



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(947)**

116. posiedzenie  
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia  
w dniu 14 października 2003 r.

V kadencja

Wczesne rozpoznanie raka piersi szansą na pokonanie choroby.

*(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 07)*

*(Posiedzeniu przewodniczą zastępca przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz oraz senator Olga Krzyżanowska)*

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Teraz przynajmniej lekko ściszamy rozmowy, ponieważ chcę uroczyście otworzyć sto szesnaste posiedzenie senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Dzisiejsze posiedzenie ma szczególny charakter ze względu na temat, któremu jest poświęcone, ze względu na problem, którym zajmą się senatorowie wespół z zaproszonymi gośćmi, znakomitościami w dziedzinach medycyny i mediów. W dzisiejszym porządku obrad komisji jest przewidziany tylko jeden temat: wczesne rozpoznanie raka piersi szansą na pokonanie choroby. To posiedzenie jest kontynuacją cyklu posiedzeń poświęconych sprawie uchwalenia Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Uchwalenie tego programu zostało zainicjowane przez komisję senacką. Następnie Senat nadał mu rangę prawną, przyjmując uchwałę, która została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Zaś dzisiejsze posiedzenie, jak powiedziałam, jest tego ciągiem dalszym.

Debatowanie nad drugim w kolejności zabójcą Polaków, jakim są choroby nowotworowe, rozpoczęło się pod wpływem czy z inspiracji Polskiej Unii Onkologii oraz dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pana Marka Nowackiego. Zaś inicjatorką dzisiejszego posiedzenia i pomysłodawczynią takiego właśnie sposobu przeprowadzenia dyskusji o wczesnym wykrywaniu raka piersi, jako szansie na pokonanie choroby i przepustce do życia, jest pani senator Olga Krzyżanowska.

A zatem, oddając pani senator należne honory, bardzo proszę o zajęcie należnego pani miejsca i o poprowadzenie tej części posiedzenia komisji.

*(Przewodnictwo obrad obejmuje senator Olga Krzyżanowska)*

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Dzień dobry, państwu.

Ja tu występuję w pewnym sensie w podwójnej roli: jako jedna z członkiń Stowarzyszenia „Różowa wstążka” – może dlatego te sprawy są mi bliskie – i jednocześnie jako lekarz i członek senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Zanim jednak przejdę do rzeczy, chcę powiedzieć o kilku ogólnych sprawach. Naturalnie może państwa dziwić, że zajmujemy się tylko jedną z wielu dramatycznych chorób nowotworowych. Uważamy jednak, że po prostu jest to doskonały przykład

---

tego, jakie efekty w podnoszeniu świadomości społeczeństwa dają takie działania profilaktyczne, w których współpracują lekarze, prasa i urzędy. Nie chcemy powiedzieć, że tylko rak piersi jest dramatycznym problemem, jeśli chodzi o polską onkologię. Po prostu uważamy, że ta choroba może być przykładem dla lekarzy i pielęgniarek, ale przede wszystkim dla pacjentów, którzy dotychczas jakby zwracali za mało uwagi na to, że trzeba wcześniej reagować, żeby uratować własne życie.

Proszę państwa, ja chcę powtórzyć to, co mówiła pani przewodnicząca. Rzeczywiście senacka komisja zdrowia, z inicjatywy pana senatora Balickiego, jej ówczesnego przewodniczącego, już się zajmowała problemem onkologii. Ta tematyka jest więc może nie tyle w centrum uwagi, bo istnieje również wiele innych ważnych i dramatycznych spraw, ale że tak powiem, w polu widzenia komisji.

Teraz chcę zaproponować porządek obrad. Zgodzili się wystąpić z krótkimi referatami w swojej dziedzinie: pan doktor Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, pan profesor Cezary Szczylik, przewodniczący Komisji Legislacyjnej Polskiej Unii Onkologii, pan doktor Tadeusz Pieńkowski z Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, zajmujący się leczeniem właśnie raka piersi, i pani Elżbieta Kozik z Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonek”. Zwróciliśmy się do tych osób z prośbą o krótkie, nie dłuższe niż dziesięciominutowe wystąpienia. Następnie zaś chcemy otworzyć dyskusję, która dotyczyłaby – jeżeli wolno sugerować, bo oczywiście każdy może dowolnie się wypowiadać – dwóch spraw. Po pierwsze, jakie mamy kłopoty i osiągnięcia w tej dziedzinie. Po drugie, jaka jest świadomość społeczna tego problemu i co się dzieje – przepraszam za to bardzo skrótowe określenie – na prowincji. Bo zawsze trochę się niepokoiśmy, że to wszystko się dzieje tylko w dużych miastach, to znaczy badania i działalność klubów. Jak państwo myślą, czy poza klubami amazoнок – bo o nich wiemy, że działają – istnieją inne organizacje i czy są podejmowane działania, by uświadamiać, że trzeba wcześniej się badać i że nie można przed tymi badaniami uciekać, bo one mogą uratować nam życie?

Jeżeli więc jest zgoda na taki porządek obrad, to jako pierwszego proszę o zabranie głosu pana doktora Janusza Medera.

Proszę bardzo.

**Prezes Polskiej Unii Onkologii  
Janusz Meder:**

Rozumiem, że można mówić na siedząco, tak?

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowna Pani Senator! Szanowni Państwo! Dostojni Goście!

Jest to dla mnie wielki zaszczyt i honor rozpoczynać tę sesję i zabierać głos jako pierwszy – przyjmuję to z wielką pokorą. Tak jak powiedziała pani senator, rak piersi jest tym rodzajem nowotworu, w zakresie walki z którym zrobiono tak wiele i to nie tylko dzięki fachowym siłom medycznym, lecz również dzięki samym chorującym i stowarzyszeniom, które powstały. Byłoby wręcz nietaktem mówić zbyt wiele o ruchu amazoнок „Europa Donna”, bo wszyscy doskonale go znamy, między innymi dzięki wspaniałej współpracy z mediami: z prasą, z radiem i z telewizją.

Chcę powiedzieć, że to, co zrobiono w celu wczesnego wykrywania raka piersi, rzeczywiście jest dobrym przykładem – co nie znaczy, że nie zostało tu jeszcze bardzo

wiele do zrobienia. Ale godna naśladowania jest również działalność Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, która dostrzega wagę tego problemu. Weźmy jako przykład chociażby już blisko trzyletnie istnienie Polskiej Unii Onkologii. Przecież pan senator Balicki był jednym z jej współzałożycieli i pierwszych członków. Ponadto dzięki jego inicjatywie i pracy w listopadzie zeszłego roku doszło do podjęcia senackiej uchwały, która jest absolutnie zgodna z dążeniami Polskiej Unii Onkologii. Wydaje się więc, że nastąpił bardzo ważny etap w dążeniu Polskiej Unii Onkologii, występującej w imieniu wszystkich obywateli naszego kraju, zarówno lekarzy, jak i pacjentów, o ustanowienie Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, jako jedynego sposobu zmiany dramatycznej sytuacji w polskiej onkologii i hematologii.

Chcę powiedzieć, że jest mi szczególnie miło, iż widzę na tej sali pana ministra Kuszewskiego, który bardzo aktywnie współdziałał z Radą Naukową Polskiej Unii Onkologii i który ma też zasługi w pracach nad tworzeniem narodowego programu.

Proszę państwa, naszym dramatem jest to, że po blisko trzech latach działalności Polskiej Unii Onkologii oraz intensywnej charytatywnej i społecznej pracy wielu ludzi, zresztą bardzo utytułowanych, ekspertów w dziedzinie onkologii i hematologii, niestety jakby stanęliśmy przed murem. Trudno jest o tym mówić akurat tu, w Senacie, gdzie uzyskaliśmy aprobatę i zielone światło dla naszej działalności – tutaj się rozumie, że jest to problem ogólnospołeczny i ogólnonarodowy.

Ale muszę powiedzieć, że smuci to, iż wtedy, kiedy przed trzema laty podejmowano tę bardzo ważną decyzję, para prezydencka... Było to w związku z wielkim szczytem onkologicznym w Paryżu, gdzie prezydent Francji i prezydent UNESCO wystąpili z apelem do przywódców wszystkich krajów o podjęcie maksymalnych i intensywnych starań o stworzenie narodowych programów walki z chorobami nowotworowymi ze względu na zagrożenie, jakie one niosą dla całego świata.

Zacytuję tutaj najświeższe dane z ostatniego kongresu onkologów w Kopenhadze. Raport WHO jest jeszcze bardziej przerażający w swojej wymowie niż był trzy lata temu. Nie chodzi już tylko o to, że nowotwory w latach 2006–2008 staną się głównymi zabójcami ludzi, niezależnie od miejsca na świecie – już nie będą to choroby kardiologiczne. I nikt nic na to nie poradzi – bieg wydarzeń będzie właśnie taki. Ale chodzi o to, że wyraźnie wypunktowano, jak wielka przepaść dzieli kraje Europy Środkowo-wschodniej od krajów Europy Zachodniej czy Unii Europejskiej. Wystarczyły trzy lata – czyli tyle, ile działa Polska Unia Onkologii – żeby sytuacja uległa pogorszeniu.

W sprawy dotyczące tworzenia projektu Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych zaangażowani byli również minister finansów i minister zdrowia. Na posiedzeniach niejednokrotnie była obecna para prezydencka. Ale do tej pory w zasadzie nie zaszło nic takiego, co budziłoby jakikolwiek optymizm, że ten program wreszcie zaistnieje. My jednak wciąż mamy wielką nadzieję i oczywiście nie zaprzestaniemy naszej działalności tylko dlatego, że piętżą się trudności. Zdajemy sobie sprawę, że nawet najbogatszych krajów nie stać na zapewnienie finansowania wszystkich procedur onkologicznych, a co dopiero tych krajów biedniejszych, do jakich my się zaliczamy. Ale z drugiej strony to hańba dla polskiej medycyny i polskiej onkologii, że w naszym kraju kobiety umierają na zaawansowanego raka szyjki macicy. Coś jest nie tak. Przecież chodzi tu o badanie, można powiedzieć, najprostsze i najtańsze spośród innych, które służą wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych. Sytuacja taka jak obecnie

jest po prostu niedopuszczalna. Myślę, że jest to przykład skrajnie różny od poprzedniego, czyli zwalczania raka piersi i uzyskania możliwości jego wczesnego wykrywania. Rak szyjki macicy jest jakby drugą skrajnością, bo z tym nowotworem, który również atakuje kobiety, niestety sobie nie poradzono, mimo że jest już tyle lat po wojnie.

Kończąc swoje wystąpienie, chcę bardzo prosić wszystkich państwa o wysłuchanie mojego apelu. Jesteśmy w przededniu, naszym zdaniem, ważnego wydarzenia, mianowicie 18 października, w najbliższą sobotę, o godzinie 12 w Warszawie i w dziesięciu innych większych miastach odbędą się marsze nadziei pod hasłem Polskiej Unii Onkologii: „Razem pokonamy raka”. To hasło wyraża niezmiernie istotne przesłanie, że każdy z nas, niezależnie od zawodu, wyznania i wieku, ma do spełnienia coś bardzo ważnego na rzecz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Bo absolutnie potrzebny jest społeczny lobbing i poparcie, które moim zdaniem w końcu wymusi na decydentach właściwe decyzje. Dłużej już nie można czekać!

Wdrożenie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych – koszt wstępny ma wynieść 200 milionów zł – i jego realizacja w ciągu najbliższych dziesięciu, piętnastu lat przyniesie podwojenie liczby wyleczeń chorych na nowotwory w Polsce, głównie za sprawą wczesnego rozpoznawania choroby i szerzenia oświaty zdrowotnej, a w tym propagowania właściwego trybu życia – bo zasadniczo chodzi o to, żeby w ogóle nie dopuszczać do zachorowań na nowotwory.

Wiemy, że teraz na naszych barkach spoczywa odpowiedzialność za to, co będzie się działo z walką z chorobami nowotworowymi w Polsce. A zatem do wszystkich państwa kieruję zaproszenie do uczestniczenia w tym marszu. Chodzi o to, żeby przyjść ze swoimi znajomymi, ze swoimi rodzinami i starać w jednym szeregu z ozdrowieńcami, nierzadko ludźmi o publicznym wizerunku, którzy przyjdą właśnie po to, żeby zademonstrować: tak, idziemy z wami, też tego doświadczaliśmy w swoim życiu, przeszliśmy nierzadko bardzo ciężką w realiach polskiej medycyny ścieżkę zdrowia, ale wróciliśmy do zawodu, do rodziny, jesteśmy z wami, jesteśmy przykładem, że z chorobą nowotworową można wygrać.

Naszym zadaniem, jako społeczeństwa, jest dopomożenie, żeby wreszcie w Polsce zaistniał Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, gwarantowany ustawą sejmową. I bardzo wszystkich państwa proszę, żebyśmy wzmogli wszelkie wysiłki na rzecz tego programu.

Bardzo dziękuję za umożliwienie mi zabrania głosu na dzisiejszym spotkaniu.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Dziękuję bardzo, Panie Doktorze.

Proszę bardzo o zabranie głosu, pana profesora Cezarego Szczylika.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**Przewodniczący Komisji Legislacyjnej  
w Polskiej Unii Onkologii  
Cezary Szczylik:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo się cieszę, że mogę coś powiedzieć, choć boję się, że będą to bardzo niepopularne rzeczy. Myślę jednak, że kiedy się spotykamy i rozmawiamy o proble-

mach, które się przed nami piętrzą, to w zalewie słów i dokumentów znikają sprawy najważniejsze. Mam takie wrażenie, ponieważ jako przewodniczący Komisji Legislacyjnej PUO muszę ze smutkiem patrzeć, jak żółkną kartki dojrzałego, dobrze sporządzonego dokumentu. Nie wiem, czy on jest sporządzony na papierze kwasowym czy nie, jednak ten kwasowy szybciej się degraduje. I tak naprawdę to ten dokument nie dotyczy sytuacji polskiej onkologii, tylko sytuacji pacjentów z chorobą nowotworową – i o tym problemie chcę powiedzieć.

W 2002 r. w europejskim piśmie onkologicznym ukazało się opracowanie traktujące o zachorowalności na nowotwory sporządzone na podstawie badań dostarczonych przez narodowe instytuty rakowe z Europy. I co się okazuje? Okazuje się, że uwagę autorów wzbudził nie tyle poziom opieki medycznej w Polsce, ile to, że występuje u nas pewien fenomen epidemiologiczny. Otóż różnica w obserwowanej i opisanej zachorowalności na nowotwory pomiędzy południową Szwecją a Polską jest czterokrotna, co jest swoistym fenomenem. Prawdopodobnie – i takie są konkluzje autorów – mamy tu do czynienia ze zjawiskiem niedoszacowania zachorowań na terenie Polski, gdyż odległość kilkuset kilometrów, mówię o szerokości Bałtyku w tym miejscu, nie tłumaczy tej wręcz przepastnej różnicy w liczbie zachorowań. Tym bardziej że Szwecja nie jest krajem o dużo bardziej zanieczyszczonym środowisku niż Polska.

Sytuacja w Polsce wygląda tak, że według oficjalnych danych – tylko przypomnę, że nasze ostatnie oficjalne dane pochodzą z 1996 r., podczas gdy rejestr czeski opublikowany...

Panie Profesorze, czy się mylę?

(*Głos z sali*: Myli się pan profesor. Z 2000 r.)

Z 2000 r. A, więc to się poprawiło, już jest optymistyczny akcent. Ale polskie dane, na których można się oprzeć, z reguły dotyczą lat bieżących, a zatem są danymi niedoszacowanymi. Jest to związane w pewnym sensie z funkcjonowaniem systemu i adaptowaniem go do współczesności. Ale nie tylko. Przypomnę tutaj moją rozmowę sprzed dwóch tygodni z bardzo wysoko postawionym urzędnikiem akademii medycznej w jednym z większych miast w Polsce, który powiedział, że ich klinika, która jest kliniką internistyczną, w ogóle nie zgłasza tego typu zachorowań. Po prostu. I to jest człowiek z tytułem profesorskim i kierownik wiodącej placówki. To dowodzi, z politycznego punktu widzenia, że my nie jesteśmy w stanie oszacować skali tego zjawiska.

Moje wystąpienie dotyczy również tak zwanych rozwiązań systemowych. Otóż myślę, że jeżeli rozumiejąca tę sytuację komisja senacka proponuje pewne rozwiązania w Sejmie, to powinien być pewien system gwiazdkowania czy frankowania, czyli oceny ich ważności. Żeby później tak poważna instytucja, jaką jest Sejm Rzeczypospolitej, mogła ocenić, czy zakup wieży do transportera opancerzonego za 500 milionów zł jest problemem z punktu widzenia społeczeństwa ważniejszym niż Narodowy Program Walki z Rakiem – którego do dzisiejszego dnia się nie doczekaliśmy. Myślę, że to jest błąd systemowy, polityczny. Trudno mi powiedzieć, co kieruje takimi decyzjami, w których interesy społeczne są rozpoznawane, że tak powiem, w czasie rzeczywistym, doraźnie. Proszę mi wybaczyć, ale jestem lekarzem i codziennie muszę odmawiać leczenia niektórymi lekami, które są lekami z wyboru. Jednocześnie zaś widzę, że na pierwszych stronach gazet widnieje problem wieży do transportera. To jest jakiś absurd, którego jako obywatel i jako lekarz nie potrafię pojąć. W związku z tym mam pewną propozycję. Jako onkolog wnoszę, żeby wprowa-

dzić system gwiazdkowania, tak jak w przypadku hoteli, pięciogwiazdkowe, jedno-gwiazdkowe... Chodzi o to, żeby propozycje były rozpatrywane z punktu widzenia rzeczywistego społecznego znaczenia określonego problemu.

Chociaż zachorowań na wszystkie nowotwory jest sto dwadzieścia tysięcy rocznie, to do raka piersi podchodzimy szczególnie emocjonalnie. Szacuje się bowiem, że obecnie jest około dwunastu tysięcy tego typu zachorowań rocznie przy stałej tendencji wzrostowej, zaś efektywność naszego postępowania to jest zaledwie 30% ocalonych kobiet. A przecież jest to nowotwór, który stanowi, powiedziałbym, akademicki problem, ponieważ jego wczesne rozpoznanie pozwala na całkowite wyleczenie pacjentki.

Na tej sali znajduje się wiele osób, z którymi od siedmiu czy ośmiu lat mam zaszczyt i przyjemność współpracować w ramach ruchu społecznego do walki z rakiem piersi. Bardzo wam wszystkim dziękuję i jestem rzeczywiście poruszony tym, że wszyscy tutaj jesteście. Nie widzę tylko pani redaktor Kaszuby i oczywiście pani prezydentowej, która bardzo dużo zrobiła w tej sprawie. Chcę powiedzieć, że postęp, który się dokonał w leczeniu i w rozpoznawaniu wczesnego raka piersi, nie jest sukcesem budżetowym – to jest sukces ruchu społecznego. Dlatego że nie ma żadnego zapisu, który by mówił o tym, że państwo podjęło tak istotny problem, jak walka z nowotworami – ja mówię o raku piersi, pan doktor Meder mówił o raku szyjki macicy.

Problem raka szyjki macicy jest o tyle ciekawy, że w Polsce rocznie jest trzy tysiące zgonów z powodu tego nowotworu. Tymczasem w pięciomilionowej Finlandii, proszę państwa, jest tych zgonów dwanaście. A przecież kiedyś był to kraj przodujący, jeżeli chodzi o umieralność na raka szyjki macicy. Ale wprowadzono tam rozwiązania systemowe i przestały umierać setki kobiet. Ekstrapolując te wyniki, uzyskane dzięki efektywności polityki fińskiej w walce z tym nowotworem, okazuje się, że w Polsce powinno umierać na raka szyjki macicy od dwustu pięćdziesięciu do trzystu kobiet rocznie. Są to dane, które mówią, że prowadząc określoną politykę systemową, jesteśmy w stanie wygrać z chorobą nowotworową – nie w sensie walki z potworem, tylko w sensie spójnienia pacjentom w oczy i uczciwego powiedzenia, że my jesteśmy w stanie to zrobić.

Chcę podkreślić jeszcze jedną rzecz, bardzo istotną, ponieważ tutaj wśród nas jest wielu wybitnych naukowców i lekarzy zajmujących się leczeniem chorób nowotworowych. W Polsce jest około dziewięciuset onkologów – nie wiem, czy te dane się zmieniły w jakiś istotny sposób, ale myślę, że chyba nie. I to jest grupa ludzi predestynowana do leczenia rozpoznanej choroby nowotworowej. Zaś grupą ludzi, która ma rozpoznawać tę chorobę i wychwytywać takie przypadki, są lekarze pracujący we wszystkich innych niż onkologiczne placówkach służby zdrowia, lekarze pierwszego kontaktu, lekarze w akademiach medycznych itd. A zatem praktycznie wszędzie, gdzie dochodzi do pierwszego spotkania pacjenta z lekarzem, lekarze muszą być uwrażliwieni na fakt, że pierwszą rzeczą, którą muszą zrobić w swojej pracy z pacjentem, jest wykluczenie obecności nowotworu. Jednak do tego, żeby lekarze pierwszego kontaktu zostali zmuszeni do takiego postępowania nie wystarczy zachęta. Jak już dowiedli Finowie, muszą istnieć rozwiązania, które nałożą na nich taki obowiązek. Lekarz pierwszego kontaktu nie może przeoczyć takiego przypadku. Do mnie, do onkologa, trafia pacjent z rozpoznaną chorobą i ja mam go leczyć, a do lekarza pierwszego kontaktu trafia chory, który w ogóle nie podejrzewa u siebie nowotworu. Jak uczy życie, nikt z nas nie bierze pod uwagę, że może zachorować na nowotwór, żadnemu z nas to nie przychodzi do głowy. Ale lekarz pierwszego kontaktu musi mieć obowiązek wyelimi-



nowania takiego rozpoznania. A więc jest to sprawa wprowadzenia przez państwo rozwiązania systemowego i zbudowania szczelnego systemu wczesnego rozpoznawania nowotworów. My, jako onkolodzy, możemy tu być tylko i wyłącznie doradcami.

Stąd właśnie postulat Polskiej Unii Onkologii, żeby jak najszybciej powołać do życia narodową instytucję, która będzie się zajmowała koordynowaniem walki z rakiem – to jest niesłychanie istotne. Nasze środowisko apelowało również do rektorów akademii medycznych i kierowników studiów podyplomowych, aby podczas nauczania o nowotworach uwrażliwiać na fakt, że lekarz pierwszego kontaktu może być tym, który podaruje pacjentowi życie, i że jest to niesłychanie istotne.

Na zakończenie chcę powiedzieć jeszcze o dwóch rzeczach. Po pierwsze, jesteśmy lekarzami, którzy zaczynają pracować w jakichś pewexach czy sklepach za żółtymi firankami, bo jesteśmy postawieni w takiej sytuacji, że tylko dla nielicznych dostajemy leki, którymi możemy walczyć z chorobą nowotworową. Po drugie, jeden przypadek zachorowania na nowotwór oznacza, że pięć osób z otoczenia chorego jest konfrontowane z tą tragedią, a to jest sześćset tysięcy osób rocznie, czyli trzy miliony ludzi w rachunku pięcioletnim, kumulacyjnym. Tymczasem wciąż nie mamy systemu, który mógłby się temu w sposób realny przeciwstawić. Dziękuję bardzo.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana docenta Tadeusza Pieńkowskiego z instytutu onkologii.

**Kierownik Kliniki Nowotworów Piersi  
i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii  
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Tadeusz Pieńkowski:**

Dzień dobry.

Panie Senator! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Przygotowałem prezentację, która składa się z trzech części. Dwie z nich są poświęcone skriningowi, a jedna – zapobieganiu nowotworom oraz pewnym konkluzjom końcowym. Ta prezentacja jest rozpisana na głosy.

Chcę prosić, żeby najpierw zabrała głos pani doktor Wesołowska, która zajmuje się skriningiem raka piersi, a później pani doktor Nagadowska, która jest chirurgiem onkologiem od lat zajmującym się leczeniem kobiet chorych na raka piersi. Bardzo proszę.

**Kierownik Pracowni Mammograficznej  
w Zakładzie Radiodiagnostyki w Centrum Onkologii  
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Ewa Wesołowska:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Nie chcę epatować liczbami, ale muszę powiedzieć, że rak piersi jest najczęstszym nowotworem u polskich kobiet, stanowi około 20% wszystkich nowotworów zb-

śliwych, czyli co piętnasta Polaka choruje na raka piersi, a obserwowana tendencja wzrostowa zachorowań sprawi, że będzie to jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych w Polsce w XXI wieku. Rak piersi zajmuje pierwsze miejsce wśród nowotworów u kobiet. Tak jak mówił pan profesor Szczylik, szacuje się, że jest około dwanaście tysięcy nowych zachorowań rocznie i połowa tych kobiet umiera. Jest to główna przyczyna zgonu kobiet powyżej trzydziestego piątego roku życia. Dodatkowo w naszym kraju występuje wyjątkowo niekorzystny rozkład epidemiologiczny. Ponad połowa nowo rozpoznanych przypadków są to stadia zaawansowane, bez szans na wyleczenie. Proszę spojrzeć, rak zaawansowany – do 30% wyleczeń. Chodzi więc o to, by wykrywać wczesnego, małego raka piersi, poniżej 1 cm, bo wówczas mamy rzeczywistą szansę na wyleczenie pacjentki.

Jest to choroba o złożonej etiopatogenezie i nieokreślonej etiologii, dlatego trudno jest mówić o pierwotnej prewencji, czyli o zapobieganiu. Istotne znaczenie ma tak zwana profilaktyka wtórna, czyli wczesne wykrywanie. Jeżeli wcześniej wykryjemy raka piersi, mamy szansę na skuteczne leczenie.

Udowodniono, że istnieje metoda pozwalająca na obniżenie umieralności chorych na ten nowotwór. Są to masowe, populacyjne badania skringowe, czyli przesiewowe, w których testem jest mammografia.

Przedstawię państwu jedno z wielu wyników randomizowanych badań klinicznych, porównujących umieralność z powodu raka piersi w populacjach kobiet poddanych i niepoddanych skringowi. Proszę spojrzeć, w tym pierwszym przypadku jest obniżenie umieralności o ponad 40% w grupie kobiet między czterdziestym a siedemdziesiątym czwartym rokiem życia.

Jednak aby nasza działalność miała sens, muszą być spełnione pewne warunki. Żeby uzyskać efekt statystyczny, należy objąć badaniami mammograficznymi odpowiednio dużą populację kobiet oraz określić przedział czasowy między badaniami i nie zmieniać go. Trzeba zapewnić systematyczność badań. To jest podstawa. Nie trzeba inwestować w doraźne akcje. Trzeba zapewnić określonej populacji systematyczne badania.

Bardzo istotna jest sprawa kontroli jakości, która w naszym kraju niestety kuleje. Nasz Zakład Fizyki Medycznej sprawdził kilkadziesiąt ośrodków mammograficznych. 70% tych pracowni nie spełniało podstawowych kryteriów.

Kontrola jakości to są dwa słowa, ale to jest proces. Chodzi w nim o kontrolowanie zarówno standardów dotyczących aparatury, jak i czynności wykonywanych przez personel zatrudniony przy tych badaniach, począwszy od pojawienia się pacjentki czy zaproszenia jej do wdrożenia leczenia. Co do personelu, to nie chroni tej sprawy żadna licencja i skringi opisują i oceniają radiolodzy, którzy przeszli zaledwie pięciodniowe szkolenia w pracowniach mammograficznych.

Bardzo ważna jest ocena efektywności skringu. Podczas doraźnych akcji nie możemy powiedzieć, jakie są rodzaje raka, ile ich jest, jakie węzły chłonne są atakowane – tracimy te dane. A zatem bardzo ważne jest monitorowanie efektów skringu właśnie dotyczących wielkości raka i stopnia jego zaawansowania.

Od 1993 r. praktycznie bez przerwy prowadzimy program skringowy. Mamy kłopoty finansowe, ale dzięki dyscyplinie i zaangażowaniu personelu jesteśmy w stanie podać wiarygodne wyniki. Są one zgodne z wynikami europejskim i światowymi. Chcę tutaj tylko pokazać, jak różnią się stopnie zaawansowania raków wykrytych w skringu.

gu od tych, które wykryto w ogólnej populacji. PSCO to jest Program Skriningowy Centrum Onkologii. 98% wykrytych w nim nowotworów to są wczesne raki.

Proszę dalej. Skrining oczywiście kosztuje. Koszt wykrycia jednego wczesnego raka jest wysoki, ale na pewno niższy niż leczenie zaawansowanego nowotworu. Proszę zobaczyć, jaka jest różnica w kosztach przedłużenia życia kobiety o jeden rok w przypadku raka wykrytego w skriningu oraz w tak zwanej diagnostyce, czyli rutynowo. W tym pierwszym przypadku koszt jest siedmiokrotnie niższy.

Proszę dalej. Jest to optymistyczna i niepodważalna prawda, że skrining spowodował spadek umieralności z powodu raka piersi. Jeżeli więc będą odpowiednie ustalenia, to wydaje mi się, że skrining powinny prowadzić placówki, które są w stanie zapewnić wysoką jakość badań i ocenić ich efektywność i które mają czy będą mogły mieć zapewnione systematyczne źródło finansowania. Dziękuję bardzo.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo.

**Chirurg Onkolog w Centrum Onkologii  
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Maria Monika Nagadowska:**

Monika Nagadowska. Jestem praktykiem, w związku z tym przedstawię państwu, jak to wygląda w realnym świecie.

Jak już doktor Wesołowska wspomniała, w przypadku raka piersi możliwa jest tylko profilaktyka wtórna, czyli wczesne wykrywanie. Największe znaczenie ma zorganizowany skrining populacyjny, który tak bardzo ładnie przedstawiła państwu pani doktor. Biorąc pod uwagę całą populację, jest on również najtańszy.

My w Polsce mamy jednak do czynienia z tak zwanym skriningiem oportunistycznym. To znaczy kobiety, które mają świadomość, że mogą zachorować, zgłaszają się do lekarza i proszą czy wręcz wymuszają na nim wykonanie profilaktycznych badań mammograficznych czy ultrasonograficznych bądź płacą za nie w prywatnych placówkach. Koszty skriningu – za chwilę o nich powiem – są bardzo wysokie, tylko że część z nich ponosi pacjentka z własnej kieszeni.

Z punktu widzenia profilaktyki możemy również mówić o specjalistycznym badaniu grup wysokiego ryzyka – na następnym prezencju pokażę państwu, czy to w naszej populacji ma sens.

Wszystkie pozostałe działania tutaj wymienione są działaniami o niesprecyzowanej skuteczności, między innymi można interweniować w styl życia, opierając się na danych epidemiologicznych, można prowadzić aktywną chemoprewencję raka piersi, czyli podawać środek farmakologiczny. Takim środkiem jest stanoksyfen. Ten lek jest stosowany i zarejestrowany tylko w jednym kraju na świecie, w Stanach Zjednoczonych. No i w końcu w wyselekcjonowanej grupie bardzo wysokiego ryzyka można wykonywać chirurgiczne zabiegi zmniejszające ryzyko zachorowania na ten nowotwór.

Doktor Wesołowska wspomniała o monitorowaniu. Ale ono jest możliwe tylko przy odpowiedniej współpracy. Pracownia skriningowa nie może być zawieszona

w próżni. Ona musi mieć informację zwrotną o tym, ile było przypadków raka i jakiego rodzaju to były nowotwory. Nie może też być tak, że pacjentka z programu skринingu nie wie, gdzie się potem udać. Musi być dokonana niezależna ocena wszystkich ośrodków, czyli audyt, no i oczywiście stała ocena efektywności skринingu, bo to pozwoli na finansowanie tych placówek.

Przepraszam, muszę to przewinać, bo są tu powtórzone dokładnie te same dane, które podała doktor Wesołowska.

Wspomniałam o grupach wysokiego ryzyka. Jeśli spojrzymy na schemat przedstawiający przyczyny zachorowań na raka piersi, to się okaże, że w polskiej populacji uwarunkowanie genetyczne jest odpowiedzialne za 2–3% nowotworów. Czyli tak rozděta kampania prasowa na temat badań genetycznych w naszym kraju praktycznie nie ma sensu. Tylko u około 12–15% kobiet chorych na raka piersi jesteśmy w stanie znaleźć jeden bądź więcej z tak zwanych czynników ryzyka, które prowadzą do zachorowania.

Ta największa część koła, czyli 75%, to są zachorowania sporadyczne. Nie ma tu żadnego uwarunkowania genetycznego, żadnych czynników ryzyka, a jednak kobiety na tego raka zachorowały. W związku z tym nasze działania musimy kierować do ogromnej populacji nieobciążonej czynnikami ryzyka, czyli właściwie do wszystkich kobiet w Polsce. Bardzo dużą rolę odgrywają tu media, wspomnieliśmy o tym już kilkakrotnie.

Chcę państwu jeszcze przedstawić – to może wygląda dość skomplikowanie – jak wygląda świadomość ryzyka zachorowania wśród kobiet. Ta linia idąca do góry to jest bardzo schematycznie przedstawiona krzywa wzrostu zachorowań na raka piersi. Ryzyko zachorowania na raka piersi rośnie wraz z wiekiem, im kobieta jest starsza, tym większe jest ryzyko zachorowania. Z kolei te słupki przedstawiają, jaką kobiety w poszczególnych grupach wiekowych mają świadomość tego, że im są starsze, tym większe jest ryzyko ich zachorowania na raka piersi. I co się okazało. Kobiety w drugiej i trzeciej dekadzie życia, których ten problem tak naprawdę jeszcze nie dotyczy, już mają świadomość, że w miarę starzenia się wzrasta ryzyko zachorowania. Natomiast kobiety w wieku czterdziestu pięciu lat i powyżej – zobaczcie państwo, wszystkie słupki spadają – mimo że ten problem z każdym przeżytym rokiem coraz bardziej ich dotyczy, tej świadomości nie mają. Tutaj więc media mogą odegrać bardzo dużą rolę.

Wspominając o czynnikach wpływających na zachorowania, trzeba pamiętać o tym, co często powtarza pan profesor Wronkowski. W 1/3 przypadków można zmodyfikować czynniki, które doprowadziły do zachorowania – nie można ich całkowicie wykluczyć, ale można zmodyfikować – przez zachowania prozdrowotne. Chodzi tu zarówno o działania służby zdrowia, jak i o postępowanie indywidualne, między innymi propagowanie wysokiej aktywności fizycznej, upowszechnianie karmienia piersią, zmniejszanie obciążenia substancjami toksycznymi, ograniczanie spożycia tłuszczów zwierzęcych.

Inna troszkę jest strategia wobec tej bardzo nielicznej grupy, która ma udokumentowane obciążenia genetyczne. To są kobiety, u których można wybrać jedną z form aktywnej prewencji, oczywiście oprócz ścisłej kontroli lekarskiej. Mianowicie można je zakwalifikować do chemoprewencji, czyli do podawania środka, który zmniejsza ryzyko zachorowania, bądź do zabiegu chirurgicznego. Ale powtarzam, jest

to bardzo nieliczna grupa kobiet. W stosunku do ogromnej większości powinien być zastosowany skrining mammograficzny.

Powszechnego programu skriningu nie ma. Jest tutaj na sali pan profesor Wronkowski, który jako jeden z pierwszych w Polsce, jeszcze w latach siedemdziesiątych, prowadził na niewielką skalę skrining populacyjny w Warszawie. My w centrum onkologii prowadzimy skrining niemal od początku lat dziewięćdziesiątych. Pan profesor Wronkowski jest kierownikiem naszego Zakładu Organizacji Badań Masowych. Pan profesor włożył wiele trudu w organizowanie tego typu ośrodków. Większość z nich po krótszym lub dłuższym czasie padała z powodu braków finansowych, nasz ostał się tylko dlatego, że wszyscy byli zdeterminowani, żeby to ciągnąć.

Co się dzieje z kobietami, kiedy wykonają badania bądź z własnej inicjatywy, bądź przynaglone przez swojego lekarza? One bez weryfikacji kierują się do ośrodków onkologicznych, w tym do naszej placówki, która jest ośrodkiem referencyjnym trzeciego stopnia. No i ośrodek referencyjny najwyższego stopnia staje się przychodnią rejonową dla ogromnej rzeszy zdrowych ludzi, dla przechodniów. Czym to skutkuje? Pogorszeniem się jakości naszych usług dla chorych, którzy rzeczywiście wymagają naszej opieki. Bo to jest to, o czym co jakiś czas przypomina dyrektor centrum onkologii, profesor Marek Nowacki. My mamy kłopoty finansowe, ponieważ działamy na kilku frontach, między innymi musimy objąć opieką ogromną rzeszę ludzi, która normalnie znalazłaby się w programach skriningu raka piersi.

Przepraszam, ale na koniec powtórzę to, o czym już wszyscy mówili: w przypadku tego nowotworu wczesne wykrycie daje możliwość nie tylko wyleczenia, lecz również zachowania wyglądu i funkcji gruczołu. A skoro jesteśmy w stanie to zrobić, to możemy zdjąć odium psychologiczne z kobiet, które zachorowały na ten rodzaj raka. Dziękuję.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Dziękuję bardzo, Pani Doktor.  
Czy pan docent chce zabrać głos?  
Tak. Prosimy bardzo.

**Kierownik Kliniki Nowotworów Piersi  
i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii  
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Tadeusz Pieńkowski:**

W skali populacji wyniki leczenia w Polsce i w krajach Wspólnoty Europejskiej znacznie się różnią. To są dane z pięcioletnich okresów na temat obserwowanego przeżycia chorych leczonych od końca lat siedemdziesiątych do połowy lat osiemdziesiątych i w drugiej połowie lat osiemdziesiątych. Wstępne dane z lat dziewięćdziesiątych wskazują, że ta różnica nadal się utrzymuje, mimo iż w Polsce dokonał się postęp – ale on dokonał się również w Europie – i jest ona rzędu mniej więcej 20–30% w przeżyciach wieloletnich.

Dlaczego tak się dzieje? Poza dostępnością do badań przesiewowych ogromnym problemem jest lęk przed chorobą. Lęk przed rozpoznaniem tego nowotworu powoduje, że wiele kobiet podejrzewających czy wręcz stwierdzających u siebie objawy nowotworu zwleka z podjęciem leczenia. A zatem program walki z tą chorobą musi być

całościowym programem działań społecznych, angażującym agencje rządowe i organizacje pozarządowe.

Czym jest rak piersi w wyobraźni społecznej? To jest temat rzeka, ale chcę go choćby zasygnalizować. Pacjenci bardzo często podnoszą problem stygmatyzacji chorych na raka, i to zarówno w życiu społecznym, zawodowym, jak i w życiu rodzinnym.

Na opóźnione zgłaszanie się pacjentek ma też wpływ ogólne wyobrażenie o nieskuteczności metod stosowanych w leczeniu tego nowotworu i różnego rodzaju informacje dotyczące postawy zawodowej lekarzy.

Wszystkie pisma kobiece zajmują się problemami zdrowia, wiele z nich ma rubryki poświęcone rakowi piersi. To jest oczywiście ze wszech miar pożyteczne, ale posiada też pewną wadę. Bowiem okazuje się, iż wiele kobiet zaczęło domniemywać, że jest to choroba, która ich nie dotyczy, że jest to choroba sfer wyższych czy artystycznych, a nie przeciętnych Polek. Udział prominentnych osób w kampaniach przeciwnowotworowych z jednej strony ma właśnie tę zaletę, że uzmysławia, iż będąc chorą czy leczoną, można normalnie funkcjonować, ale z drugiej strony niesie ze sobą takie ryzyko, o jakim powiedziałem. Ponadto traktowanie mammografii jako antidotum na tę chorobę – w oderwaniu od wszystkich innych działań medycznych – czyni więcej zła niż potencjalnego pożytku przynosi wykonywanie tego badania.

No i wreszcie chodzi o to, że Polska jest ogromnym rynkiem zbytu dla różnych mniej czy bardziej cudownych środków, leków i metod nieakademickiego diagnozowania i leczenia, a to też się przyczynia do kształtowania wyobraźni społecznej na temat choroby nowotworowej.

Co może obniżyć poziom lęku? Może go obniżyć popularyzacja faktycznej wiedzy na temat możliwości diagnostyki i leczenia oraz uświadamianie, że można funkcjonować w życiu społecznym, rodzinnym i zawodowym pomimo prowadzonego leczenia i życia w cieniu ryzyka nawrotu choroby. Celem takiej ogromnej kampanii społecznej powinna być zmiana stereotypów, a więc przekonywanie o tym, że diagnoza nie jest wyrokiem, że postawiona w porę jest szansą na wyleczenie, że możliwość wyleczenia jest nie tylko mitem funkcjonującym gdzieś za oceanem.

Dalej proszę. W wieku XXI rak piersi stanowi pewien wyjątek w gronie chorób nowotworowych, gdyż jest znana metoda skryningu oraz potencjalne możliwości profilaktyki, w przeciwieństwie do znakomitej większości często występujących nowotworów. Możemy leczyć pacjentki o bardzo niskich stopniach zaawansowania choroby, która nie daje jeszcze żadnych somatycznych objawów. Jest możliwe przeprowadzenie leczenia oszczędzającego. Możliwe jest... Ale żeby leczenie było odpowiednio efektywne, musi być leczeniem skojarzonym, to znaczy po zastosowaniu technik chirurgicznych trzeba zastosować radioterapię i leczenie systemowe. Umożliwia to utrzymanie odpowiedniej jakości życia i co najważniejsze, jak wskazują dane pochodzące z wielu krajów na świecie, zmniejszenie liczby zgonów z powodu raka w skali całej populacji. Wymaga to jednak systematycznych, długotrwałych działań zarówno agencji rządowych, jak i organizacji pozarządowych. Dziękuję bardzo.

### **Senator Olga Krzyżanowska:**

Dziękujemy bardzo, Panie Docencie.

Chcę teraz zaproponować przejście do wystąpień osób, które zgłoszą się do zabrania głosu. Ale mam dwie prośby. Po pierwsze, proszę o przedstawianie się, żeby-

śmy mieli świadomość, w którym imieniu państwo występują. Po drugie, proszę o ograniczenie czasu wypowiedzi, niech one nie będą zbyt długie, tak żeby więcej osób mogło zabrać głos.

Ja, jeśli wolno, chcę zasugerować to, o czym już wspomniałam na początku, żeby poza tymi sprawami, niesłuchanie ważnymi i wspaniale tu przedstawionymi przez zespół z instytutu onkologii, za co gorąco dziękujemy, powiedzieć jeszcze o tym, jak sprawa dostępności do badań wygląda, że tak powiem, od dołu.

I jeszcze jednak niesłuchanie niepokojąca sprawa, która się przewijała i w państwa wystąpieniach. To jest... Przepraszam, powiem w skrócie: czasami lepiej wcale nie przejść badania, niż otrzymać wynik ze złego mammografu, który jakby sztucznie uspokoi. Bo los pacjentki może być wtedy znacznie bardziej dramatyczny, niż gdyby w ogóle nie poddała się takiemu badaniu. Czy widzą państwo jakieś możliwości zapobieżenia temu? W którym kierunku ewentualnie trzeba by było pójść?

Proszę bardzo, otwieram dyskusję.

Proszę bardzo o zgłaszanie się i przedstawianie... Aha, jeszcze pani przewodnicząca.

### **Senator Krystyna Sienkiewicz:**

Ja już mam na liście jedno zgłoszenie, w związku z czym jestem zobowiązana prosić o udzielenie głosu panu doktorowi Marianowi Kołodziejowi. Jednocześnie proszę o następne zgłoszenia.

Na podstawie mikrofonu jest zielony przycisk, który uruchamia aparat nagrywający. To, aby państwo się przedstawiali, jest dla nas istotne również dlatego, że posiedzenie komisji jest dokumentowane w formie stenogramu. Chodzi po prostu o to, żebyśmy mieli dorobek nie tylko w postaci odbytego posiedzenia, lecz również w takiej, która utrwali bogactwo państwa wiedzy i wnioski, jakie tutaj padły. Dziękuję bardzo.

### **Senator Olga Krzyżanowska:**

Proszę bardzo, Panie Doktorze.

### **Lekarz w Oddziale Onkologicznym w Miedziowym Centrum Zdrowia w Lubinie Marian Kołodziej:**

Pani Przewodnicząca! Pani Marszałek! Szanowni Państwo!

Przepraszam za śmiałość. Po posiedzeniu komisji sam sobie zwrócić uwagę, że ośmieliłem się zabrać głos wśród tak znakomitego grona. Ale jestem lekarzem praktykiem z prowincji, a więc, jak wynikało ze słów pani marszałek, chyba jest zapotrzebowanie na moją wypowiedź. Pracuję w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej w Lubinie – tam, gdzie jest KGHM „Polska Miedź”, i proszę nie mylić go z Lublinem, aczkolwiek nasza poczta często to robi.

Rakiem piersi zajmuję się od piętnastu lat. Patrzę na ten problem szerzej, znacznie szerzej, ponieważ prowadzę własną analizę epidemiologiczną. Mam w swoim zbiorze tysiąc czterysta czterdzieści cztery przeanalizowane przypadki tej choroby – jako amator, za co przepraszam fachowców, ale, jak powiedziałem, zajmuję się tym problemem trochę szerzej. Od ponad dziesięciu lat jestem znany w środowisku kobiet po mastektomii.

Moja śmiałość wynika przede wszystkim z tego, że mam bardzo dobrą pracownię mammograficzną. Pierwsza w Polsce nowoczesna mammografia była wykonana w 1986 r. właśnie w Lubinie. Obecnie posiadam zestaw aparatury, jakiego nie ma nikt inny, nawet w ośrodkach akademickich. Prowadzę systematyczną kontrolę jakości. W tym celu zatrudniam na etacie inżyniera, chociaż z punktu widzenia finansowego wcale mi się to nie opłaca, wręcz przeciwnie. Ponadto wszystkie analizy społeczne prowadzę sam, dokładając do nich z domowego budżetu.

Proszę o następny slajd. To też jest analiza wyników, jakie udało mi się zebrać. Chcę je państwu przedstawić. Widzimy, że między krajami wysoko rozwiniętymi i Polską rzeczywiście jest kilkukrotna różnica. Zadziwiają na dole... No ale może ja nie będę analizował poszczególnych tabel.

Przejdźmy dalej. Jestem fanatykiem skringingu, ponieważ uważam, że jest to najwłaściwsza forma walki z tak potwornym zabójcą, jakim jest rak piersi.

W diagnostyce obrazowej – na tym proszę się skupić – dla celów praktycznych wprowadzono pojęcie minimalnego raka piersi. Jest to nowotwór, który nie przekracza 1 cm.

Proszę państwa, dla mnie, jako praktyka, taki przypadek, że pacjentka się do mnie zgłasza i mówi „panie doktorze, ja sobie wymacałam guzka”, nie stanowi żadnej satysfakcji, ponieważ ona sama stawia rozpoznanie, a ja na podstawie narzędzi, którymi dysponuję, raz lepszymi, raz gorszymi, mogę tylko potwierdzić tę diagnozę. Ale jeżeli pacjentka przychodzi do mnie zdrowa, uśmiechnięta i zadowolona, a po badaniu ja jej mówię: proszę pani, z dużym prawdopodobieństwem jest to rak piersi, ale poradzimy sobie z tym, bo on ma 7 mm czy 1 cm, to wtedy mam poczucie, że myśmy dzisiaj darowali jej życie. A znaleźć tego minimalnego raka możemy tylko za pomocą skringingu mammograficznego.

Proszę dalej. Według moich danych wygląda to tak, że w 1963 r. rak piersi był na drugim miejscu w zachorowaniach na nowotwory w Polsce, w 1972 r. podobnie, ale już w 1992 r. wyszedł na pierwszą pozycję. Piśmiennictwo jest podane poniżej.

Proszę dalej. Zgony na raka piersi przedstawiają się mniej więcej w ten sposób, jak tutaj państwo mają pokazane.

Proszę dalej. Oczywiście skringing jest najwłaściwszą metodą. Pierwsze duże badanie skringingowe przeprowadzone w 1963 r. w Nowym Jorku – wielkość populacji to było trzydzieści jeden tysięcy osób.

Proszę dalej. Zaraz przedstawię państwu wyniki kilku takich większych badań. Oczywiście przoduje w tym Szwecja. Ja sam szkoliłem się w ośrodku wiodącym w Szwecji. Wtedy akurat jakby zataczano to trzecie koło, to znaczy odbywał się trzeci cykl badań, które były przeprowadzane co dwadzieścia cztery miesiące. Lekarze z tego ośrodka w pierwszym cyklu rozpoznawali raki o średnicy 5–6 cm, a w trzecim cyklu zajmowali się już takimi o średnicy 1 cm. Wynika z tego, że efekty w leczeniu, jakie mają Szwedzi, są możliwe tylko dzięki temu badaniu.

Proszę dalej. To jest kilka takich przykładowych badań na świecie. Kryteria jakości mammograficznego skringingu raka sutka – przepraszam panie, umówiliśmy się z amazonkami, że będziemy mówili o raku piersi, a nie o raku sutka, ale to jeszcze jest stara nomenklatura – są znane. Narodowy program skringingu raka sutka w Wielkiej Brytanii mówi o tym, jakie powinny być spełniane warunki. A więc to nic nowego – wystarczy tylko brać dobre wzory z Zachodu.



Proszę dalej. To jest tabelka, którą ja, jako diagnosta, polecam państwu i proszę o zastanowienie się nad nią. Co my tu mamy? Wskaźnik prognostyczny to suma trzech czynników. Stopień zaawansowania klinicznego według Blum – nie mamy na to specjalnego wpływu. Występowanie przerzutów w węzłach chłonnych – nasz wpływ na to jest też niewielki. Ale mamy bardzo duży wpływ na średnicę guza. Jeżeli średnicę guza 5 cm pomnożymy przez 0,2, to otrzymamy tylko jeden punkt, a jeden punkt jest równoważny, proszę spojrzeć, z tym niskozróżnicowanym rakiem.

Proszę dalej. I teraz, jeżeli wielkość tego wskaźnika jest trzy, cztery, to rokowanie jest dobre, niestety pogarsza się ono wraz ze wzrostem wielkości guza.

Proszę dalej. Tak mniej więcej można obrazowo przedstawić, jaki mały guzek można rozpoznać na mammografie, oczywiście wtedy, kiedy jakość badania jest dobra. Ale nie ma szans na uratowanie kobiety, jeżeli guz jest taki, jak na tym ostatnim diagramie.

Proszę dalej. Proszę państwa, teraz trochę o pieniądzach, ponieważ powiedziałem w swoim wystąpieniu, że nam się to nie opłaca, badanie nam się nie opłaca, leczenie nam się nie opłaca.

Pozwolę sobie przedstawić państwu chemioterapię, jako jedną z metod leczenia raka. Najdroższa obecnie znana chemioterapia, obejmująca sześć cykli, kosztuje 53 tysiące zł, najtańsza – 5 tysięcy 640 zł. Chemioterapeuci wiedzą, co znaczą te skróty, ja nie za bardzo, ale będę patrzył tylko na prawą stronę tabeli. Jeżeli więc przyjmujemy, że tańsze leczenie jest możliwe tylko dzięki profilaktyce, to znowu prawdziwy okazuje się stary pewnik, że najdroższa profilaktyka jest najtańszą formą leczenia.

Proszę dalej. Do tego trzeba dodać jeszcze radioterapię, która kosztuje od 2 tysięcy 367 zł do 6 tysięcy 810 zł.

Proszę dalej. Do tego dodajmy jeszcze koszt leczenia chirurgicznego, mastektomii – tyle nam płaci fundusz, niestety.

Następny slajd, proszę. Skojarzone leczenie raka piersi, składające się z mastektomii, chemioterapii i radioterapii, kosztuje więc 10–63 tysiące zł. 63 tysiące zł to jest koszt tysiąca badań profilaktycznych, które w skryningu na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przeprowadzam raz na dwa lata, ponieważ tylko co drugi rok mam takie zamówienie. Niestety, mając tak dobry ośrodek i swoje doświadczenie oparte na ponad dwudziestu pięciu tysiącach wykonanych i obejrzanych mammografii, wykonuję ich przeciętnie osiem, ponieważ nie ma kto sfinansować wykonania stu takich badań.

Proszę dalej. Jeśli przyjmujemy, że liczba zachorowań na raka piersi rocznie to jest sześć tysięcy – ja specjalnie zaokrągliłem tę liczbę w dół, bo to się łatwiej liczy – to właśnie taką olbrzymią kwotę kosztuje budżet ta choroba.

Proszę dalej. Część tych pieniędzy jest wydawana niepotrzebnie, gdyż rozpoznanie choroby jest stawiane za późno.

Proszę dalej. W województwie dolnośląskim ze względu na niewystarczającą liczbę akceleratorów większość radioterapii są to zabiegi paliatywne.

Proszę dalej. Śmiertelność z powodu raka piersi w USA i w krajach skandynawskich wynosi 15%, w Polsce – średnio 50%.

I przedostatni slajd. Zmniejszenie śmiertelności i jednocześnie zmniejszenie kosztów leczenia może nastąpić jedynie przez aktywną profilaktykę – to chyba się zgadza z tym, co mówili moi przedmówcy.

Proszę dalej. Ostatni slajd. System opieki zdrowotnej nie ma na to środków, ale albo one się znajdują poza tym systemem, w ramach narodowych programów zdrowia, albo fiskus zrezygnuje z części dochodów i społeczeństwu będzie się opłacało samodzielnie takie badania finansować.

Proszę dalej. Takie działanie uratuje co najmniej dwa tysiące sto kobiet rocznie. Dziękuję za uwagę i przepraszam państwa.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Dziękuję bardzo, Panie Doktorze.

Myślę, że takie najbardziej porażająco przekonujące jest to, z czego wszyscy zdajemy sobie sprawę, ale czego jakoś nie potrafimy wprowadzić w życie. Chodzi o to, że to się po prostu opłaca, że idzie nie tylko o ludzkie życie – choć to jest pierwsza rzecz, o którą i lekarze, i my walczymy – ale że to się po prostu finansowo opłaca państwu. A zatem choćby z tego względu trzeba myśleć o wprowadzeniu tego programu.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Sekundkę. Przepraszam bardzo, ale przed głosami z sali, chcę jeszcze prosić o zabranie głosu przedstawicielkę stowarzyszenia kobiet po mastektomii. A zaraz potem będę udzielać głosu innym osobom.

**Prezes Federacji**

**Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”**

**Elżbieta Kozik:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Mówiąc o zachorowaniach na raka piersi, nie sposób nie mówić o amazonkach. Widzę tu dużo przyjaciół i znajomych i mam świadomość, że wszyscy państwo wiecie, kim one są. Niemniej jednak chcę tu, w tym miejscu, opowiedzieć państwu o historii naszego stowarzyszenia i trochę przybliżyć to, jak amazonki stały się tym, kim są, co zrobiły, co robią i jak walczą o własne przeżycie, o przeżycie kobiet, które są dopiero na początku drogi, a także jakie starania czynią dla tych kobiet, które zachorują w przyszłości.

Otóż ruch amazonek w Polsce rozwinął się w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Jego początek datuje się na rok 1987, kiedy w Warszawie powołano do życia pierwszy tego typu klub w naszym kraju, który przyjął nazwę „Amazonki”. Powstał on z inicjatywy doktor Krystyny Miki, ówczesnej kierownik Zakładu Rehabilitacji w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Refundowany okres leczenia kobiet po amputacji piersi w zakładach rehabilitacji jest ograniczony ze względu na koszty. Tymczasem ćwiczenia ruchowe podtrzymujące uzyskaną sprawność są potrzebne praktycznie do końca życia pacjentki, toteż doktor Krystyna Mika spożytkowała swoją wiedzę i zainteresowanie sprawą skutecznej rehabilitacji kobiet po odjęciu piersi na współtworzenie ruchu amazonek w Polsce.

Od 1991 r. na bazie osiągnięć i doświadczeń pierwszego klubu spontanicznie, jak grzyby po deszczu, zaczęły powstawać w innych miastach kluby amazonek podobne do warszawskiego. Sytuacja ta wymusiła konieczność opracowania i wydania jednolitych materiałów szkoleniowych zarówno dla pacjentek, jak i dla profesjonalistów zajmują-

cych się rehabilitacją. Stworzyła też przesłanki powołania do życia w 1993 r. Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”, która obecnie zrzesza ponad sto trzydzieści klubów skupiających około piętnaście tysięcy kobiet po leczeniu raka piersi.

Największym osiągnięciem ruchu amazoнок, a tym samym jego twórczyni, jest osiągnięcie wyrównanego wysokiego poziomu rehabilitacji w całej Polsce. Oznacza to, że kobieta po mastektomii zarówno w Warszawie, jak i na przykład w Zgorzelcu, Czeszynie czy Świnoujściu znajdzie w swoim klubie profesjonalną bazę rehabilitacyjną na tym samym wysokim poziomie. Już prawie siedemnaście lat konsekwentnie pracujemy nad podnoszeniem jakości życia kobiet po odjęciu piersi.

Aby móc skutecznie pomagać innym, organizujemy szkolenia amazoнок prowadzone przez lekarzy, psychologów i rehabilitantów. Pozwalają one na uzyskanie statusu ochotniczki wolontariuszki. Przygotowane w ten sposób amazonki wspierają kobiety w szpitalach bezpośrednio przed operacjami odjęcia piersi i po nich, informują o konieczności rehabilitacji i dalszego leczenia oraz o możliwościach rekonstrukcji piersi lub jej protezowania za pomocą specjalnej bielizny, mówią o trybie życia rekonwalescentki i o jej ewentualnym powrocie do pracy zawodowej. Wolontariuszki pracują w telefonie zaufania, informując i wspierając pacjentki, które rozpoczynają swoją drogę powrotu do zdrowia. Ich praca stwarza pomost czy wypełnia lukę pomiędzy służbą zdrowia i pacjentem. Początkowo lekarze podchodzili z rezerwą do pracy ochotniczek, z czasem jednak dostrzegli głęboki sens takiej formy działania. Nikt bowiem nie może dać skuteczniejszego wsparcia świeżo zdiagnozowanej, przerażonej kobiecie niż kobieta, która pokonała podobną chorobę, a efekty leczenia naocznie dokumentuje swoją postawą i wyglądem.

Drugim ważnym obszarem naszego działania jest praca związana z popularyzacją wiedzy o raku piersi. Powszechnie wiadomo, że wyleczenie tej choroby zależy od tego, kiedy nowotwór zostanie wykryty. Wczesne wykrycie jest możliwe tylko wtedy, gdy kobieta jest uświadomiona, gdy chce i potrafi sama systematycznie badać własne piersi i zgłaszać się na okresowe badania. Lęk przed lekarzem i badaniami jest zawsze złym doradcą.

Jedną z inicjatyw, którą podjęły amazonki, jest szerzenie wiedzy o metodach wykrywania nowotworów piersi poprzez rozpowszechnianie materiałów, ulotek, publikacji, folderów, informatorów, poradników. Uczą one również samodzielnego kontrolowania piersi i walczą o to, aby każda Polka miała dostęp do bezpłatnych badań mammograficznych.

Amazonki – wraz z innymi instytucjami i organizacjami – aktywnie i z pełnym oddaniem przystąpiły do realizacji programu edukacyjnego „Różowa Wstążka”, wprowadzonego w ubiegłym roku do szkół ponadgimnazjalnych z inicjatywy pani minister Barbary Labudy, sekretarza stanu w Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Program zachęca młode dziewczęta, a także ich matki i nauczycielki do przeprowadzania systematycznych kontroli i samodzielnego badania piersi. Ma to na celu wytworzenie u dziewcząt nawyku dbania o własne zdrowie już od najmłodszych lat. Program spotkał się z olbrzymim zainteresowaniem szkół, co potwierdza potrzebę tego typu działań. Przewiduje się, że do końca 2004 r. tym programem edukacyjnym zostanie objętych dwa tysiące szkół ponadgimnazjalnych w Polsce.

Niewątpliwie naszym osiągnięciem jest odtajnienie problemu raka piersi. Amazonki jako pierwsze w Polsce zaczęły głośno mówić w mass mediach o raku piersi i o znaczeniu wczesnego wykrywania tej choroby, a w nasze ślady poszły inne środowi-

ska. W ten sposób rak piersi przestaje być wstydlivym tabu i przez przeważającą część społeczeństwa jest już traktowany normalnie, jak każda inna złowroga choroba. Równocześnie zaś zostało stworzone potężne ostrzegawcze lobby, wzmogła się czujność i świadomość społeczna, czego dowodem jest wzrastająca liczba wyleczonych kobiet.

Federacja Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki” jest członkiem międzynarodowej organizacji „Reach to Recovery”. Jesteśmy jedyną pozarządową organizacją działającą na rzecz kobiet po leczeniu raka piersi ze strukturą dostosowaną do podziału administracyjnego Polski. Lokalnie działają kluby, które są zrzeszone w stowarzyszeniach wojewódzkich. W skali ogólnopolskiej zaś istnieje Federacja Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”. Wszystkie jednostki wchodzące w skład federacji są samodzielne, samofinansujące się i samopomocowe, to znaczy opierają się na pracy swych członkiń, ale jednostki te mają wspólne idee i pełnią tę samą misję.

Fenomenem naszej organizacji jest to, że tysiące polskich kobiet potrafiło się zjednoczyć we wspólnej sprawie i stworzyć dziesiątki tętniących życiem i zdrową energią klubów, w których jest profesjonalna, silna baza rehabilitacyjna dla kobiet z odjętą piersią. W niektórych miejscowościach jest to jedyne miejsce, do którego ma dostęp taka chora.

Osiągnięcia polskich amazoнок, jako fenomen działania w skali światowej, zostały docenione przez organizację „Reach to Recovery”. Dowodem tego było odznaczenie twórczyni ruchu amazoнок w Polsce, doktor Krystyny Miki, medalem za zasługi w zakresie konsekwentnego i skutecznego dążenia do podnoszenia jakości życia kobiet po leczeniu raka piersi oraz popularyzacji znaczenia wczesnego wykrywania tej choroby na X Międzynarodowej Konferencji w Lublianie w 1998 r.

Kończąc, pragnę posłużyć się wypowiedzią pana Wiktora Chmielarczyka, lekarza onkologa, autora książki „Słowo, które leczy”, na uroczystej konferencji z okazji piętnastolecia Warszawskiego Towarzystwa „Amazonki”, która odbyła się 16 lutego 2002 r.: „Myślę, że fenomenem ruchu kobiet po mastektomii, który odkrył przestrzeń, w której najtrudniejsze doświadczenia spotykają się z najgłębszą nadzieją, jest widzialnym wkładem polskich kobiet w kulturę polską, to znaczy w tę kulturę, o której mówił w czasie konferencji w Paryżu Jan Paweł II. Na tym kochanym świecie, w którym żyjemy, nie ma nic stałego i wiecznego. Jeżeli coś jest, to jest wynikiem codziennej drogi do przodu w kierunku celu, który zawsze jest poza horyzontem, i dlatego zachęca nas do stałej i uporczywej pracy nad sobą i otaczającym nas światem. Wytrwałość w dążeniu do dobra wspólnego to cecha, której nie brakuje wam, Panie. I to może być przykładem dla wielu Polaków, szczególnie tych, od których decyzji zależy los innych. To też jest przejaw kultury, którą wnosicie w naszą rzeczywistość, i za to wszystko serdecznie wam dziękujemy. Bądźcie z nami, Kochane Panie Amazonki”.

Są to słowa i życzenia, które nieustannie nas krzepią, dodają nam sił i uświadamiają głęboki sens tego, co robimy, pozwalają uwierzyć nam, jak również tym, którzy chcą być z nami, że razem pokonamy raka. Dziękuję.

*(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępcę przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz)*

### **Zastępcą Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Razem pokonamy raka. Amazonki mają w tym swój niewątpliwy i nie do przecenienia udział. I to zapewne w dyskusji, do której my, jako prowadzące, również się zapiszemy w stosownym momencie...

Teraz jednak chcę prosić o zabranie głosu przewodniczącego Rady Naukowej Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pana profesora Jana Steffena. Dopiero później udzielię głosu sobie, by wyrazić swoje emocje związane z wykrywaniem raka. Jeśli nawet nie jest się z małego miasteczka i jeśli nawet ma się świadomość, co to jest za choroba, bo jest się pielęgniarką, to i tak w momencie jej wykrycia u siebie pojawia się bezradność, a temu zjawisku towarzyszy bezdusność medycyny.

Ale teraz, bardzo proszę, pan profesor Steffen.

**Przewodniczący Rady Naukowej Centrum Onkologii  
– Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Jan Steffen:**

Pani Przewodnicząca! Pani Marszałek! Szanowni Państwo!

Ja po raz kolejny wysłuchałem z uwagą wypowiedzi pana doktora Medera, który pokazał nam, jak wygląda sytuacja walki z rakiem w Polsce na tle sytuacji krajów, które należą do Unii Europejskiej. I nie mogę się oprzeć refleksji, że trzynaste lat temu Europa Zachodnia i my byliśmy dokładnie w tym samym miejscu, jeżeli chodzi o skuteczność zwalczania chorób nowotworowych. Było tak między innymi dlatego, że mieliśmy Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. I od trzynastu lat wskazujemy, jakim brakiem jest to, że ten program nie jest kontynuowany. Bo nie można skutecznie zwalczać chorób nowotworowych bez konsekwentnie realizowanego strategicznego programu.

Jak na tym tle wygląda sytuacja walki z rakiem piersi?

Ja myślę, że w polskich realiach – jakby to powiedzieć – jest to jeden z bardziej optymistycznych odcinków frontu walki z rakiem. I to jest chyba w największym stopniu zasługa organizacji społecznych i pozarządowych, które zwróciły uwagę na znaczenie wczesnego wykrywania raka piersi i spopularyzowały ten problem. Ja myślę, że w niektórych regionach kraju – dużo więcej mógłby o tym powiedzieć pan profesor Wronkowski – odsetek wyleczeń chorych na raka piersi wzrósł w sposób naprawdę bardzo wymierny.

Oczywiście do rozstrzygnięcia pozostaje problem, czy my zaczynamy wygrywać walkę z tym nowotworem. Obecnie jesteśmy w takiej fazie, w jakiej mniej więcej dwadzieścia lat temu były Stany Zjednoczone. Wtedy obserwowano tam taki sam spadek umieralności z powodu tego nowotworu i szybki przyrost zachorowań, jak obecnie u nas. A więc wszystkie te wskaźniki musimy ocenić, przyjmując za miernik skuteczności walki z tym nowotworem liczbę zgonów z jego powodu.

Teraz jednak chcę się ustosunkować do bardzo ważnego problemu dotyczącego pewnej strategii w zwalczaniu raka piersi. Ja abstrahuję od problemów profilaktyki. Są bowiem w tym zakresie obszary wiedzy i niewiedzy, a wśród obszarów wiedzy jest wiedza twarda i miękka, innymi słowy, są fakty z całą pewnością ustalone i hipotezy.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi jest wiek kobiety przy jej pierwszej donoszonej ciąży. To jest rzecz, o której się stosunkowo mało mówi, prawda. Ten odstęp czasu, który upływa od dojrzewania kobiety do jej wieku przy pierwszej donoszonej ciąży, jest przyczyną wzrostu zachorowań na raka piersi w krajach wysoko rozwiniętych. To zjawisko jest uwarunkowane wieloma bardzo zb-

zonymi czynnikami i ja oczywiście mówię tylko o fakcie naukowym, a moje stwierdzenie nie zawiera w sobie żadnych dodatkowych komentarzy.

Ale oczywiście istnieją grupy ryzyka i strategia zwalczania wszystkich chorób nowotworowych polega przede wszystkim na tym, żeby identyfikować te grupy i ku nim, proporcjonalnie do określonego stopnia ryzyka, kierować wysiłki związane z wczesnym wykrywaniem choroby.

Z rakiem piersi jest tak, jak z każdym zachorowaniem. Jest komponent egzogenny i dziedziczny. To, że mówimy o raku piersi uwarunkowanym i nieuwarunkowanym dziedzicznie jest ogromnym uproszczeniem, tak po prostu nie jest. Jest kilkadziesiąt genów, które wpływają na predyspozycję do zachorowania na ten nowotwór, ale żaden z nich sam w sobie nie wystarczy do wywołania choroby. Jednak poziomy ryzyka możemy stratyfikować. Pani doktor Nagadowska powiedziała tutaj o tej grupie 2–3% kobiet o dramatycznie zwiększonym ryzyku zachorowania na raka piersi; są rodziny, w których ryzyko zachorowania na tę chorobę każdej z krewnych sięga 50%.

Jeżeli jednak spojrzymy na sprawę ryzyka nieco inaczej i przyjmiemy trochę inną miarę jego stratyfikacji, to wówczas się okaże, że około 12% kobiet, które zachorowały na raka piersi, pochodzi z rodzin, w których ryzyko zachorowania na ten nowotwór jest cztero-, pięciokrotnie wyższe niż w całej populacji i wynosi 20%.

Są względnie proste wskaźniki identyfikowania tego ryzyka. Po pierwsze, jest to liczba wcześniejszych zachorowań w rodzinie, po drugie, wiek przy pierwszym zachorowaniu, a ponadto są wskaźniki pomocnicze, na przykład badanie niektórych genów predyspozycji, bo nie znamy ich wszystkich.

Ja myślę, że jednym z ogromnych sukcesów, o które walczyliśmy przez dłuższy czas, jest to, że Ministerstwo Zdrowia ustanowiło programy interwencyjne, polegające na opiece nad kobietami w rodzinach podwyższonego ryzyka. Chcę przy tym jeszcze podkreślić dodatkowe, nazwijmy je, pozaekonomiczne aspekty takich programów. Jeżeli ryzyko zachorowania w takich rodzinach jest cztero- pięciokrotnie wyższe niż w innych, to tym samym w pewnej standardowej liczbie badań mammograficznych wykrywamy od czterech do pięciu razy więcej zachorowań na raka piersi. Ale oczywiście to też nie jest czynnik decydujący. Ryzyko zachorowania występuje szczególnie w tych rodzinach, w których zachorowania na raka piersi występują w młodym wieku. Chodzi więc o rozpoznawanie tego nowotworu u młodych kobiet, u których choroba przebiega znacznie bardziej dramatycznie i dynamicznie niż u chorych w wieku tak zwanym pomenopauzalnym. Jest to sprawa obiektywnie wyliczonych liczb dotyczących nadumieralności w tych rodzinach, w których to ryzyko występuje. Ta nadumieralność jest ogromna, taka sama jak na przykład w grupie mężczyzn palących przez kilkadziesiąt lat tytoń, ale o tym dużo mniej się mówi, prawda. Uważam więc, że ustanowienie programów interwencyjnych – przy uzyskaniu powszechnej zgody społeczności polskich genetyków, którzy w tym względzie zajmują jednoznaczne stanowisko – ich upowszechnienie i podjęcie w kilkunastu ośrodkach w Polsce to jest także jeden z bardzo ważnych elementów walki z rakiem. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, pan profesor Wronkowski, proszę uprzejmie.

**Kierownik Zakładu  
Organizacji Badań Masowych w Centrum Onkologii  
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
Zbigniew Wronkowski:**

Pani Przewodnicząca! Pani Marszałek! Wielce Szanowni Państwo!

Proszę państwa, już wielokrotnie uczestniczyłem w podobnych spotkaniach i ciągle mam wrażenie, że jest tak, jakbyśmy zaczęli od początku – zresztą to nie tylko wrażenie. Ale postaram się udowodnić, że jednak jesteśmy troszkę dalej.

Najpierw pewna korekta problemu. Rzeczywiście rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet. Rzeczywiście nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonu u kobiet. Ale do sześćdziesiątego piątego roku życia są one pierwszą przyczyną, a ten najczęściej występujący nowotwór jest najważniejszym problemem medycznym i społecznym w Polsce. To trzeba wyraźnie powiedzieć: rak piersi jest najważniejszym problemem medycznym i społecznym w polskiej populacji kobiet.

Następna sprawa. Obecnie rzeczywiście jest dwanaście tysięcy zachorowań rocznie i ta liczba bardzo szybko rośnie. Rocznie przybywa 4,2% zachorowań na raka piersi i jest to jeden z najszybszych przyrostów zachorowań wśród nowotworów.

A teraz bardzo dobra wiadomość, proszę państwa. Operowaliśmy liczbą sześciu tysięcy zgonów opartą na danych z przeszłości, z lat 1995–1996. I tak byłoby nadal, gdyby nie zdarzyła się pewna ważna sprawa. W latach 1996–1997 nastąpił duży zakup mammografów, proszę państwa, i to głównie... No bo oczywiście nie wyłącznie, ponieważ jest jeszcze sprawa uświadomienia. Tak czy inaczej wiemy, że wczesne wykrywanie to jest najlepsza metoda walki z rakiem piersi – 25% więcej szans na wyleczenie, jeśli wykryjemy go o jeden stopień wcześniej.

A teraz wracam do mammografii. Proszę państwa, proszę zwrócić uwagę, że czas, który upłynął od zakupu mammografów do roku 2000, to są trzy, cztery lata i, że tak powiem, jest to dokładnie tyle czasu, ile nam daje mammograf, bo o tyle wcześniej można za jego pomocą wykryć raka piersi, zanim wystąpią widoczne objawy choroby.

No i co się zdarzyło. W 2000 r. zamiast sześciu tysięcy zgonów było ich cztery tysiące siedemset. To był pierwszy rok, kiedy zmniejszyła się umieralność na raka piersi. To jest sukces nas wszystkich, zarówno organizacji społecznych, jak i uporządkowanego działania centrum onkologii. Ja wyraźnie podkreślę: centrum onkologii od lat przygotowywało modele, które ostatnio zostały sprawdzone przez Bank Światowy. Niezależni zagraniczni eksperci ocenili je jako bardzo dobre. Od razu nawązę do następnej sprawy. A więc jest sukces mierzony zmniejszeniem się liczby zgonów i jest efektywny i tani model. Zostało to sprawdzone w sześciu ośrodkach w Polsce. W latach 2000–2002 one działały według tego modelu, co spowodowało, że prawie 90% wszystkich nowotworów wykrytych w tym programie było we wczesnych stadiach zaawansowania. A zatem model jest sprawdzony i oceniony.

Obecna sytuacja wygląda w ten sposób, że patrząc od strony prawnej, możemy powiedzieć, że w Polsce nie ma programu walki z nowotworami. Ale przecież w 2000 r. minister zdrowia w imieniu rządu polskiego podpisał dokument o nazwie „Narodowy program wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy”, zawierający zobowiązanie, że ten program będzie trwał i do 2010 r. obejmie całą Polskę. Pani minister Sienkiewicz pomagała nam wówczas, kiedy tworzyliśmy jego podwaliny i kiedy w 2000 r. zostały opublikowane dane dotyczące etapów i form wdrażania tego programu.

Proszę państwa, na czym polega program, jeśli chodzi o raka piersi? Założenia są takie. Po pierwsze, jedynie mammografia wykrywa wczesnego raka. Po drugie, jeśli chcemy zmienić sytuację epidemiologiczną w Polsce, to musimy objąć badaniami mammograficznymi odpowiednią grupę wiekową w całym kraju. Efekty takiej działalności znakomicie potwierdzają nie tylko dane z innych krajów, lecz również nasze. Gdyby bowiem nie było skринingu na pewną skalę – bo oczywiście ona jeszcze nie jest wystarczająca – to nie byłoby zmniejszenia umieralności chorych na raka piersi.

Proszę państwa, według naszych ocen w latach 2000–2001 mammografii wykrywanych było około pięciuset tysięcy rocznie. Do tego oczywiście należy dodać mammografie diagnostyczne. A więc wykonano tych badań stosunkowo dużo. Jest pytanie, ile trzeba ich wykonać, żeby był efekt populacyjny – bo przecież do tego dążymy. Żeby był taki efekt, na badania musi się zgłosić 70% kobiet objętych skринingiem. Oznacza to, że trzeba wykonać około dziesięciu, przepraszam, pięciu milionów tych badań, wykrywanych i diagnostycznych – czyli na razie zaspokajane jest 10% zapotrzebowania.

Proszę państwa, nie chcę zabierać zbyt dużo czasu, a więc podsumuję to, co powiedziałem. Jest program, który został w Polsce sprawdzony i dobrze oceniony. Wemy, że mammografia jest najlepszą metodą diagnostyki raka piersi. Ale nie wiem, czy wszyscy państwo wiedzą, że w ostatnim rozporządzeniu ministra zdrowia, z lipca tego roku, dotyczącym skринingów, między innymi raka piersi i raka szyjki macicy, mammografia w ogóle nie jest wymieniona. Jest mowa o nauce samobadania, ale nie o mammografii. Dlatego obawiam się, że mimo istnienia programu i mimo pewnego konsensusu co do kierunku, w jakim powinniśmy zmierzać, mammografia w następnych latach może nie być w ogóle kontraktowana. A przecież mamy w Polsce co najmniej trzysta pięćdziesiąt dobrych mammografów – bo jest jeszcze ponad sto pięćdziesiąt nieodpowiadających normom – które wykorzystują 10–20% swojej wydolności.

Reasumując, chcę zaapelować do szanownych państwa senatorów, żeby program, który jest w Polsce i który został sprawdzony i odpowiada zaleceniom Unii... Aha, ja jeszcze tego nie powiedziałem. Zalecenia Unii Europejskiej są bardzo proste: należy wdrażać skринing, czyli badania przesiewowe w grupie wiekowej 50–69 lat. Myśmy zaczęli od kobiet w przedziale 50–59 lat. Ale planujemy do 2010 r. co rok lub co dwa lata w zależności od możliwości finansowych poszerzać tę grupę, uwzględniając podział na grupy zagrożenia.

Kończąc, chcę wyraźnie podkreślić, że po prostu należy egzekwować zobowiązania rządu, który zaakceptował taki program wobec przedstawicieli Banku Światowego.

Chciałbym, żeby w przyszłym roku była zapewniona liczba mammografii przynajmniej na poziomie z lat 2000–2001. Obecnie ona jest zagrożona. Bowiem z tego, co wiem, tylko Ministerstwo Zdrowia zakontraktowało te badania. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia, a przynajmniej jego mazowiecki oddział, nie ogłosił... przepraszam, ogłosił konkurs, ale go unieważnił, a więc praktycznie rzecz biorąc, w tym roku nie będzie mammografii opłacanych przez ten fundusz. Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo. Ja również mam poczucie – za chwilę, już widzę podniesioną rączkę – że ulegam jakiemuś *déjà vu*, ponieważ też od lat uczestniczę w tego typu dyskusjach, które są jak chór w operze. Idziemy i donikąd nie dochodzimy. Mam wrażenie, że ciągle się odbijam od takiej gumowej ściany, bo betonową może już dałoby się skruszyć.



Mnie w tej sytuacji jest niezwykle bliska filozofia pana profesora Szczylika. Ja jestem pacyfistką i uważam, że rzeczywiście lepiej byłoby przekuć miecze na lemieszę i nie dawać tych 200 milionów zł na transporter opancerzony, tylko dać je na onkologię, na profilaktykę w tejże onkologii, bo nie umniejszając potrzeby istnienia wszelkiej ciężkiej aparatury megawoltowej, muszę powiedzieć, że jeżeli ja tam trafię za późno, no to szkoda i mojego życia, i tych pieniędzy. No bo jeśli już muszę, to chciałabym tam trafić wtedy, kiedy jeszcze jest czas.

A teraz powiem, jak to wyglądało wcześniej w mieście średniej wielkości i nie w niedzielę popołudniu: „Proszę mi zbadać biust, Panie Doktorze”. „A pani sobie go bada? Maca go sobie pani pod prysznicem? Ma pani taką plakietkę?”. „No tak, ale mnie się wydaje, że to jest worek wypełniony grochem”. „Tak, tak, bo wasze piersi to takie są”. „Ale ja bardzo proszę, proszę mi je zbadać”. „No ale coś tam pani sobie znalazła?”. „Tak, coś sobie znalazłam”. „No, ja tego nie czuję”. „To ja może pójde na mammografię”. „A nie, wie pani, z narodowym funduszem mamy takie kontrakty, że po pięćdziesiątym roku życia... Nie, nie, wie pani, nie dam pani skierowania na mammografię. Ale pani dobrze zarabia, może pani ją sobie zrobić na własny koszt, za 70 zł”. Ale ja nie miałam zaufania do prywatnych pracowni mammograficznych, bo właśnie się naczałam, że tyle tych aparatów w Polsce jest niedobrych i że wyniki badań są źle interpretowane. No to pomyślałam, że może pójde do znajomej lekarki na USG. Od dziesięciu lat do niej chodzę. Pójde. No i dobrze. Mam to USG, mam zaufanie. Ale ta pani doktor mnie zapytała: niech mi pani powie, dokąd to zmierza? Centrum kształcenia kadr medycznych organizuje dziesięciodniowe szkolenie położnych w wykonywaniu USG piersi – czyli jest walka o tego obywatela z piersiami, bo to są pieniądze – ale czy można w ciągu dziesięciu dni nauczyć teorii i praktyki wykonywania badania ultrasonograficznego? Czy położna to opanuje? Nie chciałam być nielojalna wobec mojej grupy zawodowej, więc powiedziałam, że pewnie opanuje, tylko kto poniesie za to odpowiedzialność? Na co ona: no tak, ale to szkolenie kosztuje 15 tysięcy zł. Powiedziałam, że nie, że kosztuje mniej. Był więc między nami spór o to, ile takie szkolenie kosztuje. Ale bez względu na to takie kursy są faktem, a organizuje je agenda Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych.

No dobrze. Ja w końcu trafiłam do tej swojej lekarki. Dostałam skierowanie jedno, drugie, trzecie... Biopsja cienkoigłowa. W pewnym momencie okazało się, że trzeba wykonać galaktomammografię. Więc ja się spytałam, gdzie to można zrobić, ale nie uzyskałam odpowiedzi. Przestały istnieć telefoniczne informacje medyczne, a przynajmniej nie ma ich w miastach średniej wielkości.

Zwróciłam się więc do Ministerstwa Zdrowia, które przecież powinno mieć nad tym wszystkim pieczę i ponosić za to polityczną odpowiedzialność. I co usłyszałam? „Ach, nie zawracaj głowy, zgłoś się do dyrektora centrum, to ci powie, gdzie masz na to badanie pójść”.

Ja mogę przysiąc, że to są fakty. Mogę wskazać daty i osoby, z którymi rozmawiałam, ja, pielęgniarka i senator Najjaśniejszej Rzeczypospolitej. Więc tak to wygląda. A przecież na to się nakłada jeszcze komponent emocjonalny – lęk. No bo jeżeli ja mam mieć takie badanie i jeżeli ja mam biust tak trudny do zdiagnozowania, to na pewno już jest ze mną bardzo źle.

Ja w końcu doszłam, gdzie to badanie można zrobić i je wykonałam. Przepraszam, że absorbuję państwa uwagę swoim osobistym przypadkiem, ale chcę powiedzieć jeszcze jedno. Ja zapłaciłam za to badanie. Ale ile moich rodaczek jest tego p-

zbawione? Ile Polek nie ma tej możliwości? Ile z nich źle trafia? Toteż ja swój udział zarówno w tym posiedzeniu, jak i w ogóle w pracach Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej traktuję nie tylko w kategoriach odpowiedzialności politycznej, żeby nacisnąć właściwy guzik w głosowaniu nad planem finansowym. To uczestnictwo ma dla mnie również wymiar moralny.

Przepraszam bardzo za te rozedrgane emocje, które tu zaprezentowałam, ale dla każdego z nas niepowtarzalnymi wartościami są zdrowie i życie. Stowarzyszenie „Europa Donna”, w którego pracach uczestniczę, kluby amazoнок oraz znakomita wiedza lekarzy pozwalają wierzyć, że razem pokonamy raka. Ale w dzisiejszej Polsce we wszystkich szpitalach każdy lekarz, który tylko ma kwalifikacje, samodzielnie leczy choroby nowotworowe. I taka rzeczywistość też dookoła skrzeczy.

A teraz powracamy do bardziej uporządkowanej dyskusji.

Bardzo panią proszę.

### **Prezes Poznańskiego Towarzystwa „Amazonki”**

#### **Krystyna Wechmann:**

Krystyna Wechmann, Federacja Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”.

W 1996 r. miałam szczęście być wśród piętnastu kobiet zaproszonych do Stanów Zjednoczonych na szkolenie właśnie w zakresie raka piersi. Dwie rzeczy wzbudziły we mnie największy podziw i determinację, żeby to zrobić w Polsce. Po pierwsze, kobiety po przebytym leczeniu raka piersi wywalczyły ustawę o jakości mammografii. Po drugie, przesunięto środki z budżetu obrony narodowej na leczenie raka piersi. Ja nie chcę teraz rzucać na chybił trafił wysokości tej kwoty, ale ona była wręcz porażająca. Ile?

*(Głos z sali: Dwa miliardy.)*

O, właśnie. 2 miliardy dolarów. I dlatego dzisiejsze wystąpienie profesora Szczylika zmobilizowało mnie do podniesienia ręki i wystąpienia przed państwem. Bowiem my, jako środowisko kobiet po leczeniu raka piersi, będziemy popierać tego typu sprawy. Jeżeli osoby za to odpowiedzialne będą...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Do opracowanego programu. Bo ja tu ciągle słyszę, że jest przygotowany narodowy program do walki z rakiem piersi. A jeśli tak, to dlaczego my wiecznie stoimy w miejscu. Ja się czuję jak weteranka. W 1999 r. miałam przyjemność być również w Sejmie – było tam wiele osób – i uczestniczyć w posiedzeniu dotyczącym projektu ustawy o mammografii. Porozmawialiśmy i na tym sprawa się skończyła. Amerykanki przekonywały, że tylko ustawa o jakości mammografii ratuje kobietom życie. Ja do dzisiaj jestem przekonana, że one miały rację i że żadne zarządzenie nie jest w stanie zastąpić tej ustawy. Bo przecież ciągle słyszymy, że mammografów jest bardzo dużo, ale niestety ich jakość pozostawia wiele do życzenia.

Przesunięcie środków finansowych wiąże się ze sprawą właściwego leczenia. Bo nie ma chyba nic gorszego, jak niemożność otrzymania godnego leczenia, może nie zawsze ratującego życie, ale je przedłużającego. Jest to niesamowity problem w naszym środowisku. Tym bardziej że nasze koleżanki borykają się z nawrotami choroby. Te pieniądze pozwoliłyby dotrzeć z badaniami mammograficznymi do ośrodków wiejskich. Mamy już wiele mammbusów. Ale jak czytałam, ostatnie wyniki OBOP wskazują, że 3/4 kobiet na wsiach nie miało nigdy badanych piersi i że tylko 1/4 kobiet wy-

konuje te badania raz w roku. Myślę, że jest to dramatyczna sytuacja – także dlatego, że świadomość tych kobiet jest bardzo mała. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Pani Wanda Królikowska, „Europa Donna”.

**Wiceprezes Stowarzyszenia**

**„Ruch Kobiet do walki z Rakiem Piersi – Europa Donna”**

**Wanda Królikowska:**

Dziękuję bardzo.

Witam serdecznie wszystkich państwa. Przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie. Ja czuję się tutaj bardzo mocna, ponieważ członkiem stowarzyszenia „Europa Donna”, którym mam przyjemność kierować w Rypinie, jest pani senator Krystyna Sienkiewicz – bardzo pani dziękuję. Jestem mocna może też dlatego, że miałam odwagę założyć takie stowarzyszenie w siedemnastotysięcznym mieście; cały powiat rypiński ma czterdzieści tysięcy mieszkańców. Do stowarzyszenia „Europa Donna” należą takie miasta, jak Warszawa, Częstochowa, Legnica. Pośród nich Rypin – odważę się to powiedzieć – jest maleńką perełką. Jestem wiceprezesem ogólnopolskiego związku od niedawna, a prezesem stowarzyszenia w Rypinie od 2000 r.

Stowarzyszenie w takiej małej miejscowości zajmuje się troszeczkę innymi zagadnieniami. Choć może one nie odbiegają aż tak bardzo od tego, co państwo, moi szanowni przedmówcy, powiedzieli. Główna praca ruchu „Europa Donna” to profilaktyka, edukacja i jeszcze raz edukacja. Środowiska wiejskie, o których wspomniała moja przedmówczyni, to główna baza naszej pracy. Nasza podstawowa rola to upowszechnianie tematyki dotyczącej mammografii i w ogóle słowniczka obowiązującego w profilaktyce nowotworowej, a także docieranie do świadomości kobiet i pomoc w pokonywaniu strachu, który towarzyszy każdej kobiecie przed pierwszą mammografią. To, że jestem związana zawodowo ze służbą zdrowia – z wykształcenia jestem pielęgniarką – znacznie ułatwia mi tę pracę.

To, w jakiej formie pracujemy, w dużym stopniu zależy od miejsca, w którym pracujemy. Ja nawet odważyłam się pójść ze swoim programem do przedszkoli, w myśl zasady „czym skorupka za młodu nasiąknie”. Nie mówię do dzieci wprost o raku, tylko o zdrowiu mamy. Zdrowie mamy to element rodzinnego szczęścia, a profilaktyka nowotworowa ściśle się z tym wiąże. Wykorzystuję więc każdy dogodny moment na spotkania z dziećmi i z młodzieżą, zarówno gimnazjalną, jak i ponadgimnazjalną. Organizujemy różne formy pracy, a wszystko po to, żeby zmniejszyć problem i żeby inaczej wyglądała europejska statystyka – bo praktycznie już jesteśmy w Europie – która wciąż przeraża, bo mówi, że co siedem minut zachorowuje jedna kobieta, a co dwie i pół minuty jedna umiera. To wystarczający powód, żeby z takimi sprawami oswajać kobiety z takiego małego środowiska, jakim jest powiat rypiński.

Na pewno jest mi dużo łatwiej, ponieważ miałam praktykę w samorządzie powiatowym, byłam członkiem zarządu. Dzięki temu na pewno łatwiej było mi założyć organizację w ramach ruchu „Europa Donna”. Teraz kontynuuję to dzieło, ponieważ, jak już wspomniałam, mam pewne doświadczenie. A poza tym motywujące jest to, że

na naszym terenie zmniejszyła się śmiertelność z powodu raka piersi i że wzrosła świadomość kobiet, które zgłaszają się na mammografię i na naukę samobadania. Organizujemy akcje, które noszą nazwę „Wesoły autobus”. Są one poprzedzane spotkaniami w środowiskach wiejskich, w kołach gospodyń wiejskich, które reaktywowały swoją działalność. Na tych spotkaniach próbujemy obalić mit, że rak to wyrok śmierci – zresztą ktoś z państwa już to powiedział – i przekonujemy kobiety o konieczności poddawania się tym badaniom. W sukurs idzie nam prasa i inne media, zarówno lokalne, jak i ogólnopolskie. Myślę tutaj o programie pierwszym telewizji, gdzie w piątek będę miała swoje pięć minut, żeby powiedzieć o dzisiejszym posiedzeniu, jak i również o spotkaniu w Mediolanie w listopadzie tego roku, na które jestem zaproszona.

Chcę spuentować moje wystąpienie: bądźmy razem. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

Bardzo proszę, pan Gózdź.

**Prezes Stowarzyszenia Dyrektorów  
Regionalnych Ośrodków Onkologicznych  
Stanisław Gózdź:**

Pani marszałek chciała się dowiedzieć, co słyhać na prowincji. Ponieważ jestem lekarzem onkologiem z Kielc, ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, najmłodszego ośrodka onkologicznego w Polsce, chcę się podzielić własnymi doświadczeniami.

Proszę państwa, dużo mówimy o jakości mammografów. Nam stworzenie pełnoprofilowego wiarygodnego ośrodka onkologicznego zajęło dziesięć lat. Mammografy oczywiście są ważne, ale trzeba przecież zbudować zespół radiologów, patologów, onkologów, chirurgów, radiologów i fizyków, którzy codziennie prowadzą badania, robią testy i je analizują. My mogliśmy to zrobić, ponieważ nasze centrum to w zasadzie filia, takie dziecko, centrum onkologii w Warszawie. Była to idea jeszcze pana profesora Koszarowskiego. Aparat oczywiście jest niezbędny, ale dochodzi do tego jeszcze permanentne szkolenie kadry. Tak więc to wszystko wymaga dziesięciu lat pracy. Mogę to powiedzieć, ponieważ byliśmy kontrolowani przez instytut, a ostatnio także przez Bank Światowy, i była to dość dokładna, dogłębna i profesjonalna kontrola.

Jeżeli chodzi o działanie na rzecz naszego województwa, to od trzech lat nasi lekarze wyjeżdżają na teren powiatów i tam w soboty i niedziele badają nasze panie. Odbywa się to dzięki współpracy z samorządami powiatów i gmin. W naszym województwie jest trzynaście powiatów. W ciągu trzech lat przebadaliśmy kobiety mieszkające w siedmiu z nich. Mamy taką zasadę, że spisuje się te pacjentki, które kwalifikują się do mammografii, a później w wolne soboty i w niedziele – w porozumieniu z wójtami i starostami – są one dowożone samochodami do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Taki jest nasz model wewnętrzny. Ale powiem szczerze, że nie zrobilibyśmy tego bez udziału naszych amazońek, które są wszędzie, potrafią mobilizować i przełamywać bariery psychologiczne pań mieszkających na wsiach – bo one jednak zgłaszają się do nas na badania. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, Panie Doktorze, i proszę się przedstawić.

**Sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej**

**Krzysztof Makuch:**

Krzysztof Makuch, z Naczelnej Rady Lekarskiej. Wczesne wykrywanie raka piersi nie będzie możliwe bez działań, które spowodują wzrost świadomości, ale nie tylko kobiet, lecz również polityków, organizatorów ochrony zdrowia i lekarzy. Zanim jednak rozwinę ten temat, chcę zaakcentować dwie sprawy, o których mówili moi przedmówcy.

Pan profesor Szczylik wspomniał, że czuje się jak lekarz pracujący w pewexie. Te ograniczenia, które nie pozwalają wykorzystać ogromnej wiedzy ponad dziewięćset onkologów w prawidłowym prowadzeniu leczenia, są bez wątpienia efektem błędnego systemu ochrony zdrowia.

Pan doktor Meder zaprosił nas na ważne wydarzenie, na marsz nadziei, który odbędzie się 18 października. Kilka lat temu uczestniczyłem w *Race of the Cure* w Waszyngtonie, w którym brało udział sto tysięcy obywateli Ameryki, i nie tylko. To ogromna manifestacja solidarności ludzi, którzy są związani z tym problemem, od dzieci do osób w wieku blisko stu lat, którzy przebiegli lub raczej przemaszerowali ponad 7 mil w centrum Waszyngtonu. Taki marsz to nie jest jakiś jednodniowe medialne wydarzenie. To jest deklaracja, pewne zobowiązanie wszystkich uczestników, którzy ten problem rozumieją.

W tym miejscu chcę wyrazić swe ogromne uznanie dla ruchu naszych amazonek za te działania, które podobnie jak w Stanach Zjednoczonych czy w innych krajach mogą spowodować zmiany w prawodawstwie, chociażby w zakresie jakości badań mammograficznych czy właściwej rehabilitacji pacjentek. Mówię to z punktu widzenia lekarza będącego jakby na pierwszej linii frontu, bo pracuję w podwarszawskim ośrodku i mam szereg dylematów etycznych, o których mówiła pani senator Sienkiewicz.

Wspomniano tu o limitowaniu badań mammograficznych, że możemy wykorzystać tylko 10% możliwości tej bazy, którą mamy w kraju. To powoduje, że dostępność jest zdecydowanie... No, trudno ją nawet do czegoś porównać. Można powiedzieć, że jest to sprawa zupełnie niezrozumiałego dla mnie finansowania tych świadczeń. Pracownicy instytutu mówią, że konieczność wykonywania przez nich badań skryningowych obniża jakość ich pracy, bo centrum onkologii staje się przychodnią. Ja z kolei ubolewam, że badania mammograficzne nie są zakontraktowane w innych miejscowościach, bo ułatwiłoby to pacjentkom dostęp do nich.

Uświadamianie jest oczywiście bardzo dobrze realizowane przez media. Wystarczy wspomnieć chociażby akcję „Rodzić po ludzku”, która spowodowała w krótkim czasie wzrost poziomu opieki nad kobietą w ciąży, albo akcję „Twojego Stylu”, który, drukując wypowiedzi pacjentek, zwrócił uwagę na sposób badania piersi przez lekarzy, którzy w tym zakresie rzeczywiście mają jeszcze wiele do zrobienia.

Myślę, że trzeba stworzyć odpowiedni system i że powinno to być uregulowane ustawą, o czym mówili moi przedmówcy, i że rzeczywiście potrzeba mniej aktywności, a więcej systematyczności w zwalczaniu takiego problemu, jakim jest rak piersi. To są

sprawy zasadnicze. Poza tym jest jeszcze kwestia oceny jakości. Ale nie ma nic bardziej błędnego niż mitologizowanie mammografii. Ona sama nie rozwiąże wszystkiego, to musi być kompletna opieka nad kobietą, od początku, od jej okresu pokwitania poprzez przekwitanie aż do starości.

Liczę, że skoro ten problem jest przedmiotem obrad komisji senackiej, to pójdą za tym pewne decyzje, i to nie tylko w formie dezyderatów, lecz również działań i inicjatywy legislacyjnej, o co gorąco proszę w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani senator Olga Krzyżanowska.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Wydaje mi się, słuchając głosów w dzisiejszej dyskusji – i wynika to również z doświadczeń chyba wszystkich państwa, którzy się tym problemem zajmują – że to idzie jakby w dwóch kierunkach.

Pierwszy kierunek jest taki... Zresztą przed chwilą pan doktor był uprzejmy o tym powiedzieć. Chodzi o to, czy parlament, Sejm albo Senat, może podjąć z pozytywnym skutkiem inicjatywę ustawodawczą dotyczącą uchwalenia Narodowego Programu Walki z Chorobami Nowotworowymi. Nie możemy się teraz zobowiązać, bo to jest poważna decyzja, ale przypuszczam, że należy pójść w tym kierunku. Po prostu dlatego, że my w Polsce mamy może dobre, a może złe przyzwyczajenie, że jak coś nie jest zapisane w ustawie czy w prawie, to jakby można to odłożyć na później. To zaś jest dramatyczny problem, który, jak widać, nie daje się odłożyć na później. I niesłychanie niepokojące są te głosy, że właściwie ciągle o tym mówimy, a jakby stoimy w tym samym miejscu. Uważam, że one powinny być dla nas bodźcem – i mam nadzieję, że tak będzie – żeby próbować nadać tej sprawie jakiś poważniejszy, to znaczy prawny, charakter.

To samo dotyczy mammografów. Ja się zetknęłam, wstyd powiedzieć, chyba sześć lat temu z gotowym projektem, powiem w skrócie, ustawy o jakości mammografów – jedna z pań już o tym wspomniała. Ówczesne ministerstwo – jak więc widać, ugrzęźnięcie tej sprawy nie ma charakteru politycznego – wyraziło wtedy opinię, że nie można robić ustawy tylko o jednym rodzaju urządzeń, bo takiej aparatury medycznej, która powinna spełniać wysokie standardy, jest znacznie więcej. Myślę jednak, że do tego problemu trzeba wrócić w projekcie jakiegoś ustawowego uregulowania badania jakości aparatury medycznej czy choćby tylko mammografów. Ale muszę powiedzieć, że co do tego ostatniego, to jestem pesymistką, bo ten argument, że trudno robić ustawę tylko o jednym typie badań, jest logiczny.

A teraz co do innych rzeczy tutaj poruszonych. Wydaje mi się, że w jakimś sensie można próbować... To znaczy tak. Myślę, że komisja senacka chciałaby pomóc – ja w tej chwili mówię w swoim imieniu, ale oczywiście musi to być decyzja całej komisji – w sprawie badań skriningowych. Bo rzeczywiście coraz bardziej widać, że one mogą doprowadzić do jakichś wniosków i dać jakieś wytyczne, jak postępować. Ale muszą być informacje zwrotne. Mówiła o tym jedna z pań doktor, które tak pięknie nam to

przedstawiły, a także pan docent, że to nie może być tak, że jest badanie – i to wszystko. Chodzi bowiem o szersze informacje, jakie można z takich badań uzyskać. Myślę, że moglibyśmy się zwrócić do Ministerstwa Zdrowia, żeby to wzięło pod uwagę.

Kolejna sprawa. Jest prośba do prasy, bo będziemy się starali szerzyć to, co tutaj już kilka razy było powiedziane, że wczesne rozpoznawanie choroby jest tańsze niż leczenie. Może właśnie to w tej trudnej sytuacji finansowej... Bo stoją przed nami, przed parlamentem, trudne decyzje budżetowe. I nie ma co kryć, nie możemy obiecywać, że będziemy głosować za czymś tylko dlatego, że tak byłoby ładniej. Chodzi o to, czy to się da przeprowadzić. Taka jest prawda. Ale wydaje mi się, że jest ważne, aby w świadomości społeczeństwa, które musi wpływać na polityków, było to, że to jest po prostu tańsze.

Jeszcze jedna rzecz, też tu poruszona. Chcę dodatkowo podkreślić to, o czym państwo mówili: rolę prasy. Rzeczywiście w budzeniu świadomości społeczeństwa, kobiet, ich rodzin i lekarzy, prasa odegrała dotychczas ogromną rolę. Na przykład wspomniany przez pana doktora „Twój Styl”, który ileś lat temu zaczął ruch „Różowa Wstążka”, prawda. Zmieniła się redaktor naczelna – pani Kaszuba już nią nie jest, pracuje gdzieś indziej – ale ten miesięcznik nadal podejmuje tę problematykę.

Nie wiem, czy państwo pamiętają, że była taka bardzo cenna nagroda: dla lekarzy pierwszego kontaktu, którzy badali pacjentki pod kątem ewentualnego – nie daj, Boże – raka piersi. To są rzeczy, które zmieniają świadomość społeczną. Ale wydaje mi się, że za mało wpływu na tę świadomość wywiera prasa regionalna i codzienna, czytana nie tylko przez eleganckie kobiety na bardzo wysokim poziomie, które kupują „Twój Styl”, bo je na to stać. Inne gazety czy tygodniki kobiece też powinny stworzyć to pole nacisku.

I ostatnia rzecz. Na przykładzie stowarzyszeń „Amazonki”, „Europa Donna”, „Różowa Wstążka” widać, że organizacje pozarządowe nadal mają naprawdę dużo do zrobienia w tej sprawie, a jak dotychczas większość z nich robi naprawdę wspaniałą robotę. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

Widzę jeszcze podniesione rączki, jedna i druga.

Proszę bardzo.

**Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Maria Cichońska-Marczak:**

Maria Marczak, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Pani Marszałek, rozumiem, że z pani podsumowania umknęła jedna, według mnie, najważniejsza sprawa – bez pieniędzy to my nic nie zrobimy. Mamy program, mamy świadomość, mamy olbrzymi wkład pracy pracowników ochrony zdrowia – bo w zasadzie to ich pasja doprowadziła do tych wyników, które prezentowali nam tu kolejni goście. Ale brak jest pieniędzy.

Ja chcę wrócić do tego, na co na początku zwrócił uwagę pan profesor Szczylik: gradacja potrzeb finansowych. Chodzi o to, żeby potrzeby onkologii były na pierwszym planie.

Proszę państwa, chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Proszę zobaczyć, do kogo trafia prasa, nawet ta codzienna. Pani Marszałek, ja bardzo przepraszam, ale do środowisk wiejskich ona trafia w znikomym stopniu. Myślę, że tu znowu należy się głęboko pokłonić pracownikom ochrony zdrowia, którzy w zasadzie bardzo dużo robią, moim koleżankom pielęgniarcom, które najwięcej czasu poświęcają kobietom wiejskim i są z nimi na co dzień.

A zatem, najpierw przekonanie o konieczności przeprowadzania badań i nauka samobadania, a dopiero później zabezpieczenie środków na badania mammograficzne. Myślę, że to jest ten kierunek. Dziękuję serdecznie.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Pani prezes federacji, a później poproszę pana.  
Proszę bardzo.

**Wiceprezes Federacji  
Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”  
Danuta Dobrska:**

Dziękuję bardzo za udzielenie głosu.

Danuta Dobrska, wiceprezes Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”.

Pozwalam sobie jeszcze raz zabrać głos jako amazonka i podzielić się z państwem takim dosyć osobistym, choć widzę, że podzielanym przez wielu spośród państwa, którzy uczestniczą w tym spotkaniu, spostrzeżeniem. Gorąco popieram i przyłączam do tego, co powiedział pan profesor Szczylik o drodze szukania pieniędzy.

Proszę państwa, wielokrotnie uczestniczyłam... Ale jeszcze może zaznaczę, że zdaję sobie sprawę z tego, że to, co powiem, będzie dla wszystkich państwa sprawą oczywistą. Chcę jednak pewne rzeczy po prostu wypunktować z myślą o tym, żeby móc o nich powiedzieć na zewnątrz tej sali.

O co chodzi? Od wielu lat uczestniczę w takich akcjach, jak ta 18 października, która odbędzie się również w moim mieście, i zaobserwowałam jedną rzecz, która mnie niepokoi. Po prostu – proszę mi wybaczyć pewną jednostronność spostrzeżeń, ale myślę, że czasami taka jednostronność może się przydać, nawet jeżeli ona jest troszeczkę tendencyjna – pewien rodzaj euforii, takiego zadowolenia, że już dużo zrobiliśmy, dotarliśmy do tylu kobiet, uświadomiliśmy je, one patrzą na nas, widzą, że z rakiem można wygrać, czyli wszystko w porządku. Bardzo często tak jest.

Nie tak dawno, w ciągu ostatnich paru miesięcy, do naszego ogólnopolskiego biuletynu dotarł list, który jak gdyby współgra z moim głosem. Pewna pani pisała, że była akcja w jej mieście – to było małe miasto – no i wykryto ileś tam przypadków raka. I co dalej? Pacjentki, u których wykryto chorobę, poczuły się zagubione, bo nie bardzo wiedziały, co dalej robić.

Proszę państwa, podczas tego typu imprez często się słyszy: wcześniej wykrywamy, więc już jest dobrze. Nie, nie jest dobrze, bo dopiero wtedy zaczynają się schody.

Proszę państwa, teraz sytuacja jest taka. Są kluby amazonek, które udzielają wsparcia kobietom, ale to, czy one do nich dotrą czy też nie dotrą, zależy od miejsca, w którym mieszkają, a także od ich cech psychicznych, bo część z nich zamyka się



w sobie – i to nie zależy od poziomu wykształcenia, o czym wielokrotnie my, amazonki, się przekonałyśmy.

Proszę państwa, na ogół wczesne leczenie jest mniej kosztowne – nie jestem lekarzem, ale prawdopodobnie w tym się nie mylę – lecz zdarza się, bo są takie rodzaje raka piersi, że i ono wymaga wysokich nakładów finansowych. Tak więc nawet przy wczesnym wykryciu nowotworu też bywają problemy. Nie tak dawno rozmawiałam z lekarzem z mojego ośrodka zdrowia, który z ubolewaniem stwierdził, że w sytuacjach, w których proponowana procedura wysokokosztowa spotyka się z odmową, pacjentka umyka mu z pola widzenia. Ona idzie tam, gdzie dostanie jakąś pomoc. Nieważne, że to będzie bioenergoterapeuta, bo ona chce, aby szybko jej udzielono pomocy. I to moim zdaniem jest dramat.

Proszę państwa, ja jestem za wszelkiego rodzaju imprezami i za tym, żeby październik trwał cały rok. Właśnie po to, żeby w trakcie tych obchodów bardziej zaznaczyć dramatyzm sytuacji. Jednak nie optuję za taką formą dramatyzmu, jaką uprawiają uczestniczki tego rodzaju marszów za oceanem, często są to osoby po leczeniu raka piersi, ale nie tylko. One przypinają sobie na plecach karteczki z nazwiskami osób zmarłych na tę chorobę, żeby je upamiętnić. Te karteczki są w jednakowym kolorze i za ich sprawą uczestniczki marszu pokazują, o jaki problem chodzi i że to nie jest tylko radosny festyn. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Nie widzę zgłoszeń.

O, przepraszam, przepraszam bardzo. Pan senator Marek Balicki. Jeszcze raz przepraszam.

**Senator Marek Balicki:**

Dziękują bardzo.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

W zasadzie wszystko czy prawie wszystko powiedziano i niewiele pozostało do dodania, ale wypowiedź pana profesora Szczylika i pamięć o pewnym fakcie, który miał miejsce w Poznaniu... Bo kiedyś pan profesor Szczylik zaprosił mnie na kongres do Poznania i tam powiedziałem o tym samym problemie, o którym mówiliśmy dzisiaj, czyli o finansach. Zaraz dodam kilka zdań komentarza.

Ale pierwsza rzecz jest taka. Ja uważam, że jest kilka problemów zdrowotnych w Polsce, które wymagają ogólnonarodowych strategii. Są to działania, które zostały sprawdzone w innych krajach, w Stanach Zjednoczonych i w Europie Zachodniej. W Polsce też jest kilka problemów zdrowotnych, które wymagają ogólnonarodowych strategii i które w naszych warunkach prawnoustrojowych powinny być przyjęte w formie ustawy. Jednym z takich problemów – i on wysuwa się na pierwsze miejsce, nie tyle jako przyczyna zgonów, ile jako rosnący problem zdrowotny – są choroby nowotworowe.

Ja myślę, że trzeba będzie to powtarzać, ale w końcu musimy doprowadzić do tego, że ogólnonarodowa strategia walki z rakiem zostanie przyjęta w formie ustawy. Bo przecież nie chodzi tylko o to, żeby wyasygnować 200–250 milionów zł rocznie, czy nawet 300 milionów, no bo jeśli miałyby być robione pięć milionów mammografii

rocznie, to na pewno byłoby potrzeba trochę więcej pieniędzy. Rzecz w tym, żeby była ogólnonarodowa strategia, w której byłoby rozwiązanych wiele problemów, między innymi jakość skriningów. Ja konsekwentnie się opowiadam za taką strategią i wierzę, że jeśli nasze naciski będą większe, to w krótkim czasie powstanie odpowiednia ustawa. Jest precedens, bo istnieje ustawa o ratownictwie medycznym, które też przeżywa pewien kryzys. Ale jest to przykład przyjęcia strategii wobec jednego z głównych problemów zdrowotnych i zapisania jej w formie ustawy zawierającej pewne wytyczne czy standardy jakości. To tyle, jeśli chodzi o strategię.

Druga rzecz. Dlaczego zdecydowałem się zabrać głos w sprawie środków na ten cel? Bo mnie w ostatnim okresie bardzo niepokoi, że na forum publicznym zaczyna się stygmatyzować czy w sposób bardzo pejoratywny określać pewne cele wydatkowania środków publicznych. Na przykład zaczynamy mówić, że bezrobotni są leniwi. To jest niezwykle niepokojące. Coraz częściej słychać, szczególnie z ust niektórych publicystów zorientowanych liberalnie w sprawach ekonomicznych, że niepełnosprawni to oszuści, a służba zdrowia marnuje pieniądze. Nie dalej jak w piątek czy w sobotę w programie pierwszym telewizji, w „Gościu Jedyńki”, ważnej politycznej rozmowie dnia, jeden z wybitnych polskich ekonomistów powiedział: ten trudny program rządu jest potrzebny itd., ale jego słabością jest to, że są jeszcze inne sfery, na których można zaoszczędzić – i wymienił ochronę zdrowia.

Ja muszę powiedzieć, że taka tendencja jest niepokojąca. I to, co powinniśmy robić – każdy w granicach swoich możliwości... My, senatorowie, będziemy teraz mieli okazję dyskutować o budżecie czy o niektórych propozycjach ustawowych i ja uważam, że nie należy zgadzać się na taki sposób debatowania o finansach publicznych. Należy mówić pozytywnie, to znaczy nie o tym, na czym mamy oszczędzać, tylko o tym, na co powinniśmy przeznaczać środki publiczne, inaczej mówiąc, jaka jest hierarchia potrzeb. No i wtedy dojdziemy do tego, jakie są priorytety, o których mówił pan profesor Szczylik.

Nie wiem, czy państwo pamiętają, że jest określony minimalny stosunek wydatków na obronę narodową do PKB, a nie ma czegoś takiego w odniesieniu do ochrony zdrowia. Zaś od początku lat dziewięćdziesiątych rysuje się tendencja zmniejszania się stosunku wydatków publicznych na ochronę zdrowia do produktu krajowego brutto. To jest niebezpieczne, ponieważ w Stanach Zjednoczonych i w krajach Europy Zachodniej, jak również w większości krajów aspirujących do Unii Europejskiej, czyli tych, które 1 maja wejdą do Unii, jest tendencja wzrostu stosunku wydatków publicznych do produktu krajowego brutto. Czyli u nas jest odwrotna tendencja i trzeba będzie z nią walczyć. Ale jednocześnie nie może być tak, że wszystkie pieniądze będą wydawane na ochronę zdrowia. Chodzi o zwiększenie racjonalności i sensowności wydatkowania pieniędzy. Mamy za nie mieć więcej mammografii i więcej miesięcy czy lat życia wyższej jakości. Nie chodzi o to, żeby je przesuwac na inne cele. Tak to należy rozumieć. Ta dyskusja pokazała, że również jeśli chodzi o mammografie, to nie wszystkie pieniądze były wydawane trafnie. Ale to nie znaczy, że trzeba te pieniądze przeznaczyć na coś innego, tylko że po prostu należy je efektywniej wydawać.

I ostatnia sprawa, która wydaje się coraz istotniejsza również w tych krajach, na jakie dzisiaj tak często się powoływaliśmy, a mianowicie rola i znaczenie organizacji pozarządowych. Ja muszę powiedzieć, że efekt w postaci zmniejszającej się liczby zgonów, o którym mówił pan profesor Wronkowski, z jednej strony na pewno wynika z tego, że zostały podjęte właściwe decyzje o wydatkowaniu środków publicznych. Ale

myślę, że z drugiej strony jest to wynik działania społeczeństwa zorganizowanego w formie organizacji pozarządowych, a także mediów. I kiedy ostatnio w „British Medical Journal” czy w innym czołowym piśmie medycznym ukazała się publikacja na temat jakości opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, to jeden z rozdziałów dotyczył wpływu organizacji zrzeszających pacjentów, czyli organizacji pozarządowych, na jakość opieki medycznej. To jest niezwykle ważna pozycja. Bo to nie jest tak, że służba zdrowia jest w stanie sama sobie poradzić ze wszystkimi problemami dotyczącymi zdrowia i leczenia. Istotna jest też rola organizacji pozarządowych. Ja oceniam, że ona będzie jeszcze większa. I należy im się podziękowanie ze strony systemu opieki zdrowotnej, bo to jest niezwykle ważne ogniwo systemu. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Dziękuję pięknie panu senatorowi i wszystkim, którzy działają ku pożytkowi publicznemu.

Mam tutaj przed sobą druk nr 1877 Sejmu drugiej kadencji, zawierający projekt uchwały w sprawie powołania Narodowego Programu Walki z Rakiem i Narodowego Funduszu Walki z Rakiem – ona nigdy nie ujrzała światła dziennego.

Ale my, Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia, jak również cały Senat, jesteśmy zobowiązani do skontrolowania tego, w jaki sposób jest realizowana uchwała Senatu sprzed roku w sprawie ustanowienia Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Po dzisiejszym posiedzeniu zwrócimy się do ministra zdrowia z zapytaniem, w jaki sposób jest realizowana ta uchwała oraz z wnioskiem o niezwłoczne podjęcie prac nad projektem ustawy w sprawie tego programu, tak aby proces legislacyjny – tak jak tutaj jest zapisane – został zakończony w 2003 r. Rok 2003 ma się ku końcowi, więc jest sposobność, by zapytać ministra zdrowia, na jakim etapie prac się znajdują, bo nawet jeżeli one nie są na ukończeniu, no to może przynajmniej jest jakaś koncepcja tego projektu.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No ja wiem, że to może zabrzmieć anegdotycznie, tym bardziej że odpowiedzi i tak teraz nie uzyskamy. Ale mimo wszystko Senat powinien kontrolować, w jaki sposób rząd realizuje tę uchwałę.

Był tu również apel do ministra zdrowia o zapewnienie środków na realizację programu po uchwaleniu postulowanej ustawy.

No cóż, potrzebne są cierpliwość i czas, który na pewno będzie kosztował ileś istnień ludzkich. Myślę jednak, że konsekwencja działania i determinacja doprowadzą do tego, iż będzie to gwiazdkowany czy priorytetowy program.

Bardzo państwu dziękuję. Bardzo dziękuję pani marszałek Oldze Krzyżanowskiej za to, iż doprowadziła do tego posiedzenia komisji. Bardzo dziękuję koleżankom i kolegom senatorom. Dziękuję gościom za to, że zechcieli skorzystać z naszego zaproszenia. Wszystkim nam życzę dużo zdrowia.

Zamykam dzisiejsze posiedzenie senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.  
Dziękuję.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 20)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Małgorzata Radecka

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851