SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**62.**)
w dniu 12 grudnia 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja ministra zdrowia na temat leczenia niewydolności serca w Polsce.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 15)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry!

Rozpoczynamy sześćdziesiąte drugie posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W porządku obrad jest dzisiaj jeden punkt: informacja ministra zdrowia na temat leczenia niewydolności serca w Polsce.

Na początku posiedzenia pojawił się problem. Pan minister przed chwileczką dzwonił i powiedział, że niestety nie może być na dzisiejszym posiedzeniu ze względu na ważne spotkanie polityczne. Mamy w polityce dość ciepły, właściwie gorący, okres, więc myślę, że państwo to zrozumiecie.

Jeżeli macie państwo jakieś dezyderaty do ministerstwa, proszę je przekazać na piśmie lub mailowo do komisji, a my przekażemy je Ministerstwu Zdrowia.

Serdecznie witam państwa senatorów. Serdecznie witam gości zaproszonych na dzisiejsze posiedzenie komisji.

Sprawy organizacyjne. Mamy czas do godziny 12.30, bo o 12.45… Przypominam, że komisja ma dzisiaj wyjazdowe posiedzenie w Głównej Bibliotece Lekarskiej. Będziemy uczestniczyli w posiedzeniu Rady Naukowej tej biblioteki. Tematyką posiedzenia będą prace nad Narodowym Muzeum Medycyny.

Serdecznie witam wszystkich państwa. Może nie będę wymieniał każdego z imienia i nazwiska, ponieważ mamy mało czasu.

Poproszę państwa o rozpoczęcie prezentacji. Wiem, że jako pierwszy miał wystąpić pan dr Jakub Gierczyński. „Niewydolność serca – skala problemu".

Proszę, Panie Doktorze.

Ekspert w Instytucie Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego Jakub Gierczyński:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Przypadł mi w udziale zaszczyt zaprezentowania wprowadzenia do naszych dzisiejszych rozważań, tak żeby pokazać państwu skalę problemu. Pozwolę sobie zmienić… Może będę mówił stąd. Czy tak może…

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Może.)

Super. Poproszę o następny slajd. Dziękuję serdecznie.

Proszę państwa, tu są dobre wiadomości. To jest to, czego dokonaliśmy w ostatnich 2 dekadach. Przedłużyliśmy życie Polaków, co jest najważniejsze, poprzez działania w dziedzinie ochrony zdrowia – czyli system jest wydolny – i przede wszystkim działania wpływające na zmianę stylu życia oraz wzrost świadomości zdrowotnej Polaków. To, co się dokonało w ostatnich 2 dekadach, to jest, proszę państwa, to, że średnia życia mężczyzn wzrosła o 8 lat, a średnia życia kobiet o 7 lat. Jednak, jak państwo widzą, nadal jest różnica między średnią długością życia mężczyzn wynoszącą 74 lata a średnią długością życia kobiet wynoszącą 82 lata. To jest aż 8 lat. I powinniśmy zastanowić się nad tym, co możemy zrobić, żeby to wyrównać.

Proszę państwa, sukcesem związanym z ochroną zdrowia i zmianą stylu życia jest to, że będzie więcej Polaków w wieku 65+. Nie traktujmy tego jako zagrożenia, ale jako sukces. Jednocześnie miejmy pełną świadomość faktu, że będą to osoby wymagające działań z zakresu ochrony zdrowia.

Proszę uprzejmie o następny slajd.

Proszę państwa, teraz mam złą wiadomość. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 r. będzie 35 milionów osób. Chodzi o ludność rezydującą. Przy obecnych prognozach demograficznych, które, mam nadzieję, nie będą już aktualne ze względu na wiele zmian, które nastąpiły, chociażby wzrost urodzeń, oznaczałoby to zmniejszenie populacji polskiej o 3 miliony osób, o 8%. To jest, proszę państwa, rzecz, nad którą powinniśmy się w tym gmachu bardzo poważnie zastanowić. Powinniśmy pomyśleć, co możemy z tym zrobić. Jest też kwestia niskiego przyrostu naturalnego, ale dzisiaj nie będziemy o niej mówić. Będziemy mówić o nadumieralności Polaków z powodu chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów.

Proszę o następny slajd.

Proszę państwa, pamiętajmy o tym – wiele osób ciągle o tym nie pamięta – że 45% wszystkich zgonów w Polsce to są zgony z powodu chorób sercowo-naczyniowych, a 25% z powodu nowotworów.

Następny slajd, proszę.

Ten slajd pokazuje rzecz, która mnie osobiście zaskoczyła. Choroby układu krążenia w 1980 r. stanowiły przyczynę 48% zgonów, a teraz, jak powiedziałem – 45% zgonów. Pomimo wszystkiego, co nastąpiło w ochronie zdrowia, pomimo rewolucyjnej poprawy przeżywalności Polaków z powodu ostrego zespołu wieńcowego – jest tu spadek z 40 tysięcy zgonów do 9 tysięcy zgonów rocznie – śmiertelność Polaków z powodu chorób układu krążenia nadal jest wysoka. Jest tak m.in. dlatego, że mamy – proszę

o następny slajd – nadumieralność z powodu niewydolności serca. To jest 60 tysięcy zgonów rocznie, co oznacza, że 30% zgonów to zgony z powodu chorób układu krążenia. Jeżelibyśmy popatrzyli… Około 180 tysięcy osób rocznie umiera z powodu chorób układu krążenia. Tyle jest, proszę państwa, osób w mieście Zabrze. Ono znika z mapy Polski. Z kolei 60 tysięcy zgonów z powodu niewydolności serca… To jest mniej więcej ludność Mielca. Taka populacja znika z mapy Polski.

Proszę dalej.

Możemy powiedzieć, że zwalczanie niewydolności serca w Polsce to zdecydowanie niezaspokojona potrzeba zdrowotna. Jest to problem, nad którym powinniśmy się bardzo intensywnie zastanowić. Powinniśmy tu jak najszybciej wprowadzić działania systemowe.

Proszę dalej.

Proszę państwa, mówimy tu również o zgonach, których możemy unikać poprzez określone działania. Są to zgony osób przed sześćdziesiątym rokiem życia, a więc występujące w populacji ludzi pracujących. Mit, o którym chcemy dzisiaj mówić i który chcemy obalić, dotyczy tego, że niewydolność serca dotyczy ludzi w bardzo podeszłym wieku. To nie jest prawda. Niewydolność serca dotyczy już 40-, 50-latków w przypadku mężczyzn. Występuje też nadumieralność kobiet po siedemdziesiątym roku życia. To są jeszcze ciągle kobiety młode, w średnim wieku, które mogą pełnić funkcje rodzinne, społeczne itd.

Dalej proszę.

Proszę państwa, zadajmy sobie pytanie – o tym będą dzisiaj mówić szanowni prelegenci i myślę, że będziemy o tym dyskutować – ilu zgonów z powodu niewydolności serca możemy rocznie uniknąć. Pamiętacie państwo, że mówiłem o 60 tysiącach zgonów rocznie z powodu niewydolności serca. Ilu zgonów możemy uniknąć poprzez leczenie zgodne ze standardami klinicznymi – chodzi tu o to, co zalecają wytyczne europejskie i wytyczne krajowe opracowywane przez kardiologów – i optymalizację modelu opieki? Pani prof. Nessler, mówiąc o modelu opieki, stwarza nadzieję, że jeżeli wprowadzimy działania kompleksowe, to będziemy mogli obniżyć liczbę zgonów, jak również liczbę hospitalizacji o 1/4, czyli o 25%.

Proszę o następny slajd.

W przypadku niewydolności serca będzie rocznie o 15 tysięcy zgonów mniej. Inaczej mówiąc: uratujemy rocznie 15 tysięcy osób. I o tym powinniśmy dzisiaj rozmawiać. Mamy przygotowane uzasadnienie planowanych działań. Powstał znakomity raport o niewydolności serca w Polsce, raport z 2016 r., przygotowany przez Sekcję Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Pani prof. Nessler na pewno będzie dzisiaj o tym mówić. Jest tu gotowy, opracowany model.

I następny, ostatni slajd.

To, co chcę państwu pokazać – o tym raporcie też będzie dzisiaj mowa – to ocena kosztów z 2017 r. Mówiąc o zgonach, świadomie nie mówiłem o kosztach, ponieważ według mnie w tym gmachu argumentem powinno być przede wszystkim to, że możemy uratować 15 tysięcy osób. Ale te koszty się tu pojawią i będziemy o nich dzisiaj mówić.

Chciałbym podkreślić, że mamy bardzo dużo raportów, bardzo dużo danych przygotowanych i opublikowanych przez interdyscyplinarne grona lekarzy, ekonomistów, osób zajmujących się systemem ochrony zdrowia oraz pacjentów. Myślę, że dzisiaj będziemy mieli okazję – pokładam w tym wielką nadzieję –poczynić ustalenia dotyczące konkretnych działań. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Doktorze.

Przechodzimy do następnego wystąpienia. Pani prof. Ewelina Nojszewska i pani dr Agnieszka Sznyk. „Koszty pośrednie w leczeniu niewydolności serca".

Proszę bardzo.

Dyrektor Zarządzająca Instytutu „Innowacyjna Gospodarka" Agnieszka Sznyk:

Witam państwa serdecznie w imieniu przedstawicieli Instytutu „Innowacyjna Gospodarka".

Jesteśmy organizacją pozarządową, think-tankiem, multidyscyplinarnym zespołem naukowców, ekonomistów i lekarzy, którzy przygotowują różnego rodzaju zestawienia, opracowania na temat kosztów i analiz systemowych, na podstawie których możemy później wypracowywać różnego rodzaju rekomendacje.

Pani prof. Nojszewska jest autorem i kierownikiem projektu, w ramach którego wykonaliśmy obliczenia kosztów całkowitych związanych z niewydolnością serca. Za chwilę przedstawimy państwu te dane, powiemy, jak to wszystko wygląda w Polsce i jaki wpływ ma to schorzenie na gospodarkę państwa.

Ekspert w Instytucie „Innowacyjna Gospodarka" Ewelina Nojszewska:

Dzień dobry państwu.

Możliwość przedstawienia państwu wyników naszych obliczeń poczytuję sobie za zaszczyt i mam nadzieję, że zapadnie państwu w pamięć chociaż kilka liczb pokazujących trudność i dramatyzm sytuacji.

Proszę państwa, zacznę od kosztów bezpośrednich, czyli kosztów leczenia, kosztów, które ponosi NFZ. Widać tu, że w latach 2014, 2015 i 2016 koszty leczenia wzrastały o ok. 9% rocznie, co dało ponad 143 miliony zł. Najtrudniejsze i najgorsze, jeśli chodzi o obliczone kwoty, jest to, że są to koszty hospitalizacji, że dominuje tu leczenie w szpitalu, kiedy można by część leczenia przenieść poza szpital, do systemu opieki ambulatoryjnej. Na pewno wiązałoby się to z mniejszymi wydatkami.

W prezentacji, na dole pojawia się dodatkowa informacja dotycząca kosztów całkowitych, tzn. kosztów ponoszonych niejako z perspektywy społecznej. Proszę zobaczyć: po lewej stronie są przedstawione wydatki reprezentujące część wydatków sektora publicznego, tzn. wydatki ponoszone przez ZUS. I co się okazuje? Okazuje się, że 13% to są koszty naszych zwolnień lekarskich, świadczeń leczniczych, a pozostałe 86% to są wydatki na renty.

Proszę państwa, z roku na rok o ponad 5% rośnie liczba zwolnień lekarskich. Mówimy tu o ponad 21 tysiącach pacjentów. O tyle też rośnie populacja chorych. Ta część jest dla nas ważna, bo prezentuje dane dotyczące sektora publicznego, wydatków z budżetu państwa.

Jest jeszcze jedna rzecz, o której się kompletnie nie mówi i na którą chciałabym zwrócić uwagę. Są to pokazane tutaj koszty całkowite związane z niewydolnością serca. Oprócz wydatków na leczenie, kosztów ponoszonych przez ZUS, ujęte są tu także koszty pośrednie.

Co to są koszty pośrednie? Są to koszty ponoszone przez gospodarkę w postaci niewytworzonej produkcji, w postaci niewytworzonego produktu krajowego brutto, gdyż chorzy i ich nieformalni opiekunowie są nieobecni w pracy albo, jeśli pracują, mają obniżoną wydajność. Dochodzą do tego renty, czyli odejścia z rynku pracy, i przedwczesne zgony.

Jeślibyśmy chcieli przyjrzeć się dokładniej kosztom pośrednim, to zwrócilibyśmy uwagę na fakt, że największy, że tak powiem, udział w stratach gospodarczych, stratach społecznych z powodu niewytworzonego produktu krajowego brutto, mają zgony. Aż 62% kosztów pośrednich jest spowodowanych przedwczesną śmiertelnością.

Na drugim miejscu – tu jest 21% – jest prezenteizm osób chorych. Osoby te są aktywne na tyle, na ile mogą, w swoim stanie zdrowia, przy swoim samopoczuciu. To też przekłada się na obniżenie produkcyjności. Przez to spada wielkość niewytworzonego produktu krajowego brutto.

Trwała niezdolność do pracy. Koszty rent to 13%.

Absenteizm, czyli nieobecność w pracy, to coś, co najbardziej kojarzy nam się z brakiem aktywności zawodowej. Jak widać, są to tylko 4%.

Miliardy złotych, które jako społeczeństwo tracimy przez brak wytworzonej produkcji… Ważne są tu przede wszystkim koszty pośrednie, ważne jest to, czego właściwie nie liczymy, bo koncentrujemy się na kosztach bezpośrednich. A tu widzimy, że koszty pośrednie są pięciokrotnością kosztów bezpośrednich. W związku z tym należałoby spojrzeć na strategię zdrowotną, i to nie tylko w odniesieniu do niewydolności serca. Mianowicie: czy opieka nad chorymi i potencjalnie chorymi jest zorganizowana w odpowiedni sposób? My tak naprawdę koncentrujemy się na Ministerstwie Zdrowia, a koszty pośrednie dotyczą ministerstwa, które zajmuje się sprawami socjalnymi. Należałoby tu jeszcze mówić o stylu życia, o przygotowywaniu ludzi do innego stylu życia, a tym zajmuje się ministerstwo edukacji i ministerstwo sportu. A więc nie należy patrzeć na te sprawy jednostronnie, ale w sposób zorganizowany, w sposób interdyscyplinarny.

Poza tym, niestety, i budżet państwa, i ministerstwa, i NFZ rozliczane są w cyklu rocznym, czyli decyzje są podejmowane w bardzo krótkim horyzoncie czasowym. A tu należałoby się skoncentrować na strategii zdrowotnej w perspektywie długookresowej. Jest też pytanie, czy nie warto by było stosować droższe metody leczenia, tak jak przy chorobach nowotworowych. Wydatki bezpośrednie będą wtedy nieco wyższe, ale iluśkrotnie zmaleją koszty pośrednie. Jeśli to zbilansujemy, jeśli porównamy, jak by to wyglądało w długim okresie, to zobaczymy, że wydatki całkowite będą mniejsze.

Coś, z czym my się tu spotykamy jako ekonomiści, jako analitycy, szczególnie tzw. ilościowcy, to brak danych. To, na czym nam zależy, co by nam bardzo pomogło… Wyniki naszych obliczeń służyłyby także do podejmowania działań skuteczniejszych klinicznie i efektywniejszych ekonomicznie. Byłoby tak, jeśli mielibyśmy dane.

To właściwie wszystko. Bardzo proszę.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Bez pieniędzy, jak wiadomo, medycyna nie ma racji bytu, więc…

(*Ekspert w Instytucie „Innowacyjna Gospodarka” Ewelina Nojszewska*: No nie ma racji bytu. Taka jest brutalna rzeczywistość. Ale my możemy dobrze gospodarować pieniędzmi.)

No właśnie.

(*Ekspert w Instytucie „Innowacyjna Gospodarka” Ewelina Nojszewska*: Ma być efektywność.)

Teraz bym poprosił o wystąpienie panią prof. Jadwigę Nessler. „Epidemiologia niewydolności serca. Jak możemy ją ograniczyć?”.

Proszę, Pani Profesor.

Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II Jadwiga Nessler:

Szanowni Państwo! Szanowny Przewodniczący Komisji!

Bardzo serdecznie dziękuję za możliwość przedstawienia problemów związanych z niewydolnością serca w tak ważnym dla nas opiniotwórczym gronie, które może wspomóc leczenie tej grupy pacjentów.

Proszę państwa, niewydolność serca jest rzeczywiście istotnym problemem naszych czasów. Już chyba nie mają państwo co do tego wątpliwości. Wynika to głównie z tego, że z jednej strony mamy tu do czynienia z epidemią, a z drugiej strony – z wysoką śmiertelnością, o której było tu już mówione. To wszystko ma też znaczenie ekonomiczne, co było już tutaj przedstawione przez moich przedmówców. Ja chcę zwrócić uwagę na pewien niezwykle istotny aspekt, mianowicie na to, że przy niewydolności serca jest szereg chorób, które ze sobą współistnieją, utrudniają nam leczenie i wpływają na koszty hospitalizacji. To jest ogromny problem.

Musicie państwo zdawać sobie sprawę z tego, że po czterdziestym roku życia co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta zachoruje na niewydolność serca. Jakbyśmy zaczęli tutaj liczyć, to niestety na kogoś z nas by wypadło. I trzeba mieć świadomość, że kogoś z nas to dotknie. Trzeba również pamiętać o tym…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę? Raz, dwa, trzy, cztery… No właśnie, kogoś to dopadło. Proszę uważać i proszę się przebadać.

Nie będę wracać do danych statystycznych, niemniej jednak proszę pamiętać o tym, że to jest około 3% naszej populacji.

Co to jest niewydolność serca? Jest to stan, w którym serce nie jest w stanie dostarczyć wystarczającej ilości krwi do pokrycia potrzeb organizmu. Musicie państwo pamiętać, że to jest końcowy etap różnych schorzeń, które prowadzą do uszkodzenia serca.

Chcę zwrócić uwagę również na to, co zasygnalizowała już moja przedmówczyni, pani profesor, mówiąc o konieczności prewencji, o tym, że jest tu swego rodzaju continuum sercowo-naczyniowe i że gdyby udało się ograniczyć czynnik ryzyka, nie byłoby miażdżycy i zapadalność na niewydolność serca byłaby znacznie mniejsza. Widać, że jest to niezwykle ważny aspekt dotyczący tego schorzenia, kiedy patrzy się z wieloletniej perspektywy.

Niewydolność serca jest trudnym problemem klinicznym, także z tego powodu, że właściwie każde schorzenie serca może prowadzić do jego uszkodzenia. Chodzi tu nie tylko o to, co dzieje się w samym sercu. Także schorzenia płuc czy schorzenia endokrynologiczne pośrednio uszkadzają serce. Niestety w społeczeństwie – mówię tu nie tylko o pacjentach, ale także o lekarzach i o politykach – nie ma świadomości tego, że właściwie każde schorzenie może prowadzić do niewydolności serca.

Problem, który aktualnie jest największy, to fakt, że niewydolności serca towarzyszy ogromna liczba hospitalizacji. Proszę spojrzeć, co mówią tu dane europejskie. Polska jest w czołówce krajów, które mają najwyższy wskaźnik hospitalizacji. W Anglii ta liczba jest o połowę niższa. Mamy tu pole do działania i mamy z czym walczyć.

Dlaczego hospitalizacje są takie ważne? Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że pójście pacjenta do szpitala związane jest z pogorszeniem jego stanu klinicznego, czyli z progresją choroby. Gdybyśmy przeanalizowali, jak wygląda tu linia zielona, zobaczylibyśmy jakby naturalną historię niewydolności serca –pacjent normalnie pozostaje w warunkach ambulatoryjnych, a okresowo zdarzają się zaostrzenia. To, co dzieje się w sytuacji, w której opieka ambulatoryjna nie jest dobra, to właśnie częste zaostrzenia choroby, które w efekcie prowadzą do skrócenia życia. Dane statystyczne mówią o tym, że przy pierwszej hospitalizacji mediana przeżycia pacjenta z niewydolnością serca wynosi 2,5 roku, ale przy czwartej lub piątej z rzędu hospitalizacji mediana przeżycia skraca się do 6 miesięcy. I my musimy mieć świadomość ogromnego ryzyka związanego z tą chorobą.

Jak wygląda funkcjonowanie pacjenta w systemie? Opieka ambulatoryjna, o której było tu wspomniane, że jest po prostu źle zorganizowana, zaczyna się już na etapie diagnozy. Później mamy trudności związane z tym, że pacjent nie ma optymalizowanej i modyfikowanej terapii, w związku z czym zanim się, że tak powiem, ustabilizuje w warunkach ambulatoryjnych, zaczyna być zdekompensowany, czyli choroba zaczyna się zaostrzać, w związku z czym pacjent trafia do szpitala, a po wyjściu z tego szpitala ponownie wkracza na ścieżkę, która jest niestety ścieżką bardzo niekorzystną – to jest takie błędne koło – i która prowadzi do tego, że pacjent przechodzi w końcu do ostatniego etapu. Chodzi o to, że połowa osób wraca do szpitala w ciągu 30 dni właśnie z tego powodu, że nie mamy dobrze zorganizowanej opieki poszpitalnej. Podobnie jest w przypadku pacjentów po zawale serca. Oczywiście mamy nadzieję, że sytuacja będzie lepsza. Teraz jest prawie 17% zgonów rocznie.

Jakie są punkty krytyczne w opiece nad pacjentem z niewydolnością serca? Zbyt późne rozpoznanie; niewdrażanie zgodnie z wytycznymi leczenia i standardów postępowania; ciągle ograniczony dostęp do kardiologicznej opieki specjalistycznej i innowacyjnych terapii, chociaż te terapie są już dostępne w wielu innych krajach europejskich, dzięki czemu pacjenci mają szanse na lepsze rokowanie; nieuwzględnienie leczenia schorzeń współistniejących; ograniczony dostęp do informacji medycznej czy w końcu brak określenia kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przy tej jednostce chorobowej. Mamy nadzieję, że ta sytuacja się zmieni, ponieważ jest już pilotaż programu POZ+, dzięki któremu w przypadku niewydolności serca pacjenci będą mieli szanse być lepiej zaopiekowani przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Choroba o złym rokowaniu. O tym nie muszę państwa przekonywać. Mówił już o tym pan dr Gierczyński. Spójrzcie państwo tutaj, na ten okres, który jest dla nas taki ranliwy. Jest to okres pierwszych 60 dni od wypisu ze szpitala. W tym czasie jest dużo zgonów. Zgony i hospitalizacje dotyczą łącznie, wg danych, od 30 do 50% przypadków. Jest to moment, na którym musimy się skupić jako lekarze, a państwo jako politycy powinniście walczyć o to, żeby były tu przydzielone odpowiednie środki, żeby pacjent po wypisie ze szpitala miał dobrą, dobrze zaplanowaną, skuteczną opiekę, tak żeby nie wracał do szpitala lub nie umierał. I dlatego konieczne jest wdrożenie takich rozwiązań systemowych, które zapewniałyby pacjentom możliwość dobrego leczenia ambulatoryjnego, sprawność, samodzielność, a także poprawę rokowania.

Kolejna rzecz. To już było pokazane, ale ja tylko chcę zwrócić uwagę na fakt, że z roku na rok wzrasta wielkość kosztów bezpośrednich. Oczywiście dotyczy to też kosztów całkowitych leczenia niewydolności serca. To świadczy o tym, że rzeczywiście mamy epidemię, która przekłada się na ogromne koszty społeczne.

Ważny jest tu również rozkład kosztów. Proszę zwrócić uwagę na to, że prawie 90% wszystkich środków, które są wydawane na leczenie niewydolności serca, to środki na leczenie szpitalne. O tym była już mowa. W warunkach polskich leczymy pacjenta z niewydolnością serca w szpitalu, a nie ambulatoryjnie. Tymczasem pacjent powinien być w domu. Powinien mieć zagwarantowany dostęp do lekarza oraz pielęgniarki środowiskowej i tak dobrane leki, żeby mógł w domu chorować na niewydolność serca.

Chwila refleksji. Chciałabym podziękować wszystkim tym, którzy przybyli na konferencję na Zamku Królewskim w Warszawie, podczas której pan prof. Ponikowski, aktualny prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, po raz pierwszy zaprezentował nam, tzn. środowisku polityków, którzy się tam zgłosili i zaszczyci nas swoją obecnością, założenia narodowego programu zapobiegania i leczenia niewydolności serca. Jego celem jest zmniejszenie liczby zachorowań na niewydolność serca i oczywiście ich negatywnych następstw społecznych oraz ekonomicznych poprzez różne interwencje, ograniczenie rozwoju, wczesne wykrywanie i spowolnienie postępu przy optymalnym wy-

korzystaniu wszystkich zasobów opieki szpitalnej, którymi dysponuje polskie lecznictwo. Myślę, że wiele możemy tutaj poprawić poprzez sprawną organizację.

Jakie są składowe narodowego programu, który ma być czymś, co, mam nadzieję, zmieni sytuację związaną w niewydolnością serca w Polsce? Jest to kompleksowy program prewencji niewydolności serca. Mam nadzieję, że będą w to zaangażowane różne towarzystwa działające przy Polskim Towarzystwie Kardiologicznym i skupione wokół forum profilaktyki. Jest to coś, o czym było tu wspomniane. Musimy już najmłodsze dzieci uczyć właściwych nawyków żywieniowych, żeby w przyszłości nie doszło u nich do rozwoju miażdżycy, a w konsekwencji schorzeń, które uszkadzają serce.

Kolejnym ważnym aspektem, o którym też było tutaj wspomniane, jest kompleksowy program leczenia niewydolności serca. Powinien on obejmować spójny system opieki łączący w sobie opiekę ambulatoryjną, szpitalną i domową. Wzorem są tu pewne programy wielospecjalistyczne, które powinny obejmować pacjentów. Poprzez koordynację opieki, a więc aktywne działanie na rzecz prowadzenia pacjenta w chorobie, możemy osiągnąć to, że będzie istniała właściwa współpraca między pacjentem, lekarzem, lekarzami specjalistami, a także pielęgniarkami, które również powinny być zaangażowane w takie leczenie. Optymalna farmakoterapia oraz kompleksowość i koordynacja działań to jest wszystko to, co jest niezbędne do tego, żebyśmy osiągnęli sukces w leczeniu tej choroby. Czyli mamy tu takie 3 główne podpory leczenia. Jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który powinien spełniać pewną rolę w przypadku stabilnych pacjentów, jest lekarz kardiolog i jest pielęgniarka środowiskowa. Oczywiście muszą być tu uwzględnione różne aspekty takiego działania, takie jak wczesna diagnoza, prewencja, edukacja i optymalizacja terapii. Chodzi o wszystkie aspekty, o których wspominałam.

Są dowody na to, że koordynacja opieki nad pacjentem i monitorowanie pacjentów po wypisaniu ze szpitala przy wdrożeniu opieki pielęgniarskiej ma dobry wpływ na pacjenta i istotnie zmniejsza częstość leczenia szpitalnego oraz umieralność w tej grupie pacjentów.

Tu widać nasz model, który jest kilkustopniowym modelem opieki, wykorzystującym to, czym dysponuje polska służba zdrowia, a więc szpitalnictwo sieciowe. Najpierw jest opieka podstawowa, o której wspomniałam i która dedykowana jest stabilnym pacjentom oraz nowym rozpoznaniom. Jest opieka długoterminowa, a także lecznictwo szpitalne, czyli oddziały internistyczne i kardiologiczne oraz centra leczenia niewydolności serca, które będą zajmowały się leczeniem najbardziej nowoczesnym, tak żeby pacjenci z niewydolnością serca w Polsce mieli dostęp do wszystkich aktualnych terapii w ośrodkach akademickich.

Proszę zwrócić uwagę na rolę pielęgniarki. Ona jest tu uwzględniona na każdym etapie leczenia. Planujemy wprowadzić tzw. oddziały dzienne – pacjent będzie przychodził do szpitala tylko na kilka godzin po to, żeby podano mu leki dożylne czy zmodyfikowano terapię. Ważne jest, żeby nie leżał w szpitalu, bo położenie pacjenta do szpitala to są tylko same problemy. Chodzi o infekcje i powikłania zakrzepowo-zatorowe, które występują pomimo różnych działań zapobiegawczych. A więc staramy się tego uniknąć.

Ten model jest modelem komplementarnym do zorganizowanego już w Polsce modelu, który będzie wdrażany od stycznia, a dotyczy leczenia niewydolności serca w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. My przygotowaliśmy tutaj jakby uzupełnienie z zakresu kardiologii i innych specjalizacji, tak żeby z jednej strony lekarz POZ wiedział, do kogo ma przekazać pacjenta z zaostrzonymi objawami, a z drugiej strony lekarz kardiolog mógł przekazać pacjenta, który jest ustabilizowany, po wypisie ze szpitala, w dobre ręce, tak aby ten pacjent jak najdłużej pozostawał w domu.

Zadania, które są… Nie będę ich wymieniać. Częściowo już tu o nich wspomniałam. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej mógłby przepisywać leki i prowadzić długoterminową opiekę. Mówiłam też o szpitalach i opiece wysokospecjalistycznej. To też jest ważny aspekt naszego działania.

Mamy nadzieję, że skoordynowana opieka będzie mogła być zoptymalizowana poprzez zastosowanie telemedycyny. Okazuje się bowiem, że w wielu działach medycyny, szczególnie w przypadku niewydolności serca, poprzez monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, takich jak waga, akcja serca czy ciśnienie tętnicze krwi, można w sposób bardzo szczegółowy monitorować stan kliniczny pacjenta, zapobiegając tym samym zaostrzeniom, czyli hospitalizacjom.

Kilka ostatnich przeźroczy dotyczy trzeciej ważnej składowej narodowego programu. Jest to kampania dotycząca świadomości z zakresu niewydolności serca. Wiemy, że jeszcze kilka lat temu nikt nic nie wiedział na temat niewydolności serca. Nie było to coś, co znajdowałoby się w centrum zainteresowania. Wtedy zajmowaliśmy się ostrymi zespołami wieńcowymi i opieka nad tą grupą pacjentów została wspaniale zorganizowana.

Teraz przyszedł czas na informowanie o niewydolności serca, o skutkach tego, co dzieje się z uszkodzonym sercem. Program ten jest częścią europejskiego programu Heart Failure Association i w jego ramach mamy krzewić świadomość zagrożenia wśród osób z czynnikami ryzyka, chorych na niewydolność serca, a także lekarzy, pielęgniarek i oczywiście państwa, którzy decydujecie o tym, na co są przeznaczane środki w służbie zdrowia. Prosimy mieć na uwadze kwestie związane z niewydolnością serca. Chodzi tu o ważną część naszych pacjentów chorujących na schorzenia układu sercowo-naczyniowego. Mamy nadzieję, że będzie tu przychylność dla tej grupy chorych.

Nasze towarzystwo kardiologiczne i Sekcja Niewydolności Serca od 6 lat aktywnie działają na tym polu. Przygotowaliśmy szereg różnych materiałów, które mają zwiększyć tę świadomość, m.in. paszport pacjenta z niewydolnością serca. Organizujemy dni świadomości, podczas których pacjenci mogą do nas przyjść i porozmawiać, a my możemy zobaczyć, jaka jest wiedza na temat tej jednostki chorobowej. I w końcu to, czym najbardziej się szczycimy i co powstało dzięki osobom przychylnym Polskiemu Towarzystwu Kardiologicznemu, czyli strona internetowa dla pacjentów z niewydolnością serca, z której pacjent może się dowiedzieć, na czym polega jego choroba. Zawartość całej strony to są właściwie minifilmiki tworzące serial, w którym wystąpił krakowski aktor, pan Jacek Strama. Miałam okazję być kierownikiem naukowym projektu i myślę, że na stronie udało się fajnie i przystępnie zrobić wiele rzeczy dla pacjentów.

W związku z tym, że pan prof. Ponikowski chciał w jakiś sposób poinformować Ministerstwo Zdrowia i ówczesną panią premier o narodowym programie zapobiegania i leczenia niewydolności serca, we wrześniu obyło się spotkanie, na którym padły pewne wstępne deklaracje, że być może uda się coś zrobić w tej materii. Następnie było spotkanie w Krakowie, był szczyt europejski, na który zjechało 70 przedstawicieli z różnych krajów. Wtedy narodowy program był przedstawiony i, co ważniejsze, zostało podpisane ważne porozumienie dotyczące współpracy pomiędzy wszystkimi osobami, specjalistami, którzy są zaangażowani w leczenie pacjentów z niewydolnością serca, czyli kardiologami, internistami, lekarzami rodzinnymi i geriatrami. Chodzi o to, żeby ta współpraca dobrze się układała.

Mamy nadzieję, że to, co państwu zaproponowaliśmy, zredukuje liczbę zgonów i zmniejszy liczbę hospitalizacji. Pacjenci będą mieć lepszą jakość życia, a przez wszystkie nasze działania zmniejszą się koszty zarówno pośrednie, jak i bezpośrednie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Bardzo ciekawe wystąpienie, dotykające sedna naszego dzisiejszego spotkania. Wszyscy pamiętamy, jak duży był wysiłek państwa w leczeniu ostrego zespołu wieńcowego i jakie dawał on efekty. Wtedy w naszym w kraju ta umieralność była rzeczywiście bardzo wysoka, byliśmy prawie w czołówce europejskiej i światowej. Teraz, po paru latach okazuje się, że pacjent jak gdyby ginął w systemie, a nakłady, które jako państwo ponieśliśmy na jego wyleczenie… Pacjent z karetki trafiał bezpośrednio na stół w hemodynamice, a potem ginął gdzieś w systemie i cały wysiłek, lekarski i finansowy, był trwoniony.

Mam nadzieję, że opieka koordynowana, którą w tej chwili wdrażamy, czy to w POZ, czy w sieci szpitali, niejako przytrzyma pacjenta i że będzie on dalej dobrze leczony. Myślę, że to jeszcze wypłynie w dyskusji.

Dziękuję państwu za ciekawe wystąpienie.

Teraz bym prosił panią dr Agnieszkę Pawlak. „Pacjent z niewydolnością serca w Polsce. Praktyka w leczeniu chorych".

(*Wiceprezes Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „EkoSerce" Agnieszka Wołczenko*: Panie Przewodniczący, Agnieszka Pawlak nie dotrze, więc…)

Okej.

Ostatnie wystąpienie. Pani Agnieszka Wołczenko, wiceprezes stowarzyszenia „EkoSerce". „System opieki kardiologicznej oczami pacjenta".

Poproszę.

Wiceprezes Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „EkoSerce" Agnieszka Wołczenko:

Witam serdecznie.

Bardzo dziękuję za możliwość wzięcia udziału w dzisiejszym spotkaniu. Reprezentuję Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia, stowarzyszenie, które zrzesza olbrzymią liczbę pacjentów, nie wiem, czy nie największą w skali kraju, jeśli chodzi o chorych. Ponieważ moi przedmówcy, pani prof. Nessler, pani prof. Nojszewska, jak również pan dr Gierczyński, świetnie przedstawili problem chorób związanych z niewydolnością serca, ja nie będę się już nad tym rozwodzić. Chciałabym ogólnie zwrócić uwagę na problem niewydolności serca z perspektywy pacjentów, zwykłych, przeciętnych ludzi, którzy nie są wybitnymi naukowcami, lekarzami. Jak my postrzegamy…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak. Ja też jestem chora, ale dzięki Bogu jestem tutaj i mogę wypowiadać się w imieniu wielu pacjentów. Powiem w ten sposób. Prawie codziennie, bardzo często… Bardzo dużo chorych osób zgłasza się do nas ze swoimi problemami, z przeróżnymi dolegliwościami związanymi z niewydolnością serca. Są też osoby, które przebyły ostre zespoły wieńcowe, osoby, które są po zabiegach kardiochirurgicznych. Takich pacjentów jest mnóstwo. Ale skupię się tutaj na kwestii niewydolności serca. To jest problem, który przed momentem kapitalnie przedstawiła pani prof. Nessler.

Jak ogólnie wygląda sytuacja w kraju? Z naszego punktu widzenia, pacjentów… My mamy poczucie niedosytu, jeśli chodzi o postrzeganie nas jako pacjentów. Nam się wydaje, że jesteśmy traktowani jako koszt, a nie chcemy być tak traktowani. Jesteśmy osobami, które przy odpowiednim leczeniu, modyfikowanym, na co pani profesor zwróciła uwagę… Optymalizacja leczenia farmakologicznego, dostęp do nowoczesnych terapii, możliwość skutecznego leczenia ambulatoryjnego, szybki dostęp do specjalistów, szybki dostępu do badań – to wszystko sprawi, że my jako ludzie będziemy w stanie normalnie funkcjonować. Mając odpowiednią farmakoterapię i opiekę, chociażby ze strony lekarza POZ czy pielęgniarki środowiskowej, która co jakiś czas zagląda, sprawdza i monitoruje, jesteśmy w stanie wrócić do pracy i nie stanowić kosztu.

Bardzo dużo mówiono tu dzisiaj o kosztach pośrednich i bezpośrednich. To, co dla nas jest istotne i takie bardzo osobiste, to fakt, że nam się wydaje, że idąc do jednego, drugiego, trzeciego lekarza, jesteśmy traktowani właśnie jako koszt, jako taki balast. „Po co pani znowu przyszła? Oczekuje pani kolejnych badań?" Itd., itd. Są to rzeczy niezbędne. Zarówno pan doktor, jak i pani profesor mówili, że jeśli pacjent jest odpowiednio prowadzony, ma leczenie, na które go stać, dostosowane do danej jednostki chorobowej, to jest on w stanie pracować, funkcjonować społecznie i być normalnym członkiem społeczeństwa.

Co chciałabym powiedzieć z takich ważnych rzeczy? Jednym z problemów, z którym się spotykamy, jest brak dostępu do opieki stricte psychologicznej. Bardzo dużo mówi się o wsparciu psychologicznym dla osób chorych na nowotwory. To jest absolutnie konieczne i niezbędne. My jako pacjenci kardiologiczni mamy dużą trudność z tym, żeby skorzystać z takiej pomocy, z terapii, z jakiegoś wsparcia. Jest to dla nas naprawdę ograniczone, a spotykam się z osobami, które popadają w depresję. To rodzi kolejne, dodatkowe obciążenia dla organizmu i kółko się zamyka. W którymś momencie powstaje taka sytuacja, że trzeba przyjmować kolejne leki, i my zaczynamy się, powiedzmy, zatracać w tym wszystkim i nie jesteśmy w stanie wrócić do normalnego funkcjonowania.

Chciałabym podkreślić, jak ważne jest zagwarantowanie leczenia ambulatoryjnego, dostępu do badań i dostępu do leków. Może się powtarzam, mówię jedno i to samo, ale wiem, jak jest to istotne dla przeciętnego chorego. Dla nas dostanie się na wizytę kontrolną do kardiologa… Dolegliwości występują dzisiaj, a ja mogę spotkać się z kardiologiem za 6 tygodni. To, proszę mi wierzyć, skutkuje tym, że mój stan zdrowia, zamiast się poprawiać, pogarsza się.

Lekarze POZ – z całym szacunkiem dla lekarzy – niejednokrotnie lekceważą nasze dolegliwości, objawy. Zbyt późno wysyłają pacjentów na badania i zbyt późno następuje diagnoza. A można by było zapobiec pewnym rzeczom i nie dopuścić do rozwoju choroby, zatrzymać ją w odpowiednim momencie, wdrażając chociażby leczenie farmakologiczne dostosowane do danego pacjenta. Chcielibyśmy normalnie pracować, normalnie funkcjonować, ale, tak jak mówił pan doktor, potrzebne są tu zmiany systemowe, tak żeby patrzono na leczenie choroby, niewydolności serca, na pacjenta kardiologicznego nie jak na koszt, ale jak na inwestycję. Jeśli zainwestujemy w zdrowie pacjenta kardiologicznego, to skutek będzie taki, że w krótkim czasie będziemy w stanie odzyskać osoby w wieku produkcyjnym, które będą wypracowywały dochód.

Ważna rzecz, o której bym chciała wspomnieć, to kwestia wieku i zachorowalności. Proszę mi wierzyć, że do nas, do stowarzyszenia zgłasza się coraz więcej osób w wieku o wiele niższym niż ten, o którym pani profesor i pan doktor mówili w prezentacjach. Owszem, przedstawiane tu dane są ważne. Umieralność wśród kobiet powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia jest dramatycznie wysoka. Ale, tak jak mówiła tu pani prof. Nojszewska, my nie mamy dostępu do danych, które mogłyby pokazać, jak duży odsetek wszystkich chorych kardiologicznie osób stanowią osoby młode.

W ostatnim kwartale miałam do czynienia z przynajmniej kilkoma osobami… Przy ostrym zespole wieńcowym mówimy już nawet o osobach poniżej trzydziestego roku życia. Co będzie za parę lat, skoro my żyjemy w takim tempie, w takim stresie, w takim środowisku? Toczą się prace nad ustawą antysmogową. Smog to jest jeden z czynników, który wpływa na nasze samopoczucie, a pacjentom kardiologicznym wybitnie utrudnia funkcjonowanie. Na nasze samopoczucie, na możliwość powrotu do normalnego funkcjonowania i wypracowywania produktu krajowego brutto wpływa wiele czynników. Myślę, że, tak jak było już tutaj kilkakrotnie mówione, koordynowana opieka i koordynowana współpraca wielu ministerstw to chyba najlepsza droga do tego, żebyśmy zatrzymali nasze społeczeństwo w tym pędzie do śmierci. Bo my sami się zabijamy. Zabija nas środowisko, zabija nas stres. Efekt tego wszystkiego jest potem taki…

Niestety dużo się mówi zarówno w mediach, jak i tutaj, u państwa, w Senacie i w Sejmie, o kosztach, o ZUS, o rentach, o tym, że za chwilę nie będzie miał kto na nas pracować. Będzie miał, pod warunkiem że odpowiednio zaopiekujemy się ludźmi, którzy niestety, nie z własnej woli, zachorowali. Złożyły się na to różne czynniki. Nikt choroby nie wybiera. Nikt nie wie, kiedy może go ona spotkać. Taka jest niestety brutalna prawda. Dlatego myślmy nie tylko o osobach, które już są chore. Myślmy także o sobie. Każdy z nas, jak tutaj siedzimy – absolutnie nikomu tego nie życzę, bo życzę wszystkim dużo, dużo zdrowia przez długie, długie lata – może zachorować w nieprzewidzianym momencie. Może to spotkać również kogoś z członków naszej rodziny. I dopiero wtedy ludzie zaczynają myśleć, co można było zrobić i jak można było to zrobić. A może można było wydać trochę więcej pieniędzy na skuteczniejsze zapobieganie?

Jako przedstawicielka pacjentów, jako taki głos pacjentów, chciałabym przede wszystkim prosić o to, żebyście państwo wzięli pod uwagę nasze stanowisko, to, że chcielibyśmy być dobrze leczeni nowoczesnymi metodami i że chcielibyśmy mieć, że tak powiem, skrócony dostęp do badań, do specjalistów. Tu chodzi o serce i to naprawdę… Proszę mi wierzyć… Wszyscy państwo na pewno doskonale zdajecie sprawę sobie z tego, że czasami chodzi o minuty, czasami o godziny, a czasami o tygodnie, ale z tej drogi nie ma już powrotu.

Mam nadzieję, że nowy rok przyniesie dla nas, pacjentów dobre zmiany. Bardzo na to liczymy.

Dziękuję państwu. Życzę wszystkim zdrowych i spokojnych świąt oraz wszystkiego dobrego na nowy rok.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Oczywiście każdy z nas może być pacjentem i pewnie tak się kiedyś niestety stanie.

Liczba senatorów w komisji ciągle ulega zmianie. Jest tu rotacja –wybaczcie państwo – bo trwają posiedzenia także innych komisji i senatorowie biorą też udział w innych pracach.

Pani Agnieszko – mogę się tak do pani zwrócić? – nasza komisja składa się głównie z lekarzy. My właściwie nigdy nie chcemy mówić o kosztach. Ale niestety jesteśmy też politykami i wiemy, że od tego się nie ucieknie. Każdy system zdrowia wchłonie praktycznie każdą ilość pieniędzy, które byśmy do niego włożyli. Cała sztuka polega na tym, abyśmy pieniędzmi, które mamy, dysponowali w sposób adekwatny i abyśmy je wykorzystywali w 100%.

W tamtym tygodniu uchwaliliśmy ustawę dotyczącą przekazywania 6% PKB na służbę zdrowia. Będzie to troszeczkę wydłużone w czasie, ale niestety nie jest możliwe, abyśmy to osiągnęli w ciągu roku, dwóch albo trzech, jak chce opozycja. Dojdziemy do tego w dłuższym okresie, ale myślę, że te pieniądze, olbrzymie pieniądze – w tej perspektywie finansowej będzie ponad 500 miliardów zł dodatkowych pieniędzy na służbę zdrowia – zdecydowanie wpłyną na poprawę opieki nad pacjentami, także pacjentami z problemami sercowymi.

W tej chwili przeszlibyśmy do dyskusji. Pozwólcie państwo, że ja skierowałbym pierwsze pytanie do pani prof. Nessler, bo pani wspomniała o pewnej sprawie. Niedawno uchwaliliśmy ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej. Wiemy, że jest to fundament. Pacjent trafiający do lekarza rodzinnego powinien być pierwotnie zdiagnozowany. Choroba powinna być rozpoznana, powinny być konsultacje i dalej pacjent powinien być prowadzony przez lekarza rodzinnego. To zdecydowanie poprawia efekty leczenia i zdecydowanie obniża koszty.

Czy pani profesor mogłaby powiedzieć, czy ustawa o POZ, która wchodzi w życie, i pilotaż, który będzie prowadzony od 1 stycznia, spełnia oczekiwania kardiologów, czy nie? Czy coś ewentualnie trzeba poprawić? Czy jeżeli założenia ustawy byłyby wykonywane, liczyliby państwo na poprawę losu pacjenta z chorobami sercowymi, czy raczej nie?

Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II Jadwiga Nessler:

To znaczy na pewno jest tu poprawa sytuacji. Pilotaż, który się rozpoczyna, uwzględnia leczenie kilkunastu chorób przewlekłych, w tym również niewydolności serca.

Jeżeli chodzi o niewydolność serca, to mogę powiedzieć, że na pewno częściowo poprawi to sytuację, aczkolwiek będzie związane z zainwestowaniem w możliwości diagnostyczne lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W podstawowej opiece zdrowotnej lekarze nie mają możliwości wykonania oznaczenia peptydów natriuretycznych, co pozwala na wykluczenie niewydolności serca. Jeżeli u pacjenta wykluczono by w ten sposób niewydolność serca, nie musiałby on już robić badania echokardiograficznego ani korzystać ze specjalistycznej konsultacji kardiologicznej.

W tym pilotażu niewątpliwie zawarte są pewne elementy, które będziemy po połączeniu dwóch pilotaży… Rusza pilotaż POZ, ale nasz model opieki też będzie przetestowany w warunkach pilotażowych. I chodzi o to, żeby wypracować jak najlepszy model całościowy, w którym lekarz POZ zajmuje się stabilnymi pacjentami, w miarę szybko rozpoznaje lub wyklucza niewydolność serca, ma do dyspozycji kardiologa i możliwość konsultacji na poziomie lekarz – lekarz. Zakłada to ten pilotaż i nasz pilotaż. Mamy nadzieję, że współpraca, której dotychczas praktycznie nie było, pozwoli na to, że pacjenci będą mieli szybciej postawioną diagnozę i wcześniej będzie wdrożone leczenie. Oczywiście uda nam się to ocenić dopiero w praktyce, bo najgorszym czynnikiem w tym pilotażu – tak mi się wydaje – takim, który nie do końca… Ja mam wątpliwości, czy uda się to zrobić. Chodzi właśnie o współpracę, o to, żeby była ona prowadzona na zasadzie telemedycyny, żeby lekarz POZ mógł się skontaktować z kardiologiem nie za tydzień i nie za 6 tygodni, ale żeby miał niejako swojego kardiologa. Wtedy przypadek konkretnego pacjenta zostałby przedyskutowany z konkretnym lekarzem kardiologiem i w oparciu o wyniki badań, które zrobił lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zostałoby ustalone, czy ten pacjent ma niewydolność serca i czy musi być skierowany do kardiologa, bo trzeba potwierdzić diagnozę. Potwierdzałby ją oczywiście lekarz kardiolog. Nie wiem, czy pan przewodniczący jest usatysfakcjonowany moją wypowiedzią.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Mnie się marzy, żeby lekarz POZ, jeżeli miałby jakieś wątpliwości, mógł skontaktować się bezpośrednio z kardiologiem i bardzo szybko skonsultować przypadek danego pacjenta.

(*Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II Jadwiga Nessler*: Właśnie.)

Nie za 6 tygodni, tylko w tym momencie. Te nieszczęsne kolejki też może wynikają z tego, że pacjenci, którzy niejednokrotnie mogliby być leczeni przez lekarza POZ, są wpisywani w kolejkę do kardiologa i jakby blokują miejsca.

(*Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II Jadwiga Nessler*: Zajmują je niepotrzebnie, więc…)

Aczkolwiek w czasie procedowania ustawy o POZ wypowiadali się przedstawiciele pewnej grupy pacjentów, którzy nie wyobrażają sobie, jak lekarz POZ może się konsultować z lekarzem kardiologiem w sprawie ich choroby i opowiadać o ich schorzeniach, bo to jest ich sprawa. I tu, tak myślę, troszeczkę się ocieramy o granice absurdu, bo konsultacje i konsylia lekarskie były praktycznie od zawsze. Myślę, że kontakt lekarza POZ i kardiologa na pewno jest wskazany i nie byłoby w tym naruszania tajemnicy lekarskiej. To rzeczywiście byłoby robione dla dobra pacjenta.

(*Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II Jadwiga Nessler*: Absolutnie.)

Myślę, że państwo senatorowie mają jakieś pytania lub przemyślenia.

Proszę bardzo. Pani przewodnicząca Czudowska.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Akurat tutaj większość z nas to lekarze praktykujący. Każdy z nas jako lekarz ciągnie na swoim odcinku taki sam wózek problemów, jaki mają państwo. Takie czy inne, ale my też mamy problemy. Jako politycy staramy się działać, żeby to wszystko poprawić. Tutaj są dwie ważne kwestie. Podzieliłabym to, o czym państwo mówią, na to, co już jest, czyli na rzeczy, które trzeba zrobić dla chorych bądź tych, którzy będą chorzy za parę dni lub za parę miesięcy, bo są w określonym wieku, i na to, co nadejdzie, czyli na kwestie dotyczące następnych pokoleń, do których muszą być skierowane działania profilaktyczne.

Ja jestem onkologiem i relacje środowiska onkologicznego są równie dramatyczne. Musimy edukować poprzez działania prowadzane przez Ministerstwo Zdrowia i ministerstwo edukacji, w ramach programów zdrowotnych. Trzeba zacząć od młodych ludzi. Bo to niestety w wieku 13, 14, 15 lat są pierwsze papierosy, pierwsze piwo, pierwsza pigułka antykoncepcyjna, pierwsze narkotyki i pierwsze złe zachowania, które potem skutkują całym szeregiem chorób.

Musimy też więcej i częściej mówić w ramach edukacji, że nieważne, ile dalibyśmy pieniędzy na służbę zdrowia… Musimy dawać więcej i mamy tego świadomość. Teraz po raz pierwszy została uchwalona dobra ustawa, więc sytuacja na pewno się poprawi. Mówię o procentach. A jeżeli gospodarka ruszy, to pieniędzy może być nawet więcej, ponad nasze oczekiwania. Dzisiaj służba zdrowia tylko w 10% załatwia, że tak powiem, problemy dotyczące

zdrowotności. My o tym wiemy. Od lat siedemdziesiątych jest ten sam diagram pokazujący, od czego zależy nasze zdrowie. Aż w 50% od stylu życiu.

Lekarzy jest coraz mniej. Wiemy dlaczego. Nasz rząd poprzez Ministerstwo Zdrowia… Już drugi rok jest większy nabór, o ponad tysiąc osób, na kierunki lekarskie. Przywróciliśmy też staż podyplomowy, żeby wydłużyć edukację lekarzy, bo edukacja zdrowotna dotycząca chorób onkologicznych czy chorób krążenia, w przypadku których śmierć zbiera największe żniwo, a my ponosimy największe koszty…

Powiedziałabym, że brawurowe zachowania skutkujące urazami w wypadkach komunikacyjnych i nieodpowiedzialne uprawianie sportu też mają tu niemałe znaczenie, zwłaszcza w przypadku ludzi młodych. Dlatego ważna jest edukacja. Jak edukować młodych ludzi? Tutaj sygnały muszą pójść ze środowiska kardiologicznego. Bo jeśli chodzi o ludzi dorosłych, to wszystko wiemy: Acard – jedna tabletka, raz na jakiś czas badanie poziomu cholesterolu i badanie, o którym powiedziała tutaj pani profesor, czyli badanie moczu. Ja akurat nie jestem z tej branży i nie wiedziałam, że w taki prosty sposób można przeprowadzić pierwszy screening, żeby wiedzieć, czy pacjenta puścić dalej, czy nie. Warto byłoby w ministerstwie przebadać tę sprawę i uwzględnić ją w pilotażowym programie. Wydaje mi się to bardzo ciekawe.

Musimy odpowiedzieć na pytanie: jak zapobiegać chorobom u tych, którzy są już dorośli i byli wystawiani na czynniki ryzyka, i co mówić młodym ludziom, żeby chronili się przed chorobami nowotworowymi i układu krążenia? Nigdy nie rozwiążemy tego problemu do końca. Musimy mieć tego świadomość.

Ważny jest tu także, o czym państwo wiedzą, rozwój gospodarki. Dlaczego jest dzisiaj tak dużo rencistów? Dlatego, że nie ma pracy dla ludzi chorych. Stopień zmechanizowania naszej gospodarki jest niski. No, podam tu może banalny przykład. Młoda kobieta z rakiem piersi – ja zajmuję się onkologią – która pracuje na kolei i musi wstawać o 5.00 rano, żeby odmrażać szyny i tory, po operacji piersi i po leczeniu onkologicznym nie nadaje się do pracy i praktycznie już nigdy nie będzie. Nie dotyczy to zupełnie kobiet z wykształceniem wyższym, które pracują umysłowo. One wszystkie chcą wracać i wracają do pracy. Zwiększenie stopnia zmechanizowania naszej gospodarki, jej unowocześnienia, pozwoli na to, by ludzie wracali do pracy. Bo do ciężkiej pracy fizycznej, nie oszukujmy się, oni nigdy nie wrócą.

Problemów jest na pewno wiele. My mamy ich świadomość. Jeżeli moja… Ja się bardzo angażuję w profilaktykę przeciwnowotworową. Mam dużo wykładów w szkołach, chodzę do dzieci i mówię im o zagrożeniach, o których mówiłam na początku. Uważam, że trzeba by tu wspomóc ministerstwo edukacji. Trzeba na lekcjach biologii wkładać dzieciom do głowy, że ich zdrowie jest jak konto, na którym jest 100% środków, gdy się rodzą. Jeśli będą szybko brać z tego konta i nie będą nic dokładać, to środki szybciej się wyczerpią.

Podobnie jest z kwestią psychologów. Pani mówi o potrzebie konsultacji psychologicznych. Nie ma takich… W onkologii też ich nie ma. Tylko w klinikach, gdzie są prowadzone badania naukowe, są poradnie, w których pacjentki mają dostęp do psychologa. Na pewno trzeba ich więcej. Aczkolwiek myślę, że wszystkim nam zaczyna trochę brakować mądrości życiowej, bo z wieloma rzeczami moglibyśmy sobie jakoś inaczej poradzić. Ale tu nie o to chodzi. Chodzi o edukację młodych ludzi i wsparcie programów dla młodzieży szkolnej. Zainteresował mnie tu też ten screening chorych i kwalifikacja do dalszych badań. To jest ciekawe, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze coś dodać w tym temacie?

Proszę, Pani Profesor.

Poprosimy mówić do mikrofonu, bo to jest nagrywane i jest transmisja internetowa.

Ekspert w Instytucie „Innowacyjna Gospodarka” Ewelina Nojszewska:

Dziękuję.

Pani senator powiedziała o edukacji i o wykładach. Sama wykładam na uczelni i widzę, jakie jest zainteresowanie tą wiedzą i jaka jest skuteczność samych wykładów. Zastanawiam się, czy dobrym sposobem nie byłoby tu kształtowanie ludzi, szczególnie młodych, poprzez pokazywanie odpowiednich wzorców w najpopularniejszych serialach. Istotne byłoby sprawdzenie, co jest opiniotwórcze wśród młodych ludzi, wśród uczniów, wśród studentów, i trafienie do nich w taki właśnie sposób. Mnie, kiedy patrzę zupełnie z zewnątrz, wydaje się, że jest wiele bardzo popularnych seriali. Jeśliby umieścić w nich odpowiednie wątki, to by to bardziej wpłynęło na wyobraźnię i na emocje młodych ludzi niż sam wykład, w czasie którego na ogół siedzą oni ze smartfonem i patrzą sobie pod blatem, co jest ciekawego w internecie. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Bardzo trafna uwaga. My już to realizujemy. Była już konferencja poświęcona kardiologii inwazyjnej, na której byli też przedstawiciele mediów. Tam rzeczywiście był poruszony ten temat.

(*Ekspert w Instytucie „Innowacyjna Gospodarka” Ewelina Nojszewska*: Wiem, widziałam.)

Czy to z Telewizją Polską, czy z Polskim Radiem… Te wątki się pojawiają…

(*Głos z sali*: Misja.)

Tak, właśnie. Telewizja publiczna ma misję. Myślę, że takie rzeczy są robione. Rzeczywiście czasem wątki prozdrowotne są przemycane w popularnych programach czy serialach. To jest bardzo ważne. Jeżeli główny bohater idzie się badać, bo ma dolegliwości ze strony serduszka, jeżeli rzuca palenie, bo coś mu dokucza, to daje to do myślenia ludziom, którzy oglądają telewizję. Ja myślę, że każde działanie, które powoduje, że społeczeństwo zachowuje się bardziej prozdrowotnie, jest dobre.

Pan się zgłaszał do głosu. Proszę bardzo.

(*Głos z sali*: Pan przewodniczący wyjaśnił całą sprawę, ale ja myślę, że seriale nie zmienią sytuacji, bo to nie jest chwytliwy i dramatyczny… Tu nie ma dużej dramaturgii. Jak w serialu „Ranczo" chcieli wprowadzić wątki związane z rolnictwem, z dotacjami z Unii Europejskiej, to oglądalność od razu spadła. Tak że nie ma tu takiego prostego przełożenia, jak się pani profesor wydaje.)

Myślę jednak, że można to przemycać w sposób bardzo zakamuflowany. Nie mówię, żeby cały serial był poświęcony… Jest taki serial „Na sygnale", gdzie jest tylko… Jest jeszcze jakiś medyczny? Ja nie…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

A więc jest kilka takich seriali. Zachowania prozdrowotne powinny być propagowane w telewizji, a szczególnie w telewizji publicznej.

Mam do państwa pytanie. Liczba hospitalizacji jest niestety zatrważająca. Na tle Europy jesteśmy… no, jesteśmy…

(*Głos z sali*: Liderem.)

No właśnie, liderem. W czymś jesteśmy liderem. Szkoda, że akurat w tak niechlubnej statystyce. Czy uważacie państwo, że w najbliższych kilku latach można by zdecydowanie zmniejszyć liczbę hospitalizacji? To by znacząco obniżyło koszty, bo to jest dość kosztochłonna dziedzina. Prawda?

(*Głos z sali*: Tak. Bardzo.)

Myślę, że pacjent, który trafia do szpitala, to jest porażka – czy to lekarza POZ, czy lekarza opieki specjalistycznej. To jest ostateczność. Czy państwo widzicie jakieś światełko w tunelu? Czy można by to w ciągu najbliższych lat w jakiś sposób zmniejszyć?

Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II Jadwiga Nessler:

Panie Przewodniczący, jest taka możliwość. Chciałabym tutaj poprosić o wsparcie nas w możliwości realizowania właściwej, systemowej opieki nad pacjentem, opieki koordynowanej, tak żeby w momencie wyjścia ze szpitala pacjent miał wyznaczone konkretne terminy wizyt. Zapobiegnie to rozwojowi i wczesnemu nawrotowi choroby w pierwszych 2 miesiącach, czyli w okresie, kiedy pacjent jest najbardziej podatnym na to, żeby doszło do nawrotu.

Kolejna sprawa. Naprawdę warto zainwestować w dobre leczenie, czyli terapie innowacyjne. Mamy wielu pacjentów, którzy mogliby być leczeni lepiej, niż są leczeni, i u których efekt terapii na pewno byłby widoczny. Mamy nowe leki, które niestety nie są refundowane w Polsce. Z przykrością muszę powiedzieć, że jako przedstawiciele środowiska kardiologicznego jesteśmy z tego powodu bardzo rozgoryczeni, ponieważ Polska jest chyba jedynym krajem, gdzie nowy lek, o nowoczesnej strukturze cząsteczki, taki, który z jednej strony jest inhibitorem konwertazy, a z drugiej strony pozwala na zwiększenie stężenia peptydów natriuretycznych, nie może być stosowany, bo jest pełnopłatny. Wydaje mi się, że zastosowanie tego leku, i to właśnie u tej grupy pacjentów, która jest po hospitalizacji, na pewno w perspektywie… Są dowody, są wyniki badań, które mówią, że w porównaniu do dotychczasowego leczenia ryzyko zmniejsza się tu o 20%. Nie do placebo, tylko do dotychczasowego leczenia. Tak więc mamy tutaj różne możliwości.

Są też możliwości leczenia wybranej grupy pacjentów przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii. Myślę tutaj o przeprowadzaniu różnego rodzaju operacji na zastawkach serca, które są… Zastawka mitralna ulega poszerzeniu przy niewydolności serca i w różny sposób można ją zwęzić. Niestety, dostęp do tych technologii też jest ograniczony. Im bardziej rozciąga się serce, tym bardziej nasilają się objawy. Państwo jako lekarze, nawet innej specjalności, wiecie, że czynnościowe zmiany zastawkowe prowadzą do ogromnej progresji objawów.

Myślę, że jako środowisko mamy cały szereg różnych możliwości skutecznego zmniejszenia liczby hospitalizacji. Proszę nam tylko w tym pomóc, Panie Senatorze i Państwo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Taki cel ma ta komisja.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

(*Wiceprezes Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „EkoSerce" Agnieszka Wołczenko*: Jeśli mogę tylko jedno zdanie…)

Troszkę nas czas goni.

Proszę bardzo.

Wiceprezes Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „EkoSerce" Agnieszka Wołczenko:

Jeśli mogę, to powiem tylko jedno zdanie odnośnie do tego, na co właśnie zwróciła uwagę pani prof. Nessler, tego, że są takie możliwości. Ja mam przed sobą list od jednego z naszych pacjentów, który po spotkaniu będę chciała przekazać panu przewodniczącemu. Jest to pacjent, który korzysta z nowoczesnego leku, ale ten lek jest nierefundowany i za moment po prostu nie będzie go na niego stać. Funkcje życiowe pacjenta bardzo się poprawiły i gdyby były możliwości… Pani profesor wspomniała, że są takie możliwości, że mamy dostęp do takich metod i takich leków. I tutaj należałoby się ewentualnie pochylić nad kwestią, nie wiem, jakiegoś udogodnienia dla pacjentów, tak żeby byli oni w stanie korzystać z tych leków. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że zbliżamy się do końca. Dziękuję państwu za to, że skłoniliście Komisję Zdrowia do tego, żeby pochyliła się nad tym tematem, bo jest on bardzo ważny i dotyczy milionów Polaków. Rzeczywiście to, o czym państwo mówicie, to zagubienie pacjenta w systemie… Wychodząc ze szpitala, pacjent dostaje do ręki wypis, skierowanie i nic więcej. I on się gubi w systemie. Jeżeli będzie miał podane konkretne miejsce, gdzie ma się zgłosić, i konkretną datę, to on się zgłosi. Ale jeżeli dostaje tylko skierowanie i słyszy słowa „niech pan sobie szuka miejsca, w którym będzie się pan dalej leczył"… Kardiopacjent może czasem nie zdążyć się tam pojawić, ponieważ zaprzestanie leczenia.

Nowoczesne leczenie rzeczywiście daje pacjentowi komfort, ale niestety niesie ze sobą to, o czym mówiliśmy. No, niestety, potrzeba na nie pieniędzy. Tak jak mówiliśmy, program, który mamy zrealizować, czyli dojścia do 6% PKB w 2025 r… Myślę, że wtedy tych pieniędzy… Jestem przekonany, że nawet wcześniej będą pieniądze na leki nowoczesne, i to nie tylko, jeżeli chodzi o choroby serca. Takie leki są niejednokrotnie dostępne, ale nie są refundowane. Było wiele posiedzeń komisji poświęconych innym schorzeniom, na których pacjenci czy przedstawiciele grup pacjentów mówili o tym, że dostęp do tych leków jest u nas ograniczony, a w innych krajach nie jest. Jeszcze nam daleko do średniej europejskiej, ale mam nadzieję, że to się niedługo zmieni.

Jeszcze raz bardzo dziękuję za to, że mogliśmy państwa gościć.

Dziękuję państwu senatorom i przypominam, że o 12.45 wyjeżdżamy spod Senatu do Głównej Biblioteki Lekarskiej. Czeka na nas bus. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 31)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii