

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Sremona Poni Plinisev

[REDACTED]

[REDACTED]



21 maja 2026 roku

Senat Rzeczypospolitej Polskiej  
ul. Wiejska 6/8,  
00-902 Warszawa

## PETYCJA

Na podstawie przepisów ustawy o petycjach postuluje podjęcie przez Senat Rzeczypospolitej Polskiej inicjatywy ustawodawczej oraz innych działań pozostających w zakresie kompetencji Senatu, zmierzających do zapewnienia równego, szybkiego i skutecznego dostępu pacjentów onkologicznych, w szczególności pacjentów z rakiem płuca, do diagnostyki patomorfologicznej, diagnostyki molekularnej, badań genetycznych, konsyliów wielodyscyplinarnych oraz nowoczesnego leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną.

W szczególności postuluje:

1. wprowadzenie ustawowych lub ustawowo umocowanych standardów organizacyjnych dotyczących diagnostyki i leczenia raka płuca;
2. określenie maksymalnych terminów wykonania i opisanie badań histopatologicznych, patomorfologicznych, molekularnych i genetycznych niezbędnych do podjęcia leczenia onkologicznego;
3. zapewnienie odrębnego, stabilnego i wystarczającego finansowania diagnostyki molekularnej i patomorfologicznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
4. stworzenie mechanizmu, w którym pacjent z podejrzeniem albo rozpoznaniem raka płuca nie jest pozostawiony sam sobie, lecz zostaje automatycznie objęty skoordynowaną ścieżką diagnostyczno-terapeutyczną;
5. rozwój wyspecjalizowanych ośrodków diagnostyki i leczenia raka płuca, działających według jednolitych standardów jakościowych;
6. zapewnienie pacjentom prawa do wykonania pełnej diagnostyki molekularnej przed wyborem leczenia, jeżeli taka diagnostyka jest wskazana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
7. stworzenie ogólnopolskiego systemu monitorowania czasu oczekiwania na diagnostykę, opis badań, konsylium oraz rozpoczęcie leczenia;
8. zobowiązanie ministra właściwego do spraw zdrowia do przedstawiania okresowych informacji o dostępności diagnostyki onkologicznej i leczenia raka płuca w poszczególnych województwach;

Nie wyrażam zgody na publikowanie moich danych osobowych.

## UZASADNIENIE

Rak płuca należy do najpoważniejszych chorób onkologicznych. W jego przypadku czas, jakość diagnostyki i dostęp do właściwego leczenia mają znaczenie zasadnicze. Nie jest to dziedzina, w której państwo może pozwolić sobie na przypadkowość, rozproszenie odpowiedzialności i zależność losu pacjenta od tego, do którego szpitala trafi. W chorobie nowotworowej kalendarz nie jest neutralny. Każdy tydzień zwłoki może oznaczać utratę szansy na skuteczniejsze leczenie.

Impulsem do złożenia niniejszej petycji jest artykuł prasowy Katarzyny Stasiak pt. „Gra w raka”, opublikowany w tygodniku „Angora”, nr 21 (wydanie z 19 października 2025 roku), w którym opisano problem nierównego dostępu pacjentów z rakiem płuca do diagnostyki i leczenia. Artykuł pokazuje, że w praktyce o szansach pacjenta może decydować nie tylko stan zdrowia i wiedza medyczna, lecz także miejsce zamieszkania, sprawność organizacyjna danego szpitala, dostępność badań oraz to, czy pacjent trafi na lekarza znającego właściwą ścieżkę postępowania. Takiego stanu rzeczy nie można uznać za prawidłowy.

Szczególnie niepokojący jest opis sytuacji, w której pacjenci z tym samym typem choroby mogą mieć zupełnie różne szanse diagnostyczne i terapeutyczne w zależności od miejsca leczenia. Jeden pacjent trafia do ośrodka, który potrafi szybko przeprowadzić pełną diagnostykę, wykonać badania molekularne i skierować chorego na właściwe leczenie. Inny pacjent czeka tygodniami na opis badania, nie otrzymuje pełnej informacji, nie ma wykonanych badań genetycznych albo zostaje zakwalifikowany do leczenia bez wykorzystania wszystkich dostępnych możliwości diagnostycznych. W praktyce oznacza to nierówność wobec choroby i nierówność wobec państwa.

Taki stan narusza podstawową intuicję sprawiedliwości społecznej: obywatel nie powinien mieć mniejszych szans na życie tylko dlatego, że mieszka w innym powiecie, innym województwie albo trafił do gorzej zorganizowanej placówki. Ochrona zdrowia nie może być loterią. Państwo ma obowiązek tak zorganizować system świadczeń, aby pacjent w sytuacji zagrożenia życia nie musiał samodzielnie walczyć z labiryntem procedur, terminów, skierowań, opisów i niejasnych kompetencji.

Problem nie polega wyłącznie na braku lekarzy albo pieniędzy. W dużej mierze jest to również problem organizacji systemu. Diagnostyka onkologiczna wymaga współpracy lekarzy wielu specjalności, patomorfologów, diagnostów laboratoryjnych, genetyków, radiologów, pulmonologów, torakochirurgów i onkologów. Jeżeli ta współpraca nie jest dobrze ułożona, pacjent traci czas. A w onkologii czas nie jest dodatkiem administracyjnym, lecz elementem leczenia.

Konieczne jest ustawowe albo co najmniej ustawowo umocowane uporządkowanie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w raku płuca. Nie wystarczy ogólne stwierdzenie, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych. To prawo musi zostać przełożone na konkret: termin badania, termin opisu, obowiązek wykonania diagnostyki molekularnej, zasadę konsylium, odpowiedzialność określonego podmiotu oraz finansowanie. Bez tego prawa pacjenta pozostają często piękną deklaracją, a nie realnym narzędziem ratowania życia.



Współczesne leczenie raka płuca nie może opierać się wyłącznie na ogólnym rozpoznaniu nowotworu. Dla wyboru właściwej terapii znaczenie mają szczegółowe badania patomorfologiczne, molekularne i genetyczne. To one pozwalają określić, czy pacjent może skorzystać z leczenia ukierunkowanego molekularnie, immunoterapii albo innych nowoczesnych metod. Brak takich badań może prowadzić do zastosowania leczenia mniej skutecznego albo do utraty szansy na terapię lepiej dopasowaną do konkretnego typu nowotworu.

W tej sprawie potrzebna jest zasada prosta i twarda: pacjent powinien mieć wykonaną pełną diagnostykę konieczną do wyboru optymalnego leczenia, zanim system zdecyduje o terapii. Odwrócenie tej kolejności jest medycznie i moralnie wątpliwe. Najpierw trzeba wiedzieć, z czym dokładnie walczymy, a dopiero potem wybierać broń. Inaczej państwo przypomina dowódcę, który wysłał żołnierzy w mgłę bez mapy.

Należy także zwrócić uwagę na sytuację patomorfologii. Jest to jedna z tych dziedzin medycyny, które bywają niewidoczne dla opinii publicznej, choć mają fundamentalne znaczenie dla leczenia nowotworów. Pacjent zwykle nie widzi patomorfologa, ale od jakości jego pracy zależy rozpoznanie, kwalifikacja do leczenia i dalsza ścieżka terapeutyczna. Jeżeli opis badania trwa zbyt długo albo materiał nie zostaje właściwie zabezpieczony, konsekwencje ponosi pacjent. Dlatego patomorfologia i diagnostyka molekularna powinny być traktowane jako strategiczne ogniwa bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

Postuluję również rozwój wyspecjalizowanych ośrodków leczenia raka płuca. Nie chodzi przy tym o tworzenie ozdobnych nazw i kolejnych tablic na budynkach. Chodzi o realne centra kompetencji, które zapewniają szybką diagnostykę, konsylium, dostęp do badań molekularnych, kwalifikację do leczenia i prowadzenie pacjenta przez cały proces. Tylko wtedy specjalizacja ma sens. Sama nazwa bez standardu byłaby papierową chorągiewką na wietrze.

Należy rozważyć stworzenie centralnego systemu monitorowania czasu diagnostyki i leczenia. Państwo powinno wiedzieć, gdzie pacjent czeka najdłużej, gdzie brakuje patomorfologów, gdzie nie wykonuje się badań molekularnych, gdzie ścieżka leczenia działa dobrze, a gdzie zawodzi. Bez danych nie ma zarządzania.

Senat Rzeczypospolitej Polskiej, jako izba refleksji, powinien podjąć ten temat z należytą powagą. Ochrona życia i zdrowia obywateli należy do najważniejszych obowiązków państwa. Nierówności w dostępie do leczenia onkologicznego nie są sprawą techniczną. To sprawa godności człowieka, równości obywateli i odpowiedzialności instytucji publicznych.

Nie można akceptować sytuacji, w której pacjent chory na raka musi samodzielnie ustalać, gdzie wykonuje się lepsze badania, który szpital ma dostęp do nowoczesnego leczenia, który lekarz zna aktualne programy lekowe i gdzie warto pojechać, aby zwiększyć swoje szanse. Człowiek w chorobie nowotworowej powinien być prowadzony przez system, a nie błądzić po nim jak po ciemnym korytarzu.

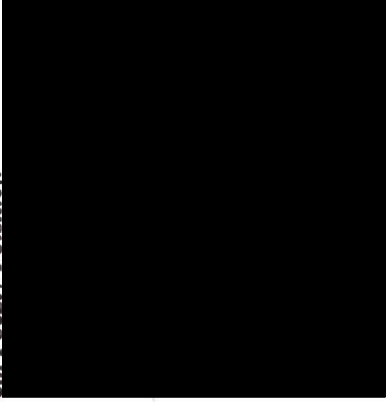
Opóźniona diagnostyka i niewłaściwie dobrane leczenie mogą generować większe koszty dla państwa. Leczenie późniejszych stadiów choroby, hospitalizacje, powikłania, utrata aktywności zawodowej, renty, świadczenia społeczne i obciążenie rodzin są znacznie większym ciężarem niż dobrze zorganizowana wczesna diagnostyka. Dobrze zorganizowany system onkologiczny jest nie tylko bardziej ludzki, ale także bardziej racjonalny finansowo.



Zasadne jest zatem, aby Senat rozważył przygotowanie projektu ustawy albo wystąpienie do właściwych organów państwa, w szczególności do Rady Ministrów, Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, o pilne przedstawienie informacji oraz planu działań w tym zakresie. Sprawa dotyczy tysięcy pacjentów i ich rodzin. Nie jest to problem jednostkowy, lecz systemowy.

Z tych powodów wnoszę jak w petitum petycji.

Uprzejmie proszę o odpowiedź za pośrednictwem Poczty Polskiej.







• Czasem też pokazuję ją na live, że ona nic nie wie.

i to dalej?

• Amowicie mniej podnieca, że ziona się innym, jak komentują jej ciało ni, co by z nią robili, jak by ją zesz... i masz zjęć?

• Jieralo się przez kilka lat. Mam też zwięcej z łazienki. Zostawiam tele-dzie brać prysznic, potem szybko i, jak kończy. Chcesz się umówić i nie oglądanie? e mi wysłiesz? ą na żywo. Ty oglądasz, oceniasz, że fabułę, co byś zrobił z moją su... arm ze sobą.

• cej wpisów dotyczących udostępnia-kobiet dotyczy ich oceniania. Część n oferuje zdjęcia zony czy partnerki, je oglądać i oceniać. Cel zazwyczaj i dla obu stron – samozaspokojenie.

## Ż braku szacunku

• pniu 2025 roku włoskie media opisy-je na Facebooku „Mia Moglie”, czyli „na”. Należało do niej 32 tysiące użyt-w, którzy publikowali zdjęcia swoich, k, często częściowo rozebranych, sytuacjach intymnych, w czasie snu. e były zamieszczane bez ich zgody. wy komentowane przez użytkowników wulgarny sposób. Po nagło-ty sprawy właściciel Facebooka – fir-zamknęła tę grupę „za naruszenie zasad dotyczących wykorzystywania ego”. Część kobiet, których zdjęcia publikowane na grupie, rozpoznała i elementy wystroju swojego miesz-zrawy trafiły na policję.

• godni później we Włoszech opisano z dorosłych Phica.eu, które służyło apniana zdjęć kobiet bez ich wiedzy -zasem po przeróbkach. Pod zję-żna było umieszczać komentarze, to były obsceniczne lub miały cha-zemocowy. Serwis został zamknię-iprawy wywołały w kraju debatę na lki z seksizmem i wiązały się z apela-tdz o podjęcie działań w tej sprawie. im pewna, że podobne zjawisko ujawnionego we Włoszech istnieje-ce, tylko nikt go jeszcze nie odkrył.

lub zadośćuczynienie – mówi dr Tomasz Lewandowski, prawnik, specjalista w zakresie ochrony danych osobowych.

Wystaliśmy pytania do firmy Tudumun, która widnieje jako „usługodawca” portalu i administrator danych osobowych. Do tej pory nie otrzymaliśmy odpowiedzi.

W przeszłości portal miał ogromne problemy z zabezpieczeniem treści publikowanych przez użytkowników i ich danych. W 2016 roku doszło do kradzieży poufnych danych osób, które się zalogowały. „Po analizie logów okazało się, że faktycznie część bazy danych została skopiowana” – informował wówczas portal. W mediach pojawiły się informacje, że użytkownicy otrzymali groźby związane z ujawnieniem materiałów o charakterze seksualnym, które udostępniali.

## Pomoże zmiana przepisów?

Ministerstwo Cyfryzacji przekazuje, że w walce z nielegalnymi treściami w internecie ma pomóc przyjęty kilka dni temu na Radzie Ministrów projekt nowelizacji ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

– Zawiera ona procedurę wydawania nakazów podjęcia działań przeciwko nielegalnym treściom przez platformy internetowe. Jeżeli platforma nie reaguje na zgłoszenie występowania nielegalnych treści, prezes UKE lub przewodniczący KRRT będą mogli wydać nakaz podjęcia działań w przypadku, gdy treści wypełniają znamiona czynu zabronionego, takiego jak m.in. utwalanie wizerunku nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej, używając w tym celu wobec niej przemocy, groźby bezprawnej lub podstęp, albo rozpowszechnianie wizerunku nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej bez jej zgody – wyjaśnia Monika Gembicka z Ministerstwa Cyfryzacji.

Półtora tygodnia temu wysłaliśmy też pytania w sprawie publikowania wizerunku kobiet w internecie bez ich wiedzy i zgody do Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Do tej pory nie otrzymaliśmy odpowiedzi.

\*\*\*

Piątek, godz. 9.20.

– Zobacz moją dojrzałą milf 40+ [„Mother I’d Like to Fuck” z ang. „mamuska, którą chciałbym przelecieć” – red.] – szczupłutką 50 kg, 162 cm – ocen pod zdjęciem lub napisz ostro, co o niej myślisz na priv.

– Szukam byka konkretnie piszącego na pokaz fotek mojej zony Agnieszki 43 lata.

– Pokaże ktoś swoją kobietę do wal...? Mogą być też zdjęcia siostry/koleżanki ubrane.

## MAGDA MIEŚNIK

Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych Mirosław Wróblewski zawiadomił prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa polegającego na niedopuszczalnym przetwarzaniu danych osobowych poprzez zamieszczanie w internetowym serwisie, dostępnym dla zalogowanych użytkowników, wizerunków osób bez ich wiedzy i zgody. Zawiadomienie dotyczy serwisu znajdującego się pod adresami Zbiornik.com oraz Zbiornik.tv. Po zalogowaniu można tam zamieszczać i oglądać zdjęcia, filmy i transmisje na żywo o seksualnym charakterze.

## Quiz o Korei Południowej

Azja od zawsze była przedmiotem zainteresowania Zachodu z uwagi na swój specyficzny klimat i zupełnie inny sposób postrzegania świata. Korea Południowa na przestrzeni ostatnich lat podbiła serca ludzi nie tylko w Ameryce, ale też w Europie. Ten kraj słynie z dobrego jedzenia, specyficznej muzyki i seriali; warte poznania są również bogata kultura i tradycje przekazywane z pokolenia na pokolenie.

1. Język to podstawa komunikacji w każdym kraju. poprzez rozmowę czy też pismo. Jakiego alfabetu używa się w Korei Południowej?

A. Karij

B. Hangul

C. Dewanagari

D. Abjad

2. Stolica jest sercem kraju. Jak nazywa się stolica Korei?

A. Hanoi

B. Pyongyang

C. Seul

D. Manila

3. Wyjazdy wiązały się z kosztami, a obcy kraj to obca waluta. Jaką trzeba zabrać do Korei Południowej?

A. Jena

B. Ringgit

C. Yuan

D. Won

4. Sztuki walki często są związane z daną kulturą i są jej nieodłączną częścią. Również z Korei pochodzi jedna z nich. Która dokładniej?

A. Judo

B. Muay thai

C. Taekwondo

D. Kung-fu

5. Korea Południowa jest jednym z krajów, w których tradycje są pielęgnowane z największą pieczołowitością i szacunkiem, a jedna z nich dotyczy witości. Jaki owoc daje się na przaprosiny w tej kulturze?

A. Jabłko

B. Banan

C. Gruszkę

D. Czeresnie

6. Koreańczycy pewną liczbę uważają za pechową i unikają jej jak ognia. Jaka to liczba?

A. 8

B. 7

C. 4

D. 13

7. Kolory w sztuce i kulturze mają dużo do powiedzenia. Jaki kolor jest najczęściej pomijany przez Koreańczyków?

A. Niebieski

B. Zielony

C. Żółty

D. Czerwony

8. Jedzenie utrzymuje nas przy życiu, lecz istnieje też po to, żeby zadowalać nasze kubki smakowe. Kochamy jedzenie i uwielbiamy próbować nowych smaków, a każdy kraj daje nam inne możliwości kulinarne. Z jakiej potrawy słynie Korea?

A. Z ramenu

B. Z kimchi

C. Z sałatek

D. Z nasi lemak

9. Jedzenie to nie wszystko, co oferuje nam różne kultury. Dorosli mogą skosztować również lokalnych alkoholi. Co pije się w Korei?

A. Arak

B. Baiju

C. Soju

D. Sake

10. Korea to miejsce ciekawe dla fanów interesujących ich perych emocji seriali. Jak nazywają się takie seriale?

A. Dramy

B. Doramy

C. Phim truyện hinh

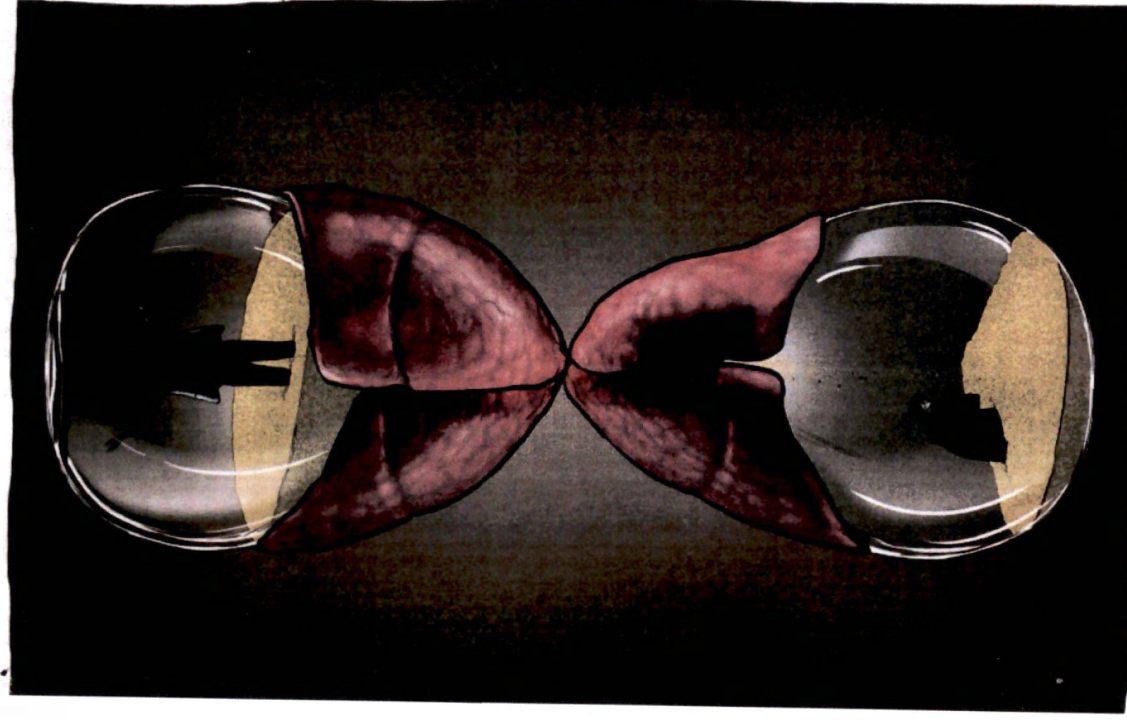
D. Lakom

Quiz opracowała Wiktorja Białek z Muzeum Tradycji Niepodległościowych w Łodzi

Odpowiedzi na stronie 27







Rys. Mirosław Stankiewicz

a i Piotra łączą wiek i choroba, dzieli pocztowy. I to on zdecydowanie ma większe szanse na wyleczenie

# ira w raka

borcza.pl  
MAGAZYN

Nr 231

historia w dużej mierze toczy się w szpitalnych podziemiach. To tutaj – między kotłownią a mieszcza się zakłady onkologii. Pracują w nich lekarze, którzy nie widujemy, choć są woli dla leczenia każdego raka. Wycięte tkanki i stawiają rozstrzygnięcia. Lekarze, których spotkamy, wyślą z tego opisu odpowiedź.

Wszystkim nowotworem w Polsce rak płuca. Co roku 23 tys. osób umiera na tę chorobę. Półtora miliona już na wstępie straci szansę na lepsze możliwe terapie, bo kartka

z podziemi szpitala będzie niedostatecznie zapisana. Informacji będzie za mało, żeby działać od razu. Rak zyska czas, pacjent straci. – Osoby, które mogłyby wyleczyć, stają się osobami, którym możemy tylko wydłużyć życie – mówi prof. Dariusz M. Kowalski, sekretarz generalny Polskiej Grupy Raka Płuca, onkolog kliniczny z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Co sprawia, że człowiek trafia do grupy z największymi lub mniejszymi szansami na wyleczenie? – O skuteczności leczenia decyduje w Polsce kod pocztowy – odpowiada dr hab. Artur Kowalik, kierownik Zakładu Diagnostyki Molekularnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Żeby dobrze wyjaśnić, co dr Kowalik ma na myśli, opiszę historię dwóch osób

– Jana i Piotra. To postacie fikcyjne, ale w ich losach zawarłam opowieści, których bliskich i lekarzy. Jana i Piotra łączy wiek i choroba, dzieli miejsce zamieszkania. Mają po 60 lat, są nauczycielami w liceach. Piotr mieszka w Warszawie. Jan – w małym miasteczku w województwie lubuskim. Nie podają nazwy miast, bo jest tu tylko jeden szpital. Nie chcą się skupiać na konkretnym szpitalu i sprawiać wrażenia, że złe dzieje się tylko w tym jednym miejscu. To, co spotyka Jana, dotyka równocześnie tysięcy pacjentów w całej Polsce, w wielu szpitalach. Jan i Piotr od dawna kaszlą. Raz nawet odkaszlęli krew. W Boże Narodzenie bliscy mówią im, że schudli. Muszą obiecać, że po sylwestrze zapiszą się do lekarza. Jan dzwoni do kuzynki, która jest pielęgniarką w szpitalu powiatowym. Słyszy, że powinni iść od razu do poradni onkologicznej i że do onkologa nie potrzebuje skierowania. Idzie do szpitala i dostaje termin wizyty za cztery dni. Piotr zastanawia się, który szpital wybrać. Mieszka blisko Narodowego Instytutu Onkologii, ale „to miejsce dla tych, co już na pewno mają raka” – myśli. Lekarz rodzinny doradza mu Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Piotr na tym wyborze nie straci. W obu szpitalach, które brał pod uwagę, pracują najlepsi eksperci od raka płuca w Polsce. Zależy im na wynikach leczenia, dlatego utworzyli nieformalne konsorcjum. Jeśli jakiegokolwiek nie ma w „płucnym”, chorzy przejmowani są przez „onkologię”. Piotr o tym nie wie. Na razie jest niezadowolony, że na wizytę w szpitalnej poradni musi czekać trzy tygodnie.

## Weekend w formalinie złe wróży

Pierwsza wizyta w przychodni wygląda podobnie u Jana i u Piotra. Lekarz wypisuje skierowania na RTG i tomografię klatki piersiowej. Jan czeka na tomografię 10 dni, Piotr – 12.

Badanie wymaga opisu – interpretacji obrazu przez radiologa. Czekanie na opis zajmuje kolejne dwa tygodnie. Gdy opis jest gotowy, Jan i Piotr wracają do swoich lekarzy. Ta druga wizyta zawazy na dalszym życiu Jana i Piotra. Jeden z nich wyjdzie z gabinetu z większą liczbą skierowań na badania. Najpierw jednak w obu gabinetach zdarzy się to samo – lekarze informują mężczyzn, że mają podejrzenie zmiany w płucach. To zła wiadomość. Dobra jest taka, że zmiany dotyczą tylko jednego płata płuca. Wiecej pokażą dalsze badania.

Jan i Piotr dostają skierowanie na bronchoskopię z biopsją. To znaczy, że chirurg lub pulmonolog wprowadzi do ich płuc cienki, giętki teleskop – ten przejdzie przez gardło i tchawicę. Z miejsca zmienił onego przez nowotwór pobierze materiał do badania. I Jan, i Piotr mają bronchoskopię w piątek. Cieszą się z tego terminu – przez weekend będą mogli dojść do siebie po zabiegu. Lekarze

pobierają materiał z płuc. Jana i Piotra, zabezpieczają formaliną. Jest już godz. 15.30. O tej porze lekarze w szpitalu Jana, którzy zaczęli pracę rano, idą do domu. Dotyczy to też zakładów patomorfologii, które powinny przejąć pobrane tkanki. W szpitalu powiatowym próbka od Jana musi poczekać na patomorfologa do poniedziałku. W weekend przychodzi do szpitala tylko lekarze, którzy mają dyżury. W instytucie, gdzie diagnozuje się Piotr, zakład patomorfologii ma sobotni dyżur, żeby zając się materiałem pobranym w piątek po południu. – Kiedyś uważaliśmy, że materiał z biopsji może poczekać w formalinie przez weekend i nic się nie stanie. Dziś walczymy o jak najlepszą jakość pobranych tkanek, bo to istotne chociażby dla badań genetycznych. Materiał z biopsji musi być zabezpieczony w zakładzie patomorfologii najpóźniej w ciągu doby od pobrania. To chroni DNA i RNA przed uszkodzeniem – tłumaczy prof. Renata Langfort, szefowa Zakładu Patomorfologii w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Dodaje, że jeśli szpital nie jest w stanie zająć się próbą z piątku, nie powinni tego dnia w ogóle pobierać materiału do badania. – To dotyczy też większych tkanek wycinanych w czasie operacji. Jeśli guz jelita czy guz piersi zostaną w formalinie do poniedziałku i nie zostaną wstępnie zabezpieczone przez patomorfologa, to ich wartość diagnostyczna będzie bardzo słaba. A prawidłowe zbadanie guza, określenie jego ewentualnych mutacji genetycznych jest kluczowe dla ustalenia najlepszej ścieżki leczenia – zaznacza prof. Langfort. Patomorfolog twierdzi, że nawet w Warszawie dochodzi do skandalicznych sytuacji, gdy wycinek pobrany np. z szyjki macicy, dociera do zakładu patomorfologii dwa tygodnie później. Dotyczy to głównie prywatnych ośrodków, które nie mają własnych zakładów patomorfologii. Kobiety, które korzystają z prywatnej opieki ginekologów, decydują się na biopsję prywatnie, myśląc, że tak będzie lepiej. Tymczasem placą za gorszą jakość usługi niż ta w ramach NFZ. – Uczciwiej byłoby dać pacjentce ten jej wycinek i wysłać ją do nas tramwajem – mówi patomorfolog.

## Lekarz zlecit badanie czy badania?

Zanim patomorfologzy zajmą się wycinkami pobranymi z płuc Jana i Piotra, przeczytają skierowanie wystawione przez lekarza. Lekarz Jana, ten z powiatowego szpitala, zlecił podstawowe badania histopatologiczne. Nie napisat nic o konieczności wykonania badań przeddykcyjnych, które mogłyby otworzyć drogę do immunoterapii, i nic o badaniach molekularnych, które szukają w komórkach nowotworowych mutacji i wariantów genetycznych. Nie wziął też od Jana zgody na badania molekularne. Trzy tygodnie później Jan dostanie więc wynik badania histopatologicznego z bardzo krótkim opisem: rak niedrobnokomórkowy



idła, gruczołowy. Te same określenia wchodzi na swoim wyniku Piotr. Nic dziwnego – rak niedrobnokomórkowy stanowi około 80 proc. wszystkich przypadków raka płuca. Jednak na opisie badania i Piotra jest dużo więcej informacji. Ma potwierdzoną wysoką ekspresję białka PD-L1. To znaczy, że jego nowotwór może dobrze zareagować na immunoterapię, czyli leczenie, które odblokowuje układ odpornościowy do walki.

Z badania wiadomo też, że w jego nowotworze jest obecna mutacja genu EGFR. Rozszerza to możliwości leczenia. Możliwa jest tzw. terapia celowana, personalizowana, która zatrzyma wzrost nowotworu. Piotr słyszy to wszystko od swojego lekarza, dostaje skierowanie na pozytonową tomografię emisyjną (PET), która sprawdzi, czy w organizmie są już jakieś przerzuty, np. w kościach, mózgu czy wątrobie. rzerzutów nie ma. Piotr czuje, że ma zwycięstwo. Ma nowotwór w III stadium zaawansowania – zaatakował już lokalne węzły chłonne i ma ponad 7 cm wielkości. Ale wciąż ogranicza się do jednego płuca. Nie da się przeprowadzić operacji, która usunęłaby cały guz, ale można połączyć chemioterapię z radiacją. Jeśli wszystko dobrze pójdzie, guz się zmniejszy, możliwe będzie zastosowanie terapii celowanej. Takie leczenie jest możliwe, gdy lekarze wielu specjalistów ustalają je wspólnie. Terapię Piotr omówił: onkolog, radioterapeuta, onkochirurg i patomorfolog.

1 kwietnia Piotr zaczyna terapię. A na oczątku wydawało się, że to Jan zwycięży zacznie leczenie. Jednak gdy jego lekarz zobaczył potwierdzenie nowotworu, powiedział, że lokalny szpital nie jest w stanie Janowi pomóc. Nie ma specjalistów i programów lekowych, czyli nie ma ostępu do najnowszych terapii. Poradził anowi, żeby zabrał z zakładu patomorfologię materiał pobrany z płuca i pojechał z nim do Warszawy. Do Narodowego Instytutu Onkologii. Jan podziękował a tę radę. Nie jest zły. Nie wie jeszcze, e jego badania i wycinek z płuca są niało warte.

## Leczenie według dwóch prędkości

Dla czego jedna osoba na tym samym tapie diagnostyki dowiedziała się o swojej chorobie dużo i może zacząć leczyć, a druga wie mało i stoi w miejscu? Materiał pobrany od Piotra w Warszawie zbadał zakład patomorfologii z akredytacją. Jednostki Diagnostyki Patomorfologicznej. Wycinek z płuca Jana badał zakład bez akredytacji. Akredytacja sprawia, że zakład patomorfologii może zrobić wszystkie dostępne w Polsce badania, jakie zleci lekarz, i dostaje za nie pieniądze z NFZ. – Zakład bez akredytacji nie rozlicza się samodzielnie. Jest dla szpitala tylko kosztem. Kosztów się pilnuje – mówi prof. Langort. Akredytację ma dziś 40 zakładów ponad 100 działających w całej Polsce.

Akredytacja oznacza, że zakład pracuje zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Patologów. Jakość badań udara się w Polsce kilka lat temu podciągając dzięki unijnym pieniądzom. Teraz wiele zakładów patomorfologii chciałoby przejść proces akredytacji – dostać certyfikat i gwarancję finansowania badań, które pomagają leczyć raka. Nielecieli, mimo ciągłych apeli patomorfologów i onkologów Ministerstwo Zdrowia nie daje zakładom takiej możliwości. Po prostu nie zajmuje się tym tematem. To zaniedbanie dotyczy ministrów obecnego i poprzedniego rządu. Zmniejsza to szanse na nowoczesne leczenie wielu różnych nowotworów. Mówimy więc o problemie, który dotyczy dziesiątek tysięcy osób rocznie. Ponad połowa zakładów patomorfologicznych w Polsce dostarcza tylko podstawowe badania, bo bardziej szczegółowych ich szpital nie rozliczy. Z tych skromnych badań muszą korzystać onkolodzy, a jeśli mogą, kierują pacjenta na powtórne badania do innych ośrodków. System utrzymuje tę konstrukcję dla oszczędności, ale ostatecznie wydaje przez to więcej pieniędzy. Powtórne badanie to przecież dodatkowo we koszty. A pacjent, który w tym czasie staje się coraz bardziej chory, będzie wymagał droższego leczenia.

– Nasze państwo lekką ręką wydaje miliardy na terapie onkologiczne. Koszt leczenia jednego pacjenta nowoczesnymi lekami to około miliona złotych. O leczeniu immunoterapią decyduje badanie za 300 zł. A ktoś w małym ośrodku się cieszy, że zaoszczędził te 300 zł, albo że nie musiał ich wydać od razu. Opóźnienie rozpoczęcia leczenia kosztuje podatkownika o wiele więcej niż badanie – podsumowuje dr hab. Artur Kowalik. Czy terapia osoby z nieuleczalnym rakiem płuca naprawdę kosztuje milion? Ma zatrzymać postęp choroby i wydłużyć życie. Nie trwa miesiące, ale lata. Widać to chociażby w nowym serialu „Scheda” na HBO, który zaczyna się od pogrzebu. Potem cofamy się w czasie do dnia, gdy bohater oznajmia dzieciom, że ma raka płuca i nie da się już zrobić, bo ma przerzuty w wielu miejscach ciała. Twórca serialu informują nas, że zdarzyło się to trzy i pół roku wcześniej. Dziesięć lat temu taka scena byłaby medycznie niewiarygodna. Dzisiaj oferujemy chorym lata terapii, a ceny poszczególnych dawek leków się kumulują. Przykładowo: lek wycelowany w mutację EGFR, którą ma Piotr, kosztuje w aptece ok. 18 tys. zł. To dawka na miesiąc. Średnio pacjenci biorą go przez dwa lata. A to tylko jedna z wielu terapii, którą dostaje jeden chory.

Rak to nie jest tania choroba. Milion wydany na jednego człowieka w onkologii nikogo nie dziwi. Niestety, wiele osób, które mogłyby skorzystać z nowoczesnych leków, w ogóle o tym nie wie. Lekarze nie zlecają im badań, które sprawdzają szczególne cechy raka. Nie można więc w nie uderzyć specjalnymi

→ 28

**TUSKUSZ**

**ROZLICZYĆ ORLEN!**

**„ORLEN POKRZYWDZIŁ AKCJONARIAT OBYWATELSKI ENERGII”**  
– prawomocny wyrok Trybunału  
1164/20. sygn. I AGa 52/23)

**Żądamy pełnego wykonania wyroku!** Przejęcia 100% akcji ENERGII na GW w cywilizowany sposób, lub rzeczywistego powrotu ENERGII na GW

Więcej informacji znajdziesz na -> **przeciwnaduzyciom.pl**

R E K L

## Odpowiedzi – quiz str. 25

- B** – Hangul to koreański alfabet powstały w XV wieku. Składa się z 24 kół (14 spółgłosek i 10 samogłosek). Gdy się na niego patrzy, może dawać się skomplikowany, lecz jest skonstruowany tak, aby nie był ny do nauczenia się; jest uznawany za jeden z najłatwiejszych alfabet na świecie.
- C** – Stolicą Korei Południowej jest Seul, miasto położone w centrum zachodniej części Półwyspu Koreańskiego. Ma populację 9,603 m (dane z 2025 roku) oraz powierzchnię 605,2 km<sup>2</sup>. W stolicy można odczuć dużo miejsc historycznych, takich jak Jongmyo (świątynia konfucja poświęcona królom z dynastii Joseon) oraz popularne miejsca ukazywane w serialach koreańskich.
- D** – Won południowokoreański jest jednostką walutową obowiązującą w 1962 roku. Symbolem tej waluty jest ₩, a won dzieli się na 100 dzi (czon, dzon, jun – kor. 원). Podobnie jak w Polsce banknoty są różnorowe (żółte, zielone, czerwone i niebieskie).
- C** – Taekwondo to sztuka walki łącząca techniki obrony i ataku z użyciem rąk i nóg, powstała w Korei Południowej w 1955 roku. Początkowo sformułowana była w celach militarnych, lecz z biegiem lat stała się sportem sala się w korzenie tej kultury. Od 2000 roku taekwondo stało się sportem olimpijskim, a taekwondo jest uważana za pechową. Je spowodowane jej wymową, która jest podobna do słowa „śmierć”. Ci nawet przy numeracji pięter budynków oraz nazewnictwie pomieszczeń jest pomijana.
- D** – Żółcie kojarzą się z kolorem w Korei Południowej jest czerwony, który zapisuje się nim imiona zmarłych, przez co kojarzy się z śmiercią oraz nieszczęściem. Napisanie tą barwą imienia żyjącej osoby i być postrzegane jako życzenie śmierci lub złą wróżbę dla tej osoby tego do tej pory czerwony atrament jest unikany.
- B** – Kimchi jest tradycyjnym daniem kuchni koreańskiej, które składa się z fermentowanych warzyw (głównie z kapusty pekińskiej). Może być używane jako przystawka, jak również składnik innych dań, np. smażonego ryżu z kimchi. Dla fanów ostrych dań kimchi wpisuje się idealnie w chęć eksperymentów, lecz ludzi o słabej tolerancji wystawia ekstremalne smaki doznania.
- C** – Soju jest to destylowany koreański napój alkoholowy (część z piwem), który robiony jest na bazie takich składników jak ryż, zieleń, pszenica, jęczmień zwiędnięty, bataty lub tapioka. Dany alkohol ma moc od 16,8 proc. nawet do 53 proc. Podobnie jak u nas Koreańczycy również mają swoje gry alkoholowe; potocznie nazywane Soju G w których skład wchodzi np. APT – Bruno Mars nagrał o nim z koreańską artystką Rose krążącą po internecie piosenkę.
- A** – Dramy koreańskie to serie, które od dawna podbijają serca tylko Koreańczyków, ale i ludzi na całym świecie. Jest ich wiele gatunków od emocjonujących i doprowadzających do łez romansów po pełne gadek i tajemniczych antagonistów kryminały, więc każdy znajdzie dla siebie. Koreańskie serie dla nas również wgląd w tradycję i kulturę poprzez matę przemianki oraz ikonizację sceny.



# Gra w raka

27 →

terapiami. Tylko co czwarty pacjent z rakiem płuca w Polsce miał wykonane badanie molekularne. A według europejskich zaleceń aż 75 proc. chorych powinno korzystać z nowoczesnego leczenia, do którego takie badania są niezbędne. W dostępie do badań molekularnych są ogromne różnice między województwami – wynika z raportu Modern Healthcare Institute. Najgorzej jest w województwie lubuskim, bardzo słabo w województwie kujawsko-pomorskim. Co szczególnie dziwi, bo działa tu duże Centrum Onkologii, które robi najwięcej operacji kilku typów nowotworów w Polsce.

## Jan cofa się na planszy. Nowotwór jest w drugim płucu

Opisuję tu sytuację pacjentów, ale skierujemy na chwilę uwagę na lekarzy. Jak się czuje patomorfolog, który wie, że mógłby zrobić lepsze, szczegółowe badania i pomóc chorej osobie, ale mu nie wolno? Jak czuje się onkolog, który ma leczyć zgodnie z najnowszymi standardami, a nie ma dostępu do podstawowych badań? Czy naprawdę chory człowiek powinien sam szukać innego szpitala dla siebie? I czy powinien jeździć po Polsce z wycinkiem ze swojego raka? Nie powinien, ale Jan nie narzekał, działał. Poszedł do zakładu patomorfologii, żeby zabrać wycinek ze swojego płuca. Na wypożyczenie parafinowego bloczka czekał trzy dni robocze. Tyle czasu ma zakład na ściągnięcie materiału z archiwum i przygotowanie do wydania. Żona Jana umówiła go na wizytę w poradni Narodowego Instytutu Onkologii. Termin: za dwa tygodnie. W Warszawie Jan zatrzymał się u syna. Razem poszli na wizytę. Lekarz obejrzał tomografię z połowy stycznia i powiedział, że warto ją powtórzyć. Minęły już przecież dwa miesiące. Jan zostawił bloczek z wycinkiem z płuca i zgodził się na badanie mutacji genetycznych nowotworu. Jednak trzy dni później odebrał telefon z Instytutu Onkologii. Usłyszał, że materiał, który przywiózł, nie nadaje się do badań molekularnych, jest zbyt słabej jakości. Jan nie wie, dlaczego tak jest. My wiemy – chodzi o weekend w formalinie.

Co teraz? Jan dostanie skierowanie na ponowną bronchoskopię z biopsją. Jak tylko lekarz obejrzy opis jego

aktualnej tomografii. Jan ma wrażenie, że zaczyna od początku. Jakby cofnął się o wiele pół w grze planszowej. Podłamuje się. Kilka tygodni później badanie materiału pobranego z płuca pokazuje, że Jan ma taki sam nowotwór jak Piotr. Zanim zacznie leczenie, czeka go jeszcze badanie PET, które sprawdzi, czy nie doszło do przerzutów. Jest końcówka maja, gdy Jan dowiaduje się, że ma raka także w drugim płucu. Tej zmiany nie było na tomografii zrobionej w styczniu. Zmiana jest niewielka, ale przez nią Jan ma już raka w IV stadium zaawansowania. Przez ostatnie tygodnie schudł, szybko się męczy. Nie może dostać immunoterapii, bo jego organizm jest zbyt słaby, by zmobilizować się do walki. Konsylium lekarzy różnych specjalności – m.in. onkolog kliniczny, chirurg, radioterapeuta – stwierdza, że na tym etapie trzeba zadbać o jakość życia Jana. Kierują go na radioterapię paliatywną. Ta nazwa oznacza, że terapia nie potrafi wyleczyć choroby, może ją jednak na jakiś czas zatrzymać na danym etapie. To leczenie objawowe, ma poprawiać komfort życia. Jest koniec maja, gdy Jan zaczyna leczenie. Jeśli stan Jana się poprawi, możliwa będzie immunoterapia.

## Jan czyści szczyryk, Piotr planuje powrót do pracy

W czerwcu Piotr dostaje dobrą wiadomość – jego guz się zmniejszył. Dostał nie lek wycelowany w mutację genetyczną raka. Przyjmie go w ramach badania klinicznego. Właśnie w tak dużych szpitalach mają szybszy dostęp do najnowszych terapii. Gdyby Piotr był po operacji, dostałby taki lek w zwyczajny sposób – w ramach NFZ. Bez operacji refundacja na tym etapie choroby nie był możliwa. Jednak w tym tygodniu Ministerstwo Zdrowia zajęło się tą luką w przepisach i od października będzie refundować lek takim osobom jak Piotr. Jan w tym czasie ma kolejny wlew chemii. Na szczucie w szpitalu koło swojego domu. Takie podstawowe leki są tu dostępne. Na radioterapię dojeżdża do Zielonej Góry. Wyczyszczył swój szwalcarski szczyryk. Zastanawia się, czy może go dać 11-letniemu wnukowi, żeby miał na pamiątkę po dziadku. A może powinien poprosić żonę, żeby dała go Antkowi po jego śmierci. Tylko że ona nie pozwala mu mówić o śmierci. Piotr planuje powrót do pracy. Zaprasza dzieci i wnuki na niedzielny obiad. Najstarszemu wnukowi obiecuje, że w grudniu, w czasie przerwy świątecznej, zabierze go na trzy dni do Zakopanego na narty.

Jan uważa, że nie ma prawa niczego planować.

## Lista rzeczy do zrobienia

Narzekania na polski system zdrowia zazwyczaj dotyczą braku pieniędzy czy dostępu do terapii. W tym wypadku brakuje chęci, żeby naprawić coś, co nie działa. Z punktu widzenia całego leczenia raka w Polsce to właściwie drobiaziż. – W raku płuca mamy jeden z najlepszych w Europie programów lekowych. Do tego najnowsze sprzęty do radioterapii i świetnych chirurgów. Ale w dostępie do tych terapii mamy blokadę, które przed pacjentami stawia system – ocenia prof. Kowalski. Zdawałoby się, że rozwiązanie jest proste – szanowani onkolodzy mogą poinformować Ministerstwo Zdrowia, co trzeba naprawić. – Robimy to od lat i nic się nie zmienia – zaznacza prof. Kowalski. Polska Grupa Raka Płuca, która gromadzi specjalistów walczących o zmiany, punktuje, co należy zrobić: – Ministerstwo Zdrowia powinno przeprowadzić proces akredytacyjny dla kolejnych zakładów patomorfologii, żeby mogły wykonywać wszystkie konieczne badania i je rozliczać z NFZ. Pacjenci i lekarze dostawaliby szczegółowe informacje, z jakim rakiem mają do czynienia. Więcej osób mogłoby korzystać z leków celowanych i immunoterapii, które są już refundowane w Polsce – tłumaczy prof. Langfort. – Musimy skończyć z rozdrobnieniem diagnostyki i leczenia. Zajmujmy się tym wiele ośrodków w Polsce. Są szpitale, które mają podpisane z NFZ umowy na realizację programów lekowych w raku płuca, a leczą rocznie dwie lub trzy osoby. Pozostali pacjenci są tu leczeni w sposób konwencjonalny, nienowoczesny – mówi prof. Kowalski. Tłumaczy, że w określonych typach raka płuca leczenie bez badań molekularnych i immunologicznych nie powinno być zaczynane, bo odbiera choremu szansę na wyleczenie albo na lepszą jakość życia. – Ośrodki, które prowadzą konsylium lekarskie i pogłębioną diagnostykę, mają o 20 – 30 proc. lepsze wyniki leczenia – zaznacza prof. Kowalik. Lekarze z całej Polski mogą się konsultować z lekarzami z Narodowego Instytutu Onkologii. – Nie damy rady leczyć wszystkich. Oddamy wam waszych pacjentów. Mogą leczyć się blisko domu. Chcemy tylko być pewni, że są leczeni właściwie – podkreśla prof. Kowalski. W Narodowym Instytucie Onkologii pacjent od momentu zakończenia szczegółowych badań czeka około tygodnia na konsylium lekarskie, które ustali jego ścieżkę leczenia. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku

osób, którym lekarz z innego szpitala doradził zmianę miejsca leczenia osoby od momentu zakończenia diagnostyki w pierwszym szpitalu i średnio 80 dni, zanim zbierze się sylusium w ich sprawie. To dane z wykonanej na podstawie kart pat w warszawskim instytucie. Poka badania, które przywożą pacjentów z Warszawy powtarzać, co za czas do rozpoczęcia leczenia, by finansowana była tzw. plynna i można by z niej skorzystał, kiedy raka z klasycznej biopsji jest złości – zniszczył się lub jest go zbyt. Skróciłoby to pacjentom drogę do badania. Plynna biopsja to zaawansowane badanie z krwi – wyszukuje DNA tworzy i bada markery związane z rakiem. Plynna biopsja sprawi też, gdy zrobienie biopsji przez raka nie jest możliwe. Tę metodę na też wykorzystywać w innych szpitalach nowotworów. Receptą na pacjentów mają być Centra Onkologii Diagnostyki i Leczenia Raka – Lung Cancer Units. Ośrodki, które będą ten tytuł, będą gwarantować lepszą diagnostykę i najlepsze pacjent wiedziałby, że rakiem płucają się właśnie te miejsca. – Karmienie od miejsca zamieszkania społecznego, ma prawo do leczenia dobrej jakości i leczenia dynowane. Powinno to przetoż skrócenie czasu diagnostyki i leczenia. Szacujemy, że w ciągu zwiększyłoby to pięcioletnią przemoż z 14 proc. do 20 proc. pa – mówi prof. Kowalski. W całej działają od lat Breast Cancer Unit centra leczenia raka piersi. Kobi dają, że mogą tu liczyć na kompleksne leczenie. Mniejsze szpitale też r zdobyć status Lung Cancer Unit tworzeniu konsorcjów z większymi szpitalami – Dziś skierowanie go szpitala do innego ośrodka i poradę. „Pan sobie wejdzie do i poszuka”. Pacjent powinien iść i ce leczenia jak po sznurku. Teraz czuje się, jakby błądził w labiryncie sterstwo Zdrowia nie odpowiedziało naszym pytaniom o nierówności w badaniach i nowoczesnego leczenia

KATARZYNA STA

Zapraszamy Państwa do śledzenia rozmów ze Stefanem Niesiołowskim politykiem, który nie owija w baweł



Do obejrzenia na

„Stefan Niesiołowski – pogawędki”. To nowy projekt Tygodnika ANGORA

<https://www.youtube.com/@stefanniesiolowskiopogawedki>





KANCELARIA  
SENATU

ul. Wiejska 6/8  
00-902 Warszawa

OPŁATA POBRANA  
TAXE PERÇUE POLOGNE  
Umowa z Poczta Polska S.A.  
nr 532446/W, UM/0530/2023



BAP.DPK.1331.106.2026



127759 25.06.2026 POLECONA

Ministerstwo Zdrowia  
Miodowa 15  
00-952 Warszawa PL

R

(00)759007734921936376



(00)759007734921936376

(00)759007734921936376

Poczta Polska

Opłata pobrana \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

2025