



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (14.)
w dniu 29 maja 2012 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja o realizacji programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w kontekście funkcjonowania Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i problemy ginekologii onkologicznej w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 10)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Witam panią minister Agnieszkę Pachciarz, przedstawicieli NFZ, panią profesor i panów senatorów. Witam wszystkich zaproszonych gości, panie i panów.

Myślę, że przystąpimy do omówienia tematu. Jest on bardzo ciekawy, zajmujący i dotyczy tego, co niestety od wielu lat trapi nasze kobiety.

Czy pani minister chciałaby na początku coś powiedzieć, czy też wysłuchamy najpierw krótkiego wykładu pana profesora Ryszarda Poręby?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Agnieszka Pachciarz: Panie Przewodniczący, może tak być.)

Tak?

Panie Profesorze, bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Ryszard Poręba:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowna Pani Wiceprzewodnicząca! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowna Pani Minister! Szanowni Przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia! Szanowni Państwo Konsultanci i Eksperti!

Na początku chcę podziękować panu przewodniczącemu za zaproszenie mnie do udziału w obradach senackiej Komisji Zdrowia, a także za poświęcenie czasu jednemu z głównych problemów współczesnej ginekologii, jakim jest rak szyjki macicy. Na początku powiem, że nie radzimy sobie z tym problemem, stąd ten swoisty akt rozpacyjny skierowany tydzień temu do sejmowej Komisji Zdrowia. Również liczymy bardzo na wsparcie ze strony senatorów, którzy mają przecież ogromny wpływ na opinię publiczną, bo chodzi o to, żebyśmy z tym problemem mogli sobie wreszcie poradzić. Jeszcze raz powiem, że niestety nie radzimy sobie z tym problemem.

Na podstawie kilku slajdów pokażę, gdzie jest ten problem.

Proszę państwa, proszę zwrócić uwagę na to, że zgony z powodu raka szyjki macicy przewyższają u nas średnią w Unii Europejskiej, wynoszą 120% – ten słupek widać

w tym czerwonym kwadracie. To implikuje pytania, powiedziałbym, pytania obraźliwe dla naszych kolegów, którzy występują na różnych gremiach światowych i europejskich: dlaczego jest tak źle w Polsce, co się dzieje?

Proszę, dalej. Proszę zwrócić uwagę na ten czerwony znak – 48,2% Polek przeżywa po rozpoznaniu raka szyjki macicy. W stosunku do innych krajów wygląda to tak, że w Szwecji przeżywa 70% kobiet, w Czechach prawie 65%, na Słowacji 57%, a w Niemczech 63%. Czyli, nawet porównując się z Czechami, wyglądamy w tym miejscu źle. To jest bardzo przykre. Oczywiście tłumaczymy się tym, że kobiety nie zgłaszają się do badań, ale – co wiemy ze spotkań w różnych gremiach w Polsce – społeczeństwo odbiera ten problem tak, że jeżeli pacjentki umierają z powodu raka szyjki macicy, to jest to winą ginekologów. Uważa tak pomimo tego, że my tłumaczymy, że ona w ogóle ginekologa nigdy nie widziała. Bierzymy to jednak na siebie i staramy się tę edukację w jakiś sposób szerzyć, staramy się szukać różnych sposobów, żeby kobiety zachęcić do badania się. Wyniki, jakie za chwilę pokażę, nie są jednak dobre.

Proszę, dalej. Proszę zwrócić uwagę na to, że w Polsce co roku umiera tysiąc osiemset kobiet, i to od lat. I chcę przypomnieć, że tyle samo kobiet, ile umiera u nas teraz, umierało w latach sześćdziesiątych w Skandynawii czy w Finlandii. Te kraje prowadziły jednak intensywną profilaktykę i teraz rzeczywiście mają śladową umieralność. U nich studenci czy rezydenci rzadko obserwują raka, a szczególnie rzadko obserwują jego postać zaawansowaną.

Bardzo dobrze się stało, że resort powołał Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. W tym programie oceniono, że w 2015 r., czyli za trzy lata, ta umieralność z tysiąca ośmiuset ma spaść do pięciuset, co jest absolutnie nierealne. Wobec tego chwala resortowi za to, że w ramach narodowego programu stworzył Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. To jest dobry system, obejmuje on siedemnaście wojewódzkich punktów pobierania badań cytologicznych – przypomnę, bezpłatnie – i w ciągu pięciu lat pobrano ich prawie osiem milionów, najpierw siedem, a później okazało się, że w następnych latach doszło jeszcze milion badań. Jednak mimo to, że pobrano tyle badań, wciąż umiera tyle samo kobiet.

Muszę powiedzieć, że Parlament Europejski i departament do spraw profilaktyki raka szyjki macicy i zwalczania raka szyjki macicy – który w europarlamencie istnieje od wielu lat, bo z tym problemem boryka wiele innych krajów – zauważyli ten problem i nagrodzili nas Perłą Mądrości.

Czyli w Europie zauważyli, że coś się w Polsce dzieje. Jednak nas boli to, że mimo tych działań, tyle kobiet umiera. Zakładając, że rodzina jest pięcioosobowa czy czteroosobowa, to w Polsce w ciągu jednego roku tracimy jedno małe miasto kobiet. To jest zatrważające. I stąd, jak powiedziałem, nasz akt rozpaczy, który kierujemy do wszystkich gremiów, oczywiście z prośbą o...

Proszę zwrócić uwagę również na wskazanie, że aż 48% kobiet umiera w okresie reprodukcyjnym, a więc umierają kobiety, które powinny pracować i rodzić dzieci. Zgony kobiet z powodu raki szyjki macicy zdarzają się również we wcześniejszych okresach ich życia. Jednak tu nie chodzi tylko o zgony, bo już w momencie zachorowania te pacjentki są wyłączone z pracy zawodowej i rodzinnej. Tutaj też są już pewne moralne problemy, bo chodzi również o ich rodność.

Proszę, dalej. Proszę państwa, w związku z tym pojawiła się potrzeba, aby zwrócić się do różnych gremiów w Polsce – samorządowych, rządowych, pozarządowych, do różnych towarzystw naukowych – z propozycją powołania szerokiej koalicji. Wspólnie powinniśmy bowiem zastanowić się, jak poradzić sobie z tym problemem. Proszę zwrócić uwagę na to, że zajmujemy się wypracowaniem pewnych metod edukacji, mówimy o profilaktyce pierwotnej, czyli o szczepieniach, i o profilaktyce wtórnej, czyli cytologii, a także o metodach diagnostyki i leczenia.

Te wszystkie działania, które mogą doprowadzić do wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, a następnie do konsekwentnego i skutecznego postępowania, zostały w tym zespole omówione. Omówiliśmy w tym zespole również koszty. Tak więc na profilaktykę resort zdrowia, Ministerstwo Zdrowia przekazuje ponad 50 milionów zł – i wielkie podziękowanie za to, że są te pieniądze – prawie 45 milionów zł idzie na leczenie, czyli prawie 100 milionów zł rocznie resort przeznacza właśnie na walkę z rakiem szyjki macicy. No i w ramach tej koalicji, pracując przez ponad pół roku, spotykając się kilkakrotnie, rozważaliśmy kwestie edukacji, cytologii i szczepień, rejestrów i finansowania. Zgrupowaliśmy ekspertów, którzy opracowywali te zagadnienia i z tego wypłynęły pewne wnioski.

Proszę o następne... Proszę zwrócić uwagę, że rada programowa liczy tutaj prawie trzydziestu ekspertów.

Proszę, dalej. Tak wyglądają nasze robocze spotkania.

Proszę, dalej. Chcę zwrócić uwagę na to, dlaczego te kobiety nie zgłaszają się na badania. Przede wszystkim, jak oceniono, jest tak z powodu braku czasu, poza tym kobiety nie lubią się badać.

Muszę powiedzieć, że z tych naszych spotkań wypłynął pewien wniosek. Mianowicie kiedyś przyjmowaliśmy taką strategię straszenia kobiet: nie pójdziesz na badanie, zachorujesz i umrzesz. Okazuje się, że to nie działa, że to działa w drugą stronę, bo kobiety nie chcą się dowiedzieć, że chorują na raka szyjki macicy. Dlatego przyjęliśmy inną opcję: dbaj o zdrowie, będziesz miała szczęśliwą rodzinę. Przyjęliśmy taki przyjemny ton, bo według opinii socjologów i psychologów on działa lepiej niż straszenie kobiet rakiem.

Proszę... Tak więc po prawie niecałym roku poświęconym na te opracowania wydaliśmy na ich podstawie rekomendację kompleksowych zmian w obszarze profi-

laktyki raka szyjki macicy. Przekazaliśmy ten dokument ministrowi zdrowia, jest to pewna podpowiedź dla koalicji, bo to właśnie od resortu zdrowia będą zależały decyzje o tym, jak ukształtujemy profilaktykę i leczenie w przypadku raka szyjki macicy.

To było moje słowo wstępne. Bardzo dziękuję za czas poświęcony na jego wysłuchanie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Może od razu przystąpimy do kolejnego wykładu. Dobrze?

Proszę uprzejmie.

Dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki Przemysław Oszukowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Wszyscy przyzwyczaili się do tego, że leczenie raka szyjki macicy jest domeną ginekologów i że to ginekolodzy powinni zwalczyć tę chorobę nowotworową. Rzeczywiście rak szyjki macicy jest domena ginekologów, ale i onkologów.

Kiedy tak naprawdę kobieta trafia pierwszy raz do ginekologa? Najczęściej wtedy, kiedy jest w ciąży, a przecież do infekcji HPV dochodzi znacznie wcześniej, bo, jak wiemy, rak szyjki macicy rozwija się dosyć długo. I tak naprawdę nasze możliwości edukacji są bardzo ograniczone, dlatego że zwykle spotykamy się już z kobietą dorosłą, która ma w pełni ukształtowane zachowania zdrowotne. Dlatego zastanawialiśmy się, co zrobić, żeby ta edukacja rzeczywiście trafiała do kobiet wtedy, kiedy rzeczywiście jest skuteczna, i doszliśmy do wniosku, że musimy zacząć ją znacznie wcześniej. Dlatego powinniśmy poszerzyć ją nie tylko o środowiska medyczne – to znaczy o położne, pielęgniarki i pediatrów – ale również należy trafić do rodziców dziewczynek, którzy powinni im zaszczyścić pewne zwyczaje prozdrowotne. Przecież te same osoby, które nie chodzą na badania cytologiczne, nie chodzą również na badanie kolonoskopowe czy do stomatologa.

Generalnie rzecz biorąc, duża część społeczeństwa nie dba o swoje zdrowie, idzie do lekarza dopiero wtedy, kiedy przytrafia się choroba. I dlatego pracując nad zasadami, jakie powinny być wdrożone w celu uzyskania lepszego efektu, doszliśmy do wniosku, że przede wszystkim musimy rozpocząć edukację bardzo wcześnie. Ta edukacja powinna zaczynać się już w okresie szkolnym i powinna być skierowana nie tylko do dziewczynek, które jako przyszłe kobiety są zagrożone rakiem szyjki macicy, ale również do mam tych dziewczynek, do ich babć. To musi być skoordynowane działanie zmierzające do tego, żeby matki wpajały zwyczaje prozdrowotne córkom, a córki interesowały się tym, czy matki korzystają z programów profilaktycznych i czy zachowują się prozdrowotnie, czyli czy dbają o swoje zdrowie, czy – odnosząc się do omawianej konkretnej dziedziny – miały wykonywaną cytologię i kiedy. Dlatego też doszliśmy do wniosku, że stworzenie wspólnej idei w ramach szeroko rozumianej koalicji,

w skład której wchodziłoby przedstawiciele środowisk merytorycznych, nauczycielskich i samorządowych, spowoduje, że rzeczywiście ta edukacja i promowanie tego, jak żyć zdrowo, będą znacznie skuteczniejsze.

Poproszę o dalsze... Uważamy, że najpierw powinny być wprowadzane programy edukacyjne, które trafią do dzieci w wieku szkolnym. Oczywiście inny program będzie skierowany do szkół podstawowych, inny do gimnazjum, w którym będzie można już, powiedzmy, bardziej szczegółowo omawiać te kwestie. Generalnie powinniśmy zacząć od tego, że trzeba dbać o swoje zdrowie i każdy uczeń powinien mieć... Już takie pierwsze pilotażowe programy były wprowadzane przy okazji wdrażania programu profilaktyki raka szyjki macicy. W kilku województwach udało się nawet przeszkolić nauczycieli, którzy obecnie są przygotowani do prowadzenia takich zajęć. Jednak dwa tysiące stu nauczycieli na populację polskich dzieci to jest liczba bardzo niewielka.

Proszę, dalej. Następnie również zastanawialiśmy się, jak można zwiększyć możliwości, jakie stworzyło Ministerstwo Zdrowia i NFZ, dotyczące tego, żeby kobiety trafiały na badania cytologiczne. Uważamy, że jednym z filarów są tu położne, które są naturalnym współpracownikiem lekarza. Trzeba jednak pamiętać i o tym, że nie we wszystkich regionach jest lekarz, a te kobiety, które trafiają do ginekologa na badania kontrolne, to zwykle – mówię, że zwykle, bo to też czasami różnie wygląda – mają we właściwym czasie robioną cytologię. Są więc też regiony, gdzie główną opiekę położniczo-ginekologiczną sprawuje położna. Czyli byłoby dobrze, żeby ta położna miała również możliwość uczestniczenia w programie cytologicznym. Również postulowalibyśmy o to, żeby lekarze, którzy nie mają kontraktu z NFZ, mogli mieć kontrakt tylko na badania w ramach programu. Mamy w kraju takie powiaty, w których żaden ginekolog nie ma kontraktu z NFZ i my tak naprawdę w ogóle nie wiemy, co się tam dzieje, jeżeli chodzi o zdrowie tych kobiet. To nigdzie nie jest rejestrowane.

Jeżeli jestem już przy kwestii rejestrów, to również trzeba zaznaczyć, że praktycznie nasze rejestry są niepełne, a nawet żadne, jeśli chodzi o to, co się dzieje z kobietami, które były zaszczepione. Powiem, że co roku jest szczepionych około 10% dwunastoletnich dziewcząt, a nie mam tego nigdzie zanotowanego. Tak więc dlatego postulujemy też o to, żeby prowadzić rejestry badań cytologicznych, szczepień i efektów tych szczepień.

Następną kwestią jest podniesienie jakości badań cytologicznych. Można powiedzieć, że NFZ pilnuje tego zagadnienia i że jest prowadzona ciągła weryfikacja jakości tych badań, choć też są przypadki, że kilkadziesiąt procent pobranych badań w danej placówce nie spełnia kryteriów, które wymusza system BTS. Jest to taki system badań cytologicznych, kiedy ocenia się nie tylko to, co widać pod mikroskopem, jeżeli chodzi o ryzyko onkologiczne, ale również ocenia się jakość pobrania. Ocena tej jakości pobrania jest również bardzo ważna z tego względu, żebyśmy nie spotykali się z takimi przykładami, które bardzo często są nagłaśniane w mediach, że kobieta była na badaniu cytologicznym kilka miesięcy temu, a nagle okazało się, że ma zaawansowanego raka szyjki macicy. Jeżeli badanie jest

prawidłowo pobrane – i to właśnie w tym systemie wychodzi – tak sytuacja jest wyjątkowo mało prawdopodobna. No i trzeba się również zastanowić nad tym, jak powinny wyglądać te zaproszenia na badania cytologiczne. Nasuwa się bowiem wniosek, że mimo aktywnego zapraszania, wysyłania imiennych zaproszeń, nie spotyka się to jednak z oczekiwanym odzewem, bo wciąż tylko 27% populacji jest objętych tymi badaniami.

Poproszę o kolejne przeżrocze. Następne zagadnienie to zainteresowanie się szczepieniami. Rak szyjki macicy jest, można powiedzieć, jedynym nowotworem, który prosto się wykrywa, na który są szczepionki. I w związku z tym tak naprawdę mogłoby się wydawać, że jest to rak do wyeliminowania ze społeczeństwa. Oczywiście, to są tylko teoretyczne rozważania, jednak taka możliwość istnieje. Obecnie szczepienia w większości praktycznie finansują tylko samorządy i osoby prywatne, które je zakupują. Wiemy, że cena tych szczepień jest rzeczywiście wysoka, co stanowi dosyć dużą barierę, jednak na przestrzeni kilku ostatnich lat, kiedy to samorządy zaangażowały się w szczepienie całych miast czy gmin, cena szczepień kilkakrotnie spadła. Czyli tak naprawdę trudno dzisiaj mówić o cenie, skoro nie znamy skali, nie wiemy, jak duże mogłyby być te zakupy. Mało tego, z rozmów z samorządowcami wiemy, że samorządowcy dalej są skłonni uczestniczyć w częściowym finansowaniu tych szczepień. Jednak jak to rozwiązać tak, żeby możliwe było, powiedzmy, zbieranie tych środków z kilku źródeł? Trudno jest to powiedzieć. Pojawił się też taki pomysł, żeby szczepienia, jako typową profilaktykę przeciwnowotworową, włączyć do Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Poproszę o następne przeżrocze. Bardzo ważne jest to, że my tak naprawdę musimy wiedzieć, jakie są losy naszych pacjentek, czyli musimy widzieć, co tak naprawdę dzieje się z zaszczepionymi kobietami, choć oczywiście z tymi nieszczepionymi też. Tak więc do tego, żeby móc śledzić, jakie efekty przynoszą nasze działania, potrzebujemy bardzo dokładnych rejestrów.

Proszę, dalej. Uważamy, że ważnych jest kilka kroków, pierwszym jest edukacja, drugim są rejestry, a trzecim są szczepienia. To wszystko, generalnie rzecz biorąc, umożliwi nam znaczące zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Muszę powiedzieć, że dość dokładnie zaznajomiłem się z rekomendacjami państwa, to jest kapitalne wydawnictwo. Gdyby rzeczywiście udało się wdrożyć wszystko to, co państwo tutaj proponujecie, to zdecydowanie byłoby lepiej.

Przyznam szczerze, że mam kilka wątpliwości dotyczących Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Dość dokładnie zapoznałem się z raportem z 2010 r. i muszę państwu z wielką przykrością powiedzieć, że ten obraz jest, no, tragiczny. Mianowicie w 2010 r. wydano 12,5 miliona zł na ten program – 12,5 miliona! – a wykryto pięćdziesiąt cztery przypadki raka szyjki macicy. W ramach tego programu wykryto tylko pięćdziesiąt cztery – tak wynika z oficjalnych dokumentów. Oczywiście,

można powiedzieć, że wykrycie jednego przypadku raka kosztowało nas 231 tysięcy zł, taki prosty rachunek sobie zrobiłem. I ktoś to wytłumaczy też i tak, że przy okazji wykryto wiele przypadków stanów zapalnych itd., ale jeśli mówimy się o konkretnej chorobie, o raku, to wykryto pięćdziesiąt cztery przypadki.

Jak to się ma do tej liczby, o której mówił tutaj pan profesor, do przeszło trzech tysięcy przypadków raka rocznie i tysiąca ośmiuset zgonów z tego powodu? Wiemy już – to też bardzo jasno wynika z tabeli, którą tutaj mamy – że ten problem jest od lat, od 2006 r. ta zgłaszalność jest między 20–27%, a wykrywalność raka jest porównywalna... wykrywa się rocznie kilkadziesiąt przypadków. Tak więc już wiemy, że to jest nieskuteczne.

Mnie zainteresowało to, co pan profesor w swoim wykładzie powiedział o dziewczynkach dwunastoletnich. Ile w Polsce mamy dwunastoletnich dziewczynek – ja nie jestem w stanie tego powiedzieć – i ile by kosztowało ich zaszczepienie? Czyli szczepionka plus to... Dlaczego o tym mówię? Kobiety wyedukowane i tak będą chodzić do ginekologa i będą tę cytologię sobie robić, a skoro jesteśmy krajem cały czas na dorobku, to czy nie lepiej te 12 milionów, które mamy na program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, przeznaczyć na szczepienia dla tych dwunastolatek? Ja nie wiem... Musimy znaleźć jakiś pomysł na to.

Proszę, Panie Profesorze.

**Prezes
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
Ryszard Poręba:**

Odpowiem, Panie Przewodniczący: jest to sto osiemdziesiąt cztery tysiące dziewcząt dwunastoletnich i ich zaszczepienie kosztowałoby 55 milionów zł.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.

No wydaje mi się, że to nie są aż takie koszty. Rozgadałem się... może teraz pani minister. Bardzo proszę o zabranie głosu.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Agnieszka Pachciarz:**

Dziękuję bardzo.

Pozwolę sobie jednak przedstawić to troszkę w szerszym aspekcie. Bardzo dziękuję obu panom profesorom za przedstawienie tych wykładów, bo w części ich treść pokrywa się z wnioskami ministerstwa. Pan przewodniczący dość szybko przeszedł do jednego elementu, ja jednak bardzo chciałabym na ten problem spojrzeć szerzej.

Ponieważ został wywołany Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, to chciałabym powiedzieć, co było mówione i na posiedzeniu Komisji Zdrowia, i na plenarnych obradach Sejmu. Mówimy o roku 2010 – tak? – ale w międzyczasie, zgodnie z ustawą, przekazaliśmy podsumowanie roku 2011, tak że te dane są

już aktualniejsze. I przyznaliśmy też, że jeśli chodzi o ten wspomniany element programu – bo w przypadkach innych raków widzimy większe sukcesy: jelita grubego, raka piersi, również zauważamy tu wyraźny wzrost liczby badań przesiewowych i spadek zachorowalności, umieralności – to w przypadku tego rodzaju raka widzimy pewien problem. Powiem, ten problem jest wielowątkowy.

I jeszcze małe sprostowanie: ten problem nie istnieje od 2006 r., wtedy powstał program, ten problem istnieje od wielu lat, a program stara się tylko wychwycić przypadki zachorowań i działać w kierunku rozszerzenia profilaktyki. Powiem tylko, że profilaktyce i działaniom wzmacniającym, na przykład wzmacniającym bazę leczenia, jest dedykowana dość ograniczona pula pieniędzy. To jest niejako dodatkkiem do leczenia, to są wielokrotnie niższe kwoty niż te, które wydajemy na leczenie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Co do samego programu, to nie jesteśmy zadowoleni z liczby badań przesiewowych – z tym, że od razu zaznaczam, że te dane nie są pełne. Pan profesor Poręba też na to wskazał. I prowadzimy działania, żeby te dane zebrać, dlatego że 25–35% kobiet, do których skierowane jest to świadczenie, to badanie, poddaje się mu. To dane obejmujące badania przeprowadzane tylko w ramach tego programu, a doskonale wiemy, że pacjentki korzystają z tego badania także w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej... to znaczy w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej AOS. Tutaj pan dyrektor Poręba – zrobiliśmy to również my, z ministerstwa – zwrócił się z dość szczegółową prośbą do Narodowego Funduszu Zdrowia, mianowicie poprosił o określenie ilości dokonanych badań. My mamy nieprawdziwe dane statystyczne, bo najczęściej pacjentka tak naprawdę nie pójdzie dla jednego badania do innego podmiotu – tak? – ona zrobi je u swojego lekarza, do którego chodzi.

Panie Profesorze, na pana wykresie, na dole, są dane o tej grupie, o pacjentkach, które korzystają z pozasystemowej opieki – zastanawiamy się, w jakim zakresie te dane statystyczne ściągnąć.

Mamy tu jednak jeszcze inny problem, o którym jeden z panów też wspomniał. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, poproszę, żeby pan dyrektor powiedział też o jakości tych badań, zwłaszcza w podmiotach podlegających pozasystemowym ubezpieczeniom zdrowotnym. Bo chodzi o to, żeby rzeczywiście to były wiarygodne dane. I ten przykład, który był pan uprzejmy podać, kiedy to okazuje się, że parę miesięcy po pierwszym badaniu jest całkiem inny wynik – czyli nie jest możliwe, żeby kilka miesięcy wcześniej było aż tak znakomicie – pokazuje, jak ważna jest po prostu jakość tych badań. Tak że tutaj mamy problem, państwo są reprezentantami tej specjalności... Moim zdaniem trzeba z tym przekazem trafić do ginekologów, do specjalistów, trzeba uzmysłowić im, jak ważna jest jakość samego badania cytologicznego.

Co do statystyki, to dane mówiące o tym, że kobiet, które robią badanie, jest 25–30%, nie są pełne. Bo to jest AOS, badania robione w szpitalu, chociaż ich jest mniej, mało, bo mają charakter przesiewowy, kiedy jest po prostu podejrzenie... A wiadomo, do kogo są kierowane badania przesiewowe. Są jeszcze pacjentki z poza systemów – prawda? – i razem z tymi danymi będziemy mieli prawidłowe dane.

Co do danych statystycznych, które także pokazujemy za granicą, to warto uwzględnić jeszcze pewien margines... Proszę państwa, my często porównujemy się z innymi krajami, na przykład, skandynawskimi, które takie i podobne programy prowadzą już od czterdziestu lub sześćdziesięciu lat. My prowadzimy je dopiero od lat kilku, poza tym te dane z Centralnego Rejestru Nowotworów są jeszcze niepełne, one na ten moment stanowią około 90% wszystkich danych. Czyli jest pewien margines danych przez nas nieposiadanych, w związku z tym możliwości pokazania rzeczywistego wskaźnika, czyli tej pięcioletniej przeżywalności, która przy nowotworach jest traktowana jako pewien wyznacznik problemu, nie są pełne. Tak więc trzeba zwrócić uwagę na to, wziąć poprawkę na to, z kim się porównujemy, bo my dopiero do takiego etapu dojdziemy.

Co do samego skringingu, to zdajemy sobie sprawę z problemu, jaki wiąże się z zaproszeniami na badania. Rozmawialiśmy tu już o tym, państwo już wcześniej podjęli działania, żeby zmienić formę tych zaproszeń. Chociaż to też nie jest takie proste, bo to jest bardzo indywidualne, bo ktoś woli zaproszenie przyjazne, kolorowe, zachęcające, a do kogoś innego trafi – co mi wczoraj uświadomił pan dyrektor – kiedy przypomni się o tym w bardziej urzędniczym stylu: zrób to, bo to jest dla ciebie dobre; może właśnie tak, jednym zdaniem. Czyli do różnych osób, różne zaproszenia... Rzeczywiście, nad tymi zaproszeniami trzeba popracować.

Już w tej chwili, w roku 2012, do systemu kontaktu z pacjentkami są włączone położone, bo chodzi o to, żeby nie było to suche zaproszenie. Chodzi o to, żeby położne, które mają pod opieką określoną populację kobiet, rozmawiały ze swoimi pacjentkami indywidualnie i żeby zachęcały je do badań. Czasami ten indywidualny kontakt jest najskuteczniejszy, bo jak wiecie panowie jako lekarze – przepraszam: państwo, bo jest tu pani profesor, chociaż z innej dziedziny – ważny jest bezpośredni kontakt z pacjentką. Jak lekarz powie pacjentce, że trzeba to badanie zrobić, to trudno, żeby ona odmówiła, bo ona się ze swoim lekarzem generalnie zgadza. Liczymy na to, że położne będą miały podobny wpływ.

Pracujemy także nad tym, żeby być może w szerszym aspekcie, tu przez panów podnoszonym, włączyć do tych działań położne, bo sami lekarze tego nie przeprowadzają. Tak więc ze wspomnianego elementu programu jesteśmy w ministerstwie najmniej zadowoleni, to trzeba powiedzieć. Stąd te działania, chcemy to zmienić, jednak te działania muszą, po pierwsze, zmierzać w kierunku rozszerzenia grupy, jaka poddaje się badaniu, a po drugie – co jest równie ważne – te dane statystyczne muszą być prawdziwe. One na razie nie są pełne, dlatego że nie mamy danych na temat tych innych... Mam nadzieję, że Narodowy Fundusz Zdrowia nam wkrótce odpowie na nasze pytanie, zwłaszcza, że można teraz te dane statystyczne łatwiej wyciągnąć i zobaczyć, ile pacjentek poddało się tym badaniom, zwłaszcza w AOS. Tak naprawdę dopiero wtedy te dane będą wiarygodne.

Co do samego leczenia, to przygotowując się do dzisiejszego spotkania, sprawdziliśmy zwiększenie ilości pieniędzy wydawanych na samą ginekologię onkologiczną. I choć wiadomo, że zawsze uznaje się, że te kwoty są niewystarczające, to one jednak wzrastają, na przestrzeni

dwóch lat finansowanie ginekologii onkologicznej wzrosło prawie o 20%. Nastąpił też wzrost środków na świadczenia udzielane w poradni. Wiadomo, że w takim kraju jak nasz oczekujemy większego wzrostu, bo mamy większe potrzeby, jednak naprawdę to jest solidny wzrost. Sprawdziłam, że na przestrzeni sześciu lat w zakresie funduszu nakłady na samą onkologię wzrosły o ponad 300%, od roku 2004 aż do obecnego stanu o 330%. To są, proszę państwa, ogromne pieniądze i warto, żebyśmy sobie też ten wzrost uświadamiali, mimo że zawsze mamy poczucie, że zrobiliśmy za mało.

Z innych rzeczy... Żeby też był jakiś promyk optymizmu, powiem, że z posiadanych przez nas danych wynika, że zmniejsza się zachorowalność. Tutaj pan senator wskazał na pewne dane, a ja muszę powiedzieć, że na przestrzeni lat... Akurat w roku 2010 wykryto sto czterdzieści cztery przypadki raka, a potem mam tu pięć danych, które mówią o poszczególnych rodzajach słabszych zmian. I tych zmian, w zależności od ich nasilenia, w każdym przypadku jest... Aż jedenaście tysięcy zmian najslabszych, powyżej dwóch... Tak, tutaj jest wiele danych. W sumie dobrze, że przypadków zachorowań raka jest stosunkowo mało, ale nie jest ich pięćdziesiąt kilka, tylko prawie sto pięćdziesiąt. Ten promyk optymizmu, o którym chciałam powiedzieć, jest taki, że zmienia się struktura zachorowalności i śmiertelności na nowotwory. W przypadku zachorowalności na raka szyjki macicy widać delikatny spadek, od roku 2006 było 5,2%, a w roku 2009 już 4,5%. Tak więc jest delikatny spadek zachorowalności. W danych dotyczących śmiertelności to jest jeszcze mało widoczne, ale jeśli chodzi o zachorowalność, to w przypadku tego nowotworu widzimy spadek.

Co do ostatniego wniosku, który pan senator przedstawił jako puentę, czyli co do samej szczepionki, to proszę państwa, ten temat jest, myślę, wszystkim znany i to w różnych aspektach. Ministerstwo Zdrowia już wcześniej się tym zajmowało, a w 2009 r. uzyskaliśmy co do tej szczepionki negatywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych. W tej chwili po rozmowach, jakie toczyły się w ostatnim miesiącu, rozważamy ponowne zwrócenie się o opinię. Minęły trzy lata, niech agencja oceni to ponownie. Trudno, żeby Ministerstwo Zdrowia włączało do jakiegokolwiek sposobu finansowania, skoro otrzymało, wydaną na jego wniosek, negatywną opinię o danym produkcie. Myślę, że jest to oczywiste w przypadku dysponowania środkami publicznymi. Tak więc rozważamy ponowne zwrócenie się do AOTM.

Warto, proszę państwa, rozważyć także coś innego. Mianowicie samorządy bardzo często głęboko rozważają zasadność wprowadzenia takich działań, nie obywa się to też bez kontrowersji. Pewnie państwo nie raz byliście proszeni o opinię w tej sprawie. Ja jeszcze niedawno, będąc w innej roli, też byłam proszona o opinię, czy warto, czy nie warto. Muszę powiedzieć, że nie jest łatwo samorządom podejmować takie decyzje, w związku z tym my zwrócimy się drugi raz do AOTM o ocenę. Minęły trzy lata, są już dokładniejsze dane statystyczne, będziemy prosili o ponowne rozważenie tego.

Ten wniosek – zwrócę na to uwagę, bo z wykształcenia jestem prawnikiem i mam takie trochę zacięcie formalne – jest wewnętrznie sprzeczny, bo albo robi to się w ra-

mach programu, albo jako świadczenie gwarantowane, albo w postaci szczepionek. Są różne drogi włączenia danego produktu do, że tak powiem, usług handlowych, czyli albo program, albo gwarantowane świadczenia. Na razie bez otrzymania pozytywnej opinii tego nie rozważymy, ale być może warto, co państwo tutaj podnieśliście, namawiać samorządy. Jeżeli ktoś jest przekonany do tego w stu procentach... Z naszych wyliczeń wykonanych wcześniej na ten użytek wynika, że byłby to koszt 60–100 milionów, bo oczywiście to zależy od ceny szczepionki. Nie chciałabym się tutaj jednak zajmować cyframi, bo w tej chwili jest to mało istotne.

Najważniejszy jest ten problem, o którym wiemy, że go mamy. My tę profilaktykę staramy się rozwijać, pan przewodniczący przedstawił pewne dane, jednak mamy świadomość, że wciąż jest to słaby element programu. Tak? Moglibyśmy też kiedyś poopowiadać o pozytywnych sprawach – mam nadzieję, że to się uda – choć tutaj rzeczywistość jest dużo pracy przed nami. Jeszcze raz: dane statystyczne nie są w pełni wiarygodne, bo w ramach programu przebadano dwadzieścia kilka procent kobiet. Czekamy na informacje z funduszu o tym, ile kobiet przebadano w AOS, bo tak naprawdę dopiero te dane pokażą nam, jakie jest to zainteresowanie. Tak jak pan dyrektor mówił, i co wynika też z publikacji naukowych, dopiero zaangażowanie 70% pacjentek jest w stanie przynieść efekty.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Ja się zgadzam z tym, dobrze, że mamy ten Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, bo on wnosi dużo pozytywnych rzeczy, choć akurat ten rak szyjki macicy jest trochę taką piętą achillesową. Na przykład w badaniach mammograficznych na pewno jest duży postęp, widzimy, że coraz lepsze jest to wykrywanie. Zresztą sam pamiętam, że dwadzieścia lat temu przypadków raka piersi w IV stopniu zaawansowania było mnóstwo, a teraz naprawdę już bardzo rzadko się je spotyka. Czyli na pewno to już jest postęp. Ale ten rak szyjki... no jest taki, jaki jest.

Czy pani minister chciałaby coś dodać?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję państwu za zainteresowanie i pogłębioną analizę. Chciałabym poprosić też państwa o większe zaangażowanie, bo sam program, akcje medialne, publikacje, mimo iż jest ich więcej na przestrzeni ostatnich lat, nie wystarczą. Wiemy, jak dużo dało zaangażowanie osób publicznych w uświadamianiu, jak groźny jest nowotwór piersi, tak więc mówienie o tym jest niejako rolą osób wybranych przez wyborców. Myślę, że czujemy, że jest to obowiązek, ponieważ tu jest pewien problem związany z tym, że w przypadku tego nowotworu świadomość jest niestety mniejsza. Musimy także popracować nad metodami trafienia do niektórych grup, pan profesor także podnosił to, że właśnie jest to czasami problem w niektórych grupach, które generalnie nie robią żadnych badań.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Może teraz przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

Kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy Jerzy Giermek:

Jerzy Giermek, od zeszłego roku kieruję centralnym ośrodkiem koordynującym oba programy.

Chciałbym panu przewodniczącemu wyjaśnić, skąd w programie dane o pięćdziesięciu czterech przypadkach raka. To nie znaczy, że wszyscy ludzie pracujący w ramach tego programu nie wykrywali raka, tylko w tej chwili, patrząc tak od strony medycznej, najbardziej dotkliwe jest to, że „leży” część pogłębionej diagnostyki. Ja to sprawdzałem i tu chodzi o ten drugi etap, mianowicie wiele kobiet trafia do swoich lekarzy i nie idzie ścieżką, która jest wyznaczona w programie. Przed momentem sprawdziłem, że w roku 2011 u dziewięciu tysięcy ośmiuset osiemdziesięciu dziewięciu kobiet wykryto zmianę, która wymagała weryfikacji, badania miały tak zwany wynik dodatni, i z tej grupy tylko trzy tysiące kobiet zgłosiło się do etapu pogłębionej diagnostyki, sześć tysięcy poszło gdzie indziej. I dlatego właśnie nie było ich w tych statystykach, o których pan przewodniczący mówi, no i stąd pięćdziesiąt cztery przypadki raka, a nie dużo więcej.

I teraz chcę powiedzieć o tym, jakie narzędzie nam przybyło, o tym mówił pan profesor Oszukowski. Od lipca 2011 r. Narodowy Fundusz Zdrowia ma możliwość odnotowywania badań cytologicznych wykonywanych w ramach porady lekarskiej. Mam tu przed sobą prezentację pana profesora Kędzi z Wielkopolski, który przeprowadził taką analizę na podstawie danych z funduszu i wyszło mu, że w jego województwie w ostatnim kwartale zeszłego roku zgłaszalność wynosiła 51%, zarówno w programie, jak i poza programem.

Jeśli chodzi o to, o czym mówiła pani minister, to Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadza w tej chwili dla nas taką analizę, bo to nie polega tylko na dodaniu liczby cytologii wykonanych tu i wykonanych tam. Najpierw potrzebna jest analiza obejmująca oczywiście kobiety w wieku przewidzianym w programie, dodatkowo trzeba przeanalizować numery PESEL tak, żeby wyrzucić te panie, które były na badaniu kilka razy w roku, po czym porównać numery PESEL zarejestrowane w ramach programu z tymi, które zostały zarejestrowane poza programem, żeby się nie powtarzały, żebyśmy otrzymali faktyczną liczbę pań. Myślę, że wtedy statystyka nam skoczy.

Zresztą pan profesor Oszukowski powiedział, że giną nam z pola widzenia te gabinety niepubliczne, które nie mają kontraktu. I rzeczywiście słuszny jest postulat pana

profesora, żeby wprowadzić możliwość, jaka była kiedyś, zakontraktowania samej profilaktyki. Nie chodzi tylko o profilaktykę raka szyjki macicy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale na przykład o sytuację, kiedy ginekolog chce prowadzić prywatną praktykę bez refundacji, jednak chciałby mieć refundowaną cytologię. Teraz nie ma takiej możliwości. Tak samo jest w przypadku położnych, które są dopuszczone do wykonywania tych badań, które my wykształciliśmy – już dobrze ponad tysiąc położnych dostało certyfikaty – a w tej chwili nie mogą tych badań zakontraktować. Jest tak dlatego, że jako warunek jest zapisane, że musi być poradnia ginekologiczno-położnicza. No a to też by nam zwiększyło...

Jest tylko jeden problem, o którym wspomniała pani minister, mianowicie problem jakości. Programem jest objętych osiemdziesiąt kilka pracowni cytologicznych, które w umowę mają wpisany standard ustalony przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W umowie jest zapisane, ile muszą wykonać badań i ile ma ich wykonać każdy cytotechnik pracujący w ramach programu. Jest też w niej zapisane, że te badania są nadzorowane przez patologa, bo patolog ogląda potem wszystkie wyniki dodatnie plus 10% wyników ujemnych, i że centralne i wojewódzkie ośrodki koordynujące od dwóch lat mają regularne kontrole etapu diagnostycznego, a specjaliści – wyznaczeni przez konsultanta krajowego w dziedzinie patomorfologii w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Patologów – jeżdżą i sprawdzają te pracownie, porównują jakość wyników. Tak więc w tym pionie jest zapewniona kontrola jakości. Może nie jest jeszcze idealne, ale to dopiero się zaczęło.

Jeżeli lekarz ginekolog... To znaczy większość z nich – to są ci mądrzy – robi tak, że kontraktują te swoje prywatne badania, nawet jeśli pracują w jakiejś firmie, w dużej pracowni wykonującej badania jako podwykonawcy. Jednak część tych badań wykonują lekarze w prywatnych małych pracowniach. Pan profesor Lange z Wrocławia powiedział mi kiedyś, że spotkał się z przypadkiem zakontraktowania oglądania odbarwienia preparatu za 5 zł, a za taką cenę nie ma możliwości uzyskania dobrej jakości.

Tak więc z jednej strony cieszymy się z większej liczby wykonanych badań cytologicznych, choć dopiero niedługo zobaczymy, ile jest ich naprawdę. Wydaje się nam, że przynajmniej jeśli chodzi o te, za które płacimy z publicznych środków, to powinny przepisy zostać zmienione tak, żeby był obowiązek oglądania tych badań w renomowanych, ocenianych i kontrolowanych przez patologów pracowniach diagnostycznych. To nam zapewni jakość. Tak samo w programie badania piersi udało się nam zapewnić jakość badań dzięki kontroli aparatów mammograficznych i audyt kliniczny. I w tej chwili państwo jeszcze... Kilka lat temu słyszeliście państwo o akcji medialnej, w tej chwili jej nie ma, ona zniknęła. Takie same efekty chcielibyśmy uzyskać również w programie cytologicznym.

Z rzeczy, o których mówił pan profesor Oszukowski, najprostszą sprawą jest zmiana wzoru zaproszenia. Jednak – o tym mówiła pani profesor Ostrowska z Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy – tak naprawdę powinno być kilka wzorów takich zaproszeń. Różna jest percepcja, różne są środowiska. I tu ważne jest to, co powiedziała pani minister, dla jednych pań im pismo bardziej

urzędowe, tym skuteczniejsze, dla innych zaś powinno być ono bardziej przyjazne.

Jest następne ogromne światło w tunelu: 31 maja wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia o kodach resortowych i pojawia się w nim pojęcie mobilnej pracowni diagnostycznej. Czyli wreszcie będzie możliwość – o którą się tak długo biliśmy – włączenia do działań mobilnych pracowni. Nie wiem, może to będą i cytobusy... Również zainteresowane środowiska zgłaszały chęć udziału, na przykład pan profesor Kotarski z Lublina powiedział, że mógłby pojechać ze swoimi asystentami do Biłgoraja, bo to taki „zaprzyjaźniony” powiat, i tam wykonywać badania w sobotę lub niedzielę, ale nie może tego teraz zrobić, bo jego placówka ma kontrakt tylko na Lublin i okolice. To samo, jak myślę, u profesora Kędzi są asystenci, są studenci i byłaby możliwość wyjścia z tymi badaniami. Może wtedy byłyby potrzebne jakieś nieduże cytobusy.

Prawda jest też taka, że za środki publiczne zostały kupione cztery cytomamobusy, one tak naprawdę jeżdżą po Polsce, a NFZ traktuje to z przymrużeniem oka, nie widzi tego, że pobierają próbki na innym terenie niż to zostało zakontraktowane. No ale taka jest polska rzeczywistość. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Tak... I dobrze, że NFZ nie widzi, bo to jest dobra rzecz: mammografia i cytologia. Kobieta nie musi dwa razy chodzić – to oczywiste.

Czy ktoś...

Prosiłbym bardzo jeszcze o jedno: proszę przedstawiać się do mikrofonu. I jeszcze informacja: w naszej komisji przyjęliśmy taki tryb pracy, że po każdym tego typu posiedzeniu w ciągu dwóch tygodni zbieramy materiały. Dlatego bardzo proszę, aby w ciągu dwóch tygodni przesłać do nas konkretne wnioski, jakie państwu się nasuwają. My to potem wspólnie w ramach komisji omawiamy, grupujemy, po czym ponownie kontaktujemy się z ministerstwem i z NFZ. Chodzi o to, żeby jednak tego tak nie zostawić. Gwarantujemy, że jakiś czas nasza komisja wróci do tego tematu, bo my tego spotkania nie traktujemy jako odbębnienie tematu, na pewno będziemy do niego wracać. To tylko taka uwaga.

Proszę uprzejmie.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii Onkologicznej Jerzy Stelmachów:

Jerzy Stelmachów, konsultant krajowy do spraw ginekologii onkologicznej.

Zostało tu poruszonych kilka spraw razem, a w moim odczuciu powinny być one rozpatrywane całkiem oddzielnie. Otóż rzeczywiście liczba zachorowań na raka szyjki macicy w naszym kraju maleje. Obecnie... Ponieważ tutaj padają różne cyfry podam, że badania w 2007 r. mówiły o czterech tysiącach dwustu przypadkach, jednak nie to jest niepokojące, niepokojący jest skład kliniczny chorych startujących do leczenia. Mianowicie za dużo jest przypadków bardzo zaawansowanych – kiedy to lekarz

stoi na przegranej pozycji – a za mało jest przypadków wczesnych rozpoznania stanów przednowotworowych i nowotworowych.

Chciałbym również odnieść się do profilaktyki pierwotnej, której upatruje się w rozpowszechnieniu szczepień przeciwko infekcjom HPV. Otóż proszę państwa, nigdzie na świecie nie ma znaku równości między rakiem szyjki macicy a wirusem HPV. Otóż prawdopodobnie agencja odrzuciła ten projekt z tego względu, że infekcje HPV towarzyszą rakowi szyjki macicy – i tylko tyle możemy powiedzieć. Poza tym kilka procent przypadków raka szyjki macicy występuje bez współistnienia infekcji HPV. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz: ważny jest koszt i bardzo precyzyjne określenie, o jakie szczepionki chodzi. Początkowo mieliśmy szczepionkę dwuwalentną, w tej chwili podstawowa jest szczepionka czterowalentna, a w przygotowaniu są szczepionki ośmio- i dziewięciowalentne.

Następną sprawą jest to, że pierwotny koszt tej szczepionki był poza możliwościami budżetu państwa, a wynosił około 1,5 tysiąca zł za trzy szczepienia. W tej chwili firmy znacznie obniżyły tę cenę i rozmawia się już o kosztach na poziomie 700–800 zł za szczepionkę czterowalentną. Zmienia się również sytuacja, jeśli chodzi o ocenę wirusów w naszym kraju, kiedyś izolowaliśmy sto wirusów, w tej chwili mówimy o ponad stu pięćdziesięciu typach wirusów. Zmienia się też obecność poszczególnych wirusów współistniejących z rakiem szyjki macicy. Stąd też złożoność podejmowania decyzji.

Po wysłuchaniu tych wystąpień chciałbym państwu zwrócić uwagę na fakt, że w 2003 r. została wyodrębniona specjalizacja, którą reprezentuję, czyli ginekologia onkologiczna. Mamy tę szczegółową specjalizację od 2005 r., a można ją zrobić po zakończeniu specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii, tak więc całość szkolenia trwa ponad dziesięć lat. Ponad dziesięć lat. W tej chwili w naszym kraju dysponujemy stu pięćdziesięcioma specjalistami, jednak do niedawna były jeszcze województwa, w których nie było ani jednego specjalisty z tego zakresu. W tej chwili jest tylko jedno takie województwo, opolskie, tam nadal nie ma specjalisty z tej dziedziny, ale w tym roku, prawdopodobnie w sesji jesiennej, dwie osoby przystąpią tam do egzaminu. Dlaczego o tym mówię? Bo jest szalenie trudno wykształcić rzeszę ginekologów onkologów, a w naszym kraju potrzebujemy od czterystu pięćdziesięciu do sześciuset ginekologów onkologów. Ważne jest, żeby przynajmniej w każdym województwie istniała poradnia ginekologii onkologicznej, która mogłaby służyć konsultacjami w przypadkach wczesnego raka, ukierunkowywać postępowanie i ewentualnie śledzić wyniki leczenia. To dałoby znaczną poprawę sytuacji.

Padła tu kwestia fałszywie pozytywnych i fałszywie negatywnych rozpoznania cytologicznych. Otóż proszę państwa, jeśli edukacja w zakresie medycyny i tej specjalności nadal nie będzie postępowała, to będzie jeszcze gorzej. W Polsce jest zarejestrowanych około czterystu dwudziestu histopatologów, z czego stu dwudziestu pracuje stale za granicą – wiadomo, z jakiego powodu – czyli praktykę prowadzi około trzystu histopatologów. Proszę to przeliczyć na ponad siedemset szpitali państwowych w tym kraju. Wychodzi pół specjalisty na jeden szpital.

Tu potrzebny jest nacisk podobny do tego, jaki jest w przypadku ginekologii onkologicznej, trzeba zwiększyć liczebność kadry tej specjalności. Jeśli chodzi o ginekologię onkologiczną, to cztery lata temu mieliśmy mniej niż osiemdziesięciu specjalistów, a w tej chwili jest ich prawie stu sześćdziesięciu. Ich niewielka liczba wynika z wielu problemów z kształceniem, przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na to, że na razie finansujemy jedynie uczących się. To znaczy uzyskaliśmy dostęp do rezydentur, jednak kierownicy specjalizacji nadal są zbyt, że tak powiem, stacjonarni. Specjalizowanie się w dużych ośrodkach onkologicznych jest o tyle kłopotliwe, że oznacza rozłąkę z rodziną. W rozwiązaniu tego problemu upatrywałbym większe możliwości – czyli powinna być większa mobilność kierowników specjalizacji. Specjalizanci niekoniecznie muszą wyjeżdżać ze swoich rodzinnych stron, bardziej mobilni kierownicy specjalizacji mogliby przecież sprawdzać przebieg specjalizacji w rodzimych szpitalach specjalizantów. Jest jeszcze wiele innych spraw związanych z tym rozwojem...

Chcę tylko wspomnieć i przypomnieć – bo z panem doktorem Mederem bardzo dawno pracowaliśmy razem w onkologii – że pan profesor Tadeusz Koszarowski, twórca polskiej onkologii powiedział, że nie jest problemem zwiększenie przeżywalności u chorych leczonych onkologicznie, po prostu trzeba raka wcześniej rozpoznać, wtedy kiedy mamy 70–80% możliwości wyleczenia. W przypadku raka w III czy IV stopniu te możliwości wynoszą 30% bądź, jak w przypadku raka jajnika, zero. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Problem ginekologii onkologicznej też dzisiaj nas bardzo interesuje, choć wiem, że nawet centra onkologii nie posiadają na oddziałach ginekologii onkologicznej specjalistów z tej dziedziny. Tak więc na pewno jest tu jeszcze pole do popisu, na pewno jest jeszcze dużo do zrobienia.

Pan doktor Meder, proszę bardzo.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Nie chcę się powtarzać – wielokrotnie spotykamy się i rozmawiamy w podobnym gronie, argumentując bardzo ważne, węzłowe problemy, które łączą się z taką, a nie inną sytuacją, z sytuacją, jaka jest obecnie – chcę jednak wyraźnie powiedzieć o tym, że kiedy rozpoczynał się Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, zmieniały się, niejako po drodze, osoby, które zasiadały w Radzie do spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych. I muszę powiedzieć, że wiele postulatów, które są do dzisiaj powtarzane, było zgłaszanych właśnie na forum rady – niestety, dzisiaj spotykamy się w tym samym punkcie. Dla mnie najbardziej smutne jest to, że co roku powtarza się te same argumenty i nic za tym nie idzie.

Dam przykład. Pierwszym odruchem po wprowadzeniu narodowego programu, programu skriningowego było niestety obniżenie kryteriów jakościowych przez NFZ. Były na ten temat gorące dyskusje, ale można powiedzieć, że to

było jak rzucanie grochem o ścianę, bo po prostu uważano, że lepiej na początku zrobić więcej niż mniej – prawda? – co zaważyło na jakości tych badań. I właśnie dlatego wiele kobiet nosiło w kieszeni fałszywe wyniki.

Następny problem. Jak państwo wiecie, wielokrotnie postulowaliśmy o to, żeby położne mogły działać tak jak w innych krajach, w których skrining udał się w znakomity sposób. Oczywiście potrzebne na to są lata, to nie jest tak, że w parę lat coś zmienimy, zresztą tu tutaj było wyraźnie powiedziane. W krajach, w których pułap zgłaszalności jest na poziomie 70–80%, też różnie bywało, i potrzeba było na to od pięciu do dziesięciu lat działań, włączając w nie również szeroką działalnością edukacyjną.

Następny punkt. Zgłaszaliśmy postulat – już pani minister Kopacz była bliska wprowadzenia go w życie – żeby badania były obowiązkowe. Przepraszam bardzo, ale co stoi na przeszkodzie temu, żeby przy zatrudnianiu, przy badaniach kontrolnych potrzebnych do pracy kobiety poddawały się temu badaniu obowiązkowo? W efekcie znalazła się grupa kobiet, z przeproszeniem, wojujących, które na niekorzyść swoją i innych kobiet zaskarżyły mnie, pana doktora Giermka i pewnie jeszcze kogoś z tego narodowego programu, mówiąc, że to jest zamach na wolność kobiet w Polsce. No i przypuszczam, że ten argument przeważał, spowodował to, że pani minister Kopacz nie doprowadziła do końca tego projektu.

Można by mnożyć takie przykłady, bo my ciągle znajdujemy się w tym samym punkcie. Takim przykładem jest również niedopuszczenie cytomammbusów, niewykorzystanie gimbusów. Tak jak tutaj zostało powiedziane: profesorowie byli chętni, żeby ze swoimi ekipami pojechać do kobiet. No tu trzeba znaleźć bodźce. W małych miastach i na wsi nie trzeba wysyłać zaproszeń, trzeba dać określone wynagrodzenie pielęgniarce środowiskowej, lekarzom rodzinnym i niech te pielęgniarki rodzinne i położne pójda do kobiet, które je znają, rozpoznają i szanują. Niech przeprowadzą z nimi rozmowy, ale niech dostaną wynagrodzenie wtedy, kiedy będą skuteczne – prawda? – a nie tylko dlatego, że pójda. Niech je dostaną, jeśli będą skuteczne. I wtedy będzie można wykazać, że to jednak poprawiło zgłaszalność.

Przykładem tego, jak wiele można zrobić na poziomie gmin, kiedy współpracują ze sobą wójt, nauczyciel ze szkoły, aptekarz i właśnie lekarz rodzinny – okazuje się, że można, mamy takie doświadczenia – jest konkurs „Zdrowa gmina”. My staramy się wspomagać narodowy program, pozyskując środki finansowe i wykonując takie kampanie. Proszę państwa, w sześciu województwach – najpierw było tylko jedno województwo, potem było ich pięć, a potem sześć – w ciągu pięciu miesięcy przez dwa lata udało się coś zmienić: kobiet, które zgłosiły się na badania skriningowe, było więcej o pięćdziesiąt tysięcy. Stało się tak dzięki działalności na poziomie terytorialnym, kiedy ci wszyscy ludzie ze sobą współpracowali.

Nie wymieniałem jeszcze osoby bardzo ważnej w małych miastach i wsiach: proboszcza, księdza proboszcza. Mamy wiele znakomych przykładów tego, jak wiele w ten sposób można zdziałać. Kiedy przyjeżdża gimbus albo cytomammbus pod szkołę, a ksiądz z ambony ogłosi to wcześniej, to kobiety się zbierają, idą, załatwiają sprawę. Jest więc wiele elementów, które są wciąż powtarzane – jak

mówię, od siedmiu lat trwa Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych – i dzisiaj bylibyśmy w innym miejscu, gdyby zechciano wcześniej pochylić się nad tymi problemami. Jednak bardzo bym nie chciał, żeby to było kolejne spotkanie, na którym znowu powiemy o tym, co jest oczywiste.

I na koniec jeszcze jedna rzecz. Nie popadajmy też w dramatyczne tony, dlatego że jest wiele danych, które pokazują, że mniej kobiet choruje na raka szyjki macicy, ostatnie dane mówią o trzech tysiącach dwustu nowych zachorowaniach.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No właśnie. A więc już nie cztery tysiące.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, to już nie cztery tysiące. To są ostatnie dane, z 2009 r. z rejestru Centrum Onkologii w Warszawie. Tak więc jest już znaczący spadek liczby zachorowań. Więcej kobiet zgłasza się też we wcześniejszych stopniach zaawansowania choroby, jednak ciągle jest ta plama, szczególnie właśnie w środowiskach biednych, bo tam najczęściej mamy do czynienia z tym nowotworem.

No i jeszcze raz powiem o tym, o czym wielokrotnie mówiła profesor Chybicka: nie przeprowadzimy mądrej edukacji w szkole, bo nie ma lekarzy szkolnych, nie ma higienistek albo jest ich niedostatek. Musi być jakiś mechanizm, jakiś mądry program dotyczący wiedzy na temat bezpiecznych zachowań seksualnych. Tę wiedzę muszą otrzymać właśnie młode dziewczyny i młodzi chłopcy. Nie załatwimy tej sprawy bez szerokiej edukacji i bez przyzwolenia na taką edukację. Myślę, że wielu ludzi ze starszego pokolenia, którzy są na poziomie decydenckim, nie zdaje sobie sprawy z tego, ile te dzieci naprawdę wiedzą, dlatego też próby ochrony ich przed pewnymi informacjami są w dzisiejszej dobie po prostu śmieszne. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Panie Prezesie.

Wiemy, że Polska Unia Onkologii od lat włącza się w tę edukację nie tylko głosem pana prezesa, ale i całą swoją działalnością.

Myślę, że tutaj też w niektórych regionach, co zaobserwowałem, centra onkologii, co jest chyba dobrą rzeczą, otwierają swoje filie w innych, mniejszych miastach i przez to zwiększa się też dostępność do specjalistów w dziedzinie onkologii. Dotyczy to i ginekologii, i dotyczy to gastroenterologii, i dotyczy mammografii, tak że każda droga, która poprawi ten stan rzeczy jest dobra po prostu.

Proszę bardzo, czy ktoś z państwa?

Proszę uprzejmie.

Kierownik Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie Beata Śpiewankiewicz:

Beata Śpiewankiewicz, jestem kierownikiem kliniki ginekologii onkologicznej w instytucie onkologii na Ursynowie.

Chcę powiedzieć tylko dwa słowa na temat składu pacjentek, które operujemy i leczymy w instytucie onkologii. Rzeczywiście, zwiększa się odsetek młodych pacjentek z wczesną postacią nowotworu, jednak w dramatycznej sytuacji są pacjentki z obszarów wiejskich, mają one bowiem taki stopień zaawansowania nowotworu, że właściwie nie możemy ich już leczyć. W ich przypadku jest tylko paliacja, przedłużanie życia. Chcę powiedzieć, że niepowodzenia, między innymi skriningu... To znaczy zastanawialiśmy się, dlaczego jest taka sytuacja – w dużych ośrodkach, w aglomeracjach jest trochę lepiej, choć tam też są pewne elementy, które nie powinny były zaistnieć – i doszliśmy do wniosku, że dopóki nie będą tego robiły powszechnie pielęgniarki, a przy poprzednim skriningu mogli robić to tylko lekarze, dopóty nie będziemy mieli wielu nowych rozpoznań, wczesnych rozpoznań.

Druą sprawą. Zadaliśmy sobie trud i sprawdziliśmy ośrodki NFZ, które działają na terenie Warszawy, pod kątem tego, jaka w dużej aglomeracji jest dostępność badania cytologicznego. Proszę państwa, na terenie Jelonek i Brudna na siedem czy osiem ośrodków wyznaczonych do pobierania badań cytologicznych działał tylko jeden. Tak więc myślę, że musi tu być pewna korelacja, musi nastąpić ustalenie, kto może te badania wykonywać i czy dane ośrodki rzeczywiście są regularnie sprawdzane. To wszystko bowiem ma związek z mniejszą liczbą pobieranych badań.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie.

Pani senator?

Proszę uprzejmie, pani senator Czudowska.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

Przepraszam państwa za spóźnienie, ale byłam na posiedzeniu innej komisji.

Omawiany dziś temat jest mi znany, jestem lekarzem onkologiem, od dwudziestu lat zajmuję się profilaktyką, to jest też moje zawodowe hobby. Idąc w ślad za tym, co powiedziała przed chwilą pani Śpiewankiewicz – dobrze usłyszałam pani nazwisko? – dodam, że zostało zbadanych 27% kobiet, które powinny być zbadane w 2010 r. Oczywiście jesteśmy z tego wyniku niezadowoleni, ale teraz jest pytanie, czy gdyby nagle wszystkie kobiety w Polsce w danym roku – bo to odbywa się w cyklu trzyletnim, my możemy te badania rozłożyć, no i nie cała populacja polskich kobiet została do nich zakwalifikowana, tylko kilka milionów – nagle doznały olśnienia, potrzeby pójścia do lekarza i wykonania cytologii, to czy my jesteśmy na to gotowi. W Legnicy w moim ośrodku wybieramy pracownię tak zwaną lepszą, w której wykonuje się badanie nie za 5 zł, ale tam czeka się dwa czy trzy tygodnie na odczytanie tej cytologii. Podejrzewam, że tak jest wszędzie. Podobnie jest w przypadku mammografii. Gdyby nagle wszystkie kobiety chciały zrobić sobie mammografię, to zabrakłoby nam radiologów, którzy by mogli odczytać wyniki. Już dzisiaj są w tej dziedzinie kłopoty. Tu pozytywne jest chociaż to, że

przypadków raka szyjki macicy jest mniej, bo przypadków raka piersi, niestety, jest coraz więcej.

W związku z tym powstaje pewien dylemat: czy my tak naprawdę jesteśmy przygotowani do tego, żeby masowo tę cytologię wykonywać. Tak więc wtedy, kiedy będziemy w stanie każdej pacjentce, która zgłosi się na badanie cytologiczne – pani doktor powiedziała o tym przed chwilą – je wykonać, możemy zacząć mówić o powszechnym finansowaniu szczepień ze środków publicznych. Dzisiaj gorliwi wójtowie, gorliwi samorządowcy fundują je za tysiące, za tysiące... Ja jestem niepopularna na moim terenie, przyznaję, może też narażam się środowisku ginekologów, ale wielkie pieniądze są wydawane na szczepionki, a tymczasem nikt nie martwi się tym, że dzieciom w szkole nie bada się słuchu, że nikt nie bada im wzroku, nikt nie bada wad kręgosłupa i że nikt nie zapyta, czy mama, która przyprowadza swoją córkę do szczepienia...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...ma wykonaną cytologię. My martwimy się dzisiaj o młode pokolenie. I słusznie. Mamy program instytutu onkologii „Mam haka na raka”, który jest na szczęście prowadzony jeszcze bardzo gorliwie przez fascynatów, niestety, nie powszechnie. Tak więc wychodzimy do młodzieży i mówimy o zagrożeniach, żeby za jakiś czas nie było tego raka. Jednak wychodząc do młodzieży nie możemy zapominać o kobietach, które mogą być już zakażone wirusem czy mogą mieć raka szyjki macicy z innego powodu. My się nimi jak gdyby już nie martwimy, cała nasza energia jest teraz skierowana na to, co modne, na mówienie o szczepionkach.

Oczywiście jako lekarz nie jestem przeciwna szczepieniom, nie jestem przeciwna żadnym nowym metodom, które mogą obniżyć zachorowalność, bo leczenie jest kosztowne zarówno dla pacjentki, jak i dla państwa, nie mówiąc już o wysokiej śmiertelności. Jednak nie możemy mijać się z prawdą w informacjach, które trafiają do lekarzy w formie résumé. Czyli bardzo dobra metodologia, edukacja, badania szyjki macicy i dopiero potem szczepionki. A z czym my idziemy do młodych ludzi, do młodych kobiet? Mówimy: musisz znać swoje prawa, czyli najpierw szczepionka, a dopiero potem nieśmiało o czynnikach ryzyka i o tych najważniejszych przyczynach, o których młodzież naprawdę słucha z otwartymi ustami. Ja tłumaczę młodym ludziom w koedukacyjnych grupach – bo zawsze, kiedy jadę na wykład, proszę nauczycieli, żebym miała i dziewczęta, i chłopców – i mówię o możliwości zakażenia wirusem HPV, o przedwczesnej inicjacji seksualnej, o tych zagrożeniach, jakie to niesie, o braku higieny, o tym w jakich warunkach młodzież inicjuje. I oni to tego słuchają, naprawdę nie wyśmiewają mnie i słuchają tego z otwartymi ustami. A potem podchodzi do mnie trzynastolatka i mówi: ja chyba jestem w ciąży. Ja ją pytam: a możesz być w ciąży? A ona odpowiada: tak, nawet biorę antykoncepcję, ale nie mam miesiączki. Trzynastolatka! Nikt na ten temat nie mówi, a to jest przecież prewencja w onkologii ginekologicznej.

Nie wiem, jak sobie z tym poradzimy, myślę, że przede wszystkim mówieniem prawdy, czyli najpierw musi być rzetelna informacja dla młodzieży, bo ona musi wiedzieć, czym ryzykuje. Musimy stworzyć sieć pracowni cytologicznych, które przyjąłby każdą liczbę kobiet w każdym

czasie, biorąc pod uwagę ten trzyletni reżim. Powinniśmy mówić również o szczepionkach i starać się o pieniądze na nie, zarówno mieszane, właśnie samorządowo-prywatne, jak i prywatne. Nie widzę powodu, dla którego w przypadku rodzin, które zdecydowały się na takie, a nie inne wychowanie swoich dzieci, czyli na nieprzestrzeganie przyjętych zasad, mielibyśmy nagle wszyscy wykładać wielkie pieniądze na szczepionki dla nich. To jest tylko jedna z metod i ja uważam – choć może tu się państwu narażam, trudno – że to jest dopiero *next* etap, następny etap, końcowy etap. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

No, trochę mnie pani załamała tą nastolatką i tymi środkami antykoncepcyjnymi.

(*Senator Dorota Czudowska*: No tak.)

Niestety, rzeczywiście chyba edukacja jest sprawą podstawową, najważniejszą, na pierwszym miejscu. To nie ulega wątpliwości.

Jestem winien jeszcze podziękowanie za udział w komisji pani minister Pachciarz... Pani minister przeprosiła, akurat ma w tej chwili już inne, wcześniej umówione, spotkanie. Oczywiście będziemy z panią minister w kontakcie i bardzo dziękujemy, że była obecna.

Proszę, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii Onkologicznej Jerzy Stelmachów:

Jeszcze tylko chciałem powiedzieć tak ad vocem, że w zasadzie opiniuję większość programów w gminach, które chcą zaszcześcić dziewczynki mieszkające na ich terenie, i wiem, że nie jest to duża liczba szczepień. Tu chodzi o stosunkowo nieduże pieniądze, nawet jeśli weźmie się pod uwagę zastosowanie szczepionki czterowalentnej. Proszę przyjąć do wiadomości, że w gminach jest od kilkunastu do kilkudziesięciu dziewcząt. Tak więc jest to skala w ogóle minimalna, mimo że wiele gmin podejmuje takie akcje.

I druga sprawa, o której tutaj pan doktor Meder też wspominał. Mianowicie wiele krajów nie ogranicza się do szczepienia dziewcząt, ale szczepienia stosuje również u chłopców, tak jest w Danii, tak jest też w Wielkiej Brytanii. My po prostu z biedy przyjęliśmy takie rozwiązanie, że proponujemy szczepienie dziewczynek, jednak zawsze przy okazji tych akcji w gminach, akcji samorządowych prowadzimy zajęcia edukacyjne dla chłopców. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Pani profesor Chybicka, proszę uprzejmie.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Uważam, że należy działać wielotorowo. Nie zgadzam się tutaj z panią senator Czudowską, że nie trzeba szczepić.

Trzeba robić wszystko. Przede wszystkim trzeba edukować, bo, tak jak pani powiedziała...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

...to jest bardzo ważne. Trzeba szczepić i trzeba robić badania cytologiczne w akredytowanych ośrodkach. Trzeba działać wielotorowo. Dlaczego? Dlatego że najważniejsze jest to, żebyśmy nie tracili kobiet, żeby nie odchodziły z tego świata przedwcześnie. I każda metoda, która prowadzi do celu – czy ona jest kosztowna, czy też jest mniej kosztowna – jest metodą godną pochwały.

To, że przez tyle lat prowadzono akcje zachęcające do cytologii, w pewnym sensie marnując miliony złotych, bo kobiety się nie zgłaszały. Oszacowaliśmy to sobie, siedząc tak we dwójkę, i włosy dęba stają, kiedy się policzy, ile za tę kwotę byłoby szczepionek. Zatem, ja nie uważam, że pieniądze na szczepienia są zmarnowane, one nie są zmarnowane, bo każde uratowane życie jest bezcenne. No trudno, część kobiet się... I jak ze wszystkiego się wycofamy, to po prostu ten nowotwór będzie robił, co tylko będzie chciał. Dlatego też jestem absolutnie za tym, ażeby burmistrzowie, wójtowie, prezydenci – wiem, że zrobili to już prezydenci dużych miast, Wrocławia czy Poznania – podjęli decyzję, żeby dwunastolatki, rocznik za rocznikiem, były szczepione. I nawet jeżeli tylko 80% nowotworów wywołuje wirus HPV, i nawet jeżeli skuteczność szczepionki też nie jest stuprocentowa, to jednak pewna grupa dziewcząt – być może wśród nich znajdują się i te, które zmarnowały te pieniądze i nie poszły na tę cytologię – będzie miała dzięki państwu uratowane życie. Bo przecież kobiety, które nie idą, nie zgłaszają się na badanie, nie są świadome tego, że zachorują, bo gdyby wiedziały... Wystarczy o tym porozmawiać z chorymi.

Ja to samo przeżywam jako onkolog dziecięcy, kiedy pytam rodziców, dlaczego przez tyle lat nie byli na żadnym profilaktycznym badaniu z własnym dzieckiem. I oni mówią, że w ogóle przez myśl im nie przeszło, że ich dziecko może zachorować na nowotwór. Jak państwo wiecie, profilaktyka w Polsce polega na badaniach bilansowych, które są wykonywane w czteroletnich odstępach, a przez te cztery lata to piętnaście razy nowotwór wyrośnie, bo u dzieci on rośnie inaczej niż u dorosłych, on idzie jak burza. Po prostu dziecko trzeba badać raz w roku, tak jak raz w roku dajemy auto do przeglądu. Ja zawsze pytam o to, dlaczego w Polsce samochód jest bardziej ceniony niż dziecko, bo ustawodawca ukarze każdego z nas, jeśli raz w roku nie odda auta do przeglądu. Dziecko może nie być zbadane, może zachorować, nie daj Boże, stracić życie, a jednak kary za to nie ma. Uważam, że to powinno się zmienić.

Zatem podsumowując, wydaje mi się – nie wiem, czy słusznie – że to, co proponuje koalicja, jest właśnie takim ideałem, bo jest zebraniem wszystkiego, jest działaniem wielotorowym i w każdym kierunku. Wydaje mi się, że trzeba w każdym kierunku działać pełną parą, namawiać, edukować od najmłodszych lat, robić wszystko, co tylko możemy zrobić. No i wyłożyć tyle środków, ile tylko mamy. Przy czym wierzę, że gdyby płatnik publiczny podjął się finansowania szczepień, to można byłoby wynegocjować bardzo niską stawkę.

Proszę państwa, były takie miasta, które te szczepionki kupiły za 600 zł, tyle kosztowało całe potrójne szczepienie.

(*Głos z sali*: 400 zł.)

Czy nawet, jak pan profesor mówi, 400 zł. Jak państwo wiedzą, matka, która chce kupić szczepionkę dla córki, musi zapłacić za nią w aptece 1,5 tysiąca zł. To są ogromne pieniądze, to jest często cała pensja tej matki, a więc trudno się dziwić, trudno mówić, że ona nie chce córki zaszczepić, bo ona chce, ale ona nie ma za co. I dlatego tak naprawdę w interesie nas wszystkich i Polski jest ochronienie dzieci przed nowotworami, jakimikolwiek. A mówimy dziś o jedynym nowotworze, przeciwko któremu jest szczepionka – w cudzysłowie, bo tak naprawdę szczepimy przeciwko infekcji HPV. Jednak jest to jakaś szansa na to, że tych nowotworów będzie mniej. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Pani Profesor.

Nasuwa mi się tylko taka przykra refleksja. Mianowicie parę tygodni temu widziałem w telewizji kilka młodych mam, które są w takim stowarzyszeniu i namawiają, żeby absolutnie nie szczepić dzieci, na nic. Tak więc jeżeli my mówimy tu o HPV, a są matki, które w ogóle na nic nie chcą szczepić dzieci, bo, jak mówią, te szczepionki mogą zabić dzieci, to gdzie my z tą edukacją jesteśmy? W lesie. To jest tragiczne, tak więc edukacja jest tutaj chyba rzeczą podstawową.

(Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Rafał Poręba: Można?)

Panie Profesorze, proszę uprzejmie.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Ryszard Poręba:

Bardzo liczę na to, że w tym szacownym gremium osób decyzyjnych w państwie urodzi się pomysł, jak zachęcić kobiety do tych badań. A zależy nam na tym, żeby zachęcić te kobiety, które właśnie chorują na te formy raka, które bardzo szybko stają się zaawansowane. Pan doktor Meder poruszył tutaj problem pewnego dobrego rozwiązania, jakie pani marszałek Kopacz chciała wprowadzić, mianowicie przymusowych badań. Tydzień temu na komisji sejmowej padły również słowa o tym, żeby wypracować taki model, który niejako pozwalałby egzekwować od kobiet sam fakt zgłoszenia, nie pytając o jakiegokolwiek szczegóły. Przypomnę, że w dawnych czasach było dwa tysiące dwieście poradni zakładowych i pani kadrowa dosłownie naprawdę domagała się podpisu czy stempla potwierdzającego, że pacjentka, że kobieta zgłosiła się w poradni ginekologicznej. I czy było to złe dla dobra tych kobiet?

I te grupy kobiet, które zaprotestowały, to właściwie – jak zauważył pan doktor Meder – zrobiły to przeciwko sobie. I gdyby im wytłumaczyć, jakie są koszty leczenia kobiet właśnie z zaawansowanym rakiem – a przeżywalność w zaawansowanym raku jest niewielka, pięcioletnia – gdyby wytłumaczyć im, jakie są to koszty, ile pieniędzy zamiast na to można byłoby rzeczywiście przekazać na ważniejsze potrzeby społeczne, to może to by do nich trafiło. Czuję pewien niedosyt, jeśli chodzi o edukację właśnie grup tych kobiet wyzwolonych, które działają przeciwko sobie samym.

Druga sytuacja. Był poruszony problem proboszcza i Kościoła. Proszę państwa, właśnie we współpracy z Kościołem w powiatach i gminach widzimy wielką szansę. Przecież skoro te kobiety umierają, to najlepiej o tym wie ksiądz, on wie, że chowa młodą kobietę, która ma kilkoro dzieci, on widzi jej męża, który nie wie, jak sobie z tym poradzić. Skorzystajmy więc z pomocy grupy proboszczów, księży, który przecież mają kontakt ze społeczeństwem, czy to na tych odwiedzinach kolędowych, ja już nie mówię o wysyłaniu pewnych sygnałów z ambony. Chodzi o to, żeby oni po prostu współdziałali i zachęcali kobiety: dbaj o swoje zdrowie, bo masz do wychowania kilkoro dzieci itd. Ja bardzo liczę na wypowiedź w tej sprawie księdza, który jest z nami. Chciałbym wiedzieć, czy jako koalicja możemy w ogóle liczyć na taką współpracę. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Panie Profesorze, zgadzam się z panem. I wpadłem na taki pomysł, choć nie wiem, czy uzyska on aprobatę naszej komisji, ale przecież my jako senacka Komisja Zdrowia możemy wystąpić z listem do episkopatu, z prośbą o to, żeby księża namawiali ludzi do badań okresowych. Nie będziemy pisali szczegółowo, do jakich badań, ale po prostu żeby ich namawiali. Taki apel do ośrodków opiniotwórczych rzeczywiście jest dobrym pomysłem. Myślę, że możemy takie narzędzie wykorzystać.

Jeszcze na moment głos zabierze pani profesor Czudowska, a potem pan senator Śmigieński i pan profesor. Proszę, Pani Senator.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję.

Mam tylko nadzieję, że naprawdę nikt tutaj nie posądza mnie o to, że jestem przeciwko profilaktyce. Dwadzieścia lat temu, w 1992 r., założyłam chyba jeden z pierwszych w Polsce, a na Dolnym Śląsku na pewno, ośrodek wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy. I zrobiłam to bez żadnej pomocy finansowej od państwa. Tyle, ile natworzyliśmy wtedy wszelkich ulotek, broszur, które trafiały do szkół, do różnych instytucji... Ja jestem wciąż czynnym lekarzem, poza tym kilka razy w roku jeżdżę do młodzieży i rozmawiam z nią na te tematy. Jednak z młodzieżą nie rozmawiam przecież tak jak z państwem tutaj, ja mówię im to, co powinni usłyszeć, dlatego, tak myślę, swoje wątpliwości i przemyślenia mam prawo państwu tutaj przekazać. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Znane są zasługi pani senator na polu onkologicznym. Zresztą akurat tak się w tej kadencji złożyło, że trzech onkologów jest w senackiej Komisji Zdrowia.

Proszę, pan senator Śmigieński.

Senator Bogusław Śmigieński:

Proszę państwa, jest wiele pomysłów na to, jak rozwiązać problemy edukacyjne profilaktyki, leczenia itd., my to wszystko potrafimy opisać. Mówimy, że to i to trzeba

zrobić, tutaj zostało pokazanych bardzo wiele pomysłów, tylko jest pytanie, czy jesteśmy w stanie zrealizować część z nich, czy też jesteśmy w stanie zrealizować wszystkie, czy mamy na to środki finansowe. I jest też pytanie, jak najracjonalniej wykorzystać środki finansowe i jak dotrzeć do tych osób, które są najbardziej zagrożone.

Jeden z głosów, pani doktor, która jest szefową kliniki, dotyczył tego, że z pewnych ośrodków docierają do nas chorzy w bardzo zaawansowanym stanie, a w innych ośrodkach jest zdecydowanie lepiej itd. Przecież mamy narzędzie, które w mojej ocenie jest niezwykle ważne: Narodowy Fundusz Zdrowia. Przecież to on zbiera informacje o tym, jaki jest stan zdrowia, zbiera informacje o jednostkach, a kiedyś zbierał również o procedurach. Nie jestem już praktykującym lekarzem, a więc nie wiem, czy te procedury wciąż są podawane w sprawozdaniach dla płatnika.

Zatem spróbujmy razem – ministerstwo we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia – przeanalizować, które z tych narzędzi najskuteczniej wykorzystać do tego, żeby ta profilaktyka była jak najskuteczniejsza. Pan doktor mówił o tym, że położne mają kwalifikacje, że mogą i powinny to robić. Czy w kontrakcie, jaki podpisują położne, nie powinno być zapisane dotarcie do tych właśnie środowisk, z których kobiety nie odwiedzają lekarza, w których badania nie są przeprowadzane? Byłoby dobrze móc wykorzystywać dane z Narodowego Funduszu Zdrowia do tworzenia również celowych programów, programów nie dla wszystkich. Bo jeśli zrobimy je dla wszystkich, to zrobimy je dla nikogo. Jeśli wyślemy do wszystkich zaproszenia – to one dotrą do 25%. Zatem spróbujmy skoncentrować te środki finansowe, te narzędzia i spróbujmy użyć ich tak, żeby trafić do tych środowisk, w których jest najwięcej chorych w zaawansowanym stanie. I nie o to chodzi, żeby leczyć, tylko żeby prowadzić profilaktykę, żeby rozpoznawać wcześniej, bo to jest zdecydowanie tańsze.

Zatem jest pytanie, czy Narodowy Fundusz Zdrowia – możliwe, że niedługo nowy prezes będzie miał inne spojrzenie – będzie w stanie przeznaczyć część pieniędzy na to, żeby profilaktyka była istotnym elementem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chodzi o to, żeby tych późnych stadiów raka czy stanów chorobowych nie leczyć, tylko żeby wprowadzać profilaktykę albo też leczyć raka we wczesnym stadium.

Jeden głos dotyczył higieny szkolnej, ten temat został tutaj poruszony. Proszę państwa, w zakresie POZ jest taki niedobór lekarzy na rynku, że na przykład w województwie śląskim specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej kończą cztery osoby – na całe województwo, na pięć milionów ludzi, dokładnie na cztery miliony pięćset. I teraz zastanówmy się, jaki efekt uzyskamy, jeśli skierujemy tego lekarza na dyżur w ramach higieny szkolnej. Jak długo on tam będzie? Pół godziny, godzinę? Czy on w tym czasie będzie tylko podpisywał dokumenty, które tam będą? Co on ma robić w ramach tej higieny szkolnej, powiedzmy, nawet w ciągu czterech godzin, ale raz w tygodniu? To zadanie polegające na edukowaniu powinny wykonywać higienistki szkolne w ramach higieny szkolnej, która teraz jest. Ja mówię o tym, co mamy i o tym, jak najlepiej wykorzystać pieniądze, którymi dysponujemy. Oczywiście, możemy sobie ustalić, wymyślić, że w każdym mieście

będzie lekarz ginekolog onkolog pięć razy w tygodniu, dziesięć razy w tygodniu itd., ale po prostu nas na to nie stać. Ile jest rezydentur? Ilu jest chętnych do tego? Jak długo to trwa?

Zatem mamy problemy, których rozwiązania powinniśmy rozpiszać na długi okres, i takie, które można robić w przeciągu roku czy dwóch. Prawda? To jest dużo łatwiejsze. W mojej ocenie edukacja dotycząca profilaktyki zachorowań – i to nie tylko tych, ale wielu innych – nie może sprowadzać się do tego, że drukujemy za pieniądze jakieś broszury. One po prostu od razu trafiają do śmietnika, ta wiedza w ogóle nie dociera do ludzi. To jest coś, co ludzie otrzymują, może ktoś na to popatrzy i może 1/10, 1/20 czy 1/100 się tym zainteresuje. Najczęściej takimi broszurami interesują się ludzie w wieku emerytalnym – tak? – jeśli coś dostają, to czytają, bo nie mają co robić, ale tej wiedzy nie wykorzystują. I to nie do nich ma trafić ta informacja, tylko do ludzi młodszych, do tych, którzy są w stanie zareagować na postulaty czy polecenia płynące z tej profilaktyki, z tych materiałów.

Zatem w mojej ocenie przede wszystkim media i szkoła. To znaczy szkoła, media i rodzice. Tak? Na pytanie, jak to stworzyć, nie mam gotowej odpowiedzi, ale wydaje mi się, że ważna jest profilaktyka no i oczywiście badania przesiewowe, ale skoncentrowane na tych środowiskach, w których są największe zaniedbania w tym względzie. Można podzielić kraj na różne miejsca, na różne obszary, które pod względem świadomości, dostępności i wielu innych rzeczy są absolutnie różne, a w wielu przypadkach to, co tam się dzieje, jest absolutnie niekonstytucyjne. Patrzymy na to, co możemy zrobić. Do tego jednak potrzebna jest dobra współpraca ministerstwa z Narodowym Funduszem Zdrowia. Liczę na to, że te zmiany, które teraz następują, doprowadzą do tego, że ta współpraca będzie bardzo dobra. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie.
Panie Profesorze, proszę.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa Stanisław Radowski:

Proszę państwa, mamy dwa problemy: problem zgłaszalności i problem, który był już wielokrotnie poruszany, jakości tych badań. Uważam, że w tym całym programie, który był tu omawiany szeroko i w wielowątkowo, brakuje jednak pewnych działań mających na celu przybliżenie doświadczeń innych krajów i znalezienie takich rozwiązań, które nie będą kosztochłonne, a dadzą możliwość wglądu w sytuację epidemiologiczną, zwłaszcza jeżeli chodzi o wczesne stadia raka szyjki macicy, mam na myśli badania cytologiczne.

Nie wiem, czy nie należałoby pójść drogą, którą przed wielu laty poszli Skandynawowie. Mianowicie oni też mieli problemy ze zgłaszalnością kobiet do badań przesiewowych i wprowadzili proste rozwiązanie, czyli obowiązek zrobienia cytologii u wszystkich kobiet hospitalizowanych z innych wskazań lekarskich.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, hospitalizowanych. Hospitalizowanych.

Tak więc badanie objęło dużą grupę kobiet i uzyskano po prostu głęboki wgląd w to, co de facto dzieje się ze zdrowiem kobiety. Konsultacja ginekologiczna była obowiązkowa niezależnie od tego, czy kobieta zgłaszała się z zapaleniem płuc, czy chorobą wrzodową żołądka. Myślę, że gdybyśmy wprowadzili to do kontraktacji via Narodowy Fundusz Zdrowia, to tego rodzaju badania byłyby chyba najtańszym całościowym sposobem rozwiązania problemu. To byłaby tylko pewna dostawka do procedury, która byłaby wykonywana na różnych oddziałach. Jednak takie rozwiązanie wymagałoby specjalnej logistyki w zakresie zmobilizowania ginekologów w tym kierunku działania, nie jest to aż takie trudne, jednak realizacja tego będzie wiązała się z kilkoma dającymi się przewidzieć problemami. I gdyby takie rozwiązanie zostało wprowadzone, na pewno mielibyśmy zdecydowanie większą zgłaszalność, bo te kobiety miałyby w karcie informacyjnej zapisane, co mają dalej robić.

Pani profesor mówiła o wielu sprawach związanych z dziećmi. Ja myślę, że jest to hasło, które można byłoby skwitować jednym powiedzeniem: szkoda, że nie ma lekarzy szkolnych, bo pakiet problemów, o których pani mówiła, powinien być rozwiązywany w ramach szeroko rozumianej medycyny szkolnej.

I na koniec trzeci punkt. Jak najbardziej, jeżeli episkopat chciałby nam pomóc... Mogę się tylko odwołać do moich doświadczeń z czasu, kiedy byłem specjalistą wojewódzkim na terenie województwa płockiego. Mieliśmy wtedy niską zgłaszalność kobiet we wczesnej ciąży i na moją prośbę biskup Kamiński poprosił, aby w podległych mu diecezjach podczas mszy mówiono z ambon o konieczności zgłaszania się do lekarza kobiet, które zajądą w ciążę. Efekt – skok zgłaszalności o blisko 60%.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Pan senator Kraska, proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Proszę państwa, to już jest kolejne spotkanie naszej komisji na temat polskiej służby zdrowia. I choć cieszę się, że takie grono specjalistów się tutaj dzisiaj pojawiło, to jednak ciśnie mi się na usta uwaga, że tych wspaniałych pomysłów, które państwo przedstawicie, niestety, nie da się wdrożyć bez pieniędzy, czyli bez zwiększenia nakładów na polską służbę zdrowia. Nie wiem, czy państwo wiecie o tym, że jeżeli chodzi o nakłady na służbę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca, to nasz kraj jest chyba tylko przed Albanią i Turcją. Tak więc bez dodatkowych pieniędzy, bez

zwiększenia nakładów najpiękniejsze idee i najpiękniejsze pomysły niczego nie dadzą.

Oczywiście tymi pieniędzmi, które są, trzeba racjonalnie gospodarować, trzeba kierować je na te programy, które są najbardziej wydajne, jednak jeżeli pieniędzy nie będzie więcej... Myślę tu głównie o Narodowym Funduszu Zdrowia, bo wbrew pozorom to on jest odpowiedzialny za kreowanie polityki zdrowotnej w naszym kraju, gdyż ma instrumenty i pieniądze niezbędne do tego, żeby pewne procedury dofinansowywać, pewne procedury stwarzać. Każdy wie, że jak są i pieniądze, i ci, którzy potrafią je wykorzystać – czy to w podstawowej opiece zdrowotnej, czy w leczeniu specjalistycznym – to wtedy daje to konkretne efekty.

Chwała polskim lekarzom i państwu za to, że na tle krajów Unii Europejskiej wyglądamy coraz lepiej, ale, proszę państwa, tam nakłady są zdecydowanie większe. Jak mówię, ratuje nas to, że Polak jest taki, że jak coś chce zrobić, to robi to mimo że nie ma na to pieniędzy. Tak więc powtarzam: chwała polskim lekarzom za to, że chcą to robić i że to robią. Myślę, że trzeba apelować o to – szkoda, że nie ma z nami pani minister – żeby jednak tych pieniędzy było zdecydowanie więcej.

My postulowaliśmy o zwiększenie składki zdrowotnej, no, miało ono nastąpić, nie nastąpiło. Myślę, że przyszedł czas, żeby zadbać o zdrowie Polaków w ten sposób, żeby zapewnić im pełną profilaktykę i prawidłowe leczenie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Oczywiście zgadzam się, że pieniądze powinno być więcej, jednak ważna jest też sama organizacja. Zastanawiając się tutaj nad problemami organizacyjnymi, udowodniliśmy, że jednak pewne działania są bezproduktywne i teraz chodzi o to, żeby prawidłowo zagospodarować to, co mamy – prawda? – bo samo to już da jakiś efekt. I kiedy zrobimy z tym porządek, to rzeczywiście będziemy wtedy znali skalę problemu. Oczywiście, pieniądze na zdrowie zawsze się przydadzą, to nie ulega wątpliwości.

Szanowni Państwo, dziękuję.

Jeszcze raz powtórzę prośbę o mailowe przesłanie projektów wniosków końcowych na adres senackiej Komisji Zdrowia. My jeszcze raz w naszym gronie zbierzemy się, opracujemy te wnioski, po czym prześlemy je do Ministerstwa Zdrowia i do NFZ. Oczywiście, tak jak powiedziałem, gwarantuję też, że do tego tematu wrócimy. Zapraszam państwa do kontaktu z nami, my chcemy być taką żywą senacką Komisją Zdrowia.

Dziękuję uprzejmie wszystkim państwu.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.
Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 48)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii