaktyki ogólnej, profilaktyki społecznej będą musiały również rosnąć, nie ma wyjścia. Musimy sobie zdać z tego sprawę.

Myślę, że my jako komisja powinniśmy zastanowić się nad uchwałą, ale nie chciałbym, żeby to był strzał, że tak powiem, na wiwat, nie chciałbym, żeby to była taka salwa oddana efektownie, ale nieefektywnie, tylko żeby to była uchwała komisji, niekoniecznie dzisiaj podjęta, ale po dokładniejszym przemyśleniu, właściwie adresowana, z określonymi wskazaniem, przy określonej presji wywieranej na organy wykonawcze państwa, presji kontrolowanej. Bo to nie znaczy, że my jednorazowo się spotkaliśmy, powiedzieliśmy tu sobie wiele rzeczy, zrobiliśmy uchwałę i na trzy lata ją odkładamy, a zajmujemy się innymi sprawami. Otóż nie, to trzeba potem monitorować. Jeżeli się kieruje uchwałą do organów wykonawczych, władz państwowych, należy co kilka miesięcy wracać do tego i patrzeć, na jakim etapie jest realizacja tej uchwały. Uchwała to też jest akt prawny, oczywiście innego rzędu niż ustawa. Ale powinno to być robione w ścisłej współpracy roboczej organów ustawodawczych z organami wykonawczymi tu w Warszawie. I mam nadzieję, że tak będzie. Mam nadzieję, że z tego naszego dzisiejszego spotkania pozostanie trwały ślad, a my będziemy mogli spotykać się co kilka miesięcy i monitorować efekty podejmowanych uchwał, jeżeli nie regulacji ustawowych.

Niezależnie od tego Polskiej Unii Onkologii, jej twórcom, aktywnym uczestnikom chcę pogratulować takiego trwałego, rozsądnego zapału i efektu, który już państwo osiągnęliście po tak krótkim okresie działalności. Mogę zapewnić, że z tej deklaracji, którą otrzymałem na końcu materiału informacyjnego, skorzystam. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo.  
Proszę.

**Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego  
Romuald Krajewski:**

Tak, ja też powinienem się przedstawić. Nazywam się Krajewski, jestem pracownikiem centrum onkologii, ale występuję tutaj też jako przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej i chcę krótko powiedzieć o dwóch bardzo ważnych aspektach tego programu, które mogą mieć duży wpływ na praktykę lekarską.

Interesują nas warunki wykonywania praktyki lekarskiej. W programie bardzo dużo jest powiedziane o poprawie dostępności. Uważam, że z punktu widzenia praktyki lekarskiej jest to niezwykle ważna sprawa, bo ograniczenia dostępności są jednym z największych zagrożeń właściwego wykonywania praktyki lekarskiej. Każdy program, zwłaszcza program dotyczący chorób, które nieubłaganie postępują, poprawiając

dostępność świadczeń, poprawia też warunki praktyki lekarskiej, pozwala na lepsze współdziałanie lekarza i chorego.

I drugą kwestią, o której chciałem powiedzieć, a którą ostatnio zmuszeni jesteśmy się zajmować, jest aspekt edukacyjny tego całego programu. Jest on niezwykle ważny, bowiem nasz ogromny niepokój budzi, można chyba tak powiedzieć, zalew tego, co się nazywa medycyną alternatywną, czyli po prostu znachorstwa, żeby to właściwie nazwać. Myślę, że ta część edukacyjna programu, o którym tutaj mówiono, mogłaby dużo dobrego zrobić w tej dziedzinie, bo na pewno szukanie pomocy u znachorów jest jedną z przyczyn późnego rozpoznawania chorób nowotworowych w sensie już takim ściśle medycznym.

Dlatego sądzę, że również z punktu widzenia samorządu lekarskiego realizacja takiego programu, niezależnie od tego, na jakiej drodze udałoby się to zrobić, byłaby dobrą rzeczą. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu doktorowi.  
Proszę bardzo, pan minister Kopczyk.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jan Kopczyk:**

Chciałbym i ja na chwilę włączyć się do tej dyskusji, która jest zresztą, myślę, bardzo ciekawa i potrzebna, bo to, o czym mówimy, to sprawa niezwyklej wagi, zwłaszcza w kontekście tego, co przed nami, bo jak słusznie pan przewodniczący zauważył, przecież mówimy o programie wieloletnim, o tym, co będzie w roku, na przykład, 2010, a już sama demografia nam pewne sytuacje stworzy. Zagrożenia są już dzisiaj zidentyfikowane i zastanawiamy się, jakie podjąć działania, żeby tym zagrożeniom w sposób skuteczny się przeciwstawić. Muszę państwu powiedzieć, że chyba wszystkie sposoby są dobre, które prowadzą do określonego celu. I tu, w kontekście tego, co pan przewodniczący mówił o ustawie, chcę powiedzieć, że każdy sposób jest dobry, by umożliwić wprowadzenie działań, które będą skuteczne w wymiarze wieloletnim, długofalowym. Chcę zwrócić państwa uwagę na to, że w celach operacyjnych obecnie funkcjonującego, obecnie obowiązującego Narodowego Programu Zdrowia jest wiele elementów, które mają bardzo ścisły związek z tym, o czym dzisiaj tutaj rozmawiamy, co także prezentują jako swoje cele operacyjne przedstawiciele Polskiej Unii Onkologii, choć może w nieco innym ujęciu. Bo przecież nie tylko rozmawiamy o piętnastym celu operacyjnym, w którym są wymienione właściwie dwa nowotwory złośliwe, szyjki macicy i sutka, ale mamy przecież w tych celach także poprawę sposobu żywienia ludności, bo to też koresponduje z onkologią, ograniczenie w społeczeństwie palenia tytoniu, była o tym mowa. Jest i cel szósty – edukacja zdrowotna społeczeństwa, promocja zdrowia. Oczywiście, tak, o tym mówimy, tego chcemy. Zmniejszenie ryzyka narażenia na czynniki szkodliwe środowiska życia i pracy – to cel ósmy – itd., itd., łącznie ze zwiększeniem dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej. To wszystko jest tam zawarte. Chodzi o to, żeby to zebrać i skuteczniej realizować.

Oczywiście, dochodzimy do problemu środków finansowych, o czym była mowa w wystąpieniu pani senator Krzyżanowskiej, o czym była też mowa wcześniej, re-

ferenci podawali nam przykłady – i tak na przykład na Węgrzech przeznaczono 80 milionów forintów, chociaż kraj mniejszy. Dziś też dosyć dużo pieniędzy jest przeznaczanych na programy związane z onkologią. Muszę państwu powiedzieć, że w budżecie tegorocznym, przecież skromnym, ministra zdrowia, w programach polityki zdrowotnej, ponad 70 milionów zł przeznaczonych jest na programy związane z...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...kobiet, które wymagają tego przebadania. I znów taka refleksja w kontekście jednego z wystąpień. Porównujemy się z różnymi krajami, porównujemy wskaźniki zdrowotne, wskaźniki epidemiologiczne, ale gdybyśmy porównali wskaźniki ekonomiczne, to pewnie też musielibyśmy z tego odpowiednie wnioski wyciągnąć. Czyli cały czas musimy mieć na względzie to, że chcielibyśmy więcej, uznajemy, że jest taka, a nie inna potrzeba, ale czasami z realizacją naprawdę są duże problemy.

Proszę państwa, pan profesor Reinfuss mówił, że program jest oszczędnościowy, bo najtaniej jest zapobiegać, stosować prewencję, ale niestety – taka smutna refleksja – w tym niedostatku finansowym, w brakach ogólnych zazwyczaj medycyna naprawcza wygrywa z tą prewencyjną i z promocją zdrowia. Ważne jest jedno, myślę, żeby uzmysłowić wszystkim, że nie jest to sprawa tylko ministra zdrowia, tylko onkologów, lekarzy, pielęgniarek czy służby zdrowia, jest to sprawa całego parlamentu, Sejmu i Senatu, sprawa rządu, a także samorządów, czyli wszystkich służb publicznych i organizacji pozarządowych, więc wszyscy powinni włączyć się w ten program. To jest chyba niezwykle ważne. Dziś wiele działań jest niezidentyfikowanych, na przykład, nieujętych w sprawozdawczości. Wiele jest rozproszonych działań samorządów. Dzisiaj mamy tych samorządów wiele, mamy wiele powiatów, wiele sejmików wojewódzkich, każdy ma w swojej ustawie kompetencyjnej napisane: zadania w dziedzinie ochrony i promocji zdrowia. I każdy wiele robi gdzieś tam coś na własną skalę. Dlatego myślę, że konieczne jest – i to ministerstwo stara się zrobić – to, o czym mówił pan profesor Nowacki. Chodzi o ośrodki referencyjne, o nadanie pewnego standardu, schematu, żeby nie ulegały te skromne środki jakiemuś rozpraszeniu.

Może tyle w formie takich uwag. Ale jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to chciałbym skończyć swoją wypowiedź jeszcze jednym zdaniem. Korzystając z okazji i trzeciego punktu naszego porządku obrad, chciałem na ręce pana profesora Nowackiego, dyrektora instytutu, centrum onkologii, złożyć serdeczne gratulacje i życzenia z okazji tego jubileuszu i adresuję je nie tylko do pracowników instytutu, ale do wszystkich onkologów i ludzi pracujących dla polskiej onkologii wraz z wyrazami najwyższego uznania za waszą całą pracę. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo.

Dokładnie na jutro przypada siedemdziesiąta rocznica przyjęcia pierwszego pacjenta, jak zauważyłem.

Zaraz udzielę głosu innym, ale słuchając, szczególnie tych wypowiedzi o kosztach, nasunęła mi się taka refleksja, że jeśli działalność nie jest dobrze zorganizowana, nie jest dobrze zaplanowana, nie podlega okresowej ewaluacji, korektom, to biedny traci jeszcze więcej niż bogaty. Mówiliśmy tutaj o badaniach mammograficznych, o potrzebach skryningów itd. i wiemy dobrze, i Warszawa jest dobrym tego przykła-

dem, ale nie tylko Warszawa, bo takich miejsc jest wiele, że w niektórych dzielnicach, rejonach są trzy źródła finansowania badań mammograficznych, nie wszystkie oczywiście mają charakter takiego skryningu, jaki chcielibyśmy, ale jest dostęp do badań finansowanych ze środków publicznych. Były i są takie miejsca, w których badania są finansowane przez ministra zdrowia na podstawie umów zawartych przez kasę chorych i przez lokalne społeczności. Ja muszę powiedzieć, że widziałem takie ankiety czy rozmowy z pacjentkami – niekoniecznie pacjentkami, raczej klientkami, chociaż pacjent to każdy, nawet zdrowy, kto udaje się do instytucji medycznej – które mówiły, że w ostatnim miesiącu dwa razy były na kontroli. To coś jednak pokazuje, chociaż muszę powiedzieć, że to też jest dramatyczne, bo jednocześnie są tak wielkie obszary, gdzie nie ma żadnego dostępu.

Jest duży postęp, wzrost świadomości, ale jednocześnie nie jest to uporządkowane. A uporządkowanie wydatkowania środków publicznych – a tylko te nas interesują, bo prywatne środki każdy może wydawać, jak chce – w zasadzie może być dokonane na drodze ustawy, bo samorzady nie podlegają rządowi, tylko ustawom, wszyscy zresztą podlegamy ustawom. I jednocześnie jest tak, że niewiele środków samorzady przeznaczają na szeroko rozumianą prewencję, ale często różne władze lokalne, nie tylko w Warszawie, ale w wielu ośrodkach, przeznaczają środki na zwalczanie chorób nowotworowych. I to jest istotny argument za tym, że sama polityka rządu nie wystarczy, sama będzie nieskuteczna. Jednocześnie jest wielka presja rynku, bo wykonywanie niektórych procedur medycznych może być biznesem. I w związku z tym będzie wywierana presja na różnego rodzaju władze lokalne, które będą wydawać środki zgodnie ze słusznym celem społecznym, władze te będą podlegać ukrytym naciskom i nie zawsze będą wydawać środki w sposób racjonalny. W naszym kraju, tak jak pan minister Kopczyk słusznie powiedział, nie ma tylu środków, ile jest w krajach bogatych, które mogą sobie pozwolić na nieporządek w wydawaniu pieniędzy. To jest istotny argument. Będą władze lokalne wydawały środki na zwalczanie chorób nowotworowych, i bardzo dobrze, bardzo pożytecznie, ale niech to ma miejsce z zachowaniem standardów przyjętych w kraju w ramach programu, który został wdrożony ustawą. To jest moja osobista opinia.

Proszę bardzo, pan się zgłaszał.

**Członek Zarządu Związku Gmin Wiejskich Rzeczypospolitej Polskiej  
Wiesław Smoczyński:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

W tym środowisku, w państwa towarzystwie zabrakło głosu samorządowców. Moimi przedmówcami byli lekarze. Ja lekarzem nie jestem, na tej specyficznej chorobie nie znam się w ogóle, ale chciałbym nawiązać do sprawy ustawodawstwa, kierunku, w którym zmierzamy, i roli samorządów. Uważam, że ten kierunek nie jest najbardziej słuszny. Przesunięcie odpowiedzialności za finansowanie służby zdrowia do kas chorych spowodowało zwolnienie odpowiedzialności samorządów za służbę zdrowia – ja mówię w ogólnym tego słowa znaczeniu. Przykro mi, ale zauważam, że temat ten na posiedzeniach, na sesjach rad gmin jest coraz rzadziej podejmowany, gości sporadycznie, można nawet sobie pozwolić na to, żeby po prostu przesunąć przyjmowanie sprawozdania finansowego do rady społecznej ZOZ. Tak więc, gdy z własnej inicjatywy samorząd nie

podejście tej tematyki, to w ogóle ona może na sesję nie trafić i może nie być przedmiotem zainteresowania samorządu. Uważam, że to nie jest najważniejszy kierunek.

W związku z tym należałoby – i o to apeluję do pana przewodniczącego i wszystkich senatorów – zastanowić się nad tym kierunkiem. Naprawdę, dużo więcej na ten temat dyskutowaliśmy, dużo więcej się tymi problemami zajmowaliśmy i należałoby poszukać sposobów, prawnych sposobów, by tę odpowiedzialność samorządów zwiększyć. Dziękuję.

*(Przewodniczący Marek Balicki: Dziękuję bardzo. Jeszcze jeśli byłby pan uprzejmy podać, jaką organizację pan reprezentuje...)*

Wiesław Smoczyński, reprezentuję Związek Gmin Wiejskich RP.

### **Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze się zgłasza do dyskusji? Pan poseł? Rzadko widujemy tu posłów, więc...

### **Poseł Władysław Szkop:**

Rozumiem, że to prowokacja, Panie Przewodniczący.

Jeśli pan pozwoli, powiem, że w sprawie regulacji prawnych jednoznacznie obarczających rząd i budżet państwa finansowaniem jednego z programów, jednego z działów ochrony zdrowia jestem bardzo ostrożny, a w zasadzie budzi to we mnie zawsze lęk o to, że pojawią się dostatecznie mocne naciski i uzasadnione argumenty, by finansować inne działy ochrony zdrowia, równie ważne w perspektywie dwudziestoletniej, których zaniedbanie może stanowić istotne zagrożenie dla zdrowia całej populacji. Należałoby chyba szukać takiego rozwiązania, w którym przy wzroście świadomości pojawiałyby się nie tak, jak mówił przedstawiciel gmin, sporadyczne rozmowy o problemie ochrony zdrowia na terenie pierwszego organu założycielskiego, gminy, powiatu, sejmiku wojewódzkiego, ale rozmowy uzasadniane własną potrzebą, które stałyby się tematem dyżurnym, może dyżurnym to zbyt wiele powiedziane, ale ważkim na tyle, aby samemu też brać udział w realizacji bardzo interesującego narodowego programu.

Ja nie znam procedur senackich na tyle, aby coś w tej materii podpowiadać, ale mam takie wrażenie, że propozycja pana senatora Cieślaka zmierzająca do uchwały Senatu, jeśli taka formuła prawna istnieje, podobnie jak w Sejmie, jest propozycją, która nie wyłącza Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych z Narodowego Programu Zdrowia, nie czyni go czymś odrębnym. Wskazuje to również na konieczność i potrzebę realizacji tego, co się znalazło w wystąpieniu przedstawiciela gmin wiejskich. Otóż, tak naprawdę, jeśli chodzi o regulację prawną, to jaką rolę i zadania ma samorząd w kwestii ochrony zdrowia? To zostało kompletnie zaniedbane w jakimś momencie przy administracyjnej restrukturyzacji państwa – są hasła, a nie ma określonych zadań. Jeżeli coś takiego w decyzji komisji Senatu pojawiłoby się, to byłoby to może i kompatybilne z tym, co proponuje Komisja Zdrowia, która występuje z dezyderatem do rządu o przejęcie pewnego zakresu finansowania Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych jako swojego zobowiązania, ale tylko w części, co stałoby się jakby załącznikiem współfinansowania tego programu przez inne

struktury i organizacje, które również podejmowałyby w Polsce działania z tym związane. Dziękuję, Panie Senatorze, przepraszam, ale wywołał mnie pan do tablicy.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo. Bardzo się cieszę z tego, że pan przewodniczący komisji sejmowej zabrał głos, bo widzę, że jeszcze musimy trochę podyskutować, żeby bardziej zbliżyć nasze stanowiska, a to jest pozytywne.

Pan przewodniczący Cieślak, proszę bardzo.

**Senator Jerzy Cieślak:**

Tylko jedno zdanie w nawiązaniu do wypowiedzi przedstawiciela samorządu. Otóż, znowu mówimy o przymusie prawnym. Samorządy stopnia podstawowego, o czym pan przecież doskonale wie, w ostatnich latach obciążone były obowiązkami swoimi i nie swoimi, a ich dochody własne nie były zwiększane. W ślad za przymusem prawnym, jeśli chodzi o działania w sferze ochrony zdrowia, również w zakresie prewencji, proszę pamiętać, szłyby pewne zobowiązania, bo albo samorząd musiałby finansować te zadania z własnych dochodów, które nie mogą być zwiększone, bo zwiększenie tych dochodów odbiłoby się na innej sferze życia społecznego lub gospodarki, albo należałoby dać dotacje lub subwencje, które znowu byłyby zadaniem administracji rządowej zleconym samorządowi. A skutek byłby znowu ten sam: przemieszczanie określonej części środków. A zawsze jest to coś kosztem czegoś, ponieważ żyjemy w określonej sytuacji, w której deklaracji zbyt daleko idących i optymistycznych składać nie należy.

Samorządy, proszę państwa, robią bardzo dużo w zakresie profilaktyki ogólnej, co może nie zawsze doceniamy, bo przecież gmina buduje oczyszczalnię ścieków, również przy zaangażowaniu środków przedakcesyjnych Unii Europejskiej, o te środki się stara, robi biznesplan, uruchamia inwestycje, na przykład zakład utylizacji odpadów, zwalnia od części podatków lokalnych tych, którzy z rozproszonych kotłowni węglowych przechodzą na paliwa ekologiczne itp. Miasto Lubań jest dla mnie takim dobrym przykładem, bo ogrzewane jest od dobrych kilku lat słomą i bardzo skutecznie, tanio i skutecznie, a kiedyś ogrzewane było węglem brunatnym z kotłowni. Różnicę łatwo sobie wyobrazić, dla miasta i dla powietrza, którym mieszkańcy tego miasta i okolic oddychają. A więc tak czy owak samorządy robią sporo, tyle tylko, że w zakresie profilaktyki ogólnej. Angażują swoje środki i energię, a wszystko to generalnie powoduje zmniejszenie zagrożeń zdrowotnych. Oczywiście, tak, co nie znaczy, że pewne elementy nie mogą być zapisane. Ale czy od razu przymus prawny? Mam wątpliwości. Dziękuję.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.

Pan profesor Zatoński i pani senator Sienkiewicz.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów  
w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Witold Zatoński:**

Ja nie wiem, czy my też mamy prawo brać udział w dyskusji?

(Przewodniczący Marek Balicki: Mają prawo wszyscy, którzy uczestniczą w posiedzeniu.)

Oczywiście, pewnie w każdej ludzkiej działalności pieniądze są bardzo ważnym elementem, ale one nie są jedynym celem tego programu, który środowisko onkologów czy ludzi związanych ze zdrowiem proponuje. I dlatego bardzo bliski mi jest sposób myślenia pana przewodniczącego, podającego argumenty za tym, że z punktu widzenia – ja przepraszam za wielkie słowa – w ogóle rozwoju sytuacji społecznej, bytu narodu, problem nowotworów złośliwych będzie miał w najbliższych dziesięcioleciach takie znaczenie. Jeżeli liczba nowotworów złośliwych będzie się zwiększała, a będzie na pewno, to ten problem będzie narastał nie tylko jako problem zdrowotny, ale i problem społeczny. I samorządy, na przykład, powinny być do tego problemu przygotowane, do jego rozwiązania, bo on będzie niewątpliwie narastał, tak jak narasta we wszystkich krajach Europy, tej starszej od nas części Europy, starszej, jeżeli chodzi o demografię. I wydaje mi się, że tego typu program zwróciłby uwagę całej naszej społeczności na narastanie tego problemu zdrowotnego. Bo popatrzmy na to, co dzieje się w innych krajach – nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia. Mamy ogromne, że tak powiem, rezerwy, jeśli o to chodzi, mam nadzieję, że bardzo szybko zagrożenie tymi chorobami będzie się zmniejszało, ale nowotwory złośliwe dla pewnej grupy wiekowej staną się schorzeniem numer jeden jak w innych krajach.

Przypomnę państwu, że dla kobiet między czterdziestym piątym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia – i tutaj być może niektórzy z państwa się zdziwią – problemem numer jeden nie są choroby układu krążenia, tylko choroby nowotworowe. Prawdopodobnie w ciągu najbliższych dziesięciu lat wśród osób między czterdziestym a siedemdziesiątym rokiem życia, a to jest tak zwany okres przedwczesnej umieralności, przed czasem biologicznym, schorzeniem numer jeden staną się w Polsce, a jest już tak w wielu krajach świata, choroby nowotworowe.

To jest wielki narodowy program w wielu krajach Europy Zachodniej, także Unii Europejskiej. Oni mają swój własny program temu problemowi dedykowany. I mimo tych środków... Choć mi się wydaje, że tutaj nawet te środki nie muszą jakoś dramatycznie rosnać, ale trzeba to uporządkować. Ja jestem starym człowiekiem, ja obserwuję to już od pewnego czasu. Ja kocham wszystkie zmiany administracyjne, bo one należą do demokracji i tak musi być, ale uporządkowanie wydawania środków, które są naszymi środkami, jest tylko wtedy możliwe, jeżeli programy przewidziane są nie na dwa lata, nie na cztery lata, ale na dziesięciolecia. I takie programy zdrowotne także w Polsce muszą być tworzone, jeżeli chcemy być nowoczesnym narodem. I nie dlatego to mówię, że pracuję na onkologii, bo nie jestem onkologiem, jestem specjalistą, profesorem chorób wewnętrznych. Ale z punktu widzenia problemów zdrowotnych, moim zdaniem, problemowi nowotworów należy się, jeżeli jesteśmy mądrym narodem, specjalna uwaga. Zresztą tę walkę jesteśmy winni naszym poprzednikom. Nie chcę się powoływać na Curie-Skłodowską, ale ona znacznie wcześniej zauważyła ten problem niż ktokolwiek inny. Polska, jak się patrzy na mapę placówek nowotwo-

rowych, dzięki jej wizji świata, zauważyła ten problem wcześniej, kiedy on rzeczywiście był jeszcze problemem słabo rozwiązywalnym itd.

I wydaje mi się, że tak powinniśmy wszyscy, niezależnie od tego, kto z nas w jakim jest w tej chwili miejscu, ten program postrzegać. To jest ogromny program, ja się z panem zgadzam, dla samorządów, dla społeczności lokalnej. I wydaje mi się, że takim sposobem na przyspieszenie, na to, by ten program trafił pod strzechy, na poziom lokalny, jest właśnie narodowy program walki z rakiem. I takim on powinien być. Jak go umiejscowić, kto go powinien inicjować – to już zależy od panów wiedzy, ale sumień trochę też. I bardzo bym chciał, żebyśmy znowu nie popełnili wszyscy razem grzechu zaniechania. Ten program, już po tak zwanych zaułkach politycznych, tych od mniej więcej...

*(Głos z sali: Sześciu lat.)*

...sześciu lat, tak... Wszyscy są dobrej myśli, ale do tej pory nic z tego nie wyszło. I bardzo by nam było przykro, gdyby także w tej kadencji, szczególnej grupie, która na przykład moim poglądom jest bliska, znowu nic by nie wyszło. Wtedy myślałbym już, że znowu na następne dziesięciolecie coś zaniedbaliśmy, jeśli chodzi o ten wielki program zdrowia społeczności, w której żyjemy.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję panu profesorowi.  
Pani senator Sienkiewicz, proszę.

**Senator Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący, dziękuję wszystkim znakomitym uczonym, którzy przedstawili nam program chorób nowotworowych.

Mimo porażenia tą dawką informacji, zabieram głos, bo sprowokowała mnie do tego wypowiedź mojego znakomitego kolegi, ale z niższej izby parlamentu. Teraz już wyszedł pan poseł Szkop, a więc się do tego nie odniosę.

Pamiętam, że w Sejmie II kadencji był projekt ustawy dotyczącej narodowego programu walki z rakiem. Bardzo żałuję, że tamten Sejm, mimo że przetrwał całą kadencję, nie zdażył się tym zająć, były inne priorytety. I teraz właśnie chcę powiedzieć, że dla mnie jako członka Senatu, dla moich współobywateli, dla moich współziomków, dla mojego kraju takim priorytetem w ochronie zdrowia jest zapobieganie chorobom nowotworowym. To określone zostało przez samo życie, przez tego drugiego w statystyce, a dla niektórych grup wiekowych pierwszego, zdecydowanie pierwszego zabójcę Polaków. Korzystam z wiedzy i fachowości pani doktor Dereń, która siedzi obok mnie. Pani jest ordynatorem oddziału z Torunia, z mojego miasta, które jest w sieci zdrowych miast, a jego samorząd czyni wiele, na przykład zakazując palenia tytoniu w najróżniejszych miejscach, w tym na przystankach autobusowych. Wpływa to na estetykę miasta i na zdrowie mieszkańców. Samorząd Torunia ma wiele projektów zdrowotnych i je realizuje. Powstał ze środków KBN taki interdyscyplinarny ośrodek badań genetycznych i molekularnych, otwarto go przed kilkoma dniami. Dzieje się więc wiele, ale za sprawą grupy osób, ich aktywności i kreatywności, grupy osób, która zasiada w samorządzie lokalnym, czy też dzięki wywieranej presji lub własnym inicjatywom różnych osób.

Chciałabym, to było moim pragnieniem, dodać do tego swój głos, by narodowy program walki z rakiem uzyskał rangę ustawy, bezwzględnie, ponieważ naszą obecność



tutaj określa skuteczność, a skuteczność to stopień osiągania zamierzonego celu. Skuteczność może być częściowa, ale nigdy nie osiągnie tego celu dezyderat, może też być skuteczność całkowita, tę zakładamy, uchwalając ustawy. Istnieje również działanie nieskuteczne i działanie, że tak powiem, przeciwnie skuteczne. I takim przeciwnie skutecznym, szkodliwym działaniem są wszelkie działania pozorne, udające, że coś w tej sprawie zrobiliśmy – wysłuchaliśmy, przyjęliśmy dezyderat, złożyliśmy kolejny dokument, napisaliśmy sprawozdanie. Jestem zdecydowanym przeciwnikiem wszelkich działań nieskutecznych. Toteż chciałabym, czy to będzie inicjatywa rządowa, czy inicjatywa Senatu w postaci narodowego programu walki z rakiem, poprzeć działania skuteczne, a nie te działania, które tylko dają poczucie, iż coś w tej sprawie się uczyniło. Dziękuję.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo pani senator.

Nie widzę więcej zgłaszających się, pomału będziemy kończyć, jeszcze pan prezes Meder.

**Prezes Polskiej Unii Onkologii  
Janusz Meder:**

Chciałbym bardzo podziękować pani za tę wypowiedź. Myślę, że my nie mamy już czasu, za długo już czekamy, proszę państwa. Niejednokrotnie zarzuca mi się emocjonalność w wystąpieniach. Ale tak jest. Od trzydziestu lat pracuję w onkologii, zarówno jako pracownik naukowy, jak i lekarz praktyk, który do dzisiaj selekcjonuje pacjentów w ambulatorium, mimo że upłynęło trzydzieści lat pracy, i biorę na siebie odpowiedzialność, wyznaczając, kto w jakiej kolejności ma mieć zastosowaną radioterapię czy chemioterapię, a wiem o tym, że są kolejki. Ja i moi koledzy niejednokrotnie podpisujemy wyroki śmierci, wiedząc o tym, że za trzy, cztery tygodnie, już nie mówiąc, że za trzy czy cztery miesiące, jak się niejednokrotnie zdarza, pacjent przyjdzie i nie będzie się już kwalifikował do metody, która jeszcze dawała mu szansę w chwili, kiedy zgłosił się po raz pierwszy.

Proszę państwa, zakończę w ten sposób. Naprawdę nie możemy dłużej tracić czasu. I bardzo wszystkim państwa proszę – i mówię to przy okazji spotkań ze wszystkimi grupami parlamentarzystów i z ludźmi, którym zależy na tym, żeby coś zmienić w tym zakresie – żebyśmy już naprawdę dłużej nie czekali. Podczas tych trzech godzin, proszę państwa, naprawdę na nowotwory zachorowało trzydziestu sześciu nowych pacjentów, a dwudziestu siedmiu z tego powodu zmarło. Jeżeli będziemy czekać następne godziny, dni, nie mówiąc o miesiącach, a już, nie daj Boże, latach, to będziemy w sytuacji o wiele gorszej niż dzisiejsza, chociaż dziś naprawdę jest zapaść w leczeniu chorych na nowotwory.

Jeszcze raz wszystkim państwa gorąco proszę o wspólne działania. Tylko razem zwalczymy raka. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję panu prezesowi.

Myślę, że w ten sposób zbliżyliśmy się do końca naszego posiedzenia. I ja, oczywiście nie porywając się na podsumowanie dyskusji, ale próbując wskazać co dalej, powiedziałbym tak. Pan senator Cieślak złożył wniosek, żebyśmy przed następnym posiedzeniem komisji wspólnie zastanowili się nad projektem uchwały, z tym że, tak jak zrozumiałem, uchwały komisji, która będzie...

**Senator Jerzy Cieślak:**

To będzie przygotowana uchwała komisji, ale jako projekt do uchwalenia na plenarnym posiedzeniu Senatu, adresowana do władz wykonawczych i określająca kierunki działania. Bo ma to być konkretna uchwała, a nie cztery zdania ogólnikowo zapisane na stronie maszynopisu. Nie to miałem na myśli, proszę tak nie rozumieć mojej propozycji.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Dziękuję bardzo.

Mamy więc wyjaśnione. To jest pierwszy wniosek. Oczywiście dzisiaj, tak jak pan senator słusznie zauważył, nie bylibyśmy w stanie napisać, trzeba się nad tym troszkę zastanowić, więc to zadanie na następne posiedzenie bądź na jedno z następnych.

I druga konkluzja, pani senator Sienkiewicz, która trochę dalej idzie. Zmierza ona do rozważenia inicjatywy ustawodawczej, którą oczywiście może podjąć rząd, ale może również podjąć Senat. Muszę powiedzieć, że ostatnio przysłuchuję się różnym debatom redakcyjnym i słyszę pytania: po co Senat? Wskazuje się właśnie, że trochę mało jest tych inicjatyw i chyba tego typu inicjatywa jest akurat tym, co mógłby czy powinien inicjować Senat. Ale to też nie na dzisiaj taka decyzja. Trzeba nad tym się zastanowić, wrócić do tego na jednym z najbliższych posiedzeń i w przerwach. Myślę, że niezależnie od tego będzie grupa senatorów działająca na rzecz takiej inicjatywy ustawodawczej.

I chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na pewne argumenty, które padały w dyskusji, a muszę powiedzieć, że ta dyskusja, ten taki przegląd różnego rodzaju danych i wydarzeń, dla mnie osobiście była dodatkowym argumentem za tym, że potrzebna jest ustawa, a nie inny sposób realizowania programu. Ktoś powiedział, że program istnieje od sześciu lat. Dzisiaj po sześciu latach pytamy, czy to ma być ustawa, czy dalej ma być on realizowany tak, jak był realizowany przez te sześć lat. A przez te sześć lat nie był realizowany w takim zakresie, jak byśmy chcieli, choć oczywiście NPZ zawiera ważne elementy tego programu, ale nie zawiera wszystkiego, co powinno się znaleźć w programie narodowym zwalczania raka. Te sześć lat coś pokazuje. Był projekt ustawy, ja też to sobie przypominam, bo jak pani senator przypomniała, byliśmy wówczas parlamentarzystami, ale wtedy ja też miałem trochę inny stosunek do ustawy, do wprowadzania tego ustawą – zaraz powiem, dlaczego miałem wówczas inny stosunek. Ustawa była przygotowana, ustawy nie podjęliśmy, bo mówiliśmy, że inny sposób jest bardziej właściwy. NPZ istnieje od początku lat dziewięćdziesiątych, więc to nie było tak, że później trzecia wersja powstała, było to wcześniej. I okazuje się, że jesteśmy ciągle w miejscu dalece nas niesatysfakcjonującym, odbiegającym od naszych oczekiwań.

I teraz powiem dlaczego – i tu drugi argument – odnosiłem się z rezerwą. Byliśmy wówczas w innym państwie, przed 1998 r. – przed 1 stycznia 1999 r. zaczęły się

wszystkie te nieszczęścia, tak? Byliśmy w innym państwie, w którym nie było dwóch szczebli samorządu, były jedynie gminy i w gestii administracji rządowej szczebla wojewódzkiego pozostawała realizacja polityki zdrowotnej. Dzisiaj państwo stało się daleko bardziej zdecentralizowane niż było wówczas. Zasada decentralizacji państwa pociąga za sobą ograniczenie możliwości i kompetencji władzy centralnej, czyli władza centralna została ograniczona, a władza samorządowa poszczególnych szczebli nie podlega władzy rządowej, podlega prawu, ustawom i swoim mieszkańcom, a jedynie w zakresie legalności prowadzonych działań jest kontrolowana przez administrację rządową. I w związku z tym, jeśli mamy państwo zdecentralizowane, to w jaki sposób realizować politykę? Rząd poprzez swoją bieżącą działalność nie jest w stanie tego zrobić. Przypomnę, że nie tak dawno Najwyższa Izba Kontroli wypominała rządowi, że brakuje podstawy ustawowej do wydatkowania środków na programy polityki zdrowotnej. Czyli w sprawozdaniach NIK jest napisane, że takie duże, poważne programy powinny mieć swoje umocowanie i to umocowanie wyraźne, a nie takie, że tak powiem, podpierane. Więc jeśli mamy zdecentralizowane państwo, to wydatki publiczne, szczególnie te najważniejsze, długofalowe, powinny być określane przez ustawodawcę. I jeśli przy tym jest wielki problem zdrowotny, społeczny i w pewnym sensie polityczny, to wtedy nasuwa się jako naturalny pomysł, żeby rozwiązać go w drodze ustawy. Ona oczywiście nie będzie zawierała szczegółów, o których tu mówimy, w ustawie nie będziemy mówić, jaki skryning robić, co ile lat itd., bo ustawa służy do wprowadzenia programu. To nie jest wielka ustawa, ale program wskaże, co poszczególne władze publiczne mają robić przy wydatkowaniu środków publicznych. Jako podatnik nie opowiadam się za tym, żeby samorząd, a siedzi tu przedstawiciel samorządu, wydawał pieniądze tak, jak sam uzna to za słuszne, bo każda władza publiczna może działać w ramach upoważnień, które daje prawo. To obywatelom wolno robić wszystko, a władza może robić tylko to, do czego ma upoważnienie ustawowe. Tutaj powinno być więc to upoważnienie bardziej precyzyjne, niż jest w dzisiejszym ustawodawstwie. I tu ja się z panem całkowicie zgadzam, bo jeśli jest to zapisane tak ogólnie jak dzisiaj, to jak gdyby wcale nie było zapisane. A jest to bardziej ogólne niż w konstytucji. W ustawach kompetencje samorządów w zakresie ochrony zdrowia są bardziej ogólnie zapisane niż w art. 63 konstytucji, co pokazuje, że coś jest nie tak.

Dzisiaj mówimy o zwalczaniu chorób nowotworowych, więc warto ten szczególny cel wskazać. Zastanowimy się w najbliższych tygodniach, jak to zrobić. Uchwała... Myślę, że komisja przyjmie propozycję pana senatora Cieślaka, jak przygotujemy konkretny projekt, a panią senator Sienkiewicz chyba zaprosimy.

### **Senator Jerzy Cieślak:**

Uchwała nie zamyka drogi do regulacji ustawowej. Proszę państwa, bądźmy realistami. Uchwała – kilkanaście dni trwa jej przygotowanie, kilka tygodni uchwalenie i skierowanie do realizacji, a potem już kontrolowanie, co kilkanaście tygodni powracanie do niej, monitorowanie, jak władze wykonawcze ją realizują. Ustawa zaś to cały proces legislacyjny. Wiecie państwo, jak się ustawy rodzą w komisjach, w podkomisjach, przechodzą przez dwie izby parlamentu, często wracają, jest to więc taka dłuższa perspektywa czasowa. Uchwała nie wyklucza ustawy. Sądzę więc, że jeżeli na ustawę potrzebujemy długiego okresu legislacji, to nie powinniśmy rezygnować z tego doraźnego celu, jakim jest uchwała i zwrócenie uwagi władz wykonawczych oraz samorzą-

dów na problem, o którym dzisiaj mówiliśmy, który istnieje i który powinien być rozwiązywany przez wszystkich. A uchwała powinna właśnie wskazać drogi rozwiązania i stanowić rodzaj zobowiązania.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Czyli takie są dzisiejsze konkluzje.

Jeszcze pani senator Krzyżanowska, proszę bardzo.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Nam, członkom Senatu, sugerowałabym, naturalnie to już w gronie komisji, żeby jednak próbować, by to poszło w kierunku całości Senatu, a nie tylko uchwały komisji.

*(Przewodniczący Marek Balicki: Tak pan senator mówił).*

Przepraszam, musiałam na chwilę wyjść. Wtedy rzeczywiście ma to jakąś dużą wagę, a jak to będzie tylko sprawa komisji... Ja jestem pesymistką, przepraszam, masę uchwał podejmujemy, bardzo wspaniałych i bardzo mądrych, tylko że one mają stosunkowo mały oddźwięk w praktyce.

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Ale ta uwaga nie dotyczy Senatu...

*(Senator Olga Krzyżanowska: Ja byłam dotychczas w Sejmie, więc proszę tego nie brać do siebie.)*

...bo Senat podejmuje uchwały bardzo ostrożnie i tylko w sprawach niezwyklej wagi czy niezwyklej aktualności.

Czyli wnioski są takie. Po pierwsze: przygotowanie projektu uchwały i prezydium komisji, a zaproszono panią senator Sienkiewicz, jeśli wyrazi zgodę, przygotowuje odpowiedni projekt, który będzie dyskutowany na jednym z najbliższych posiedzeń. Po drugie: rozważymy, w jaki sposób podejść do inicjatywy ustawodawczej. To oczywiście wymaga pewnego przygotowania, potwierdzenia jeszcze deklaracji premiera Belki, który, jak się wydaje, sprzyja tego typu ustawie i nie będzie sprzeciwu ze strony rządu. Minister zdrowia wypowiedział się w tej sprawie, też w zasadzie poparł, na takim dużym spotkaniu u pana prezydenta. Po takim zorientowaniu się w stanowiskach poszczególnych resortów i rządu, myślę, że będzie można do tego wrócić, a na pewno senatorowie także indywidualnie będą się na tym skupiać i nad tym pracować.

Chciałbym bardzo podziękować wszystkim gościom, panu ministrowi, przedstawicielom środowiska onkologicznego z panem profesorem Nowackim, dyrektorem Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie. W przeddzień siedemdziesiątej rocznicy przyjęcia pierwszego pacjenta chciałbym złożyć gratulacje, myślę, że w imieniu całej komisji, instytutowi i całemu środowisku. Chciałbym też podziękować za przedstawione referaty, również przedstawicielom innych instytucji, bo pan doktor Goryński reprezentuje Państwowy Zakład Higieny. Myślę – i to może być optymistyczne zakończenie – że niebawem będziemy mieli okazję do spotkania się przy okazji prac senackich, bądź to nad uchwałą, bądź to nad bardziej twardym aktem, jakim jest projekt ustawy. Dziękuję paniom senator i panom senatorom oraz wszystkim zaproszonym gościom.

Zamykam posiedzenie komisji, jeśli chodzi o tę część nieorganizacyjną. Dziękuję wszystkim gościom.

Po dwóch minutach przerwy jeszcze się spotkamy, więc proszę panie senator i panów senatorów o pozostanie.

*(Przerwa w obradach)*

**Przewodniczący Marek Balicki:**

Mam dwie sprawy: jedna o charakterze organizacyjnym, a druga to krótka informacja pani senator Sienkiewicz na temat...

*(Senator Krystyna Sienkiewicz: Nie, to na następnym posiedzeniu.)*

Na następnym, tak? Aha, dobrze.

Pierwsza jednak jest ważna, bo trzeba coś zrobić, o czymś zadecydować. Mia nowicie, wpłynęło zaproszenie na takie Europejskie Forum Zdrowia, które odbędzie się w Austrii, 25–28 września, w okolicy Salzburga, i jest pytanie o zainteresowanych, którzy reprezentowaliby Senat. To jest konferencja, w której biorą udział przedstawiciele różnych szczebli, między innymi parlamentarzyści, odpowiedzialni za politykę zdrowotną czy przedstawiciele kas chorych i urzędów.

*(Senator Jerzy Cieślak: Język angielski, niemiecki, francuski, ale jak piszą, również hiszpański i włoski.)*

Program konferencji, dosyć obszernie opisany, jest dostępny w sekretariacie komisji. Myślę, że będzie to interesujące seminarium i dobrze byłoby, gdyby ktoś z członków komisji zdecydował się na ten wyjazd. Prosiłbym o przejrzenie programu i po jakimś czasie danie sygnału, myślę, że w przeciągu dwóch tygodni, więc jeśli do najbliższego posiedzenia Senatu byłaby decyzja, to byłoby dobrze.

I teraz jeszcze sprawy organizacyjne. Po następnym posiedzeniu Senatu – 4, 5 i 6 czerwca – będziemy mieli do zrobienia trzy ustawy. I jaki jest, Pani Kasiu, orientacyjny termin posiedzenia komisji? Prawdopodobnie trzynastego, to chyba jest czwartek. I jedna z tych ustaw dotyczy nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, to jest ta ustawa wprowadzająca inny sposób powoływania kas chorych.

*(Głos z sali: Doraźna, ale ważna.)*

Istotna ustawa, tak. Czyli trzynastego i chyba o godzinie 9.00, mniej więcej.

*(Głos z sali: O 10.00.)*

Godzina 10.00, tak? Czyli mniej więcej o 10.00. Jeszcze zobaczymy, co Biuro Legislacyjne nam powie, ile to czasu może potrwać, ale dzień chyba już się nie zmieni.

I tego samego dnia o godzinie 16.00, będzie o tym też informacja pisemna, w Sejmie odbędzie się spotkanie związane z dziesiątą rocznicą powstania Kolegium Medycyny Rodzinnej, które zostało założone dziesięć lat temu, właśnie w Sejmie, w górnej palarni, więc jeśli ktoś miałby ochotę, to już teraz uprzedzam, że takie dwu-, trzygodzinne spotkanie z częścią panelową dotyczącą przyszłości medycyny rodzinnej i podstawowych spraw się odbędzie. Będzie tam reprezentowane środowisko, w panelu wezmą udział również posłowie. I to się zacznie o godzinie 16.00, tak to wstępnie zostało ustalone i też będzie trzynastego.

I tyle spraw organizacyjnych. Coś jeszcze?

*(Głos z sali: O tej bioetyce?)*

Aha, to też jest ważna sprawa, dziękuję za przypomnienie. W ubiegłej kadencji komisja nauki, ona wtedy nazywała się Komisją Nauki i Edukacji Narodowej, a teraz jest jeszcze w nazwie „i Sportu”, przygotowała projekt ustawy o Komitecie Bioetycznym. I teraz Komisja Nauki, Edukacji i Sportu wróciła do prac nad inicjatywą legislacyjną i to dosyć takich intensywnych, jak wynikało z zamierzeń przewodniczącego Żenkiewicza, z którym rozmawialiśmy. Jednocześnie zwrócił się do mnie sekretarz generalny UNESCO z wnioskiem, żeby Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia wróciła do problemu z poprzedniej kadencji. Ja się w tej sprawie z nim spotkałem, następne spotkanie jest umówione chyba na środę, gdzieś na 4, 5 czerwca, i ponieważ komisja Nauki, Edukacji i Sportu dosyć intensywnie przystąpiła do prac, więc jest potrzeba, tak mi się wydaje, żebyśmy skoordynowali działania. Spotkałem się też w towarzystwie pani senator Stradomskiej z przewodniczącym Żenkiewiczem i uzgodniliśmy, że będziemy razem nad tym pracować, bo głównym obszarem naszego działania jest pacjent i medycyna, czyli to, co mieści się w obszarze zainteresowań komitetu bioetycznego. Dlatego jesteśmy zobowiązani do tego, żeby w tym uczestniczyć czy nawet bardzo uczestniczyć. W Komisji Nauki, Edukacji i Sportu został powołany trzyosobowy zespół z panią senator Stradomską, senatorem Bułką i, nie pamiętam, chyba senator Popiołek jako trzecią. Po porozumieniu z panem przewodniczącym Cieślakiem złożyłem taką propozycję chyba senatorowi Pawłowskiemu, by z naszej strony brał w tym udział, on chętnie na to przystał. Jest pani senator Stradomska, ja też jestem osobiście zainteresowany i jeśli ktoś z państwa chciałby się jeszcze dołączyć do takiego zespołu, który przygotowałby działania po tym spotkaniu z UNESCO za dwa tygodnie, to bardzo proszę o zgłoszenie się. Myślę, że na razie nie będziemy tego formalizować, zobaczymy, jak będą przebiegać prace, na razie nie ma potrzeby tworzenia podkomisji, a jak będzie taka potrzeba, to wtedy taką propozycję złożymy. Czyli, jak by ktoś był zainteresowany, to zapraszam w środę, o godzinie 14.00, w czasie najbliższego posiedzenia. Pewno się nie zmieścimy w prezydium, trzeba będzie zarezerwować na ten czas jakąś salę. Czyli: o godzinie 14.00 w środę 5 czerwca.

Ja nie mam więcej spraw. Jeśli nikt z pań i panów nie ma, to bardzo dziękuję.

Teraz już na pewno zamykam posiedzenie komisji.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 17)*



