SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**96.**)
w dniu 19 marca 2019 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat chorób neurologicznych w Polsce.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 34)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam państwa na już dziewięćdziesiątym szóstym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Jeszcze raz bardzo serdecznie witam pana ministra Macieja Miłkowskiego. Witam bardzo serdecznie panią prof. Danutę Ryglewicz, konsultanta krajowego od spraw neurologii, oraz pana prof. Jarosława Sławka, prezesa Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, który będzie nam dzisiaj referował problemy polskiej neurologii. Witam wszystkich zaproszonych gości, państwa senatorów.

Tematem dzisiejszego posiedzenia jest informacja na temat chorób neurologicznych w Polsce.

Wiem, że pan prof. Sławek ma przygotowane prezentacje, więc proszę, Panie Profesorze, o rozpoczęcie.

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Dzień dobry państwu.

To spotkanie jest dla nas bardzo ważne, ponieważ sytuacja w neurologii polskiej się zrobiła dosyć dramatyczna. Chciałbym zacząć od przeglądu tego, jak choroby mózgu są dzisiaj postrzegane w Europie i na świecie, a potem przejść do problemów polskich.

Choroby mózgu obejmują głównie takie dziedziny, jak neurologia, neurologia rozwojowa, także neurochirurgia i oczywiście psychiatria. Jeśli chodzi o choroby mózgu w Europie, to widzimy bardzo szybko wzrastającą liczbę ludzi starszych. Dzisiaj szacunki są takie, że ludzi starszych w 2040 r. będzie na świcie 1 miliard 300 milionów, w 1990 r. było ich tylko 300 milionów. To oczywiście powoduje konkretne problemy, czyli wzrost obciążeń ekonomicznych państwa, wpływa na narodowe systemy zdrowia, stwarza nowe problemy społeczne, a także medyczne. Jest to związane głównie z pojawianiem się nowych technologii medycznych, drogich technologii, nowych leków i nowych rozwiązań. Prognozy demograficzne są nieubłagane i według tych prognoz, tak jak powiedziałem, liczba ludzi powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia znacznie wzrośnie, ale to spowoduje również wzrost liczby bardzo wielu chorób neurologicznych. Posłużę się przykładem choroby Parkinsona. Estymacje mówią, że w 2016 r. na świecie było 6,2 miliona chorujących, a w 2040 r. ta liczba się podwoi, tzn. będzie to 12 milionów. No, to samo będzie dotyczyło Polski. W tej chwili jest u nas 90 tysięcy chorych, będzie pewnie blisko 200 tysięcy. I to samo będzie dotyczyło takich chorób jak choroba Alzheimera, inne otępienia, a także udar mózgu.

W krajach Unii Europejskiej rośnie liczba chorych na choroby mózgu. Mamy dane z Europejskiej Rady Mózgu: w 2005 r. było to 127 milionów, a po 5 latach prawie 300 milionów. No, wniosek z tych badań, które były przeprowadzone w 2010 r. – te dane dzisiaj są już pewnie trochę inne – jest taki, że koszty całkowite chorób mózgu gwałtownie rosną. W 2004 r. było to 386 miliardów euro, w 2010 r. już 798 miliardów euro, a dane te nie uwzględniają rzadkich chorób, które, jak wiemy, są bardzo kosztochłonne. Porównanie kosztów chorób mózgu w Europie z kosztami innych głównych grup chorób pokazuje, że koszty choroby mózgu – oczywiście to są psychiatria i neurologia razem wzięte – są wielokrotnie wyższe niż razem wzięte koszty chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, cukrzycy, chorób reumatycznych czy POChP. Do tego będę jeszcze wracał, bo to się wiąże z postulatem wpisania chorób mózgu do priorytetów polityki zdrowotnej państwa.

Koszt liczony na jednego chorego w 2010 r… Jak państwo wiecie, najmniej na bóle głowy wydawaliśmy, najwięcej na choroby nerwowo-mięśniowe i stwardnienie rozsiane. Ale otępienie to także jest ogromny koszt, jak i choroba Parkinsona, bo to już jest powyżej 10 tysięcy euro na jednego pacjenta. Oczywiście, jeżeli popatrzymy na liczbę przypadków chorych, to zobaczymy, że znacznie więcej jest chorych z bólami głowy czy z zaburzeniami snu, czy z udarem i to będzie się przekładało na realny koszt leczenia nie jednego pacjenta, a koszt całkowity leczenia różnych chorób. Wtedy widzimy – to widać na ekranie – że otępienie to jest choroba druga co do częstości, a udar mózgu szósta, czyli to są te problemy związane stricte z neurologią. No, tu pokazany jest koszt całkowity na jednego mieszkańca, to są dane z 2010 r., pewnie nasza, Polski sytuacja trochę, mam nadzieję, się zmieniła. I jeszcze – to trochę jakby gwoli dyskusji – rodzaje kosztów składające się na koszty całkowite: to są koszty bezpośrednie medyczne, bezpośrednie niemedyczne i to, czego często nie doceniamy w Polsce, czyli koszty pośrednie, które stanowią ok. 40%, a więc koszty np. zmniejszonej aktywności zarobkowej.

Polskie problemy chorób mózgu to przede wszystkim brak rozwiązań systemowych. Chodzi o to, że wszystko

jest bardzo rozczłonkowane między różne organizacje czy różne części, czy ministerstwa, czy Narodowy Fundusz Zdrowia i nie ma takiego działania, które by miało na celu próbę spojenia tego w jedno czy połączenia. Jak słyszeliśmy w różnych exposé i wystąpieniach, także na Kongresie Wyzwań Zdrowotnych niedawno zakończonym w Katowicach, choroby mózgu w polityce państwa na najbliższe lata nie istnieją. Są priorytety onkologiczne, kardiologiczne, a wydaje nam się, że to wzrastające obciążenie schorzeniami neurologicznymi, przyrastająca liczba pacjentów, nowych terapii, wymaganie wysokospecjalistycznej wiedzy – że to wszystko będzie powodowało, że już bardzo, jak sądzę, niedługo, pewnie w ciągu najbliższej dekady, zderzymy się z tymi wszystkimi problemami.

Problem, który na pewno nas będzie dotyczył, to zmniejszanie się kadry neurologicznej. To dotyczy przede wszystkim oddziałów neurologicznych. Nie widzimy żadnej polityki, która by zmierzała do zainteresowania pracą w szpitalu. No, były podwyżki dla lekarzy w szpitalach, ale wydaje mi się, że to nie zawsze jest tylko kwestia pieniędzy, to jest też kwestia organizacji, obciążeń. To, co widzimy, to bardzo szybkie odchodzenie młodzieży, która kończy staż specjalizacyjny, rezydenturę, do sektora prywatnego. Ta prywatyzacja w psychiatrii to już jest ok. 70%, myślę, że w tej chwili w neurologii też idziemy w tę stronę.

Jeśli chodzi o nowoczesne terapie w programach lekowych i innych formach tzw. reglamentowanych terapii, które są w jakiś sposób określone w zakresie ilości i kosztów, to ta lista bardzo się wydłuża. Pokazuje to też, że neurologia bardzo się zmieniła w ostatnich latach, to już nie jest tylko młotek, igiełka i witamina B. To są: stwardnienie rozsiane, w przypadku którego jest bardzo wiele leków, w tej chwili ponad 10; choroba Parkinsona – tu dziękujemy bardzo w imieniu naszym i pacjentów, bo duodopa i apomorfina w ciągu ostatnich 2 lat uzyskały finansowanie po wielu latach niepowodzeń w tym zakresie; spastyczność po udarze mózgu; dystonie; połowiczy kurcz twarzy; pęcherz neurogenny; immunoglobuliny w schorzeniach autoimmunologicznych; udary mózgu; mechaniczna trombektomia, do której jeszcze wrócę; choroby rzadkie. To taki krótki przegląd tych najnowocześniejszych metod leczenia. Mógłbym dodać jeszcze migrenę, która uzyskała nowoczesną formę leczenia w postaci przeciwciała monoklonalnego zarejestrowanego 2 miesiące temu.

