

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
I INNOWACYJNOŚCI W MEDYCYNIE
(NR 10)
z dnia 8 lutego 2022 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 10)

8 lutego 2022 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, obradująca pod przewodnictwem poseł **Violetty Porowskiej (PiS)**, przewodniczącej Podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat perspektywy innowacyjnych technologii medycznych w polskiej kardiologii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** – podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami; **Przemysław Mitkowski** – prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wraz ze współpracownikami; **Tomasz Pawłęga** – kierownik Sekcji Innowacji Departamentu Analiz i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia, **Wojciech Wiśniewski** – przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Agnieszka Wolczenko** – prezes Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** oraz **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie, wszystkich państwa, którzy są dzisiaj osobiście na posiedzeniu oraz tych, którzy są zdalnie. Witam bardzo serdecznie.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiającej porozumiewanie się na odległość. W tej chwili pozwolę sobie sprawdzić kworum. Bardzo proszę, by posłowie, którzy są na sali, zagłosowali, również posłowie, którzy będą łączyć się z nami zdalnie. Okienko do potwierdzenia kworum będzie otwarte jeszcze przez dłuższą chwilę, dopóki nie będziemy musieli głosować na przykład, jeżeli będzie taka sytuacja.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat perspektywy innowacyjnych technologii medycznych w polskiej kardiologii. Informację przedstawia minister zdrowia. Pan minister Miłkowski jest w drodze. Za chwileczkę do nas dołączy. Pozwolę sobie przedstawić osoby, które...

Dostałam informację, że mamy kworum, więc możemy kontynuować dzisiejsze posiedzenie. Lista osób zgłoszonych na dzisiejsze posiedzenie Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie to pan minister Maciej Miłkowski, który, tak jak mówiłam, za chwileczkę do nas dołączy. Są również przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia: pan dyrektor Michał Dziegielelewski – witam serdecznie – dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, jest również pan Piotr Węclawik – dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia. Witam bardzo serdecznie. Będą z nami zdalnie również przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – bardzo dziękuję za zgłoszenie – pan Paweł Burchardt, profesor i sekretarz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – witam serdecznie – jest również pan profesor Robert Gil prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – witamy bardzo serdecznie –

jest pan profesor Marcin Grabowski rzecznik Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, jest pan profesor Przemysław Mitkowski prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w dwóch osobach, rozumiem, ale bardzo serdecznie witamy, pan Tomasz Pawłęga – kierownik Sekcji Innowacji Departamentu Analiz i Innowacji w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, witamy, pan Wojciech Wiśniewski przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz pani Agnieszka Wołczyńska prezes Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce. Witam bardzo serdecznie wszystkich państwa. Większość z naszych zaproszonych gości jest zdalnie. Dotarł do nas pan minister Maciej Miłkowski. Bardzo serdecznie witamy, panie ministrze. Dziękujemy. Pan minister idealnie się wstrześlił w czas.

A skoro o czasie mowa, to mam komunikat dla wszystkich państwa. Otóż dzisiaj o godzinie 12. na sali plenarnej odbędą się głosowania, na które posłowie muszą się co najmniej zarejestrować i zagłosować, dlatego mam taką prośbę, pytanie: czy moglibyśmy dzisiaj bardzo sprawnie poprowadzić nasze posiedzenie? Jeżeli udałoby się nam przeprowadzić je w 50 minut, to pozwoliliby nam na osobiste wzięcie udziału w głosowaniu, a nie zdalnie. Jeżeli się okaże, że będziemy dłużej rozmawiali, to na czas głosowania pozwolę sobie przeprowadzić przerwę.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI i na iPadach oraz zostały wysłane do posłów na maile. Zaproszeni goście również prosili o materiały Ministerstwa Zdrowia, w związku z powyższym je otrzymali.

Proszę pana ministra o przedstawienie informacji dotyczącej dzisiejszego tematu posiedzenia. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Witam bardzo serdecznie. Dziękuję, pani przewodnicząca. Przedstawiliśmy, zgodnie z pani oczekiwaniem, informację na dzisiejsze posiedzenie. Spotkanie planowane było już dosyć dawno, na początku stycznia, trochę było przekładane. Te dane są dla państwa dostępne. Są z nami osobiście dwie osoby, pan dyrektor Dziegielewski odpowiedzialny za Departament Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia oraz osoba, która zajmuje się w ministerstwie innowacjami i kieruje Zespołem ds. Innowacji w Ministerstwie Zdrowia, kieruje pracami wielodyscyplinarnego zespołu stworzonego przy udziale członków z różnych instytucji, m.in. Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Technologii. To jest zespół wielodyscyplinarny, który analizuje, monitoruje aktualne trendy, nowe produkty, który zapoznaje się z nimi i wydaje rekomendacje czy warto są dalszych analiz, czy są warto wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych, czy są warto wprowadzenia jako pilotaż. Online jest dyrektor Tomasz Pawłęga, który również jest w tym zespole, jest przedstawicielem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Poprosiłbym, żeby dyrektor Węclawik przedstawił technicznie informację jak wyglądają ostatnie projekty, które były analizowane w tym okresie. Jak można, to oddałbym głos.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję. Oczywiście. Panie dyrektorze, już za sekundę oddam panu głos. Chcę tylko bardzo mocno podkreślić, że dzisiejsze posiedzenie Podkomisji jest z inspiracji, z inicjatywy i na gorącą prośbę Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Rzeczywiście, tak jak pan minister przypominał, mieliśmy spotkać się w styczniu. Z różnych powodów, między innymi okoliczności zewnętrznych, nie mogliśmy tego zrobić, natomiast dzisiaj się odbywa i, tak jak mówię, w mocnej obsadzie przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Temat budzi duże zainteresowanie. Bardzo dziękuję, panie ministrze. I bardzo proszę pana dyrektora.

Dyrektor Departamentu Innowacji Ministerstwa Zdrowia Piotr Węclawik:

Witam serdecznie. Dziękuję, pani przewodnicząca.

Tak jak pan minister wskazał, przedstawię te działania, które ostatnio były weryfikowane w Zespole ds. Innowacji. Zaczynając, chciałbym jednak rozpocząć od działania, które obecnie realizowane jest w Ministerstwie Zdrowia, związane z modelem telemedycznym w zakresie kardiologii, które realizowane jest w ramach programu finanso-

wanego z Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Cieszę się, że to nasze dzisiejsze posiedzenie odbywa się troszeczkę później, bo jesteśmy w trakcie naboru wniosków do projektu, prowadzimy nabór dla szpitali oraz instytutów w zakresie projektu ograniczenia społecznej nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycznych i e-Zdrowia. Model w zakresie kardiologii został opracowany przez profesora Grabowskiego wraz z zespołem. Na podstawie informacji, na podstawie schematów, architektury przedstawionej w tym modelu, Ministerstwo Zdrowia ogłosiło nabór, tak jak wspomniałem, szpitali oraz instytutów. Nabór miał trwać do 13 lutego, lecz ostatnią decyzją ministra zdrowia został przedłużony do 23 lutego. Sam nabór związany jest ze wsparciem telemedycznym, z monitorowaniem pacjentów z niewydolnością serca i będzie polegać zarówno na wsparciu w zakresie pacjentów hospitalizowanych, jak również pacjentów wymagających monitoringu i wsparcia w domu. Sam projekt, jak wskazałem, dedykowany jest podmiotom, które mogą ubiegać się o dofinansowanie, tj. szpital lub instytut, ale kryterium, które wynika z konkursu, które także zostało opracowane w modelu, wskazuje na konieczność nawiązania współpracy i kooperacji z POZ, a więc zarówno POZ, jak i szpitale czy instytuty są grantobiorcami tego pilotażu. Jak mówię, pilotaż jest dedykowany dla pacjentów z niewydolnością serca. Maksymalna wartość grantu dla instytucji wynosi 675 tys. euro. Oczywiście prowadzimy akcję informacyjną o samym projekcie na szerszą skalę, nie tylko na stronach MZ, ale, jeżeli moglibyśmy także poprosić państwa, uczestników dzisiejszej podkomisji, o przekazanie takiej informacji tym, którzy może jeszcze do niej nie dotarli.

Wracając do samego Zespołu, tak jak pan minister wskazał, Zespół do spraw innowacji został powołany w Ministerstwie Zdrowia. Jest to zespół interdyscyplinarny, w którym zapraszamy także państwa, twórców, pomysłodawców, gdyż to nie jest tylko spotkanie związane z prowadzeniem dyskusji na temat pomysłów, ale także pomysły są oceniane i dyskutowane z twórcami. Na każde posiedzenie, odbywające się w czwartek, staramy się zaprosić jednego lub dwóch przedstawicieli podmiotów realizujących innowacyjne działania. I w ostatnim czasie... Oczywiście ministrowi zdrowia przedstawiany jest raport z prac Zespołu ds. Innowacji, raport, w którym są wskazane rekomendacje do dalszego działania. W przyszłym tygodniu taki raport będzie przedstawiony ministrowi za poprzedni rok w zakresie kardiologii, w zakresie działań, które zostały przedstawione na Zespole i które spotkały się z pozytywnym przyjęciem i pozytywną rekomendacją Zespołu. Działania opisano w materiale. Bez szczegółowego omawiania, bo państwo macie je szczegółowo opisane w samym materiale, wskażę tylko, że był to plaster EKG stosowany w warunkach domowych, gdyż my opieramy się oczywiście, jak państwo wiecie, na domowej opiece medycznej, czyli platformie, która jest stworzona dla pacjenta, do jego monitorowania w domu. I faktycznie te działania w zakresie telemedycyny kierowane są do pacjentów przede wszystkim wymagających wsparcia i opieki w warunkach domowych. Te wszystkie narzędzia, o których mówię, są oczywiście powiązane z urządzeniami mobilnymi, są powiązane z bluetoothem umożliwiającym przekazywanie pomiarów z urządzeń. Takim narzędziem jest oczywiście plaster EKG, który umożliwia założenie tego plastra w niecałe 15 sekund. Wynik jest faktycznie zbliżony z wynikiem wykonywanego badania w warunkach szpitalnych. Jest to rejestrator EKG, który posiada cztery wbudowane elektrody umożliwiające uzyskanie sześciu odprowadzeń. Jest to telemetryczny nadzór nad pacjentami z implantowanym automatycznym systemem do kardiowersji lub defibrylacji, lub układem resynchronizującym serce z funkcją defibrylacji. Jest to urządzenie umożliwiające udzielenia teleporady z zakresu kardiologii pacjentom z wszczepionymi implantami. Telemonitoring odbywa się przy wykorzystaniu implantowanych urządzeń. Czyli, jak państwo widzicie, znowu pojawia nam się monitoring, który faktycznie jest realizowany przez personel medyczny w centrum medycznym, w centrum, które obsługuje danego pacjenta. Ten monitoring realizowany jest na bieżąco, gdyż, jak państwo wiecie, w ramach domowej opieki medycznej ministerstwo założyło i realizuje centrum monitorowania, które jest aktywne przez 24 godziny.

Jeżeli mówimy o implantowanym automatycznym systemie, to mamy także wszczepialne rejestratory arytmii, które, nie będzie tutaj też żadną tajemnicą, zostaną objęte

pilotażem najprawdopodobniej jeszcze w kwietniu. Po pilotażu stetoskopowym, części drugiej, po EKTG to właśnie wszczepialne rejestratory arytmii są tutaj brane pod uwagę jako ten element, który może być finansowany w ramach pilotaży.

Kolejnym elementem jest biosensor. W ramach Zespołu mieliśmy spotkanie z polskim zespołem lekarzy wraz z zespołem naukowców z Politechniki Warszawskiej oraz Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. I tutaj musimy wskazać, że na polskim rynku, z tego co nam jest wiadomo, jeszcze nie ma biosensorów, zatem byłby to pierwszy tak zaawansowany technologicznie polski wyrób medyczny, który byłby także wspierany ze środków, którego dysponentem jest minister zdrowia. I, jak wskazywałem, plaster EKG, rejestrator EKG to także długoterminowy monitoring EKG realizowany przez aparat EKG dwu lub trzykanałowy, wyposażony w moduł GSM oraz moduł VOICE. I, jak najbardziej, takie urządzenie także zyskało aprobatę Zespołu i zostało wskazane jako element, który mógłby być realizowany w ramach działań na 2022 r.

Dodatkowo spotkaliśmy się z Wojskowym Instytutem Medycznym w sprawie projektu realizowanego przez WIM, projektu „Amulet”, który państwo także macie opisany w ramach materiału przekazanego przez państwa. Jest to działanie oparte o dwie główne ścieżki badawcze. Pierwszą z nich jest model opieki oparty na punktach ambulatoryjnych prowadzonych przez personel pielęgniarstwa, który wykonuje ocenę kliniczną i hemodynamiczną, konsultowaną zdalnie przez kardiologa. Drugi moduł to jest moduł opieki domowej – ten element już propagowany, ten element już znany – gdzie odbywa się pomiar przez urządzenia w zakresie m-zdrowia. Jest to działanie, które nie jest jeszcze działaniem certyfikowanym, nie jest wyrobem medycznym, ale ono wzbudziło nasze zainteresowanie, a jego zbieżność z działaniami realizowanymi w ramach domowej opieki medycznej powoduje, że faktycznie jesteśmy bardzo zainteresowani efektami, które Wojskowy Instytut Medyczny będzie mógł przedstawić w ramach projektu „Amulet”.

Dodatkowo wartością dodaną, którą także chcemy realizować, nie tylko w kardiologii, ale także w innych obszarach, to jest to działanie, które zostało zrealizowane w ramach projektu „Amulet”, ale także działanie, które było realizowane przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, a więc pewnie bardzo szeroko znany państwu system Teledicom umożliwiający realizację zdalnych konsultacji oraz, co ważne, przesyłanie DICOM, czyli obrazów o dużej rozdzielczości. Obecnie spotykamy się z Instytutem Łączności, z ośrodkami klinicznymi, żeby faktycznie w 2022 r. na szeroką skalę – nie tylko lokalnie, nie tylko w Małopolsce, czy w województwie dolnośląskim – móc wprowadzić system podobny z Teledicomem. Są to te działania, o których państwu pisaliśmy, które przedstawiliśmy w materiale.

Jest jeszcze oczywiście telemonitoring urządzeń wszczepialnych, który został również przedstawiony w materiale, którego finalizacja... Już obiecujemy, obiecujemy, że będzie zakończona. Mam nadzieję, że zaraz pan dyrektor Dziegielewski przedstawi aktualny status prac nad telemonitoringiem urządzeń wszczepialnych i przekaże konkretniejsze informacje dotyczące zakończenia procedury ujęcia tego w koszyku świadczeń telemonitoringu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Pięknie dziękuję, panie dyrektorze.

Rozumiem, że do tablicy jest wywołany pan dyrektor Dziegielewski. Bardzo proszę o zabranie głosu.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

W krótkich i żołnierskich słowach. Jest już po uzgodnieniach. To jest właściwie sam koniec ścieżki legislacyjnej. Zostało nam tylko i wyłącznie do wygładzenia parę uwag przesłanych przez RODO, bo się okazuje, że RODO będzie największym problemem, żeby móc zdalnie monitorować urządzenia wszczepialne. Jak tylko pokonamy te przeszkody związane z RODO, to już będziemy mogli ogłosić odpowiednie rozporządzenie i dodać całość świadczenia zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami i zgodnie z przygotowanym materiałem.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Pięknie dziękuję. Czy pan minister chciałby jeszcze coś dodać do tego materiału?

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Nie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Tym samym oddajemy głos naszym gościom, którzy łączą się z nami zdalnie. O głos poprosił pan profesor Przemysław Mitkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Bardzo proszę, panie profesorze, o zabranie głosu.

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Przemysław Mitkowski:

Szanowna pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, panie ministrze, szanowni państwo, czy mogę udostępnić swoją prezentację? Bo niestety w tej chwili nie mam takiej opcji.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Spróbujemy to zrobić. Zobaczmy jak nam to technicznie wyjdzie, panie profesorze, więc proszę...

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Przemysław Mitkowski:

Dobrze. Chwilczkę poczekam. Natomiast muszę powiedzieć, że może dobrze, że to posiedzenie trochę odwlekło się w czasie, bo dzisiaj usłyszeliśmy sporo bardzo optymistycznych informacji. Tylko jedna mnie troszeczkę tak schłodziła, bo myślałem, że wiele rzeczy będzie już powszechnie dostępnych, natomiast słowo „pilotaż” zawsze wzbudza pewien niepokój. Natomiast chciałbym państwu przekazać kilka informacji dotyczących tego, dlaczego tak zabiegamy o te nowe technologie. Nie da się ukryć, że ostatnia dekada to prawdziwy wysyp technologii w kardiologii i to zarówno technologii farmakologicznej, jak i niefarmakologicznej. Oczywiście terapie są dopuszczone do stosowania, natomiast ze względu na braki refundacji, musimy sobie to otwarcie powiedzieć, nie są dostępne dla pacjentów.

To swoje wystąpienie, bardzo krótkie, chciałbym podzielić na trzy części, na część związaną z nowymi technologiami farmakologicznymi, nowymi technologiami niefarmakologicznymi, no i pewien element dotyczący organizacji. To też, myślę, swego rodzaju innowacje, bo w tym, jako Polacy, jesteśmy naprawdę niezli, jeżeli chodzi o organizowanie prac i przygotowanie programów koordynowanej opieki. Chciałbym powiedzieć o tym kilka słów.

Niestety nadal nie mogę udostępnić prezentacji. Aby nie tracić czasu, może najwyżej później przejdę do tej prezentacji. Jeżeli będzie możliwość udostępnienia, to ją udostępnię.

W ostatnich latach niestety w Polsce, ale nie tylko w Polsce, notujemy brak przyrostu wieku obywateli – nawet, jeżeli chodzi o kobiety, notujemy pewien spadek średniej życia. Z pewnością będzie trudno odnosić się do czasów COVID, dlatego że pandemia będzie miała istotny wpływ na długość życia, ale mam nadzieję, że ona wkrótce się skończy i będziemy mogli znowu obserwować przyrost życia. To, co jest niepokojące, również w Polsce, to jest bardzo duża różnica w średniej wieku kobiet i mężczyzn.

Kolejna rzecz, na którą chciałem wskazać, albo w zasadzie przypomnieć, bo wszyscy sobie doskonale z tego zdajemy sprawę, że przyczyny sercowo-naczyniowe są główną przyczyną zgonów i gdyby wyłączyć z innych przyczyn zgonów choroby nowotworowe, to te przyczyny kardiologiczne, czy sercowo-naczyniowe, powodują większą liczbę zgonów niż wszystkie pozostałe razem wzięte. Ale może najpierw kilka słów o tych terapiach farmakologicznych. Wiemy, że pewnym problemem są stężenia cholesterolu. Dzięki Ministerstwu Zdrowia mamy program B.101, który od 1,5 roku jest realizowany również w grupie chorych z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, czyli wśród chorych, którzy przebyli zawał serca lub przebyli jakiś inny epizod wieńcowy. Zdajemy sobie sprawę, że cholesterol działa po prostu jak skumulowana dawka, a liczba lat z danym stężeniem cholesterolu zdecydowanie wpływa na rokowanie. Na przykład u chorego, który ma 200 mg/dl możemy spodziewać się zawału serca jeszcze przed czterdziestką, natomiast gdyby każdy z nas miał niskie wartości tego złego cholesterolu LDL, około 80 mg/dl, to pewnie pierwszy zawał mielibyśmy w wieku lat 100.

Zgodnie z wytycznymi u chorych po zawale serca – ta grupa chorych należy do chorych bardzo wysokiego ryzyka – powinniśmy dążyć do obniżenia stężenia cholesterolu

do wartości poniżej 55 mg/dl. Z danych, które zostały opublikowane w stanowisku dotyczącym diagnostyki i leczenia hipercholesterolemii, to u chorych z chorobą niedokrwienną serca, którzy są już leczeni, średnia wartość cholesterolu przekracza 100, dokładnie jest to 108 mg/dl, czyli jest praktycznie dwukrotnie większa. Oczywiście, z jednej strony, z pewnością możemy próbować zintensyfikować standardową terapię u tych chorych, czyli stosując statyny w wysokich dawkach w połączeniu z Ezetymibem, ale pewnie u jakiejś części chorych tego nie osiągniemy i stąd ten program B.101, który pozwala na leczenie chorych z cholesterolem powyżej 100. Jak mówię, ten program został wprowadzony 1,5 roku temu, ale z szacowanej liczby 2 tys. pacjentów włączanych rocznie, stan na połowę ubiegłego roku to było jedynie 32 pacjentów, czyli tak naprawdę tym programem udało się objąć jedynie 1,6% tych, którzy zostali wyliczeni, jako potencjalni kandydaci do tego programu. Prowadzimy rozmowy z Ministerstwem Zdrowia. Widzimy bardzo dobrą wolę współpracy. Bardzo dziękuję panu ministrowi Miłkowskiemu. Pierwsza rzecz dotyczy pewnie zwiększenia liczby ośrodków, bo te ośrodki, które istnieją, były projektowane dla rodzinnej hipercholesterolemii, a dołączone zostały obowiązki związane z leczeniem nowymi cząsteczkami chorych, którzy są chorymi po zawałe. I myślę, że to byłoby najważniejszym pierwszym krokiem. A drugi krok, to taki termin, który lubię używać, czyli krocząca liberalizacja, czyli obniżenie tej wartości hipercholesterolemii – LDL – umożliwiającego włączenie do programu do 70 mg/dl, czyli jeszcze ten jeden krok powyżej wartości docelowych. Stosując nowoczesne leki u dużej części chorych, bylibyśmy w stanie dojść do wartości docelowych, gdyby była możliwość ich włączenia do 24 miesięcy od zawału serca. Tej grupie chorych możemy jeszcze pomóc bardzo szybko obniżając wartości cholesterolu. Prośba, żeby rozważyć brak dodatkowych kryteriów u chorych, którzy mają pierwszy zawał przed 55. rokiem życia, bo to jest grupa olbrzymiego ryzyka nawrotu tej choroby, a są to osoby w wieku produkcyjnym. Z pewnością byłoby dobrze, gdybyśmy mogli nieco obniżyć, czy zliberalizować te kryteria. One są dosyć skomplikowane, co prawdopodobnie przekłada się na to, że pacjentów w tym programie mamy znacznie mniej niż szacowane liczby.

Kilka słów o niewydolności serca w roku 2019. Z rozpoznania niewydolności serca, z porad w tym zakresie skorzystało prawie 1 mln 400 tys. Polaków. Ten wzrost wydatków w latach 2014-2019 wynosił prawie 100% – 95% to są koszty leczenia szpitalnego. Pojawiły się nowe cząsteczki, zresztą zostały uwzględnione w najnowszych zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które uczestniczą, czy biorą udział w leczeniu chorych znacznie poprawiając rokowanie. Z czterech głównych filarów leczenia dwa są, póki co, nier refundowane, przy czym sakubitryl/walsartan w tej chwili nie jest na żadnej ścieżce refundacyjnej, na tej ścieżce są flozyny. Mamy nadzieję, że te cząsteczki będą wkrótce dostępne również dla pacjentów z niewydolnością serca, nie tylko dla chorych z cukrzycą, gdzie są już w programach lekowych. Sakubitryl/walsartan, 20-procentowe zmniejszenie ryzyka zgonu lub hospitalizacji, a 26-procentowe zmniejszenie ryzyka zgonu, hospitalizacji lub pilnej wizyty z powodu niewydolności serca. To jest ważne w okresie pandemii, bo zmniejsza konieczność hospitalizacji chorych, poszukiwania porad, tak że z pewnością jest to ważna cząsteczka. No i flozyny, które zmniejszają ryzyko hospitalizacji, o 25-26% zgonu sercowego. To jest kolejna grupa, która zdecydowanie poprawia rokowanie. Mamy również dane, że stosując leczenie zgodnie z aktualnymi zaleceniami, czyli według tych czterech filarów, o których już mówiłem, poza tymi dwoma grupami, które wymieniłem przed chwilą, należą do nich jeszcze leki beta-adrenolityczne i antagoniści receptora dla aldosteronu. Te grupy są w Polsce dostępne, tu możemy wydłużyć życie nawet o 8 lat, jak odpowiednio wcześniej rozpoczniemy leczenie tych chorych. I to jest to nowoczesne leczenie, z tymi czterema filarami, w porównaniu do poprzedniego, opartego na dwóch filarach. Niewiele mamy terapii w medycynie, które w takich jednostkach chorobowych, które są obciążone dużą śmiertelnością, są w stanie poprawić tak rokowanie, czyli wydłużyć życie nawet do 8 lat.

Kolejna rzecz to jest telemonitoring urządzeń wszczepialnych. Bardzo się cieszę z deklaracji pana dyrektora Dziegielewskiego, że to tylko jest problem RODO. Mam nadzieję, że będziemy mogli stosować ten system. To jest bardzo ważne dla chorych.

Oczywiście nazywamy to telemonitoringiem urządzeń wszczepialnych, ale tak naprawdę jest to zdalna opieka nad chorymi ze wszczepionymi urządzeniami, dlatego że dane, które otrzymujemy, to nie tylko dane dotyczące pracy systemu, ale także stanu klinicznego pacjenta. Odpowiednia analiza tych danych jest w stanie przewidzieć ryzyko hospitalizacji nawet z dwutygodniowym wyprzedzeniem. I tutaj wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego, odpowiednich procedur w oparciu o ambulatoryjną opiekę w POZ, czy ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, jest w stanie uchronić chorych przed hospitalizacją, a nie dość tego, mamy również dowody, że poprawia rokowanie, w sensie długości przeżycia.

Kolejna rzecz, o której jeszcze dzisiaj nie usłyszeliśmy, ale ta technologia ma pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych, myślę tutaj o stymulacji bezelektrodowej. Jest to rzeczywiście stymulacja, którą możemy zaoferować pacjentom wysokiego ryzyka, czyli na przykład po zakażeniach poprzedniego układu stymulującego, pacjentom, którzy nie mają dostępu żylnego, a wtedy jedyną alternatywą jest rozcięcie mostka i naszywanie elektrod, czyli zabieg bardzo obciążający. To są chorzy, którzy mają wysokie ryzyko powikłań, przede wszystkim infekcyjnych, czyli niegojące się przetoki, porty naczyniowe, to są chorzy z immunosupresją, chorzy leczeni onkologicznie. Dla tych grup tego typu technologia znacznie zmniejsza ryzyko powikłań. Bo proszę pamiętać, że ryzyko powikłań, nawet w porównaniu do prób kontrolnych bez czynników ryzyka, o których mówiłem przed chwilą, zmniejsza ryzyko tych powikłań o 50%.

Kolejna rzecz, o której dzisiaj usłyszeliśmy i bardzo się cieszę – tylko tutaj troszeczkę schłodziło mnie to słowo „pilotaż”, ale mam nadzieję, że będzie to pilotaż w miarę powszechny – to wszczepialne rejestratory zdarzeń w dwóch wskazaniach, u chorych po udarze kryptogennym, a dokładnie po udarze zakrzepowo-zatorowym o nieznanym źródle pochodzenia. Tutaj poszukujemy migotania przedsionków i mamy dowody, że 3-letnia obserwacja – tyle mniej więcej te mikrourządzenia mogą pracować – zwiększa szansę wykrycia migotania przedsionków, których skuteczna terapia przeciwkrzepna poprawia rokowanie, a wykrycie migotania przedsionków jest możliwe u dziesięciokrotnie większej grupy chorych niż przy standardowym monitorowaniu. Również u połowy chorych z utratami przytomności o nieznanym przyczynie tego typu urządzenia w połowie przypadków potrafią określić przyczynę utrat przytomności i wdrożyć skuteczne leczenie.

Kamizelka defibrylująca. To pewnie będzie temat, o którym będziemy rozmawiali z Ministerstwem Zdrowia. To kolejna technologia, która pozwala na bezpieczną diagnostykę i terapię chorych z ryzykiem nagłego zgonu sercowego arytmicznego, a u części chorych, takich jak na przykład kobiety z kardiomiopatią połogową, czyli niewydolnością serca pojawiającą się w końcowym okresie ciąży lub początkowym okresie połogu, lub u chorych z zapalną niewydolnością serca, pozwala ich przeciągnąć przez ten okres i co najmniej połowie takich chorych nie musimy wszczepiać układu na stałe.

Kompleksowa opieka to rozwiązania systemowe. Mówiono tutaj o systemie „Amulet”. Cieszę się, że ten system będzie rozbudowywany. Gratuluję panu profesorowi Gielera-kowi i panu docentowi Krześcińskiemu za rozwój tego programu monitorowania chorych z niewydolnością serca, ale mamy też KOS-zawał, który zakończył się olbrzymim sukcesem i to w okresie obserwacji ponad 12 miesięcy. Jeszcze nawet w drugim roku obserwujemy istotne rozejście krzywych przeżycia pomiędzy tymi chorymi, którzy w tym programie uczestniczą a tymi, którzy nie weszli do tego programu.

I kolejne programy kompleksowej opieki niewydolności serca. Pewnie część z elementów tego programu zostanie przejęta przez pilotaż sieci kardiologicznej, a później wdrożona w większym regionie. Myślmy też o kompleksowej opiece nad chorymi z migotaniem przedsionków. Te technologie to są tylko przykłady olbrzymiego worka, którym dysponujemy. Za chwileczkę profesor Gil uzupełni to o kardiologię interwencyjną, ale są to technologie, które zdecydowanie poprawiają rokowanie, co więcej, potrafimy zaoferować terapię tym chorym, którym dotąd musieliśmy powiedzieć, że muszą nauczyć się żyć ze swoją chorobą i z dolegliwościami. Bardzo się cieszę, że mamy tutaj kilka jaskółek, które przepowiadają wprowadzenie kilku technologii. Cieszę się z tego naboru do programu e-Zdrowie finansowanego ze środków norweskich. Mam nadzieję, że wkrótce

pozostałe technologie farmakologiczne i niefarmakologiczne będą dostępne dla naszych pacjentów. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

W takim razie możemy płynnie przejść do wypowiedzi pana profesora Roberta Gila, prezesa-elekta Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. I informuję, że prezentacja pana profesora Gila dotarła. Mamy prezentację. Można skorzystać. Bardzo proszę, panie profesorze.

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Robert Gil:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni posłowie, szanowni przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozwolę sobie – poproszę szybko o prezentację – pozwolę sobie przedstawić pewne urządzenia, technologie, które zdecydowanie mogą poprawić efektywność naszych działań, przede wszystkim rozszerzając je na grupy tych chorych, których dzisiaj często musimy dyskwalifikować z powodu braku narzędzi do leczenia najtrudniejszych przypadków, ludzi odrzuconych również z potencjalnego leczenia kardiochirurgicznego. Te urządzenia, które dzisiaj zaprezentuję, dotyczące zarówno naczyń wieńcowych jak i struktur serca – chodzi głównie o zastawkę mitralną i trójdzielną – są to technologie, które są już stosowane, więcej jak pilotażowo, w najbogatszych krajach świata. My też jesteśmy gotowi do ich wykonywania, i praktycznie i doświadczalnie, cały problem w tym, żeby znaleźć na to przysłowiowe pieniądze.

Czy mogę prosić o tę prezentację?

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Jeszcze chwileczkę musimy poczekać. Instalują.

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Robert Gil:

Dobrze. Chciałem jeszcze zwrócić uwagę dlaczego taka reprezentacja. Reprezentacja dlatego, że kadencja w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym, podobnie jak w europejskim, trwa 2 lata, jeśli chodzi o prezesa. Pokazując to, że jesteśmy obaj, jako prezes-elekt i prezes obecny...

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Panie profesorze, nie wiem, czy pan mnie słyszy, ale właśnie przełączamy się na prezentację. Panie profesorze, już pana widzimy, widzimy wszystkich państwa. Czy państwo nas słyszą?

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Robert Gil:

Tak, słyszymy.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Jeszcze chwileczkę. Musimy się zsynchronizować.

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Robert Gil:

Rozumiem.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Panie profesorze, możemy zaczynać. Już jesteśmy zsynchronizowani.

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Robert Gil:

Proszę państwa, strasznie mi miło, że mogę podzielić się z państwem pewnymi możliwościami i oczekiwaniami kardiologii interwencyjnej. Polska kardiologia interwencyjna do niedawna to był absolutny top nie tylko w Europie, ale i w świecie. Dzisiaj coraz trudniej nam się na tym szczycie utrzymać, między innymi w związku z trudnościami dotyczącymi zabiegów innowacyjnych. Zwykło się mówić, że angiografia – następny slajd – angiografia kontrastowa tętnic wieńcowych jest złotym standardem w diagnostyce choroby wieńcowej. Jak państwo widzicie, to jest przykład obrazka pokazujący prawą i lewą tętnicę wieńcową, można powiedzieć, wiemy o tym wszystko. Otóż ta technologia dostarcza nam danych na temat światła naczyń, nie mówi nam nic o ścianie naczyń,

a przecież cała patologia choroby wieńcowej, miażdżycy dotyczy ściany naczynia. Jedno z urządzeń, które przeszło pozytywnie stosowne analizy w AOTMiT, to jest optyczna koherentna tomografia. Dzięki tej technologii jesteśmy w stanie wręcz z mikroskopową dokładnością określać stan ściany naczynia. Proszę zwrócić uwagę, po lewej stronie koronarogram, na następnym slajdzie, a po prawej stronie macie państwo obraz poprzecznego cięcia uzyskany w optycznej koherentnej tomografii. I widać wszystkie warstwy ściany naczynia. Tutaj, w tym przypadku, jest to naczynie normalne, niewykazujące jeszcze jakiejś patologii.

Na kolejnym slajdzie widzicie państwo porównanie. To, co jest na szarobiałe, to jest obraz ultrasonografii wewnątrznacyniowej, która jest dostępna w koszyku procedur NFZ. Korzystamy z niej, jesteśmy z tego powodu szczęśliwi, jesteśmy jednymi z nielicznych w Europie, którzy mogą to robić w określonych wskazaniach. To, co jest na pomarańczowo-żółto, te obrazy są, jak widzicie państwo, zdecydowanie bardziej czytelne, lepiej odzwierciedlające sytuację ściany naczynia i tego jaka patologia leży w dolegliwościach klinicznych pacjenta. To jest na następnym slajdzie jasno pokazane, że zwłaszcza w przypadkach ostrych zespołów wieńcowych możemy diagnozować te przypadki najtrudniejsze, te, które z diagnostyki angiograficznej i laboratoryjnej mamy w tzw. na granicznych parametrach, to analiza ściany naczynia, znalezienie patologii pokazujące na przykład pękniętą blaszkę miażdżycową – tutaj państwo widzicie taką sytuację – czy też narastający zakrzep, czy czerwony czy biały, czy erozja blaszki miażdżycowej w przypadkach niskich enzymów martwiczych mięśnia sercowego. To ułatwia nam diagnozowanie chorych, a przede wszystkim wdrożenie skutecznego leczenia, które przekłada się na wydłużenie życia naszych pacjentów.

Wiemy, że zwapnienia naczyń wieńcowych – widzicie to państwo na kolejnym slajdzie – to jest dzisiaj największy wróg kardiologa interwencyjnego, bo one uniemożliwiają optymalizację, czyli idealne wszczepienie stentów. Im zmiana twardsza, im większy odsetek zwapnień, tym trudniej stentowi uzyskać optymalne otwarcie, lepsze wgajanie. Macie, państwo, po lewej stronie pokazane jak nieładnie w takiej zmianie zwapniałej ten stent wygląda, nie ma kulistego kształtu. Wiadomo, że to trzeba poprawiać. A jeżeli blaszka miażdżycowa jest nieprzygotowana na to, jest twarda, to nie uzyskujemy takiego idealnego wyniku.

I pokazała się na rynku – macie, państwo, następny slajd – na rynku pokazało się urządzenie, czy właściwie technologia tzw. litotrypsji wewnątrznacyniowej. Znamy litotrypsję z rozbijania kamieni w urologii, to było pierwsze zastosowanie w medycynie. Dzisiaj poprzez miniaturyzację stosownych cewników jesteśmy w stanie ze specjalnie skonstruowanym balonem dostarczyć wysoką energię, która z odpowiednich emiterów dostaje się do blaszki miażdżycowej, rozbija ją, pozbawia ją spójności, a przez to umożliwia dobre pasażowanie sprzętu do rewaskularyzacji, jak i idealne implantowanie stentu. To się przekłada na mniejsze powikłania związane z zakrzepicą w stencie i zmniejsza się odsetek restenozy. Nasza działalność jest bardziej efektywna i bardziej bezpieczna dla tych pacjentów, którzy na przykład są odrzuceni od kardiochirurgii między innymi dlatego, że obwody naczyń są mocno zniszczone miażdżycą, a dzięki tej technologii jesteśmy w stanie doprowadzić do odtworzenia pełnego światła tak mocno zwapniałego naczynia.

Kolejny slajd pokazuje państwu problem, który wiąże się z tzw. przewlekłymi okluzjami wieńcowymi. My od lat, w ramach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a zwłaszcza asocjacji interwencji sercowo-naczyniowych, walczymy o specjalną procedurę dotyczącą właśnie przewlekłych okluzji wieńcowych, bo niestety im bardziej skomplikowana okluzja, tym bardziej wymaga specjalistycznego sprzętu, ogromnej ilości specjalistycznych przewodników wieńcowych, mikrocewników, najróżniejszych urządzeń do rekanalizacji, które niestety nie są rozliczane w osobnej procedurze i często koszt takiego zabiegu to 3-4 klasyczne angioplastyki wieńcowe. Oczywiście można zaoszczędzić w innych miejscach, żeby było na to. Staramy się to robić, ale niestety to ogranicza liczbę wykonywanych zabiegów, bo bilanse naszych ośrodków, zajmujących się rekanalizacją przewlekłych okluzji wieńcowych, wychodzą na bardzo duży minus. I to jest nasze ogromne oczekiwanie, żeby i w tej sferze móc korzystać z największych nowości innowa-

cyjnych, między innymi ciągle rozbudowywanych lepszych przewodników pozwalających na skuteczną, bezpieczną i bez powikłań penetrację blaszki miażdżycowej.

Następną sferą, którą chciałem poruszyć, to są tzw. choroby strukturalne serca dotyczące, w tym przypadku, zastawki mitralnej i trójdzielnej. Jest taka technologia krawędź do krawędzi, czy edge-to-edge technique. MitraClip jest tą procedurą, która dotyczy zastawki dwudzielnej i jest wykorzystywana – pojawił się drugi producent z urządzeniem Pascal – poprzez dostęp żylny, przejście z prawego do lewego przedsionka, umiejscowienie odpowiedniego cewnika z takim clipem na końcu, potrafi w niedomykalności mitralnej zdecydowanie ją zmniejszyć i poprawić rokowanie pacjenta. Dotyczy to grupy pacjentów zdyskwalifikowanych z zabiegów kardiochirurgicznych, mocno obciążonych. Najnowsza edycja tej technologii dotyczy zastawki trójdzielnej. Pojawiły się specjalne clipy dotyczące tylko zastawki trójdzielnej – to nie jest przystosowywanie tej trójdzielnej tylko osobno do tej trójdzielnej. W Polsce nie mamy osobnej procedury, która umożliwia ten zabieg, można go ewentualnie próbować robić w zestawieniu zabiegu mitralnego i trójdzielnego. To są bardzo duże koszty. Ten zabieg powinien być dzielony. To duży kłopot. Jest duże oczekiwanie, żeby również te technologie zostały w Polsce zaakceptowane i były dla nas dostępne.

Następny krok w leczeniu wad zastawki mitralnej i trójdzielnej drogą przezskórną to jest implantacja zastawek. Dotyczy to, podkreślam, pacjentów zdyskwalifikowanych do zabiegów kardiochirurgicznych. To nie jest to, że my chcemy kardiochirurgom zabrać pewną działalność, ograniczyć ją. Odwrotnie, chcemy poszerzyć grupę pacjentów mogących skorzystać, poprzez poprawę jakości życia i wydłużenia tego życia, poprzez zabieg przezskórny, który jest mniej obciążający i pozwala, krótko mówiąc, przeżyć pacjentom w ciężkim stanie takie zabiegi. I to nie jest koniec, jeśli chodzi o zabiegi dotyczące chorób strukturalnych serca. Jak państwo widzicie, w tej chwili ta oferta rynkowa tych innowacji dotyczących różnych elementów zastawek, przede wszystkim mitralnej i trójdzielnej... Nie mówię tutaj o aortalnej, tu mamy niezły ten dostęp, co prawda daleko nam do średniej europejskiej, ale ten dostęp jest dużo szerszy, problem jest z leczeniem przezskórnym patologii zastawki mitralnej i trójdzielnej.

I na tym chciałbym zakończyć swoje wystąpienie z ogromnym apelem, abyśmy nie siadali z takim przekonaniem, że kardiologia interwencyjna jest w szczycie swojego działania i liczymy się w świecie. Nie będziemy się liczyć, nie będziemy mogli poszerzać naszych możliwości poprzez brak tych innowacji, które są w krajach bogatszych, Zachodu są już dostępne. Literatura jasno pokazuje, że nie jest to zabawa, to nie są zabawki, to są konkretne urządzenia ratujące życie i przedłużające życie naszym chorym. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Jeżeli mogę poprosić o głos pana dyrektora Dziegielewskiego w tej chwili ad vocem do prezentacji pana profesora, i to chyba z dobrą nowiną. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

Panie profesorze, bardzo ciekawa prezentacja, tym bardziej, że znalazłem elementy, które już zostały wdrożone, mianowicie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – taki jest oficjalny tytuł tego rozporządzenia – wprowadza koherentną tomografię optyczną tętnic obwodowych oraz tętnic wieńcowych. Tak że przynajmniej pierwszy element z tej całej prezentacji, tak piękne obrazowanie tętnic wieńcowych oraz zmian w ich ścianach jest już możliwe, przynajmniej jest gwarantowane w koszyku.

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Robert Gil:

Wiemy o tym. Czekamy na wdrożenie praktyczne. Ale bardzo się cieszymy, że uzyskaliśmy wsparcie w tym temacie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo się cieszę. Jakie to dobre informacje na naszej podkomisji można usłyszeć...

Ponieważ są obecnie również pan profesor Burchardt Paweł i pan profesor Grabowski, co prawda nie mamy panów zgłoszonych do głosu, ale widząc państwa na wizji chciałam zapytać, czy któryś z panów profesorów chciałby zabrać głos.

Profesor Marcin Grabowski:

Nie.

Profesor Paweł Burchardt:

Nie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. W takim razie bardzo proszę panią prezes Agnieszkę Wołczenko, prezesa Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce o zabranie głosu. Powiem tylko, że głosowania przesunięto nam na godzinę 12.10, więc mamy jeszcze chwilę, żeby zapoznać się z prezentacją i refleksjami pani prezes. Tak że bardzo proszę panią prezes o zabranie głosu.

Prezes Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce Agnieszka Wołczenko:

Dziękuję uprzejmie. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość udziału w dzisiejszym posiedzeniu. To, co usłyszałam, jest bardzo budujące dla nas, pacjentów, bo z tego, co prezentował pan dyrektor Dziegielewski, okazuje się, że idziemy w dobrym kierunku. Nie będę dodawała więcej do prezentacji i wypowiedzi profesora Mitkowskiego i profesora Gila, ponieważ oni już w zasadzie wyczerpali temat tych oczekiwań w obszarze kardiologii. Pozwoliłabym sobie tylko na taką króciutką refleksję, właściwie pytanie skierowane do ministerstwa. Ponieważ dla nas, pacjentów, istotną rzeczą jest rozszerzenie programu KOS-zawał na wszystkie ośrodki, czy możemy spodziewać się, i w jakim mniej więcej czasie, że ten projekt będzie dostępny we wszystkich ośrodkach? I tu, w ślad za ostatnią naszą dyskusją w obszarze hipercholesterolemii, powstało też takie pytanie z naszej strony, jako pacjentów, czy jest szansa, żeby ośrodki, które już w tej chwili realizują program KOS-zawał, mogły dostosować również w tym projekcie opiekę nad pacjentami z hipercholesterolemią, żeby te programy, te projekty były kompatybilne? Czy jest taka szansa, żeby ośrodki, które mają spektakularne efekty w prowadzeniu pacjentów po zawale i w kontrolowaniu hipercholesterolemii, były jakoś specjalnie nagradzane, premiowane? Bo to, być może, spowodowałoby, po pierwsze, poprawę jakości życia tych pacjentów, a, po drugie, wydawać by się mogło, że pokaże taką ścieżkę do naśladowania dla innych ośrodków.

I jeszcze jedna rzecz, też troszeczkę w formie pytania. Pan profesor Mitkowski mówił o programach lekowych, o nowych technologiach, nowych cząstkach w obszarze niewydolności serca. Ja z uporem maniaka dopytuję wciąż, bo to jest bardzo duża grupa pacjentów kiedy ministerstwo przewiduje zakończenie procesów negocjacyjnych w tym obszarze i kiedy pacjenci mogliby się spodziewać ewentualnie refundowanego dostępu do tych cząstek?

Z mojej strony to wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo serdecznie pani prezes.

Rozumiem, że pan dyrektor Dziegielewski. Bardzo proszę o odniesienie się do tych pytań. Dziękuję.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

Odniosę się do dwóch pierwszych pytań, ponieważ dotyczyły KOS-zawał. Tak naprawdę w tej chwili z Narodowym Funduszem Zdrowia zastanawiamy się, jak połączyć ze sobą dwa systemy finansowania świadczeń, jeżeli chodzi o ostre zespoły wieńcowe, bo wszyscy zgadzamy się co do tego, że KOS-zawał pokazał wyjątkową skuteczność. Jest to jeden z lepszych pilotaży, jakie w ogóle mieliśmy okazję przeprowadzać. Niemniej trzeba to zrobić na tyle starannie, żeby nie wylać dziecka z kąpielą. Wszyscy wiemy, że w tej fazie do programu przystąpiły ośrodki, które były gotowe do takiej pracy, bo praca jest nieco cięższa i wymaga koordynacji, ale w tej chwili zastanawiamy się, jak to wpuścić

właściwie zamiast obecnego finansowania i zamiast obecnego systemu opieki nad pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi, bo korzyści są bezsporne.

Natomiast, co do technologii lekowych, dyrektor Węclawik jest od innowacji, ja jestem od leczenia. Zabrakło trzeciego elementu, więc pozwolę sobie przekazać pytanie tam, gdzie powinno trafić, czyli do Departamentu Polityki Lekowej. Przyznaję, że jednak bardziej skupialiśmy się na technologiach nielekowych.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ta odpowiedź satysfakcjonuje panią prezes?

Prezes Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce Agnieszka Wołczyńska:

Pani przewodnicząca, prawie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

W połowie tak. Ale mam nadzieję, że odpowiedź...

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

O lekach będzie jeszcze mowa...

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Tak. Mam nadzieję, że odpowiedź na to pytanie będzie w marcu, ponieważ w marcu przewidujemy podkomisję poświęconą właśnie terapiom lekowym, innowacyjnym terapiom lekowym.

A skoro anonsuję już kolejne posiedzenia, to również chciałam powiedzieć, że wstępnie na maj przewidujemy dłuższe, wyjazdowe posiedzenie naszej podkomisji, gdzie w ogóle będziemy rozmawiali o innowacyjnych technologiach w szerszym zakresie, więc już dziś zachęcam i zapraszam państwa, gdybyście chcieli uczestniczyć w tym majowym spotkaniu. Tak jak mówię, wstępnie posiedzenie wyjazdowe planowane jest w maju. Chcielibyśmy odwiedzić parę ośrodków. Mówię wstępnie, dlatego że nie wiemy jak będzie wyglądać sytuacja z koronawirusem. Gdyby się okazało, że sytuacja epidemiczna uniemożliwi nam wyjazd, to będziemy odwoływali, natomiast na tę chwilę takie są plany. Bardzo dziękuję.

O głos prosił również przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich. Bardzo proszę, pan Wojciech Wiśniewski. Bardzo proszę.

Przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Dziękuję uprzejmie, pani przewodnicząca.

Ja mam pytanie, które znajduje się, być może, na marginesie dzisiejszej debaty, jednak wiele słusznych postulatów zgłoszonych przez panów profesorów, przez panią prezes Wołczyńską obejmuje w pewnym sensie zadania realizowane przez – przynajmniej na jednym z etapów – Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W ostatnim czasie, kilkanaście tygodni temu, zwróciliśmy się do Ministerstwa Zdrowia, też do państwa posłów, z prośbą o zniesienie limitów finansowania agencji oraz limitów wynagrodzeń określonych w ustawie, aby zapewnić tej instytucji odpowiednią wyporność. Zresztą jako federacja uznajemy, że wobec wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia musimy zapewnić odpowiednią, mówiąc kolokwialnie, masę instytucjom, od których oczekujemy, że poprawią los polskich pacjentów. I, istotnie, w projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przekazanych do konsultacji publicznej na 3 dni robocze w okresie świąteczno-noworocznym, taki zapis się znalazł, ku naszej satysfakcji i radości, jednak nie mamy informacji na temat tego jaki jest dalszy etap tych prac. Chciałbym się zapytać: czy projekt, bodaj z 30 grudnia, opublikowany na stronie Rządowego Centrum Legislacji, przeszedł już przez etap Komitetu Stałego Rady Ministrów? Kiedy stanie na Radzie Ministrów i kiedy trafi pod rozprawę Sejmu, aby ten zapis o zniesieniu limitu kosztów agencji i poziomu wynagrodzeń w tej instytucji został zrewidowany? Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan minister Miłkowski niestety musiał pójść na salę plenarną, ponieważ w tej chwili jest temat, który pilotuje, więc nie może odpowiedzieć bezpośrednio, ale, czy panowie, czy któryś z panów zechciałby odpowiedzieć na to pytanie?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

Niestety nie jesteśmy z departamentów nadzorujących ten temat bezpośrednio, natomiast wiem, że trwają usilne starania, żeby wpisać to do wykazu prac i żeby to poszło. Z tym, że to jest dość duży i skomplikowany akt prawny. Trudno się spodziewać, że szybko pójdzie, bo tam jest nieco więcej zmian niż tylko to, co pan zgłaszał, panie Wojciechu. Aczkolwiek to rzeczywiście wydaje się być taką wisienką na torcie. Staramy się, żeby to poszło, niestety byliśmy już zmuszeni do wyłuskania z całego aktu prawnego paru przepisów dotyczących sieci szpitali, bo nie przewidujemy, żeby do końca marca udało się zrealizować ten projekt. W każdym razie woleliśmy puścić odrębną ścieżkę.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Pięknie dziękuję. Proszę państwa, tym samym wyczerpała się lista gości chętnych do zabrania głosu.

Mam pytanie, czy państwo posłowie chcieliby zabrać głos w tej materii? Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, zakończyliśmy dyskusję, zakończyliśmy prezentację. Tym samym stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji. Zamykam posiedzenie Podkomisji.

Bardzo serdecznie dziękuję wszystkim państwu za udział. Naprawdę muszę powiedzieć, że dzisiaj mieliśmy bardzo interesujące materiały, bardzo interesujące prezentacje. Państwo posłowie machają, że tak, potwierdzają. Bardzo dziękujemy. Zachęcamy do kontaktu z naszą podkomisją. Dziękuję bardzo.

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Przemysław Mitkowski:

Bardzo dziękujemy za zaproszenie, pani przewodnicząca, i chętnie skorzystamy z tego zaproszenia.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Będzie mi bardzo miło. Dziękuję przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję.

Prezes Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce Agnieszka Wołczyńska:

Dziękuję. Do widzenia.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Do widzenia.