



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1595)

96. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 25 maja 2010 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Niedosłuch jako problem kliniczny i społeczny. Współczesne metody leczenia niedosłuchu.
2. Kierunki wykorzystania oszczędności w europejskim programie operacyjnym 2007–2013 na sektor ochrony zdrowia – szanse i możliwości.

(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, witam na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, które niniejszym otwieram.

W proponowanym porządku obrad mamy informację na temat niedosłuchu jako problemu klinicznego i społecznego oraz współczesnych metod leczenia niedosłuchu. O tym powie nam dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, profesor doktor habilitowany medycyny, pan Henryk Skarżyński; drugi punkt porządku obrad to informacja na temat kierunków wykorzystania oszczędności w europejskim programie operacyjnym 2007–2013 na sektor ochrony zdrowia i związanych z tym szans i możliwości. W trzecim punkcie proponuję omówienie spraw bieżących.

Czy są uwagi do takiego porządku obrad?

Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, to uznam, że porządek posiedzenia został zatwierdzony.

Witam naszych gości. Bardzo serdecznie witam pana ministra Fronczaka. Witam pana profesora Skarżyńskiego. Witam panią Jadwigę Rudnicką. Witam panią Renatę Korneluk, pana Pawła Kochanowicza z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, pana Krzysztofa Kochanka także z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Witam pana Danielewicza, dyrektora departamentu nauki; zastępcę dyrektora, pana Jacka Mazura; pana Rynkowskiego z Departamentu Współpracy Międzynarodowej; panią Agnieszkę Kister, zastępcę dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich; panią Agnieszkę Krajewską i panią Elżbę Kęską-Leszczyńską z Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego; panią Barbarę Kwiatkowską z Departamentu Matki i Dziecka oraz panią Monikę Przygucką, radcę ministra w Departamencie Zdrowia Publicznego. A, witam pana ministra, który wpisał się na końcu listy. Jeszcze raz witam osoby, które nam towarzyszą, i oczywiście witam panów senatorów.

Proponuję, aby najpierw pan profesor przedstawił nam przygotowaną prezentację, potem poprosimy pana ministra o opinię, następnie – pytania i dyskusja, a na końcu stanowisko komisji w tej sprawie.

Bardzo proszę pana profesora o zabranie głosu.

(Brak nagrania)

**Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Henryk Skarżyński:**

...Takie jest życie w służbie zdrowia. Nie narzekam, bo to wzbogaca doświadczenie.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie komisji i umożliwienie przedstawienia problemu, który, jak się wydaje, jest ważny ze względów i klinicznych, i społecznych, i naukowych i który skutkuje w określony sposób dla nas wszystkich, dla naszego budżetu i dla naszych możliwości. Mam nadzieję, że w ciągu tych kilkudziesięciu minut uda mi się ten temat przybliżyć. Jeżeli będę zanudzał, to proszę dać znać, a skrócę swoje wystąpienie.

Pewnie na co dzień nie zdajemy sobie sprawy z tego, że słuch jest podstawą komunikacji i rozwoju współczesnego społeczeństwa. Mówimy, że bardzo dużo możemy zrobić, jeżeli sprawnie się komunikujemy, porozumiewamy, jeżeli potrafimy odbierać bardzo dużo informacji, selekcjonować te informacje, dzielić się tymi informacjami itd. Zwykle posługujemy się hasłem „współczesne społeczeństwo”, a mniej mówimy o procesach komunikacyjnych. Nie chcę mówić, który zmysł w tym procesie jest ważniejszy, bo pewnie każdy ze specjalistów lekarzy ma zdanie na ten temat i każda osoba ma jakieś spojrzenie na to zagadnienie. Ale słuch, który w dwudziestym siódmym tygodniu życia płodowego pozwala dziecku rozpoznać wrażenia, które dochodzą z zewnątrz, jest podstawą rozwoju mowy i podstawą opanowania jednego lub kilku języków. Ma też wpływ na rozwój inteligencji, na rozwój zdolności, na wybór zawodu i jakość pracy w tym zawodzie.

Jak ta kwestia wyglądała w przeszłości? Tu jest pokazana taka informacja, którą przedstawili Amerykanie. Posługuję się nią, bo ona znakomicie ilustruje to, co się wiąże z konsekwencjami właściwego rozwoju słuchu bądź braku tego rozwoju. Słuch jest podstawą komunikacji. I stwierdzono, że na przełomie wieku XIX i XX do wykonywania dobrze płatnej pracy, do utrzymania dobrej pozycji społecznej, do pewnego dobrobytu w 93% niezbędne były umiejętności manualne, czyli jeśli człowiek haftował, malował, rysował, potrafił coś wyrzeźbić, to był kimś. Po stu latach jest odwrotnie, tylko w 6% o tym, jaka jest nasza pozycja, decydują umiejętności manualne, a w 94% – umiejętności komunikowania się z otoczeniem. Niezależnie od naszego stosunku do tego zagadnienia, to pokazuje, że słuch jest podstawą rozwoju.

Ile jest osób z wadami słuchu? Gdy sięgamy do różnych statystyk, to możemy przeczytać, że według danych WHO jest to tyle milionów, a jakaś komisja pokazuje, że jest to więcej milionów. Dlatego w tamtym roku zadaliśmy sobie trud i, uczestnicząc w kontynentalnych kongresach naukowych oraz światowym kongresie naukowym w São Paulo, zbieraliśmy informacje, które podawały różne towarzystwa, organizacje pozarządowe lub przedstawiciele innych środowisk. Wynika z tego, że na świecie jest nas – przepraszam za określenie „nas”, ale zaburzenia słuchu to nie tylko nieumiejętność słyszenia i rozumienia wszystkiego, składa się na nie wiele zaburzeń – około miliarda. Zatem możemy powiedzieć, że jest to rzeczywiście duża skala, że jest to ważne zagadnienie, które ma wpływ na nasze codzienne funkcjonowanie.

Jak to wygląda w naszych badaniach, badaniach przeprowadzonych w Polsce, do których mogę się odnieść z pełną odpowiedzialnością. W latach 1995–1998 na zlecenie ministra zdrowia przygotowaliśmy program badań przesiewowych w populacji noworodków; był to program opracowany w oparciu o dane z siedemdziesięciu szpitali w Polsce. Wynika z niego, że na tysiąc noworodków jeden do trzech ma wadę słuchu; obecnie nawet się mówi, że jest to troszeczkę mniej. Kolejny program dotyczy badań dzieci i młodzieży szkolnej; chodzi o różne zaburzenia słu-

chu. Te badania zostały rozpoczęte w ramach współpracy polsko-amerykańskiej na przełomie wieków, w końcu mijającej dekady zostały rozwinięte – zostały nimi objęte kolejne województwa, a w końcu maja będziemy mogli powiedzieć, że cała populacja siedmiolatków ze wszystkich miejscowości wiejskich i małych miasteczek została przebadana. Wyniki tych badań są zupełnie inne – około 20% ma problemy ze słuchem, i taki wynik się powtarza niezależnie od tego, czy jest to miasto, czy wieś. Przed kilkoma laty na próbie jedenastu tysięcy wylosowanych osób dorosłych przeprowadzaliśmy badania epidemiologiczne w trzech województwach: podlaskim, mazowieckim i śląskim. W zależności od wieku te wyniki były od kilkunastu do kilkudziesięciu procent; na przykład trzy czwarte osób w grupie siedemdziesięciolatków ma problemy ze słuchem, które stanowią dla nich pewną uciążliwość. A skoro nasze społeczeństwo, podobnie jak inne, coraz bardziej się starzeje, to skala tego problemu będzie rosła. Niezależnie od tego, jaki jest nasz obecny stosunek do tej kwestii, czy nas stać, czy nie stać na takie czy inne rozwiązania, będziemy musieli się zmierzyć z tym problemem, i to bardzo szybko.

Dwa słowa o instytucie. Przynieśliśmy kilka ulotek informacyjnych, więc powiem tylko, że jest to placówka podległa ministrowi zdrowia, zlokalizowana w Warszawie i w Kajetanach; jest też kilka ośrodków filialnych w Polsce i ośrodków współpracujących z nami w ramach różnych programów. W ramach tej jednostki jest kilka podstawowych klinik: klinika otolaryngologii, klinika audiologii, klinika rehabilitacji, klinika szumów usznych. Częściowo współpracuje z nami także klinika drugiego wydziału lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Jeżeli nie wszyscy, to na pewno część z nas zetknęła się z problemem różnych uszkodzeń słuchu. Jest słuch prawidłowy, stwierdzony na podstawie badania audiometrycznego, ale to wcale nie oznacza, że taki pacjent nie ma problemów ze słuchem – może słyszeć, ale nie umieć słuchać, i to dotyczy nie tylko polityków. Są uszkodzenia słuchu, które wiążą się z uszkodzeniem wrodzonym bądź nabytym w obrębie ucha środkowego czy zewnętrznego; problem stosunkowo łatwy do leczenia. Są uszkodzenia słuchu w obrębie ucha wewnętrznego, pohałasowe i inne, które wymagają bardziej zaawansowanego leczenia. Tak, u każdego z nas wraz z wiekiem słuch będzie się pogarszał, ale wypracowaliśmy pewne rozwiązanie. Muszę powiedzieć, chociaż może zabrzmieć to nieskromnie, że jako pierwsi w świecie rozpoczęliśmy leczenie tak zwanej częściowej głuchoty, gdy do tego poziomu dochodzi upośledzenie słuchu. Jest to duży postęp i szansa dla pacjenta, który ma wadę słuchu, a właściwie częściową głuchotę, gdyż części dźwięków zupełnie nie słyszy.

Od czego zależą nasze współczesne możliwości? Wszystko, co będę mówił, spróbuję zobiektywizować przez pryzmat resortowego instytutu, funkcjonującego od 1996 r. Te możliwości wynikają z doświadczenia, nowych rozwiązań chirurgicznych, materiałów, jakie są stosowane do rekonstrukcji zniszczonych bądź niewykształconych części ucha zewnętrznego czy środkowego, nowych technologii oraz organizacji zaplecza. Ale to wszystko nie byłoby prawdą, gdyby nie było rosnącego zainteresowania społecznego. Mnóstwo ekspertów spoza Polski, którzy nas odwiedzają, a praktycznie nie ma tygodnia, żeby ktoś nas nie odwiedził, zazdroszczą nam tej organizacji i ogromnego, nieograniczonego według nich, dostępu do pacjentów, a tym samym, z naukowego punktu widzenia, do ogromnego materiału, który może być poddawany przeróżnym analizom, z czego wypływają nowe doświadczenia i rozwiązania.

To doświadczenie opiera się na sześćdziesięciu jeden tysiącach operacji w ciągu ostatnich czternastu lat – a zaczęliśmy w instytucie od zera, więc ten wzrost trzeba liczyć do zera – i na ponad szesnastu tysiącach procedur chirurgicznych. Od siedmiu lat wykonujemy najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch. Łatwo to powiedzieć, ale żeby to zrobić... Za tym kryje się ogromna praca, zorganizowanie opieki przedoperacyjnej, samej operacji i opieki pooperacyjnej. Błąd na poziomie jednego procenta czy dwóch procent skutkowałby kilkudziesięcioma powikłaniami w ciągu miesiąca, kilkuset powikłaniami w ciągu roku, co wystarczyłoby na zajęcie kilku oddziałów klinicznych.

Jeśli chodzi o sposób oceny, to specjaliści oglądają... za pomocą różnych wzierników. Ale trzeba pamiętać, że widzimy wtedy tylko kawałek błony bębenkowej, a zatem możemy przeoczyć mnóstwo istotnych informacji. Gdy korzystamy z mikroskopu diagnostycznego, widzimy dokładniej, ale nie dużo więcej. Gdy korzystamy z wideootoskopu – było to przed chwilą pokazane na tym krótkim filmie – możemy zobaczyć całość. Okazuje się wtedy, jak dużo zmian możemy wykryć. Z tymi zmianami – dotyczy to zwłaszcza dzieci – pacjenci nigdy by się nie zgłosili do lekarza, gdyż nie odczuwają bólu, względnie dobrze słyszą, nie ma wycieku z ucha, nie ma objawów zapalnych, ale te zmiany wymagają leczenia. A podjęcie leczenia wcześniej oznacza wynik trwały i bardzo dobry, jeśli chodzi o skuteczność, i leczenie to jest o wiele tańsze.

Obecnie o naszych możliwościach decydują biotechnologia, teleinformatyka, biocybernetyka i materiałoznawstwo. Można powiedzieć, że są to hasła, ale za tymi hasłami kryją się określone rozwiązania. Powiem przynajmniej o części z nich, gdyż wykład o możliwościach leczenia byłby niepełny, gdybym o tym nie powiedział. Program „Słyszę” to program, który zaproponowaliśmy przed dziesięcioma laty przez Internet i który dotarł do sześćdziesięciu ośmiu krajów. Dzięki niemu w bardzo prosty sposób można się zorientować, czy mamy problem ze słuchem, czy nie. Chodzi nie o diagnostykę, ale o to, żeby zainteresować tym problemem jak najwięcej osób. A my dzięki temu możemy się zorientować, czy skala problemu jest rzeczywiście duża.

Widać teraz informacje o różnych wyróżnieniach, złotych medalach na targach wynalazczości w Paryżu, w Genewie i w innych miejscach. Wiem, że niektóre osoby są szczególnie wrażliwe, jak się pokazuje, że chodzi się z medalami, ale ja nie pokazuję medali. Chcę pokazać, że startowaliśmy jako przedstawiciele polskiej nauki, polskiej medycyny i że te wynalazki przebiły się zarówno w Polsce, jak i na arenie międzynarodowej. Mówiąc o tym, chcę pokazać, że określone gremia, które decydowały o tych wyróżnieniach, dostrzegają problem, o którym dzisiaj mówię. Chciałbym, żebyście państwo w takich kategoriach byli uprzejmi to odebrać.

Nasze rozwiązania są związane z badaniami. Tak jak powiedziałem, jest program powszechnych badań u noworodków. Ten program się rozwinął, od kilku lat z dużymi sukcesami podejmuje to działanie Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, ale najistotniejsze jest to, że jest on realizowany prawie na wszystkich oddziałach noworodkowych. Nasz kolejny program dotyczy standardów badań słuchu u dzieci w wieku szkolnym. Jak państwo słyszeliście, skala tego problemu jest nieporównywalnie większa – w przypadku noworodków mówimy o paru promilach, a w tym przypadku mówimy o kilkudziesięciu procentach, i jeżeli nawet nie wszystkie uszkodzenia są znaczące, to jednak mają one wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Wdrożono wiele nowych rozwiązań, które umożliwiły te badania. Pyta się nas, czy były na to przeznaczone miliony, dziesiątki milionów czy setki milionów, a to nawet nie były setki tysięcy. Było to możliwe dzięki nowym, różnym urządzeniom – takim jak audiometr – które zostały ocenione jako polski produkt przyszłości również na arenie międzynarodowej. To pokazuje, że to zagadnienie się przebija i wzbudza zainteresowanie. Potwierdza to także moją początkową uwagę, że współczesne społeczeństwo opiera się na totalnej – słowo „totalna” nie jest może najzgrabniejsze – komunikacji.

Do naszych rozwiązań należą badania siedmiolatek, o których już wspominałem. Najpierw objęły one Polskę Wschodnią. Naszym partnerem w niewielkim zakresie finansowym był KRUZ; ważne jednak było to, że pozyskaliśmy partnera z innego obszaru i że ten partner przekonał się, że dla środowisk wiejskich i małych miasteczek może wiele zrobić, jeśli zaangażuje się w te działania resortowy instytut. Dzięki tym badaniom do Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach, serca instytutu, ze wszystkich ośrodków, w których były przeprowadzane badania, codziennie spływały tysiące informacji, a obecnie spływają dane z województw Polski Zachodniej. W przypadku tych badań można mówić o rozwoju i wykorzystaniu rozwiązań teleinformatycznych, tworzeniu ogromnych baz i analizie informacji. Można również pokusić się o przygotowanie propozycji konkretnych rozwiązań, które mogą być wprowadzone nawet przy niezbyt dużych nakładach w polskiej służbie zdrowia. Ten program kończy się w tym tygodniu.

Powiem teraz o tym, jaki jest postęp w odbiorze tego, co robimy. Podstawą przeprowadzenia badań u dziecka jest zgoda rodziców. Rodzice dostali obszerne informacje, że są to badania nieinwazyjne i niebolesne, że nie możemy zaszkodzić, ale mieliśmy duże problemy z tym, żeby rodzice się na nie zgodzili. Były takie szkoły i takie klasy, w przypadku których wymagało to wiele zachodu. W Polsce Zachodniej udało się ten problem uświadomić i mamy praktycznie sto procent zgód oraz stuprocentową frekwencję podczas badań. To znaczy, że wszyscy się uczą i traktują te badania jako badania pożądane i potrzebne. Potwierdza to też to, że obecnie w różnych gremiach i środowiskach zaczynamy patrzeć na problemy zdrowotne w innym kontekście – w kontekście bardziej pozytywnym.

Co oznacza niedosłuch u dzieci? Przedstawię parę niezwykle ważnych informacji. Nie przedstawię wszystkich analiz, bo zajęłoby to bardzo dużo czasu, ale zasygnalizuję kilka kwestii, żeby uzmysłwić, że 20% dzieci mających problemy ze słuchem ma także wiele problemów w codziennym funkcjonowaniu. Jedna czwarta dzieci z niedosłuchem ma gorsze wyniki w nauce, chodzi też o powtarzanie klasy. Połowa z nich źle słyszy nauczyciela; możemy się domyślić, ile konsekwencji jest z tym związanych, skoro nie słyszy się lekcji na właściwym poziomie. Oznacza to również między nimi problemy z komunikacją i wzrost agresji. Oczywiście wiąże się to także z nastawianiem głośno telewizora czy radia, czy innych odbiorników, których dzieci często używają. Dzieci te mają też problemy z oceną tego, co dzieje się wokół, dotyczy to odgłosów nadjeżdżającego samochodu czy pracy innych urządzeń.

Kolejnym, niezwykle ważnym elementem, który obecnie bardzo dokładnie badamy, jest zjawisko szumów usznych. Nie chcemy rzucać hasła, że nikt nie może słuchać muzyki i wszyscy mają zrezygnować z używania walkmanów – pewnie i w tym gronie są osoby, których bliscy, dzieci czy znajomi ich używają. Ale prawie jedna trzecia dzieci ma przemijające lub stałe szumy uszne, a szumy uszne to pierwszy sygnał, że, jeśli cho-

dzi o słyszenie wysokich tonów, coś się dzieje ze słuchem, chociaż nie ma problemu ze słyszeniem czy rozumieniem. Zatem jest to sygnał, że słuch w tej populacji będzie się pogarszał znacznie szybciej niż fizjologicznie. Pozostaje pytanie – jak szybko. Czy pokolenie czterdziestolatków, które wyrośnie z obecnego pokolenia nastolatków, będzie miało słuch taki jak u obecnego pokolenia siedemdziesięciolatków? Tak się może zdarzyć. I to pokazuje, jaka będzie skala problemu. Na ten problem zwróciła uwagę Komisja Europejska i w tamtym roku zaleciła ograniczenie poziomu natężenia dźwięków, a musimy mieć świadomość, że na przerwie międzylekcyjnej natężenie dźwięku wynosi 95–100 decybeli, czyli jest takie jak przy starcie niejednego samolotu.

Współczesne możliwości, a także perspektywy na pewno zależą od umiejętności. Umiejętności zależą od rozwiązań technologicznych, urządzeń wszczepialnych czy innych. Ale tego wszystkiego by nie było, gdyby nie było zapotrzebowania. Jeżeli te składowe się nałożą, to rodzą się nowe wyzwania przed środowiskiem naukowym i medycznym oraz nowe oczekiwania, jeśli chodzi o pacjentów, którzy oczekują, i mają do tego prawo, że będą skazani tylko na sukces.

Rodzą się również nowe osiągnięcia. Myślę, że przynajmniej o dwóch czy trzech uda mi się powiedzieć. Nowe rozwiązanie to bardzo szybka – mówię: szybka, gdyż te operacje mogą trwać kilkanaście minut, a pobyt może trwać właściwie jeden dzień – rekonstrukcja zniszczonego ucha środkowego. Nazywamy to fizjologiczną rekonstrukcją, czyli odbudową tego, co zostało zniszczone, bądź rekonstrukcją tego, co nie zostało wytworzone. Kolejne rozwiązania dotyczą optymalizacji leczenia przeróżnych wad wrodzonych. Bardzo często rodzice biegną do lekarza, żeby skorygować brak małżowiny u noworodka, ale nie jest to możliwe. Możemy zrobić tę rekonstrukcję u dzieci w wieku dziesięciu, jedenastu, dwunastu, trzynastu lat z materiałów własnych, z chrząstki pochodzącej z żebra – tak jak w przypadku tu widocznej rekonstrukcji. Po wyrzeźbieniu wprowadzamy to pod skórę i możemy uzyskać efekt zarówno kosmetyczny, jak i funkcjonalny – zaraz to zobaczymy. Zwracam uwagę na wady wrodzone, gdyż chęć pozbycia się wady jest tak wielka, że z oddziaływałości rodzice najchętniej poszliby od razu do chirurga plastycznego albo do otolaryngologa. Tu właśnie widać, jak powstało ucho.

Jeśli chodzi o nowe technologie, to mamy przeróżne urządzenia wszczepialne ucha środkowego, na przykład, tak jak w tym przypadku, w kość, za uchem – korzystało z tego wielu lekarzy w leczeniu pacjentów, którzy gorzej słyszeli niektóre dźwięki, a chcieli mieć otwarty przewód słuchowy, żeby je słyszeć. Są także inne urządzenia, które pozwalają, tak jak w tym wypadku, usunąć zmiany nowotworowe i utworzyć sztuczną małżowinę czy, tak jak w tym wypadku, utworzyć sztuczną małżowinę, gdy doszło do rozległego urazu. Pozwalają one także przy okazji wykorzystać te materiały do rekonstrukcji po wielkich ubytkach związanych z zabiegami onkologicznymi. A jest to też ogromnie ważne, gdy wraca się do aktywności społecznej, jeżeli nawet nie jest to aktywność w pełni zawodowa.

Niewątpliwie ogromny wpływ na to, czym dzisiaj dysponujemy i co możemy zaoferować pacjentom, miały różnego rodzaju implanty słuchowe, w Polsce wprowadzone w 1992 r., kiedy odbyły się pierwsze takie operacje u dorosłego i u dziecka, oraz implanty wszczepiane do pnia mózgu – byliśmy czwartym krajem na świecie, gdzie przeprowadzono takie operacje – i w końcu, implanty ucha środkowego.

Mówienie o wkładzie w medycynę polską jest stosunkowo łatwe, trudniej jest o wkład w medycynę światową, ale mieliśmy szczęście i niewątpliwie chciało nam się

pracować, bo nikt nas do tego nie zmuszał i nie wyznaczano nam żadnych progów. I mieliśmy wpływ na rozwój nowych technologii. Udało się nam jako pierwszym zaproponować rozwiązania pozwalające na zachowanie resztek słuchowych i przeprowadzić pierwsze w świecie operacje u częściowo głuchej osoby dorosłej, a potem u dziecka. Wreszcie udało się nam wszczepić podwójny implant do pnia mózgu. Być może samo wszczepienie implantu nie jest wielkim wydarzeniem, bo skoro można wszczepić jeden, to można i dwa, dlaczego nie, ale chodziło o przełamanie kolejnej bariery związanej ze stymulacją pnia mózgu, niezwykle wrażliwej struktury centralnego układu nerwowego. Nikt wcześniej się nie odważył na taki zabieg, a dzięki niemu człowiek może wrócić do normalnej aktywności zawodowej. Zatem jest to ogromny wkład – pokazaliśmy, że można bezpiecznie stymulować najbardziej wrażliwe elementy centralnego układu nerwowego i że ta stymulacja może być nie chwilowa, ale może trwać wiele lat, a nawet całe życie.

Kolejna kwestia, pierwsza operacja częściowej głuchoty u pacjentki, studentki psychologii, która dobrze słyszała niskie tony, rozumiała około 10–13% słów, co pozwalało jej odczytywać mowę z ust, ale nie pozwalało na normalne funkcjonowanie. To był ogromny przełom, który dokonał się z naszym udziałem, a przebijaliśmy z tym przez lata i wcale nie było łatwo. Wielu ludzi ze świata, którzy byli zaawansowani w tych działaniach znacznie bardziej niż my, bo u nich implanty słuchowe wprowadzono kilkadziesiąt lat wcześniej niż u nas, po prostu miało wątpliwości, czy jest to możliwe. Dziś mówią mi, że traktowali moje wystąpienie jako polską fanaberię. Dopiero w ubiegłym roku kompleksowe przedstawienie wyników siedmioletnich badań na dużych grupach pacjentów pozwoliło pokazać i zaakceptować na wszystkich kontynentach tę polską metodę i możliwości, które są szansą zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci.

Tu widać dziecko, reprezentanta jedynej grupy pacjentów, jeśli chodzi o opublikowane w świecie wyniki, dotyczące dzieci z częściową głuchotą. Wyniki u dzieci są jeszcze lepsze niż u dorosłych, bo dotychczas w stu procentach udało się zachować słuch. To, że udało się zachować to, co pacjent ma, dokładając to, czego nie ma, było fenomenem. To było niezwykle wyzwanie stojące przed nowymi technologiami i to osiągnięcie dało możliwości swobodnego słyszenia. A wprowadzenie obcych materiałów do ucha wewnętrznego jest wstępem do tego, żeby myśleć poważnie o regeneracji uszkodzonych elementów i przywróceniu słuchu fizjologicznego – marzy się to wielu zespołom na świecie, marzy się to również nam.

Tu jest ta przedstawiona przeze mnie prawie rok temu koncepcja, że dzięki stosowaniu stymulacji akustycznej różnych urządzeń można poprawić słuch, który jest uszkodzony w tych obszarach.

A tu widać informacje na temat trzech grup pacjentów, również to, co po raz pierwszy zostało opracowane w Polsce i zaproponowane jako nowe rozwiązanie, dające szansę dla ogromnej rzeszy pacjentów, w tym tych pacjentów, u których wraz z wiekiem słuch się pogarsza i to pogorszenie dotyczy tego obszaru zaznaczonego na niebiesko. Zbliżyliśmy się do tego, żeby zaoferować rozwiązania nie dla tysięcy, ale dla milionów, a może nawet setek milionów potencjalnych pacjentów.

Tu jest symulacja pokazująca, jak to się odbywa. Do ślimaka czy części ucha wewnętrznego wprowadzana jest elektroda. Przez ucho zewnętrzne, przewód i błonę niskie dźwięki dochodzą swobodnie. Następnie te akustyczne łączą się z bodźcami elektrycznymi i jako wspólna wiązka – jest to fenomen połączenia możliwości aku-

stycznych i elektrycznych – są doprowadzone do ośrodków centralnych w korze mózgu i odbierane jako wrażenia słuchowe.

Budowaliśmy pozycję na naukowym rynku medycznym, a to wcale nie było łatwe. Tu są pokazane miejsca najważniejszych ubiegłorocznych konferencji, na których przedstawialiśmy wyniki i chcieliśmy zachęcić... Chcieliśmy znaleźć partnerów do dalszej pracy nad budowaniem w sensie fizycznym i instytucjonalnym nowego przedsięwzięcia oraz nawiązać kontakty, które zaowocowałyby realizacją ważnych przedsięwzięć naukowych i wynalazczych przez różne grupy specjalistów naszego instytutu.

Powiem teraz bardzo krótko o pierwszym implancie wszczepionym do pnia mózgu. Zostały usunięte zmiany nowotworowe, a pacjentka... Muszę powiedzieć, że trzeba mieć szczęście, bo gdyby ta pacjentka była nieodpowiednią pacjentką, to pewnie przez wiele lat balibyśmy się dalej przeprowadzać te operacje. Ale ta pierwsza w świecie pacjentka poddana takiemu zabiegowi nie tylko ponownie zaczęła posługiwać się dwoma językami, polskim i niemieckim, które wcześniej знаła, lecz także zaczęła uczyć się języka włoskiego za pośrednictwem wszczepionego implantu. Widać zatem, jak ogromne rezerwy są w naszym mózgu, jak wiele może się zmienić po dostarczeniu informacji drogą elektryczną i jak wiele możemy uzyskać, zwłaszcza u dzieci.

Tu jest pokazany raper, muzyk, akustyk, który ma dwa implanty. Pierwszą płytę nagrał, gdy niedosłyszał, drugą, gdy miał jeden implant, a to jest jego trzecia płyta. On dzisiaj robi furorę. Amerykanie, którzy przyjechali go oglądać i badać – celowo użyłem sformułowania „oglądać i badać” – nie wierzyli, że może być tak swobodny kontakt z tym młodym człowiekiem, i to nie tylko w języku polskim. Mogli zobaczyć, jakie są możliwości, i był to dla nich jeden z ważniejszych argumentów, żeby program implantów wszczepianych do pnia mózgu był dalej finansowany przez Narodowy Instytut Zdrowia w Stanach Zjednoczonych. Jest to dla nas ogromna frajda. Ten znakomity, młody chłopak włączył się w działania związane z prezentowaniem tych możliwości. Prezentuje on swoje umiejętności jako taki naturalny przykład tych możliwości, uczestnicząc w naszych wystąpieniach na konferencjach. Jest to niezwykle ważne, bo jest on prawdziwym świadectwem tego, co dzisiaj można zrobić. Jest to ważne zarówno dla nas, jak i dla innych, którzy zoperowali wiele osób, nie mieli takich wyników i mieli prawo wątpić, czy to wszystko ma sens.

Nasze perspektywy niewątpliwie wiążą się z teleedukacją. Przez Internet regularnie prowadzimy szkolenia o dużym zasięgu. Taki program, dostępny na całym świecie, będzie realizowany w czwartek – tu jest informacja o tym programie. Jesteśmy jednym z kilku ośrodków, gdzie będą przeprowadzane operacje, dostępne dla kilkunastu tysięcy użytkowników na wszystkich kontynentach. Korzystanie z tych form przekazu pozwala na pokazanie się na rynku, na pokazanie wyjątkowych możliwości takich jak te operacje, które zaczęliśmy robić jako pierwsi. Prowadzimy również telekonsultacje z innymi ośrodkami w Polsce po to, żeby pacjent nie musiał do nas przyjeżdżać. Zaczęliśmy to również robić z ośrodkami zagranicznymi, zwłaszcza z partnerami wschodnimi, skąd mamy coraz więcej pacjentów. A możliwości obejrzenia pacjenta są takie, jakby pacjent był w naszym gabinecie.

Zespół inżynierów klinicznych wspólnie z lekarzami opracował w instytucie program obsługi pacjenta implantowanego. Oznacza to, że pacjenci mogą w tej sieci skorzystać z pomocy i nie muszą jechać do ośrodka, gdzie byli operowani. Z czasem

powinno się to przełożyć na możliwości korzystania z tych rozwiązań w domu. Rozwijając i wdrażając nowe technologie na coraz większą skalę, zapewniamy pacjentom bezpieczeństwo, a musimy wiedzieć, że pacjent z implantem do końca życia musi być pod stałą opieką specjalistów z ośrodka, bo implant, tak jak każde inne urządzenie, może się zepsuć.

Jeśli chodzi o najnowsze technologie, to jest to nagrodzona platforma badań zmysłów. Jeszcze nie zdążyliśmy dołączyć informacji z poniedziałku na temat nagród otrzymanych w Kuala Lumpur i propozycji wykorzystania tego w różnych miejscach na świecie. To jest wstęp do prowadzenia badań na znacznie większą skalę, nie tylko w kraju czy w kilku regionach Europy, być może te prace wyjdą poza Europę i nasza myśl naukowa oraz doświadczenia kliniczne zaowocują i pozostawią trwałe ślady.

Jeśli chodzi o Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, to mam przyjemność panu ministrowi, który je otwierał w ubiegłym roku, panu dyrektorowi Danielewiczowi, powiedzieć, że to wszystko funkcjonuje i że mamy coraz więcej możliwości oceny. Rezonans magnetyczny to jedno z bardzo dobrych badań obrazowych, wszyscy o tym wiemy; rezonans funkcjonalny to pokazanie drogi... jak na filmie. W naszym wypadku pozwala to na diametralną zmianę, jeśli chodzi o możliwości diagnostyczne. Dotyczą one wykrycia, na jakim poziomie centralnej części drogi słuchowej jest uszkodzenie, i stwierdzenia, w jaki sposób można się do tego zabrać – czy wymaga to skomplikowanej operacji czy zmiany leku – a także zobaczenia, jak ten lek działa. Jak powiedziałem, obserwujemy to tak jak na filmie. Jest to obszar niezwykle istotny i cieszy nas to, że mamy możliwość przyciągnięcia do różnych projektów naukowców ze świata, bo jesteśmy jedynym ośrodkiem w tej specjalności, który ma takie zaplecze i udostępnia je dla celów naukowych.

Operacje, nowa technologia, dobre wyniki, nowe publikacje to jedno. Mamy również ogromną satysfakcję, że udało nam się stworzyć projekt Światowego Centrum Leczenia Częściowej Głuchoty. Ta część instytutu istnieje, ale budowa znacznie większej części rozpoczęła się dzięki środkom z Unii Europejskiej, a także dzięki znacznemu wkładowi instytutu, który wypracowaliśmy jako zespół w ramach działalności przede wszystkim naukowej, ale i klinicznej. Jest to szansa na to, by jednorazowe wydarzenia zamienić w serie; szansa, by te serie zamieniły się w długoletnią współpracę; szansa na pozyskanie nowych programów, dzięki którym możemy zrealizować nasze plany; to również szansa na produkcję różnych urządzeń, dzięki którym w naszej ocenie bardzo szybko w ciągu trzech, czterech lat, powinny się zwrócić, chyba z naddatkiem, koszty całej inwestycji.

Dziękuję państwu za uwagę, bo chyba przedłużyłem swoją wypowiedź. Kończąc, powiem tylko, że współczesne możliwości audiologii i otologii pozwalają pomóc prawie każdemu. Łatwo to powiedzieć, ale ja mówię o tym z pełnym przekonaniem. Jeżeli pacjent dociera do nas, to taką ofertę ma przedstawioną. Wszystkie nowości, o których mówiłem, nie są dla wybrańców. Te nowości są dostępne dla polskiego pacjenta. Czy we wszystkich ośrodkach? Nie, ale o sieci diagnostycznej i rehabilitacyjnej mówiłem między innymi po to, żeby pokazać, że jako instytut jesteśmy otwarci. Swoją rolę i misję widzimy w ten sposób, że chcemy udostępnić to, co jest najlepsze, tym, którzy chcą z tego skorzystać. Chcemy, aby jak największa grupa pacjentów mogła z tego skorzystać w ramach istniejącego systemu, bo nie chodzi o tworzenie czegoś supernowoczesnego czy superdrogiego. To stwierdzenie kłóci się z założeniami doty-

czącymi światowego centrum, ale zadania tej jednostki są zupełnie inne, wyjątkowe, a jednocześnie dają szansę dużo większej grupie pacjentów.

Podstawą tych wszystkich działań są programy badań przesiewowych. Jeżeli będą one funkcjonowały w medycynie szkolnej, to będzie szansa na wcześniejsze wykrywanie uszkodzeń i na wyrównywanie szans. Czyli z ekonomicznego i społecznego punktu widzenia są one dobrym rozwiązaniem. Nie wymagają one wielkich nakładów, bo mogą być realizowane w obecnych warunkach, co udowodniliśmy, przeprowadzając te badania zarówno w Polsce Wschodniej, jak i w Polsce Zachodniej. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Również bardzo dziękujemy panu profesorowi za tak wnikliwą prezentację. Prosimy pana ministra.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Adam Fronczak:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Goście!

Pan profesor w sposób bardzo skondensowany powiedział bardzo dużo, ale nie powiedział wszystkiego, bo nie sposób powiedzieć wszystkiego o tym, co dzieje się w instytucie, o tym, jakie są plany i możliwości. Z punktu widzenia wiceministra zdrowia, który bezpośrednio nadzoruje działalność instytutów, a także, jak sądzę, w imieniu pana dyrektora Danielewicz, który od wielu lat obserwuje rozwój instytutu, mogę powiedzieć, że to, co powiedział pan profesor, to jedynie mikroskala osiągnięć instytutu. W polskiej świadomości jest zakorzenione takie przekonanie, że nie należy się chwalić, tylko trzeba czekać, aż nas pochwalą, czasami można na to czekać całe życie, a osiągnięcia, które prezentował pan profesor, są znacznie większe.

To właśnie pan profesor ze swoim zespołem przełamywał pewne tabu w medycynie. Wiecie państwo, szczególnie ci, którzy są lekarzami, jak trudno, jest wdrażać nowe technologie medyczne, przebijając się do świadomości lekarzy, którzy leczą inaczej, i pokazywać, że tak też można. Faktycznie, przełomowe okazało się wszczepienie implantu osobie dorosłej z częściową głuchotą w 2002 r., dziecku w 2004 r., a także wszczepienie dwóch implantów do pnia mózgu w 2008 r.

Instytut rocznie przyjmuje w trybie ambulatoryjnym ponad dwieście tysięcy pacjentów, wykonuje piętnaście tysięcy operacji, hospitalizuje dwanaście tysięcy pacjentów. Gros tych hospitalizacji to hospitalizacje jednodniowe – pacjent jest operowany w dniu przyjęcia. Wszystko to pokazuje, że można wykorzystać tę wspaniałą bazę, stworzoną również dzięki środkom publicznym, w sposób bardzo efektywny. Pacjent nie leży kilka dni, zanim będzie kwalifikacja do zabiegu operacyjnego, jak to wygląda w wielu miejscach. Tutaj pacjent dostaje optymalne leczenie.

Instytut stawia wyzwania nie tylko przed lekarzami, ale lekarze naukowcy często stawiają dość trudne pytania technikom inżynierom i osobom innych zawodów. Rozwiązania w tym zakresie są innowacyjne i nowoczesne, pobudzają rozwój myśli naukowo-technicznej w naszym kraju i stają się opatentowanymi wynalazkami. To wszystko pokazuje, jak przy dobrej kooperacji, dobrym rozumieniu problemów można

działać w jednym celu – dla dobra przede wszystkim małych pacjentów, ale również osób dorosłych. Trzeba powiedzieć, że jest to wielka zasługa lidera, osoby, która swój zawód traktuje również jako hobby – bez tego te osiągnięcia nie byłyby możliwe.

Instytut od wielu lat osiąga dodatni wynik finansowy; środki wypracowane zarówno z grantów, jak i z działalności bieżącej są przeznaczane na zakupy i tworzenie nowej infrastruktury. Jest to bardzo pozytywne. Po jednej stronie – nauka, rozwój, pomoc pacjentom, a po drugiej, jest dobry wynik finansowy, co potwierdza, że można zarządzać środkami w instytutach w sposób wzorowy.

Chcę również państwa poinformować, że minister zdrowia planuje, aby jeden z priorytetów polskiej prezydencji został opracowany w oparciu o programy, o których mówił pan profesor. Pan profesor prezentował badania pilotażowe przeprowadzane w Polsce Wschodniej, w Polsce Zachodniej i w centrum Polski, ale to poszło dalej, o czym pan profesor już nie miał czasu powiedzieć, bo w Tyrolu w Austrii i we Włoszech również takie badania pilotażowe są prowadzone ze środków Unii Europejskiej. Chcemy zatem pokazać osiągnięcia instytutu i przedstawić jego myśl przewodnią, czyli działania na rzecz pacjentów z zaburzeniami komunikacji. Tak trzeba ująć tę kwestię, bo dotyczy ona nie tylko niedosłuchu, lecz także zaburzeń mowy i wzroku. Traktujemy to zagadnienie szerzej, bo chodzi o zaburzenia komunikacji u młodego pokolenia, które wchodzi w życie. A dokładna diagnoza na wczesnym etapie rozwoju jest niezbędna, aby było możliwe wprowadzenie w życie młodzieńcze, potem dojrzałe, i w system pracy osób, które nie mają zaburzeń, o których tu była mowa. Pan profesor w końcowej części wypowiedzi powiedział, że jest to możliwe prawie u każdego. Uważam, że jest to wielki przełom. Nie tylko instytut, ale cała polska myśl naukowo-medyczna daje wielkie możliwości, które wpływają na to, co jako system opieki zdrowotnej możemy zaoferować naszym młodym pacjentom, co możemy zrobić, żeby mieli niezbędne narzędzia do efektywnego wykonywania w przyszłości swojego zawodu.

Chcemy pochwalić się tymi osiągnięciami podczas polskiej prezydencji. Poza tematami kontynuowanymi muszą być tematy, które pokazują naszą drogę do sukcesu, a tak można traktować działania instytutu. Bo jest to niewątpliwie sukces zawodowy, sukces, który ma znacznie dla polskiego pacjenta, i chcemy, aby był to sukces całej zjednoczonej Europy. Takie działania są prowadzone. 9 czerwca w Brukseli mamy rozmowy z komisarzem Dallim, komisarzem do spraw zdrowia, na temat priorytetów polskiej prezydencji i jest to jeden z tematów rozmów, które będziemy prowadzić razem z panią minister Kopacz. Tak że będziemy prezentować te osiągnięcia, a dzięki prezentacji pana profesora utwierdziłem się w pewnych kwestiach. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Muszę przyznać się do tego, że jeszcze jako lekarz miejski miałem okazję współpracować z panem profesorem i wdrażyć program badań przesiewowych we Wrocławiu. Program ten pokazał zaskakujące dla nas zjawisko, mianowicie: około 20% populacji ma wady słuchu. Żeby nie było samego miodu, powiem tylko, że przez profesorów Akademii Medycznej we Wrocławiu zostałem zaatakowany słowami: dlaczego profesor z Warszawy jest patronem naszych dni słuchu we Wrocławiu i jak mogliśmy to zrobić bez ich zgody. To tylko pokazuje, że funkcjonuje coś w rodzaju pol-

skiego piekielka i przebicie się z tymi osiągnięciami jest znacznie trudniejsze niż gdzie indziej. Tym bardziej trzeba doceniać dokonania pana profesora. Rozumiem teraz – mimo że sporo wiedziałem na ten temat – czemu senator Karczewski, bo on był wnioskodawcą, zaproponował, abyśmy zapoznali się z dorobkiem instytutu.

Mam pytanie do pana profesora. Parę miesięcy temu dotarł do mnie raport przygotowany przez Lidię Lempart z Wrocławia – na pewno pan profesor go czytał – który mówi o porzuceniu jakości na rzecz ilości. No, nie chodzi o działania instytutu. Pytam pana jako konsultanta krajowego, ponieważ wiem, że obecnie wszczepianie implantów odbywa się nie tylko w państwa instytucie, ale także w kilku innych placówkach, gdzie z jakością bywa różnie. Czy pan profesor mógłby się do tego odnieść? Czy mógłby pan nas uspokoić, mówiąc, że ta sprawa jest pod kontrolą i że były to zarzuty raczej amatora niż zawodowca?

**Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Henryk Skarżyński:**

Bardzo dziękuję za to pytanie, bo jest okazja, żeby sprostować pewne stwierdzenia, które zaczynają krążyć. Ktoś zajmuje się rehabilitacją, rehabilitacja obejmuje coraz większe grupy i rozwija on swoją firmę, a następnie łapie się na tym, że pacjenci szybko uczą się słyszeć, mówić, idą do szkoły powszechnej i przestają być pacjentami. Ale jeżeli pojawia się problem dotyczący jakiejś grupy pacjentów, to trzeba szukać rozwiązania. Czy w medycynie mogą być błędy? Wszędzie mogą być błędy; mówiłem o tym, że gdyby błędy stanowiły kilka procent naszych działań, to wystarczyłoby to na zajęcie dla wielu oddziałów. Ale ważne jest to, że żaden pacjent, który się zgłosił, nie został pozostawiony bez pomocy.

W Polsce zdarzyło się kilka nieprzyjemnych sytuacji, które pokazują... Nie chciałbym tego źle określić. Byłem często pytany, ile ośrodków w Polsce powinno wszczepiać implanty. Nigdy nie mówiłem, że mamy być jedyni, zawsze mówiłem, że chcielibyśmy być bardzo dobrzy, a pewnie byłoby miło, gdybyśmy byli najlepsi. Obecnie wszczepiamy osiemdziesiąt parę procent wszystkich implantów w Polsce i nie notujemy problemów, które mogłyby zaniepokoić pana przewodniczącego i komisję. Taka jest jednoznaczna odpowiedź na pytanie, czy pacjenci mogą się czuć zaniepokojeni.

Ale jest pięć ośrodków, które rozpoczęły leczenie, dysponując różnym doświadczeniem. I jeżeli coś się zdarzy, a zawsze może się zdarzyć, to środowisko powinno być na tyle odpowiedzialne, żeby poprosić najlepszego albo kogoś, kto może pomóc. Ja zawsze tak robię. Mało tego, wychowany w środowisku medycznym w Warszawie nigdy nie zakładałem, że dla pacjenta, który do mnie przyszedł, byłem pierwszym lekarzem i że będę ostatnim, niezależnie od tego, co mu powiem. W różnych miejscach kraju są osoby, które uważają, że są takimi autorytetami i że pacjent nigdzie więcej nie pójdzie. Ale to się zmienia i te osoby muszą zmienić swoje podejście. I wydarzyło się kilka sytuacji, które były ewidentnymi zaniedbaniami; nie chcę mówić o błędach w sztuce, bo incydenty zawsze mogą się zdarzyć. Ale nierozwiązanie tych problemów spowodowało to, że pani magister mogła to wykorzystać w mediach. Rzuca to złe światło, pacjenci mogą tego do końca nie rozumieć, a część z nich może się bać. Drody Państwo, gdy w 1992 r. wszczepiłem pierwszy implant, mój młodszy kolega laryngolog zrobił taki oto rysunek, dlatego że w paru klinikach odbyły się odprawy prowadzone przez profesorów, którzy powiedzieli, że zniszczyłem ucho. Te informacje

zostały podane nie przez osoby, który uczyły się otolaryngologii, tylko przez osoby niezwykle zacne. Po tych osiemnastu latach zmieniło się dużo, ale nie wszystko.

Incydent, o którym pan przewodniczący powiedział, jest prawdziwy. U paru osób zostały popełnione błędy. W żadnym z tych przypadków nie poproszono mnie, żebym pomógł, ale pomogłem czterem z sześciu pacjentów, którzy przyjechali do mnie z własnej inicjatywy. Cieszę się, że mogłem pomóc, ale martwię się, że środowiska nie jest stać na to, żeby radzić sobie kompetentnie z trudnymi sytuacjami i rozwiązywać problemy w swoim gronie. Dzięki takim działaniom uniknęlibyśmy pokazania na zewnątrz czegoś, co ma znamiona skandalu i czym żyją media.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję za to wyjaśnienie, które jest głosem bardzo dojrzałego lekarza. Proszę państwa, czy są pytania do pana profesora lub głosy w dyskusji? Bardzo proszę, senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Panie Profesorze, parę ładnych lat temu świętej pamięci marszałek Bochenek, wtedy jeszcze nie sprawowała tej funkcji, napisała bardzo fajną książkę pod tytułem „Dobry zawód”, i pan był bohaterem tej książki. W Bielsku-Białej, na zamku, odbyła promocja tej książki, zresztą bardzo dobrej. I bardzo pięknie zaprezentował pan tam nie tylko swoje życie, ale i osiągnięcia. Cieszę, że po paru ładnych latach to wszystko idzie w dobrym kierunku.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. I dobrze słyszy, co jest ważne.

Panie Profesorze, mam kilka pytań. Pierwsze pytanie dotyczy aparatów słuchowych. Chciałbym zapytać, jak pan profesor podchodzi do tego zagadnienia. Z wykładu, który pan profesor wygłosił, wynika, że 75% ludzi starych ma zaburzenia słuchu. Jest to rzeczywiście bardzo duży problem. Ja sam w rodzinie mam osobę starszą, z którą mam nieprawdopodobny kłopot, bo nie chce nosić aparatu słuchowego, ma do tego awersję i mówi, że gorzej słyszy, gdy go nosi. Lekarze laryngolodzy bardzo często podchodzą do tego w ten sposób, że od razu każą założyć aparat – a skoro nie jestem laryngologiem, to muszę się opierać na tych opiniach. Więc idzie się do firmy i jedna czy druga firma proponuje taki czy siaki aparat. Wydaje się trochę pieniędzy, bo te aparaty nie są tanie, często kosztują parę tysięcy. A efekt jest taki, że ludzie starzy, którzy są też niecierpliwi – no, trzeba mieć cierpliwość do ludzi starszych – rzucają te aparaty w ką i taki jest koniec. Moje pytanie dotyczy też operacji u ludzi starszych. Jak wygląda sprawa operacyjnego leczenia niedosłuchu u ludzi starszych?

Następna sprawa dotyczy kwestii, którą już pan poruszył, tych, powiedzmy, konfliktów w środowisku. Jak pan profesor ocenia rolę konsultantów wojewódzkich w Polsce, jeśli chodzi o dostęp do specjalizacji? W przypadku swojej dziedziny, chirurgii onkologicznej, zauważyłem, że bardzo dużo zależy od konsultantów wojewódzkich, od ich otwartości, od tego, czy pozwalają młodym ludziom się kształcić.

Kolejne pytanie dotyczy współpracy oddziałów laryngologicznych. Chyba dzieje się takich oddziałów w Polsce przeprowadza wideokonsultacje, tak bym to nazwał.

Czy jest problem – a jeżeli tak, to jaki – żeby nawiązać stałą współpracę nie tylko z ośrodkami wojewódzkimi, lecz także z mniejszymi ośrodkami, które byłyby tym zainteresowane? Czy istnieje taka możliwość?

Na koniec powiem panu profesorowi, że gdy w Bielsku otwieraliśmy zakład telera-dioterapii, wyposażony w bombę kobaltową, to nawet lekarze chodzili z licznikami Geigera-Müllera i zastanawiali się, jak to może być, że w środku miasta jest bomba. A więc środowiska innych specjalizacji też mają duży problem z pewnym, że tak powiem, przewartościowaniem potrzeb medycznych. To tyle, Panie Profesorze. Dziękuję bardzo.

(Brak nagrania)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...Brakuje kworum.

(Głos z sali: Za ile minut mam być...)

(Głos z sali: Za dwie minuty.)

Tyle pytań i tylko dwie minuty na odpowiedź.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Co jest bliższe panu senatorowi, sprawy medycyny, służby zdrowia czy...)

(Głos z sali: Wrócę za pięć minut, Panie Przewodniczący.)

Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu Henryk Skarżyński:

Odpowiem w dwie minuty.

Panie Senatorze, jeśli chodzi o aparaty, to wiele osób zrobiło... Jak pan przejdzie ulicą Grójecką, to znajdzie pan siedem, osiem czy dziewięć sklepów, które oferują badanie słuchu za darmo i aparat w cenie... A skoro można to zrobić za darmo, to znaczy, że badania kliniczne na odpowiednim poziomie i w odpowiednich warunkach są niepotrzebne. Zamieniamy badania specjalistyczne na sklep. Czy duży odsetek osób może być operowany? Bardzo duży. Robię takie operacje i pokazuję wyniki. Bardzo dużo osób może mieć operację rekonstrukcyjną, trwającą kilkanaście minut, dzięki której może słyszeć. Owszem, zwłaszcza u dzieci nie można wykonać operacji w pewnym okresie i przejściowo pacjent musi korzystać z aparatu, ale można byłoby znacznie na tym zaoszczędzić. Są jednak takie tendencje i sygnały, że każdy lekarz powinien móc przepisać aparat słuchowy; na przykład taki jest wniosek sejmiku wojewódzkiego w Krakowie. Dlatego na najbliższy zjazd otolaryngologów pracujemy nad standardami i konsensusem w tej sprawie przynajmniej w odniesieniu do dzieci, żeby się nie okazało, że wszyscy dostaną aparaty słuchowe, bo to byłaby tragedia.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie wiem, czy ten standard będzie wdrożony i przestrzegany przez środowisko. Bo jeżeli ktoś zamienił gabinet na sklep, to pewnie ciężko będzie go od tego odzwyczaić.

Kwestia roli konsultantów wojewódzkich. Chciałbym, i instytut jest otwarty, żeby każdy mógł robić specjalizację w możliwie sprzyjających warunkach, ale nie wszyscy są tym zainteresowani. Taka jest prawda. Okazuje się, że w niektórych regio-

nach ministerstwo stworzyło za dużo miejsc, a przecież brakuje specjalistów. To zagadnienie nie jest łatwe. Jeśli ktoś ma gabinet, to prawdopodobnie chciałby być jedyny. A ja twierdzę, że problemów jest tak dużo, że pracy starczy dla wszystkich, tylko powinien podnieść się poziom.

Kwestia współpracy oddziałów otolaryngologii. Wszystko, o czym tu mówiłem, nie jest zarezerwowane dla specjalnego gremium, chociaż to gremium jest niezwykle dostojne i na pewno specjalne. Ja i koledzy dzielimy się doświadczeniami i jest to dostępne. Gdy tworzyliśmy sieć dla pacjentów implantowanych, trzy razy zmienialiśmy nasze propozycje – no, jest to częściowo finansowane z tak zwanych środków norweskich – gdyż zgłaszano się, a potem rezygnowano. Rezygnowano, mimo że to niewiele kosztuje, a nawet, można powiedzieć, prawie w ogóle nie kosztuje; chodzi tylko o to, aby ktoś z zespołu nauczył się obsługi czegoś, co może działać dłużej.

Droży Państwo, przychodzi, gdzie lekarz dysponuje lusterkiem na czole i szpatułką i prawie nic nie widzi podczas badania, rozlicza konsultacje za 60 czy 70 zł, a my używając specjalistycznego sprzętu, dzięki któremu mamy możliwość obejrzenia szczegółów, czyli używając ogromnej aparatury, nie możemy w ramach funduszu rozliczyć tej konsultacji. Zmiana podejścia Narodowego Funduszu Zdrowia pozwalająca na skorzystanie z telemedycyny – nie mówię, że od razu we wszystkich obszarach – znacznie ułatwiłaby nam działanie. A zarzut, że można oszukać... No, a czy dzisiaj się nie oszukuje? Jedni wypisują recepty nieżyjącym, drudzy robią coś innego. A my możemy udokumentować te telekonsultacje krótkim zapisem, możemy pokazać, w jakim czasie i w jakiej sieci się to odbyło. Jest to tańsze, a pacjent nie musi do nas przyjeżdżać.

Powiedziałem o telekonsultacjach, a nie miałem czasu powiedzieć o telerehabilitacji, która odbywa się w warunkach domowych na zasadzie domowej kliniki rehabilitacji. Zanim małe, niedosłyszące dziecko, które przez pół Polski przyjedzie na godzinną konsultację nawet do najlepszego ośrodka, oswoi się z nowymi warunkami, to minie czas przeznaczony na tę konsultację. A w warunkach domowych, bawiąc się... Mama, gotując zupę, może mówić codziennie: to jest zupa, i to dziecko po dwóch dniach będzie znało słowo „zupa”.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Brak nagrania)

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Myślę, że do hołdów i słów uznania pana ministra pan przewodniczący dołoży słowa uznania z naszej strony, bo jest z czego być dumnym. Ale warto też zadać takie pytanie, Panie Profesorze. Jak wygląda skala potrzeb, zwłaszcza jeśli chodzi o leczenie dzieci? Z prezentacji wynika, że 20% ma zaburzenia, czyli powinno być leczone. A ile dzieci jest leczonych? Na ile, jak pan ocenia, środki przeznaczone na to leczenie w budżecie służby zdrowia pozwalają zaopiekować się tymi dziećmi i dać im szansę słyszenia? Dziękuję.

**Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Henryk Skarżyński:**

To jest trudne pytanie. Odpowiedź na nie na pewno zajmie więcej czasu niż dwie minuty. Często jesteśmy o to pytani, czy rozwijając rynek potrzeb, nie spowodujemy, że inne choroby nie będą rozpoznawane, leczone itd. Ale jeżeli dziecko ma wadę słuchu, to i tak będzie to rozpoznane, a im wcześniej to rozpoznamy, tym zabieg operacyjny albo inne postępowanie będzie tańsze. Robiliśmy dokładne wyliczenia dla kas chorych przed wieloma laty, a także dla funduszu po to, żeby pokazać konkretne oszczędności na konkretnej jednostce chorobowej. Pokazywaliśmy to na przykładzie szumów usznych. Jeżeli pacjenci, którzy mają szумы uszne, a stanowią oni 17% populacji, wykupiliby wszystkie leki, które są im przepisywane, toby to kosztowało około 5 miliardów zł, a skuteczność farmakoterapii jest na poziomie 5%, czyli placebo. To jest przykład na to, jakie mogą być ogromne rozbieżności. A więc powinno się zmienić podejście. Tworząc jedną z klinik, klinikę szumów usznych, chcieliśmy pokazać, że wielospecjalistyczny zespół może rozwiązywać problemy i wdrażać metody, których skuteczność jest na poziomie 80% i które nie wymagają złożonej, długoletniej farmakoterapii. Na dodatek, nie wiadomo, jak później zrezygnować z tej farmakoterapii, bo jest ona związana głównie z lekami naczyniowymi. Właściwie nie wiadomo, jak prowadzić leczenie młodej osoby, która zaczęła brać te leki, bo to nie są antybiotyki, które się bierze tylko przez siedem dni.

Jakie są inne koszty? One nie są zatrważająco duże. Powiedziałbym, że te rozwiązania mieszczą się w obecnym systemie. W ubiegłym roku przygotowaliśmy do rozważenia przez fundusz opracowanie dotyczące zarządzania chorobą. Nie jest to pojęcie nieznanne, ale w tym opracowaniu proponujemy, żeby był system, który pozwoli na to, że pacjenci wykryci w badaniach przesiewowych trafią prosto do ośrodków o określonych kompetencjach. Chodzi o to, aby było wiele takich ośrodków, nie jeden. Pewnie najlepiej byłoby, żeby w każdym województwie był taki ośrodek, a jeżeli nie ma go dziś, to dobrze byłoby, żeby powstał w ciągu dwóch, trzech lat. Proponujemy to rozwiązanie, bo mogą się zdarzać takie sytuacje, że młody człowiek trafi do pięciu specjalistów, którzy będą go odsyłali, i dopiero szósty mu pomoże; w takim systemie następuje wejście dużej grupy pacjentów na rynek, a tego żaden system nie wytrzyma.

Tymczasem, zorganizowanie takiego systemu jak my proponujemy, według naszego rozeznania, jest możliwe. Dowodem na to jest to, że jako instytut wzięliśmy na siebie przyjęcie wszystkich tych, którzy wymagają leczenia – mówię o tym w odniesieniu do badań przeprowadzonych w Polsce Wschodniej. Według nas, to, że robimy te badania, wiąże się z wzięciem odpowiedzialności... Postępowanie w przypadku dziecka, które wymaga leczenia, a określiliśmy, od jakiego poziomu ten problem wymaga leczenia, jest szybsze – jest odrębna kolejka – po to, żeby to dziecko mogło być objęte odpowiednią opieką, żeby rodzice nabrali zaufania do nas, do programu i do innych programów tworzonych przez inne instytucje, organizacje czy specjalności, żeby nie było urazu, bo najpierw coś powiedziano, a potem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak jest.

(Senator Henryk Woźniak: Panie Przewodniczący, jeszcze...)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę.

Senator Henryk Woźniak:

Panie Profesorze, mam jeszcze takie pytania, bo chciałbym dobrze zrozumieć tę ważną kwestię, którą pan poruszył w końcowej części swojej wypowiedzi. Czy rozbudzamy nadzieje, czy skutecznie leczymy? Czy środki NFZ wystarczają na leczenie dzieci? Jeśli można, proszę o krótką i klarowną odpowiedź na pytanie, jak wygląda ta sytuacja. Czy duża część populacji pozostaje nieleczona? Czy jesteśmy w stanie leczyć te dzieci?

**Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Henryk Skarżyński:**

Moja odpowiedź może nie być precyzyjna. Gdybym powiedział, że spełniamy oczekiwania wszystkich, to byłaby to nieprawda. Obecnie ponad dwadzieścia tysięcy pacjentów czeka, aby dostać się do instytutu – mówię o tym jako dyrektor tej jednostki – co wobec szesnastu i pół tysiąca procedur chirurgicznych wykonanych w ubiegłym roku oznacza, że będą oni czekać ponad rok, a w przypadku części wad wrodzonych – pewnie dłużej. Czy mamy możliwości robienia więcej? Mamy. Ale nie chcę rzucić hasła, że chodzi o przeznaczenie na ten obszar, na działania związane z tą specjalnością 5, 10 czy 15% środków więcej. Wolę podeprzeć się rzetelnymi opracowaniami.

W tym tygodniu kończymy badania w Polsce Zachodniej, a w połowie lipca będziemy mieli kompletne opracowanie wyników z Polski Wschodniej i Polski Zachodniej, które będziemy mogli przedstawić, łącznie z wnioskami. Na pewno chcielibyśmy, aby badania przesiewowe nie były jednorazową akcją. Chcielibyśmy, aby badania dotyczące słuchu, mowy i wzroku znalazły się w zakresie medycyny szkolnej. I to jest możliwe do wprowadzenia w obecnych warunkach, bo osobą, która nadzoruje badania przesiewowe, nie musi być lekarz, może to być higienistka czy pielęgniarz. A po opracowaniu wyników tych badań będziemy mogli mówić o tych kwestiach bardziej precyzyjnie.

Mogę powiedzieć już teraz, że zróżnicowania wymaga wycena niektórych procedur w obecnym pakiecie, o czym mówią specjaliści z wielu dziedzin medycyny. My też wielokrotnie sygnalizowaliśmy, że należy to zróżnicować w ramach tego, co jest. Co w moim rozumieniu oznacza to zróżnicowanie? Gdy w ubiegłym roku przedstawiliśmy funduszowi propozycje poprawek, wykazaliśmy niezasadność stosowania bardzo drogiej dwudziestu jeden procedur operacyjnych i powiedzieliśmy, że one mogą być zlikwidowane albo mogą zejść na najniższy poziom finansowania, bo nie powinno się ich robić, nawet jeżeli są wysoko wycenione. Zamiast nich zaproponowaliśmy wprowadzenie osiemnastu innych. A więc pokazaliśmy oszczędność dla funduszu, gdy zróżnicuje się to, co zaproponowano w odniesieniu do otolaryngologii, audiologii i foniatrii.

(Brak nagrania)

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Profesorze, bardzo dziękuję za to spotkanie, za tę prezentację i za pokazanie tych osiągnięć. Na posiedzeniach senackiej Komisji Zdrowia mówimy

najczęściej o problemach, które nurtują polską służbę zdrowia, a dziś mieliśmy możliwość, dzięki pańskiej prezentacji, wysłuchać o sukcesach klinicznych, medycznych, lekarskich, a także o sukcesach w zakresie promocji zdrowia. Przyłączam się do wcześniejszych gratulacji i pozwolę sobie podzielić się z państwem takimi wrażeniami osobistymi. Gdy nie dostałem się na medycynę, przez rok pracowałem na oddziale laryngologicznym u pana profesora Jana Kusia, i miałem być laryngologiem. Tak się złożyło... Chyba nie miałem szczęścia, bowiem z dużą zazdrością słuchałem, jak pan profesor mówił o tym, że macie państwo szczęście, bo w większości przypadków, a właściwie prawie zawsze, możecie pomóc. To jest wspaniale. My, siedzący tutaj lekarze różnych specjalności nie możemy z takim optymizmem patrzeć na swoją pracę zawodową, bo tych porażek... Siedzą tutaj i onkolodzy, i chirurdzy, jest również psychiatra, który chyba ma największe porażki.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

To żart, Panie Przewodniczący. Oczywiście są sukcesy i w psychiatrii.

(Głos z sali: Na pewno, zwłaszcza w polityce.)

(Wypowiedzi w tle nagrania) (Wesołość na sali)

Panie Przewodniczący, wskażę potencjalnych pacjentów, ale nie w mojej partii.

Panie Profesorze, serdecznie panu gratuluję, przyłączam się do tych wcześniejszych gratulacji. Myślę, że należy chwalić się tymi sukcesami i je pokazywać. Te działania i osiągnięcia powinny być drogowskazem dla innych dziedzin medycyny, dla innych specjalności.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...Można.)

Możemy podsumować to w ten sposób, że w polskich warunkach można osiągać sukcesy, i to sukcesy nie tylko na skalę krajową, europejską, ale jak usłyszeliśmy, również na skalę światową. Serdecznie gratuluję. Cieszę się, że pan profesor znalazł czas, by do nas przybyć – to dla nas zaszczyt. Dzięki temu mogliśmy otrzymać dużą dawkę...

(Głos z sali: ...optymizmu.)

...optymizmu, a także wiedzy. Dobrze, że o tym wszystkim usłyszeliśmy. Wiemy, jak ważny jest słuch w komunikacji. Zgadzam się z panem profesorem, że politycy często nie słuchają...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...choć słyszą.)

...choć bardzo dobrze słyszą.

(Głos z sali: Nie wiem, czy to jest prawda.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: ...Raczej dla psychiatrów.)

Są możliwości połączenia kwestii psychiatrycznych i otolaryngologicznych. Serdecznie dziękuję i gratuluję.

Senator Władysław Sidorowicz:

Senator Krajczy, bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Profesorze, jako osoba, która pracuje w jednostce znajdującej się niżej w systemie ochrony zdrowia i zarządza oddziałem laryngologicznym, mam następujące pytanie. Mam straszne problemy z zatrudnieniem młodych lekarzy, którzy chcieliby ro-

bić specjalizację z otolaryngologii. W wojewódzkim ośrodku klinicznym – pewnie tak, ale trochę niżej... A skoro oddział zabezpiecza świadczenia dla ponad trzystu tysięcy osób, to powinien istnieć. Tymczasem, jest taki problem. Czy pan też go zauważa? Jeśli w Warszawie jest tylu chętnych, to ja chętnie dwóch czy trzech zatrudnię od zaraz.

**Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Henryk Skarżyński:**

Program specjalizacji stał się tak wyśrubowany, że gdyby ordynatorzy chcieli go przejść, to mieliby z tym trudność. Taka jest moja ocena, chociaż pod jednym jestem podpisany. Mówiłem też, że możemy wymyślić taki program, którego prawie nikt nie przejdzie, a jeżeli nawet przejdzie, to już nie będzie chciał zajmować się medycyną. Środowisko powinno wyważyć tę kwestię. Bo przecież jest wiele młodych osób, które chcą się kształcić w tej specjalności.

Mogę powiedzieć, że pięć lat zajęło nam jako instytutowi uzyskanie akredytacji z zakresu otolaryngologii. Gdy rozdzielano te specjalności, stwierdziliśmy, że nie można połączyć... że wszystkie swoje siły skierujemy na audiologię i foniatrię, bo to jest nasz obowiązek jako resortowego instytutu. A potem mimo że robiliśmy najwięcej zabiegów z tej specjalności, to znajdował się ktoś, kto mówił, że nie należy nam przyznać tej akredytacji, bo po co nam jeszcze i to.

To wszystko pokazuje, że jako środowisko, niestety, jesteśmy krótkowzroczni – taka jest ocena moja i chyba części kolegów. Patrzymy przez pryzmat swojego gabinetu, myślimy, że ktoś nam zabierze pacjentów, że ograniczy... Nie powinno tak być. Gdyby nasi nauczyciele tak podchodzili do tej kwestii, to połowy z nas by nie było.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy są jeszcze...

Proszę bardzo, pan senator Kraska.

(Głos z sali: To jest okazja do rozliczenia ośrodków... ile miejsc udostępnił...)

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Profesorze, pozwolę sobie wykorzystać pana obecność i zapytać o profilaktykę. Są piękne efekty, jeśli chodzi o leczenie, ale na co zwróciłby pan uwagę, jeśli chodzi o profilaktykę schorzeń, które są leczone w starszym wieku? Czy możemy zapobiegać schorzeniom, które pojawiają się w starszym wieku, i zmniejszyć częstotliwość ich występowania? Chodzi mi o profilaktykę niedosłuchu u osób starszych.

**Dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Henryk Skarżyński:**

Myślę, że profilaktyka dotyczy nie osób starszych, ale przede wszystkim dzieci i młodzieży. Zasygnalizowałem, jaki jest poziom hałasu na przerwie międzylekcyjnej.

Po takiej przerwie przez następną lekcję dziecko nie może wrócić do równowagi słuchowej, a wydaje się, że skoro wróciło z przerwy, to jest wypoczęte. Taki jest efekt zmęczenia słuchowego, co udowodniliśmy naukowo. Rozpoczęliśmy monitorowanie hałasu w szkołach za pomocą urządzeń, które też były nagradzane. Dają one szansę, żeby udokumentować, że hałas ma określony wpływ. Nasze propozycje... Nie musi być jeden, bardzo głośny dzwonek na cztery korytarze czy na cztery poziomy; przerwy mogą być dla różnych grup. No, nie chciałbym wchodzić w szczegóły dotyczące tych rozwiązań. W każdym razie nasze propozycje idą w kierunku działań dotyczących młodzieży, bo w przypadku młodzieży sygnały są o wiele bardziej zatrważające niż w przypadku dorosłych.

Jeśli chodzi o dorosłych, to problemem nie jest hałas przemysłowy, bo zakładów o tak wysokim natężeniu hałasu jest bardzo mało albo nawet w ogóle ich nie ma. Problemem jest hałas środowiskowy, hałas ulicy, hałas w naszych mieszkaniach, gdzie jest bardzo dużo różnych urządzeń będących źródłem hałasu, a na co dzień nie zdajemy sobie z tego sprawy. Przedstawialiśmy różne propozycje rozwiązań w tym zakresie i pewnie się państwo zdziwicie, że najwięcej oponentów tych rozwiązań znalazło się wśród członków Ligi Walki z Hałasem. Nie zdawaliśmy sobie sprawy, że nasze propozycje mogą stanowić takie zagrożenie dla środków, z których ta liga żyje. Może to wyglądać bardzo dziwnie, ale gdy spotkaliśmy się w Ministerstwie Środowiska, okazało się, że zamiast być naturalnymi sprzymierzeńcami staliśmy się wręcz zagorzałymi przeciwnikami.

Dolegliwości wieku starczego, jeśli chodzi o naszą specjalność, są związane przede wszystkim z zaburzeniami równowagi i szumami usznymi. O szumach usznych już powiedziałem, o zaburzeniach równowagi – nie, ale być może będzie to powód do tego, abyście mnie państwo zaprosili jeszcze raz.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo. Wspomnę jeszcze o bezinteresownym zaangażowaniu pana profesora w akcje profilaktyczne we Wrocławiu, bo o tym wcześniej nie powiedziałem.

Myszę, że przyjmujemy tę informację z satysfakcją. Odczuwamy satysfakcję, że tak dużo dobrego się dzieje w tej dyscyplinie medycznej.

Dziękujemy panu profesorowi.

Zamykam omawianie punktu pierwszego.

Przystępujemy do omawiania punktu drugiego.

(*Głos z sali*: Trzydzieści sekund przerwy.)

Zgodnie z sugestią pana wiceprzewodniczącego – trzydzieści sekund przerwy technicznej.

(*Rozmowy na sali*)

Trzydzieści sekund minęło.

Proszę państwa, rozpoczynamy omawianie punktu drugiego.

Gdy planowaliśmy posiedzenie komisji, nie wiedzieliśmy, że będzie powódź. W tej sprawie pan minister ma o godzinie 17.00 spotkanie sztabu kryzysowego z premierem. A więc omawianie punktu drugiego musi być znacznie krótsze. Musimy je skończyć, także ze względu na konieczność zwolnienia sali, przed godziną 17.00. Bardzo proszę, aby pan minister jako pierwszy przedstawił informację dotyczącą wykorzystania oszczędności, a potem będziemy na ten temat rozmawiali.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Szulc:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Jeżeli temat punktu drugiego brzmi „Kierunki wykorzystania oszczędności w europejskim programie operacyjnym 2007–2013 na sektor ochrony zdrowia – szanse i możliwości”, to w zasadzie nie mam nic do powiedzenia. Może dowiem się czegoś od państwa.

Szanowni Państwo, sytuacja wygląda następująco. Polska może prowadzić działania w ramach trzech programów operacyjnych: Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”, Programu Operacyjnego „Kapitał ludzki” i Programu Operacyjnego „Innowacyjna gospodarka”, w które zaangażowany jest bezpośrednio minister zdrowia. Oczywiście nie mogę się wypowiadać na temat działań marszałków województw w ramach regionalnych programów operacyjnych, dlatego że to każdy z marszałków od początku do końca decyduje, na co przeznacza środki. Jeśli chodzi o działania resortu zdrowia i ministra zdrowia, dotyczące alokacji środków, to możemy mówić o 350 milionach euro w ramach Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”, o 105 milionach euro w ramach Programu Operacyjnego „Kapitał ludzki” i o mniej więcej 230 milionach euro w ramach Programu Operacyjnego „Innowacyjna gospodarka”.

Przedstawię w skrócie, jak obecnie wygląda alokacja tych środków. W ramach Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”, priorytetu dwunastego, dotyczącego ochrony zdrowia, ze środków... Oczywiście istotne jest to, jaki jest kurs euro w danym momencie. Te dane, które państwu przedstawiam, zostały policzone przy kursie wynoszącym 3,92 zł za 1 euro. I tak, alokacja w ramach PO IiŚ to 1 miliard 370 milionów zł, a mamy już zalokowane 1 miliard 438 milionów zł, czyli, krótko mówiąc, zgłoszone projekty opiewają na większą kwotę niż ta, którą dysponujemy.

W ramach PO IiŚ, po pierwsze, jest działanie 12.1 nastawione przede wszystkim na ratownictwo medyczne. I to działanie dotyczy budowy centrów urazowych, budowy centrów powiadamiania ratunkowego, wyposażania baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, zakupu ambulansów dla zakładów opieki zdrowotnej, doposażania i modernizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz budowy lądowisk. Dostępna alokacja, jeśli chodzi o działanie 12.1, to 841 milionów zł, a mamy już zalokowane 898 milionów zł. Po drugie, mamy działanie 12.2, które dotyczy projektów indywidualnych, projektów dotyczących szpitali ponadregionalnych. W ramach tego działania dostępna alokacja to 528 milionów zł, a na chwilę obecną mamy zalokowane 540 milionów zł. Cały czas spływają do nas karty zgłoszeń z prośbą o wpisanie na listę rezerwową, no, ale nie należy się spodziewać cudów.

Jeśli chodzi o Program Operacyjny „Kapitał ludzki”, w ramach którego dysponujemy kwotą 105 milionów euro, to realizujemy w sumie dwanaście projektów. Powiem o nich w skrócie, a jeżeli państwo będziecie sobie życzyli, to oczywiście udzielę dalszych informacji. Po pierwsze, jest to opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych; wartość kontraktacji 9 milionów 187 tysięcy zł. Po drugie, opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy; wartość kontraktacji 2 miliony 121 tysięcy zł. Po trzecie, kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, to jest onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy; alokacja w wysokości prawie 140 milionów zł. Po czwarte, kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych; alokacja wynosi 180 milionów zł. Po

piąte, szkolenia kadry zarządzającej szpitali – 3 miliony 718 tysięcy zł. Po szóste, wsparcie procesu akredytacji w zakładach opieki zdrowotnej – 7 milionów 800 tysięcy zł. Po siódme, profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce, wsparcie kształcenia podyplomowego – 20 milionów zł. Następnie, wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych – 35 milionów 500 tysięcy zł. I w końcu, nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej, szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji zakładów opieki zdrowotnej – 8 milionów 751 tysięcy zł. Przepraszam, wprowadziłem państwa w błąd, mówiąc, że jest dwanaście projektów, a jest ich dziewięć.

W ramach Programu Operacyjnego „Innowacyjna gospodarka” mamy do czynienia z siódmą osią priorytetową „Społeczeństwo informacyjne – budowa elektronicznej administracji”. I w ramach tego programu realizowane są dwa projekty, których beneficjentem jest Ministerstwo Zdrowia, a także Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Jest to projekt elektronicznej platformy gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, a także platforma udostępniania online przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych. Ten drugi projekt jest znacznie mniejszy, bo w jego przypadku alokacja wynosi 53 miliony zł, a w przypadku projektu pierwszego, czyli platformy gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych, jest to ponad 700 milionów zł.

Jeśli chodzi o działania realizowane w ramach PO IG, to nie ma możliwości, żeby spoza instytucji... Są to projekty indywidualne. O ile w przypadku działań, które prowadzimy w ramach PO KL czy PO IiŚ, beneficjentami końcowymi bardzo często są podmioty niezależne od Ministerstwa Zdrowia, zakłady opieki zdrowotnej czy szkoły, o tyle w przypadku Programu Operacyjnego „Innowacyjna gospodarka” nie ma takiej możliwości.

Czy mogą – stawiam to pytanie, nawiązując do tytułu punktu dzisiejszego porządku obrad – pojawić się oszczędności? Oszczędności pojawią się w takiej sytuacji, kiedy część projektów nie będzie realizowana. Wtedy automatycznie są realizowane kolejne projekty z listy. Ale nie spodziewałbym się wielkich oszczędności z tym związanych. Oczywiście bardzo dużo zależy od kursu walutowego, ale dotychczasowe doświadczenia wskazują, że nawet mimo ubiegłorocznego wzrostu kursu euro do 4,90 zł za 1 euro... Wahania tego typu są raczej krótkotrwałe, a więc nie należy liczyć na to, że perspektywę finansową 2007–2013 będziemy kończyli ze słabszą złotówką niż obecnie.

Oczywiście są jeszcze tak zwane pieniądze zapasowe. Po pierwsze, są to środki w rezerwie wykonania, podziału których dokonuje minister rozwoju regionalnego. Po drugie, będzie podzielona kwota... Ponieważ Polska ma większą dynamikę produktu krajowego brutto, zostanie zwiększona ilość środków zalokowanych dla Polski w ramach perspektywy 2007–2013. Zaraz powiem, jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o te środki.

Jeśli chodzi o rezerwę wykonania, która najprawdopodobniej będzie dzielona na początku roku 2011, musimy spełnić kryteria podziału tych środków, a one są związane ze Strategią Lizbońską. Komisja Europejska jasno i wyraźnie określiła, że przyznanie środków jest uzależnione od tego, czy dany priorytet jest priorytetem Strategii Lizbońskiej, czy też nie. Niestety, opieka zdrowotna i inne dziedziny, które mają związek z kapitałem społecznym, czyli praca i opieka społeczna, sport i turystyka, kultura

i dziedzictwo narodowe nie spełniają tego kryterium. Oznacza to, że rezerwa wykonania zostanie podzielona tylko i wyłącznie pomiędzy resorty, które nie realizują zadań z zakresu kapitału społecznego, a więc chodzi o infrastrukturę, ochronę środowiska itd. Tam należy się spodziewać wzrostów, a nie będzie ich raczej w przypadku programów prowadzonych przez ministra zdrowia.

Jeśli chodzi o środki z tytułu wyższej dynamiki PKB w Polsce niż w innych krajach Unii, a jest to około 660 milionów euro, to przypuszczalnie będą one dostępne w tym samym czasie co środki z rezerwy wykonania. I Ministerstwo Zdrowia będzie mogło być beneficjentem, jeśli chodzi o projekty związane z ochroną zdrowia, ale ze wstępnych danych, które mamy z Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, wynika, że środki te będą alokowane głównie w ramach Programu Operacyjnego „Kapitał ludzki”, czyli będą przeznaczone raczej na projekty szkoleniowe, tak zwane projekty miękkie, niż na projekty infrastrukturalne, tak zwane projekty twarde. Za wcześniej jednak mówić o tym, jak będzie wyglądał szczegółowy podział tych środków. To tyle tytułem krótkiego wstępu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.
Pani senator Rudnicka, bardzo proszę.

Pani Jadwiga Rudnicka:

Panie Przewodniczący, Szanowna Komisjo, najpierw chciałabym bardzo podziękować za umożliwienie mi uczestniczenia w dzisiejszym posiedzeniu komisji. Serdecznie dziękuję również panu ministrowi za to, że był uprzejmy zainteresować się tym tematem.

Na początku chciałabym powiedzieć, skąd wzięła się propozycja tego tematu. Proszę państwa, od długiego czasu obserwuję, że diagnostyka prowadzona w przychodniach, w małych jednostkach decyduje o dalszym leczeniu i o losie, również ekonomicznym, jednostek znajdujących się wyżej w systemie opieki zdrowotnej, zmuszonych do leczenia ludzi, których leczenie zostało zaniedbane na samym początku. Zaniedbanie to w dużej mierze jest spowodowane brakiem możliwości wykorzystania nowoczesnej aparatury. Wiemy, jak wielka jest eksplozja nowoczesności, jeśli chodzi o aparaturę medyczną. Wiemy też o zużyciu sprzętu. A w małych jednostkach, w NZOZ, które są spółkami, jednostkami prywatnymi... zresztą to nie jest istotne. W tych małych jednostkach są stare aparaty, z demobilu, dawane w prezencie, kupowane z drugiej ręki, i na nich się pracuje do dziś. Ciężko jest nawet bardzo operatywnym menedżerom, którzy często tracą świadomość głównego celu funkcjonowania danej instytucji i twierdzą, że chory ma przynosić zysk... A przecież przede wszystkim chory ma być wyleczony w instytucji, która jest dobrze prowadzona pod względem ekonomicznym.

Mówię o tym wszystkim z własnej praktyki, choć nie jestem lekarzem. Nie grozi mi zatem *deformation professionnelle* i nie mówię o tym w niczyim interesie. Myślę jednak, że chociażby dwóch znanych mi i zacnych onkologów poprze mnie i potwierdzi, że są takie przypadki, że ktoś się długo leczył, nawet prywatnie, mamografia nic nie wykazała, USG nic nie wykazało, a potem okazało się... W takich przy-

padkach oprócz ogromnej tragedii osobistej i rodzinnej, pojawiają się także kwestie ekonomiczne, bo wydaje się potem na takiego chorego tysiące, dziesiątki tysięcy czy setki tysięcy, a gdyby ten pacjent został dobrze zdiagnozowany na początku, to wyglądałoby to zupełnie inaczej. Podobnie dzieje się w przypadku kardiologii. Kilka dni temu profesor Ziaja mówił, że są stare aparaty UKG, EKG itd.

A więc ważna jest kwestia wyposażenia jednostek. Takich jednostek jest bardzo dużo, a właśnie do nich najpierw przychodzi chory. Zatem co należy zrobić w tej kwestii? Bo nawet ze względu na wymogi europejskie być może trzeba będzie pozamykać niektóre jednostki. I co wtedy będzie? No, dla mnie to jest problem ogólnopolski. Zwracam się z tym problemem do Szanownej Komisji, dlatego że jest to sprawa strategiczna.

Szukamy pieniędzy na nową aparaturę. Wiemy, jakie są kontrakty, jakie są fundusze, jak wygląda praca. Rzeczywiście jest tak, że ci bardziej operatywni potrafią sami wygospodarować pieniądze na takie czy inne urządzenie. Ale nie uwierzę w to, że wobec obecnych składek, w obecnym systemie te jednostki będą mogły mieć nowe kolonoskopy, nowe aparaty USG itd. Nie uwierzę w to. Zatem pytam, co powinniśmy zrobić w takiej sytuacji. Bo skoro nikt temu nie przeciwdziała, to sytuacja będzie się pogarszać.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pewności nie ma.)

Tak nie dzieje się wszędzie. Może to, o czym mówię, dotyczy kolejnych lat. Ale przecież ten program dotyczy perspektywy finansowej 2007–2013, a wydatkowanie jest możliwe do 2015 r. I może się okazać, że pewne rzeczy nie zostały wykonane, bo nie było czasu czy zabrakło czegoś innego.

Kolejna sprawa. Te biedaki, o których powiedziałam, składały wnioski, ale tylko jedna piąta wniosków została uwzględniona. Te wnioski przeszły cały proces, zostały rozpatrzone przez komisje i zostały uznane za słuszne, ale nic z tego nie wynika. Ja sama wiele lat zajmowałam się sprawami dużej instytucji – i nadal jestem z nią związana, chodzi o centrum onkologii – i wiem, że w przypadku dużych instytucji prędzej można coś uzyskać. A ci drobni, którzy do dużych instytucji kierują pacjentów często w tragicznym stanie, nie mają gdzie pójść z tymi problemami. Oni składają wnioski, dobre wnioski, i te wnioski czekają w rezerwie. A jeżeli tylko jedna piąta została znana i pieniądze właściwie zostały rozdane, to są nikłe szanse, że wystarczy środków, z oszczędności czy rezerw, w ramach tego programu.

Sądzę zatem, że można by wystąpić do pani minister Bieńkowskiej, minister rozwoju regionalnego, z prośbą o rozmowy... Kiedy funkcję komisarza Unii Europejskiej pełniła pani Hübner, to łatwo było rozmawiać. Obecnie komisarzem jest pan Johannes Hahn z Austrii, ale może też zrozumie tę kwestię. Chodzi o to, żeby można było z programów, z których środki nie zostaną wykorzystane... Podam nawet taki przykład z mojego województwa – na działania związane z informatyką wykorzystano mniej więcej 2%. A więc chodzi o to, żeby można było uzyskać więcej środków na kwestie związane z opieką zdrowotną. Trzeba na ten temat rozmawiać wyłącznie z komisarzem europejskim, bo z nikim innym się tej sprawy nie załatwi.

Zaproponowałam ten temat jako jeden z tematów do omówienia na posiedzeniu najbardziej zacnej z zacnych komisji, Komisji Zdrowia, ażeby nad tym popracować wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Rozwoju Regionalnego. Nie wiem, czy jest duża nadzieja na takie rozwiązania, ale jeżeli nic się nie robi, to nie będzie żadnej nadziei. No, również pan Buzek jest chętny do lobbowania w tej sprawie. Jakieś ziarno z tego, o czym mówiłam, może paść...

(Głos z sali: Jeśli chodzi o rezerwy...)

Oszczędności.

(Głos z sali: Ale chodzi o potencjalne oszczędności.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pani skończy, Panie Senatorze, i zaraz będzie dyskusja.)

Moja propozycja jest taka, ażeby wystąpić z oświadczeniem, chociaż sygnalizującym ten temat, do pani minister Elżbiety Bieńkowskiej, zaprosić ją na posiedzenie Komisji Zdrowia, przedstawić tę kwestię przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia, i może coś by z tego wynikło, bo jednak dużo oszczędności z różnych miejsc jest niewykorzystanych i oddawanych. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę.

Senator Norbert Krajczyk:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Pani Senator! Szanowni Państwo!

Myślę, że temat jest ważny. Ja sam w drugiej połowie roku 2008, w roku 2009 i 2010 z regionalnych programów operacyjnych, to jest w urzędach marszałkowskich, pozyskałem około 20 milionów zł. Z tych środków między innymi jest finansowana rozbudowa, w ramach rewitalizacji, pięciokondygnacyjnego obiektu z urządzeniami do diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej oraz termomodernizacja pozwalająca na wykorzystanie baterii słonecznych, dzięki którym będzie podgrzewana woda, a także informatyzacja...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Już kończę.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: My nie ponaglamy.)

Ministerstwo Zdrowia w latach 2008, 2009, 2010... Tak jak powiedział pan minister, środki z Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko” zostały przeznaczone głównie na SOR. W przypadku mojego szpitala chodzi o zakup pięciu karetek i 800 tysięcy zł na wyposażenie, 1 milion 600... Ponadto, praktycznie przeszedł wniosek dotyczący lądowiska wyniesionego – jest ono tańsze niż lądowisko naziemne – prawdopodobnie jednego z pierwszych w kraju; wniosek na 2 miliony zł. Inni składają wnioski o przyznanie dwukrotnie większej kwoty, ale mój jest na taką kwotę. Kolejny projekt dotyczy zakupu sprzętu medycznego potrzebnego do wczesnego wykrywania raka przewodu pokarmowego, chodzi o kolejne 800 tysięcy zł w ramach RPO. Drodzy Państwo, tych projektów jest dużo, ale mnie też nie na wszystko udało się pozyskać środki. Dlatego jeśli chodzi między innymi o SOR, wystąpiłem z projektem indywidualnym, ponadregionalnym; jest to projekt dotyczący zakupu tomografu komputerowego za niewielką sumę.

Ważna kwestia. Żeby wystąpić o środki unijne, trzeba mieć środki własne. Najpierw trzeba je dać, a dopiero później zostaną one zwrócone. Jeżeli mam płynność finansową, to bank udzieli mi kredytu albo ten kredyt nie będzie mi potrzebny, a chodzi o parę milionów złotych. I to nie jest tak, zwłaszcza w przypadku RPO, że już następnego dnia dostanę te środki. Walczę rok czy dwa lata, ażeby je w stu procentach odzy-

skać. Tak jak powiedziała pani senator, na pewno mniejszym ośrodkom jest trudniej. Weźmy pod uwagę chociażby kwestię centrów urazowych. Województwo opolskie takiego centrum urazowego mieć nie będzie, chociażby chciało – no, nie ma ośrodka klinicznego. Pan profesor Jakubaszko mówi: i dobrze, że nie będzie, bo Wrocław jest bardzo blisko. Ale w Zielonej Górze też nie ma ośrodka klinicznego, a będzie tam centrum urazowe.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zgadza się. Radzą sobie. Ale, Panie Ministrze, jest problem, który dotyczy zwłaszcza aparatury anestezyjologicznej, głównie aparatów do znieczulenia. Najczęściej w latach 2003–2004 były to aparaty drägerowskie...

(Senator Władysław Sidorowicz: Firma Dräger.)

Dräger skończył serwisowanie w Dilen i jest problem. W jednym województwie jest około pięćdziesięciu czy sześćdziesięciu takich aparatów, i to razy 300 tysięcy... No i co teraz? Marszałek mówi, że na te w swoim województwie może... Drugi organ założycielski mówi: nie bardzo.

Pani senator wspomniała także o kardiologii. U mnie jest kardiologia inwazyjna w ramach współpracy z Polsko-Amerykańskimi Klinikami Serca. I oni nie mają problemu ze sprzętem, chcą tylko mieć kontrakt i wstawiają sprzęt najnowszej generacji. Pani senator powiedziała także o jeszcze jednej ważnej kwestii. Mianowicie, ileż było mammografów kupionych nie wiadomo gdzie, które nic nie pokazywały, a później się okazało, że zmiana była zaawansowana. Niestety, i odpowiedzialność prawna...

(Pani Jadwiga Rudnicka: Podobnie jest w przypadku i urologii, i... Wszędzie.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zgadza się.

Panie Przewodniczący, myślę, że powinniśmy zaapelować, żeby środki na odtworzenie tego były jak największe, bo technologia... W ciągu trzech, czterech, pięciu lat stanie się tak, że będziemy mieli sprzęt, ale stary, i będziemy musieli pozamykać niektóre placówki, bo nikt nie dopuści do ich funkcjonowania.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam, ale o 17.00 musimy stąd wyjść.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Przewodniczący, gdy wcześniej zabierałem głos, to chciał pan ograniczyć czas mojej wypowiedzi, i teraz też odbiera mi pan głos.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, nie. Nie możemy rozwinąć skrzydeł. Skrzydła nam się podcina i z prawej, i z lewej strony.

Panie Przewodniczący, nie będę długo mówić, ale chciałbym się odnieść do kilku poruszonych dzisiaj problemów. Najpierw chciałbym bardzo podziękować pani senator za pokazanie tego problemu i panu ministrowi za wyczerpującą odpowiedź w zakresie, o jakim mówiła pani minister. Wydaje mi się jednak, że ten temat jest dużo szerszy, dużo poważniejszy i dotyczy bardzo istotnego problemu.

Kiedyś były zakupy centralne. Pewnie przez większość z nas są one źle oceniane, ale wtedy dużo wiedziano o lokalnych potrzebach. Wtedy, dwanaście lat temu – teraz mamy powiaty i inny podział na województwa – mieliśmy czterdzieści dziewięć województw, których władze, odnosząc takie wrażenie, lepiej docierały do mniejszych ośrodków, a właściwie do wszystkich ośrodków. Mieliśmy większe pojęcie o potrzebach. Jeśli chodzi o zakup sprzętu i odbudowę bazy diagnostyczno-terapeutycznej, to szpitale, kliniki borykają się obecnie z różnymi problemami. Niektóre... Pani senator mówiła o tym, że im większy ośrodek, tym większe możliwości, i tak powinno być. Ale te mniejsze ośrodki... Mimo że te mniejsze ośrodki piszą niezłe wnioski, to te wnioski są odrzucane, i nie ma możliwości odbudowy bazy diagnostyczno-terapeutycznej.

Panie Ministrze, dobrze, że rozmawiamy na ten temat, bo ja bym chciał, żeby pan minister był świadomy takiego problemu. Pewnie pan o tym wie, ale chyba lepiej, jeśli się o tym mówi i to powtarza. Mianowicie, powstaje olbrzymia dysproporcja. Są nowoczesne ośrodki, takie, o których przed chwilą usłyszeliśmy w prezentacji pana profesora Skarżyńskiego, ale są też takie oddziały laryngologiczne, które nie mają żadnego sprzętu. One pracują tak jakby funkcjonowały w XIX wieku, nawet nie w XX wieku. Robi się tam proste operacje. I sam pan profesor mówił o tym, że wielu procedur, które są stosowane w tych ośrodkach, nie powinno się robić.

Dobrze, że pani senator poruszyła ten problem...

(Senator Władysław Sidorowicz: Jaki wypływa z tego wniosek?)

Wniosek...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To byłoby najgorsze, dlatego że te dysproporcje byłyby jeszcze większe. Te wielkie, dobrze funkcjonujące ośrodki funkcjonowałyby coraz lepiej, a te mniejsze, które też służą mieszkańcom naszego kraju... A śmiem twierdzić, że większość problemów medycznych jest rozwiązywana w szpitalach prowincjonalnych, jest rozwiązywana przez lekarzy rodzinnych.

Pani senator mówiła między innymi o badaniach mammograficznych, o tym, że nie rozpoznano raka piersi. Panie Ministrze, bardzo często słyszę o takich przypadkach. Taki przypadek zdarzył się również w mojej rodzinie. Był to dramat. Siostra cioteczna w maju miała mammografię, a w październiku sama wymacała sobie guzek. Czy to możliwe, żeby od maja ten guzek aż tak urósł? No, nie ma takiej możliwości. Jest to dramat osobisty, dramat rodzinny, a także przekłada się to, o czym mówiła pani senator, na koszty. Leczenie mojej siostry ciotecznej kosztowało miliony złotych, a przeżyła tylko półtora roku. Zatem oprócz dramatu osobistego, dramatu rodzinnego są również aspekty finansowe.

(Brak nagrania)

Senator Stanisław Karczewski:

Rozumiem – pan minister starannie przygotował swoją wypowiedź – że nie ma środków, że środki zostały rozdysponowane, ale jest problem, i dobrze, że na ten temat rozmawiamy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ja nie mam gotowej recepty. Myślę na głos, w jaki sposób ten problem rozwiązać.

(Głos z sali: PiS ma...)

Mamy, ale na razie nie będziemy mówili o naszych propozycjach. Wiemy, że jest to poważny problem i że trzeba go rozwiązać.

Jeżeli powiemy naszemu rządowi, jeśli powiemy naszym eurodeputowanym o tym, że potrzeby służby zdrowia są olbrzymie, to może... Jeśli nawet nie będzie to możliwe w tej perspektywie finansowej, to może w następnej, a w tej chwili jesteśmy w fazie przygotowywania... Być może jest to najlepszy moment, żeby rozmawiać na ten temat. A problem jest poważniejszy, niż nam wszystkim się wydawało, gdy zaczęliśmy omawiać ten punkt – przynajmniej takie odniosłem wrażenie. Wydaje mi się, że jest olbrzymi problem. Mnie najbardziej niepokoi to, że jest Polska „A”, Polska „B” i, niestety, zacofana Polska „C”, gdzie kultywuje się lazarety. Panie Ministrze, pan kiwa głową, że nie, ale one są. Ja bym chciał, żeby ich nie było.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Kiwam głową z zupełnie innego powodu.)

Może źle to zrozumiałem.

Nie będę w tej chwili poruszał aspektów politycznych, ale pewne pomysły i propozycje Prawa i Sprawiedliwości, chociażby sieć szpitali, która powinna być takim fundamentem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, nie zgadzamy w tym zakresie, trudno. Ale jeśli się nie zgadzamy, to trzeba inaczej ten problem rozwiązać. A odpowiednie finansowanie bazy diagnostyczno-terapeutycznej jest niezwykle istotną kwestią. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Powiem tak: nie od razu...

(Głos z sali: Nie od razu Kraków zbudowano.)

Ten problem jest związany ze strukturą szpitalną. Nie wstawi się urządzenia do wykonywania rezonansu magnetycznego do szpitala, którego rejon wychwytu to siedemdziesiąt tysięcy. Żeby to było możliwe, rejon wychwytu musi liczyć co najmniej pół miliona. I to jest ogromny problem.

Jesteśmy już... Za drzwiami czeka już wiele osób i nie wypada nam przedłużać. Podsumuję zatem nasze dzisiejsze spotkanie w ten sposób. Wystąpimy...

(Głos z sali: Temat...)

Nie. Tak jak powiedziała pani senator Rudnicka, proponuję, żebyśmy jako Komisja Zdrowia wystąpili do pani minister Bieńkowskiej z prośbą, by w razie pojawiających się oszczędności uwzględnić dekapitalizację sprzętu diagnostycznego i brak nakładów na aparaturę w różnych miejscach. To na pewno możemy zrobić.

Pan minister to poprze, tak? Dobrze.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Można zadać pytanie, Panie Przewodniczący?)

Ale komu?

(Głos z sali: Pytanie dotyczące tego wniosku. Czy możemy zaprosić panią minister – bo sam wniosek to zostanie tylko wrzucony do biurka – żeby się dowiedziała od nas, jakie są konkrety?)

Możemy, tylko musimy się do tego starannie przygotować, zwłaszcza że dzisiaj mieliśmy na początku pewne trudności z wyrażeniem tego, w jakim kierunku idziemy. Prezydium komisji się tym zajmie.

(Głos z sali: Może ministerstwo też ma...)

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Dziękuję bardzo pani senator za przybycie.
Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 04)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851