Na przykładzie stwardnienia rozsianego widać także wady tego całego systemu programów lekowych. W przypadku SM jest ponad 10 leków. 3 leki czekają, według mojego rozeznania, na refundację, w tym jedyny na świecie na postać pierwotnie postępującą, która dotyczy 10% chorych. Wydaje mi się, że to jest niezaspokojona potrzeba w tym zakresie, chyba łatwa do zaspokojenia. Jest tutaj problem – i to dotyczy wszystkich programów – takiej konstrukcji programów lekowych, która powoduje nierówny dostęp do terapii, ponieważ jest różne finansowanie programu lekowego w różnych regionach Polski, zależy to tylko od sposobu podziału tych środków w regionalnych oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. No i to, co dotyczy wszystkich programów lekowych, to bardzo niska wycena pracy lekarza w programach. To finansowanie, refinansowanie dotyczy głównie kosztu leku, a lekarz ma być wysokiej klasy specjalistą, o szczególnych umiejętnościach, który jeszcze jest poddawany presji obciążeń biurokratycznych. System SMPT to najbardziej skomplikowany i coraz bardziej komplikowany, niepotrzebnie w naszym mniemaniu, system raportowania. To powoduje, że w wielu przypadkach dyrektorzy czy prezesi spółek mają wielką niechęć w tej chwili do prowadzenia programów lekowych, ponieważ wysokie koszty obsługi przy niskim dochodzie… Pan prezes w mojej spółce wyliczył mi, że 94% mojego dochodu jest z kontraktu, a 6% z programu lekowego, a ja się domagam, ponieważ obejmujemy tymi programami ponad 1 tysiąc chorych, zatrudnienia 2 dodatkowych lekarzy. On proponuje zwolnić 2 lekarzy, zlikwidować programy lekowe i zająć się kontraktem. No ale wydaje mi się, że to nie jest to, o co nam chodzi, jeśli myślimy o objęciu nowoczesnymi terapiami i opieką medyczną pacjentów neurologicznych.

Nierozwiązany problem to leczenie sprzętowe. Jest rozbieżność między neurologią a neurochirurgią, ponieważ takie sprzęty jak pompa baklofenowa czy urządzenie do głębokiej stymulacji mózgu mieszczą się w ramach świadczenia gwarantowanego, czyli płatnik uwzględnił koszt sprzętu założony w ośrodku neurochirurgicznym, ale nie uwzględnił kwalifikacji w wyspecjalizowanym ośrodku neurologicznym, a potem programowania stymulatora, pompy do stosowania farmakoterapii. Od kilku lat postulujemy stworzenie poradni stymulatorowych wycenianych na poziomie wyceny kardiologii, co pozwoli na oszczędzenie niepotrzebnych zabiegów wykonywanych z pominięciem kwalifikacji neurologicznej. Nie wiem, czy państwo jesteście w stanie sobie to wyobrazić, ale kwalifikowani są do zabiegów – z pominięciem etapu neurologicznego – pacjenci, którzy nie mają do nich żadnych wskazań, bez spastyczności albo bez choroby Parkinsona, tylko z jakimiś innymi chorobami zwyrodnieniowymi. Pacjenci krążą po Polsce, bo ktoś musi ich zaprogramować. Programowanie stymulatorów jest nieefektywne, w związku z czym te środki są wydawane również nieefektywnie.

No, brakuje dopływu kadry. Średnia wieku neurologa w Polsce jest podobna jak chyba wszystkich lekarzy, pielęgniarki neurologicznej również: 50 lat. Młodzież nie interesuje się neurologią, ponieważ jest to ciężka praca, głównie w szpitalu z ostrymi dyżurami. W ostatnim rozdaniu przydzielono nam 16 rezydentur na całą Polskę, czyli jedną na województwo. Wydaje nam się, że to kompletnie nie jest w stanie zapewnić ciągłości utrzymania kadry, zważywszy na 5-letni okres kształcenia neurologa.

Tak więc nasz postulat to konieczność nadania neurologii statusu specjalności priorytetowej. Wydaje się, że choroby mózgu to jest priorytet, widziany już oczami urzędników w Europie i także decydentów w opiece medycznej. Na pewno jest konieczne zróżnicowanie płacy czy też wprowadzenie innych zachęt, być może lepszej organizacji pracy w szpitalu i być może pewnej referencyjności szpitali oraz bonusów dla tych, które poszerzają swoją ofertę leczniczą, chociażby o te programy lekowe, tak żeby jednak stworzyć zainteresowanie ekonomiczne również dla tych, którzy decydują o pieniądzach wydawanych w szpitalu. Trzeba też ograniczyć narastające obciążenia administracyjne zabijające pracę lekarza, której w tej chwili pewnie

30% – tak szacuję – to praca z pacjentem, a reszta to opisywanie tego, co się zrobiło, w historiach chorób, których objętość sięga 150 stron. No, to, że brakuje pielęgniarek neurologicznych, które mogłyby w jakiś sposób pewne luki wypełnić, na pewno jest tutaj również problemem. Chodzi o wyrównywanie szans, nierówny dostęp do programów lekowych i turystykę lekową – to dotyczy przede wszystkim chorych ze stwardnieniem rozsianym.

Jest też nierówny dostęp chorych do najnowocześniejszej terapii udaru mózgu: trombektomii mechanicznej. Nie rozumiemy – i jako środowisko neurologów piszemy o tym od kilku miesięcy – pilotażu w 7 ośrodkach w Polsce, gdy gotowe są 24. 7 ośrodków nie pokrywa potrzeb w Polsce w zakresie dostępu pacjentów do metody, która od 2015 r. jest metodą powszechnie uznaną, bardzo skuteczną, dwa razy skuteczniejszą niż tromboliza dożylna, farmakologiczna. Wydaje nam się, że pilotaż miałby sens, gdyby był przynajmniej w każdym ośrodku w województwie, bo dawałby możliwość rzeczywiście sprawdzenia, jak działa transport, jak działa przekazywanie pacjentów do oddziałów, a gdy jest on w 7 ośrodkach, jest po prostu dyskryminacyjny dla naszych pacjentów.

Kolejny problem to nierówny i słaby dostęp do rehabilitacji neurologicznej. To jest bardzo ważny punkt, dlatego że jak leczymy drogo, to nie możemy potem tych pacjentów nie rehabilitować, bo to ich przywraca do normalnego życia, często także do pracy. Poza udarem i urazami inne choroby są traktowane marginalnie, stwardnienie rozsiane czy choroba Parkinsona. No i chodzi o dostęp do programów lekowych o uznanej skuteczności w przypadku chorób rzadkich. Mieliśmy przyjemność uczestniczyć w posiedzeniu komisji senackiej, chyba w zeszłym roku, na temat chorób rzadkich. Problem choroby Fabry'ego leczonej na świecie już ponad 15 lat 2 lekami jest w Polsce niezałatwionym problemem, który czeka. Choroba Pompego, rdzeniowy zanik mięśni są w tej chwili finansowane.

No i udrożnienie przepływu chorych. To są oczywiście takie postulaty systemowe, dotyczą pewnie różnych specjalności. Są sztywne ramy czasowe pobytu chorych na oddziałach neurologicznych. Nie musimy trzymać 8 dni chorych z udarem mózgu, tych z migreną 3 dni, z padaczką 4 dni, niezależnie od medycznego uzasadnienia, tylko po to, żeby rozliczyć za odpowiednie punkty pobyt pacjenta. Wydaje mi się, że te same procedury moglibyśmy wykonać szybciej. Spowodowałoby to zwiększenie przepływu chorych na oddziałach.

Wyjęcie z katalogu badań, które są niepotrzebne, aby rozliczyć grupy JGP. Na pewno temu po całych latach funkcjonowania tego systemu JGP trzeba się przyjrzeć. Np. jest badanie neuroobrazowe w polineuropatiach, kompletnie niezrozumiały jest taki zapis, robimy te badania, blokując pracownię rezonansu czy tomografii.

Porada neurologiczna powinna być rozliczana od pierwszej wizyty. Rozliczać powinniśmy według referencyjności konsultacji w poradniach. Ja nie prowadzę pacjentów w poradni, tylko konsultuję, czyli jednorazowo oglądam większość chorych. No, to nie jest w żaden sposób widziane w systemie jako porada do rozliczenia.

Organizacja z odpowiednią wyceną jednodniowej hospitalizacji z zaplanowanymi badaniami. Od lat postulujemy takie rozwiązanie w przypadku chorób neurozwyrodnieniowych, takich jak choroba Alzheimera i choroba Parkinsona, co by oszczędziło hospitalizacji tych chorych, którzy są szczególnie zagrożeni przedłużoną hospitalizacją z takimi komplikacjami jak upadki, zaburzenia psychotyczne i infekcje.

Programy opieki skoordynowanej w przypadku szczególnych schorzeń. Tam, gdzie poziom komplikacji terapii i rozpoznania jest duży – to stwardnienie rozsiane czy choroba Parkinsona – powinno to się odbywać w ośrodkach referencyjnych.

Organizacja przepływu chorych na rehabilitację do zakładów opiekuńczo-leczniczych czy domów opieki. W tej chwili pracownicy socjalni są na wagę złota, ale to czasami jest jeden pracownik na duży szpital, a ci pacjenci blokują drogie łóżka neurologiczne, zamiast przejść do dalszych form opieki.

No i ostatni slajd: dialog interdyscyplinarny i środowiskowy. Uważamy, że ten dialog jest podstawą wzajemnego zrozumienia potrzeb, ale także sposobu organizacji. Bo, jak państwo widzicie, nie zawsze chodzi o wyższe nakłady, często o racjonalizację wydawania środków i lepszą organizację pracy.

No i postulujemy, żebyśmy zdążyli przed zmianami demograficznymi, pacjenci, ale także i lekarze, którzy też się starzeją, i nadążyli za postępem medycznym, ponieważ zderzymy się pewnie, tak jak powiedziałem na początku, w ciągu najbliższych 10 czy 15 lat z tymi problemami. Jeśli nie będziemy na nie przygotowani, to bardzo szybko, jak wiemy, nie da się niczego w tym systemie poprawić. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Zasłuchałem się, Panie Profesorze. Dziękuję bardzo za wystąpienie. Myślę, że wiele wątków jest wspólnych dla neurologii oraz innych specjalizacji, np. wątek kadrowy. Myślę, że ten wątek kadrowy będzie się przewijał.

Panie Ministrze, myślę, że teraz głos oddam panu, żeby pan troszkę do tego tematu się ustosunkował i może troszkę otuchy wlał w nasze serca i nasze dusze, że nie jest tak źle w Polsce, w polskiej neurologii.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo.

Tematów, które pan profesor poruszył, jest bardzo dużo, to jest właściwie zadanie na całą kadencję i związane jest to z… a właściwie nawet nie. Bo pan poruszył kwestię personelu lekarskiego, a wykształcenie personelu tym bardziej… Mówicie państwo, że nie ma chętnych do szkolenia. No, bardzo wiele tematów jest związanych i z finansami, i z długim czasem polepszenia sytuacji. No, mówimy o braku lekarzy, ale przykład ostatni, przykład trombektomii mechanicznej… Na razie faktycznie jeszcze to nie ruszyło bardzo mocno, ale ponieważ jest bardzo mało lekarzy, to dyżur medyczny powinien się wiązać z tym, że praktycznie lekarze operują całą dobę 7 dni w tygodniu, non stop. Nie

wiem, czy 22 ośrodki jesteśmy w stanie w zakresie trombektomii mechanicznej przez 24 godziny na dobę zabezpieczyć tak, że pacjentów będzie, załóżmy… Kiedyś były pierwsze oficjalne statystyki mówiące o ok. 2 tysiącach pacjentów. 2 tysiące pacjentów to jest na góra 4 ośrodki w Polsce. W związku z tym, ponieważ wiadomo, ile trwa operacja, takich trombektomii mechanicznych w jednym ośrodku mogłoby być wykonywanych 10–15 dziennie. Nie ma w każdym województwie – być może jest w województwie mazowieckim – tylu wskazań.

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Ale, jeśli przyjrzymy się temu – przepraszam, że od razu nawiążę do tego…)

Ja wiem, ale ja jeszcze chciałbym powiedzieć…

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: …to zobaczymy, że nie ma tylu chorych.)

To znaczy są, ponieważ jeśli 22 ośrodki powinny powstać, to znaczy, że widocznie są takie…

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Jeden ośrodek w każdym województwie dałby możliwość leczenia ok. 100–150 chorych rocznie.)

Ja powiem…

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Panie Profesorze, zaraz dojdziemy do dyskusji.)

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Tak, tak, przepraszam.)

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Niech pan minister skończy swoją kwestię.)

Powiem, że też pracowałem w szpitalu i faktycznie był wielki problem, żeby pacjenta z godziny na godzinę przekazać do ośrodka neurochirurgicznego dyżurującego. No, w województwie mazowieckim jest wiele ośrodków, ale w trybie nagłym ciężko zrobić w nocy operację…

(*Głos z sali*: Tętniaka.)

…no, chociażby tętniaka. Nie wiem, ile dyżuruje, choć oczywiście wszystkie dyżurują całodobowo, wszystkie robią wykonania całodobowo, ale faktycznie był z tym zawsze duży problem. Tak że problem kadry jest i problem wykorzystania kadry na pewno jest.

Pytanie o zwiększenie finansowania w programach lekowych, tak żeby świadczenie było bardziej opłacalne. My przeznaczamy bardzo duże środki na finansowanie programów lekowych i chemioterapii. Co roku jest ok. 15-procentowy wzrost środków finansowych i tego też państwo oczekują. Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował różne rozwiązania, takie, że w przypadku tańszego leczenia dodatkowe środki mogą pójść na zwiększenie wycen, podań czy monitorowanie leczenia pacjentów. Tak było w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C, tak jest w przypadku wielu programów lekowych, w których są nowe leki generyczne, biopodobne i można je stosować, tak więc można oszczędzać środki na tych drogich leczeniach.

Kwestia kwalifikacji lekarskiej. Pytanie: jeśli ktoś zakwalifikował bezzasadnie pacjenta… Być może towarzystwo naukowe czy izba lekarska powinny odpowiednio lekarza ukarać za coś takiego. Wydaje mi się – pan minister był kiedyś szefem izby lekarskiej – że to jest państwa rola, żeby takich lekarzy wskazywać i przekazywać do odpowiedniego potraktowania. Tak że nie wszystko można zrzucić na tryby administracyjne, na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia powie, że kwalifikacja była nieprawidłowa. Oczywiście są kontrole, ale też wiemy o tym, że kontrola w takich wypadkach musi być bardzo szczegółowa i merytoryczna, więc potrzebujemy ekspertów również z państwa strony.

Jak mówię, tematów było bardzo dużo, ja dzisiaj z państwem się spotkałem, ale to nie jest… No, to jest szeroki wachlarz to wszystko, o czym pan powiedział, a jednocześnie z zaleceniem, żeby to był wieloletni projekt rządowy leczenia chorób mózgu. Nie za wszystko jest odpowiedzialne Ministerstwo Zdrowia, ale będziemy analizowali to, co państwo przygotowali. Myślę, że również dostaniemy te materiały, które były dzisiaj przedstawione na posiedzeniu komisji, i będziemy je analizowali. Bo państwo wiecie, że środki oczywiście rosną, zgodnie z ustawą, o 6% PKB corocznie, ale to nie jest tak, że mamy tak dużo środków finansowych, że się zastanawiamy, na co jeszcze można je wydać, jak dodatkowo przekazać środki finansowe, na które świadczenia. My nadal jesteśmy na takim etapie, że środków jest za mało, a nie za dużo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Myślę, że będą pytania i te problemy rozstrzygniemy. Ale ja może bym zaczął od 2 spraw. Zaintrygowała mnie właśnie, bo interesuję się nią, ta trombektomia mechaniczna. Wiemy, że już od pewnego czasu trombektomia farmakologiczna dość sprawnie działa w Polsce. Program pilotażowy – nie wiem, czy już zaczął działać, Panie Ministrze – jeżeli chodzi o trombektomię mechaniczną… No, to jest dość złożony problem, bo tu trzeba zachować to okno farmakologiczne, jakby okno czasowe, które teraz wynosi chyba 6 godzin. No i chodzi o dobrą kwalifikację, żeby ten pacjent, który trafia do ośrodka, rzeczywiście miał wskazania do tej trombektomii mechanicznej. Czy mógłby pan powiedzieć, czy w tej chwili już ruszył ten pilotaż, czy też pani profesor, jako konsultant, będzie bardziej miarodajna i o tym nam opowie?

Proszę, Pani Profesor.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz:

Bardzo dziękuję.

Bardzo dziękuję, że pan minister wspomniał o trombektomii mechanicznej, bo rzeczywiście to jest bardzo ważne. Proszę państwa, udar mózgu jest ciężką chorobą, zagraża życiu i, co gorsze, zagraża trwałą niesprawnością, zwłaszcza specyficzna postać udaru, która jest spowodowana niedrożnością początkowych odcinków tętnic wewnątrzmózgowych, tych dużych tętnic. Jak tam jest zamknięte naczynie, to oczywiście obszar objęty niedokrwieniem jest bardzo duży. Jeżeli człowiek nie umrze, to zostaje niesprawny, wymaga pomocy we wszystkich czynnościach dnia codziennego przez całe życie. Mamy, tak jak mówił pan profesor, pan prezes, od 2015 r. procedurę, która ma udokumentowaną skuteczność, jest bardzo skuteczna. Z tych badań i metaanaliz wynika, że 50% pacjentów wraca do

sprawności fizycznej, wycofują się objawy niedowładu. To jest wspaniały wynik, rzadko widzimy w badaniach lekowych coś takiego jak w tych próbach. Mamy również nasze polskie doświadczenie. Pani prof. Słowik zrobiła analizę, bo w Polsce tę trombektomię robiliśmy, mimo że ona nie była w koszyku świadczeń gwarantowanych. Pani prof. Słowik z UJ z Krakowa zebrała dane o 540 pacjentach, którzy byli leczeni w 24 ośrodkach w Polsce, i wyniki leczenia były takie same jak w tych zagranicznych ośrodkach, które brały udział w próbach klinicznych. Wskaźniki śmiertelności, wskaźniki powikłań, powrotu do zdrowia nie różniły się. Tak więc my jesteśmy przygotowani.

Jak wygląda sprawa trombektomii mechanicznej? Trombektomia mechaniczna miała wejść do koszyka świadczeń gwarantowanych już rok temu, od 1 kwietnia, pan minister wówczas podpisał dokument ku radości całego środowiska, wszyscy byliśmy w blokach startowych. Decyzją obecnego pana ministra było powołanie projektu pilotażowego. I z tym można było częściowo się zgodzić, bo rzeczywiście wprowadzenie trombektomii mechanicznej wymaga pewnych zmian organizacyjnych. Ja rozumiem, że projekt pilotażowy jest po to, żebyśmy stworzyli system organizacyjny, który każdemu pacjentowi wymagającemu tej metody – bo tylko część pacjentów z udarem ma ten typ udaru, który wymaga tej metody – zagwarantuje dostęp do niej. I sytuacja jest taka, że pan minister powołał – to było na początku października – 7 ośrodków na terenie Polski: z województw lubelskiego, podkarpackiego, małopolskiego, 1 ze śląskiego, a to jest za mało, bo tam jest przecież prawie 5 milionów mieszkańców, 2 z mazowieckiego, i to też za mało, bo tam jest 6 milionów mieszkańców, i z pomorskiego. Mamy 6 ośrodków. Te ośrodki podpisały umowę, co też trwało, z Narodowym Funduszem Zdrowia i de facto od 1 stycznia – województwo śląskie miało poślizgi i od marca zaczęli to wykonywać – do tej chwili wykonano 110 trombektomii na terenie kraju. I teraz sytuacja jest taka, że tych trombektomii nie będzie tak dużo, my liczymy, że docelowo może być ich 4 tysiące, ale im szybciej pacjent będzie zakwalifikowany i dojedzie na tę trombektomię, tym większa szansa, że mu uratujemy mózg. Tutaj czas odgrywa zasadniczą rolę. Zatem nie może być tak, że będą 3 ośrodki: na północy kraju, na środku i na południu, bo pacjenci nie dojadą. Powinien być przynajmniej 1 na województwo, a w większych województwach 3, 4, żeby ci pacjenci dojeżdżali na czas. W ramach projektu pilotażowego chcemy sprawdzić system organizacyjny. Ten system jest opracowany. Każdy taki ośrodek interwencyjnego leczenia udaru mózgu jest w tej chwili powiązany z oddziałami udarowymi. Pacjent jest wstępnie przyjmowany do oddziału udarowego, bo najpierw musimy – taki jest wymóg wszystkich międzynarodowych zaleceń – podać trombolizę dożylną, zrobić badania angio-TK, potwierdzić, że jest niedrożność i przesłać do CILUM. I to jest zorganizowane w tych województwach, w których jest…

(*Głos z sali*: 24, żeby była jasność.)

I 24… Wszystkie województwa są właściwie przygotowane, no, kończą się przygotowywać jeszcze opolskie i zachodniopomorskie, bo ludzie przechodzą z jednego szpitala do drugiego. Ale ogólnie w Polsce jesteśmy przygotowani. I jest kwestia… Ja złożyłam do ministerstwa, złożyłam do pana ministra listę. Mamy 7 ośrodków i dalszych 12 ośrodków, które są gotowe. Narodowy Fundusz Zdrowia sprawdzał, że jest i odpowiednie wyposażenie aparaturowe, i odpowiednia liczba ludzi, którzy będą dyżurować. Bo przecież do tej procedury kwalifikuje neurolog i musi kwalifikować neurolog, gdyż jest tzw. stroke mimics, czyli pacjent przyjeżdża jako udarowiec, ale nie ma udaru i musi go zobaczyć neurolog, wykonać badania, ocenić badania, musi obejrzeć wyniki badań neuroradiolog czy radiolog, który się zna na neurologii itd., oraz zabiegowiec, który to będzie robił. W Polsce to robią radiolodzy, neurochirurdzy, neurolodzy, kardiolodzy, chirurdzy naczyniowi, angiolodzy. No, kto się nauczy, umie to i ma odpowiednie doświadczenie, może to robić. Kwalifikować musi neurolog. Jesteśmy w kraju przygotowani, ale jest w tej chwili bardzo duży problem, bo tylko w niektórych województwach pacjenci mają dostęp do tej metody, która, tak jak mówię, ratuje życie, ale przede wszystkim ratuje przed niesprawnością. No, perspektywa kolejnych lat życia, gdy człowiek nie wstaje, leży, jest zależny od innych osób, jest tragiczna, nie ma co dyskutować. Żeby włączyć te kolejne ośrodki… Już nawet rozmawiałam z panem ministrem i pan minister mówił, że była już druga grupa do włączenia, a później nawet pojedyncze ośrodki, które tylko zgłoszą, że są gotowe, że mają zaplecze, by wchodziły. To nie jest bardzo dużym obciążeniem dla budżetu. My mamy choroby, które kosztują o wiele więcej, mimo że jest ich mniej, z racji cen leków. I to jest bardzo ważne.

A przy tej okazji sprawdzamy system organizacyjny. Bo to nie jest tylko ten szpital, który robi, to jest jeszcze kwestia dowozu, transportu pacjenta, to jest później kwestia, co z tym pacjentem zrobić, bo on, jak się niezupełnie mu poprawi, musi trafić na rehabilitację. Jest za mało oddziałów rehabilitacji neurologicznej. Ja bym tu w ogóle dała taką propozycję, że neurologia mogłaby być taką modelową specjalizacją, jeśli chodzi o wprowadzanie pewnych zmian organizacyjnych. Pan profesor mówił: mamy kłopoty z lekarzami w oddziałach szpitalnych i przyjmujemy na ostro tych wszystkich pacjentów w stanach zagrożenia życia. To nie tylko udar, to też napady padaczkowe gromadne i stany padaczkowe, rzuty stwardnienia rozsianego, z którymi pacjenta trzeba przyjąć i leczyć, itd., itd. Jest cała grupa chorych – to też miastenia – którzy są w stanie zagrożenia życia i wymagają bezwzględnego przyjęcia.

Ale moglibyśmy odciążyć trochę oddziały szpitalne, gdyby była diagnostyka jednodniowa. Część pacjentów niepotrzebnie leży w szpitalach. Mamy jeszcze te normy JGP, że żeby rozliczyć pacjenta, on musi leżeć 5 dni…

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: Nie, nie musi.)

Ale wtedy dobry dyrektor się na to nie zgodzi, bo dostanie 30%.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dostanie 50% albo 60%. A dobry dyrektor liczy nie pod kątem przychodu, tylko pod kątem rentowności, i powinien tak przyjmować… Lepiej przyjąć 5 pacjentów jednodniowo niż…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: No oczywiście.)

…1 pacjenta na 5 dni, ponieważ to się o wiele bardziej opłaca. Ale nie wszyscy dyrektorzy to rozumieją.

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Tak.)

Ja chciałbym powiedzieć jeszcze o tych lekarzach. Jest mało lekarzy i faktycznie nie jest tak w ośrodkach, które dyżurują… Zobaczymy, jak będzie na Mazowszu czy na Śląsku, czy faktycznie będzie tych operacji… no, już brakuje… czy jest faktycznie 10–15 dziennie…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Nie…)

Jeśli będzie za mało…

(*Głos z sali*: Nie ma tylu. To jest…)

…to uruchomimy kolejne ośrodki.

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Ale nie…)

Ja mówię pod tym kątem, że jeśli uruchamiamy ośrodek, to również należy zwiększyć kontrakt na neurochirurgię. Jeśli lekarz dyżuruje, to nie po to, żeby czekał na pacjenta, tylko jest tak, że ma pacjentów planowych, ma pacjentów w trybie nagłym z innymi przypadkami. Po to jest otwarty dyżur, żeby robić cały dzień, całą dobę zabiegi. Nie ma uzasadnienia, gdy brakuje lekarzy, żeby lekarze czekali na pacjenta, tym bardziej że oczekiwania są takie, że świadczeń będziemy wykonywali więcej.

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Panie Ministrze, tylko że wracając do trombektomii, bo ona jest tym punktem wyjścia…)

Ale ja chciałbym jeszcze… Zajmowałem się organizacją przeszczepów serca. Praktycznie są 2 ośrodki w kraju. Okienko terapeutyczne to 4 godziny, krótsze niż w tym przypadku, 2 ośrodki w kraju w pełnym zakresie zabezpieczają Polskę w tej kwestii. Tak że, jak mówię, wiele rzeczy można zorganizować różnie. To nie jest tak, że musi być… No, faktycznie w Warszawie 2 ośrodki muszą być, być może można w ciągu pół godziny przejechać do…

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Ale nie można nawet w obrębie województwa. My ten pilotaż w pomorskim prowadzimy już jakiś czas i proszę sobie wyobrazić, że z obrzeży województwa pacjenci nie trafiają do ośrodka, bo jest problem właśnie…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Z transportem.)

…z organizacją transportu. To nie jest możliwe, żeby były w Polsce 3 czy 4 ośrodki trombektomii, bo…

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Jest na razie 7, ale ja wiem, że są kolejne planowane. Ale…

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Ale kiedy?)

…22 ośrodki…

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Ale kiedy? Proszę nam powiedzieć kiedy. Bo 2/3 Polski są pozbawione leczenia.)

Ile dziennie u pani jest operacji trombektomii mechanicznej? 8, 12, 16?

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Nie ma ani jednej, bo instytut nie jest włączony…)

No to ja sprawdzę i ustalę…

A ile u pana? Powyżej 10 dziennie?

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Nie, Panie Ministrze, tak nigdzie nie będzie.)

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Ale to nie jest tego rodzaju problem. Nigdzie na świecie nie jest to tego rodzaju problem, ponieważ to dzisiaj dotyczy ok. 2% chorych z udarami. Po poszerzeniu okna terapeutycznego i przy kwalifikowaniu udarów, tych przypadków będzie 4–5%. Z tego wynika chociażby to, że nie będzie takiego przerobu. A poza tym wykonanie 10 takich zabiegów… Przepraszam, ja bym nie chciał być dziesiątym pacjentem operowanym przez ten sam zespół.

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: A dlaczego pan chce dowieźć pacjenta z obrzeża województwa?)

A to proszę zapytać tych, którzy zawiadują…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: To jest…)

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Ale może…)

…tym. No, my to robimy…

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Samochodów nie ma?)

Przeszkoliliśmy wszystkie ośrodki na terenie województwa…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Zaraz powiem.)

…ale jest z tym problem.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz:

Proszę państwa, jest problem, dlatego że ratownictwo medyczne, z którym zresztą współpracujemy i mamy opracowane zasady postępowania, wiezie pacjenta z miejsca zachorowania do szpitala, ale nie przewozi już między szpitalami. I to jest też taka kwestia, że w ramach pilotażu w odniesieniu do tej grupy pacjentów… Bo pacjent trafia do najbliższego oddziału udarowego. Nikt na początku nie wie, czy to będzie pacjent do trombektomii, czy nie, musi być zdiagnozowany, więc on trafia do swojego oddziału udarowego. Z tej dużej grupy pacjentów właśnie 1–2% to kandydaci do trombektomii. Trzeba go przewieźć do centrum interwencyjnego leczenia udaru. Centrum interwencyjnego leczenia udaru jest odniesione – i tak na świecie też jest to liczone – nie do liczby pacjentów, którzy będą zwożeni, tylko do populacji, którą się zajmuje. Jeżeli mówimy o opiece koordynowanej, a mówimy, to powiedzmy, że jedno centrum, według moich wyliczeń, powinno się opiekować populacją liczącą 2 mi-

liony, 1,5–2 milionów. Wtedy rocznie takie centrum będzie miało – bo to będzie 100 przypadków na 1 milion – 200–300 chorych. Zatem to nie będzie po 10–15 przypadków dziennie, średnio będzie wychodził 1 przypadek dziennie, ale będzie ono zabezpieczało populację. To centrum musi leczyć – to jest to, o czym mówił również pan minister i z czym jest bardzo duży problem – pęknięte tętniaki w przypadku krwotoku podpajęczynówkowego. Rzeczywiście jest taka sytuacja, że samolot lata po Polsce i nie ma gdzie zostawić pacjenta, bo nie ma ostro dyżurującej neurochirurgii, mimo że powinna być. Tzn. są takie, ale odmawiają. Tak jest co lato, jak przychodzą wakacje. W CILUM musi być zespół, bo w tym CILUM albo w najbliższym otoczeniu musi być również neurochirurgia i wtedy albo neurochirurg albo radiolog zabiegowy dokonuje leczenia tego tętniaka, czy wewnątrznaczyniowo, czy zewnątrznaczyniowo. Takie centra powinny właśnie obejmować 1,5–2 milionów ludzi i stąd wychodzi, że w naszym kraju powinno być, powiedzmy, 28 takich ośrodków, które będą to zabezpieczać, nie więcej. Ale 2 czy 3… To jest później cały problem, bo to nie jest pacjent…

(*Głos z sali*: To nie jest możliwe w ogóle.)

…który od razu wstanie i pójdzie, powie: ja świetnie się czuje. To jest pacjent, który będzie miał niedowład, który ma różne powikłania, którego trzeba leczyć. Gdzie go wtedy leczyć? Odsyłać go do domu? No, to są całe… Ja się zgadzam, że po to jest pilotaż, żebyśmy właśnie sprawdzili, jak wyglądają sprawy transportu pacjenta, czy pacjent rzeczywiście musi być później jeszcze leczony, powiedzmy, tydzień i wtedy powinna być decyzja, czy idzie na rehabilitację, czy do swojego macierzystego szpitala, gdzie będzie kontynuowane leczenie internistyczne i inne. Ale w sytuacji, jaka jest w tej chwili, objęta tym jest tylko część Polski i żaden pacjent z innego województwa nie trafi tam.

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Ale dlaczego?)

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: No, dlatego, że…)

Panie Ministrze, pacjenci muszą być kwalifikowani w lokalnych oddziałach udarowych. Żeby pacjent w lokalnym oddziale udarowym był zakwalifikowany, muszą być wykonane dodatkowe procedury, które nie są w standardzie postępowania. Bo pacjent standardowo ma tylko tomografię komputerową i na tej podstawie i na podstawie stanu klinicznego jest kwalifikowany do trombolizy, a tu musi mieć dodatkowo wykonane angio-TK, musi mieć włączoną przed angio-TK, czy równolegle, tę trombolizę, a gdy się potwierdza, że ma niedrożność i nie poprawia się po trombolizie, powinien być przewieziony do tego ośrodka, który robi dalsze leczenie. To kosztuje.

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Ale to…)

Jeżeli dane województwo nie ma systemu, to…

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Ale to kosztuje też czas, bo jeżeli ktoś zachoruje w Szczecinie, to przecież nikt go do Gdańska, prawie 400 km nie będzie wiózł na trombektomię. To jest…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Można uruchamiać samolot i samolot przewozi…)

Tym bardziej, że czas jest bardzo ważny. Tu mówimy, że okno to 6 godzin, ale im wcześniej się to zrobi, tym lepiej. Z każdą minutą ubytek neuronów postępuje.

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Tak jest. Ograniczanie, że my…)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Czyli musi być ok. 100 lekarzy dyżurujących dziennie, dyżuranów. Ja nie wiem, ilu w Polsce lekarzy na tym się zna, ilu jest wykwalifikowanych. 100, 200, 300?

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Zebraliśmy takie dane, pani profesor zebrała dane z 24 ośrodków i pod tym się podpisali dyrektorzy szpitali w formie deklaracji, że będą tak zabezpieczać dyżur. Chyba lepszej deklaracji nie można uzyskać, prawda?

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Narodowy Fundusz Zdrowia to sprawdzał, to jest sprawdzone. Są lekarze i są zabezpieczone takie 4-osobowe zespoły.)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Ale to tylko pod tym kątem mówię, że my musimy zabezpieczyć jeszcze tym ośrodkom, żeby całodobowo pracowały, bo…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Pracują.)

…nie ma sensu… W związku z tym musimy poszerzyć kontrakt 4-, 5-krotnie, żeby nie było dyżuru tępego, tylko żeby operacje były wykonywane całodobowo, ponieważ nie mamy specjalistów, nie mamy lekarzy, nie mamy personelu. Jeśli już dajemy gwarancję, to po to, żeby całodobowo wykonywać operacje.

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Panie Ministrze, takie zespoły są przygotowane i tych 7 ośrodków, które działają…)

Ile u pana profesora w nocy się robi operacji?

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: U pana profesora się nie robi…)

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: U mnie się nie robi.)

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Robi się u profesora…)

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Robi się…)

Ale to…

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Mówimy o Gdańsku.)

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: O Gdańsku, o to chodzi.)

No tak. Ile w nocy się robi, od 20.00 do 8.00?

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: W Gdańsku, w województwie…)

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

To nie ma znaczenia, robi się 24 godziny na dobę.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: Ale ile? Ile sztuk średnio?)

Ale ile… No to pan…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Od 1 stycznia…)

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: 5, 6?)

Pan słyszał, ile było wykonanych od początku roku w ramach pilotażu…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Od 1 stycznia…)

…20, 30 na ośrodek, tak?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: Nie tylko w tym zakresie, ale i neurochirurgii…)

Ale, proszę państwa, nie mieszajmy w to neurochirurgii. Neurochirurgia tu nie ma nic do rzeczy, bo neurochirurg jest tylko w rezerwie na wypadek, gdyby były jakieś powikłania…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Obrzęk mózgu, tracheotomia, usuwanie…)

…obrzęk mózgu itd. Tu neurochirurgia nie ma kompletnie nic do rzeczy, ona jest tylko rodzajem zabezpieczenia. Całość wykonuje neurolog z interwencjonistą, może to być neuroradiolog czy kardiolog, który się zna na procedurach wewnątrznaczyniowych. I tylko tyle. Neurochirurg nam nie jest w ogóle potrzebny.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ja myślę, proszę państwa, że skoncentrujemy się na razie na trombektomii mechanicznej. Sądzę, że to jest bardzo ważne…

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Tak jest.)

…ale myślę, Panie Ministrze, że ten pilotaż, który jest… No, pilotaż nigdy nie obejmuje całego kraju. Nie możemy robić pilotażu w całej Polsce, prawda?

(*Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: To nie może być tak, że środki…)

Dlatego myślę – i muszę pana, Panie Ministrze, wziąć w obronę – że musimy sprawdzić na pewnej grupie lekarzy i pacjentów, czy to naprawdę będzie się sprawdzało. Bo to nie jest tylko kwestia tego, żeby był ośrodek, gdyż rzeczywiście czasem ten najmniej, wydawałoby się, ważny element, czyli transport pacjenta, może być kulą u nogi i rzeczywiście może ograniczać. Tak więc ja myślę, Panie Ministrze, że pilotaże w tych 7 ośrodkach będą jakby wyznacznikiem tego, czy trzeba to poszerzyć. A z tego, co państwo mówicie, wynika, że najprawdopodobniej trzeba byłoby tych ośrodków więcej. No, wiemy z perspektywy czasu, jak powstawały ośrodki kardiologii interwencyjnej, jak to pięknie zaczęło działać tak, że chorzy z zawałem serca w tej chwili trafiają bardzo szybko do tych ośrodków. Myślę, że w tym przypadku będzie podobnie, aczkolwiek to okno czasowe jest tutaj niestety tym wyznacznikiem, który musi powodować, że ten system będzie działał wyjątkowo sprawnie. On musi działać wyjątkowo sprawnie, szczególnie że te obwarowania wskazujące, kiedy chory może trafić do trombektomii mechanicznej, są takie, jakie są, i ten czas niestety niekiedy jest za krótki. Ja myślę, że tutaj nie rozwiążemy tego problemu, ale myślę, że to jest dobry kierunek, że trombektomia wreszcie zaczyna funkcjonować. Szkoda, że tak późno, ale myślę, że te problemy techniczne będą w miarę upływu czasu rozwiązywane.

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Ale mi się wydaje, że jest jednak dużo nieporozumień wokół tego. Ja widzę, że jeśli chodzi o organizację i jakby sposób… To nie jest to samo, co w przypadku kardiologii, to jest zupełnie inna procedura…

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Rozumiem.)

…o innym stopniu obciążenia populacyjnego i medycznego. Myślę, że powinniśmy jednak spróbować się spotkać, porozmawiać specyficznie o tej trombektomii, ale sprawa na razie stoi, bo rzecz ma miejsce w 7 ośrodkach. 2/3 Polski są pozbawione leczenia. I proszę popatrzeć na to z tej strony. Jak zachorujemy w Szczecinie, w Zielonej Górze, w Poznaniu, nie będziemy mieli tego leczenia, pacjent w Warszawie czy w Krakowie to leczenie dostanie, a w innych miastach nie. Dlaczego my tak robimy? Pilotaż powinien sprawdzać, jak działa to na danym terenie, a nie sprawdzać… Każdy teren jest specyficzny, ma inną liczbę oddziałów neurologicznych, inną geografię, inne zagęszczenie, inną topografię tych oddziałów. Nie da się przenieść doświadczenia z Katowic do Gdańska czy do Szczecina. To jest kompletnie co innego.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: Ja powiem o przykładzie replantacji kończyn: rewelacyjny, świetny system…)

Ale to jest kompletnie co innego. Mówimy o czymś zupełnie innym, prawda?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: Rozumiem.)

To jest zupełnie co innego.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: Tzn. mówię pod tym kątem…)

To jest zupełnie co innego. Tak na świecie to nie działa. No, popatrzmy na tych, którzy to robią w sposób systematyczny już od tych 3 lat…

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Rozumiem. Myślę, że ten temat trombektomii byśmy…

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Wróćmy do tego. Bardzo prosimy, żebyśmy do tego wrócili.)

…zakończyli.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zadać jakieś pytanie panu ministrowi czy państwu profesorom? Nie.

Czy państwo jeszcze macie jakieś… No bo poruszyliśmy właściwie tylko jeden temat, myślę, że ważny, ale niewyczerpujący problemów polskiej neurologii.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz:

Czy ja bym mogła jeszcze wrócić do tego, o czym zaczął mówić pan profesor – zresztą we dwójkę wrócimy – czyli kwestii potraktowania neurologii jako priorytetowej specjalizacji? To jest bardzo szeroka dziedzina. My potrzebujemy lekarzy, lekarzy jest za mało, u nas – ja zbieram dane z województw do swojego sprawozdania, bo na koniec marca je piszemy i ja wszystko to dokładnie napiszę – we wszystkich województwach jest sygnał, że jest za mało lekarzy, a poza tym ci, którzy są, to jest już starsze pokolenie.

Ja tu mam przed sobą dane z województwa śląskiego: jest 228 lekarzy powyżej sześćdziesiątego roku życia, a 161 – poniżej. I sytuacja w następnych latach, jeżeli nie zaczniemy kształcić, będzie coraz bardziej się pogarszała, zwłaszcza że ci starsi lekarze niechętnie dyżurują, bo dyżury są ciężkie i nie dadzą rady fizycznie. Więc…

(*Głos z sali*: Jest jedno miejsce dla rezydenta…)

Tak więc kwestia potraktowania neurologii jako dziedziny priorytetowej jest bardzo ważna. Oczywiście po naszej stronie jest to, aby zachęcić studentów, żeby decydowali się na neurologię, to jest po naszej stronie. Pan prezes działa bardzo aktywnie w tej sprawie i planujemy robić różne akcje z towarzystwami studenckimi. Bo neurologia się robi teraz bardzo ciekawą dziedziną, mamy nowoczesne metody leczenia, nowoczesne metody diagnostyki. Niestety, im bardziej nowoczesne, tym droższe, co nie jest dobrą wiadomością, ale tak jest. Rzeczywiście jest ona dużym wyzwaniem i potrafimy skutecznie leczyć. To już nie jest neurologia, która była 20 lat temu, kiedy umieliśmy diagnozować i na tym się kończyło. My umiemy skutecznie leczyć. I żeby to robić… To jest właśnie kwestia organizacji. Tak jak planujemy tę organizację w przypadku trombektomii, to gdyby były porady diagnostyczne jednego dnia, bez konieczności trzymania pacjenta w szpitalu, trochę byśmy zluzowali łóżka szpitalne, tylko musielibyśmy mieć skalkulowane koszty takiej diagnostyki. Potrafimy bardzo ładnie na kartce papieru pokazać, jakie badania trzeba zrobić, że psycholog, neurolog czy ktoś inny ma zbadać pacjenta, stawiamy diagnozę, mówimy, jak ma być leczony.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Tak. Od ubiegłego roku, chyba od lipca, wszystkie świadczenia, tomografię, rezonans, można sumować do każdej hospitalizacji, tak że nie ma problemu, żeby w ciągu jednego dnia zrobić wszystkie badania diagnostyczne, bądź ewentualnie świadczenia są możliwe do wykonania w trybie hospitalizacji krótkiej. Nie widzę uzasadnienia, żeby pacjent przebywał w szpitalu powyżej jednego dnia w przypadku pobytów diagnostycznych.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz:

No to ja jeszcze będę rozmawiała w Narodowym Funduszu Zdrowia, na ile to możemy skalkulować zgodnie z tymi zasadami, które są. Bo to jest nie tylko zrobienie tomografii lub rezonansu, ale np. konsultacja psychologiczna. My mamy psychologów w oddziałach, ale nie mamy w poradni.

(*Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek*: Nie ma takiej…)

W przychodni w ogóle nie ma możliwości… tzn. nie jest przewidziany psycholog. To zupełnie niezrozumiałe.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

To znaczy nie, bo ja tutaj mówiłem o hospitalizacji jednodniowej, nie o poradzie jednodniowej, ponieważ porada jest rozliczana w innym trybie, chociaż porady różnego typu mogą być wykonane w ciągu jednego dnia u pacjenta, czyli np. porada chirurgiczna i neurologiczna.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz:

My mamy takich chorych, w przypadku których możemy listę wypisać, jakie badania mamy zrobić, kto ma skonsultować, policzyć, ile to kosztuje plus te koszty ogólne, powiedzmy, dla szpitala, i jest wyceniona porada. Naprawdę odciążyłoby to troszeczkę szpitale, bo się robi problem. Ja mam informacje – wszyscy konsultanci wojewódzcy mi to piszą – że jest za mało lekarzy, za mało pielęgniarek. A teraz ten wskaźnik liczby pielęgniarek przypadających na liczbę łóżek spowodował, że niektórzy dyrektorzy zlikwidowali część łóżek neurologicznych, czyli tam, gdzie czasami już się odmawia przyjęcia pacjentowi, bo nie ma miejsca, jest jeszcze mniej łóżek. Taka sytuacja jest w województwie podlaskim, w województwie dolnośląskim. To są duże problemy.

I jeszcze trzeci problem, który pan profesor poruszał, to kwestia kolejek do programów lekowych – tu myślę o SM – i problemy spowodowane tym, że po prostu wycena obsługi jest niska. Globalnie ona nawet nie jest za niska, tylko one wymuszają, żeby pacjent przychodził co miesiąc. Niepotrzebnie. Jak będzie potrzebował, będzie przychodził co miesiąc, jak nie będzie potrzebował, będzie przychodził raz na kwartał. Tylko żeby można było ryczałtem dostawać środki finansowe.

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Gdybyśmy mogli częściej się spotykać i takie rzeczy szczegółowe omawiać…

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: Bo to rzeczywiście jest za dużo problemów.)

…to niektóre kwestie organizacyjne pewnie moglibyśmy załatwić. To samo dotyczy głębokiej stymulacji. Pan mówi, że trzeba karać tych lekarzy. Nie, błąd jest po stronie systemu, dlatego że to neurochirurg kwalifikuje do zabiegu, a neurochirurg nie ma kompletnie pojęcia o chorobie Parkinsona, bo takich chorych nie prowadzi. To skąd on ma mieć doświadczenie i wiedzieć, że… On bierze rozpoznanie, bo takie dostał, albo pacjent mu powiedział, że na to choruje. No, to jest po prostu nonsens. Jeżeli wprowadzimy trójstopniowy system kwalifikacji, neurolog będzie kwalifikował, będzie to sito, to będziemy te środki racjonalnie wydawać i na pewno nie będzie takich błędów. A w tej chwili niestety to jest efekt błędu systemowego, a nie błędu poszczególnego lekarza.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: U mnie w Instytucie Kardiologii nie było żadnego pacjenta zakwalifikowanego do operacji kardiochirurgicznej bez kwalifikacji lekarza kardiologa. Tak że zawsze był zespół, który…)

No ale ta procedura świadczenia gwarantowanego wszczepienia stymulatora czy pompy baklofenowej nie wymaga tego. Nie ma nigdzie zapisu, że wymaga. A poza tym…

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski*: Ale w przypadku operacji kardiochirurgicznej również nie wymaga w żadnym wypadku kardiologa, w związku z czym widocznie to jest po prostu taki standard ludzki, że…)

No tak, ale dzisiaj wszystko jest jednak bardziej opisane i sformalizowane, a jeśli, jak widać, pojawiają się patologie, to dlaczego nie wprowadzić rozwiązania systemowego, które temu przeciwdziała? Wydaje nam się racjonalne, żeby to neurolodzy, którzy znają tego pacjenta, kwalifikowali do zabiegu. My często nie kwalifikujemy części chorych, którzy są do nas kierowani z tym rozpoznaniem, bo pacjent ma jakieś tam przeciwskazania. Albo kwalifikujemy do innych terapii zaawansowanych. Neurochirurg ma listę grup JGP, w przypadku których może operować. I jeżeli państwo spojrzycie na tę listę, to zobaczycie, że tam są choroby, które są przeciwskazaniem do założenia stymulatora. Nie można go w żaden sposób ukarać za to, że on założył w atypowym parkinsonizmie, w pląsawicy czy w jakimś innym schorzeniu ten stymulator. Bo jest taka lista, proszę się przyjrzeć temu dokładnie. My to już od 5 lat mówimy, nie wiem, ile razy byliśmy i z fundacją chorych na Parkinsona, i z innymi kolegami w ministerstwie, w Narodowym Funduszu Zdrowia, myślę, że jeśli powiem, że 4 razy rocznie, to nie przesadzę. To taka prosta sprawa, a nie możemy tego problemu rozwiązać. A przecież nie chodzi o to, żeby tutaj coś dołożyć, jakieś środki zwiększyć, czego wszyscy się boją, tylko żeby to zracjonalizować, pokazać młodym ludziom, którzy przychodzą do tego zawodu, że my nie mamy medycyny i medycyny Narodowego Funduszu Zdrowia. A dzisiaj mamy medycynę Narodowego Funduszu Zdrowia. Bo mnie pyta asystent: „Zrobisz to badanie?". Ja pytam: „Ale po co?". A on: „Do rozliczenia jest potrzebne". „A, no to zrobię". Czy ten system naprawdę musi tak działać? No, chyba nie musi tak działać, prawda?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Ale też wszystkiego nie da się… Przed operacją kardiochirurgiczną każdy pacjent musi mieć badanie stomatologa. Nie jest napisane, że na każdym oddziale kardiochirurgii musi być stomatolog, a to jest standard. No bo później wyniki będą beznadziejne. To nie jest tak, że wszystko dokładnie musi być dookreślone. Być może faktycznie oddziału neurochirurgii nie powinno być, jeśli nie ma oddziału neurologii, nie wiem, jaka jest sytuacja, ale powinny ze sobą współpracować.

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Ale nie każdy oddział neurologii, Panie Ministrze, tylko ten, który posiada taki poziom ekspertyzy. Niestety, weszliśmy w erę wysokich technologii.

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Neurologii Danuta Ryglewicz*: No więc właśnie.)

I mówimy też o tych starzejących się lekarzach, którzy nie będą w stanie obsłużyć programatora, bo nie nadążą za tą technologią do stymulacji, która się zmienia co roku. Kiedyś były 4 odprowadzenia na elektrodzie, teraz jest 16 i 32 i trzeba to umieć zaprogramować. To naprawdę są wysokie technologie i pieniądze, które wydajemy na te zabiegi, 60 tysięcy na DBS… No, powinniśmy jednak się zastanowić, a nie rzucać to na głęboką wodę i uzależniać tylko od dobrej woli. To jest droga technologia. Proszę się zastanowić, co zrobić, żeby ją lepiej wykorzystywać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że tego tematu nie wyczerpiemy, bo problemy polskiej neurologii są dość skomplikowane, ale pewne sprawy można rozstrzygnąć. Może Senat nie jest tym miejscem, w którym ministerstwo z państwem, z panem prezesem czy z panią konsultant, powinno o tym rozmawiać, więc myślę, że spotkania w gronie ekspertów na Miodowej, czyli w Ministerstwie Zdrowia, powinny odbywać się dość często. Bo myślę, że czasem drobne sprawy, które państwo widzicie, można załatwić bezkosztowo, a zdecydowanie usprawni to leczenie i spowoduje, że pacjenci będą lepiej leczeni w Polsce. Rzeczywiście technologia idzie bardzo do przodu, niektórzy za tym nie nadążamy, bo się starzejemy, ale to nie znaczy, że tych pacjentów nie powinniśmy leczyć najbardziej nowocześnie, jak tylko możemy.

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Jarosław Sławek:

Ale spotykamy się na posiedzeniach komisji, bo liczymy na państwa lobbing. Wszystko jest jednak polityką, a polityka zdrowotna czy lekowa, polityka państwa w tym zakresie kształtuje się tutaj. Ten lobbing i świadomość pew-

nych zagrożeń oraz pewnych problemów… No, myślę, że powinniście o tym również państwo wiedzieć od tych, którzy tymi sprawami się zajmują bezpośrednio na poziomie pacjenta.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Profesorze, biję się w pierś, rzeczywiście spotykaliśmy się już… trochę czasu upłynęło, ale w końcu spotkaliśmy się. Myślę, że nie będzie to ostatnie spotkanie, aczkolwiek kadencja dobiega końca. Te tematy na pewno będą bardzo żywe. Ja osobiście bardzo się interesuję tą trombektomią mechaniczną, bo to rzeczywiście jest duże wyzwanie dla całego systemu, ale gdy to będzie działało, naprawdę wiele osób będzie można nie tylko uratować, lecz uratować je przed tym takim złym kalectwem, sytuacją, kiedy jesteśmy niesprawni.

Przedstawiciel Fundacji Parkinsona Wojciech Machajek:

Panie Przewodniczący, ja byłem poprzednim razem, chyba już ze 3 lata temu, na spotkaniu, które też organizowałem – Wojciech Machajek, Fundacja Parkinsona – i wtedy mówiliśmy o problemach dotyczących tylko choroby Parkinsona i o tym, że nie ma metod infuzyjnych. Po tym, jak się tu z panem spotkaliśmy w większym gronie, metody infuzyjne już są. Dlatego dzisiaj też przyszliśmy do państwa i wierzymy, że Senat jest takim bardzo dobrym miejscem na tę rozmowę i żeby przekazywać takie informacje. Wtedy był pan wiceminister Łanda, teraz jest pan wiceminister Miłkowski. Myślę, że to jest dopiero początek tego dialogu.

Ja chciałbym powiedzieć, że na co dzień zajmujemy się chorobą Parkinsona, natomiast ludzi z chorobą Alzheimera w Polsce jest ok. 0,5 miliona. Chorzy na chorobę Parkinsona to ok. 100 tysięcy. Chorzy na SM… To jest armia ludzi, to jest ok. 1 miliona, jak nie więcej, ludzi. Do tego ja jestem opiekunem, ja jestem współmałżonkiem opiekunem. Moja żona od 10 lat ma diagnozę, miała 44 lata, jak zaczęła chorować, czyli od 10 lat jestem tym opiekunem współmałżonkiem. Takich ludzi w Polsce jest drugie tyle co chorych, a nieraz ich jest więcej, bo chory wymaga opieki całej rodziny, jak np. w przypadku choroby Alzheimera, która ma postacie agresywne. To jest potężna armia ludzi, którym trzeba dać nadzieję, że coś się zmieni na lepsze. O to bardzo serdecznie proszę jako przedstawiciel szeroko pojętych pacjentów neurologicznych i jako opiekun współmałżonek. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za głos. No, rzeczywiście miło, że do czegoś Komisja Zdrowia się przydała. Myślę, że te nasze spotkania coś wnoszą. Sądzę, Panie Ministrze, że te kontakty ze środowiskiem neurologów będą coraz częstsze i będzie z tego wynikało coś konkretnego.

Jeżeli nie ma więcej głosów…

(*Przewodniczący Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Tomasz Połeć*: Ja jeszcze.)

Proszę bardzo.

Przewodniczący Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Tomasz Połeć:

Tomasz Połeć, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego.

Ja wbrew temu, jakie środowisko reprezentuję, nie będę mówił o stwardnieniu rozsianym, chociaż można by było bardzo wiele powiedzieć i podtrzymać te tematy, które nasi specjaliści poruszyli. Bo to samo dotyczy chorych na stwardnienie rozsiane, czyli ten brak dostępu, wiele innych błędów systemu, gdyż ja uważam, że to są błędy systemowe, podzielam zdanie pana prof. Sławka. Ale chcę powiedzieć coś innego. Może warto by było, żebyśmy my, organizując takie spotkanie, pamiętali o jednej sprawie. Bo tak naprawdę my tutaj – nie chcę tego tak ująć – mamy jednego chłopca do bicia, czyli Ministerstwo Zdrowia, i my swoje żale wylewamy na ministerstwo, które ma przecież ograniczone środki. No, z pustego i Salomon nie naleje, w związku z czym jakoś to dzielić trzeba. Ale zastanówmy się, dlaczego tak jest. Dlatego, że osoby, którym ze względu na te ograniczone środki nie jesteśmy w stanie zapewnić właściwej opieki i leczenia, stają się chore, stają się niepełnosprawne i przechodzą na garnuszek innego ministerstwa, który jest w tym samym budżecie. Czyli my, nie lecząc, spotykając się tylko z Ministerstwem Zdrowia, ograniczamy w jakiś sposób, w większy lub mniejszy, dostęp do leczenia – oczywiście można się czepiać, że ja mówię nieprecyzyjnie, ale uogólniam troszeczkę – przez co powodujemy zwiększenie liczby osób niepełnosprawnych, które potem trzeba utrzymać. Więc może byłoby sensowne, żebyśmy kiedyś zorganizowali spotkanie – nie mówię, że w tej kadencji, bo pewnie już się nie uda – także z przedstawicielami Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Finansów, tak żeby zbadać kiedyś, jakie koszty po stronie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej powodują pacjenci nieleczeni. Już są raporty to pokazujące. Uczelnia Łazarskiego przygotowuje taki coroczny raport, więc jest to jakby już namacalne. Udowodnione jest, że pacjent leczony – w przypadku stwardnienia rozsianego – dłużej może pozostać w pracy, a więc odprowadzać podatki, a więc współfinansować swoje leczenie, zaś nieleczony od razu trafi na garnuszek państwa i będzie na tym garnuszku przez trzydzieści parę lat, czasem dłużej, zależy od tego, ile będzie żył. Mało tego, jedna osoba, opiekun też najprawdopodobniej prędzej czy później, a raczej prędzej, przejdzie na garnuszek państwa, będzie musiał dostać zasiłek, bo będzie musiał zrezygnować z pracy. Prowadząc tę politykę ograniczeń, wynikających z jak najbardziej zasadnych podstaw, bo brak środków powoduje ograniczenia, doprowadzamy do tego, że po drugiej stronie wyciekają nam pieniądze, że wycieka drugie tyle. Czyli tak naprawdę, prowadząc taką politykę, tracimy podwójnie.

Może, Panie Przewodniczący – to taki mój postulat – spróbujmy kiedyś zrobić takie spotkanie i w ten sposób popatrzeć na budżet. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos. Oczywiście takie spotkania robimy. Ale jeżeli chodzi o neurologię, to oczywiście też możemy w przyszłości to zrobić.

Jeszcze raz państwu dziękuję za wywołanie tego tematu, za to, że tak wnikliwie przedstawiliście problem polskich chorych neurologicznie. Myślę, że nie jest to ostatnie spotkanie.

Panie Ministrze, jeżeli ja jestem do czegoś potrzebny w relacjach między neurologami a panem, zawsze służę swoją pomocą jako ten przekaźnik, katalizator…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

No właśnie, ten problem wożenia pacjentów między szpitalami na pewno jest ciągle do rozwiązania.

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 38)

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