



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (52.)
w dniu 10 lipca 2013 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja ministra zdrowia na temat stanu opieki diabetologicznej w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dzień dobry. Witam serdecznie.
Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.
Szanowni Państwo!

Witam w naszym gronie panią Małgorzatę Handzlik, poseł do Parlamentu Europejskiego. Dzień dobry, Pani Poseł. Witam oczywiście pana ministra Igora Radziewicza-Winnickiego ze współpracownikami. Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie, oczywiście również panie i panów senatorów.

Ponad rok temu, 8 maja, odbyło się posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia poświęcone problemom polskiej diabetologii. Pojawiło się wówczas kilka wniosków, które wyniknęły z pracy na tym posiedzeniu komisji. Większość z państwa była na tym posiedzeniu, więc nie będę już do tego wracał.

Żeby nie tracić czasu, może na początku poproszę o krótkie wystąpienie panią poseł Małgorzatę Handzlik, która zajmuje się tymi problemami na forum Parlamentu Europejskiego.

Proszę uprzejmie, Pani Poseł.

Poseł do Parlamentu Europejskiego Małgorzata Handzlik:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.
Szanowni Państwo!

Witam wszystkich państwa bardzo gorąco i serdecznie. Przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie i za możliwość przedstawienia w Senacie kwestii ustawy o cukrzycy i problemów środowiska diabetyków, z którymi stykam się w mojej pracy już przez wiele lat, właśnie jako poseł do Parlamentu Europejskiego aktywnie wspieram to środowisko. Na co dzień pełnię swoje obowiązki w Brukseli i Strasburgu, jednak problemy diabetyków są mi bliskie od wielu lat, dlatego tak ogromnie cieszę mnie to dzisiejsze spotkanie.

Z pewnością jest wiele aspektów, które należałoby poruszyć w trakcie dzisiejszego spotkania. Przede wszystkim chciałabym jednak skoncentrować się na pozytywnych aspektach przyjęcia w naszym kraju ustawy o cukrzycy, która, Szanowni Państwo, jest aktem prawnym niezwykle wyczekiwany przez miliony chorych oraz ich rodziny.

Zdaję sobie sprawę z tego, że ciągle pojawiają się nowe pytania i nowe wątpliwości dotyczące tego, jak najlepiej przygotować tę ustawę. Niestety nadal nie ma w tej sprawie jednoznacznego stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Dlatego z tego miejsca chciałabym dzisiaj prosić zgromadzony tutaj zespół do spraw cukrzycy o przygotowanie przez Senat projektu ustawy o cukrzycy będącego odpowiedzią na wieloletnie oczekiwania i nadzieje polskich diabetyków, których przybywa z roku na rok.

Szanowni Państwo, statystyki są zatrważające. Na świecie co pięć sekund diagnozuje się cukrzycę u kolejnej osoby, a co dziesięć sekund z powodu powikłań cukrzycowych umiera osoba chora na cukrzycę. Liczba chorych na świecie powiększa się o siedem milionów osób rocznie, w Polsce zaś jest około dwóch i pół miliona chorych, w tym dwa miliony osób już leczonych farmakologicznie, sto tysięcy osób leczonych tylko dietą i wysiłkiem fizycznym oraz około czterystu tysięcy osób z cukrzycą dotychczas nierozpoznaną. Statystycznie oznacza to, że w zasadzie każdy z państwa tutaj obecny ma lub w najbliższym czasie będzie miał w rodzinie osobę, którą cukrzyca może bezpośrednio dotknąć. Niestety ewenementem na skalę światową jest to, że nie ma w Polsce jednolitego rejestru wszystkich chorych, co również jest wielką przeszkodą w planowaniu działań, chociażby profilaktycznych czy edukacyjnych. W obliczu tak mało optymistycznych danych trudno zrozumieć fakt, że w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 cukrzycę wspomina się jedynie w kontekście konieczności wprowadzenia zmian nawyków żywieniowych jako jednego z podstawowych sposobów walki z chorobami metabolicznymi lub chorobami krążenia. Jednak od lat środowiska pacjenckie i eksperckie postulują o traktowanie cukrzycy jako schorzenia o charakterze wielonarządowym z uwagi na rozległe i destrukcyjne dla całego organizmu powikłania. Dlatego też dokument ten niewystarczająco odpowiada na potrzeby chorych, lekarzy i polskiego społeczeństwa.

Skoro celem Narodowego Programu Zdrowia nie jest szczegółowe wymienianie poszczególnych jednostek chorobowych stanowiących największe wyzwanie polskiej służby zdrowia w najbliższych latach, niezwłocznie potrzebujemy uzupełniającej strategii wyznaczającej ramy leczenia, profilaktyki i edukacji w zakresie cukrzycy w Polsce, którą mógłby być narodowy program zapobiegania i zwalczania cukrzycy oraz jej powikłań, czyli ustawa o cukrzycy, do której przyjęcia wzywa rezolucja Parlamentu Europejskiego z marca ubiegłego roku. Wierzę, że taki dokument pozwoliłby na lepszą profilaktykę, diagnostykę

i opiekę nad chorymi, znacznie redukując liczby w przywołanych wcześniej statystykach. Pamiętajmy również, że dokument ten uwzględniałby nie tylko chorych, ale także tych, którzy należą do grupy wysokiego ryzyka rozwoju cukrzycy, a jest to prawie drugie tyle osób, co chorych. Niestety zatrważające dane statystyczne dotyczą stale wzrastającej liczby chorych. Nie jest to jedyny argument za przyjęciem tego dokumentu.

Ze smutkiem chciałabym przyznać się państwu, że w trakcie rozmów z moimi kolegami, posłami do Parlamentu Europejskiego z innych krajów członkowskich, kilkakrotnie spotkałam się ze stwierdzeniem, że Polska jest istnym cukrzycowym dinozaurem Europy. Skąd tak niepochlebna opinia? Niestety wypływa ona z opublikowanych niedawno rankingów, z których wynika, że publiczne i prywatne wydatki na leczenie cukrzycy w Polsce należą do najniższych w Europie. Spośród krajów naszego regionu tylko Litwa i Łotwa przeznaczają na ten cel mniej niż Polska, a w całym zestawieniu za nami jest tylko Bułgaria i Rumunia. Do tego nasz kraj zajął odległe, dwudzieste piąte miejsce na dwadzieścia dziewięć w pierwszym europejskim rankingu konsumenckim badającym opiekę i leczenie chorych na cukrzycę, tak zwanym Euro Consumer Diabetes Index, w którym uwzględniono między innymi śmiertelność pacjentów oraz przypadki niewydolności nerek.

W kolejnym rankingu Polska okazała się jednym z dwóch krajów Unii Europejskiej i EFTA – drugim krajem była Malta – w którym pacjenci nie mają dostępu do refundowanej terapii cukrzycy typu drugiego za pomocą długo działających analogów insuliny ludzkiej. Dodatkowo niedawno chirurdzy naczyniowi podali, że amputacje nóg u diabetyków są w naszym kraju najczęstsze w porównaniu z amputacjami w większości krajów Unii Europejskiej. Przyznam szczerze, że choć od dawna wiemy o niekorzystnej sytuacji diabetyków, to najnowsze dane zestawiające państwa członkowskie Unii Europejskiej unaocznily, jak ważne jest wypracowanie nowych rozwiązań na rzecz chorych na cukrzycę w naszym kraju. Jako poseł do Parlamentu Europejskiego chciałabym móc promować podejmowane w tym zakresie działania jako pozytywny wkład w poprawę sytuacji pacjentów oraz osób zagrożonych cukrzycą w Polsce. W mojej opinii ustawa o cukrzycy jest w stanie rozwiązać wieloletnie, nawarstwiające się problemy. Potrzebujemy w Polsce takiego środowiska prawnego, które przyczyni się między innymi do mądrego udostępnienia leczenia farmakologicznego zapobiegającego marnotrawstwu leków, programu wczesnego wykrywania cukrzycy i jej zapobiegania oraz systemu wsparcia pacjentów i ich rodzin w zakresie propagowania zdrowego stylu życia, edukacji oraz profilaktyki powikłań i ich leczenia.

Szanowni Państwo, tylko wielokierunkowe, ale spójne działania podparte przemyślaną legislacją umożliwią chorym normalne życie w naszym kraju. Rozumiem obawy polskiego ustawodawcy związane przede wszystkim z ograniczeniami budżetowymi NFZ, gdy diabetolodzy apelują o system gwarancji, realizacji, prewencji i finansowania leczenia cukrzycy. Rozumiem intencje ustawodawcy wprowadzającego do porządku prawnego ustawy refundacyjnej cel, którym miało być przekształcenie systemu refundacji, by w ramach dostępnych publicznych środków

finansowych odpowiadał on w możliwie najwyższym stopniu aktualnemu zapotrzebowaniu społecznemu w zakresie zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, a w wyniku którego zaoszczędzono 2 miliardy zł w kasie NFZ. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wskazują jednocześnie na fakt, iż około 1/3 tych oszczędności została poczyniona kosztem chorych na cukrzycę. W efekcie w dyspozycji pozostało ponad 500 milionów zł niewydanych na leczenie cukrzycy, które powinny być zwrócone chorym na cukrzycę poprzez refundację nowoczesnego leczenia, którego ramy mogłaby stwarzać właśnie ustawa o cukrzycy.

Istnieje jeszcze druga strona ekonomicznego wymiaru walki z cukrzycą, o której, zdaje się, zapominamy. Skutki niewłaściwie leczonej cukrzycy odczuwają nie tylko pacjenci, ale także całe społeczeństwo i gospodarka. W 2011 r. koszty pośrednie cukrzycy wynikające głównie z wydatków ponoszonych na renty z tytułu niezdolności do pracy i wcześniejsze emerytury wyniosły ponad 2 miliardy zł. Jest to kwota zdecydowanie wyższa niż ta przeznaczona na walkę z chorobą. Szacuje się również, że z powodu cukrzycy typu drugiego nie pracuje 75% chorych, a prawie 80% lekarzy zetknęło się z pacjentami dyskryminowanymi zawodowo z powodu choroby. Bezrobocie wśród diabetyków jest dwa razy wyższe niż w zdrowej populacji, co jest szczególnie istotne, Szanowni Państwo, w czasach, gdy zmagamy się z konsekwencjami kryzysu gospodarczego. To oczywiste, że leczenie chorób przewlekłych jest znaczącą pozycją w krajowych budżetach wszystkich krajów na świecie, a jednak nie możemy stygmatyzować chorych i traktować ich jako obciążenia.

Ustawa o cukrzycy umożliwiłaby również lepsze przygotowanie kadry medycznej do pracy z tak szybko rosnącą populacją diabetyków. W Polsce jest zbyt mało lekarzy diabetologów, przez co pomoc bywa niewystarczająca i trzeba na nią zbyt długo czekać. Nie ma również usystematyzowanej i usankcjonowanej ustawowo edukacji diabetologicznej oraz żywieniowej, co jest podstawą leczenia w nowoczesnej diabetologii. Nie istnieje efektywne zarządzanie leczeniem cukrzycy, które umożliwiłoby edukowanie pacjentów i dałoby pacjentom możliwość funkcjonowania z cukrzycą przez całe życie, bo przecież jest to choroba nieuleczalna. Lekarze rodzinni powinni zostać przeszkoleni również pod kątem profilaktyki i diagnostyki cukrzycy, aby móc skutecznie zapobiegać wzrostowi liczby chorych oraz nieświadomie nie doprowadzać do ciężkich powikłań cukrzycowych.

Szanowni Państwo, jak wspominałam na początku, w środowisku eksperckim diabetyków i diabetologów wciąż pojawiają się nowe pytania i nowe wątpliwości dotyczące tego, jak najlepiej przygotować ustawę o cukrzycy. Na szczęście jest to bardzo zaangażowane środowisko, które od wielu lat aktywnie działa na rzecz poprawy dotychczasowej sytuacji. Takiego potencjału i nakładu pracy nie można zaprzepaścić. Niestety z roku na rok ich zapał oraz cierpliwość są wystawiane na ciężką próbę. Czas nie jest tu naszym sprzymierzeńcem. Tak naprawdę potrzebujemy konkretnego rozwiązania legislacyjnego przygotowanego „na wczoraj”, a z posiadanych informacji wynika, że

Ministerstwo Zdrowia cały czas nie ma jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. Życzyłabym sobie, aby efektem dzisiejszego spotkania było przygotowanie właśnie przez państwa, przez Senat, projektu ustawy o cukrzycy, której tak bardzo w Polsce potrzebujemy. W unijnych dokumentach czy dokumentach ONZ mówi się wprost, że cukrzyca to choroba o zasięgu epidemii i musimy zrobić wszystko, aby ją ograniczyć. Wiele krajów osiąga już efekty swojej polityki zdrowotnej w tym zakresie, niestety nie nasz. Uważam więc, że krok w kierunku ustawy o cukrzycy będzie wyraźnym sygnałem dającym nadzieję na poprawę sytuacji. Mam nadzieję, iż podzieli państwo moje zdanie, które wyrażam przede wszystkim w imieniu diabetyków, z nadzieją oczekując skutecznych rozwiązań prawnych umożliwiających im leczenie, profilaktykę i normalne życie. Mam nadzieję, że po dzisiejszym spotkaniu będę mogła przekazać im pozytywne informacje.

Proszę państwa, na koniec przedstawię jeszcze najnowsze statystyki dotyczące cukrzycy w Polsce z lat 2011–2012 wydane przez IDF. Przypadki chorych na cukrzycę w populacji osób w wieku od dwudziestu do siedemdziesięciu dziewięciu lat w naszym kraju to prawie trzy miliony sto osób. Cukrzyca typu pierwszego u osób w wieku do czterestu lat występuje u prawie stu tysięcy osób, a w populacji osób w wieku od dwudziestu do siedemdziesięciu dziewięciu lat umiera z powodu cukrzycy ponad trzydzieści tysięcy osób rocznie, czyli prawie 10%. Liczba mężczyzn w tej samej populacji osób chorych na cukrzycę to prawie półtora miliona, porównywalnie taka sama jest liczba kobiet. Na cukrzycę w tej samej populacji na wsi choruje prawie milion trzysta osób, a w mieście prawie milion sześćset. Liczba niezdiagnozowanych osób, które są chore na cukrzycę, w wieku od dwudziestu do siedemdziesięciu dziewięciu lat to prawie dwa i pół miliona osób.

Dziękuję państwu bardzo za uwagę. Liczę na państwa wsparcie i mam ogromną nadzieję, że dzięki państwa pomocy uda się rozwiązać ten problem w naszym kraju. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Pani Posel.

Pojawiło się tu parę wniosków i zapytań do pana ministra, ale jeśli pan minister pozwoli, to chciałbym, żeby teraz zabrał głos pan profesor Leszek Czupryniak, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Proszę uprzejmie, Panie Profesorze... przepraszam.

Witamy serdecznie pana marszałka Karczewskiego.

Witamy, Panie Marszałku, dzień dobry.

Proszę, Panie Profesorze.

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak:

Dziękuję bardzo.

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Bardzo się cieszę, że spotykamy się po roku, jest to wypełnienie deklaracji złożonej wtedy na spotkaniu, że Komisja Zdrowia Senatu nie zrezygnuje z tematyki diabetologicznej. Dziękuję również

za to, że zostałem poproszony o przedstawienie kilku slajdów, pokazanie sytuacji diabetologicznej z naszego punktu widzenia, profesjonalistów z Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Będę mówił o przykrych sprawach. Wchodząc na salę, pan senator Piecha powiedział, że przyszedłszy ponarzekać, będziemy chcieli jednak nie tyle narzekać, ile...

(Głos z sali: Jak zwykle, Panie Profesorze.)

Jak zwykle, tak jest.

Tak naprawdę będę mówił o faktach, niezmiennie pozostając optymistą. Myślę, że będą państwo świadkami takiego dość typowego dialogu. To znaczy my będziemy mówić – tak jak przed chwilą państwo słyszeli – że nie jest dobrze, że Polska zajmuje dalekie miejsca w rankingach, środki wydawane na cukrzycę są nieracjonalnie niskie, a nawet są marnowane, będę chciał to pokazać. Natomiast ze strony licznie zgromadzonych tu przedstawicieli chociażby ministerstwa – zawsze cieszę się, że chociaż przy takich okazjach możemy porozmawiać z wysokimi przedstawicielami ministerstwa – będą pewnie państwo słyszeli, że generalnie jest świetnie i nie ma powodu, żeby jakoś radykalnie to zmieniać. W naszym odczuciu rozdział między tym, co dzieje się w diabetologii, a aktywnością państwa jest chyba największy, jeśli weźmiemy pod uwagę wszystkie takie szerokie dziedziny medyczne w naszym kraju. Niezmiennie zadajemy sobie pytanie, z czego to wynika.

Chciałbym krótko pokazać państwu pewną perspektywę, parę drastycznych obrazków, żebyśmy dokładnie wiedzieli, o czym mówimy. Bo cukrzyca jest taką chorobą, która nie boli, ale prowadzi do takich zmian w aortalii... To jest aorta pacjenta, który osiemnaście lat chorował na cukrzycę typu drugiego i zmarł. Jego rówieśnik niechorujący na cukrzycę ma dużo gładziej, ładniejszej, niezmięzionych naczyń krwionośnych, tutaj jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie. Chętnie odpowiem na pytania w trakcie prezentacji. Jeśli mają państwo pytania, proszę mi śmiało przerywać.

Ta choroba, która w diabetologii jest, powiedziałbym, naszą ulubioną chorobą, dotyczy rzeczywiście ogromnej liczby chorych. Wiemy, że na pewno co najmniej dwa i pół miliona osób w Polsce choruje na cukrzycę. Dwa miliony osób jest leczonych farmakologicznie. Choroba prowadzi do takich zmian. To jest stopa jednego z pacjentów leczonych w oddziale, w którym pracuję. Tak zakończyło się to leczenie. Jest to sukces, bo udało nam się uratować tę stopę, pacjent dalej chodzi na własnej nodze. Wylewy krwi do dna oka, które grożą ślepotą, udary mózgu... Jak państwo widzą, to jest znacznie zniszczony mózg. Zawały serca... To jest tkanka zawałowa również u chorego na cukrzycę. Ileś lat źle leczonej choroby prowadzi do tego wszystkiego i dopiero wtedy tak naprawdę docenia się, czym jest cukrzyca. Można cierpieć na tę chorobę przez wiele lat i niespecjalnie mieć istotne dolegliwości. Jest bardzo źle, gdy rozpoznajemy cukrzycę w obrazie takich zaawansowanych powikłań.

W Polsce rzeczywiście coraz częściej chorujemy na cukrzycę typu pierwszego. To są najnowsze dane dotyczące cukrzycy typu pierwszego. Jest tu z nami pani profesor

Szadkowska, współautorka tej pracy, jest to praca zbierająca dane w zasadzie ze wszystkich ośrodków diabetologicznych w Polsce. Jak państwo widzą, rośnie liczba zachorowań, chociaż w porównaniu do cukrzycy typu drugiego jest to nie więcej niż 10% wszystkich chorych na cukrzycę. Jeśli chodzi o liczby, jest to dużo mniejsza skala. Zresztą jeśli chodzi o opiekę nad chorymi na cukrzycę typu pierwszego, to pacjenci w Polsce są dość dobrze – jak to się teraz brzydko mówi – zaopiekowani. Gdy ktoś pyta mnie o pozytywy w polskiej diabetologii, wymieniam zwykle to, co dzieje się w obrębie populacji wieku rozwojowego, i mówię o wyniku pracy naszych kolegów pediatrów jako czymś, czym na pewno możemy się pochwalić, tutaj są pewne osiągnięcia.

Jeśli zaś chodzi o cukrzycę typu drugiego... To są jedne z najnowszych danych, chociaż pokażę jeszcze nowsze dane pochodzące ze Śląska. To jest praca, której współautorem jest pan profesor Strojek, konsultant krajowy, też jest tutaj obecny. Jak państwo widzą, po sześćdziesiątym roku życia ponad 20% osób ma cukrzycę, drugie tyle – proszę zapamiętać tę liczbę, bo ja do niej wrócę – ma nietolerancję glukozy. Czyli po sześćdziesiątce prawie połowa ludzi ma problem ze stężeniem cukru we krwi. Jedyną częstszą przypadłością jest nadciśnienie tętnicze, nie chcę mówić, że jest dużo mniej groźne, ale jest jednak prostsze do leczenia. Cukrzyca jest na drugim miejscu, a w żadnym stopniu nie znajduje to odzwierciedlenia w polityce zdrowotnej kraju, w żadnym stopniu, mówię to z pełną odpowiedzialnością. Tak jak powiedział pan senator, ja i moi poprzednicy mówimy o tym od dziesięciu lat i liczymy na to, że w końcu kropla wydrąży skałę.

To są najnowsze dane prezentowane na początku tego roku, pochodzą z badania NATPOL realizowanego przez Gdański Uniwersytet Medyczny. Częstość występowania cukrzycy w populacji osób dorosłych w wieku od osiemnastu do osiemdziesięciu lat wynosi 7%, w populacji osób powyżej czterdziestego piątego roku życia, proszę zobaczyć, już co szósta osoba choruje na cukrzycę. Te dane, które pokazywałem na tamtym wykresie pochodziły sprzed czterech, pięciu lat, to zaś są dane z ubiegłego roku. Ta częstość wiąże się z poziomem wykształcenia, im osoby są gorzej wykształcone, tym częściej chorują na cukrzycę, zdecydowanie wiąże się to także z masą ciała. Proszę zobaczyć, jaki jest odsetek osób otyłych w gronie chorych na cukrzycę, w każdym przedziale wiekowym i każdej płci. Szacujemy – tu się poprawiło – że około jednej czwartej osób w Polsce, które mają cukrzycę, nie wie o tym, a jeszcze pięć, siedem lat temu mówiliśmy o jednej trzeciej. Oczywiście to, że ta cukrzyca jest częściej wykrywana jest pozytywnym, dzieje się tak dzięki aktywności wielu środowisk, mówieniu o cukrzycy i obecności cukrzycy w mediach, a także pewnym ruchom, które wykonuje NFZ. Od pewnego czasu NFZ więcej płaci za wizyty pacjentów diabetologicznych, tylko nie idzie za tym wymóg prowadzenia jakichś badań diagnostycznych. Zaowocowało jednak to, że lekarze POZ wiedzą, że lepiej zarobią na pacjentach chorych na cukrzycę. Mówiąc brutalnie, zaczęli oni aktywnie szukać cukrzyków w swoich okręgach. Znam ośrodki, w których w ciągu roku dwukrotnie zwiększyła się liczba chorych na cukrzycę, którzy są pod opieką danych

lekarzy. Stało się tak nie dlatego, że była epidemia, tylko dlatego, że poprawiła się wykrywalność choroby. To jest pewien korzystny skutek, chociaż chcielibyśmy, żeby za tą wykrywalnością szła większa... Chcielibyśmy, żeby lekarze rodzinni byli motywowani chociażby do częstszego robienia diagnostyki.

Proszę spojrzeć, w tej chwili w poszczególnych grupach wiekowych te liczby są nawet większe niż te, które pokazują dane sprzed czterech lat. Po sześćdziesiątym piątym roku życia choruje nawet 1/3 osób. Jeżeli państwo o tym nie wiedzieli, powinno to zrobić na państwu wrażenie. Mówię to nie dlatego, że zajmuję się cukrzycą, jakbym się nią nie zajmował, zrobiłoby to na mnie bardzo duże wrażenie. Kobiety żyją w Polsce średnio osiemdziesiąt lat. Nie można pomijać tego problemu, jest on nieustannie pomijany. To jest krzywa, która właśnie na podstawie badania NATPOL pokazuje, jak będzie rosła zachorowalność na cukrzycę. My już ją przekroczyliśmy, jesteśmy gdzieś w tym momencie, jest już dwa i pół miliona chorych. Tak że wszelkie szacunki, jakie robi się w tej chwili... W rzeczywistości i tak te liczby są większe.

Zasadniczo są trzy przyczyny tego wzrostu chorobowości. Może państwo myślą, że nasi rodacy są jacyś, nie wiem, beznadziejni, jeśli chodzi o styl życia, nie są oni jednak ani gorsi, ani lepsi od innych Europejczyków. Wcale nie są najtężsi w Europie, najtężsi są Słowacy i Grecy, a najszcuplejsi są Francuzi. Mieścimy się w takiej europejskiej średniej. Są trzy przyczyny wzrostu chorobowości. Po pierwsze, wydłuża się średnia długość życia, a wiek jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka cukrzycy, potem dopiero masa ciała. Po drugie, rośnie częstość nadwagi i otyłości, 1/3 osób w Polsce, kobiet i mężczyzn, jest otyłych. Po trzecie, bardzo skutecznie leczymy powikłania, czyli chorzy, którzy jeszcze dziesięć, piętnaście lat temu umierali, teraz nie umierają. To jest trochę tak, jak dzieje się w kardiologii, dzięki sukcesom w kardiologii przybywa pacjentów z niewydolnością serca, podobnie dzieje się w tym przypadku. Dwadzieścia lat temu nie żyłoby wielu chorych na cukrzycę, obecnie żyją, ratujemy ich z zawałów, udarów itd. Tak że jest to poniekąd skutek sukcesu medycyny, ale tym też powinniśmy się jakoś zająć. Te czynniki odpowiadają przede wszystkim za wzrost chorobowości.

Bardzo się cieszę, że dzisiejsze spotkanie zaczęło się od wypowiedzi członka Parlamentu Europejskiego. Jak państwo widzą, 14 marca zeszłego roku Parlament Europejski uchwalił dość szczegółową rezolucję, która dokładnie mówi o tym, czego Europa oczekuje od państw członkowskich. Spotkało się to z głuchym odzewem, to znaczy z żadnym odzewem. Widzę, że pani poseł kiwa głową. Kompletnie nie było reakcji. Wiadomo, że to jest polityka, można lekceważyć takie dokumenty, ale z jakiegoś powodu ta rezolucja została dość dokładnie, rzetelnie przygotowana i uchwalona. Proszę zobaczyć, ta rezolucja wzywa samą Komisję Europejską do realizacji szeregu różnych kwestii dotyczących także samych badań w obrębie diabetologii. Nie chcę szczegółowo tego czytać. Chcę jednak zwrócić uwagę na jedną kwestię. To jest wezwanie państw członkowskich właśnie do wprowadzenia, rozwinięcia i monitorowania narodowych programów diabetologicznych, które miałyby na celu promocję zdrowia, redukcję czynników ryzyka,

przewidywanie i prewencję, wczesną diagnostykę i leczenie cukrzycy w całej populacji i w grupach wysokiego ryzyka. Nie można nie mówić o cukrzycy, rzeczywiście jest to zagrożenie, które zostało uznane na najwyższych szczeblach Unii Europejskiej, a u nas jakoś nie może się to przełożyć na żaden czyn.

Zaraz państwo pewnie usłyszą od tu obecnych, bo w przeszłości toczyliśmy już takie rozmowy... Od razu uprzedzam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jest Narodowy Program Zdrowia, cukrzyca jest tam wymieniona prawdopodobnie w pktcie 123b. To są główne priorytety Narodowego Programu Zdrowia, nie ma tu niczego o cukrzycy. W punkcie dotyczącym chorób cywilizacyjnych rzeczywiście jest... W 2012 r. na walkę z cukrzycą przeznaczono – jest to podpunkt tego programu – kwotę przekraczającą 2,3 miliona zł czy 2,6 miliona zł, są to sumy tego rzędu, są to drobne sumy, które tak naprawdę istotnie niczego nie zmieniają. To są pewnie takie działania, które z naszego punktu widzenia... Przepraszam, że to, co będę mówił, może zabrzmie przykro, ale myślę, że nie jesteśmy tu po to, żeby kurtuazyjnie mówić sobie o tym, jak jest źle albo dobrze, a potem się rozejść. Jesteśmy tu po to, żeby przejąć się jednak trochę tym tematem, nad którym spędzamy tu czas w lipcu. W naszym rozumieniu są to działania pozorowane, listki figowe, które niczego nie zmieniają.

Proszę zobaczyć, jak wygląda finansowanie przez NFZ świadczeń diabetologicznych, to są dane z 2011 r. Gdy przedstawiałem je poprzednio przy wiceprezesie NFZ, wiceprezes zarzucił mi, że są to nieprawdziwe dane. Uprzedzam ewentualny zarzut, to są dane zaczerpnięte ze strony NFZ. W 2011 r. na kontrakty diabetologiczne, na porady ambulatoryjne, specjalistyczne, poradnie w systemie KAOS i leczenie szpitalne przeznaczono 133 miliony zł. Przy ówczesnym budżecie NFZ na leczenie przekraczającym 50 miliardów zł to jest 2,66% budżetu NFZ. Tak naprawdę nie chciałbym usłyszeć od kogokolwiek z państwa, że generalnie jest nieźle i dobrze to finansujemy, że tak trzeba robić, bo naprawdę tak nie jest. Powie to państwu każdy diabetolog i powie to państwu każdy chory na cukrzycę lub jego rodzic. To są konkretne liczby. 133 miliony zł to jest śmieszna kwota. Oczywiście na leczenie cukrzycy wydano obiektywnie więcej pieniędzy, trzykrotnie więcej, około 400 milionów zł, ale to są kontrakty czysto diabetologiczne. Sprowadza się to do tego, że... Ta niska suma wynika na przykład z tego, że – proszę spojrzeć – w 2011 r. w pięciu województwach: zachodniopomorskim, lubuskim, opolskim, świętokrzyskim i podkarpackim żaden oddział nie podpisał kontraktu diabetologicznego. To znaczy, że chorzy na cukrzycę byli leczeni w różnych oddziałach, internistycznych, kardiologicznych, chirurgicznych, ale w tych województwach nie ma oddziałów dedykowanych chorym na cukrzycę. To wynika z kilku przyczyn, chociażby z tego, że szpitale nie są zainteresowane takim leczeniem, nie ma też diabetologów. Nie jest to sytuacja bardzo prosta, a na pewno jest niekorzystna. Dużo lepiej wypada województwo mazowieckie, czy to, z którego pochodzę, łódzkie.

Kolejna kwestia, o której chciałbym powiedzieć. Przed chwilą w wypowiedzi pani poseł usłyszeliśmy, że oczywiście martwimy się o wydatkowanie pieniędzy, że NFZ ich

nie ma i nie wyda. Nie wiem, czy są państwo świadomi, że od 1 maja tego roku ni z tego, ni z owego, jak ogrom z jasnego nieba spadła na nas wiadomość, że ministerstwo podjęło decyzję o refundacji metforminy, podstawowego leku w leczeniu cukrzycy typu drugiego u osób ze stanem przedcukrzycowym. Przed chwilą pokazałem państwu wykres, na którym widać, że tych osób w Polsce jest tyle, ile chorych na cukrzycę. My – pewnie tak jak wszyscy – rozumiemy, że celem refundacji jest poprawa dostępu do danego leczenia. Metformina jest lekiem, który ma sześćdziesiąt lat. Proszę zobaczyć, ile kosztowała przed refundacją, to są sumy przed refundacją, dotyczą różnych dawek. To jest jeden z wielu preparatów, refundacja dotyczy oczywiście wszystkich preparatów metforminy. To jest cena po refundacji. Ma to być ulga dla pacjenta związana z leczeniem, jest to różnica między 6 zł a 3 zł, 8 zł a 3 zł. Stosowanie metforminy w stanie przedcukrzycowym dotyczy takich osób jak ja, jeszcze stosunkowo, że tak powiem, niestarych mężczyzn pracujących, z nadwagą. Dla osób takich jak ja naprawdę nie ma znaczenia, czy wyda się 3 zł czy 6 zł. Powiem państwu, że w ubiegłym roku na refundację metforminy do leczenia cukrzycy typu drugiego – mówimy o takiej samej liczebnie populacji, a pewnie i większej, bo mającej mniej przeciwwskazań – wydano 70 milionów zł, jest to poszerzenie możliwości refundacyjnych o 70 milionów zł. Skorzystają na tym tylko i wyłącznie producenci tych leków, nie skorzystają na tym ci pacjenci, którzy będą tak leczeni. My przepisujemy metforminę, jest to uzasadnione medycznie, jest to w naszych zaleceniach, nie kwestionujemy tego ruchu, to wskazanie absolutnie istnieje, chociaż jest tu wyraźnie napisane, że jest ono off-label. Nie widzimy jednak sensu finansowania takiego leczenia u osób, które spokojnie mogą sobie pozwolić na taki wydatek. Jeżeli powiem państwu jeszcze... Nas to szalenie zaintrygowało, postanowiliśmy sprawdzić, jak to się stało, bo nikt o to nie występował, ani pacjenci, ani chorzy. Wnioskodawcą o refundację tego leku był niemiecki producent metforminy, firma Berlin-Chemie, nie jest to żadną tajemnicą.

Tak że mówienie o tym, że decyzje są jakoś przemyślane, że nie ma pieniędzy... My w to nie wierzymy. Sądymy, że pieniądze są, tylko nie na to, co trzeba. W naszym odczuciu jest to po prostu marnotrawstwo grosza publicznego. Jeszcze raz chcę państwu pokazać, że liczba chorych jest taka sama.

Kończąc, przedstawię jeszcze trudności, jakie są w dialogu z ministerstwem. Pokazuję to z pełną świadomością w obecności pana ministra, z którym zawsze miło nam się rozmawia, mam wrażenie, że on jakby rozumie naszą sytuację, pomijając nawet oficjalne stanowisko. Chodzi o to, że my – jak powiedział pan senator – narzekamy czy krytykujemy, ta nasza krytyka dociera do najwyższych władz, bo na przykład pan minister nie zaszczycił nas swoim patronatem na zjeździe, który odbył się pod koniec maja, a zwykle nas zaszczycą. Jak państwo widzą, dwa dni po zjeździe otrzymaliśmy pismo z gabinetu politycznego. Nie wiem, czy jest to prztyczek w nos, nie załamaliśmy się specjalnie z tego powodu. Nie chcielibyśmy, żeby ktoś się na nas obrażał, chcielibyśmy zaś prowadzić konstruktywny dialog, którego niestety nie ma, i dyskutować o ar-

gumentach. My nie oczekujemy refundacji ani pieniędzy, całego budżetu przeznaczanego dla chorych na cukrzycę, ale jakichś sensownych kroków do przodu... Jest bardzo trudno wykonać jakiegokolwiek ruchu.

Podsumowując, powiem, jakie są główne problemy także z punktu widzenia chorych, których reprezentujemy. Nie ma ustawy, ta ustawa to jest właśnie narodowy program diabetologiczny, uważamy, że jest ona potrzebna. W naszym odczuciu nie jest trudno ją napisać, nie deprecjonuję tu pracy parlamentarzystów, ale są naprawdę świetne europejskie wzorce. Takie kraje jak Finlandia i Holandia mają znakomite ustawy o cukrzycy, jest w nich dokładnie napisane, na co centralnie można przeznaczyć pieniądze. Jak państwo zauważyli, ustawa zwykle alokuje kwoty do 200–300 milionów zł, a nie do 2 milionów zł czy 3 milionów zł, przyniosłaby ona jakościową zmianę. Poza tym pokazałem państwu, jak niski jest poziom finansowania opieki diabetologicznej, nie jest finansowana edukacja, która jest u nas leczeniem.

Pamiętam rozmowy sprzed dwóch lat z ówczesnym wiceprezesem NFZ niepełniącym już tej funkcji. W odpowiedzi na pytanie, czy NFZ rozważałby możliwość finansowania wizyt edukacyjnych u pielęgniarek – bo jest to u nas bardzo ważne, leczenie niefarmakologiczne w cukrzycy jest kluczowe – zobaczyłem ogromnie zdumione twarze, powiedziano mi, że byłby to przeskok jakby w ogóle mentalny, że NFZ może płacić za coś pielęgniarkom, nie lekarzom. Jednak na świecie w diabetologii często tak się dzieje. Problemem jest też nier refundowanie żadnych nowych leków.

Pewnie też państwo usłyszą, że osiągnęliśmy wielki sukces, bo analogi insuliny dla chorych na cukrzycę typu pierwszego zostały refundowane w lipcu ubiegłego roku. Zostało to osiągnięte po dziesięciu latach walki, po działaniach formalnych i nieformalnych, ta refundacja została wprowadzona w minimalnym zakresie, pacjenci i tak muszą płacić 30% ceny. Pokazałbym państwu zastępy pacjentów, u których ta insulina jakościowo zmienia ich życie, więc ma ona kluczowe znaczenie. Jest duża grupa chorych na cukrzycę typu drugiego, u których powinniśmy stosować te leki. W diabetologii co roku pojawiają się nowe grupy leków, nawet nie jeden lek, co pół roku pojawiają się nowe leki. Ja je tu wymieniałem, są leki inkretynowe, są dwa preparaty z grupy gliflozyn. Nie możemy stać w miejscu. Jest tu potrzebna racjonalna polityka określania może wąskich wskazań, wybierania wąskich grup pacjentów, ale jednak wprowadzania tych leków na rynek.

Kwestia, o której powiem już na końcu – nie mówiłem o tym wcześniej – to drastyczny wzrost kosztów leczenia w ubiegłym roku. NFZ zaoszczędził 2 miliardy zł. Usłyszą państwo, że to nie była oszczędność, tylko racjonalizacja wydatków. Dobrze, ale chorzy na cukrzycę zapłacili ponad 1/4 tej sumy. Pan minister wielokrotnie powtarzał, że to nie jest oszczędność, że będzie dostęp do nowych metod leczenia. Nie ma żadnego dostępu do nowych metod leczenia z tych środków, a jeśli chodzi o te nasze kwestie, to odpowiada nam głucha cisza. W naszym odczuciu dochodzi do sytuacji, której tak naprawdę zupełnie się nie spodziewaliśmy. Ten ruch z tą refundacją metforminy do leczenia stanu przedcukrzycowego nie służy poprawie dostępu do

leczenia. Dla nas jest to – nie chcę już mówić brutalnie, językiem tabloidów – skok na kasę, to naprawdę nie o to chodzi w poprawie opieki diabetologicznej.

Ostatni problem, nie ukrywam, adresuję do państwa z ministerstwa, tak sądziłem, że państwo tu będą. Najbardziej boleję nad brakiem stałych rozmów. W wielu krajach powstały na przykład rady do spraw diabetologii, pewne niezależne gremia, spotykają się pracownicy ministerstwa, parlamentu, eksperci, pacjenci i dyskutują o problemach. Dobrze, no są jakieś określone środki, nie jest ich dużo, zastanówmy się, na co będziemy je wydatkować. Do takich rozmów zaprasza się także przemysł. Nie wiemy, z czego to wynika, na pewno obecny rząd nie grzeszy jakby nadmiarem woli politycznej do rozwiązania problemów diabetologicznych, chyba to państwo widzą, patrząc na to w tej chwili naszymi oczami. Nie wiem, czy wynika to z niezrozumienia skali problemu. Niektórych z państwa z ministerstwa... Z panem Łukaszem się widujemy, trzeci rok się tak spotykamy, zawsze miło się uśmiechamy, ale i tak stoimy w miejscu, pan mówi swoje, a ja swoje. Myślę, że rozumiemy, o co chodzi, ale gdzieś jest jakaś blokada.

Próbowaliśmy wystąpić również drogą legislacyjną... Jest taka możliwość w ustawie refundacyjnej, żeby ciała społeczne brały udział w procesie refundacyjnym. Złożyliśmy taki wniosek jako towarzystwo naukowe, lekarskie, procedowanie trwało bardzo długo, spotkaliśmy się z odmową. Muszę powiedzieć, że nie podano jakiegś konkretnej przyczyny, odmówiono nam takiej możliwości. Taka kwestia patronatów to jest drobiazg, ale pokazuje jakby stosunek do problemu. Państwo widzieli, że na chyba już sześć moich listów wysłanych do pana ministra, także do wiceministra Neumanna, z uprzejmą prośbą o spotkanie, na którym chcielibyśmy tylko naświetlić sytuację – chcemy, żeby najwyższe władze wiedziały, jak to wygląda z naszej strony – odpowiada nam głucha cisza, nie jesteśmy nawet jakoś zbywani, tylko nie otrzymujemy żadnej odpowiedzi.

Przepraszam, jeżeli państwo odbierają to jako narzekanie, ale mimo wszystko chciałem pokazać jakieś konkrety, liczby, fakty, żeby państwo dokładnie wiedzieli, jak wygląda rzeczywistość. Ona naprawdę nie wygląda różowo, zwłaszcza gdy patrzy się na to z perspektywy ostatnich paru lat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze.

Mamy za sobą dwa wystąpienia, oba są pesymistyczne. Nie chcę powiedzieć, że nie są optymistyczne, tylko że są pesymistyczne. Pan profesor mówił o przyczynach: wiek, masa ciała... Jeśli chodzi o wiek to fajnie, że jesteśmy coraz starsi, to dobrze, a na masę ciała mamy jakiś wpływ. Ja mogę to powiedzieć o sobie. Mówiąc o tej metforminie, pan profesor był uprzejmy powiedzieć, że w już naszym wieku jest stosowany ten lek. Ja też nie mam pojęcia, jak znalazł się on na tej liście refundacyjnej z taką, a nie inną refundacją.

Rok temu mówiliśmy, że wrócimy do tego tematu, ja już dzisiaj powiem, że za rok na pewno znów do niego wrócimy, bo – tak jak powiedział pan profesor – kropla draży skałę, będziemy to drażyć, bo wygląda to niedobrze. Ustawa o cukrzycy...

Panie Ministrze, myślę, że teraz poprosimy pana o zabranie głosu, bo jest wiele kwestii do wyjaśnienia. Potem na pewno panie i panowie senatorowie oraz zaproszeni goście włączą się do dyskusji i w dalszym ciągu będziemy rozmawiać z ministerstwem.

Pani Senator, bardzo przepraszam. Dobrze? Dziękuję uprzejmie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, dziękuję.

Zaraz będzie dyskusja.

Panie Ministrze, teraz bardzo pana proszę o ustosunkowanie się do tych dwóch wykładów.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Myślę, że bardzo owocnie zaczęliśmy intensywną dyskusję tak naprawdę wokół zdrowia publicznego. Ja myślę, że rozmawiamy o ważkim problemie cukrzycy, który nie jest tylko i wyłącznie polskim wyjątkiem, ale jest pewnym zjawiskiem. Jest to zjawisko wpisujące się w przemianę demograficzną, za nią idzie przemiana epidemiologiczna, nazywamy to transformacją. Jest to naturalne zjawisko, które występuje wszędzie na świecie. Stąd oczywiście wzrost chorobowości z powodu cukrzycy, który wynika, jak powiedział pan profesor Czupryniak, przede wszystkim ze starzenia się populacji, jest to także choroba cywilizacyjna uwarunkowana wieloczynnikowo. Nie można zatem przyjąć takiej tezy – a wysłuchawszy wystąpienia pana profesora Czupryniaka, mam takie poczucie – iż to winą ministra zdrowia jest epidemia cukrzycy, co absolutnie nie jest prawdą. Jest to zjawisko wieloczynnikowe, w znacznym stopniu uwarunkowane przecież także kulturowo, uwarunkowane zmianą stylu życia, zmianą sposobu żywienia się ludzi, łatwym dostępem do nieracjonalnego żywienia, ograniczeniem poziomu aktywności fizycznej, czyli tak zwanym siedzącym trybem życia. Jest to uwarunkowane wielosektorowo i podejście do tego problemu musi uwzględniać wielosektorowe rozwiązanie.

W tej chwili Ministerstwo Zdrowia przygotowuje rozpoczęcie prac nad kolejną edycją Narodowego Programu Zdrowia. W aktualnej rewizji Narodowego Programu Zdrowia cukrzyca nie jest wpisana jako marginalne, brzegowe zagadnienie, a w następnej rewizji zapewne też nie będzie. Proszę zwrócić uwagę na to, że cukrzyca oraz otyłość, nadciśnienie tętnicze i choroby nowotworowe stanowią największe problemy zdrowotne naszej populacji. Są one obecne już dziś, a częstość występowania tych zjawisk w przyszłości będzie się nasilała, co wynika właśnie nie ze złej jakości leczenia, tylko po prostu ze zmian demograficznych i ze zmian stanu zdrowia populacji, która dzięki temu, że żyje w coraz lepszych warunkach i jest coraz lepiej leczona, żyje dłużej, a zatem rozwijają się inne stany chorobowe, typowe dla późniejszych dekad życia.

Ja doceniam przede wszystkim te wszystkie elementy tej dyskusji, która toczyła się do tej pory – w tych dwóch wystąpieniach – które skupiają się na zadaniach profi-

laktyki, edukacji zdrowotnej i wzmocnieniu tych działań przeciwdziałających wystąpieniu cukrzycy, bo przecież dzięki podniesieniu jakości opieki do najwyższych standardów, w tym edukacji zdrowotnej, jesteśmy w stanie odsunąć w czasie tę falę wystąpienia cukrzycy w naszym kraju, podobnie jak w innych populacjach. Byłbym daleko sceptyczny wobec takiej koncepcji, iż to wprowadzenie nowych technologii lekowych miałyby odsunąć w czasie wystąpienie cukrzycy, bo tak się nie dzieje. Pan profesor pytał, w jakim trybie został wprowadzony do naszego budżetu refundacyjnego zakres wskazań terapeutycznych poszerzony o leczenie metforminą. Dzięki ustawie refundacyjnej, która dość precyzyjnie wskazuje na tryby i sposób włączania kolejnych leków do listy refundacyjnej, odbywa się to w sposób transparentny i przejrzysty. Tamto poszerzenie było konsultowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, było konsultowane przez konsultanta krajowego. O ile dobrze pamiętam, to pan profesor Strojek wnioskował o poszerzenie wskazań. Pan profesor...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...konsultował. Pan profesor konsultował to medycznie i pisał, że jest to zasadne, poparł ten wniosek. W tym trybie znalazło się poszerzenie wskazań o objęcie refundacją metforminy.

Proszę państwa, ja zawsze bardzo się dziwię, gdy pan profesor Czupryniak mówi, że dialog z ministerstwem jest utrudniony. Panie Profesorze, przecież rok temu zaprosiłem pana profesora do współpracy w takim zespole, którego zdaniem było wypracowanie takiej zmiany w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, która poprawi dostęp do leczenia, a przede wszystkim poprawi efektywność leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, ustali wzajemne relacje i możliwie dobre, pożądane kryteria przechodzenia pacjentów z podstawowej opieki zdrowotnej do opieki specjalistycznej, która wzmocni KAOS, czyli tę kompleksową opiekę ambulatoryjną wprowadzającą generalną zasadę koordynacji świadczeń, inaczej wycenianą i stwarzającą lepsze możliwości diagnostyczne. Uciekałbym – myślę, że czym dalej, tym lepiej – od takiego dyskursu... Pan profesor zarzuca nam, że włączamy do listy refundacyjnej te leki, które mają sześćdziesiąt lat, a nowych leków nie włączamy.

Panie Profesorze, jakoś zawsze spotykamy się w podobnym gronie i w tym gronie... Ja przepraszam za być może zbyt ofensywne pytanie, ale znam już wszystkich państwa z wielu różnych spotkań i mam takie wrażenie, że wszyscy goście zaproszeni na dzisiejsze spotkanie lub znakomita większość, oprócz urzędników i parlamentarzystów, są oczywiście bezpośrednio albo pośrednio pracownikami producentów leków. Pytanie zatem, czy jesteśmy w stanie ustalić tą drogą właściwe działania przede wszystkim z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki lub też ustalić zasady polityki lekowej. Jeżeli mówimy o polityce lekowej, to jak państwo wiecie, w naszym kraju, podobnie jak w wielu innych krajach, podstawą decyzji refundacyjnych jest ocena, analiza kosztów efektywności leczenia względem możliwości budżetowych, a także analiza efektywności technologii medycznych. W naszym kraju taką analizę wykonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych. Pan profesor mówił o nowoczesnych lekach stosowanych w przypadku cukrzycy. Problem nowoczesnych leków sto-

sowanych w przypadku cukrzycy polega na tym, iż według aktualnych danych medycznych nie przedłużają one życia, kosztują znacznie więcej niż stosowane insuliny, opóźniają w czasie włączenie insuliny, mając niewielki wpływ na jakość życia i niepotwierdzony dokładnymi, wyraźnymi badaniami naukowymi mierzalny wpływ na zmniejszenie powikłań cukrzycy.

Jak państwo wiecie – ja oczywiście nie mogę ujawniać elementów negocjacji, bo te procesy negocjacyjne się toczą – w tym przypadku, jak i w wielu innych przypadkach, decyzje refundacyjne są oczywiście sukcesem nie strony rządowej, tylko wszystkich, a ich podstawą jest urealnienie ceny technologii medycznych tak, żeby można było realnie wycenić wartość dodaną nowej technologii medycznej, która nie może być niewielka w stosunku do olbrzymiej przewagi różnicy cenowej.

Panie Profesorze, ja nie znam powodów odmowy patronatu ministra zdrowia. Być może stało się tak, że zbyt duże zaangażowanie strony komercyjnej w realizację tamtego kongresu było przyczyną odmowy udzielenia patronatu ministra zdrowia w tamtej konferencji, ale chętnie to wyjaśnię. Jeżeli pan profesor pozwoli, prześlę informację, nie znam kulis sprawy, ale tak podejrzewam.

Nie chcę powtarzać danych epidemiologicznych, o których mówiliśmy, zostały one tu przedstawione. Myślę, że możemy powiedzieć, że w Polsce mamy do czynienia z wyraźną poprawą jakości opieki diabetologicznej na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Otóż dziesięć, piętnaście lat temu byliśmy przekonani, iż na jeden przypadek cukrzycy, na jedną osobę, u której cukrzyca została rozpoznana i była leczona, przypadają dwie osoby w kraju nieświadome swojej choroby. Te szacunki się odwróciły i dzisiaj wiemy, że mniej więcej ¼ pacjentów, osób żyjących z cukrzycą nie jest świadoma swojej choroby.

Co więcej, o czym zapewne wspomniała na kilku spotkaniach pani prezes Pachciarz i o czym od pewnego czasu dyskutujemy, rozpatrujemy – Panie Profesorze, to też był pomysł wspólnego zespołu, chyba nawet pana profesora, jeśli dobrze pamiętam – możliwość wypracowania zasad i możliwości przeprowadzenia badania przesiewowego w odpowiedniej grupie wiekowej. Mówiliśmy o tak zwanych dorosłych w końcowym okresie produkcyjnym, którzy są najbardziej narażeni na to, że to oni mogą mieć cukrzycę i nie być jej świadomi. W tej chwili wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia przygotowujemy ofertę terapeutyczną takiego badania przesiewowego, nazwijmy go roboczo bilansem dorosłego człowieka, skierowaną właśnie do tych osób. Jednym z istotnych elementów tego badania będzie obligatoryjne oznaczenie glikemii, czyli badania przesiewowego w kierunku cukrzycy. Jesteśmy oczywiście zgodni co do tego, że z uwagi na zasady prowadzenia badań przesiewowych wprowadzenie populacyjnego badania oznaczenia glikemii skierowanego do wszystkich osób nie przyniesie pożądaných korzyści terapeutycznych dla tych osób względem kosztu takiej interwencji, co też należy rozpatrzyć.

Myślę, że na jakość i poprawę jakości leczenia cukrzycy w Polsce wskazują też dane Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, które dość wyraźnie pokazują, iż na przestrzeni ostatnich lat na stałym poziomie utrzymuje się liczba nowych orzeczeń o niezdolności do pracy z tytułu choro-

by, jaką jest cukrzyca. To świadczy o tym, że te osoby, które mają cukrzycę są zdolne do pracy i jest to pewna nowa przemiana jakości chorowania. Te osoby z chorobą przewlekłą dzięki dostępności skutecznej terapii, która kompensuje ich stan zdrowotny, są w stanie kontynuować swoją aktywność zawodową, co po pierwsze, ma olbrzymie znaczenie dla jakości ich życia, a po drugie – pani europoseł mówiła o kosztach społecznych – rozwiązuje problem wykluczenia z rynku pracy, niezdolności do pracy. Warto wspomnieć... Jeżeli państwo pozwolą, nie będę mówił o wydatkach Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie insulinami głównie z uwagi na fakt, iż od 2012 r. zaczęła u nas obowiązywać ustawa refundacyjna. Jak wszyscy wiemy, spowodowała ona znaczącą zmianę na rynku leków, to spowodowało... Myślę, że dzisiaj stwierdzenie dotyczące racjonalizacji leczenia, które kiedyś powiedziałem, budzi już mniej protestów. W przypadku wydatkowania insuliny ta racjonalizacja leczenia polegała na takim spostrzeżeniu, że są w Polsce takie województwa, w których w roku 2012 w stosunku do roku 2011 liczba konsumowanych jednostek insuliny zmalała nawet o jedną trzecią, czyli o 30%. Nie spowodowało to zmian we wskaźnikach zdrowotnych populacji, ani wzrostu chorobowości, ani wzrostu umieralności, ani wzrostu liczby osób leczonych w szpitalach, co sugeruje, że konsumpcja tamtych insuliny przed wejściem w życie ustawy refundacyjnej nie była jednak konieczna dla pacjentów. Przecież wszyscy, którzy jesteśmy lekarzami, wiemy o tym, że prawdopodobieństwo, iż u pacjenta chorego na cukrzycę, który wymagał leczenia insulinami, nagle przerwanie tego leczenia nie spowoduje u niego pogorszenia zdrowia, jest nikłe. Patrząc na pana profesora Strojka, pan profesor popiera tę tezę, że jest to raczej mało prawdopodobne.

Proszę państwa, zgodnie z życzeniem pana senatora przekazaliśmy państwu dość obszerny i szczegółowy materiał analizujący wydatki płatnika publicznego, działania z zakresu badań przesiewowych i nakłady na leczenie cukrzycy. Ja jeszcze raz wracam do tego, że jest to problem zdrowia publicznego i wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Pan profesor wspominał również o zaniechaniu rozwoju diabetologii i braku kontraktowania w niektórych województwach oddziałów diabetologicznych, nie oznacza to jednak, że osoby z tych województw są pozbawione dostępu do leczenia diabetologicznego, bo przecież diabetologia jest jedną z subdyscyplin wielkiej interny, więc te osoby są leczone w wielu oddziałach. Powikłania cukrzycy też są leczone w wielu oddziałach, co oczywiście nie jest uzasadnieniem tego, że nie ma oddziałów diabetologicznych. Być może w tych kilku województwach po prostu nie ma stosownej kadry, która zgodziłaby się czy mogłaby zakontraktować świadczenia z zakresu opieki diabetologicznej dedykowanej wyłącznie diabetologii. Wiemy jednak, że jest to choroba międzydyscyplinarna także w medycynie, więc wiadomo, że te osoby znajdują właściwe leczenie w różnych poradniach.

Rozmawialiśmy także w tym zespole... Przypominam, że tak naprawdę ciągle brakuje mi odpowiedzi ze strony Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego odnośnie wypracowania właściwych zasad współpracy dotyczącej leczenia stopy cukrzycowej, o której pan profesor zaczął

mówić, pomiędzy poradniami specjalistycznymi – już kończąc, Panie Senatorze – z zakresu chirurgii, poradnią diabetologiczną i innymi poradniami. Dostęp do leczenia stopy cukrzycowej jest dziś w Polsce szeroki. Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje te leczenie zarówno w poradni chirurgii ogólnej, jak i chirurgii naczyniowej, tak że pacjenci mają szeroki dostęp do leczenia. Oczywiście problemem jest jakość, późne wykrywanie następstw, to jest problem, który dotyczy w ogóle jakości opieki nad pacjentami. Prawdę powiedziawszy bez intensywnego wsparcia, szczególnie środowiska diabetologów, od którego oczekujemy też intensywnych szkoleń kierowanych do podstawowej opieki zdrowotnej – one oczywiście są, realizowane są rozliczne kursy diabetologiczne w Polsce – bez intensyfikacji, bez popularyzacji tej wiedzy szczególnie wśród kadr medycznych ta jakość i dość późne wykrywanie symptomów stopy cukrzycowej nie ulegną poprawie. Mówiliśmy też o tym w ramach tego zespołu.

Zupełnie na koniec powiem tylko – nie wspominaliśmy o tym – że przecież są w Polsce również dzieci chore na cukrzycę. Myślę, że jesteśmy zgodni co do tego, że jakość opieki diabetologicznej nad dziećmi chorymi na cukrzycę jest w Polsce doskonała, a wyniki leczenia są porównywalne z wynikami z innych krajów Unii Europejskiej, szczególnie z tych krajów unijnej piętnastki. Aktualnie jesteśmy w rozpoczętym niedawno kontakcie z panią profesor Szadkowską, poszukujemy dobrej metody udostępnienia badań genetycznych w kierunku diagnostyki cukrzycy monogenowej, co jest nowym zjawiskiem zdrowotnym wymagającym pewnego usankcjonowania i stworzenia ram prawnych, możliwości prowadzenia stałych badań genetycznych poza grantami naukowymi. Pozwolę sobie zakończyć na tym etapie, oczywiście chętnie odpowiem na inne pytania. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.

Ja oczywiście będę prosił pana ministra o przybliżenie sprawy ustawy o zdrowiu publicznym, o której pan minister był uprzejmy tutaj powiedzieć. Domyślam się, że w tej ustawie ma być, mówiąc ogólnie, jakby skonsumowana ta ustawa o cukrzycy. Chciałbym państwu powiedzieć, że jedno z posiedzeń Komisji Zdrowia poświęciliśmy również problemowi na pewno związanemu z cukrzycą, a mianowicie chirurgii bariatrycznej, jest to jeden ze sposobów leczenia otyłości. Wiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia miał – nie sprawdzałem tego – ewentualnie przygotować procedury i wycenę procedur operacji bariatrycznych, bo był tam duży niedomóg. Będę prosił przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o wyjaśnienie, czy coś zostało zrobione w tym kierunku.

Proszę państwa, teraz otworzę dyskusję. Na początku oczywiście poproszę panie i panów senatorów o zabranie głosu.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby w tej chwili zabrać głos? Jeżeli nie...

Panie Ministrze, mam tylko jedną uwagę. Specjalnie sprawdziłem sobie listę gości, proszę mi wierzyć, nie ma tutaj na sali przewagi przedstawicieli firm farmaceutycz-

nych nad przedstawicielami innych podmiotów. Naliczyłem czworo wszystkich przedstawicieli, ominąłem może jedną firmę, tak że te proporcje są troszeczkę inne.

Miałbym pytanie do pana profesora Krzysztofa Strojka, konsultanta krajowego: Panie Profesorze, czy ewentualnie mógłby pan ze swojej strony powiedzieć nam, jak pan jako konsultant krajowy widzi w tej chwili tę sytuację?

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Diabetologii Krzysztof Strojek:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja jako konsultant krajowy patrzę bardziej od strony medycznej, jeśli chodzi o wsparcie moją wiedzą i doświadczeniem w kwestiach podejmowanych przez ministerstwo.

Zacznę od kwestii epidemiologicznej, która już wielokrotnie była tu poruszana. Rzeczywiście jest to zadanie dla zdrowia publicznego, chodzi o to, żeby wcześniej wyłapać tę grupę pacjentów czy osób, które nie mają świadomości cukrzycy. Wielokrotnie postulowaliśmy – myślę, że zostanie to wprowadzone czy w jakimś sensie jest już wprowadzane – rozdział kompetencji między podstawową opieką zdrowotną a poradniami specjalistycznymi w zakresie opieki. Myślę, że taki model jest wypracowany. Problemem jest dostęp do specjalistów. Jest w Polsce około ośmiuset sześćdziesięciu specjalistów w diabetologii. Rocznie kształcimy od sześćdziesięciu do osiemdziesięciu nowych specjalistów. Przy czym należy zwrócić uwagę na to, że 40% spośród specjalistów to osoby w przedziale wieku między czterdziestym piątym a pięćdziesiątym piątym rokiem życia, z czego wynika, że przy takim przyroście w ciągu najbliższych dziesięciu lat będziemy mieli jeszcze bardziej pogłębiający się deficyt. Dla porównania podam, że według szacunków populacyjnych liczba specjalistów w Polsce do zabezpieczenia pełnej opieki wynosi około półtora tysiąca, przy założeniu, że będą oni właściwie rozmieszczeni w całym kraju, nie będzie skupisk, gdzie będzie ich więcej czy mniej.

Problemem wynikającym z dostępności i jakości opieki diabetologicznej jest kwestia dystrybucji świadczeń i zasad kontraktowania. W moim odczuciu specjalistyczne świadczenia diabetologiczne – myślę, że dotyczy to nie tylko diabetologii, ale również innych świadczeń – są kontraktowane nie tylko w dużych poradniach czynnych pięć dni w tygodniu, ale również w małych jednostkach, które są czynne raz czy dwa razy w tygodniu i to przez kilka godzin. Według wymogów prawidłowej opieki diabetologicznej w opiece musi uczestniczyć nie tylko specjalista diabetolog, ale także pielęgniarka edukacyjna, dietetyk edukator, ewentualnie psycholog. Tak niewielki kontrakt, który warunkuje to, że poradnia jest czynna tylko jeden dzień czy dwa dni w tygodniu, nie pozwala na wypracowanie budżetu dla zapewnienia tych wszystkich specjalistów. Dlatego moim stałym postulatem w korespondencji z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz w moich corocznych sprawozdaniach dla ministerstwa jest to, żeby jednak koncentrować świadczenia w dużych ośrodkach. Wtedy jest możliwość zapewnienia bardziej kompleksowej opieki.

I wreszcie wydaje mi się, że w dalszym ciągu powinniśmy pracować nad kwestią zespołu stopy cukrzycowej i kwestią amputacji nie tylko w zakresie dostępności świadczeń z zakresu chirurgii, ale również możliwości świadczeń zabiegowych w zakresie poradni diabetologicznej. Diabetolodzy, zarówno lekarze, jak i personel pomocniczy, są przygotowani do sprawowania tego rodzaju opieki, ta opieka nie jest jednak w pełni... Taka możliwość nie jest w pełni pokryta przez zarządzenie prezesa NFZ dotyczące finansowania świadczeń.

Podsumowując, z mojego punktu widzenia jest problem – częściowo jest on rozwiązany – wczesnej wykrywalności cukrzyca, jest to zadanie bardziej dla promocji zdrowia. Chodzi też o kwestię liczby specjalistów i ich dostępności w obrębie różnych województw w Polsce, kwestię zakresu dystrybucji specjalistycznych świadczeń diabetologicznych i wreszcie problem zespołu stopy cukrzycowej, który w dalszym ciągu istnieje, o czym świadczą wskaźniki pokazujące, że liczba amputacji w Polsce jest wyższa aniżeli w innych krajach europejskich. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze.

Proszę bardzo, Panie Senatorze. Pan senator Bolesław Piecha.

Senator Bolesław Piecha:

Dziękuję bardzo.

Ja w zasadzie nie wiem, po co się spotkaliśmy, bo generalnie pan minister wszystko mi wyjaśnił. To wyjaśnienie absolutnie mnie satysfakcjonuje. Jest dobrze, a nawet lepiej niż myślałem. Poza jedną sprawą, czyli ustawą o zdrowiu publicznym, która jest mityczną ustawą i od pięciu lat rozwija się chyba w najlepszy sposób słownie, nikt jej nie widział na oczy.

Panie Ministrze, przykro mi, ale muszę jednak powiedzieć, że siedzę w dziwnym towarzystwie lobbystów, nieudaczników lekarzy, którzy przeszkadzają ministerstwu. Nie wiem tylko, co tu robi pani europoseł, która również miała krytyczne zdanie na temat diabetologii w Polsce. Nie wiem, niech się pani określi, czy jest pani lobbystą, czy lekarzem, bo ja nie bardzo... Skoro jest tak dobrze, to po co my się tu spotykamy? Panie Ministrze, nie jest dobrze. Po prostu nie jest dobrze. Sprawa nie polega tylko i wyłącznie na mitycznej refundacji leków, jeśli nie potrafi się z czymś walczyć, to najłatwiej po prostu spychać problem na sprawy finansowe związane z refundacją leków. Oczywiście, że to jest problem. Ja zaś chciałbym wiedzieć, jakie są rozwiązania. Przede wszystkim nie istnieje w Polsce sprawa profilaktyki i skoordynowanego leczenia diabetologicznego. To jest sprawa zespołów pielęgniarskich, to jest kwestia sposobu życia z cukrzycą, a nie tylko niedostępu do leku. Próbuje się tym zajmować stowarzyszenia pacjenckie, które generalnie wcale nie są dostrzegane przez Ministerstwo Zdrowia. Z tego, co ja wiem – jest tu chyba pan prezes – kupę milionów złotych z budżetu państwa przeznaczają się na te działania edukacyjne. Nie jest tak, Panie Prezesie?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No. Tam jest ten... Chcecie edukować? Kto to ma robić? Bez środków finansowych? No to potem się dziwimy, możemy mówić, że jest wydawnictwo firmowane przez Novo Nordisk. I bardzo dobrze. Ja ostatnio, chyba półtora roku czy dwa lata temu, byłem na potężnym europejskim kongresie diabetologii i tam ani premier Danii, ani nawet następca tronu duńskiego, który objął kongres honorowym patronatem, nie wstydził się, że Novo Nordisk jest jednym ze sponsorów tego kongresu. Jest to oczywista kwestia, tyle tylko że to było transparentne. Jeżeli więc ktoś transparentnie mówi, że jest takie coś, to nie widzę powodu, żeby go potępiać w czambuł i nie zgłosić się na żaden kongres, bo to jest normalnie dopuszczalne.

Jasne jest, że ustawa refundacyjna jest trudną kwestią i pewnie wezwaniem do działania będzie to, co będzie się działo po 31 grudnia, jeżeli chodzi o cukrzycę. Sytuacja wcale nie wygląda tak wesoło, bo już są niepokoje związane z tym, co będzie z refundacją insuliny w związku z zapisami tej ustawy. Panie Ministrze, nie załatwiła tej sprawy tylko i wyłącznie krótka nowelizacja, nie załatwiło tego stwierdzenie, że skoro tak jest, to przesuniemy to i nie trzeba będzie przygotowywać żadnych dokumentów, bo trwają negocjacje. Generalnie jeżeli ma być tak, że kilkaset milionów złotych zostanie przerzucone i pacjent będzie musiał płacić za leczenie z własnej kieszeni, no to nie jest dobrze.

Oczywiście można żonglować różnymi rodzajami raportów HDI, to jest normalne. Jasne jest, że insulina jest znana od bardzo wielu lat. Insulina była zdobyczą, ale nie można mówić, że jest bardzo dobrze i dzieje się doskonale. Jak ja studiowałem, a studiowałem w latach osiemdziesiątych, cukrzyca w czasie ciąży to było nieszczęście. Jak zacząłem pracować, to już radziliśmy sobie z ciążą i cukrzycą, mimo iż dalej był to czas siermiężnej komuny. Dzisiaj wiem, że jest to już mniejszy problem. Niepokoją mnie zaś sprawy związane ze statystykami, głównie jeżeli chodzi o edukację, sposób życia z cukrzycą i tym, co się nazywa następstwem cukrzyca. Bo stopa cukrzycowa... Liczba zakupionych białych lasek, prawda, to jest najmniejszy wydatek, jeżeli chodzi o leczenie cukrzyca, albo proteza, nie wiem, 1 tysiąc zł dopłaty do protezy stopy to też jest mały wydatek w stosunku do leczenia stopy cukrzycowej. O ile ja wiem, od wielu lat nic nie drgnęło w tym zakresie, jeżeli chodzi o leczenie powikłań. Jedyne, co udało się osiągnąć, to był rozwój lecznictwa nerkozastępczego. Stało się tak z prostego powodu, rozwinął się całkiem inny kierunek. Nie wiem, ilu pacjentów ze sztucznymi nerkami leży w szpitalach z powodu powikłań cukrzycowych. Pierwsze pytanie: ilu? Czy zwiększa się tam dynamika czy nie, prawda? To są zasadnicze pytania.

Oczywiście jest jeszcze jedna kwestia, dotyczy ona spraw HTA. Nie wolno zapominać o takiej kwestii, jaką jest compliance, czyli dbanie o jakość życia w jakiejś tam określonej terapii łącznie z terapiami insulinowymi czy terapiami jakimiś innymi lekami, ponieważ my dążymy do tego, żeby to leczenie było jak najbardziej przyjazne dla pacjenta, jak najłatwiejsze i jak najlepiej tolerowane. Wiemy, że mimo iż merytorycznie nie ma specjalnej rewolucji, to jest różnica w jakości życia przy takiej a nie innej terapii. Wiemy przecież, jakie były iniekcje insuliny jeszcze kilka, kilkanaście czy kilkadziesiąt lat temu. Dzisiaj nikt nie

bierze takiej strzykawki ze szkła i nie naciąga gdzieś tam maconej, motanej w lodówce ilości insuliny i nie miesza tego, prawda? To jest normalne, to jest normalny postęp. Proszę wiedzieć, że ten postęp po coś jest. To nie jest tak, że wymyślono nowe leki, a my mamy je ignorować. One pewnie czemuś służą. Oczywiście, że trzeba to robić poważnie, ale one czemuś służą.

Z całym szacunkiem, ja oczywiście mówię o tej ustawie cukrzycowej, bo jest ona ważną kwestią, tyle tylko że ona nie powinna być skierowana na leczenie, bo od leczenia są specjaliści, od leczenia jest instytucja, która się nazywa Narodowy Fundusz Zdrowia albo to, co miało powstać. I znowu, tak jak mityczna ustawa o zdrowiu publicznym, coś tam powstaje zamiast NFZ, nie bardzo wiem co, proces rozpadu czy decentralizacji NFZ miał być już zakończony, ale nie jest. To jest ustawa, która mówi właśnie o prewencji, promocji, a także o sposobie życia z cukrzycą.

Byłem w Szwajcarii i wiem, jak to wygląda. Tam lekarz diabetolog koordynuje pewne sprawy, a reszta to jest nic innego, tylko szkolenie pacjenta, jak żyć z cukrzycą.

(*Głos z sali:* Tak jest.)

Robią to przy pomocy państwa właśnie stowarzyszenia pacjenckie. Jeszcze nigdy nie usłyszałem poza narzekaniami i ewentualnymi bardzo zjadliwymi artykułami w prasie dotyczącymi stowarzyszeń pacjenckich, które są postrzegane jako tak zwane zbrodnicze ramię lobbystów farmaceutycznych... No przecież to nie jest nic dziwnego. Chodzi o to, żeby rząd właśnie tam kierował środki, żeby można było gdzieś tego pacjenta edukować, leczyć i otaczać go odpowiednią opieką.

Panie Ministrze, nie jestem zadowolony z tego wszystkiego, bo wydaje mi się, że niewiele drgnęło. To, że jest postęp w medycynie i że jest XXI wiek, jest przecież oczywiste. Byłoby bardzo dziwnie, gdybyśmy cofnęli się do czasów... No, kto wymyślił insulinę, kto nas...

(*Głos z sali:* Banting.)

Nie.

(*Głos z sali:* Banting.)

Chodzi o te czasy zamierzchłej przeszłości. No, jest ten postęp. Nie słyszałem jednak relatywnych wypowiedzi dotyczących tego, czy poprawi się compliance, to dbanie o jakość życia pacjenta chorego na cukrzycę, czy nie. Jasne jest, że ustawa czy narodowy program o cukrzycy nie ułatwi epidemiologii, bo jest to sprawa cywilizacyjna, tyle tylko że ma on ułatwić takie kwestie jak dobre funkcjonowanie w społeczeństwie, ewentualnie pełne uczestnictwo w pracy zawodowej i minimalizację powikłań. Pan dyrektor, obok którego akurat siedzę, słusznie mi tutaj truje o polskim przemyśle. Ma oczywiście rację. Czy pan profesor Czupryniak pokaże aortę cukrzyka lepiej lub gorzej leczonego... No przecież nic, nawet najlepsza insulina, nie uchroni tego pacjenta na przykład od tych szkód miażdżycowych. Może je jednak ograniczyć albo przesunąć je w czasie. Wymagałbym od rządu, żeby stworzył taki program.

Ostatnia kwestia. Nie uważam, żeby Senat był w stanie zmierzyć się z ustawą albo narodowym programem zwalczania cukrzycy. Od tego jest rząd i będę w tej kwestii zasadniczy. Sprawy ustawodawstwa to są sprawy rządu, a nie Senatu czy Sejmu, ponieważ niestety – mówię to

z pokorą – nie dysponujemy odpowiednim oprzyrządowaniem, żeby zgłosić taką ustawę na podstawie ekspertyzy i odpowiednich wyliczeń. Musi to zrobić rząd. Lepiej byłoby, gdyby rząd zadeklarował, czy będzie tworzył taki narodowy program, czy też nie. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.

Panie Senatorze, ja tylko nawiążę do początku pana wypowiedzi, bo zaczął pan swoją wypowiedź – zresztą bardzo pięknie – mówiąc, że nie wiadomo, po co się spotkaliśmy. No, więc...

(*Senator Bolesław Piecha:* Bo nie wiem.)

Właśnie panu odpowiadam.

Panie Senatorze, właśnie cała pana wypowiedź świadczyła o tym, że pan już jak gdyby sam sobie odpowiedział, po co się spotkaliśmy. Gdyby było tak pięknie i wspaniale w diabetologii, gdybyśmy mieli załatwione wszystko, co jest związane z tą chorobą, to pewnie nasze posiedzenie mogłoby być piknikowe i mówilibyśmy wtedy o tym, że jest fajnie. Jest jednak niedobrze. My jako senacka Komisja Zdrowia, widząc to, zajmujemy się tą sprawą już po raz drugi i dalej będziemy się nią zajmować. Zgadzam się z tym, że rzeczywiście rząd jest od tego, żeby tworzyć ustawy, nie Senat i nie Sejm, ale w tych gremiach są również lekarze, pan profesor Czupryniak był uprzejmy powiedzieć, że ma na przykład problem z kontaktem z rządem, a takie posiedzenie komisji od razu stwarza możliwość kontaktu, spotkania i wymiany pewnych poglądów, być może również – powiem otwarcie, Panie Ministrze – wywarcia pewnych nacisków. Co dwie głowy, to nie jedna. Myślę, że senatorowie mają tutaj dużo do zrobienia.

Pani senator Helena Hatka.

Bardzo proszę, Pani Senator.

Senator Helena Hatka:

Szanowni Państwo!

Należę do wąskiego grona osób, które nie są lekarzami, ale po raz kolejny z dużym zainteresowaniem wysłuchałam bardzo ciekawych informacji. Chciałabym zwrócić państwa uwagę na troszkę inne spojrzenie, żeby próbować może inaczej pokierować dyskusją na ten ważki temat, no bo jeżeli mamy do czynienia z epidemią i to nie tylko w skali naszego kraju, ale także całego świata, to wszyscy poważnie musimy zająć się tym tematem.

Porządkując, to znaczy próbując podsumować pewną dyskusję, która się toczyła – mówię o moim rozumieniu państwa argumentacji – chciałabym powiedzieć, że ja rozumiem, że jedna sprawa, nad którą powinniśmy się pochylić, szczególnie ważna z punktu widzenia pacjentów, a pacjentem właściwie albo będzie, albo jest każdy obywatel naszego kraju, to jest kwestia zapobiegania powstawaniu tej choroby, ponieważ jest to choroba, która ma konsekwencje związane ze sposobem, ze stylem życia. Zgadzam się z tym, że kwestia edukacji powinna mieć charakter nadrzędny przy kooperacji bardzo wielu resortów i wielu środowisk. Chodzi też o takie upodmiotowienie pacjenta, który powinien być włączony w odpowiedzialność za własne zdro-

wie, bo tylko w systemach reżimowych... Nawet w takich systemach nie sprawdzały się rozwiązania uszczęśliwiania ludzi na siłę i zmuszania ich do określonych zachowań. Nie jesteśmy w stanie... Żadne, nawet najmocniejsze państwo – nawet gdy jest system budżetowy, Panie Senatorze – nie jest w stanie pilnować człowieka, żeby dbał o swoje zdrowie, żeby nie miał nadwagi. Komuna pokazała, że tego typu systemy się nie sprawdzają, w tym gronie nie musimy tego argumentować. Ale...

(*Senator Bolesław Piecha*: Nie rozumiem, dlaczego mówi pani do mnie.)

To zaraz dopowiem, Panie Senatorze.

(*Senator Bolesław Piecha*: Nie rozumiem tego.)

Ale mogę powiedzieć?

(*Senator Bolesław Piecha*: Proszę bardzo.)

Uważam, że zachęcenie środowisk pacjentów, żeby włączyli się w proces edukacji jest pierwszym, malutkim krokiem do tego, żeby uporządkować tę sprawę, aczkolwiek nie jest to łatwy krok, bo w naszym polskim systemie, w mojej ocenie, pacjenci są zbyt mało zaangażowani w proces własnego leczenia i zbyt mało uczestniczą w procesie podejmowania decyzji. Mam na myśli podmiotowe podejście do pacjenta, wokół którego system, powiedziałabym, powinien się określić, i wsparcie wyedukowanego pacjenta, kiedy ma on problemy w kolejkach i problemy ze swoim zdrowiem. Pierwszą kwestię związaną z zapobieganiem wystąpieniu tej choroby rozumiem następująco: pacjent powinien być zachęcony, wyedukowany i traktowany podmiotowo, mieć prawa i obowiązki w momencie, kiedy ma jeszcze wpływ na swoje zdrowie, jeżeli to jest możliwe, od momentu urodzenia czy nawet w czasie ciąży aż do końca życia. Tak rozumiem podmiotowość.

Kolejna sprawa to jest kwestia powrotu do idei lekarza rodzinnego. Pamiętamy, że w 1999 r., kiedy weszło w życie powszechne ubezpieczenie zdrowotne, lekarz rodzinny, który miał mieć szerokie kompetencje, miał wprowadzać pacjenta do systemu. Miał on nie tylko być po trosze strażnikiem tego systemu, ale także miał pomagać pacjentowi poruszać się w tym systemie. Jestem przekonana, że w planowaniu na przyszłość trzeba uwzględnić taką kluczową rolę lekarzy rodzinnych w edukacji czy potem w prowadzeniu pacjenta. Oczywiście to musi kosztować, ale to jednocześnie ograniczy nam koszty na etapie leczenia specjalistycznego czy na etapie leczenia szpitalnego, czy potem koszty związane z wyłączeniem pacjenta z życia zawodowego. Trzeba zrobić takie symulacje. Ja stoję na stanowisku, że trzeba wrócić do podkreślenia ważnej roli lekarzy rodzinnych jako partnerów dla podmiotowo traktowanych pacjentów. Bardzo podkreślam to zdanie.

Kolejna sprawa. Nie zgadzam się z konsultantem krajowym w tej sprawie, że trzeba tworzyć centra i podnosić poprzeczkę, jeżeli chodzi o wymagania w leczeniu specjalistycznym, bardzo zawyżone zresztą w wielu specjalizacjach w naszym kraju, jeżeli chodzi o dalsze leczenie pacjentów. Bo takie działanie w takich województwach, jak moje, lubuskie, cierpiących na problemy kadrowe, które będą narastały w przyszłości, spowoduje – wiemy, jakie problemy pojawią się wśród lekarzy rodzinnych i wśród lekarzy innych specjalizacji – że pacjenci mieszkający w małych miejscowościach nie będą mieli dostępu do lekarza prowa-

dzącego. Takie sytuacje wydarzyły się już w ciągu ostatnich trzech czy pięciu, sześciu lat. Ja na przykład tworzyłam poradnie w małych miejscowościach, do których przyjeżdżali specjaliści i przyjmowali dzień czy dwa dni w tygodniu. Z uwagi na zawyżone standardy określone przez konsultantów wojewódzkich i krajowych pacjenci z mojego regionu mieli problem z dostępem do lekarza. Oczywiście z punktu widzenia osób z takich ośrodków jak Warszawa, czy z innych dużych ośrodków... Państwo nie rozumiecie problemów z dostępem do specjalistów w takich małych ośrodkach jak mój region, ale ja zawsze będę zdecydowanie protestowała przeciwko takiemu zamrożeniu mobilności lekarzy, trzymaniu ich w dużych ośrodkach, w których są kliniki, dlatego że dobrym sposobem na przyszłość, żeby jakoś przetrwać tę lukę pokoleniową, jest jednak pozwolenie na to, żeby lekarze przesunęli się z ośrodków klinicznych do mniejszych regionów, chodzi o zmierzanie w tym kierunku.

Kolejna sprawa. Szanowni Państwo, kolejne spotkanie...

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Pani Senator, jest mało czasu. Bardzo proszę wypowiedzieć się, reasumując wcześniejsze uwagi.

(*Senator Helena Hatka*: Ja przepraszam, dokończę jeszcze ważną myśl. Panie Senatorze, innym pan nie przeszkadzał, więc ja pozwolę sobie dopowiedzieć.)

Ja tylko panią dyscyplinuję, Pani Senator. Proszę reasumować.

Senator Helena Hatka:

Kolejną sprawą, o której powiem, podsumowując moje refleksje, którymi dzielę się tutaj w czasie posiedzenia komisji, jest kwestia realiów finansowych. Fakty są takie, że w naszym kraju w koszyku świadczeń są wypisane wszystkie procedury, jakie tylko są możliwe do wykonania, a jednocześnie istnieją określone realia finansowe. W związku z tym zgadzam się z państwem, że trzeba efektywnie zarządzać zasobami finansowymi. Zgadzam się z państwem, że jeżeli będziemy bardziej zdecydowanie finansować działania zapobiegawcze związane ze szkoleniami, to jest większa szansa, że w przyszłości w konsekwencji tych działań będzie mniej takich przypadków wymagających bardzo kosztownego leczenia pacjentów mających różnorodne problemy zdrowotne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Pani Senator.

Myślę, że...

(*Senator Alicja Chybińska*: Jeszcze ja.)

Oczywiście, momencik.

Szanowni Państwo, myślę, że lekarz musi być dobrze wykształcony. Poprzeczka dla kształcących się lekarzy musi być wysoko postawiona, no bo bardzo dobrze wykształcony lekarz będzie bardzo dobrze leczył. To jest chyba zrozumiałe.

Pani senator Alicja Chybińska. Proszę bardzo.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałabym, żeby to nasze spotkanie zakończyło się może jakimiś konkretami, bo chyba to jest najważniejsze, ja mam pytanie oraz prośbę do pana ministra, który reprezentuje ministerstwo. Dla mnie przerażające w wypowiedzi państwa diabetologów było to, że nie są oni słuchani, nie ma odpowiedzi na ich listy. Moje konkretne pytanie jest takie: kiedy pan minister spotka się z obecnymi tutaj przedstawicielami, wysłucha tego, co mają do powiedzenia, i ewentualnie znajdzie receptę na te bóleczki lub nie? Być może nie wszystko da się poprawić, ale jeśli chodzi o to, co da się poprawić, to chyba trzeba byłoby spotkać się w tej sprawie i może spróbować to zrobić.

Jeśli chodzi o lekarzy rodzinnych i przejęcie ciężaru opieki nad pacjentami diabetykami, to myślę – z całym szacunkiem dla pani senator Hatki – że w aktualnym systemie w ogóle jest to wykluczone. Ministerstwo Zdrowia wyszacowało, że w pierwszej linii leczenia powinno uczestniczyć dwadzieścia pięć tysięcy osób, nazwijmy je osobami, a nie ma nawet dwunastu tysięcy lekarzy rodzinnych. Jeśli w tej chwili – mam nadzieję, że tak się stanie – zostanie przegłosowana poprawka do ustawy o świadczeniach zdrowotnych, a w pierwszej linii leczenia znajdą się internści i pediatrzy, to wszyscy łącznie również nie dadzą liczby dwudziestu pięciu tysięcy lekarzy. A zatem lekarz rodzinny nie może nawet spełnić tego, na co bardzo słusznie zwróciła uwagę pani przedstawicielka Parlamentu Europejskiego. Kiedy ten lekarz rodzinny ma się kształcić, jeżeli on z trudem wykonuje to, co w tej chwili ma do zrobienia? Żeby miał czas na kształcenie się, musi mieć zastępcę. Są takie całe połacie Polski, gdzie tego zastępstwa praktycznie nie ma. W momencie, kiedy jedzie on na szkolenie, to dosyć duży region zostaje bez lekarza. A zatem na pewno pierwsza linia, która zawodzi... Ja mogę powiedzieć o pediatrii.

Proszę państwa, przecież we Wrocławiu u dziewczynki została rozpoznana cukrzyca, kiedy zasnęły na stołach, a właściwie na ławkach w szkole. Dlaczego tak się stało? Stało się tak dlatego, że nie ma żadnej edukacji prozdrowotnej, profilaktyka wieku rozwojowego kompletnie „leży”, właściwie nie jest prowadzona ta profilaktyka. Gdyby raz w roku każde zdrowe dziecko było obejrzone i gdyby była jakakolwiek świadomość w głowach rodziców, bo przecież cukrzyca ma swoje objawy, ma prodromy... To nie jest tak, że natychmiast pojawia się śpiączka i dziecko zasypia. A tak właśnie było w tych dwóch przypadkach we Wrocławiu. A zatem, Panie Ministrze, nie ma chyba wątpliwości, że w opiece i przede wszystkim w profilaktyce, jeśli chodzi o cukrzycę, nie jest dobrze i coś trzeba z tym zrobić.

Moje drugie konkretne pytanie. Pierwsze dotyczy tego, kiedy ministerstwo pochyli się nad tą diabetologią i dlaczego jest tak, że rzeczywiście państwo nie dostają tych odpowiedzi czy je dostają. Drugie pytanie: kiedy będzie ustawa o zdrowiu publicznym? Ta ustawa jest potrzebna Polakom jak zdrowie. Jeśli pojawi się ta ustawa i będzie dobrze zrobiona, to w wielu dziedzinach... My spotykamy się tutaj z różnymi specjalistami i słyszymy właściwie to samo, że

nie ma profilaktyki, nie ma edukacji, nie ma tego wszystkiego. Ustawa o zdrowiu publicznym to wszystko zamknie i ureguluje. Kiedy, Panie Ministrze? Kiedy konkretnie ona będzie? Ja wiem, że jest ona tworzona, tylko kiedy my parlamentarzyści ją dostaniemy? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Pani Senator.

Proszę, pani senator Lidia Czudowska. Przepraszam, pani Dorota Czudowska.

Senator Dorota Czudowska:

. Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja również mam pytanie do pana ministra. Panie Ministrze, nie po raz pierwszy na posiedzeniu tej komisji rzecznicy dobra pacjenta i poprawy leczenia w różnych dziedzinach medycyny posiłkują się już tak jak kołem ratunkowym rezolucjami Parlamentu Europejskiego, które zawierają konkretne wytyczne dla rządów. Ja proszę o krótką odpowiedź. Czy polski rząd czuje się zobligowany do stosowania tych rezolucji, czy nie?

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Pani Senator. Jeszcze raz przepraszam za pomyłkę.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Stanisław Gogacz:

Ja mam pytanie. Ten problem się tu pojawił, ale w związku z tym, że niedawno w ramach pracy Komisji Zdrowia odbyły się konferencje na temat chirurgii bariatrycznej, o której wspomniał już pan przewodniczący, chciałem powiedzieć, że wtedy w ramach konferencji otrzymaliśmy informację, że w sytuacji, kiedy ma miejsce operacja bariatryczna u osoby chorej na cukrzycę typu drugiego, ta cukrzyca w 80% znika, zostaje po prostu wyleczona. To przeczyłoby temu, co powiedziała pani europoseł, czyli temu, że cukrzyca jest niewyleczalna. W związku z tym, że chirurgia bariatryczna daje takie efekty, ja mam pytanie może bardziej do Narodowego Funduszu Zdrowia związane z tym obszarem naprawczym, czyli jak już ktoś zachorował. Czy nie można byłoby wprowadzić osobnego kontraktowania procedury związanej z chirurgią bariatryczną, żeby stworzyć struktury, jakimi byłyby oddziały chirurgii bariatrycznej, a nie działać na takiej zasadzie, że jeżeli na oddziale chirurgii jest wolne miejsce, to wtedy ma miejsce operacja bariatryczna. To jest moje pierwsze pytanie. To też wpisywałoby się właśnie w walkę z cukrzycą, ale już w ramach naprawiania zdrowia.

Jeżeli zaś chodzi o zapobieganie, profilaktykę, to oczywiście dołączam się do tego pytania, kiedy będzie ustawa o zdrowiu publicznym. Skoro tak wiele czynników ma wpływ na nasze zdrowie, w tym oczywiście styl życia, środowisko itd., a tak mało procentowo ma wpływ

na nasze zdrowie medycyna naprawcza, to w takim razie dlaczego, Panie Ministrze, tak długo powstaje ta ustawa? Dlaczego już nie ma tej ustawy? Ona wpisywałaby się również z pewnością w zmniejszenie zachorowalności na cukrzycę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi Stanisławowi Gogaczowi.

Wypowie się jeszcze pan senator Bolesław Piecha. Proszę uprzejmie.

Senator Bolesław Piecha:

Powiem tylko jedno, żebyśmy nie mieszała pewnych spraw. Chirurgia bariatryczna to oczywiście nie jest żadna profilaktyka cukrzycy – nie czarujmy się – ani żadne leczenie cukrzycy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To nie jest żadne leczenie cukrzycy. To są jednak generalnie dość jednostkowe przypadki. Oczywiście to jest... Nie wiem, ta procedura chyba jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadkach zagrożenia życia, ponieważ otyłość, taka makabryczna, patologiczna otyłość jest kwestią zagrożenia życia. Cukrzyca jest w tym przypadku najmniejszym problemem, pewnie się państwo zgodzicie, że są wtedy całkiem inne problemy. Wolałbym, żeby tego nie mieszać i zajmować się jednak sprawami dwóch i pół miliona ludzi, a nie pewną wąską, aczkolwiek bardzo istotną sprawą, jaką jest kwestia patologicznej otyłości i leczenia operacyjnego.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Zaraz wypowiedzą się państwo senatorowie.

Pan był pierwszy. Proszę bardzo.

Bardzo państwa proszę o przedstawianie się do mikrofonu, bo ja nie znam wszystkich państwa.

Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Cezary Śledziwski:

Cezary Śledziwski, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Państwo Senatorowie! Panie Ministrze!

Ja chciałbym optymistycznie zwrócić uwagę na to, że w tym systemie opieki nad osobami chorymi na cukrzycę jest bardzo poważna wartość dodana w postaci polskiego przemysłu farmaceutycznego. Otóż jest dwóch producentów insuliny. Bioton dziesięć lat temu rozpoczął produkcję insuliny, od trzech lat produkuje ją Polfa Tarchomin. Jest to dosyć istotna kwestia z dwóch względów. Po pierwsze, jest pewność dostaw, a po drugie, są spore oszczędności. Jeżeli by liczyć to rocznie, to w zeszłym roku dzięki Biotonowi Narodowy Fundusz Zdrowia zaoszczędził co najmniej 200 milionów zł. Tak że jest to potężna kwota. Widziałem tutaj te liczby dotyczące tego, że prędzej czy

później około trzech milionów osób będzie musiało stosować insulinę. Jeśliby pomnożyć to pięć razy, to byłoby to 3 miliardy zł, a dzisiaj na refundację leków wydajemy 6,5 miliarda zł. Tak że są to ogromne kwoty. Wydaje się, że powinno się umożliwić rozwój Biotonowi. Niestety od tych dziesięciu lat te polskie firmy nie bardzo mogą się przebić na rynku, ponieważ ich udział jest to tylko 30%, mimo że są one konkurencyjne cenowo, tańsze, więc wydaje mi się, że na to też powinno się zwrócić uwagę.

Jeszcze króciutko chciałbym powiedzieć pani europoseł, że te nikłe nakłady na opiekę zdrowotną, na leki, są u nas naprawdę nikłe, bo my wydajemy około 100 euro na osobę, a w krajach sąsiadujących wydaje się 250 euro. Tak że porównując nawet do Czech... To samo dotyczy insuliny, no ale tego jednak nie brakuje. Ja nie słyszałem, żeby ktokolwiek nie wykupił recepty na insulinę, jest ona tania i to właśnie dzięki polskiemu przemysłowi. Średnia cena leku generycznego w Europie wynosi około 5 euro, a w Polsce jest to 2,5 euro, więc dwukrotnie mniej. No i między innymi dlatego, u nas są te leki. Dlatego wydaje mi się, że w tych programach opieki...

(Głos z sali: Też są.)

...nad kwestiami związanymi z insuliną ważne byłoby uwzględnienie pozycji krajowego przemysłu farmaceutycznego. Bioton jest to firma biotechnologiczna, musi mieć rynek, żeby mogła się rozwijać. Ten rynek zdobywa z ogromną trudnością. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie.

Proszę bardzo.

Prezes Towarzystwa Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą Mariusz Masiarek:

Dzień dobry państwu.

Mariusz Masiarek, Towarzystwo Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą. Cieszę się, że w końcu pacjenci mogą zabrać głos na tym spotkaniu, uwzględniając oczywiście to, co powiedziała pani senator, że każdy wcześniej czy później będzie pacjentem.

Droży Państwo, nie później niż trzy tygodnie temu miałem okazję uczestniczyć w bardzo podobnym spotkaniu tuż obok. Było to spotkanie Parlamentarnego Zespołu do spraw Diabetyków, na którym starałem się przedstawić takie najbardziej palące problemy środowiska wynikające trochę z tego, co nadsyłali do nas pacjenci. My uruchomiliśmy taką specjalną platformę, pacjenci zadawali pytania, które chcieliby państwu przekazać, także senatorom, i prosili, abyśmy je przekazali. Postarałem się zebrać to w punkty. W międzyczasie, od momentu tego spotkania, pojawiły się nowe badania, które jakby też troszeczkę pokażą, jak to naprawdę jest z tym polskim pacjentem, czy czuje się on dobrze w tym systemie, który jest tutaj oceniany raz lepiej, raz gorzej, raz wyśmienicie w zależności od tego, kto ocenia.

Na ostatniej konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego przekazano informację na temat stanu, powiedzmy, czucia się osoby chorej na cukrzycę w swoim

własnym kraju i wyszło na to, że 1/4 osób cierpiących na cukrzycę w Polsce czuje się dyskryminowana z powodu swojej choroby, a wsparcie ogółu społeczeństwa jest znikome. Są to badania, które zostały przedstawione w czerwcu, pod koniec czerwca w Chicago, jeśli dobrze pamiętam. Te badania pokazują również, że prawie 32% członków rodzin w Polsce uważa, że ich bliscy cierpiący na cukrzycę spotykają się z dyskryminacją. Skoro jest tak dobrze, to dlaczego ci pacjenci, ich rodziny, a także w efekcie lekarze uważają, że jednak tak nie jest.

Jest parę punktów, które już spokojnie możemy sobie tutaj roboczo zakreślić, i nad którymi można spokojnie popracować. Postaram się przedstawić te sprawy w takich czterech punktach. Dwa z nich w dużej części zostały już omówione, więc nie będę zagłębiał się w szczegóły. Pozostałe dwa dotyczą przede wszystkim takich problemów, które najczęściej trafiają do naszego biura, są one zgłaszane przez rodziców tych najmłodszych pacjentów chorych na cukrzycę, którzy tak naprawdę dość mocno, pomimo dobrych sposobów leczenia, jak zostało tutaj powiedziane i absolutnie nie będę tego kwestionował... Jeśli chodzi o sposoby leczenia, ci pacjenci naprawdę są leczeni na europejskim poziomie, jednak z tą dostępnością jest ostatnio już troszeczkę gorzej, szczególnie po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej. Powiem dlaczego. Kwestionowana jest tutaj kwota oszczędności, które zostały osiągnięte właśnie kosztem refundacji środków stosowanych w leczeniu cukrzyki. Mówi się o 500 milionach zł, z których praktycznie nic nie wróciło do pacjentów chorych na cukrzycę. Ja na tym ostatnim spotkaniu też mówiłem właśnie o tej kwocie. Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia bardzo szybko wytłumaczył, że nie kwestionuje tej kwoty, powiedział, że faktycznie w dalszym ciągu najwięcej pieniędzy z ograniczonego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia jest przeznaczanych na leczenie cukrzyki. Nie wiem, czy jest tak w istocie, ale jeśli tak jest, to w dalszym ciągu jest to za mała kwota. Być może nie całe 500 milionów zł, ale znaczna część tej kwoty powinna być przekazana z powrotem do dyspozycji osobom chorym na cukrzycę.

Dlaczego tak się dzieje? Dlatego, że faktycznie – zostało to już tutaj powiedziane – dostępność tych leków po części jest ograniczana przez przepisy. A biorąc pod uwagę ich jakość... Ja nie będę tutaj kwestionował tego, czy coś jest lepsze, czy gorsze, czy daje lepsze efekty, ale na pewno mogę się powołać na stanowisko naszych rodzimych agencji powołanych do oceniania tego. Uznały one, że akurat nowoczesne leki, o których była tutaj mowa, są jak najbardziej wskazane i to nawet w leczeniu najmłodszych pacjentów po drugim roku życia. O ile dobrze pamiętam, takie stanowisko Agencji Oceny Technologii Medycznej jest aktualne.

Mimo tego, że refundacja, ustawa refundacyjna wprowadziła... Głównym celem było wprowadzenie zmniejszenia odpłatności pacjentów, a na przykład w przypadku rodziców pacjentów chorych na cukrzycę typu pierwszego, insulinozależną, odpłatność za leki stosowane w nowoczesnej, doskonałej terapii, którą się chwalimy – na pewno nie ma tutaj żadnej dyskusji – została zwiększona około 300–400%, można to łatwo wyliczyć. Dlaczego tak się dzieje? Otóż oczywiście wynika to z przepisów zakazu stosowania jakichkolwiek promocji przy sprzedaży leków.

Odniosę się tutaj troszeczkę do tego, co powiedział mój przedmówca. O ile dobrze pamiętam, proszę mnie poprawić, jeśli mówię nieprawdę, wydaje mi się, że odpłatność czy dopłata środków publicznych do każdego rodzaju insuliny jest na stałym poziomie, więc chyba bez względu na to, kto ją dostarcza. W przypadku najmłodszych osób, czyli mówimy tutaj o stosowaniu insuliny za pomocą pomp insulinowych, odpłatność wzrosła, ponieważ są to najdroższe insuliny – zgadza się – i pacjenci zostali jakby postawieni pod... Właściwie nie mają żadnego wyboru, bo żaden rodzic nie odmówi swojemu dziecku leczenia, nawet przy zwiększonych kosztach.

Dlaczego tak się dzieje? Pewnie zaraz padnie tutaj takie stwierdzenie, że nie zależy to tylko od Ministerstwa Zdrowia, jest Komisja Ekonomiczna, są negocjacje. Zgadza się. Ja w takim razie bardzo gorąco apeluję w imieniu tych najmłodszych pacjentów, myślę, że w imieniu tych starszych również, o to, aby te negocjacje były przede wszystkim skuteczne. To znaczy, nie tłumaczmy się brakiem dobrej woli z jednej strony, tylko starajmy się znaleźć złoty środek i próbujmy tak skutecznie rozmawiać, aby wspólnie udało się znaleźć te środki, żeby pacjent jak najbardziej na tym skorzystał, a NFZ zbyt wiele nie zapłacił. Nie wiem, czy nie mówię tutaj o jakiejś fantastyce naukowej, ale wydaje mi się, że jeżeli w innych krajach dało się to wprowadzić, to u nas też będą możliwe skuteczne negocjacje. W imieniu pacjentów bardzo proszę, aby negocjacje były naprawdę skuteczne. A nie wiem... Po ostatnim spotkaniu pojawiła się wątpliwość, ponieważ dyrektor Fałek, który uczestniczył w tym spotkaniu, zapewnił, że proces negocjacji dotyczący nowych leków trwa, a my, dysponując takimi środkami, zapytaliśmy drugą stronę, no i przyznam szczerze, że odpowiedź była rozbieżna, więc ja nie wiem, jak jest w istocie. W imieniu pacjentów – myślę, że nie tylko pacjentów, ale także lekarzy – chętnie dowiedziałbym się, jak to tak naprawdę jest z tymi negocjacjami.

Powiem jeszcze o takiej kwestii, która bezpośrednio się z tym wiąże. Te negocjacje w efekcie mają prowadzić do widocznych, zauważalnych obniżek cen leków, bo te obniżki, które pojawiły się po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej, jeśli chodzi o leki dla pacjentów chorych na cukrzycę, są rzędu kilku złotych bądź nawet kilku groszy. Myślę, że wynika to raczej z jakichś tam dopracowań pewnych procesów.

Kolejny punkt to kwestia narodowego programu leczenia cukrzyki. Zostało tu wiele powiedziane na ten temat, ja chciałbym tylko dołączyć się do tego w imieniu tych, których reprezentuję, czyli pacjentów i to tych najmłodszych pacjentów, a także ich rodziców, prosić o to, aby właśnie tak było. Te dane, które przedstawił tutaj profesor Czupryniak, pokazują nam, że na pewno nie jesteśmy w stanie uchronić się przed skutkami chorób cywilizacyjnych i tego, co dzieje się w społeczeństwach wysoko rozwiniętych, a zdecydowanie do takich się zaliczamy. Działając teraz i nie popełniając błędów, które być może gdzie indziej zostały popełnione, jesteśmy w stanie dość znacząco ograniczyć skutki tych chorób.

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Bardzo proszę o końcówkę, dobrze?)

Chciałbym powiedzieć jeszcze tylko o jednej kwestii, która dotyczy tych najmłodszych. Chciałbym zaapelować, tak jak zaapelowaliśmy na poprzednim posiedzeniu komisji, o to, żeby problemy tych najmłodszych były rozwiązywane w zdecydowanie szybszym trybie.

Ja bardzo się cieszę się, że jest tutaj pani profesor Chybicka, bo kilkakrotnie mieliśmy okazję spotkać się na konferencjach „Czy Polska kocha swoje dzieci?” organizowanych przez Federację Specjalistycznych Towarzystw Pediatrycznych i w pewnym momencie dochodziliśmy do wspólnych wniosków. Dla najmłodszych pacjentów chorych na cukrzycę, a także innych pacjentów, właściwe byłoby wprowadzenie bardzo prostego rozwiązania, które wiązałoby się także z wcześniejszym wykrywaniem cukrzyki, z wpływaniem na otyłość, na to, co dzieci jedzą. Otóż wystarczyłoby wprowadzić medycynę szkolną. Jest to dość proste rozwiązanie, nie wiem ile kosztuje, ale myślę, że... Nie wiem, czy się myślę, ale chyba nie jest to aż tak kosztowne – w stosunku do tego, jakie efekty mogą być teraz i za jakiś czas – żebyśmy nie mogli się nad tym zastanowić.

Jest jeszcze jedna kwestia dotycząca orzekania o niepełnosprawności, ale przełożymy...

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Bardzo pana proszę, bo zaraz musimy...)

...ją pisemnie.

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Jeszcze trzy osoby muszą zabrać głos.)

W takim razie ja już dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Naczelna Izba Aptekarska. Panie Prezesie, proszę bardzo.

Prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo.

Grzegorz Kucharewicz, Naczelna Izba Aptekarska.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja chciałbym powrócić do jakby wiodącego tematu, a mianowicie do inicjatywy związanej z powstaniem ustawy dotyczącej leczenia cukrzyki, profilaktyki cukrzyki. Gdyby ona powstała, gdyby rząd oczywiście zdecydował się na tego typu rozwiązanie, to bardzo gorąco popieralibyśmy tę ustawę. Tym bardziej że my jako aptekarze uczestniczymy już w profilaktyce, uczestniczymy w opiece nad pacjentem chorym na cukrzycę, który do nas przychodzi. Oczywiście można byłoby wzmocnić to jeszcze bardziej na przykład poprzez prawo farmaceutyczne, w którym już funkcjonuje pojęcie opieki farmaceutycznej, należałoby to tylko i wyłącznie doprecyzować, bylibyśmy bardzo pomocną stroną przede wszystkim dla samych pacjentów i lekarzy.

Dzisiaj zostało tutaj dużo powiedziane na temat cen leków, cen insulin. Oczywiście pacjenci niestety nie są jakby równo traktowani. Nie wymaga to pracy nad ustawą dotyczącą programu leczenia chorób cukrzycowych. Dzisiaj li-

sty refundacyjne są konstruowane bez takiej ustawy. Można byłoby oczywiście pochylić się nad tym i te oszczędności, które zostały uzyskane w zasadzie dzięki ustawie refundacyjnej, dzięki temu, że znikło marnotrawstwo insulin... Proszę sobie przypomnieć, że były leki za 1 gr, insuliny były sprzedawane za 1 gr, a później znajdowały się w koszach w naszych aptekach przeznaczone do utylizacji. To dobrze, że tak się stało, że zakazano reklamowania tych leków, bo przecież insuliny były reklamowane, były przedmiotem marketingu. Dzisiaj nie potrzeba już akcji marketingowych, uważam, że dzisiaj firmy po prostu nie powinny działać na zasadzie promocji w stosunku do pacjenta, jeśli chodzi o lek refundowany. Trzeba po prostu obniżyć ceny odpłatności dla pacjenta we wszystkich aptekach, żeby pacjent mógł wykupić wszystkie leki, bo przeważnie jeszcze za cukrzycą idą powikłania, często leczy się nadciśnienie, a ceny leków też są wysokie. Trzeba byłoby zastanowić się nad tym, żeby faktycznie pacjent dzięki możliwości wykupienia wszystkich leków był w zdecydowanie lepszej sytuacji, i żeby ten poziom leczenia był prawidłowy.

Nie podoba mi się pomysł przesuwania specjalistów do niższych jednostek. Absolutnie traktuję to jako pomysł, który nie powinien być realizowany. Jednocześnie uważam, że lekarze rodzinni powinni być bardziej, że tak powiem, dostępni, bo dzisiaj – bądźmy szczerzy – to wydawanie numerków jest dosyć uciążliwą sprawą i często zdarza się tak, że pacjenci muszą czekać po kilka dni, żeby uzyskać poradę lekarza rodzinnego. Oczywiście są różne mechanizmy. Nie musimy dzisiaj na ten temat rozmawiać, ale uważam, że faktycznie trzeba zadbać o pacjenta chorego na cukrzycę i to jak najszybciej, bo powikłania – jak wszyscy dobrze wiemy – są okropne, a jednocześnie budżet państwa nie może tylko i wyłącznie... My nie możemy skupiać się tylko i wyłącznie jakby bezpośrednio na wykupie leku, musimy także pamiętać o tym, że koszty społeczne złe prowadzonego pacjenta cukrzycowego są ogromne. I na tym faktycznie trzeba się skupić. Generalnie rzecz biorąc, gdyby powstała taka inicjatywa ustawy dotyczącej tylko i wyłącznie pacjenta cukrzycowego, to będziemy ją bardzo gorąco popierać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, zostało jeszcze osiem minut...

Przepraszam, jeszcze naprawdę tylko jeden głos. Pan profesor Czupryniak i potem pan minister.

Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak.

Ja krótko muszę odnieść się do tego, co mówił pan minister, także w stosunku do nas. Generalnie nie jestem rozczarowany tym, co pan powiedział. Tak jak mówiłem, ta dialektyka dyskusji na tym poziomie zawsze mnie zaskakuje. My pokazujemy konkretne liczby, wskazując na to, że chyba nie jest najlepiej. Słyszymy, że jest całkiem dobrze, więc, że tak powiem, jest tak, jak można było oczekiwać.

Ja powiem tylko o dwóch kwestiach. Myślę, że jeżeli ministerstwo będzie patrzyło na nas jak na lekarzy i towarzystwa naukowe siedzące w kieszeni przemysłu farmaceutycznego dlatego, że my zajmujemy się przepisywaniem leków – no taką mamy pracę – to nie pójdziemy do przodu w żaden sposób. Jakoś tak jest, że przemysł jest obecny we wszystkich krajach. Tak jak powiedział pan senator, można jakoś transparentnie rozmawiać na ten temat. Chyba nikt nie ma wątpliwości, że powinny być wprowadzane nowe leki. Ja przepraszam bardzo, ale używanie takiego argumentu, że leki nie przedłużają życia... No mogę powiedzieć, że insulina w przypadku cukrzycy typu drugiego też nie przedłuża życia, nawet są na to dowody, że w zasadzie nie przedłuża ona życia, zmniejsza zaś powikłania w tym sensie, że pozwala lepiej leczyć chorego, ale nie przedłuża życia. Takich badań nigdy nie będzie. Musiałyby trwać trzydzieści czy czterdzieści lat. Po stronie państwa nie ma woli rozwiązania problemów w diabetologii. Tak my to odbieramy.

Jeżeli pojawia się polityczna wola rozwiązania innych medycznych problemów... Takim dobrym przykładem jest chociażby to, co udało się przeprowadzić w piorunującym tempie jak na polskie warunki, czyli program in vitro. Była wola, udało się. Nie ma woli w przypadku cukrzycy. Mam nadzieję, że to się zmieni. Proszę nie dociekać, dlaczego pan minister odmówił nam patronatu. Udziela on patronatu konferencjom, na których obecność przemysłu jest jeszcze większa. Szkoda czasu pana ministra. My się nie obrażamy, ja chcę tylko pokazać, jak trudno jest nam usiąść i, że tak powiem, otwarcie porozmawiać w zaufaniu, żebyście wy nie patrzyli na nas, jak na osoby, które tam z tymi lobbystami... Zresztą widzę, że parę osób poczuło się dotkniętych takim podejściem. Musimy po prostu racjonalnie korzystać z dostępu do tego, co oferuje medycyna, a bez decyzji na poziomie ministerstwa, NFZ, takie spotkania będą się pewnie odbywały jeszcze przez wiele kadencji. To jest strata dla nas wszystkich. Tak że apelowałbym o to...

Bardzo dziękuję pani senator, a także pani senator za wsparcie i jakby nawoływanie ministerstwa do jakichś bezpośrednich spotkań z nami. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze... Za chwilę, Panie Ministrze.

Proszę bardzo, obiecałem, że jeszcze pan będzie mógł zabrać głos. Proszę.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Andrzej Bauman:

Andrzej Bauman, prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Proszę państwa, bardzo uważnie wsłuchując się w tę dyskusję, doszedłem do wniosku, że wiele się nie zmieniło, tym bardziej że pan minister powiedział, że insulina nie musi być obowiązkowym produktem do leczenia chorych na cukrzycę. Panie Ministrze, myślę, że bez insuliny o wiele gorzej żyłoby się z powikłaniami, które się pojawiają. Insulina w pewnym sensie odsuwa powikłania. My jako

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków działamy na różnych frontach. Tak jak powiedział pan senator Piecha, staramy się również lobbować na rzecz firm farmaceutycznych, co jest uznawane przez ministerstwo za przestępstwo. Oby takie przestępstwa były na porządku dziennym.

Myślę, że... Podam przykład. Dwa lata temu byłem na kongresie w Dubaju. Zebrali się tam wszyscy diabetolodzy. W jednej sali siedziało piętnaście tysięcy osób. Podszedłem bliżej, żeby zobaczyć, jak to wygląda. Wyobraziłem sobie piętnaście tysięcy osób po amputacjach, proszę państwa, po amputacjach. My nie widzimy tych amputacji, bo dziesięć jest przeprowadzanych w Warszawie, dwadzieścia we Wrocławiu itd. Ale nie zauważyłem takiej liczby ludzi zebranych w jednym miejscu, jaka była wtedy w Dubaju.

Proszę państwa, w związku z tym dziękuję wszystkim państwu senatorom i pani poseł za to, że zajęliście się sprawą cukrzycy. Mam nadzieję, że... Teraz trzeba byłoby to podsumować i wspólnie uznać diabetologię za priorytet polskiej polityki zdrowotnej. Cukrzyca typu drugiego powinna stać się jednym z najważniejszych priorytetów Ministerstwa Zdrowia ze względu na epidemiologiczny charakter, rosnącą liczbę zachorowań, wysokie koszty leczenia powikłań, olbrzymie koszty pośrednie związane z niepełnosprawnością, przedwczesną umieralnością chorych na cukrzycę. Rekomendowane podejście w diabetologii to uznanie cukrzycy za złożoną chorobę przewlekłą, w której celem terapeutycznym jest stabilizacja stężenia glukozy we krwi, kontrolowana profilaktyka występujących powikłań, profilaktyka wtórna i edukacja pacjenta.

Chciałbym na moment zatrzymać się w tym miejscu. Brakuje nam dzisiaj edukatorów, to co jest w tej chwili, nie wystarcza. Chcielibyśmy... Zostaliśmy zmuszeni przez naszych chorych do tego, żeby powołać zespół wśród lekarzy pierwszego kontaktu z Zielonej Góry, powołaliśmy tak zwane zespoły edukacyjne. W tej chwili lekarz pierwszego kontaktu prowadzi w Polsce około dwustu zajęć związanych właśnie z leczeniem cukrzycy. Żeby uniknąć podtekstów, że ktoś źle wykonuje swoje obowiązki, poprosiliśmy lekarza diabetologa, żeby od czasu do czasu pojawiał się na tych zajęciach i pod koniec podsumował wykłady pana doktora czy pani doktor, którzy się tym zajmują. Bo nie możemy się przecież doczekać, aż ministerstwo znajdzie pieniądze na edukację chorych na cukrzycę. Ani pielęgniarki... Nie mówię już tutaj o lekarzach, bo tak jak powiedział pan profesor Czupryniak, jest ich ośmiuset sześćdziesięciu, a chorych jest ponad trzy miliony. No więc nie ma kto szkolić.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie.

Panie Ministrze, proszę uprzejmie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radzewicz-Winnicki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja wypowiem się bardzo krótko, bo rozumiem, że wszyscy jesteśmy zgodni co do tego, że musimy wspólnie refor-

mować system opieki zdrowotnej tak, aby był on bardziej efektywny, co dotyczy również leczenia cukrzycy. Ja po raz kolejny mogę tylko powiedzieć, że nigdy nie twierdzę, że jest doskonale, bo zawsze może być jeszcze lepiej, w niektórych obszarach jesteśmy lepsi, w innych obszarach jesteśmy mniej doskonali.

(Głos z sali: Edukacja, Panie Ministrze...)

Panie Senatorze, biorąc pod uwagę wskaźniki dotyczące leczenia w Polsce i w innych krajach, to stwierdzenie, że Polska jest jakimś dinozaurem, nie jest prawdą, bo wskaźniki...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...na to nie wskazują, twarde wskaźniki, wskaźniki jakości życia.

To co dzieje się w zakresie leczenia cukrzycy w Polsce, to... Jeszcze raz do tego wrócę. Jest opieka koordynowana, KAOS, w ramach której w zeszłym roku wydano 382 miliony zł, około dwadzieścia tysięcy pacjentów – dobrze mówię, Dyrektorze? – zostało objętych tym świadczeniem. Ono się rozwija, to jest nowe świadczenie, które się rozwija. Tam właśnie wzięto już pod uwagę konieczność działań koordynowanych, stałego nadzoru, regularnych wizyt, wysyłania pacjentów na konsultacje okulistyczne, nefrologiczne, chirurgiczne w ramach potrzeb. To jest ten kierunek działań na rzecz poprawy jakości opieki nad osobami dotkniętymi cukrzycą w naszym kraju.

Druga kwestia to wprowadzenie edukatora w cukrzycy, są odpowiednie kursy dla przeszkolonych pielęgniarek. One trwają. Jest już kilkaset tych osób w kraju. To też jest kierunek, który się rozwija i będzie się rozwijał w przyszłości.

Co do podziału zakresu obowiązków pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami, to jesteśmy w trakcie ustaleń. Warto zauważyć, że ministerstwo wysłało do konsultacji społecznych koszyki świadczeń, które to... Liczymy też na państwa odzew. Ja jeszcze raz chciałbym obalić tezę, że jestem niedostępny czy trudny w kontaktach. Pan profesor jest członkiem naszego zespołu, oczywiście zapraszam go bardzo serdecznie. Zapraszam również państwa reprezentantów pacjentów. Znamy się zresztą jeszcze sprzed kilku lat. Będę bardzo wdzięczny za taką wymianę myśli i wspólne wypracowanie tych kierunków, w których jesteśmy w stanie podążać, oczywiście

w ramach realnych możliwości finansowania, bo wiemy o tym doskonale, że budżet ministra zdrowia też jest ograniczony w tym zakresie.

Pytali państwo o ustawę o systemie zdrowia publicznego. Jest ona w tej chwili obiektem działań wewnętrznych ministra zdrowia, też liczę na to, że w przeciągu najbliższych miesięcy wejdzie ona do konsultacji zewnętrznych.

(Senator Dorota Czudowska: Co z rezolucjami?)

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.)

Pani Senator, jeśli chodzi o rezolucje, to oczywiście stosujemy się do nich, analizujemy je i realizujemy. Są one różne, mają różne zakresy, ale oczywiście traktujemy je poważnie. Rozumiem, że pani senator pytała o to, czy traktujemy te rezolucje z powagą. Tak.

(Senator Dorota Czudowska: Uznajemy je jako obligatoryjne w wielu dziedzinach i nic z tego nie wynika w naszej służbie zdrowia.)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Szanowni Państwo, dziękuję.

Kończąc posiedzenie komisji, miałbym tylko taką prośbę: za rok wrócimy do tego tematu, będziemy to drażyć, jednak bardzo prosiłbym o kontakty...

(Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak: Może za pół roku dalibyśmy radę?)

Nie wiem.

(Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak: Jakbyśmy przyspieszyli...)

Panie Profesorze, chodzi o to... Ja mówię bez cienia ironii. Chyba że pan sobie nie życzy, to nie musimy robić takiego posiedzenia komisji. Wydawało mi się jednak i miałbym taką propozycję...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chwileczkę, Panie Profesorze. Miałbym propozycję, żebyście państwo może częściej byli z nami w kontakcie, z Komisją Zdrowia Senatu, żebyśmy mogli na bieżąco reagować na pewne sprawy, o których dowiedzieliśmy się dzisiaj po roku. To będzie istotne.

Dziękuję pani poseł Małgorzacie Handzlik. Dziękuję panu ministrowi. Dziękuję wszystkim.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 59)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii