

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 55)

z dnia 21 listopada 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 55)

21 listopada 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie poprawek zgłoszonych w czasie drugiego czytania do projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (druki nr 850 i 877),

– informacja na temat epidemiologii niewydolności mięśnia sercowego – zagrożenia w dostępności do leczenia kardiologicznego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Krzysztof Chlebus** i **Cezary Rzemek** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Andrzej Szyrwiński** główny specjalista w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Maria Gostyńska** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Karina Jahnz-Różyk** prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego, **Teresa Kuziara** i **Ewa Ślęzak** członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, prof. dr hab. **Lech Poloński** kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu wraz ze współpracownikami, **Janina Stępińska** prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wraz ze współpracownikami, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” oraz **Marek Walkiewicz** członek Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzka** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Bogdan Cichy** – legislator z Biura Legislacyjnego.

W posiedzeniu udział wzięła lobbyistka **Anna Kadzikiewicz** – VIEWPOINT GROUP.

Przewodniczący poseł **Bolesław Piecha (PiS)**:

Witam na kolejnym posiedzeniu Komisji przedstawicielei parlamentu – panie i panów posłów. Witam przedstawicielei Ministerstwa Zdrowia oraz pana ministra i zaproszonych gości.

Proszę państwa, w porządku dzisiejszych obrad Komisji są dwa punkty. Pierwszy – tak zwany urgensowy, który wypłynął w trybie ekstraordynaryjnym – dotyczy rozpatrzenia poprawki zgłoszonej w czasie drugiego czytania do ustawy o zmianie ustawy o państwowym Ratownictwie Medycznym. Drugi, który jest istotą dzisiejszego posiedzenia, to informacja na temat epidemiologii niewydolności mięśnia sercowego – zagrożenia w dostępności do leczenia kardiologicznego. Ta informacja będzie poprzedzona wprowadzeniem przez zespół merytorystów – konsultantów krajowych, profesorów związanych z kardiologią – i do tego, oczywiście, odnosić będzie się Ministerstwo Zdrowia. Państwo otrzymali informację Ministra Zdrowia, kierowaną na ręce przewodniczącego Komisji, którą przedyskutujemy – ale to będzie w punkcie drugim.

Czy ktoś ma uwagi do porządku obrad? Jeżeli nie, to przystąpię do realizacji pierwszego punktu – rozpatrzenia poprawek zgłoszonych w czasie drugiego czytania do projektu ustawy o zmianie ustawy o państwowym Ratownictwie Medycznym.

Proszę państwa, w czasie drugiego czytania do ustawy zgłoszono jedną poprawkę. Została ona zgłoszona przez Klub Parlamentarny Prawo i Sprawiedliwość. Pamiętajmy, że rozpatrywaliśmy nowelizację ustawy o państwowym Ratownictwie Medycznym w aspekcie głównie art. 57, dotyczącego kwalifikacji lekarzy, którzy mogą być lekarzami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jeżdżącymi głównie w karetkach „S”. W przedłożeniu poselskim – bo było to przedłożenie poselskie – zostały zaproponowane zmiany, które wydłużały okres przejściowy. Ten okres został wydłużony z powodu licznych apeli świadczeniodawców – głównie chodzi o zarządzających systemem ratownictwa medycznego – że w Polsce brakuje kilkuset lekarzy mających kwalifikacje do tego, żeby jeździć w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego. Podkreślam – specjalistycznych, bo wokół tego narosło wiele kontrowersji. W dalszym ciągu lekarze mogą jeździć w zespołach ratownictwa medycznego, muszą jednak mieć specjalne kwalifikacje do tego, żeby jeździć w tak zwanych karetkach „S”.

Poprawka, która została zgłoszona, mówi o tym, żeby ten okres przejściowy przedłużyć, ale w niezbyt daleką przyszłość, aby zmobilizować Ministerstwo Zdrowia, a także przedstawiciele środowisk lekarskich do tego, żeby ci lekarze, którzy zamierzają dyżurować i udzielać świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych karetkach systemu ratownictwa medycznego, uzupełniali te kwalifikacje wcześniej. Główna zmiana polega na tym, że w przedłożeniu poselskim i sprawozdaniu Komisji Zdrowia, w ust. 1 pkt 2 pojawił się zapis, że wystarczy 3000 godzin wykonywania zawodu lekarza w szpitalu, aby do 2020 r. być lekarzem systemu, który może jeździć w specjalistycznych karetkach. Poprawka proponuje koniunkcję, czyli współzależność dwóch warunków – 3000 godzin wykonywania zawodu lekarza, ale również udokumentowanie co najmniej 3-letniego doświadczenia.

Skąd taka poprawka? Stąd, że w raporcie NIK, która kontrolowała funkcjonowanie ratownictwa medycznego, na str. 43 spotkaliśmy się z pewnymi uwagami. Kontrolujący napisali, że: „Zauważyć jednak należy, że niektórzy z nich...” – z tych, którzy pracowali w systemie jako lekarze systemu – „...wypracowywali w ten sposób nawet do 662 godzin miesięcznie”, czyli pracowali 22 godziny na dobę. Ja to przeliczyłem – wystarczyłoby 4,5 miesiąca, żeby być już gotowym lekarzem systemu, który spełnia te warunki. Wydaje mi się, że powinny wystąpić te dwa czynniki, czyli i godziny, które są wypracowane, i doświadczenie zawodowe. I to jest sens tej poprawki.

Czy ktoś chciałby jeszcze zabrać głos na ten temat? Jeżeli nie, przystąpimy do głosowania. Wcześniej jednak musimy zapoznać się ze stanowiskiem ministra zdrowia. Pan przewodniczący Latos, proszę bardzo.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, dyskutowaliśmy przed chwilą na sali plenarnej, ale tu też mamy taką możliwość. Chciałbym jeszcze coś od pana usłyszeć. Rozumiem szczególną sytuację – nie ma dobrego wyjścia – ale chcę też wiedzieć na przyszłość, jakie mają państwo podejście, do czego będą państwo dążyć, jakich zachęt będziecie szukać dla lekarzy, bo, panie ministrze, mamy w tej chwili dodatkową kategorię. Mamy kategorię lekarza specjalisty, który kończy specjalizację egzaminem – z tego tytułu ma określone uprawnienia, a poprzez te działania, które tu sankcjonujemy, zyskujemy dodatkową kategorię – lekarza, który otwiera specjalizację i nie musi zostawać specjalistą. Wystarczy, że popracuje 3000 godzin i temat jest właściwie zamknięty – bez zdawania trudnych egzaminów jeździ jako specjalista karetką specjalistyczną. Nie jest to sytuacja normalna. Jest to sytuacja patologiczna, która w żaden sposób – mówiliśmy o tym na posiedzeniu Komisji – nie będzie stanowić zachęty dla tych – przepraszam – naiwnych, którzy chcą zdawać egzaminy. Jeżeli państwo nie proponują jakiegoś radykalnego rozwiązania, które tę sytuację zmieni – a my wciąż słyszymy o nowej, szerszej nowelizacji – to ludzie, skądinąd bardzo inteligentni, którzy potrafią liczyć i kalkulować, powiedzą: po co zdawać trudne egzaminy, do których – co obecni tu lekarze wiedzą – trzeba się przygotowywać przez co najmniej kilka miesięcy – mówię o siedzeniu nad książkami. Jaką mają motywację? Po co mieliby to robić. Dlaczego mieliby w tym czasie nie zarabiać, skoro system otwiera przed nimi inne możliwości? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan minister chciałby odpowiedzieć na te pytania? To po pierwsze. Od razu proszę o stanowisko do ewentualnej poprawki. Te sprawy były dyskutowane. Wydaje się, że trzeba to rozstrzygnąć w głosowaniu.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, jeżeli chodzi o słowa, które przed chwilą wypowiedział pan poseł Latos, to nie do końca zgadzam się z opinią, że dopuszczamy lekarzy niedoświadczonych. W 2006 r. ustawa pozwoliła jeździć wszystkim. Lekarz nie musiał przepracować nawet dwóch godzin, a już mógł jeździć. O tym mówi art. 63. Dlatego, to prawda, że chcemy zaostrzyć przepisy jeszcze bardziej. Ta forma zaproponowana przez posłów, i to, co zostało wypracowane w Komisji, to jest zaostrzenie, ale trzeba być realistą – do 2015 r. na pewno nie wykształcimy tych specjalistów. Odnoszę się jednocześnie do poprawki.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że zmieniamy systemy kształcenia – będą systemy modułowe. Minister Zdrowia będzie miał możliwość motywacji poprzez finansowanie rezydentur – nie wszystkich, tylko wybranych. Motywacją będzie możliwość, że dostaną większe pieniądze. A już dostają większe pieniądze, niż lekarze innych specjalizacji w pogotowiach. Jest to specjalizacja priorytetowa. Jednak na pewno będziemy się też starali – duża nowelizacja będzie w połowie roku – jak mówiłem – i będziemy wszyscy dyskutować, wspólnie z posłami, na temat tych zmian. Panie przewodniczący, jeżeli chodzi o poprawkę, jesteśmy jej przeciwni.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hoc – ale proszę konkludować, bo będziemy głosowali. Proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie przewodniczący, ja nie chcę konkludować, chcę coś wyjaśnić odnośnie do wypowiedzi pana ministra, który to samo powiedział na sali plenarnej. Nie chcieliśmy wchodzić w sprostowania, ale, jeśli pan minister mówi, że w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego będzie mógł jeździć każdy, kto przepracował nawet dwie godziny, to znaczy, że albo nie wie, o co chodzi, albo nie zna istoty sprawy. Zatem jeszcze raz powtórzę – panie ministrze, w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego może jeździć lekarz, który ma tytuł z medycyny ratunkowej albo tytuł specjalisty lub co najmniej jest na drugim roku specjalizacji z chirurgii, pediatrii, chorób wewnętrznych, traumatologii, ortopedii, i nikt więcej. Panie ministrze, niech pan to zapamięta. Nie wyjaśnialiśmy tego na sali plenarnej, ale, jeśli pan to powtarza, to znaczy, że nikt panu na to nie zwrócił uwagi. W takim razie będziemy musieli publicznie zwrócić panu uwagę – nie jest tak, jak pan mówi. Rzeczywiście, jeśli teraz dopuścicie lekarzy, którzy będą mogli zaliczyć tylko 3000 godzin w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym lub zespole ratownictwa medycznego, to zdegradujecie, uwstecznicie specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego. My nie mówimy o podstawowych zespołach ratownictwa medycznego – to są dwie różne sprawy. To są zespoły specjalistyczne – „S”, „R-ka”. Panie ministrze, trochę wiedzy na ten temat... Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan minister chciałby odpowiedzieć?

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Jedno zdanie...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Niech pan powie jedno zdanie, może wystarczy, bo rzeczywiście pan brnie... Proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

To dwa zdania, przepraszam. Nie brnę. To jest pierwsze. A drugie – art. 63 ustawy – odsyłam wszystkich zainteresowanych – mówi, kto może jeździć obecnie w karetce. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak, ale mówimy o lekarzach systemu. Nie będziemy już tej dyskusji toczyć.

Proszę państwa, kto z pań i panów posłów – stanowisko resortu zdrowia jest negatywne tej poprawce, czyli, potwierdza się sprawa z tą maturą – jest za przyjęciem poprawki, która zaostrza i doprecyzowuje definicję lekarza systemu i warunki dopuszczenia go do zatrudnienia w karetce specjalistycznej? Proszę o podniesienie ręki. Dziękuję bardzo. Jeszcze raz, pani Małgosiu, czy jest policzone? Kto jest przeciwny? Dziękuję bardzo. Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję bardzo.

Za 8, przeciw 16, nikt nie wstrzymał się od głosu. Stwierdzam, że poprawka będzie miała negatywną rekomendację Komisji.

Proszę państwa, w dalszym ciągu sprawozdawcą będzie pan poseł Marek Hok. W tym sprawozdaniu przekażemy taką rekomendację pani marszałek, żeby rozstrzygnąć tę kwestię na sali plenarnej. Dziękuję bardzo. Ogłaszam dwie minuty przerwy technicznej – pan minister nas opuszcza, pewnie będzie zmiana.

/Po przerwie/

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ponieważ za chwilę przystąpimy do realizacji punktu drugiego, prosiłbym, żeby przygotować sprzęt. Jest przygotowany. Dobrze. Dziękuję.

Dziękuję bardzo. Wykorzystaliśmy dwuminutową przerwę. Przystępujemy do drugiego punktu porządku dziennego – informacji na temat epidemiologii niewydolności mięśnia sercowego – zagrożenia w dostępności do leczenia kardiologicznego.

Witam pana ministra, który będzie nam towarzyszyć i przedstawi informację Ministra Zdrowia na ten temat. Witam również szacownych gości – głównie konsultanta krajowego, przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i jego sekcji. Witam szanowne panie i panów profesorów.

Zacznemy od tego, że poproszę merytorystów, czyli państwa profesorów o krótkie zaprezentowanie problemów, z którym mamy do czynienia. Prezentacja będzie również wizualna. Na początek, poproszę pana profesora Lecha Polońskiego o przedstawienie tego, co jest punktem wyjścia naszego dzisiejszego spotkania, a z czym Polska akurat sobie dobrze radzi, czyli ostrych zespołów wieńcowych i sposobów ich leczenia, i przejście do omówienia ich konsekwencji. Bo dobre leczenie tych ostrych zespołów w Polsce ma, niestety, konsekwencję, jaką jest niewydolność mięśnia sercowego.

Panie profesorze, witamy. Poprosiłbym, żeby jednak pan profesor usiadł. Tu jest trochę inaczej z tego powodu, że musimy nagrywać, a poza tym będzie wygodniej. Proszę uprzejmie, panie profesorze.

Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu prof. dr hab. n. med. Lech Poloński:

Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, bardzo dziękujemy za zaproszenie na spotkanie sejmowej Komisji Zdrowia.

Chciałbym prosić o uwagę przez 10 minut. Mam zamiar przedstawić Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego z dwóch powodów. Po pierwsze, aby pokazać, że można osiągnąć sukces. To jest ewidentny sukces polskiej medycyny, polskiej kardiologii – oczywiście mam na myśli nie rejestr, tylko leczenie ostrych zespołów wieńcowych. Rejestr jest tylko dokumentacją tego sukcesu. I po drugie, ten sukces paradoksalnie zrodził nowy problem, jakim jest niewydolność serca. I tej niewydolności serca chcemy dzisiejsze spotkanie poświęcić.

Proszę o następne przeżycie. Proszę państwa, krótko powiem – jako że pewnie nie wszyscy na sali są lekarzami – że ostry zespół wieńcowy to sytuacja, kiedy tętnica doprowadzająca krew do mięśnia sercowego ulega zamknięciu lub krytycznemu zwężeniu. Jeżeli ta tętnica ulegnie całkowitemu zamknięciu, dokonuje się zawał serca, a więc obumierają komórki mięśnia sercowego. Natomiast, jeżeli te komórki mięśnia serca nie obumierają, ale dostają zbyt mało krwi, wówczas mamy do czynienia z niestabilną chorobą wieńcową.

Tak to wygląda – zatkana tętnica wieńcowa, wykonany zabieg udrożnienia i naprawa tętnicy wieńcowej. Otóż, to inwazyjne leczenie zawału serca – mamy na to wielokrotne

dowody – jest najbardziej skuteczną formą leczenia ostrych zespołów wieńcowych i w Polsce – co za chwile wykażę – jest to jedyny sposób leczenia zawału serca i przeważający sposób leczenia innych ostrych zespołów wieńcowych.

Proszę państwa – jakie były cele rejestru? Przymierzając się do rejestru niewydolności serca chcielibyśmy przypomnieć, jaki był cel Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego. Tak więc, poprawa jakości leczenia chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi i zmniejszenie śmiertelności wczesnej i odległej oraz powikłań ostrych zespołów wieńcowych w Polsce – pan przewodniczący wspominał, że jest to jeden z elementów POLKARD-u, który tak bardzo dobrze zafunkcjonował.

To jest zespół badaczy. To byli znakomici profesorowie kardiologów z całej Polski. Rejestr liczy aktualnie 420 tys. ankiet. To jest w tej chwili jeden z największych rejestrów na świecie. Taką potężną bazą dysponujemy.

Wiemy z tego Rejestru, że ostre zespoły wieńcowe w ciągu ostatnich ośmiu lat, czyli w okresie, kiedy analizujemy te dane, zmieniają swój charakter. Wyraźnie wzrasta odsetek tak zwanych zawałów serca bez uniesienia odcinka ST, maleje odsetek chorych z niestabilną chorobą wieńcową, natomiast stosunkowo niezmiennie – na około 30-procentowym poziomie – utrzymuje się ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST, czyli ten klasyczny duży zawał serca.

Proszę państwa, z Rejestru wiemy, jak chorzy są leczeni. Oto jeden z przykładów, jak leczenie clopidogrelem – bardzo skutecznym lekiem przeciwplatekcyjnym – zmieniało się między rokiem 2003 a rokiem 2010. Proszę popatrzeć: startowaliśmy z poniżej 10-15%, a osiągnęliśmy prawie 100%. To dowód na postępującą efektywność leczenia – jest to lek o udokumentowanej skuteczności.

Stosujemy w Polsce bardzo nowoczesną, najbardziej efektywną metodę leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Proszę zauważyć, że angioplastykę wykonujemy u prawie 90% chorych z zawałem serca, u sześćdziesięciu procent chorych z zawałem serca bez uniesienia odcinka ST i 50% chorych z niestabilną chorobą wieńcową. Szczególnie imponujący jest ten odsetek chorych z zawałem z uniesieniem – 87%. To jest fantastyczny wynik.

Ta bardzo duża dostępność do tak skutecznego leczenia zaowocowała spadkiem śmiertelności wewnątrzszpitalnej z około 10% do 5% w roku 2011. Czyli, o 100% zmniejszyła się śmiertelność wewnątrzszpitalna. Proszę o następne przeżycie. Zmniejszyła się także śmiertelność jednoroczna z około 20% do około 12%.

Proszę państwa, to skuteczne leczenie i przeżywanie większości chorych okresu wewnątrzszpitalnego zawału serca, ostrego zespołu wieńcowego skutkuje tym, że coraz więcej chorych wychodzi ze szpitala, przeżywają okres wewnątrzszpitalny, ale – jak państwo widzą – znaczący odsetek chorych – 25%, czyli mniej więcej ¼ – ma cechy uszkodzenia mięśnia sercowego. To jest początek drogi do niewydolności serca. To jest na razie tylko dysfunkcja mięśnia sercowego, ale najpewniej w ciągu kilku-kilkunastu miesięcy u znaczącej części tych chorych rozwinię się niewydolność serca.

Proszę państwa, miarą sukcesu, jaki osiągnęła kardiologia polska, jest fakt, że na analizowanych 30 krajów Unii Europejskiej, Polska w leczeniu zawału mięśnia sercowego znalazła się na trzecim miejscu – po Szwajcarii i po Niemczech. Paradoksem i syndromem Polski jest fakt, że dochód narodowy brutto tych dwóch krajów jest 3-4-krotnie wyższy niż dochód Polski, a mimo to ten sukces w kardiologii, w Polsce został osiągnięty. Autorzy tego artykułu publikowanego w europejskim czasopiśmie kardiologicznym wyraźnie podkreślają, że mimo stosunkowo małych nakładów osiągnięto tak fantastyczny rezultat.

Co nam dał Rejestr? Proszę państwa, w trakcie dziesięciu lat monitorowania ostrych zespołów wieńcowych w Polsce wiemy, że poprawiła się jakość leczenia chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. Zmniejszyła się śmiertelność wczesna i odległa, i to dwuipółkrotnie. Jednocześnie dzięki Rejestrowi wiemy, że nierozwiązane są problemy wstrząsu kardiogenego, opóźnienia nowoczesnego leczenia i w końcu, niewydolności serca po zawale. Co więcej, skutecznie lecząc ostry zespół wieńcowy szybko zwiększamy liczbę chorych z niewydolnością serca. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze, za ciekawą prezentację. Wiemy, z czym mamy problem. Po prostu, wynikiem bardzo dużego sukcesu naszej kardiologii – od kilkunastu lat – niestety, jest tworzenie nierozwiązywalnego problemu, jakim jest niewydolność serca.

Poproszę pana doktora Piotra Rozentryta o pokazanie tej drugiej strony, czyli wyników leczenia, a więc postępowego wzrostu liczby chorych z niewydolnością serca, wyniku, między innymi, poprawy leczenia i sukcesu leczenia ostrej choroby niedokrwiennej serca. Proszę bardzo, panie doktorze. Pan doktor jest przewodniczącym Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Przewodniczący Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Piotr Rozentryt:

Państwo przewodniczący, drogie posłanki i drodzy posłowie, rzeczywiście mam honor być przewodniczącym Sekcji Niewydolności Serca – z tym problemem zmagamy się bardzo mocno.

Chciałbym państwu wskazać to, co jest faktem i to, czego nam brakuje. Otóż, jeśli mamy się przyjrzeć faktom, to musimy zwrócić uwagę na to, że, po pierwsze, niewydolność serca w Polsce dotyczy między 1 a 2 mln ludzi. Ta rozbieżność wynika z tego, że my po prostu nie potrafiliśmy ich policzyć. W ciągu najbliższych dwudziestu lat przybędzie mniej więcej $\frac{1}{4}$ takich chorych w naszym społeczeństwie. Co więcej, obecnie roczne koszty leczenia niewydolności serca wynoszą mniej więcej 2-3 mld zł, ale możemy się spodziewać, że za 20 lat, wskutek sukcesu leczenia ostrych zespołów wieńcowych, te koszty wzrosną o 200%. To jest estymacja – być może będzie to więcej.

Pójdźmy dalej. To są pacjenci, których jakość życia – a więc to, co mamy tu i teraz, na co zwracamy bardzo uwagę, co się przekłada na stosunki w pracy i rodzinie – jest bardzo zła. To są ludzie, którzy nie radzą sobie w codziennym życiu, a jakość ich życia jest gorsza niż dializowanych. To są pacjenci, którzy są złośliwie chorzy. Połowa wymrze w ciągu pięciu lat. Zwróćmy uwagę również na to, że jeśli porównać śmiertelność tej patologii, której tak się obawiamy – nowotworów i patologii serca, to niewydolność serca jest bardziej złośliwą patologią.

Proszę dalej. Między innymi, rak sutka i rak pęcherza moczowego mają śmiertelność dwukrotnie niższą niż niewydolność serca, a rak prostaty mniej więcej taką jak niewydolność serca.

Proszę dalej. Co nas najbardziej kosztuje? Otóż, najbardziej kosztowne są hospitalizacje. Zmagamy się z oszczędnościami lekowymi, ale proszę zwrócić uwagę na to, iż tylko 18% pieniędzy, które wydajemy na leczenie tej grupy, to wydatki na leki. Gdybyśmy poprawili organizację leczenia, byłibyśmy w stanie oszczędzać na tym wielkim „kęsie” naszych wydatków publicznych.

Proszę dalej. Zwróć państwo uwagę na to, że na dzisiaj podstawowe miejsca, gdzie hospitalizujemy, to oddziały chorób wewnętrznych. Kardiologia jest na trzecim miejscu. My oczywiście mamy największą wiedzę o tym, co dzieje się na kardiologii, ale hospitalizacji jest trzykrotnie więcej w chorobach wewnętrznych.

Zwróć państwo również uwagę na to, że jeśli patrzeć na przyczyny hospitalizacji, to na czele wszystkich hospitalizacji jest niewydolność serca. Następna, wskazująca na migotanie i trzepotanie przedsionków, zawiera w sobie znaczącą grupę ludzi, którzy mają niewydolność serca, a ta patologia, o której mówię – migotanie i trzepotanie przedsionków – jest po prostu powikłaniem. To, co jest z takim sukcesem rozwiązywane, wiąże się z hospitalizacjami dopiero w tym miejscu – proszę zauważyć, jaka jest wielka przestrzeń między hospitalizacjami z powodu zawału, a hospitalizacjami z powodu niewydolności serca. W związku z tym, mówiąc już bardziej kolokwialnie – Hannibal ante portas – my stoimy przed wielkim wyzwaniem.

Pójdźmy dalej. Czego nam brakuje? Brakuje nam mnóstwa rzeczy. Po pierwsze, jesteśmy jednym z nielicznych krajów – jednym z trzech – w którym nie ma żadnego reprezentatywnego narodowego rejestru niewydolności serca. Nie wiemy, ile ich jest w społeczeństwie, ile jest hospitalizowanych na oddziałach internistycznych, ile jest hospitalizowanych oddziałach kardiologicznych i jak są leczeni. Z tego powodu nie potrafimy

wypracować żadnych racjonalnych wskaźników skuteczności ich leczenia, w związku z czym, każdemu płacimy tak samo. Czy dobrze leczy, czy słabiej leczy, dostaje to samo. Brak jest programu wczesnego rozpoznawania niewydolności serca. W tym miejscu zwracam państwa uwagę na to, że jest świetna okazja, żeby skorzystać z bardzo dobrego Rejestru OZW, jakim dysponujemy i na tej podstawie dyspanseryzować chorych i obejmować ich bardziej racjonalną, na świecie już dobrze opisaną opieką, po to, żeby zapobiec hospitalizacjom, które kosztują nas najwięcej.

Bark jest programem implementacji wytycznych. My mniej więcej wiemy, jak postępować, natomiast nie mamy żadnego programu, jak to zrobić w praktyce. I wreszcie, brak jest zintegrowanego systemu opieki zapewniającego ciągłość od rozpoznania niewydolności, poprzez opiekę szpitalną, poprzez ambulatoryjną, która musi być zdecydowanie wzmocniona i poprzez rehabilitację, która jest immanentną częścią postępowania, a kończąc na wyrafinowanych technikach, i pamiętając o tym, że część z tych chorych będzie wymagać opieki paliatywnej. Dzisiaj zakłady opieki paliatywnej przyjmują chorych nowotworowych, natomiast wymigują się od opieki nad chorymi, którzy umierają z powodu niewydolności serca. Zauważmy, biorąc pod uwagę to, co pisze się na ten temat w Europie, że wszyscy są zgodni, że musimy optymalizować leczenie zachowawcze i przy pomocy urządzeń, potrzebna jest też edukacja pacjenta, do której niezbędny jest pewien system. Potrzebne jest zaangażowanie pacjenta – być może powinniśmy ograniczyć nacisk na bardzo wysokie technologie, a skierować nasze środki i uwagę na największą grupę, ambulatoryjnie prowadzonych chorych z niewydolnością serca – i wreszcie, multidyscyplinarność, o czym dyskutuje cały świat, ponieważ tylko udział kardiologa, i innych specjalności – rehabilitanta, dietetyka – zapewnia jakość i taką skuteczność leczenia, iż oszczędzamy na hospitalizacjach.

Od czego, w takim razie, powinniśmy zacząć? Przede wszystkim, powinniśmy tych chorych policzyć, ponieważ jest to narzędzie potrzebne do tego, żeby zrobić każdy następny krok. Zatem to, co jest bardzo ważne, to reprezentatywny rejestr niewydolności serca. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Mamy przed sobą jeszcze trzy krótkie wystąpienia. Najpierw poproszę o zabranie głosu panią profesor Janinę Stępińską, prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a później konsultantów krajowych w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii – panów profesorów Polońskiego i Imielę. Następnie zabierze głos pan minister.

Pani profesor, proszę bardzo o krótkie uwidocznienie problemu z punktu widzenia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Prezes PTK Janina Stępińska:

Witam państwa. Dziękuję za zaproszenie. Powiem może jedną rzecz – problem niewydolności serca to nie tylko problem chorych po ostrych zespołach wieńcowych. Dla tych z państwa, którzy medycyną się nie zajmują – ogromna rzesza pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, którzy na pewnym etapie mają niewydolność serca, z wadami serca, z chorobami mięśnia sercowego. Mówiąc krótko – ich liczba rzeczywiście będzie rosła.

Te cztery przeźrocza, które chcemy tu pokazać, są przygotowane wspólnie z konsultantem krajowym. Jest to stanowisko wspólne zespołu konsultanta krajowego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Myślę, że my te nasze wypowiedzi połączymy. Przekażę głos panu profesorowi, który przedstawi pomysły, jak my to widzimy.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że pani profesor to uzupełni, bo na zakończenie chciałbym poprosić o zabranie głosu głównego demiurga tej sceny chorych, ponieważ najczęściej chorych trafia w końcu na oddziały chorób wewnętrznych. Ale pan profesor zabierze głos na koniec. Panie profesorze – mówię do pana profesora Opolskiego – proszę uprzejmie.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii Grzegorz Opolski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, w uzupełnieniu tego, o czym mówił pan dr Rozentryt, jeszcze raz chciałbym podkreślić, że mamy epidemię niewydolności serca

i że ta epidemia będzie narastała. W tej chwili jest to 2-3% społeczeństwa. W związku z tym, o czym mówiliśmy, że podłożem rozwoju niewydolności serca jest choroba wieńcowa i nadciśnienie tętnicze, spodziewamy się, że ta liczba chorych będzie rosła, ponieważ żyjemy dłużej. W związku z tym, że niewydolność serca wiąże się z wiekiem starszym, powyżej 75 roku życia co druga osoba ma niewydolność serca.

W nawiązaniu do liczb, które podawał państwu pan dr Rozentryt, chciałbym powiedzieć, że w Polsce liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca wynosi obecnie 200 tys. i jest większa niż liczba hospitalizacji z powodu ostrych zespołów wieńcowych, która aktualnie wynosi około 140 tys. pod względem liczby hospitalizacji, niewysokość serca jest na pierwszym miejscu zarówno u mężczyzn, jak i kobiet powyżej 65 roku życia.

Jak mówiliśmy wcześniej, koszty związane z diagnostyką i leczeniem pacjentów z niewydolnością serca związane są z ich hospitalizacjami. Może dlatego chciałbym dodać, że niedawno ogłoszono wyniki, między innymi, częstości hospitalizacji z powodu niewydolności serca wśród 30 krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju OECD. W tym niechlubnym rankingu Polska znalazła się na pierwszym miejscu, z największą liczbą hospitalizacji. Jest to rzeczywiście bardzo duży problem.

A nawiązując do tego, o czym zaczęli mówić pani prof. Stępińska i pan dr Rozentryt, jak ten problem rozwiązać, widzimy, że ten problem powinien być rozwiązany, między innymi, poprzez poprawę koordynacji szpitalnej i ambulatoryjnej, a więc przekazywanie informacji o pacjencie z niewydolnością serca, żeby on tak często nie wracał do szpitala – bo on dwa razy w roku trafia do szpitala.

Poprawa dostępności do nowoczesnego leczenia – jakkolwiek w tym zakresie już dużo zrobiono. Chciałbym powiedzieć, że w ciągu ostatnich pięciu lat liczba wszczepianych kardiowerterów-defibrylatorów – to jest bardzo droga procedura – wzrosła w Polsce trzykrotnie. Jest to więc duży wysiłek płatnika, co należy podkreślić.

To, co – jak myślę – jest piętą achillesową, to poprawa opieki ambulatoryjnej. To jest bardzo ważne, bo wierzymy – i mamy nadzieję – że poprzez poprawę tej opieki – tak jest w innych systemach, w innych krajach – można zmniejszyć liczbę hospitalizacji. To są nasze postulaty. Poproszę panią profesor o kontynuację.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo.

Prezes PTK Janina Stępińska:

Dziękuję bardzo. Skoncentrowaliśmy się tu na kilku elementach. Pierwszym, o którym mówili moi przedmowcy, są częste hospitalizacje. Musimy mieć świadomość tego, że ci pacjenci, których nawet delegujemy do leczenia ambulatoryjnego, wracają. I wracają w stanie coraz cięższym, a duża część z nich wymaga pewnych działań, które nie są objęte żadnym świadczeniem gwarantowanym. Musimy więc wiedzieć, że chorzy trafiają z zaostrzeniami niewydolności serca do intensywnej terapii kardiologicznej i wymagają wielu dodatkowych działań. Niekiedy jest to respiratoroterapia, chemodiafiltracja, nakłucia rozmaitych jam, sposób odżywiania, wspomaganie mechaniczne. To jest jeden z elementów. Poproszę o kolejne przeżrocz.

Drugi, może nawet najważniejszy, ale нефункционujący bez pierwszego, to stworzenie programu opieki ambulatoryjnej. Wyobrażamy sobie koordynację ośrodków kardiologicznych nie tylko z kardiologami, którzy przyjmują w ambulatoriach, ale przede wszystkim z internistami i lekarzami rodzinnymi, do których *gros* chorych powinno być kierowanych przy wypisie ze szpitala, a tylko część powinna pozostawać na stałe pod opieką kardiologów. Natomiast, powinna być pewna formuła dostępności do kardiologów dla tych chorych, którzy są pod opieką lekarzy opieki podstawowej, ale potrzebują pilnej konsultacji kardiologicznej.

Ogromnie ważną rolę w takim systemie opieki ambulatoryjnej powinny pełnić pielęgniarki. Myślę, że mamy dużą grupę znakomitych pielęgniarek, ale one powinny być specjalnie edukowane do poradni zajmujących się niewydolnością serca. One mogłyby wziąć na siebie to, co jest niezwykle ważne – kontakt z pacjentami, edukację i rehabilitację. Są badania, które dowodzą tego, że dobrze zorganizowana opieka pielęgniarska redukuje istotnie liczbę hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych.

I ostatnie przeżycie poproszę. Jest to problem, z którym również – niestety – musimy się zmierzyć. Jest to stworzenie programu opieki paliatywnej nad chorymi nierokującymi. Mamy już taką, coraz starszą grupę chorych z niewydolnością serca, dla których leczenie szpitalne, nawet w wysokoprofilowych szpitalach, nie ma żadnej przewagi w stosunku do pobytu w dobrze zorganizowanym ośrodku na wzór hospicjum. I stąd nasz postulat do płatnika o uwzględnienie tych elementów w wycenie procedur leczenia, zarówno w oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej, jak i w leczeniu ambulatoryjnym. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Dziękuję bardzo, panie profesorze. Bardzo poproszę o zabranie głosu pana profesora Jacka Imiełę, konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Panie profesorze, mam pytania. Sądzę, że pan na nie odpowie. Myślę, że mamy do czynienia z pewnym zachwianiem systemu organizacyjnego. Czy na czele leczenia powinien być szpital, czy ambulatorium, czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej? Proszę uprzejmie.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Jacek Imieła:

Tak, dotknął pan zasadniczej sprawy – o tym mówi się powszechnie. Wiadome jest, że podstawą leczenia jest leczenie ambulatoryjne, podstawowa opieka zdrowotna – leczenie poradniane. Szpital jest relatywnie drogi. Leczenie w szpitalu jest koniecznością, jeżeli chory tego wymaga. Natomiast ideałem jest, abyśmy mogli w sposób właściwy i profesjonalny leczyć chorych ambulatoryjnie. I tu, oczywiście, zaczynają się schody, bo nasz system – już nie będę wnikać dlaczego, bo państwo posłowie wiedzą to pewnie dość dobrze – nie za bardzo umożliwia to... Mówimy tu o niewydolności serca. Mogę również powiedzieć o rzeczach ogólnych, ale jeżeli chodzi o niewydolność serca, to według mnie problem jest taki – mówię to jako internista, choć od lat zajmuję kardiologią, i stąd moja obecność tutaj.

Otóż, w tym systemie, niestety – to pierwsza rzecz, o jakiej była tu mowa – zbyt późno rozpoznaje się niewydolność serca, dysfunkcje serca. Gdyby wcześniej ci chorzy byli rozpoznani ambulatoryjnie, czyli innymi słowy, gdyby była większa dostępność do badań, gdyby być może było bardziej profesjonalne wykształcenie lekarzy, którzy przyjmują chorych ambulatoryjnie, być może, gdyby był większy kontakt z kardiologami, to wcześniej rozpoznawana byłaby niewydolność serca i być może w bardziej właściwy sposób leczona.

W momencie, kiedy o tym mówimy, nie można oderwać się od finansów. Pamiętajmy, że niewydolność serca jest tylko jednym z elementów, o którym tutaj mówimy, bo zazwyczaj ci chorzy mają więcej chorób. Tutaj bardzo ładnie w punktach było to wymieniane – tak to wyglądało, jakby ci chorzy mieli jedną chorobę. Oni mają wiele chorób i te choroby są leczone.

Dlaczego leczenie w szpitalu jest bardzo drogie? Dlatego, że są to dni hospitalizacji, NFZ płaci tylko za jedną procedurę, a my leczymy wiele chorób i wykonujemy całą masę badań. W związku z tym, cała rzecz polega na tym, żeby mniej chorych hospitalizować lepiej ich diagnozując i lecząc ambulatoryjnie, a w warunkach szpitalnych za niektóre procedury płacić więcej lub płacić za więcej procedur. Wiem, że wielu krajów i systemów na to nie stać, ale można to rozważyć tak, żeby taka możliwość była, bo niewydolność serca jest zazwyczaj chorobą, która niekoniecznie dominuje – może być chorobą towarzyszącą.

Druga sprawa, która tu była poruszona przez dra Rozentryta na początku – żebyśmy wiedzieli, ilu tych chorych mamy. My – interniści i kardiolodzy – próbujemy to policzyć w warunkach szpitalnych, ale niech chociaż tyle będzie wiadomo, ile jest naprawdę hospitalizacji. Tu mówiono, że większość hospitalizacji jest w oddziałach wewnętrznych. Pewnie tak, ale profesjonalne wyliczenia są jeszcze dla nas niedostępne. Podejmujemy wspólnie próbę stworzenia takiego rejestru i policzenia, ilu tych chorych jest. Co więcej, warto byłoby wiedzieć, ile, tak naprawdę, kosztuje leczenie niewydolności serca u takich

złożonych chorych. Być może uda się nam to w jakiś sposób pokazać w tego typu pracy, którą chcemy podjąć.

Innymi słowy – podsumowując – wyobrażam sobie, że nie ma możliwości leczenia niewydolności serca tylko przez jedną specjalność. Jasne, że muszą dominować kardiologowie – muszą nadawać kierunek i profesjonalnie postępować z lekarzami z innych dziedzin – ale większość chorych z niewydolnością serca będzie leczona przez internistów i lekarzy rodzinnych. Wobec tego, trzeba zadbać o to, żeby cały system nam to umożliwił. Myślę, że my dajemy przykład tego typu współpracy. Zresztą ja próbuję podejmować podobne działania – jako konsultant krajowy w zakresie interny – z lekarzami z innych dziedzin: reumatologii, geriatrici. Kardiologia jest dla nas modelowa, bo współpracujemy od dawna.

Chcę jeszcze zwrócić uwagę na jedno. Wspomniano tu, że warto byłoby tych chorych leczyć po szpitalu w poradniach. My od lat walczymy o to, żeby otworzyć poradnie internistyczne, które by były dostępne. Nie będę państwu wymieniał, ile pism napisałem w tej sprawie. Ktoś je kiedyś zlikwidował, i nie ma tych poradni, a one by mogły doskonale prowadzić chorych po szpitalu i chronić szpital od przyjmowania chorych, którzy mogliby szpital ominąć. Zatem, przy okazji o tej sprawie przypominam. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję, panie profesorze. Rozumiem, że rysują się nam pewne postulaty, które środowisko fachowców i specjalistów daje nam pod rozwagę.

Poprosiłbym teraz pana ministra o przedstawienie skrótowej informacji. Przypomnę, że ta informacja jest dostępna na stronach internetowych Komisji Zdrowia – już nie każe wycinać lasów, jak mnie opisywano w prasie, w przypadku drukowania każdej informacji, skoro mamy iPady. Ta więc, na naszych stronach jest ta informacja, a pana ministra poproszę o próbę jej podsumowania, bo jest ona dość szczegółowa, aczkolwiek wszędzie brakuje wiedzy. Dopóki tej wiedzy nie będziemy mieli, jak w przypadku POLKARD-u, dotyczącej ostrych schorzeń serca, tak długo będziemy chodzili we mgle. I nie jest prawdą, że jeśli nam się uda coś zaoszczędzić dzięki rygorystycznemu stosowaniu ustawy refundacyjnej, to nie wybuchną jakieś konsekwencje, bo być może te środki należało przeznaczyć na profesjonalne leczenie w POZ-ie – bo, panie profesorze, sądzę, że bez POZ-u się nie obędzie, nie da się tego leczyć wyłącznie u kardiologów, bo w Europie nie ma tylu kardiologów, żeby się tylko tym zająć – i w poradniach kardiologicznych. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni goście, przede wszystkim chcę podkreślić, że bardzo się cieszę, że doszło do takiego spotkania i tej debaty, bo chociaż mamy wiele problemów ważnych epidemiologicznych, ten rzeczywiście wydaje się bardzo istotny i zasługuje na szczególne podkreślenie. Cieszę się tym bardziej, że środowisko, które podnosi ten temat, to jest środowisko, z którego się wywodzę – mam wrażenie, że ten temat czuję i nie tylko intuicyjnie, ale i merytorycznie zgadzam się z tezami, które tu państwo postawili. Co więcej, muszę podkreślić bardzo dobrą współpracę z resortem ze strony konsultantów krajowych i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jesteśmy bardzo mocno wspierani merytorycznie w zakresie działań. Również materiały, które przygotowujemy, między innymi, na spotkania z państwem, są też wynikiem takich konsultacji, za co bardzo dziękuję. Chcę równocześnie podkreślić, że to rozumienie tematu, to nie są tylko puste deklaracje. Chciałbym zapewnić – i mam nadzieję, że z drugiej strony również będzie taka deklaracja – o ścisłej współpracy po to, żebyśmy mogli systemowo pewne rzeczy zmienić. Bo jeżeli jest zrozumienie kwestii, to już jest bardzo dużo.

Nie będę tu przywoływał wszystkich danych, ale pokrótce, ponieważ nie wszyscy są zagłębieni w temacie – tę informację powinniśmy przede wszystkim zaprezentować państwu posłom, a nie wszyscy są lekarzami – postaram się w sposób ogólny przytoczyć trochę danych, które obrazują skalę zagadnienia.

Jak państwo już powiedzieli, jeśli chodzi o problem niewydolności serca, możemy już mówić o epidemii, nie tylko w polskim społeczeństwie, ale we wszystkich społeczeń-

stwach, które się starzeją. Z jednej strony, jest to kwestia związana ze starzeniem się społeczeństwa – wzrastająca średnia wieku powoduje skokowy wzrost odsetka rozpoznanych niewydolności serca – ale, z drugiej strony – dobrze, że zostało to podkreślone – przywołany Rejestr pana profesora Polońskiego pokazuje spektakularny sukces medycyny naprawczej w Polsce w ciągu ostatnich lat – bez precedensu, patrząc na Europę. Przy relatywnie niewielkich nakładach – jako przedstawiciel resortu, chciałbym pokazać bardzo optymistyczne dane wzrastające, jeśli chodzi o wzrost nakładów, ale przyznając, że jeśli chodzi o proporcje, porównujemy się z krajami wysokorozwiniętymi – patrząc na kraje wyżej od nas rozwinięte gospodarczo, udało się osiągnąć spektakularny sukces. To jest cena. Bardzo się cieszę, że możemy mówić o takiej cenie, czyli, w tej chwili, o epidemiologii niewydolności serca, bo, po pierwsze, płacimy ją za wzrost długości życia w Polsce, a po drugie, za spektakularną poprawę działań w zakresie medycyny naprawczej, w tym przypadku kardiologii inwazyjnej.

Jeśli chodzi o parametry epidemiologiczne, rzeczywiście, według danych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego możemy mówić, że przynajmniej 15 mln osób w Europie, spośród prawie 900 mln populacji badanej przez ESC – w tym między innymi Polskę – jest dotkniętych tym schorzeniem. Skala problemu jest ogromna. Szacunkowo jest to 4% populacji, w zależności od tego, jak będziemy do tego tematu podchodzili. Są różne dane – od 0,4 do 2%, co oznacza – jeśli chodzi o parametry dla Polski, przynajmniej te, którymi dysponujemy, jeśli chodzi o poziom leczenia – 180-220 tys. osób hospitalizowanych z powodu niewydolności serca – są to dane odpowiednio dla lat 2008 i 2010 – w tym około 10 tys. osób z ciężką niewydolnością serca, które stanowią największy problem nie tylko dla płatnika, ale i dla organizatora ochrony zdrowia. W tych danych są również dane osób, które są kwalifikowane do przeszczepów.

Przypomnę – wynika to jednoznacznie z mojej praktyki klinicznej i z danych, które mamy – że odsetek osób, które kwalifikujemy do bardzo zaawansowanych działań naprawczych, od wszczepiania ICD resynchronizujących po przeszczepy serca, znacząco podraża te koszty systemowe. Jest to pewna grupa, epidemiologicznie może nie najważniejsza, chociaż, jak państwo wiedzą, nie jesteśmy w stanie finansowo sprostać zaleceniom wszczepiania kardiowerterów-defibrylatorów wszystkim z frakcją poniżej 35%. Trzeba jednak powiedzieć, że w skali całej populacji możemy tu mówić o problemie w zakresie osób, które niekoniecznie mają najbardziej nasilone objawy niewydolności serca, ale z punktu widzenia populacyjnego stanowią jej najistotniejszy odsetek. Tu rzeczywiście ukłon, głównie w kierunku lekarzy POZ-u – internistów i w zaawansowanych przypadkach, w kierunku kardiologów.

Jeśli chodzi o poziom finansowania, jeżeli mówimy o dwóch procentach budżetu na opiekę zdrowotną, to mimo takich nakładów wciąż mówimy o wysokiej śmiertelności, ale to są tendencje światowe. Mimo tych ogromnych nakładów wiemy, że proporcje tego, co uzyskujemy wtórnie do zainwestowanych środków, w miarę zaawansowania choroby stają się mniej spektakularne krótko mówiąc, leczenie tych chorych jest coraz bardziej chore, w miarę nasilenia objawów niewydolności serca, a wyniki uzyskiwane są relatywnie mniej spektakularne. Średnie przeżycie osób po 75 roku życia – przytoczę dane – nieznacznie przekracza trzy lata od momentu rozpoznania niewydolności serca, a pięcioletnie przeżycie u osób powyżej 80 roku życia to poziom 19-20%.

Patrząc na tendencje populacyjne, na starzenie się społeczne, możemy właściwie oczekiwać, jeżeli chodzi o Polskę, że w połowie wieku odsetek chorych z rozpoznaną niewydolnością serca na różnym poziomie jej zaawansowania może sięgać nawet 35%, więc rzeczywiście mamy zgodną konkluzję odnośnie do tego, że jeśli chodzi o poziom problemów w sensie epidemiologicznym, jest to bardzo duży kłopot dla całego systemu.

Poziom wydatków, który przytoczyłem – 1-2% – jest porównywalny z krajami wysokorozwiniętymi. To warto odnotować – w Niemczech te koszty to 1,1% całego budżetu – pamiętając, że to są inne budżety. Mówimy o danych proporcjonalnych, ale odnosimy się do tego, co proporcjonalnie jesteśmy w stanie przeliczyć. W Wielkiej Brytanii jest to poziom 1,9%, w Stanach Zjednoczonych około 2%, w związku z tym, są to porównywalne parametry. Zgoda odnośnie do tego, co państwo powiedzieli na temat braku danych, i pełna zgoda odnośnie do tego, że dane rejestrowe byłyby najlepszą formą

posługiwania się taką informacją. Rzeczywiście moglibyśmy wtedy mieć bardziej szczegółową informację dotyczącą chociażby tego, w jakich zakresach mamy chorych, jak ich leczymy, w jaki sposób i jakie są to koszty – moglibyśmy to bardziej precyzyjnie określić. Niemniej jednak chcę powiedzieć, że my na użytek wewnętrzny posługujemy się chociażby danymi z POLKARD-u. Przypomnę, że są to dane z ponad 400 praktyk lekarzy rodzinnych i ponad prawie 400 przychodni specjalistycznych oraz 259 szpitali. Te dane świadczą o tym, że ten poziom finansowania, jeśli chodzi o bezpośrednie koszty leczenia chorego na niewydolność serca, w zależności od przyjętych założeń wynoszą – mamy ogromną rozpiętość tego finansowania – od 3,5 tys. zł do prawie 87 tys. zł na pacjenta. Te dane są zobrazowane w tabelach – nie będę ich szczegółowo państwu przytaczać. Zapraszam do analizy tych informacji, które są zawarte w zestawieniu.

Nie chcąc przedłużać, powiem tylko kilka słów na temat poziomu przygotowania kadr. Jeśli chodzi o kadry, w kontekście naszej rozmowy mówimy głównie o kardiologach, ale – jak słusznie państwo zauważyli – bez intensywnego wsparcia internistów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w sensie systemowym, na pewno sobie z tą sprawą nie poradzimy. Powiem tylko, że jeśli chodzi o kardiologię, mamy akurat bardzo satysfakcjonujące dane. Nawet ostatnio prowadziliśmy rozmowę na temat tego, w jakiej mierze jesteśmy w stanie obronić argument, że kardiologia, w sensie kształcenia kadr, powinna być priorytetową specjalnością. Wydaje się, że będzie to trudne do obronienia, ponieważ mamy do czynienia rzeczywiście z kolejnym sygnałem – znaczącym wzrostem liczby specjalistów w zakresie kardiologii w ciągu ostatnich lat.

Dane z sierpnia 2012 r. mówią o tym, że mamy dostępnych 36.784 miejsca szkoleniowe w prawie 5200 jednostkach szkoleniowych. Dla porównania, w 2008 r. było to niecałe 4400 jednostek szkoleniowych, w których było 31.336 miejsc. W dziedzinie kardiologii uprawnionych do prowadzenia specjalizacji jest 167 jednostek posiadających 1901 miejsc szkoleniowych – to też jest stan z sierpnia 2012 r. Natomiast w 2008 r., cztery lata wstecz, było tylko 114 jednostek z 998 miejscami szkoleniowymi. W związku z tym, w tej chwili, według danych CMKP, specjalizujących się lekarzy jest 1569, w tym 595 w trybie rezydenckim – przypominam, że ten tryb do tej pory funkcjonował jako pewien priorytet, co stanowiło zachętę do kształcenia się w tym kierunku. A jeśli chodzi o dane dotyczące informacji odnośnie do aktualnie funkcjonujących na rynku medycznym lekarzy ze specjalizacją z kardiologii, to według Centralnego Rejestru Lekarzy z końca września tego roku, mamy 2914, w tym 2832 lekarzy wykonujących czynnie zawód.

Jeśli chodzi o działania w zakresie profilaktyki, to również, jeśli chodzi o osoby funkcjonujące w środowisku kardiologicznym, przytoczę je bez szczegółów. Przypomnę, że są pewne inicjatywy, w dużej mierze środowiska, jednak bardzo aktywnie wspierane przez resort, takie jak: „Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego” – od 2003 r. są już cztery edycje tego programu; „Polski projekt 400 Miast”; projekt „Szansa dla młodego serca”. Są to projekty, których zadaniem była poprawa dostępności informacji edukacyjnej, ale też, wtórnie, zebranie tej informacji w zakresie epidemiologii czynników ryzyka. Te projekty w dużej mierze przyczyniły się do rozpoznania tej niewiadomej epidemiologicznej, o której państwo wspomnieli. Oczywiście, one nie spełniają takiej roli, jaką spełniłby rejestr. Tu znowu pełna zgoda odnośnie do tego, że do tematu rejestru z całą pewnością będziemy musieli wrócić. Będziemy traktowali tę kwestię priorytetowo, a więc z pewnością ten temat będzie jeszcze wracać w naszych rozmowach. Zapraszam przedstawicieli środowiska do kontaktów z resortem. Zresztą my chyba zainicjujemy tego rodzaju kontakt. Myślę, że te szczegóły będziemy w stanie omówić.

Jeśli chodzi o kryteria świadczeń, ta kwestia będzie zawarta w raporcie – nie będę ich państwu przytaczał. Kryteria zawierania umów są właściwie w gestii płatnika. Chcę jednak powiedzieć, że również w tym zakresie mamy do czynienia ze znaczącym, bardzo dynamicznym wzrostem liczby jednostek prowadzących działalność w zakresie kardiologii inwazyjnej – co pokazał wcześniej pan profesor Poloński, a niejednokrotnie pokazywał pan profesor Opolski – stąd ten spektakularny sukces w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Myślę, że jesteśmy już na takim etapie, kiedy możemy powiedzieć, że zachęty płatnika – bo tak możemy to nazwać – dotyczące finansowania lecze-

nia ostrych zespołów wieńcowych spełniły swoją rolę. Myślę, że ogromny rozwój w tej dziedzinie jest jednak wtórny do dobrego finansowania tej dziedziny, i że to oznacza, iż pora na konsumowanie skutków tego spektakularnego przyrostu, czyli zastanowienie się nad rozsądnym przekierowaniem, redystrybucją tych środków również w inne sfery kardiologii. W tym wypadku, nie jest to tylko kardiologia, bo – jak wspominał pan profesor Armila – tak naprawdę, jest to element postępowania i geriatrów, i internistów. Jest to więc interdyscyplinarna rzecz, która dotyka, tak naprawdę, wszystkich specjalności, które zajmują się leczeniem człowieka dojrzałego i starszego.

Zanim na dosłownie dwie minuty oddam głos panu prezesowi, bo chciałbym, żeby pan prezes powiedział państwu kilka zdań na temat zakresu finansowania kardiologii, bo to również jest w państwa zestawieniach, chciałbym się ustosunkować do tych uwag, które padły w trakcie prezentacji. Chcę powiedzieć, że w pewnej mierze te postulaty, o których państwo wspomnieli, dotyczące przełożenia akcentów w leczeniu z opieki szpitalnej na opiekę ambulatoryjną – oczywiście z tym absolutnie nie polemizuję, bo jest to zasadne i zgodne z trendami światowymi – znajdują odzwierciedlenie, być może jeszcze nie systemowo, ale w pierwszej fazie powstawania systemu opieki komplementarnej jakiego byśmy chcieli i oczekiwali. Czyli, jednak skłonić świadczeniodawców przy pomocy pewnych bodźców, najpewniej finansowych – chociaż będzie to pewnie wymagać konsultacji z państwem, w jakiej formie i w jakiej mierze te akcenty finansowe przesuwac – ale również ram organizacyjnych, żebyśmy przez komplementarność opieki uznali to, że świadczeniodawcy będą zainteresowani tym, żeby tworzyć te poradnie, o których pan profesor wspominał. Oczywiście możemy się zastanowić nad ustaleniem formuły tych poradni, czy to będą poradnie wysokospecjalistyczne kardiologiczne, czy też szeroko dostępne internistyczne. Z całą pewnością, jeśli chodzi o poziom kształcenia, zdecydowanie trzeba by poprawić kwestie związane z kształceniem lekarzy w zakresie geriatry, ale też w zakresie kardiologii – mówię o lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej – i lepiej w systemie umocować lekarzy internistów, o co apeluję od pewnego czasu. Wobec wszechobecnego naporu na specjalizowanie się, wydaje się – wbrew powszechnemu mniemaniu, nie są to lekarze ogólni, a są to specjaliści – że wymagają oni zdecydowanie lepszego umocowania w systemie.

To są rzeczy, które będą wymagały zaangażowania resortu – i tu deklaruje współpracę – ale przy pełnym zaangażowaniu środowiska, które do tej pory było bardzo satysfakcjonujące. Mam nadzieję, że tak będzie nadal.

Jeśli chodzi o kwestie związane z kształceniem, w tym zakresie również na poziomie CMKP rozpoczęliśmy rozmowy i staramy się zdobywać środki unijne – mogę powiedzieć o co najmniej dwóch programach, które będą skupiały się na poprawie efektywności kształcenia, głównie w zakresie geriatry. To są działania, które również będą implementować pewne kwestie związane z postępowaniem w zakresie diagnostyki i leczenia osób w wieku podeszłym w zakresie chorób układu krążenia. Między innymi w tym, co jest populacyjnie najistotniejsze, czyli niewydolności serca. Jeden z tych projektów już rusza, a drugi jest w fazie koncepcyjnej i myślę, że najpóźniej za trzy miesiące będzie gotowy do przedstawienia na poziomie europejskim. W perspektywie kilku miesięcy mamy już obietnicę tego, że jesteśmy w stanie ruszyć z tym w nieco większym zakresie niż do tej pory.

Jeśli chodzi o poziom kształcenia, to w resorcie jest już gotowe rozporządzenie, które mocuje w systemie nowy modułowy system specjalizacyjny. Ono będzie wymagało na poziomie współpracy z CMKP szczegółowych ustaleń dotyczących programu. I tu również ukłon w państwa stronę. Oczywiście kwestie związane z poprawą kształcenia, podejmiemy zdecydowanie również we współpracy ze środowiskiem.

Tyle, jeśli chodzi o tę informację. Na dwie minuty oddam jeszcze głos panu prezesowi Pakulskiemu, żeby przedstawił zakres finansowania kardiologii i niewydolności serca w minionych latach. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Proszę pana prezesa. Prosiłbym o skrótową informację, głównie wykazanie trendów, a nie dane w liczbach bezwzględnych. Wiemy, jaka jest składka i jakie są środki. Interesują nas trendy – czy są wzrostowe, czy nie, i czy ewen-

tualnie są jakieś alokacje, czyli przesunięcia z lecznictwa szpitalnego na ambulatoryjne lub odwrotnie. Proszę bardzo.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie i panowie, to, co mówiliśmy dzisiaj o ewidentnym sukcesie, jaki odniosła polska kardiologia w ostatnich latach, to przede wszystkim efekt doskonałej pracy kardiologów, ale też istotnego przyrostu finansowania tych świadczeń. Chciałbym to państwu zademonstrować porównując wartość umów w zakresie kardiologii z leczeniem szpitalnym, w latach 2004-2012. Zaczynaliśmy to finansowanie świadczeń z poziomu nieco ponad miliarda złotych w 2004 r. A ostatnia wartość to ponad 2 mld 850 mln zł. Zatem prawie trzykrotnie zwiększyliśmy wartość świadczeń w zakresie kardiologii w leczeniu szpitalnym. To pokazuje ewidentnie trend wzrostowy. Muszę jednak powiedzieć, zważywszy na pewną stabilizację przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, że takiej dynamiki, niespotykanej w historii nakładów na opiekę zdrowotną, nie jesteśmy utrzymać przez dłuższy czas. Być może teraz jest pora na to, aby rozważyć to, co powiedział pan minister, czyli odpowiednią dystrybucję tych środków. Udział wartości świadczeń w zakresie kardiologii w stosunku do innych wartości utrzymuje się mniej więcej na stałym poziomie około 11,5%, przy czym – co istotne – w ostatnich latach, czyli od 2009 do 2010 i od 2010 do 2011, kardiologia partycypowała w jednej czwartej w przyrostach nakładów na świadczenia zdrowotne.

Jak to wygląda szczegółowo w innych zakresach świadczeń? W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej ten wzrost również jest zauważalny. Oczywiście, mówimy już o innej skali nakładów, ale w roku 2010 wartość umów w zakresie kardiologia i kardiologia dziecięca w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych wyniosła 206 mln 756 tys. zł, a w 2012 r. – 289 mln 684 tys. zł, a więc – jak widać – następuje istotny wzrost nakładów.

Odnosnie do samych nakładów, jeśli chodzi o niewydolność serca, mogę powiedzieć, że mamy również dane dotyczące świadczeń rozliczanych z rozpoznaniem niewydolności serca poza kardiologią. I faktycznie, w 2010 r., na przykład przy leczeniu szpitalnym, to było 344 mln zł, a w 2011 r. – 341 mln zł, a w pierwszym półroczu 2012 r. 185 ml zł, przy czym te dane za 2012 r. mogą ulegać zmianie, ponieważ wiarygodne dane będziemy mieć po zamknięciu roku rozliczenia wszystkich świadczeń. Jednak już z tych pobieżnych wartości widać, że utrzymany jest trend wzrostowy wydatków. To oczywiście ma związek z epidemiologią – mam tego świadomość, natomiast – jak widać – zarówno finansowanie świadczeń, jak i liczba tych świadczeń do tej pory zwiększa się.

Jeśli państwo pozwolą, jeszcze jedna informacja – z czego wynika ta liczba pacjentów, którzy są leczeni z powodu niewydolności serca. Otóż, na pewno jest to też pochodna liczby wykonanych zabiegów PCI w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców. Zaczynaliśmy w 2004 r. – według danych, którymi my dysponujemy – od 1400 zabiegów na milion mieszkańców. Średnią europejską w okolicy 2800 zabiegów osiągnęliśmy na przełomie lat 2008 i 2009, natomiast obecnie – są to dane z roku 2011 – jest to 3378 zabiegów. Przekraczamy więc średnią europejską, jeśli chodzi o liczbę zabiegów. Taki jest też – jak sądzę – naturalny postęp chorób, że te osoby, które wcześniej nie miały szansy przeżycia ostrych zespołów wieńcowych, teraz w naturalny sposób wchodzą w etap niewydolności serca.

W związku z tym, jedna uwaga. Myśląc tylko o tym, żeby zwiększać ilość środków na zabiegi związane z leczeniem ostrych zespołów wieńcowych i w następstwie niewydolności serca, wpadamy w pułapkę. Sądzę, że wszyscy musimy się tu bardziej pochylić nad profilaktyką pierwotną schorzeń układu krążenia, bo faktyczny efekt poprawy stanu zdrowia Polaków będziemy mogli uzyskać tylko przez zapobieżenie wystąpieniu tych schorzeń.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za te informacje. Przystępujemy do dyskusji. Chciałbym sobie udzielić głosu na początek, bo generalnie wszystko zostało powiedziane poza tym, że nadal niewiele wiemy o skali problemu, czyli o tym, co jest związane z niewydolnością serca.

Rozumiemy, że udało się wprowadzić program, który z pariasa Europy zrobił z nas czempiona, jeśli chodzi o leczenie ostrych zespołów wieńcowych, łącznie z zawałem mięśnia sercowego. Niestety, tego samego nie możemy powiedzieć o następstwach, czy

wyniku tego postępu. Najbardziej dotyka mnie poziom niewiedzy, czyli ignorancja w stosunku do liczb i pewnych rejestrów. Dziwi mnie to, tym bardziej, że takie rejestry są – przedstawił je pan profesor Poloński. Jeżeli chodzi o ostre zespoły wieńcowe są dokładnie opracowane. Jest to podstawowe narzędzie racjonalnego wykorzystania środków. Nie ma narzędzia innego niż wiedza. Tego nam brakuje.

Mam pierwsze pytanie do pana ministra, a potem udzielę głosu innym. Mamy przecież ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia. Nie byłoby dobrze, gdybyśmy wydawali środki finansowe – bo przecież budowa każdego systemu kosztuje – powielając te systemy. Czy to, co przygotowuje Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w jakiś sposób koresponduje z tym, o czym mówił pan dr Rozentryt, czyli deficytem rejestru niewydolności serca i czy rozmowa, żeby ten system budować, jest w jakiś sposób skonsumowana, chociażby przez to Centrum? Nic nie wiem na ten temat. Myślę, że pan minister powinien się zorientować, bo byłoby niedobrze, gdybyśmy powielali różnego rodzaju rejestry. A z tego, co pamiętam, w czasie procedowania tej ustawy, liczba platform, które budowały różnego rodzaju rejestry była przeogromna. I ten system miał jeszcze duże wsparcie, bo prawie miliard złotych, łącznie z ponad 200 mln euro do wykorzystania w ramach pomocy z Unii Europejskiej. To po pierwsze trzeba by wyjaśnić.

I druga rzecz. Zdajemy sobie sprawę z tego, że nie będzie możliwa dynamika 300%, jaka była uzyskiwana w ostatnich kilku latach, jeżeli chodzi o leczenie ostrych zespołów wieńcowych. Tego nie uda się już powtórzyć, bo po prostu nie mamy takich pieniędzy. Czy jest możliwość innego, racjonalniejszego wykorzystania tych środków? Głównie chodzi mi o to, co nazywam skoordynowaną opieką zdrowotną, a tu mówi się o leczeniu komplementarnym, to znaczy, że pacjent nie błądzi po systemie i nie jest przypadkowo ewidencjonowany raz w oddziale internistycznym, a w innym przypadku, w poradni kardiologicznej specjalistycznej, a w jeszcze innym, u lekarza POZ-u. Wszyscy w tym systemie starają się mu pomóc i leczyć, natomiast część nie wie, co robi AOS i co robią odpowiednie szpitale, łącznie z kardiologiem. Pani poseł Hrynkiwicz, proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiwicz (PiS):

Ja też chciałabym zapytać pana ministra – jak te trzy systemy, które państwo budują, mają się do tego, aby dobrze rejestrować to, o czym tu mówimy i wreszcie odkryć to, czego brakuje.

Chcę jednak powiedzieć, panie ministrze, że są pewne dane, które można wykorzystywać. Są źródła danych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, tam, gdzie przyznaje się renty i tam, gdzie rejestruje się różne zdarzenia. Ważne dane medyczne są w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w instytucjach ubezpieczeniowych. Te dane można przeanalizować. One zawierają bardzo interesujący materiał.

Chcę też powiedzieć, że takie rejestry – może niezbyt dokładne, ale orientujące przynajmniej na poziomie polityki zdrowotnej – prowadzi Główny Urząd Statystyczny. Prowadzi też badania – ostatnie badania były w grudniu 2009 r. Sądzę więc, że z tych danych... Przecież dysponuje pan dużą grupą urzędników, którzy zdolni są takie dane przeanalizować. Takie dane można naprawdę przy pomocy niewielkich środków – podkreślam, niewielkich – zebrać i wykorzystać.

Natomiast, oczywiście podzielam wszystkie te zdania dotyczące stosunkowo dobrego poziomu kardiologii w Polsce, ale, ponieważ jestem systematyczną czytelniczką i analityczką danych demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego, chcę powiedzieć, że dane opublikowane w lipcu 2012 r. potwierdzają ciągle, że współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 roku życia jest trzykrotnie wyższy niż wśród kobiet w tym wieku. A relacja ta utrzymuje się jeszcze w większym natężeniu w grupie osób w wieku 55-59 lat.

To jest sprawa niezwykle istotna. Oczywiście możemy mówić w żartach – i ja to czasami mówię – że ruch feministyczny w Polsce powinien się zająć głównie nadumieralnością mężczyzn, ale poza żartami, chciałabym zapytać pana ministra i panów profesorów, co w tym zakresie się robi, bo to są ogromne straty. Już nie będę mówiła o stratach ludzkich – to są różnego rodzaju ludzkie nieszczęścia. To są zgony młodych ludzi, głównie młodych mężczyzn. Kiedyś o tym się bardzo dużo mówiło – mówił o tym dużo śp. pan

profesor Religa. Ja mówię o nowych danych, więc one dotyczą roku 2011. Co w tej sprawie się robi? Czy w tej sprawie jest podjęty jakiś program? Czy są zastosowane jakieś specjalne badania, bo jest niezwykle trudna sprawa? My możemy, rzecz jasna, chwalić się, że jest bardzo dobrze, a nawet jeszcze lepiej – że jesteśmy w czołówce, dogoniliśmy Europę, a nawet ją przegoniliśmy – ale są takie sprawy, o których powinniśmy mówić, szczególnie w Komisji. Chciałabym więc zapytać – czy ten problem jest zauważany i jaka jest reakcja odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w Polsce, jeśli chodzi o to zagadnienie?

Prosiłabym jeszcze o wyjaśnienie, dlaczego w Warszawie czeka się kilka miesięcy na konsultację u kardiologa? I to nie dotyczy tylko ludzi młodych, choć oni też takiej konsultacji potrzebują. Właściwie w każdej przychodni dowiaduję się, że na najwcześniejsze przyjęcia trzeba czekać dłużej niż pół roku. One są realizowane po 6, 8, 9 miesiącach. Taka konsultacja, jeśli jest potrzebna, powinna być udzielona natychmiast.

Ja mieszkam na wsi. W mojej wsi bardzo dużo osób bierze leki na serce – jak mówią moi sąsiedzi, ale nikt z nich od lat – a mieszkam tam 12 lat – nie widział kardiologa. I tak biorą te leki na serce. Moim zdaniem, to też jest jakiś problem. Ja nie jestem lekarzem, więc moja obserwacja jest raczej socjologiczna niż medyczna, ale myślę, że jeśli internista leczy latami bez konsultacji z kardiologiem, a przecież zmienia się stan zdrowia pacjenta, jego wiek i sytuacja, to chyba jest w tym coś nieprawidłowego. Być może tak jest prawidłowo, a jeśli tak jest, to proszę mnie wyprowadzić z mojej obawy, że jest nie-dobrze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan poseł Hoc, a potem pani przewodnicząca Małecka-Libera i pan poseł Miller. Proszę uprzejmie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam kilka refleksji i proszę nasze autorytety naukowe, a także pana ministra, o ustosunkowanie się do nich. Najpierw powiem o pewnych paradoksach, które nawet słyszymy tutaj, w tej sali. Po pierwsze, mamy wymierny sukces w kardiologii inwazyjnej, interwencyjnej. Jesteśmy tego świadkami na co dzień – albo my tego doświadczamy, albo nasi bliscy. Jest to rzeczywiście wymierny sukces, myślę, że na skalę światową. Natomiast w niewydolności krążenia takich trendów nie obserwujemy. Nie wiem, czy dobrze powiem, ale praktycznie pięcioletni wskaźnik przeżycia osób z niewydolnością krążenia jest gorszy od pięcioletniego wskaźnika przeżycia osób z chorobami nowotworowymi, oprócz raka płuc. Wystarczy powiedzieć, że jeśli chodzi o pacjentów z niewydolnością IV klasy NYHA, w ciągu roku umiera ich 60%. Jest to poważny problem.

Mamy więc dwa całkiem odmienne zjawiska – z jednej strony całkowity sukces, a z drugiej, nie tylko nie sukces, ale trend dołujący, przy czym mamy tych samych specjalistów – doskonałych lekarzy – ten sam sprzęt, te same leki. A więc coś jest nie tak, tym bardziej, że jak teraz wiemy – tak, jak pan przewodniczący powiedział – z biedaków staliśmy się krezusami, jeśli chodzi o liczbę zabiegów na milion mieszkańców. Wystarczy powiedzieć, że PCI na 1 mln mieszkańców mamy w Polsce najwyższe wśród krajów Europy, bo chyba 3400 na milion mieszkańców, natomiast inne kraje standardowo – 2800, czyli jesteśmy na bardzo wysokim miejscu.

Zatem, krótko mówiąc – czy ten sukces nas nie przerasta? Czy nie jest tak, że są to wysokospecjalistyczne nielimitowane zabiegi, a więc wchodzimy na niebezpieczny obszar, że robimy, ile potrzeba, natomiast, jeśli chodzi o niewydolność krążenia, nie za bardzo...

I następna sprawa – wycena. Jeśli wycena przeszłokoronoplastyki naczyń wieńcowych jest – jak myślę – bardzo satysfakcjonująca, to leczenie niewydolności krążenia w ogóle się nie opłaca. Pan profesor powiedział, że jest to jedna procedura. Wiadomo, że przy pacjencie w III lub IV klasie NYHA – z dusznością spoczynkową, z obrzękami, z wysiękami do jam ciała itd. – jest bardzo dużo pracy, natomiast pieniądze za tego pacjenta są żadne. A więc ta dysproporcja jest symptomatyczna i nie daje asumptu do tego, żeby pacjent z niewydolnością krążenia był oczekiwany w szpitalu. On jest raczej zagubiony, a czasami jest nawet intruzem, bo – co z nim dalej robić?

Konkludując – oczekiwałbym od miarodajnych czynników politycznych, a jednocześnie od autorytetów medycznych, propozycji dotyczących trzech szczebli. Po pierwsze, na szczeblu podstawowym – wiadomo, że w to musi być włączony lekarz rodzinny. Jeśli lekarz rodzinny nie będzie włączony w komplementarne działanie w zakresie niewydolności krążenia, to będzie bardzo ciężko, bo wszyscy będą oczekiwali tego pacjenta, na którym można dobrze zarobić – tak powiem kolokwialnie – natomiast tego pacjenta, który bardzo potrzebuje tej pomocy, nie będzie się oczekiwać. Potrzebny jest program na wzór programu dla lekarzy rodzinnych w aspekcie cukrzycy – na przykład trzy stawki za każdą rozpoznaną niewydolność krążenia.

Po drugie – na szczeblu specjalistycznym. Jest dokładnie tak, jak pan powiedział, panie przewodniczący, z niewydolności serca pacjent jest wyłuskiwany do przezskórnej koronoplastyki, a potem tego pacjenta się gubi. Ten pacjent błąka się po całym systemie i nie jest instruowany, że ma iść do przychodni specjalistycznej przyszpitalnej albo kardiologicznej, gdzie odbędą się konsultacje, i jak będzie dobrze, to ma wrócić do lekarza rodzinnego, a jeśli nie, to zostaje na obserwacji w poradni przyszpitalnej czy specjalistycznej. Tego nie ma. Pacjent – mówię to jeszcze raz – jest wyłuskiwany, zrobione jest to, co trzeba – bardzo dobrze, wysokospecjalistycznie – a potem ten pacjent zaczyna się gdzieś gubić. To jest niepokojące. Nie chcielibyśmy, aby ten trend w jakiś sposób był utrwalany. Trzeba tylko podjąć konkretne działania, bo tak jak tu mówimy, to tylko pogadamy, i za pół roku spotkamy się z takimi samymi problemami. Coś z tym trzeba zrobić na szczeblach podstawowym, specjalistycznym i klinicznym. Nie może być tak, że pacjent z niewydolnością krążenia jest bardzo kosztochłonny dla szpitala – a tak jest – a inni pacjenci są wysoce opłacalni. Wszyscy powinni być opłacalni, ale najważniejszy jest pacjent i jego zdrowie.

I jeszcze jedno króciutkie pytanie. Pan profesor powiedział, że trzykrotnie wzrosła liczba wszczepień kardiowerterów i defibrylatorów – bo wiadomo, że w niewydolności krążenia najczęstszą przyczyną zgonu są zaburzenia rytmu komór. Dziwne, że pomimo tego, iż ta nowoczesność, innowacyjność wkracza do polskich szpitali, nie mamy tego efektu.

I następne pytanie – czy telemedycyna wchodzi w praktykę? Czy chcecie tę telemedycynę? Czy ona zdaje tu egzamin? Bo mnie się wydaje, że powinna zdawać i powinniście jej chcieć. Natomiast myślę – na podstawie obserwacji praktycznej – że traktuje się to po macoszemu – może nie państwo profesorowie, ale Narodowy Fundusz Zdrowia czy też odpowiednie czynniki polityczne Ministerstwa Zdrowia – nieadekwatnie do zapotrzebowania i nieadekwatnie do rezultatów. Oczywiście miałbym jeszcze wiele pytań, ale zdaję sobie sprawę z tego, że mamy ograniczenia czasowe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Postaram się krócej wyartykułować kilka swoich przemyśleń. Otóż, jestem zadowolona, a nawet dumna, że potrafimy leczyć ostre stany, że robimy to profesjonalnie i mamy świetne wyniki. Uważam, że z tego wszyscy powinniśmy być dumni. Natomiast to, że brakuje pewnych elementów w systemie, jest faktem. I to dzisiaj tu wybrzmiało. Rozumiem, że pan minister mówiąc o pewnych zmianach i koordynacji miał również na celu poprawę w tym systemie.

Największą moją obawę budzą dwa elementy. Po pierwsze profilaktyka, czyli cały obszar związany ze zdrowiem publicznym – wiem, że jestem monotematyczna, ale jednak w przypadku tej choroby te czynniki ryzyka odgrywają bardzo wzną rolę. Należy o tym pamiętać. I chciałabym usłyszeć z ust pana prezesa, że środki będą alokowane właśnie na profilaktykę, że nie zabierając będziemy próbować te środki tak przemieszczali, żeby była większa efektywność i skutek w zmniejszeniu liczby schorzeń przewlekłych, a nie w jej wzroście.

Drugim zagadnieniem, które tu państwo podnosili, a które mnie przeraziło, jest ta jakość życia, która jest gorsza i porównywalna z jakością życia chorych dializowanych. Uważam więc, że należy bardzo wnikliwie przejrzeć, w jaki sposób pacjenci z niewydolnością serca są leczeni. Czy standardy, w jakich są leczeni, są odpowiednie i czy opieka

paliatywna – o której państwo także mówili – jest brana pod uwagę, bo to, że w tej chwili jej nie ma, to my wiemy. Jednak społeczeństwo się starzeje i musimy być przygotowani na to, że ten obszar związany z opieką paliatywną będzie musiał ulec przebudowaniu i zwiększeniu. To jest ta druga cegiełka – oprócz profilaktyki – drugi biegun opieki długoterminowej.

Któryś z panów profesorów podnosił bardzo ważny problem – w moim odczuciu – opieki wielospecjalistycznej, czyli współpracy kardiologa, lekarza rodzinnego, rehabilitanta. Uważam, że to jest wyzwanie dla systemu, ażeby wspólnie opiekować się tym pacjentem.

W tym momencie dochodzę do tego, gdzie pacjent po leczeniu szpitalnym ma być dalej leczony i przez kogo ma być prowadzony. To jest dylemat, w związku z którym toczy się dyskusja. Zabieram głos w tej sprawie, dlatego że dwa dni temu byłam na spotkaniu lekarzy rodzinnych – odbyła się konferencja, 20-lecie ich działalności. Powiedzieli oni jasno, że są gotowi i czekają na przejęcie tego pacjenta po leczeniu szpitalnym, tylko że pacjent jest kierowany ze szpitala do specjalisty. Zatem, gdzieś tu brakuje pewnych elementów prawidłowego systemu, ponieważ, jeżeli już mamy lekarza rodzinnego i na nim opieramy całą reformę, i budowaliśmy ten system przez 20 lat, to teraz to odpowiednio wykorzystujemy. Jeżeli lekarze rodzinni twierdzą – a tak powiedzieli – że czekają na tych pacjentów, to w czym tkwi ten problem? Wyłącznie w przekazywaniu informacji.

I moje pytanie. Jak powiedziałam, kieruję je przede wszystkim do pana prezesa, ale i do pana ministra. Czy biorą państwo pod uwagę taką właśnie zmianę trendów finansowania obszaru profilaktyki i później obszaru opieki rehabilitacyjnej, paliatywnej i jak państwo postrzegają, tak naprawdę, rolę lekarza rodzinnego?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Chciałbym państwu pogratulować, bo to, co się dokonało przez ostatnie lata, to naprawdę rewolucja. Ja mieszkam w mieście powiatowym i tydzień temu państwa koledzy uratowali życie mojemu przyjacielowi w mieście powiatowym, gdzie trafił na badania, a następnie natychmiast trafił na stół operacyjny – założono stent i dzięki temu żyje. To jest coś niesamowitego. Jestem również lekarzem, co prawda laryngologiem, ale dyżurowałem w szpitalu na początku swojej kariery i wiem, jakie tragedie bezsilności przeżywaliśmy w przypadku młodych ludzi, którzy mieli ostrą niewydolność lub zawały serca. To jest następna epoka.

Proszę państwa, mówimy o medycynie naprawczej i o środkach, które zostały prawidłowo skierowane, ale jednak są to duże środki. W aspekcie zdrowia publicznego myślę o sprawach profilaktyki. Uważam, że tu powinniśmy położyć nacisk. Nie wiem, czy nie powinniśmy utworzyć narodowego programu walki z otyłością, ponieważ jest ona jednym z powodów nie tylko niewydolności krążenia, ale również innych chorób – dny moczanowej, cukrzycy, która też jest przyczyną niewydolności krążenia itd. Myślę, że wspólne działanie ministerstwa i specjalistów w wielu dziedzinach, łącznie z kardiologami, mogłoby przynieść efekty, na które czekamy, żeby mniej ludzi trafiało do drogiej diagnostyki i mniej pacjentów trafiało na stoły operacyjne. Ten element powinniśmy rozważyć, a my, jako Komisja Zdrowia, powinniśmy taki projekt przedłożyć ministerstwu, żeby go rozważyć.

Jeszcze raz bardzo dziękuję i doceniam państwa wysiłek. Natomiast uważam, że to państwo jako specjaliści – nie my, posłowie – wskażą te drogi i rozwiązania, które ministerstwo powinno przyjąć i wdrożyć po to, żeby kardiologia dalej się rozwijała. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, mogę powiedzieć tylko tyle, że dzisiaj jesteście bardzo zgodni – może nie

wyjątkowo, bo w ostatnich miesiącach mieliśmy posiedzenia Komisji, kiedy rzeczywiście mówiliśmy jednym głosem. Chciałbym więc dołączyć do tych gratulacji. Rzeczywiście mają państwo czym się chwalić – i my wszyscy, bo przecież Sejm, rząd i NFZ zapewniają odpowiednie finansowanie kardiologii polskiej i procedur, które państwo wykonują – również na tle Europy i świata. Jeszcze raz bardzo serdecznie państwu gratuluje. Nie chcę już powtarzać wielu argumentów, które tu zostały powiedziane. Powiem natomiast coś, co nawiązuje do pytań pana przewodniczącego i będzie może łyżką dziegciu w tej beczce miodu.

Nie wiem, czy państwo mają świadomość tego, że zgodnie z ustawą o informacji, jeżeli rejestry, na które państwo się tu powoływali, nie zostały przekazane do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, to w najbliższym czasie będą przekazane i to wspomniane Centrum, będzie tym zarządzać, nadzorować i przekazywać państwu prowadzenie tych rejestrów – mam nadzieję, że państwu, ale, być może, nie. I druga sprawa. Również od wspomnianego Centrum będzie zależało to, komu da ewentualne opracowywanie naukowe wyników tych rejestrów – niekoniecznie, jakby się wydawało logicznie, osobom, które je wykonały i się napracowały, tylko tym, które zostaną uznane w Centrum, że należy im te dane przekazać.

Tyle tytułem informacji, oczywiście trochę z przekąsem, bo nie tak to powinno funkcjonować. Jednocześnie kieruję pytanie do pana ministra – jak ta sytuacja wygląda, i czy ministerstwo widzi tu problem – bo ja go widzę – coś, co należałoby z powrotem postawić z głowy na nogi? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gądek, proszę.

Posel Lidia Gądek (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za tę wielką pracę na rzecz polskiego społeczeństwa i na rzecz zdrowia kardiologicznego Polaków oraz za jej przedstawienie. Dziękuję również pani przewodniczącej Małeckiej-Liberze za głos odnośnie do współpracy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarza rodzinnego i specjalistów.

Powiem tak. Wielkim sukcesem polskiej kardiologii jest nie tylko wysunięcie się na wiodące miejsce w statystykach europejskich, jeśli chodzi o interwencje w ostrych zespołach wieńcowych. Mamy takich osiągnięć więcej – choćby w zakresie nadciśnienia tętniczego. Dzięki bardzo dobrej współpracy środowiska kardiologicznego, kardiologicznego, hipertensjologów, internistów i lekarzy rodzinnych doszło do tego, że w okresie dwunastu lat z kraju z tak zwanego ogona Europy staliśmy się krajem, którego skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego jest jedna z lepszych w Europie. A jak wiemy, nadciśnienie tętnicze to jeden z najważniejszych czynników wywołujących niewydolność serca.

Padło tu takie sformułowanie, że należy wypracować system, bo lekarze rodzinni czy interniści – lekarze POZ-u czekają na przekazanie pacjentów kardiologicznych. Otóż, powiem, że nie czekają i cały czas się nimi zajmują.

W POZ-ie – pan minister zresztą to podkreślał – trzeba wykorzystać potencjał specjalistów internistów. W podstawowej opiece zdrowotnej pracuje bardzo duża grupa osób z wykształceniem internistycznym, czyli *de facto* są ludzie wysoko wyspecjalizowani do leczenia większości schorzeń, również kardiologicznych. To są często ludzie z dwoma, a nawet z trzema specjalizacjami, którzy funkcjonują w podstawowej opiece zdrowotnej.

Należy się zastanowić – była o tym mowa podczas ostatniej konferencji, ale nie tylko, bo rozmawialiśmy o tym w pracach zespołu, i będziemy jeszcze rozmawiać – jak doposażyć lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, aby mogli się skutecznie zajmować jak największą grupą pacjentów kardiologicznych – nie tylko nadciśnieniem, nie tylko stabilną chorobą wieńcową i nie tylko hipercholesterolemią, co na dzisiaj jest standardem w leczeniu dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – i prowadzić skutecznie pierwsze stadia niewydolności krążenia. Wiadomo bowiem, że w tym zaawansowanym stadium lekarz POZ-u może być tylko ogniwem w leczeniu współdziałającym z resztą systemu.

Problemem jest kwestia prewencji pierwotnej i wtórnej. O ile – jak mówimy – mamy wysoką skuteczność w interwencjach – o tyle prewencja wtórna po interwencjach

w ostrych zespołach wieńcowych i po hospitalizacjach w wysokich stadiach niewydolności krążenia, niestety, kuleje. Należy więc poprawić koordynację i współpracę pomiędzy poszczególnymi elementami systemu.

Jeszcze jedna kwestia. Jeżeli chodzi o system finansowania i uprawnienia, jakie posiadają lekarze w podstawowej opiece zdrowotnej, muszą być zwiększone, dlatego że większość lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej ma umiejętności i wiedzę do tego, żeby wykonywać, na przykład, badanie UKG, Holtery, dużą część tych świadczeń, które są realizowane w AOS-ie, co zdecydowanie skróciłoby kolejki do poradni kardiologicznych w sytuacjach, kiedy porada kardiologiczna spowodowana jest stanem klinicznym pacjenta. Dlatego uważam, że być może wprowadzenie systemu informatycznego, w którym będziemy mieć dane na temat tego, co z pacjentem się dzieje w poszczególnych miejscach systemu, samo w sobie spowoduje, że będziemy mieć więcej danych i lepszy system opieki nad pacjentem, do czego wszyscy dążymy.

Natomiast, jeżeli chodzi o kwestię... Odniosę się jeszcze krótko do jednego wystąpienia. W podstawowej opiece zdrowotnej jest dodatkowe finansowanie, tak, jak w cukrzycy, jeżeli chodzi o nadciśnienie tętnicze i choroby krążenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo bym prosił o zwięzłe wypowiedzi, ponieważ zbliża się koniec terminu, w którym dysponujemy salą. Widzę jeszcze zgłoszenie. Proszę się przedstawić, bo wystąpienia są nagrywane, i proszę króciutko...

Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego Karina Jahnz-Różyk:

Profesor Karina Jahnz-Różyk – Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne. Wiem, że dzisiaj mówimy o niewydolności serca, o kardiologii i o rejestrach chorych – to jest bardzo ważny element systemu ochrony zdrowia na całym świecie. Natomiast, jeśli chodzi o Polskę, należy stwierdzić, że my nie mamy rejestrów chorych w ogóle. Nie ma ich dla żadnej specjalności. Te, które istnieją, są bardzo wybiórcze, bo nawet jeżeli dzisiaj rozmawiamy o takim elemencie, jakim jest niewydolność serca, to jest to tylko fragment kardiologii. Tu jest wielu profesorów zajmujących się nauką. Na pewno państwo zwrócili na to uwagę, że jeżeli piszemy prace naukowe albo korzystamy z prac naukowych, na przykład, ze Stanów Zjednoczonych, to wyraźnie widać, jak tam te rejestry funkcjonują. Wiadomo dokładnie... Oni operują tysiącami, a czasami nawet milionami chorych i prowadzą analizy, natomiast u nas to się rozbiegło i tego nie widać.

W kontekście kosztów chorób, powiem, że potrzebna jest wycena tych kosztów, ale myślę, że należałoby na to patrzeć farmakoekonomicznie, to znaczy, stosować jakby pierwszą zasadę farmakoekonomiki – z angielskiego *value for money* – wartość za pieniądze. Czyli my oczekujemy efektywności klinicznej. Nakład finansowy na daną technologię medyczną może być bardzo duży, natomiast, jeśli jest ona efektywna klinicznie, to w tym momencie nie posługujemy się tylko jednostkami monetarnymi. Na to też warto zwrócić uwagę.

Chciałabym się jeszcze odnieść do tego, co mówił pan profesor Imiela, ponieważ ja też jestem z tej starej szkoły internistycznej. Mimo wszystko uważam, że nie można pacjentów podzielić tak „na rządowo”, czyli nie można mówić, że jedni pacjenci chorują na serce, a drudzy na cukrzycę, bo pacjent 65 plus jest wieloprofilowy – ma kilka chorób i musi brać wiele leków, a te leki bardzo często wchodzi w interakcje ze sobą, więc podejście do pacjenta musi być holistyczne. I chyba musimy wrócić do tego, taka była stara szkoła -prawda, panie profesorze? – że lekarz, zanim został specjalistą, musiał przejść ogólną szkołę interny. My to w tej chwili obserwujemy.

W tym kontekście, już ostatnie zdanie. Jeśli chodzi o system ochrony zdrowia, w innych chorobach też obserwujemy – na przykład, w POChP, kiedy liczyliśmy koszty...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani profesor, trzymajmy się niewydolności serca, bo jeśli zaczniemy się wypuszczać na inne pola, to będziemy musieli przedłużyć posiedzenie do jutra.

Prezes PTF Karina Jahnz-Różyk:

Dobrze. W takim razie, dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za dyskusję. Rozumiem, że te sprawy są bardzo ważne. Rodzi mi się generalna refleksja, że najważniejsze, żebyśmy mieli lepszą informację. Jeżeli tej informacji mieć nie będziemy, to będzie nam trudno alokować środki finansowe. Myślę, że pan minister się z tym zgodzi.

Były pytania szczegółowe. Jak powiedziałem – nie dysponujemy salą bez ograniczenia, proponuję więc, żeby pan minister jakoś odpowiedział na zadane pytania, ale zobligowałbym też do tego, żeby na pytania szczegółowe odpowiedział pan pisemnie. Dobrze, panie ministrze. Proszę, jeszcze ostatnie słowo.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, postaram się jednak odpowiedzieć w miarę szczegółowo, szybko i sprawnie, zaczynając od pytania pana przewodniczącego. Jeśli chodzi o Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w tej chwili jest tak, że prace się toczą. Ja oczywiście deklaruje, że będziemy współpracować. Mam wrażenie – to, co mogę powiedzieć na dzisiaj – że Krajowy Rejestr Operacji Kardiologicznych wejdzie jako pierwszy – do tego jest elementem rekomendowanym przez środowisko kardiologiczne. Ten Rejestr już był prowadzony przez środowisko, natomiast teraz, na mocy rozporządzenia, będzie finansowany. Mamy więc wrażenie, że jest to pierwszy dobry krok. Z całą pewnością będziemy bardzo mocno forsowali kwestię rejestrów kardiologicznych, w tym niewydolności serca, jako istotnego elementu. Nie potrafię powiedzieć, i nie chcę teraz deklarować, w jakiej kolejności będzie się to pojawiało, ale z pewnością założenia do tego będziemy mogli przyjąć ze środowiskiem, nie czekając, tak naprawdę, na decyzje dotyczące wprowadzenia do Centrum Systemów.

Od razu odpowiem na pytanie pana posła Latosa na temat tego, komu przekazywać te rejestry. Muszę powiedzieć, że przekażę to zapytanie panu ministrowi Neumannowi, bo nie mieliśmy sygnałów, żeby były jakiegokolwiek kontrowersje dotyczące przekazywania danych czy rejestrów. Te podmioty, które wygrywały konkursy na prowadzenie rejestrów, prowadziły je i do mnie nie dotarły zastrzeżenia merytoryczne. Rozumiem więc, że pan poseł dysponuje jakimiś danymi w tym zakresie. Postaramy się je sprawdzić, ale do tej pory nie było zastrzeżeń.

Odnosnie do pytań pani poseł Hrynkiewicz, króciutko powiem, że jeśli chodzi o dane GUS-owskie, z punktu widzenia medycznego one nie spełniają żadnych kryteriów, jeśli chodzi o parametry rejestru. To oczywiście są dane istotne. Nie możemy się posługiwać nimi w kontekście danych typowo rejestrowych medycznych, spełniających wszystkie kryteria. Oczywiście my tymi danymi również dysponujemy, posiłkujemy się, ale pan profesor Poloński jest najlepszym przykładem tego, jak istotne są różnice na poziomie tego, co jest sprawozdawane do GUS-u, a co jest sprawozdawane do Rejestru, a ja mogę jeszcze powiedzieć, co jest sprawozdawane do konsultantów. Pan profesor Poloński jest świadom, że rozbieżność pomiędzy danymi GUS-owskimi a uzyskiwanymi na różnych etapach informacji medycznej jest ogromna. W związku z tym, jako lekarz rozumiem ten apel, że klasyczny, profesjonalny rejestr powinien spełniać wszystkie kryteria, ale z całym szacunkiem dla danych GUS-u, mają one inne zadanie, inną rolę i nie spełniają naszych oczekiwań, jeśli chodzi o aspekt czysto medyczny.

Jeśli chodzi o czekanie na konsultację kardiologiczną, o co pani poseł zapytała, mam dane sprzed kilku godzin, z kilku poradni w Warszawie. Warszawa, ul. Spartańska, Poradnia Kardiologiczna – pilne przyjęcia 0 dni oczekiwania, stabilne – 17 dni oczekiwania. Warszawa, ul. Koszykowa, Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska – pilne przyjęcia 0 dni oczekiwania, stabilne – 88 dni. Obecnie najdłuższy czas oczekiwania w Warszawie wynosi 200 dni – Szpital Bielański. Myślę więc, że można znaleźć poradę kardiologiczną znacznie szybciej i skuteczniej niż pół roku, o którym pani poseł wspomniała.

Jeśli chodzi o leczenie tymi samymi lekami, nie będę tego rozwijał, bo jest to kwestia i poziomu edukacji i chęci leczenia. Byłbym sceptyczny odnośnie do wyciągania wniosków na temat dostępności na podstawie tego, że ktoś gdzieś leczy się tymi samymi lekami. Temat ten wydaje mi się zdecydowanie bardziej złożony.

Pytanie pana posła Hoca, dotyczące śmiertelności w zaawansowanych klasach niewydolności serca. Panie pośle, to nie są dane polskie. Ten trend mówiący o ryzyku zgonu u chorych z zaawansowaną klasą NYHA jest po prostu pewną prawdą epidemiologiczną, odzwierciedlającą naturalny przebieg tej choroby. Chorzy z zaawansowaną niewydolnością serca, z jawną klinicznie niską frakcją wyrzutową mają bardzo wysoką śmiertelność, i to niezależnie od sukcesów medycyny naprawczej na wszystkich etapach. Ten zakres śmiertelności w bardzo wysokim stopniu utrzymuje się we wszystkich statystykach towarzystw kardiologicznych na świecie. Trudno więc mi polemizować z tymi danymi, mówiąc szczerze.

Jeśli chodzi o informację dotyczącą świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, przypomnę, że te dane są w materiałach, którymi państwo dysponują. Już dzisiaj jest tak, jeśli chodzi o lekarzy POZ-u, że w ramach profilaktyki istnieje tak zwana profilaktyka chorób układu krążenia. Ona jest finansowana w ten sposób, że właściwe finansujemy dodatkowo prowadzenie chorych właśnie z chorobami układu krążenia. Przytoczę tylko dwie krótkie informacje. W 2010 r. było ponad 4 mln 460 tys. zł, a w 2012 r. ponad 4 mln zł w zakresie dodatkowego finansowania w podstawowej opiece zdrowotnej.

Drugi element, o który pan zapytał – ta informacja również jest w materiałach, którymi państwo dysponują. W ramach finansowania kawitacyjnego wyodrębniono populację osób, u których zdiagnozowano cukrzycę i choroby układu krążenia. Do rozliczenia płatnik stosuje zwiększony wskaźnik korygujący wartość bazowej stawki kapitałowej – pewnie pan prezes mógłby powiedzieć więcej na ten temat. W 2010 r. wydano na ten cel 862 mln zł, w 2011 już 820 ml zł, a w pierwszym półroczu 2012 r. – 420 mln zł. Tyle tytułem odpowiedzi na to pytanie.

Pytanie pana posła Millera, a właściwie postulat wprowadzenia działań dotyczących profilaktyki. Powiem, że mamy już „Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym”. On również zajmuje się aspektem otyłości, nadwagi i cukrzycy. Środki przekazane w 2012 r. na ten cel wynoszą 2 mln 859 tys. zł. Możemy więc dyskutować, w jakim kierunku to ma iść, jak to rozszerzyć, ale w tym zakresie możemy uznać temat za wyczerpany.

Wracając do pyta pana posła Hoca, padło śmiało sformułowanie, że nielimitowane świadczenia są w nadmiarze finansowane. Byłbym bardzo ostrożny w weryfikowaniu tego rodzaju postulatów czy hipotez o nadmiernym finansowaniu. My oczywiście mamy świadomość tego, że możemy dyskutować na temat właściwej wyceny kosztów – i tu mogę powiedzieć, że bardzo dobrze układa się nam współpraca z NFZ-em w tym zakresie – natomiast byłbym ostrożny mówiąc, że w nadmiarze finansujemy to, co jest nielimitowane, czyli ostre stany zagrożenia w kardiologii. Myślę, że trzeba zdecydowanie więcej wstrzeźliwości w ocenie tego zjawiska. Na pewno możemy polemizować odnośnie do sposobów alokacji środków w zakresie tego, co tu powiedzieliśmy, czyli, w jakim stopniu finansować ostre zespoły, a w jakim niewydolność serca – i to z całą pewnością będzie przedmiotem analiz, szczególnie w kontekście tego, że powstanie urząd taryfikacyjny – ale, jeśli chodzi o nadmiar finansowania ostrych zespołów wieńcowych, to bardzo będę bronić tego, że o nadmiarze trudno mówić.

Jeśli chodzi o sformułowania – to są drobiazgi, ale pan poseł tutaj to mówił – co się opłaca, a co nie, staralibyśmy się nie używać tego rodzaju określeń, że opłaca się leczyć takich chorych, a innych się nie opłaca. Staramy się wyjść naprzeciwko odzwierciedleniu realnych kosztów tego leczenia. Wychodzimy z założenia, że żadne zakłady opieki zdrowotnej nie są po to, żeby na chorych zarabiać. Chcemy jedynie doprowadzić do sytuacji, kiedy w racjonalny sposób będziemy refundować koszty tego leczenia. Możemy więc mówić o tworzeniu pewnych mechanizmów, które oczywiście będą motywować rozwój pewnych dziedzin, ale tu też byłbym bardzo wstrzeźliwy, jeśli chodzi o tego rodzaju ocenę.

Jeszcze dwa zdania odnośnie do działań profilaktycznych. Pełna zgoda – mam tego świadomość, o czym pani poseł Małecko-Libera też wspomniała – jeśli chodzi o profilaktykę. Z całą pewnością medycyna naprawcza jest ostatnim, najbardziej kosztownym elementem, może spektakularnym, jeśli pokazuje się wyniki – świetnie jest ratować chorego, który ma bardzo wysokie prawdopodobieństwo zgonu, z niską frakcją i we wstrzą-

sie kardiogennym. Jest to bardzo spektakularne, ale wiemy, że w sensie kosztowym jest to najmniej efektywne działanie i że najbardziej opłaca się działać na bardzo wczesnym etapie. Wspomniany już tutaj program profilaktyczny jest takim sygnałem, że w resorcie jest taka świadomość. Zdajemy sobie sprawę z tego, że nie mamy wyczerpanych w pełni potrzeb. Chcę tylko powiedzieć, że w ramach POLKARD-u też identyfikujemy tego rodzaju działania. One są z reguły zgłaszane, mogę więc powiedzieć, że te zgłoszenia na poziomie ostatnich lat były różne, jeśli chodzi o ten aspekt. POLKARD generalnie, w 2010 r., to ponad 33 mln zł, a w 2012 r. ponad 22 mln zł. Oczywiście z tego tylko niewielki odsetek jest przeznaczany na działania profilaktyczne. Mogę powiedzieć, że w 2012 r. jest to rząd wielkości 400 tys. zł, w 2011 r. nie zgłoszono tego typu działań, a w 2010 r. był to rząd wielkości 2 mln 935 tys. zł. Tyle w dużym skrócie, odpowiadając na pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, kończymy dzisiejsze posiedzenie Komisji, Przepraszam, ale na skutek pośpiechu pominęliśmy bardzo ważne dwie procedury. Pierwsza, dotyczy oczywiście punktu pierwszego – posłem, który będzie sprawozdawać stanowisko Komisji z tytułu rozpatrzenia poprawek zgłoszonych do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, będzie pan poseł Marek Hok. Pan poseł się zgodził – nie słyszę innych propozycji, więc to ustalmy.

Ustaliłem również, że Ministerstwo Spraw Zagranicznych przedstawi swoją opinię odnośnie do zgodności z prawem Unii Europejskiej do jutra, to jest do 22 listopada, do godziny 12.00.

Na tym kończę posiedzenie Komisji. Przypomnę jeszcze o dwóch rzeczach – tuż obok, „Pod Gigantami”, w były obiekcie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego jest konferencja dotycząca zasad i funkcjonowania ustawy refundacyjnej. Chętnych – co prawda późniejszych – zapraszam. Sam zamierzam się tam udać.

I druga sprawa. Na stronach internetowych Komisji Zdrowia jest zamieszczony tekst – odpowiedź na dezyderat, z którym Komisja wystąpiła do Ministra Zdrowia w sprawie zwalczania chorób nowotworowych. Przypomnę, że na przysłym posiedzeniu Sejmu będziemy starali się rozpatrzyć tę odpowiedź na dezyderat.

Dziękuję za uwagę. Bardzo dziękuję zaproszonym gościom. Bardzo dziękuję panu ministrowi. Do widzenia.