



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (12.)
w dniu 8 maja 2012 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja ministra zdrowia na temat diabetologii i endokrynologii w Polsce zarówno u dzieci, jak i dorosłych.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 07)

(Posiedzeniu przewodniczący przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dzień dobry. Witam serdecznie.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam serdecznie panów i panie senatorów. Witam pana ministra Aleksandra Sopińskiego. Witam wszystkich zaproszonych gości, wszystkich państwa.

Czy na sali są obecni lobbyści?

Proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Viewpoint Group Anna Kadzikiewicz:

Dzień dobry. Anna Kadzikiewicz, Viewpoint Group.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Jedna informacja, przykra dla nas, jest taka, że na naszym posiedzeniu niestety nie będzie przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, co nie zmienia faktu, że o naszych ustaleniach pana prezesa poinformujemy. Oczywiście ta sytuacja nam się nie podoba, ale taka właśnie była decyzja pana prezesa NFZ.

Proszę państwa, dzisiejsze obrady komisji są poświęcone problemom diabetologii i endokrynologii dzieci i dorosłych. Jak niektórzy z państwa wiedzą, senacka Komisja Zdrowia odbyła w tym roku już kilka posiedzeń dotyczących stanu niektórych dyscyplin służby zdrowia. Mówiliśmy o pediatrii, hematologii, mówiliśmy szczególnie o chirurgii onkologicznej i o chirurgii ogólnej. Dzisiaj czas na diabetologię i endokrynologię. Taki mamy scenariusz spotkania.

Na początek poprosimy przedstawiciela czy konsultanta Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego o kilka słów wprowadzenia.

Kto z państwa chce zabrać głos?

Proszę bardzo.

Mam prośbę: bardzo proszę, żebyście państwo przedstawiali się do mikrofonu, bo wszystko jest nagrywane.

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Nazywam się Leszek Czupryniak, jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Na początku chciałbym bardzo podziękować za możliwość spotkania się z państwem i przedstawienia zagadnień, które nam wszystkim leżą na sercu. Myślę, że to, iż środowisko diabetologiczne jest tak licznie tu reprezentowane – w zasadzie są przedstawiciele wszystkich sektorów, bo mamy tu lekarzy, pielęgniarki, przedstawicieli pacjentów, lekarzy różnych specjalności – pokazuje, o jak istotnej rzeczy będziemy mówić.

Na początek chciałbym pokazać kilka slajdów. Wiem, że może to nie jest rutynowa procedura, ale temat jest dość skomplikowany, a w tej formie chcę zasygnalizować problemy, z którymi się borykamy. Wiele tych problemów wielu z państwa w jakimś stopniu zna, chociaż nie jestem przekonany, że znają państwo syntetyczne ujęcie zagadnienia. Ponieważ nie wszyscy z państwa są lekarzami, pokażę w bardzo obrazowy sposób, dlaczego diabetologia jest w naszym odczuciu taka ważna.

Aby podkreślić społeczną wagę i rangę cukrzycy, pokażę państwu rury, to są zwykłe rury aluminiowe, które, kiedy są nowe, możemy potraktować jako alegorię zdrowych naczyń krwionośnych. A tu widzicie państwo taką samą rurę, ale używaną przez dziesięć lat, jest już w pełni pordzewiała. Jeśli spojrzą państwo na rurę jeszcze bardziej pordzewiałą i na aortę pacjenta chorującego dwadzieścia dwa lata na cukrzycę typu 2, który zmarł z powodu zawału serca, to zobaczą państwo, co się dzieje w przebiegu cukrzycy. To nie jest taka sama miażdżycy jak u innych pacjentów, tu można zobaczyć, jakie obciążenie przynosi cukrzyca. Mówimy o chorobie, która zaczyna się w jakimś momencie, trwa wiele lat i dopiero po wielu latach, jeżeli jest źle leczona, prowadzi do inwalidztwa i istotnie skraca życie. To są zdjęcia z oddziały, na którym pracuję.

Mamy cały czas nierozwiązane problemy – i marną pociechą jest, że nie są one rozwiązane też w wielu krajach europejskich – jak leczenie stopy cukrzycowej czy powikłań okulistycznych. To jest obraz wylewu krwi do szklówki, tu jest jama poudarowa czy mięsień sercowy serca, w przekroju, po zawale, ten biały obszar to miejsce objęte zawałem. Cukrzyca jest chorobą naczyniową, przede wszystkim tak na nią patrzmy, a całe jej leczenie

w dużym stopniu ma charakter zapobiegania jej rozwojowi i jej powikłaniom. Problemem jest to – i myślę, że będzie się to przewijało w naszej dyskusji – że horyzont czasowy między przyczyną a skutkiem jest bardzo odległy. To nie jest tak jak w kardiologii, to nawet trwa dłużej niż w onkologii, dlatego że tu pacjenci chorują dwadzieścia, dwadzieścia parę czy trzydzieści lat i dopiero wtedy mają tak zaawansowane powikłania.

Pacjentów mamy coraz więcej. Chcę pokazać najnowsze wyniki badań epidemiologicznych w naszym kraju – współautorem tej pracy jest profesor Strojek, konsultant krajowy, który zabierze po mnie głos – pokazujące jak często występuje cukrzyca typu 2, pacjentami są tu mieszkańcy Rudy Śląskiej. Jak państwo spojrzą na ten ostatni słupek, to zobaczą, że w populacji powyżej sześćdziesiątego czwartego roku życia ponad 20% osób ma cukrzycę, drugie tyle ma nietolerancję glukozy, czyli choruje co piąty człowiek po sześćdziesiątce. I oczywiście ten odsetek rośnie, bo wydłuża się czas przeżycia.

Mamy również jedne z najświeższych danych w Europie, jeśli chodzi o cukrzycę typu 1. Tutaj na sali są również autorzy tej pracy, w zasadzie jest nimi reprezentacja całego środowiska pediatrycznego w diabetologii. Widzą państwo, jak wzrasta zachorowalność, zapadalność na cukrzycę typu 1 w przeliczeniu na sto tysięcy mieszkańców. Trochę więcej choruje w Polsce północnej, a trochę mniej w Polsce południowej, niemniej jednak zachorowalność wzrasta i to też jest trend zauważalny w pracy klinicznej. Mamy tu do czynienia z problemem, który nie jest stagnacyjny, tylko absolutnie rozwojowy. I jeżeli nie zrobi się czegoś z tym już dziś, to władza – oczywiście nie obecnie rządzący, bo trudno będzie uzyskać efekty za trzy czy cztery lata, ale kolejne ekipy, kolejna władza w naszym kraju – będzie miała z tym coraz większe problemy.

To jest nie tylko problem Polski, przejęła się tym też Unia Europejska. To, co państwo widzą przed sobą, to jest nagłówek rezolucji z 14 marca tego roku, w której Parlament Europejski wzywa kraje członkowskie do podjęcia konkretnych działań. Jest to stosunkowo zwięzły i krótki dokument – przepraszam, że jest po angielsku, ale chciałem pokazać państwu oryginał – są w nim wymienione konkretne działania, które państwa członkowskie powinny podjąć. I jednym z nich – niech państwo spojrzą na pierwszy lub drugi punkt – jest stworzenie narodowego programu walki z cukrzycą, programu, którego w Polsce, jako programu formalnie działającego i odrębnego, nie ma. Istnieje Narodowy Program Zdrowia i w jego priorytetach znajdują państwo pięć chorób, na czele są choroby układu krążenia, a cukrzyca jest w tle, nie jest ujęta w Narodowym Programie Zdrowia. W naszym odczuciu – i to nie dlatego, że jesteśmy diabetologami, tylko dlatego, że pacjentów jest dwa i pół miliona, i dlatego że ta choroba niesie takie powikłania i takie skutki, jak pokazałem państwu na początku – cukrzyca jako problem nie zajmuje tutaj miejsca, na jakie zasługuje. To jest niejako tło.

Rzeczywistość mamy taką, że rośnie liczba pacjentów. I teraz: jak sobie z tym radzi państwo polskie? To są najnowsze dane, które przygotowała Uczelnia Łazarskiego, opierając się na danych z NFZ, pokazujące poziom finansowania diabetologii w ubiegłym roku. Jak państwo widzą, na

diabetologię, w ramach umów na opiekę diabetologiczną, wydano 133 miliony zł. De facto na leczenie chorych na cukrzycę wydano trzykrotnie więcej, 450 milionów, bo chorzy na cukrzycę są leczeni nie tylko w poradniach diabetologicznych i na oddziałach diabetologicznych. Tak więc usług, czyli pieniędzy skierowanych na diabetologię, zakontraktowano raptem na 133 miliony przy budżecie NFZ 60 miliardów zł – 10,5 miliarda przeznaczonych jest na leki, a prawie 50 miliardów na leczenie. Zgodzą się państwo, że są to liczby szalenie niskie, nawet biorąc pod uwagę te prawie pół miliarda w całości przeznaczone na opiekę diabetologiczną. Tak więc jest to finansowanie ewidentnie niskie. Mogą państwo zapytać, skąd się bierze ta różnica, dlaczego zakontraktowano 133 miliony, choć potrzeby są trzy razy większe. Kontrakty są niskie, dlatego że są mało atrakcyjne dla szpitali, dla dyrektorów, wiele jednostek niechętnie podpisuje takie umowy. Istnieją też rozbieżności, że tak powiem, terenowe – proszę spojrzeć, jaka jest różnica wysokości środków przeznaczanych na pacjentów w różnych województwach. Praktycznie ta różnica wynosi sto procent, bo jeśli chodzi o leczenie ambulatoryjne, to w województwie dolnośląskim jest 1 zł 45 gr., a w województwie podlaskim dwukrotnie więcej. Mamy więc tu do czynienia nie tylko z niskim finansowaniem, ale również z bardzo zróżnicowanym dostępem do opieki diabetologicznej w poszczególnych województwach.

Jeśli chodzi o oddziały szpitalne, to w ubiegłym roku umów na leczenie szpitalne podpisano trzydzieści jeden. Wydaje mi się to generalnie dość niską liczbą, zwłaszcza, że – niech państwo spojrzą na tę mapę – jest pięć województw, na przykład lubuskie, opolskie, zachodniopomorskie, gdzie żaden oddział nie podpisał kontraktu na opiekę diabetologiczną. To nie znaczy, że pacjenci ze Szczecina nie mają być gdzie leczeni, bo są leczeni na internach i na wielu innych oddziałach, ale w tych województwach NFZ nie przeznaczył żadnych pieniędzy, nie dedykował ich, na leczenie cukrzycy i jej powikłań. Chyba nie trzeba być diabetologiem, żeby uznać, że jest to sytuacja, która naprawdę nie powinna mieć miejsca. Kiedy spojrzymy na finansowanie szpitalnego leczenia chorych na cukrzycę – a jest to leczenie, które pojawia się na końcu, w najbardziej zaawansowanych postaciach choroby, obejmuje pacjentów ze stopą cukrzycową, z zawałami serca i z powikłaniami o charakterze neurologicznym – to zobaczymy, że ten rozrzut jest dość duży. Tak więc tu też są różnice między województwami, choć nie aż takie, jak w przypadku leczenia ambulatoryjnego. Tak jak powiedziałem, w pięciu województwach takich umów nie zawarto. To jest jeden z problemów.

Kolejnym problemem jest brak dostępu do, już nie mówię, że nowoczesnych, ale nowych czy nowszych leków. To jest temat chyba najbardziej znany medialnie, bo to jest kwestia finansowania analogów, długo działających leków inkretynowych. Środowisko diabetologiczne przedstawia – można powiedzieć, że już od lat – argumenty, które nie są zbijane merytorycznie przez Ministerstwo Zdrowia lub NFZ, my przedstawiamy argumenty za koniecznością umożliwienia przynajmniej części chorym korzystania z takich leków. To doprowadziło nas do przeprowadzenia prawnej analizy obecnego stanu rzeczy. Przeanalizowawszy

ustawę refundacyjną i konstytucję, 27 kwietnia doszliśmy razem, we współpracy z naszym biurem prawnym, do wniosku, że istnieją przesłanki, aby wystąpić do rzecznika praw obywatelskich z wnioskiem o podjęcie czynności zaskarżenia do Trybunału Konstytucyjnego ustawy refundacyjnej w dwóch aspektach. Najważniejszy jest ten, że ta ustawa nie oferuje równego dostępu do leczenia chorym na cukrzycę, zwłaszcza chorym na cukrzycę typu 1. Nie jest to jakiś głos rozpaczliwy z naszej strony, jest to jedynie próba merytorycznej dyskusji na gruncie prawa w sytuacji, kiedy tak naprawdę tej merytorycznej dyskusji z Ministerstwem Zdrowia czy NFZ bardzo nam brakuje.

Podsumowując, powiem, że gdybym miał wymienić problemy, z jakimi spotykamy się w diabetologii, wymieniałbym pięć, oczywiście to nie są wszystkie, ale te najważniejsze. Przede wszystkim nie mamy narodowego programu walki z cukrzycą, można byłoby go nazwać krócej i bardziej medialnie ustawą o cukrzycy. To bardzo leży na sercu środowisku pacjentów. Jest z nami pan prezes Bauman ze stowarzyszenia chorych na cukrzycę, który na pewno będzie o tym wspominał. W wielu krajach takie uregulowania funkcjonują właśnie pod nazwą narodowego programu albo jako odrębna ustawa, są też określone środki na leczenie i zapobieganie cukrzycy i powikłaniom. Nie tak jak u nas... Są tu obecni przedstawiciele ministerstwa i na pewno wspomną o elemencie narodowego programu walki z chorobami cywilizacyjnymi, w którym na cukrzycę przeznaczono niecałe 3 miliony zł rocznie, a mówimy o programie, który powinien być finansowany na poziomie 100, 150 czy 200 milionów zł rocznie, tak jak programy kardiologiczne czy onkologiczne. O niskim poziomie finansowania opieki diabetologicznej już wspominałem.

Jest też problem nier refundowania leków, co, powtarzam, ma nikłe, jeśli w ogóle jakiegokolwiek, przesłanki merytoryczne, a także finansowe, bo proponujemy rozwiązania, które nie przyniosą zwiększenia wydatków NFZ. I to wielokrotnie w mediach, i fachowych, i ogólnych, jak również w listach do ministerstwa podnosiliśmy i przedstawialiśmy rozwiązania zaistniałej sytuacji.

Dodatkowy problem, który, jak myślę, tu się pojawi, związany jest z, mówiąc brzydko, majstrowaniem przy specjalizacji z diabetologii, łączeniem jej z endokrynologią. De facto bowiem będzie prowadziło to do dezintegracji jednak dość sprawnie działającego zespołu lekarzy, bo jeżeli spojrzą państwo na wyniki leczenia chorych na cukrzycę, to zobaczą państwo, że one w Polsce, mimo tych wszelkich trudności, nie są takie złe; one nie są złe dzięki bardzo dużemu zaangażowaniu lekarzy i pielęgniarek.

Ostatni element dotyczy tego, że niestety sposób konstrukcji opieki diabetologicznej w Polsce powoduje, że ranga pielęgniarstwa w diabetologii – a mamy tu przedstawicieli środowiska pielęgniarstwa – będąca na świecie bardzo wysoka w Polsce jest bardzo niska. To są źle opłacani pracownicy, bo usługi czy opieka diabetologiczna, jaką mogą oferować pielęgniarki, nie są w ogóle finansowane przez NFZ. Jego przedstawicielom nie przychodzi do głowy – a takie rozmowy odbywaliśmy – żeby można było część środków przeznaczyć bezpośrednio dla środowiska pielęgniarstwa. To tyle.

Przepraszam, jeśli mówiłem trochę za długo, ale problem jest dość rozległy, a starałem się zwięźle przedstawić to, co najbardziej nam leży na sercu. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo za bardzo ciekawy wykład. Piękne było to porównanie z rurami, Panie Doktorze, naprawdę obrazowe.

(Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak: Miałem nadzieję, że się spodoba. Dziękuję.)

Tak, tak. A ja z własnej praktyki wiem – bo w swojej karierze chirurgicznej musiałem obciąć sporo palców, stóp, a czasem całych kończyn – że jest to makabryczna rzecz, że problem jest dość spory.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Diabetologii Krzysztof Strojek:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Nazywam się Krzysztof Strojek i jestem – nie wiem, od czego zacząć – konsultantem krajowym w dziedzinie diabetologii, członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i praktykującym na co dzień lekarzem. I właśnie z tych trzech perspektyw chciałbym przekazać kilka uwag, pokazać kilka problemów, choć częściowo będzie się to pokrywało z tym, co omówił pan profesor Czupryniak.

Chciałbym zacząć od tego, że diabetologia jest specjalizacją wybitnie ambulatoryjną, to znaczy clou opieki diabetologicznej nad pacjentem chorym na cukrzycę odbywa się w poradni, nie w szpitalu. Szpital to jest już porażka diabetologa czy porażka opieki. I cała ta opieka częściowo jest – a na pewno powinna być – nastawiona na prewencję, na prewencję powikłań i realizują ją oczywiście przede wszystkim specjaliści z zakresu diabetologii. Jeżeli chodzi o liczbę specjalistów, która w tej chwili sięga dziewięćset osób, to jest ona jeszcze troszeczkę zbyt mała, powinna być trochę większa. Tak więc specjaliści kształcą się dosyć intensywnie i co roku przybywa około sześćdziesięciu, siedemdziesięciu nowych specjalistów. Problemem jest jednak nierównomierna ich dystrybucja, bo są województwa, gdzie jest jeden specjalista, albo nie ma żadnego, a są województwa – szczególnie te, w których są ośrodki akademickie – gdzie jest ich kilkudziesięciu.

Problemem, o którym już tu pan przewodniczący wspominał, jest zespół stopy cukrzycowej jako schorzenie, które niesie ze sobą zagrożenie amputacją. W tej chwili sposób kontraktowania porad diabetologicznych odcina możliwość kontraktowania czy wykazywania procedur zabiegowych, które są wyżej finansowane, a zatem są w stanie pokryć koszty opieki. Tego przede wszystkim nie ma na poziomie ambulatorium, choć również niedoszacowane są koszty opieki nad chorym z zespołem stopy cukrzycowej w warunkach ambulatoryjnych.

Modelowy przykład czy modelowy system powinien wyglądać w taki sposób, że byłaby możliwość wykonywania porady profilaktycznej, o której wprowadzenie do katalogu świadczeń NFZ kilkakrotnie postulowaliśmy czy też ja sam postulowałem. To pozostało bez echa. A chodziło zarówno o porady profilaktyczne, jak i porady zabiegowe dotyczące pielęgnacji stopy, czyszczenia ran czy opracowania, jakie pokazywał tutaj pan profesor Czupryniak. Jest dla mnie troszeczkę niezrozumiałe, dlaczego jest tu taki opór, skoro leczenie ambulatoryjne jest zdecydowanie tańsze niż hospitalizacja.

Pewnym problemem w zakresie opieki diabetologicznej jest też znaczna dywersyfikacja świadczeń, to znaczy w budżecie NFZ jest jakaś pula przeznaczona na kontraktowanie świadczeń diabetologicznych, ale tymi świadczeniami, w cudzysłowie, obdarowywane są wszystkie poradnie, które zgłoszą się do konkursu. W systemie kontraktowania czy w zarządzeniach dotyczących kontraktowania nie ma bowiem pojęcia doświadczenia ośrodka. To prowadzi do tego, że powstają poradnie, gdzie zakontraktowana jest liczba porad dla stu pięćdziesięciu czy dwustu pacjentów, zaś budżet, który niejako wypracowuje taka liczba pacjentów, czy kontrakt nie pozwala na stworzenie pełnej struktury, składającej się z lekarza, pielęgniarki edukacyjnej, dietetyczki itd., itd. To też kilkakrotnie sygnalizowałem NFZ, jednak na razie katalog świadczeń funkcjonuje w taki sam sposób.

Drugą bolączką, drugim problemem, jaki może tu powstawać, jest dopuszczanie innych specjalizacji... umożliwienie kontraktowania porad diabetologicznych z innymi specjalistami, przede wszystkim z endokrynologami. Według zarządzenia prezesa NFZ, trzy grupy lekarzy mogą kontraktować świadczenia: specjaliści diabetolodzy, specjaliści chorób wewnętrznych z pięcioletnim stażem w zakresie opieki diabetologicznej i specjaliści endokrynolodzy. Nas troszeczkę boli obecność tu właśnie tej trzeciej specjalizacji, ponieważ specjalista endokrynolog w programie swojej specjalizacji ma raptem dwa miesiące stażu diabetologicznego. Od internistów wymaga się pięciu lat, a tu wystarczają dwa miesiące, tak więc jest to pewna dysproporcja, która może budzić wątpliwości.

Wreszcie na koniec... Wspominałem wcześniej, że diabetologia jest specjalizacją wybitnie ambulatoryjną, jednak jest problem z wyceną hospitalizacji chorego na cukrzycę na oddziale diabetologii i na oddziale chorób wewnętrznych, nie ma bowiem żadnych różnic w wycenie tych świadczeń, a są różnice w wymogach. Oddział diabetologii musi mieć dwóch specjalistów diabetologii, dietetyczkę, psychologa, musi spełnić szereg innych warunków, których nie musi spełniać oddział chorób wewnętrznych, którego usługi są kontraktowane w taki sam sposób. Myślę, że jest to przyczyną tego, że w części województw w ogóle nie ma zakontraktowanych porad diabetologicznych, bo w żaden sposób nie wpływają one na podwyższenie kontraktu, a dzięki podwyższeniu można byłoby zapewnić pacjentowi lepszą opiekę. Na tym bym zakończył.

Tak jak powiedziałem, to są moje impresje wynikające z jednej strony z pełnienia przeze mnie funkcji konsultanta krajowego – zbieram uwagi konsultantów wojewódzkich i wiem, że tego rodzaju problemy występują – a z drugiej strony z mojej codziennej praktyki jako diabetologa. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Chciałbym od razu tak na gorąco pana o coś zapytać. Skoro prezes NFZ dał takie wymogi, że to może być diabetolog, endokrynolog, jak pan profesor mówi, z dwoma miesiącami stażu i internista z pięcioletnim stażem, to czy on tego nie konsultował z panem? Czy to było w ogóle z kimkolwiek konsultowane? Chodzi mi o to, kto to wymyślił. Czy my wiemy, kto to wymyślił?

Konsultant Krajowy w dziedzinie Diabetologii Krzysztof Strojek:

Nie, z całą pewnością. Ja otrzymuję od prezesa NFZ projekty zarządzeń, otrzymałem między innymi ten i sygnalizowałem taki problem. Zresztą sygnalizuję go od lat, bo ci endokrynolodzy raz się pojawiali, potem znikali, a potem znowu się pojawiali. Moje sugestie co do ostatniego projektu, który ze mną konsultowano, tego, w którym był zapis o endokrynologach, nie zostały wprowadzone w życie.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Tak, dziękuję bardzo.

Proszę państwa, jeżeli pozwolicie, to o zabranie głosu poproszę teraz pana ministra Aleksandra Sopińskiego.

Panie Ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopiński:

Panie Przewodniczący! Szanowni Panie i Panowie Senatorowie!

Bardzo dziękuję za zaproszenie. To jest już właściwie drugie spotkanie, bo kilka tygodni temu, może dwa, na ten temat spotkanie było również w sejmowej Komisji Zdrowia.

Patrząc na główne problemy, które zostały tu przedstawione przez pana profesora, jak brak narodowego programu walki z cukrzycą czy ewentualnie ustawy o cukrzycy, chcę powiedzieć, że choć faktem jest brak wyizolowanego, oddzielnego narodowego programu walki z cukrzycą, to jednak mamy Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, który to określa kierunki polityki zdrowotnej państwa w różnych obszarach i w odniesieniu do różnych zagrożeń zdrowotnych w naszym kraju. W Narodowym Programie Zdrowia jest cel operacyjny 14, w którym między innymi zwraca się uwagę na zagrożenia związane z chorobami układu krążenia, powikłaniami w przebiegu cukrzycy, z nowotworami i z chorobami reumatycznymi. Koncepcja Narodowego Programu Zdrowia jest zgodna z koncepcją programu Unii Europejskiej dotyczącą monitorowania stanu zdrowia. Jeżeli chodzi o warunki realizacji świadczeń, to może jeszcze wspomnę, że w 2012 r. planowane jest wdrożenie programu zdrowotnego pod nazwą „Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej”. Jego głównym celem będzie zmniejszenie czynników ryzyka wystąpienia

cukrzycy, stworzenie skutecznej strategii zapobiegania jej powikłaniom, jak również poprawa jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę. Jeżeli chodzi o świadczenia, które są gwarantowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to, tak jak tu już zostało powiedziane, część z nich jest gwarantowana w ramach hospitalizacji, ale większość świadczeń to są świadczenia ambulatoryjne.

Tak jak pan profesor powiedział, są specjalne wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia co do obsady kadrowej, jak również wyposażenia przychodni czy placówek lecznictwa zamkniętego. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że od kilku lat prowadzimy leczenie dzieci do ukończenia przez nie 26. roku życia insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej. Jeżeli chodzi o tę procedurę, to głównymi kryteriami, których spełnienie pozwala na założenie komuś pompy insulinowej, są przede wszystkim: powtarzające się ciężkie hipoglikemie; przypadki cukrzycy, w których wymagane jest co najmniej siedem pomiarów na dobę; przypadki powikłanej cukrzycy i występowanie kwasicy ketonowej. Świadczenie polega na zaopatrzeniu pacjenta w pompę infuzyjną, włączona jest w to także edukacja umożliwiająca samodzielnie posługiwanie się sprzętem. Ten sprzęt jest wydawany raz na cztery lata. Oczywiście cukrzyca jest, tak jak już tu powiedziano, chorobą bardzo przewlekłą, trwającą długo, wiele lat, tak więc jeśli chodzi o nakłady finansowe, to one zależą od możliwości państwa. Cały czas możliwości finansowe, budżetowe państwa zderzają się z oczekiwaniami pacjentów.

Mam nadzieję, że w związku z tym, że, jak pokazują badania, coraz więcej osób będzie chorowało na cukrzycę... Niektórzy nawet mówią, że w ciągu najbliższych piętnastu lat dojdzie do podwojenia przypadków zachorowań na cukrzycę, a w ciągu najbliższych dwudziestu lat nastąpi wzrost ogólnej liczby osób chorych na cukrzycę w Polsce nawet o 50% w stosunku do stanu obecnego. Jest to więc oczywiście bardzo poważny problem i jest to problem narodowy. Jest to problem narodowy, choć on występuje nie tylko u nas w kraju, w Polsce, on występuje na całym świecie. Zachorowalność na cukrzycę związana z czynnikami cywilizacyjnymi, a szczególnie z nadwagą, otyłością, z brakiem aktywności fizycznej, te wszystkie elementy predysponują do tego, że dochodzi do wystąpienia tej choroby.

Najistotniejsze i najważniejsze jest to, że cukrzyca rozpoczyna się w coraz młodszym wieku, coraz częściej zapadają na to schorzenie coraz młodszy ludzie, a więc i dzieci. W związku z tym w programach prewencyjnych kładziemy nacisk na promocję zdrowia i na wczesną diagnostykę. Mianowicie zakłada się, że być może nawet około 25% ludzi choruje na cukrzycę, jednak nie są oni tego świadomi, po prostu nie wiedzą, że chorują. Stąd również jest pewien nacisk na profilaktykę, żeby opieką prewencyjną zostały objęte wszystkie dzieci i młodzież szkolna. Między innymi tak to się właśnie dzieje.

Jeżeli chodzi o nier refundowanie nowych leków, to przedstawiciel Departamentu Polityki Lekowej udzieli dokładnej informacji o tym, jak wygląda sprawa z lekami.

Chciałbym jeszcze wrócić do planu likwidacji specjalizacji z diabetologii – tutaj też pan profesor Czupryniak to wyartykułował. Obecnie finalizuje się już ostatnie rozporządzenie odnośnie do tak zwanych specjalizacji modułowych,

ono właściwie 1 października powinno wejść w życie. Jeżeli chodzi o specjalizację z diabetologii, to modułem podstawowym jest przynajmniej trzyletni internistyczny, a następnym modułem jest diabetologiczny. Oczywiście jest tu jeszcze nierozstrzygnięta – muszę o tym powiedzieć – kwestia związana z pediatrią, dlatego że również pediatrizy chcą, żeby była specjalizacja dotycząca cukrzycy pediatricznej, czyli diabetologia pediatriczna. Jest tutaj pewien problem, dlatego że konsultant krajowy z zakresu pediatrii zgłosił i tę propozycję, i inną, żeby po prostu ta diabetologia w pediatrii została połączona z endokrynologią. Nie ma jeszcze w tej sprawie rozstrzygnięcia, czekamy na pewne opinie. Uważam, że aby być dobrym diabetologiem, to przede wszystkim trzeba być dobrym internistą. I to jest podstawa naszego myślenia i naszego kierunku działania. Jeżeli chodzi o to, co powiedział pan profesor, konsultant krajowy, to my mamy po prostu, powiedziałbym, dostateczną liczbę diabetologów, z tym że – na co pan profesor zwrócił uwagę – różnie rozkłada się to na terenie kraju.

Podobną sytuację mamy w przypadku endokrynologii. Tak samo, jeżeli chodzi o tę specjalizację, będzie ona dwumodułowa, nie jednomodułowa. Jeżeli chodzi o liczbę lekarzy endokrynologów, to obecnie, jak i we wszystkich dziedzinach... To znaczy z zakresu diabetologii specjalizuje się 207 lekarzy, a w zakresie endokrynologii w trakcie specjalizacji jest 230 lekarzy. Jeżeli chodzi o ogólną liczbę lekarzy specjalistów aktywnych zawodowo, to ona systematycznie wzrasta i obecnie diabetologów jest 892, podczas gdy we wrześniu 2007 r. było ich tylko 598. Jeżeli chodzi o endokrynologów, to obecnie mamy ich 1072, choć we wrześniu 2007 r. było ich tylko 890. Jeżeli chodzi o zaopatrzenie, jeżeli chodzi o kadre, to również tutaj jesteśmy w pełni zabezpieczeni.

Niska oficjalna ranga pielęgniarstwa diabetologii. Jeżeli chodzi o pielęgniarstwo w diabetologii, to tutaj szczególnie zwróciliśmy uwagę na to, żeby pielęgniarki po prostu zajmowały się profilaktyką, szczególnie w medycynie szkolnej. Po prostu najistotniejsze jest to, żeby przypadki chorych na cukrzycę wyłapywać jak najwcześniej, a także żeby promować pewien taki styl życia pozwalający ustrzec się tej choroby. Tutaj ważne są kwestie związane z unikaniem nadwagi i z ruchem.

Jeżeli chodzi o to, jak wygląda sprawa refundacji leków diabetologicznych, jak to przebiega, to o przedstawienie tej kwestii chciałbym poprosić przedstawiciela departamentu polityki lekowej.

Bardzo proszę, oczywiście jeżeli pan przewodniczący pozwoli.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Proszę bardzo.

Przedstawiciel Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia Łukasz Pera:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Nazywam się Łukasz Pera i pracuję w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia.

Może nie będę powtarzał tego, o czym powiedział wcześniej pan minister, odniosę się tylko do punktu trzeciego, to znaczy do tego najbardziej medialnego tematu, a mianowicie nier refundowania od ponad dziesięciu lat nowych leków diabetologicznych. Chcę państwa uspokoić i powiedzieć, jaka jest obecnie sytuacja prawna tychże wniosków. Mianowicie jest tu mowa zarówno o długo działających analogach insuliny, o doustnych inhibitorach dipeptydylo-peptydazy 4 i analogach GLP-1, o tak zwanych czynnikach inkretycznych. I one, zgodnie z przepisami ustawy refundacyjnej, ustawy, która obowiązuje od 1 stycznia 2012 r., przeszły na tor nowej ustawy. Mianowicie zgodnie z art. 76 tej ustawy wnioski o finansowanie tych produktów ze środków publicznych przeszły na tor nowej ustawy, w związku z tym podmioty odpowiedzialne za te produkty, tak jak wszystkie inne podmioty, zostały wezwane do złożenia konkretnych dokumentów wymaganych ustawą, które zostały złożone już jakiś czas temu. W międzyczasie była jeszcze kwestia złożenia uzupełnień, jednak obecnie wszystkie te wnioski stanowią już przedmiot obrad Komisji Ekonomicznej. Komisja ta jest ciałem doradczym ministra zdrowia, choć przede wszystkim jest organem, który negocjuje z podmiotami warunki refundacji poszczególnych produktów leczniczych. Zainteresowane podmioty złożyły konkretne oferty cenowe, złożyły konkretne oferty podziału ryzyka i obecnie, tak jak mówię, trwają negocjacje. Nie może to się odbyć w jeden czy też dwa dni, ponieważ tych produktów jest kilka, powiedzmy – jeżeli weźmiemy pod uwagę całą grupę, całą pulę tych nowych cząsteczek – dziesięć. Następnie podziały ryzyka muszą zostać przeanalizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bo później to on będzie brał udział w rozliczaniu. I jest pewne, że przed 1 lipca, czyli przed kolejnym obwieszczeniem ministra zdrowia w sprawie produktów refundowanych, Komisja Ekonomiczna podejmie decyzję w zakresie finansowania tychże produktów. Tak jak mówię, obecnie trwa administracyjny proces opracowywania wniosków. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję panu.
Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Soplński:

Chciałbym dodać, że właściwie kończą się rozmowy w sprawie rozstrzygnięcia w kwestii insuliny analogowych, te rozmowy są na końcowym etapie. Mam nadzieję, że w nowym obwieszczeniu insuliny analogowe będą już na liście refundacyjnej. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.
Witamy pana marszałka Karczewskiego. Dzień dobry, Panie Marszałku.

Szanowni Państwo, chciałbym do mojej wypowiedzi dodać jedną poprawkę. Mianowicie poprzednio, kiedy na posiedzeniu komisji był obecny przedstawiciel NFZ, kierowaliśmy nasze wnioski i do NFZ, i do ministerstwa, a proponuję, żebyśmy w tej chwili wnioski z konferencji – jako że pan minister jest obecny – przesłali do ministerstwa, a jeśli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, to chciałbym, żebyśmy sformułowali też pytania, które będą dodane do przesyłanego wniosku. To jest istotna rzecz, związana z refundacją leków, dlatego sądzę, że powinniśmy jednak taką konwencję przyjąć. Wtedy pan prezes by nam na piśmie odpowiedział na pytania dotyczących bolączek, które nas wszystkich dotyczą.

Szanowni Państwo, otwieram dyskusję.

Czy ktoś z pań i panów senatorów chce teraz zabrać głos, czy zechcą państwo dopiero po wypowiedziach gości?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chętnie posłuchamy.

Pani senator Hatka, proszę.

Senator Helena Hatka:

Chciałbym skierować do pana ministra pytania w kontekście materiału, który otrzymaliśmy z Ministerstwa Zdrowia, mam tu na myśli informację na temat stanu diabetologii i endokrynologii w Polsce, zarówno w odniesieniu do dzieci, jak i dorosłych. Jest to bardzo interesujący wstępny materiał, który będzie świetną bazą do zadawania bardziej szczegółowych pytań. Zgadza się z panem przewodniczącym, że przygotowaliście nam państwo bazowy materiał. Przy czym mam pewną prośbę odnośnie do przygotowywania materiałów w przyszłości: gdybyście państwo byli uprzejmi przygotowywać bardziej konkretne materiały, zagadnienia nie muszą być szeroko opisane, ale powinny być bardzo skonkretyzowane. W ten sposób wszyscy zaoszczędzimy troszkę czasu i troszkę papieru.

Chciałbym skupić się na jednym elemencie, mam tu bowiem pewien niedosyt, a sądzę, że odpowiedź, jeżeli chodzi o przyszłe działania, nie będzie wymagała specjalnego wysiłku. Mianowicie mam niedosyt w kontekście oceny ministerstwa kwestii dostępności do lekarzy specjalistów, diabetologów i endokrynologów. Piszecie państwo, że liczba lekarzy jest wystarczająca, bo jest na poziomie średniej europejskiej albo nawet troszkę wyższa, po czym napomykacie państwo o tym, że ci lekarze są nierówno rozmieszczeni w skali całego kraju, a w dalszej części tekstu sygnalizujecie, że nie widzicie potrzeby specjalnego szkolenia lekarzy, ponieważ taką opinię wyraził konsultant krajowy.

Ja reprezentuję niewielkie województwo, województwo lubuskie, gdzie już dwa lata temu brakowało ponad trzystu trzydziestu lekarzy specjalistów, myślę tu o wszystkich specjalizacjach. Pracując jako wojewoda, starałam się przyciągnąć lekarzy do naszego regionu, starałam się, żeby nie zostawali oni w dużych miastach, i pamiętam, że zawsze mieliśmy problemy z odpowiednią liczbą diabetologów i endokrynologów. Chciałbym prosić pana ministra o to, żebyście państwo, jak będziecie przygotowywali dla nas materiały, opisali jednak szczegółowo, jak wygląda dostęp

do lekarzy specjalistów we wszystkich województwach. Najlepiej, żeby była zrobiona kolorowa mapa, na której jednym kolorem zaznaczymy świetną dostępność, a innym kolorem ograniczoną dostępność.

Drugie pytanie jest takie: jaki jest konkretny plan uporządkowania tej sytuacji w kontekście tego, jakie działania są podejmowane teraz i jakie będą w przyszłości? I jakich rezultatów planowanych działań państwo się spodziewacie? Dlaczego o to pytam? Mam taką prośbę... Mianowicie są przygotowane narzędzia prawne do tego, żeby w sposób intensywny kształcić specjalistów, przy czym, żeby te świetne narzędzia móc wykorzystać, potrzebny jest audyt. Państwo na pewno dysponujecie niezbędnymi informacjami, jednak również my, członkowie komisji senackiej – a szczególnie ja, senator pochodzący z małego regionu i od lat pracujący w tej dziedzinie – chcielibyśmy po prostu mieć konkretną koncepcję. Akurat diabetologia i endokrynologia, czy inne specjalizacje, o których rozmawiamy, ze szczególnym uwzględnieniem podspecjalizacji nastawionej na dzieci, są świetnym pretekstem do tego, żebyśmy otrzymali – oczywiście jeżeli pan przewodniczący pozwoli – bardziej konkretną informację z państwa strony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Ja miałbym jeszcze – żeby mi nie uciekła myśl z głowy – prośbę do pana profesora Czupryniaka. Czy jest możliwość, Panie Profesorze, żeby przesłał nam pan swoją prelekcję? Do senackiej Komisji Zdrowia. Dobrze? Zależy nam na tym.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Będę wdzięczny. Dziękuję bardzo.

Pani senator Alicja Chybicka, proszę.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Chcę skorzystać z okazji i zadać zebranemu tutaj gremium ważne pytanie, bo nie bardzo potrafię sama na nie odpowiedzieć, a dotyczy ono oczywiście specjalizacji w zakresie dziecięcym. Jestem pediatrą i prezesem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Polskie Towarzystwo Pediatryczne stoi na stanowisku, że wszystko, co dotyczy dzieci, powinno być w rękach pediatrów. Zatem miałabym do państwa pytanie: czy państwo uważają, że endokrynologia dziecięca i diabetologia dziecięca powinny być wydzielone? Czy też może z jakichś powodów, których nie potrafię wyjaśnić, uważacie, że interniści powinni mieć prawo do leczenia dzieci? Temu Polskie Towarzystwo Pediatryczne raczej się przeciwstawia, bo dzieci powinny być w rękach pediatrów, a w tej chwili specjalizacja z diabetologii nie jest specjalizacją klasycznie dziecięcą. I takie byłoby moje pytanie. I proszę o odpowiedź, może wtedy będę miała na koniec jakieś własne zdanie na ten temat. Od razu powiem, żeby państwa nie denerwować, że

na ten temat nie mam wyrobionego zdania, jedno wiem na pewno: dzieci powinny być w rękach pediatrów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

O krótką odpowiedź poproszę może pana profesora. Dobrze?

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak:

Odpowiem krótko. Myślę, że za pytaniem pani senator, pani profesor kryje się może nie do końca precyzyjne zrozumienie zagadnienia, o którym mówimy. Nikt z internistów nie chce leczyć dzieci, my w ogóle nie mamy takich ambicji. Na przykład ja nie mógłbym zostać pediatrą, bo mam za miękkie serce, mogłem zostać internistą. Mam żonę pediatrę i ją podziwiam, ja jednak nie mógłbym zostać pediatrą.

Tu chodzi o coś innego... Jest zrozumiałe, że być może uzasadnione jest rozdzielenie na przykład kardiologii dziecięcej od kardiologii dorosłych, dlatego że mówimy o zupełnie różnych problemach zdrowotnych. Jeśli jednak chodzi o diabetologię – myślę, że za chwilę powiedzą o tym panie profesor diabetologii i pediatrii – to problem polega na tym, że mamy do czynienia z jedną chorobą, tylko na różnym etapie rozwoju. Tak naprawdę jest inaczej, Pani Profesor, bo to raczej koledzy pediatrizy opiekują się chorymi dorosłymi, których zaczęli leczyć, kiedy oni byli jeszcze dziećmi czy nastolatkami. My nie mamy nic przeciwko temu... My wcale nie uważamy, że dorosłym musi zajmować się tylko internista, bo robią to doświadczeni diabetolodzy, pani profesor Szadkowska pod swoją opieką ma bardzo dużą grupę chorych, i młodych, i dorosłych. Poza tym my bardzo ściśle ze sobą współpracujemy.

Nam chodzi tutaj o jedno, o to, aby nie dezintegrować specjalności, jaką jest diabetologia, bo ona jest dość szczególna ze względu na to, że zajmuje się jedną chorobą, z którą chory idzie przez całe życie. A to, o czym mówi pani profesor, można by, tak myślę, rozwiązać inaczej. Mianowicie w egzaminie specjalizacyjnym dla diabetologa pediatri i diabetologa internisty mogłyby być wprowadzone pewne odmienności, to jest fizycznie, technicznie możliwe. I my jednym głosem mówimy – sekcja pediatryczna, PTED, my, interniści – że ten model rozdzielania jest naprawdę sztuczny, że diabetologia na tym generalnie by straciła. To tak krótko, z punktu widzenia internisty... Tak jak mówię, raczej to idzie w drugą stronę: to pediatrizy leczą dorosłych, a my naprawdę jesteśmy za słabi, żeby leczyć dzieci. Naprawdę. I to jest mój pierwszy głos w tej dyskusji.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Proszę uprzejmie.

**Przewodniczący
Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa
Endokrynologii Dziecięcej
Mieczysław Walczak:**

Mieczysław Walczak. Jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej i jednocześnie członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatricznego.

W przeciwieństwie do osób, które reprezentują podejście bardziej internistyczne, my jako pediatrizy uważamy, że ta specjalizacja powinna być rozdzielona. Dlaczego? Dlatego że Polska należy, niestety, do krajów w Unii Europejskiej o niechlubnych statystykach. W Polsce bowiem umieralność dzieci i młodzieży – nie mówię o umieralności niemowląt, bo to jest zupełnie odrębna kwestia – jest o 40% wyższa niż średnia w Unii Europejskiej. Czyli jeżeli mamy poprawiać opiekę nad najmłodszą grupą naszej populacji, to powinniśmy zajmować się nią osoby, które mają bardzo dobre podwaliny z zakresu pediatrii, ogólnej opieki nad dzieckiem, czyli powinni być to pediatrizy. W związku z tym na pewno jesteśmy za rozdzieleniem, tym bardziej że w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej od 1996 r. istnieje całkowicie odrębna specjalizacja z endokrynologii i diabetologii dziecięcej. O tym, że sytuacja jest taka, że pediatrizy powinni zajmować się różnymi dziedzinami, mówi też stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatricznego, ono mówi też o tym, żeby oddzielić to w różnych dziedzinach: w nefrologii, w gastroenterologii...

(Głos z sali: Alergologia.)

...alergologii, pulmonologii. Czyli jeśli chodzi o tę kwestię, jesteśmy na tak.

Jeśli chodzi o to, czy endokrynologia i diabetologia mają być razem, to pierwotne stanowisko Polskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej było takie, że występujemy do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wyodrębnienie specjalizacji w zakresie endokrynologii dziecięcej. Później otrzymaliśmy propozycję, żeby było tak jak w innych krajach Unii Europejskiej, czyli żeby było połączenie endokrynologii i diabetologii. W związku z tym optujemy za połączeniem specjalizacji endokrynologii i diabetologii dziecięcej, z czym wystąpiliśmy do ministerstwa, nasz wniosek przesłaliśmy również do wiadomości Senatu. Dlaczego tego chcemy? Dlatego że poza ośrodkiem w Łodzi wszystkie ośrodki łączą endokrynologię i diabetologię dziecięcą. W związku z tym rozdzielanie endokrynologii i diabetologii w tej samej grupie jest bardzo niebezpieczne, bo wtedy nie będzie dobrego ośrodka endokrynologicznego, a diabetologicznego nie będzie w ogóle. Dlaczego? Dlatego że na przykład w tej chwili w Wielkopolsce jest tylko i wyłącznie jeden diabetolog, który jest pediatrą, i on jest na emeryturze. Jakie są skutki rozdzielania tych specjalizacji? Mianowicie takie, że na początku tego roku zamknięta została jedyna poradnia dla dzieci w Kaliszu. W związku z tym...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pani docent Szadkowska może mieć odrębne zdanie. To jest opinia pana profesora Fichny, szefa jednostki w Poznaniu, która się tym zajmuje.

Zamknięto jedyną poradnię dla dzieci, w związku z tym dzieci z ośrodka kaliskiego i z regionu muszą jeździć

130–200 km na wizyty do Poznania. Poza tym na przykład całe województwo podkarpackie – o czym pewnie szerzej za chwilę powie pan docent Mazur – nie posiada żadnego diabetologa pediatri. I tylko dzięki uprzejmości Narodowego Funduszu Zdrowia endokrynolodzy zajmujący się dziećmi mogą tam przyjmować dzieci z cukrzycą. Paradoks jest taki, że przez cały czas mówimy o kwestii przyjmowania przez endokrynologów pacjentów z cukrzycą w skali osób dorosłych, natomiast nie ma takiego zapisu w zakresie opieki nad dziećmi. W związku z tym w przypadkach opieki nad dziećmi sytuacja jest tego typu, że endokrynolog zajmujący się dziećmi nie może przyjąć dziecka z cukrzycą – czyli dorosłych może, a dzieci nie. Poza tym sytuacja jest bardzo niedobra dlatego, że prawie żaden ośrodek w kraju, poza pewnymi wyjątkami, nie ma uprawnień do pełnego specjalizowania w zakresie pediatrycznej diabetologii albo w zakresie pediatrycznej endokrynologii. Zwykle są to zgody tylko częściowe i wyłącznie na odbywanie staży kierunkowych. W związku z tym w przypadku wprowadzenia specjalizacji modułowych powstanie sytuacja tego typu, że prawie żaden pediatra nie będzie zainteresowany specjalizacjami z tych zakresów, bo one oznaczyłyby jego zniknięcie z obszaru pediatrii.

O tym, że sytuacja jest bardzo niedobra, że nie ma jedności w sekcji diabetologicznej, pewnie za chwilę powie szerzej pan docent Szalecki, który jest członkiem zarządu sekcji diabetologicznej. On również jest przewodniczącym Komisji Rewizyjnej w Polskim Towarzystwie Endokrynologii Dziecięcej – gros diabetologów zajmujących się dziećmi również jest członkami tego towarzystwa i te osoby w zdecydowanej większości optują za tym, aby była jedna specjalizacja. Na przykład Centrum Zdrowia Dziecka uchodzi za najlepszy ośrodek czy jeden z najlepszych ośrodków w kraju w zakresie opieki nad dziećmi i on powinien być referencyjny, bo to wynika z jego nazwy, jest on jednostką podległą bezpośrednio ministrowi. A pan stracił uprawnienia do specjalizowania w zakresie diabetologii i właściwie w ogóle do prowadzenia procedur diabetologicznych. Dlaczego? O tym, jak myślę, szerzej powie też pan docent Szalecki. Dziękuję bardzo. Myślę, że poruszyłem wątki najbardziej istotne, a także przytoczyłem argumenty, które mówią o tym, dlaczego specjalizacje dziecięce powinny być łączone. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Muszę powiedzieć, że są to szalenie ciekawe wypowiedzi, zwłaszcza że, proszę państwa, ja nie mam wyrobionego zdania na ten temat. Też jestem lekarzem, praktykującym od trzydziestu lat, no a tu są dwa jednak dość odmienne stanowiska.

Tak na chłopski rozum, czy nie powinno albo czy nie mogłoby być tak, że na przykład jeżeli chodzi o dzieci – to jest taka moja gorąca myśl – to powinna być diabetologia plus endokrynologia, a jeśli chodzi o dorosłych, osobno diabetologia i osobno endokrynologia? Nie wiem, może to byłoby jakieś wyjście z sytuacji.

Proszę bardzo, Pani Profesor...

Przepraszam, teraz pan minister. Proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Soplński:

Z wielkim zainteresowaniem wysłuchałem państwa opinii, na pewno będą jeszcze kolejne. Między innymi zajmuję się Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a więc także specjalizacjami. W rozporządzeniu do uzgodnień wewnętrznych przedstawione zostały propozycja połączenia diabetologii z endokrynologią pediatriczną, jak również problem stworzenia alergologii dziecięcej. Ten wniosek, i konsultanta, i organizacji pediatricznych, został więc skierowany do uzgodnień wewnętrznych. Zobaczymy, co będzie. Teraz to jest mój i ministra problem, jak właściwie z tego wszystkiego wybrnąć, czy pozostawić to tak, jak było, czy też sprawić, żeby diabetologia była razem z endokrynologią. Tu jeszcze alergologia jest pewnym problemem, dlatego że po prostu pediatrzy mówią, że na choroby alergiczne chorują – i to jest fakt – częściej dzieci, a na dziecko trzeba patrzeć inaczej niż na dorosłego. Zobaczymy, co będzie, ministerstwo musi podjąć jakieś decyzje, ale to wszystko wciąż jest w uzgodnieniach. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.
Proszę uprzejmie.

Pracownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka Przemysław Jarosz-Chobot:

...Pracujący jako pediatra. Nadal prowadzę praktykę...

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Bardzo proszę się przedstawić.)

Tak. Jeszcze raz: Przemysław Jarosz-Chobot, jestem lekarzem specjalistą z dziedziny pediatrii, a także specjalistą diabetologii od 1993 r. Jestem drugim pediatrą, który uzyskał specjalizację u pana profesora Tatonia. W tej chwili jest wielu pediatrów specjalistów diabetologii i muszę państwa zapewnić, że wszyscy pediatrzy diabetolodzy obejmują opieką diabetologiczną dzieci. Interniści nie leczą dzieci z cukrzycą, leczą je pediatrzy i w większości są to diabetolodzy. I nie zgadzam się z wyrażoną tu opinią, bo 75% dzieci z cukrzycą w Polsce opiekują się pediatrzy diabetolodzy. W ośrodku gdańskim – a jest tam około 10% populacji polskiej – jest i oddział diabetologiczny, i poradnia diabetologiczna dla dzieci. Tak samo jest w ośrodku warszawskim. Mówimy tu o Centrum Zdrowia Dziecka, ale ono obejmuje opieką bardzo małą populację, bo największy ośrodek jest na Działdowskiej, jest też i drugi ośrodek, choć dużo mniejszy. I tam pracują tylko pediatrzy diabetolodzy. Również w ośrodku łódzkim są diabetolodzy pediatrzy. Jest też ośrodek śląski, w którym ja pracuję i w którym jest cała grupa diabetologów pediatrów, w tej chwili mamy około ośmiu pediatrów diabetologów, wykształconych. Chciałabym powiedzieć, że oni również kończą specjalizację z najwyższymi notami. I z nimi nie ma problemu,

jest problem rozdziału pediatrów diabetologów na całą Polskę, jednak myślę, że to jest zupełnie inny zakres tematyczny...

Jeżeli spytacie mnie państwo o liczbę łóżek... Powiem inaczej: jeśli spytacie mnie o liczbę miejsc specjalizacyjnych w diabetologii dziecięcej, to w województwie śląskim, gdzie jako pediatra i diabetolog jestem konsultantem wojewódzkim – jest tu też pani profesor Noczyńska, która również jako konsultant wojewódzki reprezentuje diabetologię i pediatrię – to my tych miejsc specjalizacyjnych dla pediatrów mamy wiele. Ja każdego roku oddaję ponad dwadzieścia miejsc specjalizacyjnych, przyjeżdżają do nas lekarze z innych województw. Tak samo jest w ośrodku łódzkim, jednak trudno mi się wypowiadać na temat innych ośrodków. Tak więc nie jest to prawda... Fakty są właśnie takie.

Mam jeszcze przeżroczą, które chciałabym państwu pokazać. Specjalizacja z diabetologii powinna wyglądać tak jak do tej pory, czyli lekarz powinien być albo po pediatrii, albo po internie. Tak więc musi to być specjalista z pediatrii, po bardzo dobrym module pediatricznym, lub specjalista po module internistycznym, żeby później mógł robić dalszą specjalizację w kierunku leczenia pacjenta z cukrzycą. Cukrzyca jest jedna, stąd – zajęłam się kosztami – jeżeli państwo wezmą pod uwagę proponowany system specjalizacyjny, czyli powołanie samodzielnej endokrynologii i diabetologii dziecięcej, to do czego to prowadzi? Do znaczących wydatków administracyjnych. My nie mamy pieniędzy na leczenie cukrzycy, bo musimy utrzymać administracyjne stanowiska konsultantów od góry do dołu, całą tę strukturę. Mamy też obniżenie jakości wykształcenia specjalisty, bo on zajmuje się tylko dziećmi do osiemnastego roku życia. On nie jest wtedy pediatrą – on jest lekarzem medycyny i specjalistą endokrynologii i diabetologii dziecięcej. I proszę zobaczyć, że w związku z tym nie ma on możliwości wykonywania świadczeń czysto pediatricznych, nieodzwonnych przy opiece nad dzieckiem z cukrzycą. Przecież jak dziecko przyjdzie z zapaleniem płuc i cukrzycą, to jest głównie leczone na oddziale diabetologicznym, bo w istotnym stopniu jest to dekompensacja cukrzycy i potrzebny jest wtedy pediatra diabetolog. Ta propozycja będzie też zamknięciem branżowym dla takiego lekarza, bo to już będzie ukończone, nie będzie już stażu podyplomowego. Czyli on zostaje specjalistą, wąskim specjalistą, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, mając dwadzieścia dziewięć lat, bo to jest mniej więcej tyle. Tak? Dwadzieścia pięć, dwadzieścia sześć... dwadzieścia dziewięć lat.

Pokazałam na przykładzie województwa śląskiego, w którym są cztery miliony całej populacji, 10% naszego społeczeństwa, co się robi. W tej chwili, mimo wzrostu zachorowań na cukrzycę, do obsłużenia całej populacji dzieci chorych na cukrzycę potrzebujemy około siedmiu pediatrów diabetologów i około dziesięciu endokrynologów pediatrów, czyli łącznie potrzeba dwudziestu osób na cztery miliony ludności. I jeżeli weźmiemy teraz pod uwagę to, że lekarz stażysta, bez specjalizacji pediatricznej, pracuje od dwudziestego dziewiątego roku życia, a będzie pracował co najmniej do sześćdziesiątego siódmego, to w tym momencie wiadomo, że on będzie zabiegał o pacjentów, bo nie będzie miał możliwości prowadzenia innej terapii.

Tak więc tacy lekarze są bardzo potrzebni, ale to wszystko trzeba odpowiednio wyliczyć. I w tym momencie naprawdę to nie wpisuje się w całość polityki zdrowotnej. Nie mówię już o tym, że merytoryczne wykształcenie lekarza tylko jako diabetologa dziecięcego jest nieprawidłowe.

Zajmuję się diabetologią już od trzydziestu lat i proszę mi wierzyć, że bez moich kolegów internistów, mimo mojej wiedzy internistycznej i diabetologicznej, byłabym nikim, nie znałabym siły diabetologii w odniesieniu do tego rosnącego pacjenta. My mówiliśmy o diabetologii, kiedy jeszcze w latach osiemdziesiątych pacjenci dożywali ledwo dwudziestego czy trzydziestego roku życia, a dzisiaj moi pacjenci, gdy mają dwadzieścia lat, w większości nie mają powikłań, wchodzą w normalne życie, są doskonale wykształceni i wiedzą, że ich życie to nie jest renta, to nie jest poszukiwanie zarobkowania poza dobrym wykształceniem.

Chciałabym państwu powiedzieć – to też powiedział już pan profesor Czupryniak – że w Polsce tak się stało, chyba w latach siedemdziesiątych, że dzięki inicjatywie naszych diabetologów seniorów powstała diabetologia. To był krok naprzód, a później, w 2006 r., WHO powiedziało: mamy epidemię cukrzycy. I problem z cukrzycą, która jest chorobą niezakaźną, został nazwany przez WHO epidemią. I to oni, diabetolodzy seniorzy, stworzyli wzór, który jest bardzo podobny do modelu niemieckiego, a w Niemczech jest diabetologia, są specjaliści diabetolodzy i wygląda to doskonale. W Unii Europejskiej nie ma endokrynologii i diabetologii dziecięcej, jest tylko...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze. Chcę powiedzieć, że w Wielkiej Brytanii jest osiemdziesięciu czy nawet sześćdziesięciu endokrynologów specjalistów z zakresu diabetologii, a jest tam ponad sześćdziesiąt milionów ludzi. I teraz: jeżeli zrobi pan specjalizację „endokrynologia i diabetologia dziecięca”, to co tacy lekarze będą robić, gdzie oni znajdą pacjentów? Nie tędy droga. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo pani profesor za emocjonalne wystąpienie. Ono mi się podobało i w moim umyśle pani opinia na razie przeważa, jestem tu na tak. Jednak chciałabym sobie wyrobić własne zdanie. Wytworzyła się teraz bardzo interesująca dyskusja.

Proszę uprzejmie, teraz pani, potem pani i pan docent.

Wiceprzewodnicząca Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Agnieszka Szadkowska:

Pan profesor Walczak wywołał mnie do odpowiedzi.

Nazywam się Agnieszka Szadkowska, reprezentuję region łódzki, mam specjalizację i z pediatrii, i z diabetologii. Uważam, że dzięki temu, że mam te dwie specjalizacje, jestem chyba dobrze przygotowana do leczenia dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych chorujących na cukrzycę. W momencie, kiedy zostanie mi odebrana możliwość leczenia pacjenta powyżej osiemnastego roku życia,

to, nad czym pracujemy od kilku ładnych lat, a mianowicie przejście młodego człowieka z poradni pediatrycznej do poradni internistycznej, umrze śmiercią naturalną.

Jako pediatrzy mający specjalizację z całej diabetologii mamy w tej chwili możliwość pracowania w poradniach dla dorosłych, mamy okres przejściowy, możemy ze swoimi pacjentami niejako przejść do poradni dla dorosłych i wspólnie z internistami po prostu ich leczyć i spokojnie przekazywać ich internistom. Nie przypominam sobie takiej sytuacji – możliwe, że tak jest w przypadku endokrynologii – żeby diabetolodzy internistyczni zajmowali się leczeniem dzieci chorych na cukrzycę.

Pozwolę sobie nie zgodzić się z tym, co powiedział pan profesor Walczak, że w Kaliszu nie ma poradni diabetologicznej dla dzieci z tego oto powodu, że nie ma specjalisty. To nie jest prawda. Oczywiście część pacjentów z Kalisza została przeniesiona do Łodzi, ale nie z powodu braku specjalistów, z powodu przepisu NFZ. Od początku tego roku jest przepis, który mówi, że poradnia może istnieć tylko wtedy, kiedy lekarz jest w niej trzy razy w tygodniu. Pani doktor – przepraszam, ale w tej chwili uleciało mi jej nazwisko z głowy – przyjeżdżała do tej poradni raz w tygodniu na cały dzień i dalej jest chętna, by do niej przyjeżdżać i w niej pracować.

(Głos z sali: Nie ma poradni. O to chodzi.)

No właśnie nie ma jej dlatego, że z panią doktor nie podpisano kontraktu, a nie podpisano go, ponieważ chciała przyjeżdżać raz w tygodniu. I dlatego, że chciała przyjeżdżać raz w tygodniu, pracowała tylko do grudnia, od 1 stycznia pracować już nie może, bo zmieniły się wytyczne NFZ. Tak więc to nie jest kwestia tego, że tam nikt nie chce pracować, że tam nikt nie pracuje, bo nie może, po prostu NFZ dał takie, a nie inne wytyczne.

Wracając do wspólnej specjalizacji z endokrynologii i diabetologii dziecięcej, powiem, że w Unii Europejskiej rzeczywiście jest taka specjalizacja. Miałam przyjemność być w kilku takich ośrodkach, we Francji, w Wielkiej Brytanii, gdzie rzeczywiście jest jedna specjalizacja. Proszę państwa, tam jest jedna specjalizacja i dwa zespoły, zwykle jest jeden pan profesor, który ma zespół diabetologiczny, i drugi pan profesor, który ma zespół endokrynologiczny. Najczęściej jest tak, że jeden zajmuje się czystą diabetologią, a dla okrasz czasami ma pojedynczych pacjentów endokrynologicznych, tak samo jest w drugą stronę. Rzeczywiście, kiedyś była jedna specjalizacja z endokrynologii, ale, o czym mówiła pani profesor Chobot, wtedy pacjentów było mało i oni umierali wcześniej.

Pamiętam taki wykład pani profesor Otto-Buczkowskiej, która mówiła, że kiedy czterdzieści parę czy pięćdziesiąt lat temu zaczynała pracę, to jak miała kilkuletnie dzieci chore na cukrzycę, wiedziała, że część z nich nie dożyje do osiemnastki, a część umrze w wieku dwudziestu paru lat. Teraz nasi pacjenci, dzięki poprawie jakości leczenia, żyją długo, jednak my pediatrzy cały czas musimy mieć przed oczyma to, jakie powikłania grożą naszym pacjentom. Ja nie mówię o ostrych powikłaniach, bo te ciągle widzimy, ja mówię o przewlekłych powikłaniach. Dlatego jeżeli chcemy pacjentów dobrze leczyć, musimy mieć wiedzę również internistyczną.

Teraz tak: nie jest prawdą, że musimy połączyć te dwie specjalizacje. Jeżeli ktoś chce być równocześnie i endokrynologiem, i diabetologiem, to nie ma problemu z tym, żeby zrobić dwie specjalizacje. Ja znam mnóstwo endokrynologów, którzy mają dwie specjalizacje, i z endokrynologii, i diabetologii. To żaden problem.

Pan profesor mówił o ośrodku łódzkim. Rzeczywiście, my mamy w jednym szpitalu diabetologię, a w drugim szpitalu endokrynologię. Ja jestem ordynatorem oddziału diabetologiczno-nefrologicznego, a ponieważ życie zmusza mnie do tego, żebym się uczyła, robiła kolejną specjalizację, to żeby podnieść swoją wiedzę, robię w tej chwili specjalizację z nefrologii. Tak więc jeżeli ktoś chce być i endokrynologiem, i diabetologiem, proszę bardzo, może zrobić dwie specjalizacje. Większość nas tak naprawdę specjalizuje się w jednej grupie chorób.

W tej chwili diabetologia tak poszła naprzód, tak się zmieniła – ba! – liczba pacjentów tak strasznie rośnie, że są potrzebni lekarze, ale nie tylko pojedynczy lekarze, całe zespoły diabetologiczne. Pacjenta chorego na cukrzycę nie leczy bowiem tylko jeden lekarz, pacjenta chorego na cukrzycę leczą: lekarz diabetolog, pielęgniarka diabetologiczna, edukator medyczny, dietetyk i psycholog. To jest cały team, my dzielimy się opieką. A w endokrynologii nie ma takich teamów, dlatego też wydaje mi się, że łączenie naszej specjalizacji z endokrynologią nie jest dobrym pomysłem, one powinny istnieć jako specjalizacje osobne. Jeżeli ktoś chce mieć dwie specjalizacje, to nikt mu tego nie broni. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Pani Profesor.
Za chwileczkę, Panie Profesorze, teraz pani profesor.
Proszę bardzo.

Kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii Wieku Rozwojowego i Diabetologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu Anna Noczyńska:

Anna Noczyńska z Wrocławia. Jestem, tak jak wspomniała koleżanka, konsultantem na Dolnym Śląsku, pracuję tam w ośrodku diabetologiczno-endokrynologicznym.

W odniesieniu do kilku kwestii podnoszona była sprawa dystrybucji lekarzy, złego ich rozlokowania. Oczywiście chciałabym wytłumaczyć, dlaczego tak się dzieje. Proszę państwa, u nas, na Dolnym Śląsku, specjalizuje się jedna osoba z Rzeszowa. Jeżeli konsultant w danej dziedzinie nie ma żadnego wpływu na to, ile osób specjalizuje się w danym regionie, to będziemy mieć taką sytuację, jaka jest u mnie, że na osiem miejsc specjalizacyjnych tylko trzy miejsca są przeznaczone na Dolny Śląsk – pięć miejsc jest dla innych województw, lubuskiego i dawnego rzeszowskiego. I w tym należy szukać odpowiedzi na pytanie, dlaczego ci specjaliści są nierównomiernie rozlokowani.

Kolejna sprawa. W moim ośrodku jest oddział endokrynologiczno-diabetologiczny i nikt endokrynologom nie zabrania leczenia dzieci na cukrzycę. Pytanie jest: czy oni

chcą? Miałam siedemdziesiąt pomp i zadałam pytanie, kto będzie podłączał pompy i szkolił, to ani jedna osoba z endokrynologii nie wyraziła takiej woli. Dlatego pytam: kto do tej pory zabraniał endokrynologom leczyć dzieci? To nie jest tak, że im ktoś zabraniał, ale tu chodzi o pacjenta, który wymaga bardzo dużo czasu, bardzo dużo pracy. Wizyta dziecka z cukrzycą trwa pół godziny, a wizyta pacjenta z chorobą tarczycy to dziesięć minut. Nikt nikomu nie zabraniał prowadzić dzieci z cukrzycą. Nasz ośrodek od lat realizuje program endokrynologiczno-diabetologiczny i ten podział się ukształtował. To nie to, że ktoś endokrynologom czy diabetologom czegoś zabiera, ten podział istnieje. I tak jest na Zachodzie – o czym powiedziała koleżanka – jest jedna specjalizacja, ale oddzielne teamy. I dobrze, że tak jest, bo wtedy zajmujemy się dobrze daną dziedziną.

My mówimy o tym, że przy cukrzycy występują choroby endokrynologiczne, ale przecież każdy dobrze wyszkolony pediatra sobie z tą chorobą poradzi. My na Dolnym Śląsku – a myślę, że tak jest w wielu ośrodkach – realizujemy na przykład wspomniany program pompowy dla dorosłych. Ponieważ to my zaczęliśmy to szkolenie – dzieci od wielu lat, a młodych i dorosłych od ubiegłego roku – mamy jako pediatry doświadczenie w leczeniu przy pomocy pomp i lekarze osób dorosłych, najczęściej interniści póki co zrzucają to na nas. Dlatego też w momencie, kiedy my rozdzielimy te dwie specjalizacje, powstanie ogromna luka.

A co z tym, o czym mówiła koleżanka Szadkowska, z tak zwanymi poradniami przejściowymi? W tych poradniach pracują diabetolodzy pediatry, nie interniści, oni pracują wszędzie, wszędzie w Polsce. U nas są dwie poradnie, w których pracują lekarze pediatry diabetolodzy, tak samo jest w Łodzi. Po co to niszczyć? Dlaczego mamy dzielić cukrzycę na cukrzycę dzieci i cukrzycę dorosłych? Nie ma takiego podziału, bo jest jedna cukrzyca, jeden cel, jedna insulina, jedno leczenie i jedna edukacja. I oby tak zostało, póki my żyjemy. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.
Teraz pan docent Mazur, proszę.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej Artur Mazur:

Artur Mazur ze szpitala wojewódzkiego w Rzeszowie.

Państwo senatorowie powinni być szczęśliwi, kiedy widzą, że o dobro dzieci spierają się pediatry, a słuchają o tym interniści. To właśnie my, pediatry, spieramy się o to, jak tym dzieciom najbardziej pomóc. Problem wydaje się szeroki, bo pediatrów jest mało, a średnia wieku lekarzy pediatrów w naszym kraju wynosi pięćdziesiąt osiem, pięćdziesiąt dziewięć lat, czyli liczba czynnych pediatrów z roku na rok maleje, a liczba rezydentur – mimo pewnego wzrostu w ostatnich latach – nadal jest niewystarczająca, w ostatnim roku ona wręcz spadła.

Spieramy się dlatego, że w ogóle dostęp do specjalistów wąskich specjalizacji dla dzieci jest znacznie gorszy niż dostęp do tych samych specjalistów dla osób dorosłych.

Ciągle na spotkaniach podaję przykład, że na spotkanie ze mną, endokrynologiem dziecięcym, czeka się od kilku do kilkunastu miesięcy. Jako osoba z małego ośrodka podkreślam też to, że na otwarcie specjalizacji z endokrynologii czekałem w małym ośrodku siedem lat, a na to, żeby ten proces zamknąć – kolejne trzy lata, tak więc trwało to ponad dziesięć lat. Jako endokrynolog i pediatra zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia mogę w tej chwili pracować w poradni diabetologicznej dla dorosłych, nie mogę jednak pracować w poradni diabetologicznej dla dzieci, mimo że robiłem to przez ostatnich kilkanaście lat.

Co do opieki nad dziećmi... Poradnia diabetologiczna dla dzieci w Rzeszowie mogła istnieć tylko dzięki dobroci pani profesor Noczyńskiej, ale istnienie poradni nie może się przecież opierać na wielkim sercu jednej osoby, tylko na jakichś działaniach systemowych. My spieramy się o dobro dzieci, ale prosimy też o pewne umotywowania, uszeregowania prawne, które by nam umożliwiły opiekę nad nimi. Jeśli to ma być tak, że kolejna osoba, kolejny pediatra z naszego ośrodka będzie czekał kilkanaście lat na to, żeby mógł otworzyć specjalizację z diabetologii czy endokrynologii, to wszystko coraz bardziej będzie się wydłużało.

W tej chwili ta poradnia istnieje tylko dzięki inicjatywie NFZ w celu jej utrzymania, mamy bowiem pod opieką blisko osiemset dzieci i połowa z nich jest na terapii pompowej. Jednak na dłuższą metę nie utrzymamy tego, ponieważ nawet fizycznie nie będziemy w stanie, no, porządnie tego wszystkiego prowadzić. Według standardów PTD na dwustu pediatrycznych pacjentów powinien być jeden lekarz diabetolog czy powinna być jedna osoba w poradni. Dziękuję bardzo.

(Głos z sali: I bardzo ważne jest to, że wtedy nie będzie...)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Docencie.
Pan profesor Czupryniak.
Proszę bardzo.

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak:

Ja może krótko. Nie powinniśmy zapominać, że państwu senatorom staramy się wytłumaczyć, przybliżyć im to, czego dotyczyło pytanie zadane na początku przez panią profesor Chybicką.

Może dodam jeszcze jedną rzecz, że my diabetolodzy przeżywamy pewne *déjà vu*, ponieważ jakieś pięć czy sześć lat temu, również w ramach bardzo ostrej debaty, toczyła się dyskusja na temat łączenia endokrynologii i diabetologii dziecięcej.

(Głos z sali: Dorosłych.)

Tak, dorosłych, przepraszam, diabetologii dorosłych.

I zarówno wtedy, jak i teraz – ja cieszę się z wypowiedzi panów endokrynologów – tak naprawdę było i jest widać, gdzie leży sedno problemu. Nie chodzi o to, kto ma mieć jaką specjalizację, ale chodzi o to, że dzięki zarządzeniu NFZ określone placówki nie mogą świadczyć pewnych

usług, a lekarze, którzy mogliby leczyć dzieci chore na cukrzycę, robić tego nie mogą. I problem leży właśnie w tym. Zresztą proszę zobaczyć, że ruch, inicjatywa dotycząca dzielenia diabetologii na tę dla dorosłych i tę dla dzieci, a także łączenia dziecięcych specjalizacji, wychodzi ze strony endokrynologów dla dorosłych. Tak samo było 4–5 lat temu i wtedy w tej dyskusji przedstawiliśmy na tyle wiążące argumenty, że ministerstwo wycofało się z koncepcji łączenia endokrynologii z diabetologią. Jak mówię, chodzi o kontrakty, o nasze miejsca pracy. Myślę, że nie tędy droga, bo to wszystko można zrobić na poziomie NFZ.

Chodzi także o to, że po prostu chorych na cukrzycę jest dwa i pół miliona, a ludzi z chorobami endokrynologicznymi, i dorosłych, i dzieci, wielokrotnie mniej. Tak więc, mówiąc zupełnie otwartym tekstem, sedno problemu jest gdzie indziej, tu nie chodzi... To znaczy oczywiście mówimy o dobru dzieci i dobru dorosłych itd., jednak problem jest gdzie indziej. Problem jest w organizacji ochrony zdrowia, dzielenia pieniędzy na placówki, które się zajmują chorymi. Jak mówię, my podobną dyskusję przeżywalismy kilka lat temu i z niepokojem stwierdzamy, że teraz do niej wróciliśmy.

Pan minister powiedział o konferencjach uzgodnieniowych dotyczących specjalizacji. Taka konferencja odbyła się bodajże pod koniec stycznia, ja na niej byłem i muszę powiedzieć, że problem powoływania osobnej specjalizacji tam w ogóle nie został postawiony. On pojawił się później – co odebraliśmy z pewnym niepokojem. Na tej konferencji jeszcze z poprzednikiem pana ministra, panem ministrem Włodarczykiem, broniliśmy takich specjalności jak radiologia czy hipertensjologia. Nas te ruchy niepokoją, bo podejrzewamy, a nawet jesteśmy pewni, że tak naprawdę chodzi po prostu o organizację ochrony zdrowia, ale, jak mówię, możemy to wszystko zrobić, nie dzieląc sztucznie specjalizacji, nie mnożąc ich. Ważne jest to, o czym mówiły tutaj koleżanki, żeby tego nie niszczyć. Jest tutaj z nami pan profesor Bodalski, wybitny pediatra, który był jednym z założycieli Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, pan profesor, akurat mam takie szczęście, jest z mojego regionu, ale to nasz polski specjalista. Przez trzy dekady udało nam się zbudować coś bardzo dużego. Patrzymy na przyczyny tego konfliktu, bo to jednak jest pewien konflikt, choć dyskutujemy o nim w eleganckich słowach. On pochodzi, jak mówię, z konkretnych środowisk, a z państwa wypowiedzi wynika, że generalnie chodzi tutaj o to, co narzuca NFZ. Szkoda wielka, że nie ma z nami nikogo z przedstawicieli NFZ, bo tak naprawdę jest on tu stroną.

Byłoby to wylewanie dziecka z kąpielą, niszczenie, bo powstałyby, krótko mówiąc, nowe problemy, choć może rozwiązałybyśmy pewien problem i państwo miałoby łatwiej. Jednak można to zrobić dużo prościej niż przez powołanie nowej specjalizacji. Jeśli ją powołamy, wywołamy wiele nowych problemów, a w konsekwencji ucierpią i dzieci, i dorośli chorzy na cukrzycę, bo będzie po prostu problem z kontynuacją opieki nad nimi. Przecież, tak jak już tu powiedziano, cukrzyca rzeczywiście jest tylko jedna. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.
Pani Profesor, proszę.

Pracownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka Przemysław Jarosz-Chobot:

Chciałam dodać jeszcze jedno. Jakość opieki diabetologicznej nad dzieckiem w Polsce jest jedną z najlepszych w świecie i naprawdę mam na to dowody, pokażemy je niedługo w publikacji. W ostatnich latach podliczyliśmy wyniki dotyczące hemoglobiny glikowanej, która jest wyznacznikiem poziomu opieki diabetologicznej, w ośrodku pomorskim, łódzkim i w naszym, śląskim, bo takie były możliwości zbierania danych, i otrzymane przez nas wartości są lepsze niż światowe o dużą, istotną wartość.

Druga rzecz. Zgadza się z profesorem Czupryniakiem, że nie powinna to być dyskusja o specjalizacji, tylko o organizacji służby zdrowia, o takich możliwościach służby zdrowia, żeby jak najlepiej zabezpieczyć dzieci. Z tym się tu wszyscy zgadzamy.

Chciałabym o jeszcze jednej rzeczy powiedzieć. Mianowicie dostępność do specjalizacji jest równa dla wszystkich we wszystkich województwach, problem dotyczy tylko punktacji. Chcę powiedzieć, że jeżeli składa pan papiery na diabetologię, czy na jakąkolwiek inną specjalizację, to uwzględniana jest punktacja z ostatnich pańskich egzaminów, czy to specjalistycznych, czy LEP. I lekarze w zależności od tej punktacji – a przecież chcemy, żeby to byli też najlepsi ludzie – otrzymują miejsca. Potem nie ma już rozmowy kwalifikacyjnej, nie ma. Takie same założenia są w województwie łódzkim, w lubuskim itd., wszędzie jest tak samo. Czyli my walczymy o tych najlepszych ludzi, chcemy, żeby to oni wybrali diabetologię. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.
Proszę uprzejmie.

Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej Mieczysław Walczak:

Nazywam się Walczak. Pozwolę sobie włączyć się do tej dyskusji i powiedzieć coś z punktu widzenia internisty, bo jestem specjalistą zarówno z endokrynologii, jak i z diabetologii. O wielu punktach, które chciałem poruszyć, właściwie powiedzieli już pan profesor Czupryniak i pani profesor Jarosz-Chobot. Pozwolę sobie to wszystko podsumować, bo wydaje mi się, że to, co państwo tutaj mówicie, sprowadza się właściwie do dwóch rzeczy.

Jedna rzecz jest taka, że zmiany, które państwo proponujecie, tak naprawdę niczego nie zmieniają, bo będzie jedna specjalizacja i dalej nie będzie chętnych do robienia tej specjalizacji, będzie też wciąż nierówny rozkład w różnych województwach, czyli nikt nie będzie chciał pracować w Kaliszu, a wszyscy będą chcieli pracować w Warszawie. Wydaje mi się, że taka zmiana niewiele zmieni.

Drugi punkt. Wydaje mi się, kiedy tak patrzę na to wszystko, że opieka diabetologiczno-pediatryczna funk-

cjonuje w Polsce wyśmienicie. Pani profesor Jarosz-Chobot to już powiedziała, a ja dodam, że patrzę na to z prawdziwym podziwem. Była tutaj już mowa o tranzycji – my widzimy, co się dzieje, kiedy dziecko przechodzi z poradni dla dzieci do poradni dla dorosłych. Próbuje tutaj coś zmienić, w tej chwili z panią magister Szewczyk próbujemy zorganizować to jakoś w Warszawie, bo wiemy, że jeżeli pediatrzy prowadzą tych dorosłych, to problemu z tranzycją nie ma.

Krótko i wężłowato: my, interniści patrzemy z prawdziwym podziwem na to, jak w Polsce funkcjonuje opinia pediatryczna nad chorymi dziećmi z cukrzycą. I myślę sobie, że jeżeli coś dobrze funkcjonuje, to po co to zmieniać, jaki jest tego sens.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No ja rozumiem, ale co zmieni specjalizacja z endokrynologii dziecięcej? Dalej nie będzie endokrynologów i diabetologów dziecięcych.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Szanowni Państwo...)

Moim zdaniem to wszystko nie ma sensu... Przecież to funkcjonuje bardzo dobrze i każda zmiana spowoduje bałagan organizacyjny i pacjenci ucierpią, lekarze ucierpią, wszyscy ucierpią. Moim zdaniem, jeśli chodzi o opiekę, wiele się nie zmieni, a będzie tylko kompletny bałagan. Dlatego wydaje mi się, że takie zmiany po prostu nie mają sensu. Jeszcze raz mówię: patrzę na opiekę diabetologiczną z podziwem i chciałbym, żeby nasi chorzy w poradni mieli takie wyrównania, takie wyniki, jakie uzyskują pediatrzy, a uzyskują je oczywiście dzięki czasowi współpracy i ciężkiej pracy. Wydaje mi się, że zmiana tego naprawdę nie ma sensu.

I jeszcze jedna rzecz. Jeżeli pediatra ma specjalizację z diabetologii, tak jak jest teraz, może prowadzić tego chorego dalej, a jeżeli będzie miał specjalizację z endokrynologii i diabetologii dziecięcej, to nie będzie mógł prowadzić tego chorego po osiemnastym roku życia. Moim zdaniem byłoby to z ewidentną szkodą dla chorego. W tej chwili w naszej poradni zatrudniliśmy pediatrę, doktora Witkowskiego, właśnie dlatego, że on może pracować w poradni dla dorosłych i może prowadzić młodzież, która będzie do nas przychodzić, bo po osiemnastym roku życia ona przechodzi do poradni dla dorosłych. I pan doktor robi to z wielkim sercem, jesteśmy z niego bardzo zadowoleni. Tak więc wydaje mi się, że jest to drugi argument, który przemawia za tym, żeby po prostu tego nie zmieniać.

Jeżeli już mamy coś robić, to starajmy się rzeczywiście... Ja się zgodzę z tym, że jest nierówność w różnych województwach, taka sama sytuacja jest w przypadku diabetologów dla dorosłych. Wydaje mi się jednak, że nie tędy droga, to po prostu trzeba uzyskać innymi środkami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo za tak cenny głos internisty.

Zwróćcie państwo uwagę na to, że cały czas jednak dotykamy sfery organizacji, czyli tego, co nam NFZ serwuje i narzuca. I może tu jest clou programu.

Bardzo dobrze, że pan minister to wszystko słyszy, bo znając jego wrażliwość i doświadczenie w medycynie, wiem, że jego decyzja w tej sprawie na pewno będzie dobra.

Tak, sorry. Proszę bardzo.

**Kierownik
Kliniki Endokrynologii i Diabetologii
w Centrum Zdrowia Dziecka
Mieczysław Szalecki:**

Dziękuję bardzo.

Witam państwa serdecznie, przede wszystkim witam panie i panów senatorów.

Nazywam się Mieczysław Szalecki, prowadzę Klinikę Endokrynologii i Diabetologii w Centrum Zdrowia Dziecka.

Proszę państwa, zdaje się, że mieszamy tu pewne nurty, a mówimy o trzech różnych rzeczach. Mianowicie mówimy o diabetologii, o cukrzycy, w której opieka nad pacjentem zaczyna się w okresie noworodkowym i trwa całe życie, o endokrynopatii, która może zacząć się i wcześniej, i później, i o opiece nad dzieckiem – o tym mówiła właśnie pani profesor. I ktoś, kto zaczął swoją karierę medyczną jako pediatra, został wykształcony jako pediatra, pediatrą zostanie, on nigdy nie będzie dobrym internistą. I odwrotnie: internista nigdy nie będzie dobrym pediatrą.

My mamy bardzo duże kłopoty wynikające z braków kadrowych. Tak jak pan profesor tutaj pięknie powiedział, pediatrzy świetnie prowadzą młodych dorosłych. Tylko kto ma wtedy prowadzić dzieci? Kiedy pan doktor Witkowski od nas odszedł, straciliśmy pediatrów diabetologów. Prawda? Ja walczyłem o miejsca specjalizacyjne i otrzymałem je dzięki przychylności konsultanta wojewódzkiego dla województwa mazowieckiego w dziedzinach endokrynologii i diabetologii, po czym oczywiście na te miejsca natychmiast przyszli interniści, bo ich jest po prostu dużo, dużo więcej. Dopiero po wielu rozlicznych kłopotach udało mi się w drodze odwołań uzyskać miejsca w mojej własnej klinice dla moich własnych asystentek, które wcale nie były gorsze od tych internistów, tylko internistów po prostu było dużo więcej. Mało tego, przychodzą koledzy z innych województw. W tej chwili mam dwóch internistów endokrynologów z Rzeszowa, jednego z Białegostoku, i z odwołania jedną moją asystentkę, z mojej kliniki. Podobna sytuacja jest w diabetologii.

Proszę państwa, my nie chcemy niczego niszczyć, my chcemy coś poprawić – prawda? – chcemy, żeby dostrzeżono problem. Być może w innych ośrodkach, tam gdzie konsultantami wojewódzkimi są pediatrzy, jest troszeczkę inaczej. Ja tylko mówię, jak wygląda sytuacja tutaj i jeszcze w innym województwie, w którym pracowałem wcześniej, gdzie na całe województwo jest jeden lekarz specjalista endokrynolog i diabetolog, a za chwilę i jego nie będzie.

My chcemy zaproponować następujące rozwiązanie: niech zostanie moduł internistyczny – czy pediatryczny – i diabetologiczny, niech zostanie moduł internistyczny – czy pediatryczny – i endokrynologiczny, ale niech będzie możliwość robienia po module pediatrycznym specjalizacji z endokrynologii i diabetologii wieku rozwojowego.

Niemal we wszystkich ośrodkach w Polsce są te same teamy. Oczywiście, tak jest na świecie, bo medycyna się dzieli i specjalizacji stopniowo jest coraz więcej. Ktoś w Unii Europejskiej robi taką specjalizację i potem wybiera, czy zajmuje się wyłącznie endokrynologią czy też wyłącznie diabetologią, a są również i tacy lekarze, którzy zajmują się, z pożytkiem dla pacjentów, i jednym, i drugim.

Może spróbujemy coś wspólnie ustalić. Naprawdę nie chodzi tutaj o to, żeby coś niszczyć, my wszyscy jesteśmy od tego dalecy, tym bardziej że mamy się czym pochwalić, bo model opieki w Polsce nad dzieckiem chorym na cukrzycę jest naprawdę dobry i on jest dziełem nas wszystkich. Tylko ułatwmy drogę tym lekarzom pediatrom, którzy chcą robić specjalizację z endokrynologii lub diabetologię, czy też z endokrynologii i diabetologii wieku rozwojowego. To jest – i o tym mówił pan profesor Walczak – pewien krzyk rozpaczy, bo my tworzymy te miejsca i natychmiast je tracimy. Prawda? I nie możemy kształcić pediatrów, których zdecydowanie brakuje, bo zgodnie z duchem ustawy musimy przyjąć tego, kto jest nam narzucony z góry, a nie mamy wpływu na to, kogo będziemy kształcić.

Mało tego, 30% dzieci chorych na cukrzycę ma chorobę Hashimoto. I co? Mają one chodzić do dwóch lekarzy, kolegów z tej samej kliniki, bo – zgodnie z zarządzeniami NFZ – jeden nie może załatwić tego, co może drugi? Do nas przykłada się taką samą miarkę jak do lekarzy dla dorosłych, a my od stycznia nie mieliśmy kontraktu na diabetologię, bo mieliśmy mieć trzech diabetologów pieczętkowych – czyli nie w trakcie specjalizacji, ale z pieczętkami – no i ten kontrakt straciliśmy. W tej chwili mamy trzech, ale też nie wiemy, na jak długo, bo jednym z tych lekarzy jest pani profesor Piontek, która jest już na emeryturze. Czyli za chwilę znowu stracimy jeden kontakt. Centrum Zdrowia Dziecka to jest duża jednostka, proszę państwa, to jest województwo mazowieckie, my musimy mieć czterech endokrynologów pieczętkowych, nie w trakcie specjalizacji. Tak samo w jednym ośrodku dla dorosłych nie wystarczy jeden pediatra z dobrym, wieloletnim doświadczeniem. To są takie uwagi na gorąco.

Jak mówię, my nie chcemy niczego niszczyć, nie chcemy psuć czegoś, co doskonale funkcjonuje. Nie mamy nic do problemów interny, diabetologii internistycznej i endokrynologii internistycznej, bo to nie jest nasza działka. My chcemy poprawić specjalistyczną opiekę endokrynologiczną i diabetologiczną nad dziećmi w Polsce, a także chcemy, żeby jak najwięcej naszych kolegów mogło robić te specjalizacje. W mojej opinii w tej chwili ta ścieżka dla pediatry jest długa, wyboista i uciążliwa, a większość z nas jest w takim wieku – oczywiście z wyjątkiem pań – że pewnie niebawem, nim wykształcą się nowi pediatrzy endokrynolodzy czy diabetolodzy, my już niestety nie będziemy mogli pracować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Z tego, co usłyszałem, podoba mi się pańska myśl, żeby po prostu zostawić to, co jest, a ewentualnie dodać to, co pan proponuje. Wydaje mi się, że to może być racjonalne.

Proszę bardzo, Pani Profesor.

**Wiceprzewodnicząca Sekcji Pediatrycznej
Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
Agnieszka Szadkowska:**

Jeśli państwo pozwolą, zmienię trochę temat, bo my poświęciliśmy godzinę na jeden, powiedziałabym, mało istotny... istotny, ale tylko jeden z problemów dotyczących opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę. Jeżeli państwo pozwolą, powiem może o bardziej istotnych rzeczach, które na co dzień nas w tej chwili zajmują. Mogę?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Jeden moment, Pani Profesor. Może jednak zakończymy, bo każdy powinien mieć możliwość wypowiedzenia się, a potem przejdziemy do tego, co pani proponuje.

Pani profesor jeszcze? Bardzo proszę.

**Pracownik Katedry i Kliniki Pediatrii,
Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka
Przemysław Jarosz-Chobot:**

Ja tylko ad vocem wypowiedzi pana profesora Szaleckiego. Mianowicie chciałabym powiedzieć, że w Warszawie są trzy duże ośrodki, może o jeden za dużo, i może właśnie dlatego nie mamy wystarczającej liczby specjalistów pediatrów diabetologów. Mamy ośrodek przy Działdowskiej, który jest ogromny, jest pierwszym, pionierskim ośrodkiem z opieką nad pacjentami, mamy też drugi ośrodek, akademii medycznej. Tak więc być może dlatego, że są aż trzy ośrodki, nie ma pediatrów diabetologów, bo w innych ośrodkach pediatrzy diabetolodzy są. Wspomniany tu pan doktor Witkowski odszedł do jednego z tych ośrodków.

Tam jest jedno przeźrocze, które... Już nie będę przedłużała, chcę tylko pokazać, że jedynie w dużych dziecięcych ośrodkach diabetologicznych jest możliwość zapewnienia holistycznej opieki nad przewlekle chorym z cukrzycą. Jak wspomnieliśmy, potrzebna jest drużyna. Kto w małym ośrodku zapłaci za opiekę psychologa, dietetyka, edukatora? Tak się nie da tego zrobić, bo musi być wielu pacjentów, którzy mogliby sfinansować drużynę opieki diabetologicznej.

I było takie przeźrocze... Uniwersytet Harvarda, Joslin Diabetes Center. To jest ogromny ośrodek diabetologiczny. Tak samo jest we Francji, w Izraelu, w Niemczech, gdzie było kilkanaście ośrodków, i w Finlandii. Tam są duże centra diabetologiczne, które mają możliwości diagnostyczne, dydaktyczne, edukacyjne i naukowe. Takie centrum powstało w Łodzi, takie centrum powstało też w Gdańsku – proszę sprawdzić, jaką mają tam opiekę diabetologiczną i jaki mają dorobek naukowy i edukacyjny. My tak samo staramy się... Jesteśmy oddzielną drużyną i walczymy, walczymy o nierozczłonkowanie, bo jak się rozczłonkujemy, to nie zapłacimy i wtedy będzie doktor ze słuchawkami, a to nie jest nowoczesna diabetologia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan profesor chciał ad vocem, tak?

Proszę.

**Kierownik Kliniki Endokrynologii
i Diabetologii w Centrum Zdrowia Dziecka
Mieczysław Szalecki:**

...2 i 1/4 ośrodka na Warszawę – czy to jest dużo, czy mało, można dyskutować. Poza tym to nie jest na Warszawę, tylko na województwo mazowieckie. No, mamy tutaj przedstawicieli federacji, którzy działają właśnie w Centrum Zdrowia Dziecka i dążą do tego, żeby kształcić edukatorów. Ja jestem w niezręcznej sytuacji, bo miałem reanimować te dwie kliniki, które upadły – one przetrwały dzięki temu, że zostały połączone w jedną. Dopiero zaczęliśmy to robić, działamy od półtora roku, ale sądzę, że jak na półtora roku to i tak mamy spore osiągnięcia, a myślę, że w najbliższym czasie będziemy mieli ich jeszcze więcej.

Zatem raz jeszcze nawiążę do tego, żebyśmy raczej starali się godzić, a nie kłócić, i raczej łączyć, a nie dzielić. Tego typu uwagi jak ta przed chwilą uważam za niestosowne. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze chcieliby państwo coś powiedzieć?

Proszę bardzo.

**Prezes
Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii
Alicja Szewczyk:**

Alicja Szewczyk, pielęgniarka, prowadząca stowarzyszenie „Polska Federacja Edukacji w Diabetologii”.

Chciałabym tylko podkreślić to, o czym powiedziała pani profesor Szadkowska, że my pracujemy w zespole. W ośrodku, w którym pracuję wspólnie z panem profesorem Szaleckim, mamy właśnie taki team, drużynę, która zajmuje się opieką nad pacjentem z cukrzycą, nad dzieckiem. Z naszego ośrodka wyszły pewne standardy, jeżeli chodzi o pielęgniarki, które zajmują się edukacją, bo to one mają pierwszy kontakt z pacjentem.

I chcę podkreślić to, co pan minister powiedział o kwestii pielęgniarek, o medycynie szkolnej. Państwo dobrze wiecie, że jeśli chodzi o medycynę szkolną, to ponieważ nie ma w szkole pielęgniarki na co dzień, borykamy się z problemami dziecka chorego na cukrzycę. Dlatego bardzo korzystny byłby model, który był wcześniej praktykowany, chodzi o to, żeby pielęgniarki wróciły do szkół. To zapewniłoby prewencję, jeżeli chodzi o cukrzycę typu 2, która rozwija się w błyskawicznym tempie u dzieci i młodzieży, a związana jest z otyłością i nadwagą. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Ostatni głos w tej materii.

Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Andrzej Bauman:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorzy!
Panie Ministrze! Panowie Profesorowie i Lekarze!

Proszę państwa, nazywam się Andrzej Bauman, jestem prezesem zarządu głównego stowarzyszenia chorych na cukrzycę.

Od przeszło trzydziestu lat obserwuję postępy w medycynie i muszę stwierdzić, że takie podejście, jakie jest wśród diabetologów, zasługuje na wielkie uznanie i wyróżnienie.

Chciałbym wrócić do tematu ustawy o cukrzycy, który poruszaliśmy wielokrotnie. Dopiero będąc na kongresie w Dubaju, zobaczyłem piętnaście tysięcy lekarzy i pacjentów siedzących w jednym miejscu, a według danych statystycznych w tamtym czasie było około piętnastu tysięcy amputacji. Proszę państwa, to zrobiło na mnie wielkie wrażenie. My widzimy dziesiątki ludzi w powiatach, w miastach wojewódzkich, w różnych miejscowościach i na wsiach, ale nigdy nie widzimy ich w skomasowaniu, wszystkich razem. To był makabryczny widok. I wówczas zaczęliśmy się zastanawiać, jak dojść do utworzenia ustawy o cukrzycy. Tutaj pan minister mówi, że ustawa jest, a my ustosunkowujemy się do tego negatywnie. Na dzień dzisiejszy nie ma ustawy o cukrzycy. Chcielibyśmy powołać do życia taką ustawę i nawet udało nam się, przy pomocy pani poseł, eurodeputowanej Handzlik, zorganizować komitet organizacyjny, on pracował przez dwa miesiące nad zbieraniem podpisów, niebawem więc będziemy bliżej celu.

Druga sprawa to sprawa leków. Ciągłe nam się obiecuje, że leki nowe, najbardziej wspaniałe, jak inkretyny i analogi, znajdują się na liście – słyszymy to od dziesięciu lat. Proszę państwa, czy to nie jest igranie z życiem ludzkim? Wyobraźmy sobie, korzystając z tego wzorca piętnastu tysięcy chorych – to znaczy tam siedzieli i lekarze, i pacjenci – że te wszystkie osoby są skazane na całkowitą indolencję władz, na indolencję Narodowego Funduszu Zdrowia i ZUS, które wołają chorych na komisję i odbierają im zaświadczenia emerytalne. I jak taki człowiek ma iść do pracy, co on ma zrobić? Myślę, że w końcu dojdziemy do tego, że doczekamy się tych zbawiennych, cudownych leków, bo ich działanie pozwala chorym na cukrzycę podjąć pracę, być normalnym człowiekiem, który faktycznie nie będzie się chował w tłumie dlatego, że ma jakieś schorzenie.

Następna sprawa. Ciągłe walczymy o to, aby była możliwość stworzenia etatu edukatora w województwie, w powiecie. Tam edukatorzy powinni być od zaraz i ja to ciągle wszystkim tłumaczę.

Proszę państwa, proszę mi wybaczyć, ale ja już przeżyłem kilkudziesięciu ministrów zdrowia i każdy wielce obiecywał, mówił: za mojej kadencji będą zarejestrowane analogii, będą inkretyny – to już późniejsze sprawy – poprawi się edukacja i zostaną stworzone nowe miejsca w sanatoriach. A ciągle jesteśmy daleko w polu. I gdyby nie zaciętość, gdyby nie walka obecnego tu pana profesora i wszystkich lekarzy o zdrowie i byt chorego na cukrzycę, to byłoby wcięż daleko.

Myślę, że... Ja jestem chory już czterdzieści parę lat i to też o czymś świadczy. Myślę, że pacjentów pięćdziesięcioparoletnich w tej chwili jest więcej. A skąd oni się biorą? Oni żyją dzięki waszej fachowości. I tutaj właściwie byłbym przeciwnikiem, bo poruszamy istotny problem... My już od lat z panem profesorem Bodalskim, z panem profesorem Sieradzkim poruszamy sprawę endokrynologii. To profesor Nauman tak strasznie naciskał, ale wspólne działania doprowadziły do tego, że dano temu wszystkiemu spokój. A teraz znowu oni uderzają w najczulszy punkt, w dzieci, które winny być prowadzone przez wybitnych specjalistów diabetologów. Ja nie mówię, że endokrynolodzy nie są wybitnymi fachowcami, ale oni nie potrafią zrozumieć tego, co potrafi zrozumieć lekarz diabetolog, który kształcił się od młodego. I dzisiaj mamy tego wszystkiego efekty, bo kilku naszych profesorów od dziecka chorowało, a teraz są profesorami i po nich w ogóle nie widać tego, że chorują. To wspaniałe sylwetki, należy z nich brać przykład.

Tak jak tutaj wielokrotnie wspomnianano, młodzież i dzieci mają odpowiednie przygotowanie i kiedy taki młody człowiek kończy osiemnaście lat i zaczyna dziewiętnasty rok życia powinien przejść do diabetologa dla dorosłych. I ta młodzież tam trafia, choć jest tak przygotowana, że uważa, że nie jest to jej potrzebne. Ona się buntuje. A gdyby była prowadzona w dalszym ciągu... Tak jak mówi pani profesor, większość młodych ludzi przychodzi do niej i w ogóle do większości tutaj... Zresztą pani profesor Noczyńska też może powiedzieć, że oni przychodzą właśnie do niej, do swojej pani profesor, bo to ona im wszystko powiedziała o cukrzycy. Kiedy są jakieś nowości, to wtedy ona prowadzi szkolenie, wzywa tych ludzi. Lekarze jakiej innej specjalności są tak zainteresowani życiem chorych na cukrzycę jak endokrynolodzy? Należą się im słowa uznania.

Nie chciałbym tutaj być źle zrozumiany, ale myślę, że tak jak kiedyś mówiono, że interna jest podstawową nauką, jeśli chodzi o wiedzę o chorobach, to i na to miano zasługuje także diabetologia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję.

Współpracujemy z panią eurodeputowaną Małgorzatą Handzlik, wiemy o inicjatywie, o której pan przed chwilą mówił.

To był już ostatni głos. Dobrze, bo tutaj o czymś innym chcieliśmy jeszcze powiedzieć.

W tej chwili proszę państwa o to, żebyście od pani z naszego biura wzięli nasz adres mailowy i wszystkie wnioski, jakie państwo macie, przesłali nam, senackiej Komisji Zdrowia. My potem opracujemy wspólne stanowisko, jeszcze raz spotkamy się w sprawie tej materii, opracujemy wnioski, które pójdą do Ministerstwa Zdrowia – cieszę się bardzo, że pan minister tutaj z nami jest – a do Narodowego Funduszu Zdrowia prześlemy i pytania, i wnioski. Tak że bardzo o to proszę. Dajmy sobie na to, powiedzmy, dwa tygodnie. Dobrze? Po dwóch tygodniach chcielibyśmy już te wszystkie wnioski przesłać do ministerstwa i do NFZ.

Proszę, Pani Profesor.

Wiceprzewodnicząca Sekcji Pediatricznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Agnieszka Szadkowska:

Bardzo się cieszę, że pan minister jest razem z nami.

Przez cztery lata miałam przyjemność być przewodniczącą Sekcji Pediatricznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, dlatego pozwólcie państwo, że podsumuję i powiem, jakie nadal mamy problemy z opieką diabetologiczną nad dziećmi i młodzieżą, i chorymi młodymi, i dorosłymi.

Proszę państwa, pierwsza rzecz jest taka, że nadal w Polsce nie mamy ogólnopolskiego rejestru cukrzyce wieku rozwojowego. W latach 2006–2009 był taki projekt, który miał na celu stworzenie ewidencji większości chorych na cukrzycę w wieku rozwojowym, monitorowanie stanu metabolicznego chorych, ocenę rozwoju somatycznego, ocenę występowania ostrych przewlekłych powikłań choroby, jak również ustalenie kosztów terapii cukrzycy i jej powikłań. Projekt ten miał być też źródłem pokazującym potencjalne korzyści naukowe i kliniczne. Mieliśmy objąć tym projektem dwadzieścia pięć tysięcy pacjentów, czyli 80%. Było to dosyć proste, bo mimo że wówczas umowy NFZ były zawarte z pięćdziesięcioma sześcioma jednostkami, to tak naprawdę dwadzieścia trzy jednostki centralne obejmowały opieką ponad 85% dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę. Ten projekt przez trzy lata był finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Co zrobiliśmy? Założyliśmy stronę internetową dotyczącą ogólnopolskiego rejestru cukrzyce wieku rozwojowego, która działa, są na niej różne informacje dotyczące cukrzycy. Poza tym stworzono infrastrukturę informatyczną centrali rejestru: zaadaptowano pomieszczenia, zakupiono serwery i systemy zabezpieczające dane itd. Docelowo miał powstać ośrodek centralny, który gromadziłby wszystkie dane z ośrodków we wszystkich województwach, z głównych poradni diabetologicznych, miały być też przysyłane podstawowe dane dotyczące możliwości prowadzenia tego rejestru. Stworzono wstępne oprogramowanie do obsługi tego rejestru. Niestety, od 2009 r. zabrakło finansowania ze strony Ministerstwa Zdrowia i ten projekt, jeżeli chodzi o całość, właściwie umarł śmiercią naturalną. Trzy z głównych ośrodków, bardzo duże ośrodki, gdyński, katowicki i łódzki, prowadzą taki nieformalny rejestr w ramach naszego programu PolPeDia. Ma on na celu analizę zachorowalności na cukrzycę u dzieci i u młodzieży oraz analizę wyników leczenia cukrzycy w tej grupie wiekowej. I w tej chwili te trzy ośrodki obejmują przynajmniej 25% dzieci chorych na cukrzycę.

Pierwsza rzecz, o której wspominał pan profesor Czupryniak, to epidemiologia. Do badań wykorzystane zostały również dane z innych ośrodków, jak gdyby cząstkowe – jak państwo widzicie, zachorowalność na cukrzycę wzrasta w przerażającym tempie. Te badania były przeprowadzone w 2008 r., ale w tej chwili dane z kolejnych lat pokazują, że niestety ten model szybkiego wzrostu zachorowalności na cukrzycę się sprawdza. Coraz więcej mamy dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1.

Proszę państwa, dzieci i młodzież mają nie tylko cukrzycę typu 1. Zwykle myślimy, że dziecko, pacjent, ma

cukrzycę typu 1, jednak dzięki obecnym możliwościom, dzięki badaniom genetycznym mamy w tej chwili w Polsce zdiagnozowanych kilkuset pacjentów w wieku rozwojowym z cukrzycą monogenową, czyli z cukrzycą uwarunkowaną genetycznie. Proszę państwa, u części tych pacjentów, a właściwie u większości, pierwotnie rozpoznano cukrzycę typu 1, ewentualnie typu 2, i dzięki zastosowaniu badań genetycznych było możliwe postawienie prawidłowej diagnozy, co w wielu przypadkach umożliwiło zmianę terapii. Na przykład części pacjentów w ogóle się nie leczy, bo ich nie trzeba leczyć, bo taki mają typ cukrzyca. Część pacjentów, którzy byli leczeni insuliną, można było przestawić na tabletki, które są dużo tańsze niż insulina.

Proszę państwa, to jest wynik badania z tych trzech ośrodków, za chwilę będziemy publikować te wyniki, one przedstawiają to, jak w Polsce wyglądają aspekty epidemiologiczne cukrzyca. Proszę państwa, oczywiście dominuje cukrzyca typu 1, ale jest wcale niemała grupa pacjentów z cukrzycą monogenową, mamy też grupę pacjentów z cukrzycą typu 2, jak również z cukrzycą w przebiegu mukowiscydozy. To nie jest duża grupa, ale odsetek takich chorych, choć bardzo powoli, ale niestety wzrasta. Jednak na razie cukrzyca typu 2 nie stanowi jeszcze problemu epidemiologicznego w Polsce w obrębie rasy kaukaskiej.

Proszę państwa, jakie aktualne mamy problemy, jeżeli chodzi o ten rejestr? Biorąc pod uwagę to, że mamy taki dramatyczny wzrost zachorowalności na cukrzycę, to powinniśmy dalej prowadzić ten rejestr. Powinniśmy mieć możliwość prowadzenia badań w centralnym laboratorium genetycznym i immunologicznym, bo to gwarantuje diagnostykę naprawdę na najwyższym poziomie. To się też naprawdę opłaca, bo badania genetyczne często poprawiają nasze możliwości leczenia pacjentów. Rejestr jest również konieczny dla utrzymania wiedzy na temat leczenia dzieci chorych na cukrzycę w Polsce. Umożliwi on nam ocenę i monitorowanie jakości leczenia – to jest bardzo ważny element – dzięki niemu będziemy też wiedzieli, jakie koszty są ponoszone, jeżeli chodzi o leczenie w tej grupie wiekowej. No a to w pewnym sensie da państwu, NFZ i Ministerstwu Zdrowia, możliwość prognozowania polityki zdrowotnej.

Proszę państwa, kolejne problemy, z jakimi się zmagamy, to: koszty leczenia ponoszone przez pacjentów, problem dzieci w placówkach szkolno-wychowawczych, no i to, o czym już częściowo mówiliśmy, kwestia zespołów diabetologicznych, terapeutycznych. Jak już mówiłam, 96% naszych pacjentów ma cukrzycę typu 1, a 98% tych pacjentów jest leczonych metodą intensywnej insulinoterapii. Między innymi są oni leczeni metodą pompową, bowiem dzięki szerokiemu finansowaniu pomp insulinowych w tej chwili 70–80% pacjentów chorych na cukrzycę jest rzeczywiście leczonych przy pomocy pomp.

Tylko tu znowu mamy kolejny problem, bo Warszawa w tym roku dostała prawie pięćset pomp, a Łódź dostała ich siedemdziesiąt. Prawda? Warszawa ma, powiedzmy, dwa razy więcej chorych na cukrzycę niż Łódź, a pomp dostała aż siedem razy więcej. I to samo dotyczy kilku innych województw. Tak więc ta dystrybucja, jeżeli chodzi o pompy insulinowe, jest bardzo różna. Pan minister chwalił się, że państwo przedłużyliście możliwość refundacji

pomp insulinowych dla chorych do dwudziestego szóstego roku życia. Ja pracuję w poradni właśnie dla młodych ludzi dorosłych, którzy bardzo się z tego powodu ucieszyli, tylko że ja im teraz cały czas muszę mówić: no niestety nie dostaniesz pompy, bo wojewódzki, łódzki NFZ przeznaczył w tym roku fundusze na zakup dwudziestu siedmiu pomp. Ja osobiście w poradni mam około pięćdziesięciu pacjentów, którzy liczyli na to, że w tym roku będą mogli dostać pompę – ja dostałam dziesięć pomp, a pan profesor Czupryniak dostał ich kilkanaście, podzieliliśmy się nimi. Myślę, że u pana Czupryniaka też jest kolejka do pomp insulinowych.

Jeżeli chodzi o pacjentów, którzy z różnych względów nie są leczeni pompami, to oni zwykle są leczeni przy pomocy analogów. Ja już nie mówię tu o analogach długo działających, które nadal nie są refundowane i są bardzo drogie, ja mówię w tej chwili o tym, że po wejściu w życie nowej ustawy refundacyjnej – kiedy już nie ma tych promocji – pacjenci za analogi krótko działające płacą od trzydziestu paru do czterdziestu paru złotych. Pacjent leczony pompą insulinową czy metodą wielokrotnych wstrzyknięć insuliny potrzebuje głównie analogów szybko działających, a przez to, że te analogi są w tym samym worku co insulina krótko działająca, pacjenci ponoszą duże koszty. W tej chwili, jak policzyliśmy, koszt insuliny, nakłuwaczy, ampułkostrzykawkę itd. to jest 200 zł.

Proszę mi wierzyć, w tej chwili mam serię nowych pacjentów, u których naprawdę jest bieda z nędzą, no i kiedy powiedzieliśmy rodzicom, że mimo iż wszystko jest refundowane, to będą ponosili takie koszty, to po prostu, niestety... Tak więc zamiast insuliny analogowej mamy im klasyczne insuliny ludzkie, bo ich po prostu na inną terapię nie stać. Według mnie te dzieci nie będą miały najlepszej możliwej terapii, jaką moglibyśmy u nich zastosować. Naprawdę, po uwzględnieniu wszystkich refundacji miesięczny koszt leczenia cukrzycy to jest 200 zł.

Kolejnym nierozwiązanym problemem jest opieka w placówce szkolno-wychowawczej nad dzieckiem chorym na cukrzycę. Nasze dzieci chodzą normalnie do szkoły, normalnie się uczą, nie mają żadnego indywidualnego nauczania, one są po prostu wśród innych uczniów. Jednak biorąc pod uwagę charakter cukrzycy – one muszą kilka razy dziennie zbadać sobie poziom cukru, muszą kilka razy dziennie wstrzyknąć sobie insulinę, grożą im też ostre powikłania – te dzieci wymagają dodatkowej, nazwijmy to tak, opieki medycznej. Oczywiście pielęgniarki szkolne wróciły do szkół, ale jak sami państwo wiedzą, ich dyżury nie pokrywają się z całym czasem pobytu dzieci w szkole. Pielęgniarki zwykle są dwa czy trzy razy w tygodniu przez kilka godzin. Dzisiaj brakuje jasno sformułowanych i usankcjonowanych prawnie możliwości sprawowania w szkole przez personel pedagogiczny opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę, obejmującej samokontrolę cukrzycy.

Ostatnio korespondowałam z Departamentem Matki i Dziecka, zadałam kilka pytań, w tym to, czy nauczyciel może podać insulinę i czy jest od tego ubezpieczony. I na moje krótkie trzy pytania dostałam czterostronicowy list pełen frazesów prawniczych, z którego tak naprawdę nic nie wynikało. Po rozmowie z prawnikami wiem, że jeżeli coś

jest zgodne z prawem, to firma ubezpieczeniowa to ubezpieczy, mam tu na myśli wykonywanie przez nas jakiegokolwiek działania. Każdy z nas od swojej działalności może być ubezpieczony, a w tej chwili nie ma możliwości zawarcia umowy prawnej pomiędzy szkołą a rodzicami, ewentualnie poradnią diabetologiczną, w zakresie opieki nad dzieckiem w szkole. Jeżeli taka umowa zostanie podpisana przez prawników, to będzie możliwość ubezpieczenia nauczycieli od odpowiedzialności cywilnej, a także, proszę państwa, od ewentualnie poniesionych przez nich uszczerbków na zdrowiu, choć może brzmi to dziwnie.

Proszę państwa, ja od dwudziestu lat jeżdżę z dziećmi chorymi na cukrzycę na kolonie. I do niedawna był taki zwyczaj, że dziećmi zajmowali się nie tylko pielęgniarki i lekarze, ale również wychowawcy. Prawda? Wychowawcy badali poziom cukru, wychowawcy wstrzykiwali insulinę. Tak było do poprzedniego roku, kiedy to jeden z wychowawców podawał dziecku insulinę – a było to dziecko z porażeniem mózgowym dziecięcym – i ono się przewróciło, na skutek czego ten nauczyciel ukłuł się po prostu penem tego pacjenta. Na nasze nieszczęście, jak się okazało, dziecko było zarażone wirusem HCV i jeszcze wyjątkowo zjadliwym. Proszę państwa, ja przez sześć miesięcy prawie nie spałam, bo liczyłam, jakie odszkodowanie będę temu nauczycielowi za to płaciła. Bo on temu dziecku insulinę podawał na moje polecenie i od razu prawnicy mi powiedzieli, że pełną odpowiedzialność za to ponoszę ja, nikt inny. Tak więc jeżeli nauczyciel w szkole miałby zmierzyć dziecku poziom cukru, jeżeli miałby podać mu insulinę, to musi to być zabezpieczone prawnie. Czyli jeżeli nauczyciel popełni błąd, to musi być ubezpieczony na taką ewentualność, i jeżeli temu nauczycielowi coś się stanie, to również musi być odpowiednio ubezpieczony. Bardzo ważne jest zapewnienie środków na szkolenie personelu medycznego, pielęgniarek szkolnych i personelu pedagogicznego pracującego w szkole, do której uczęszcza dziecko chore na cukrzycę czy do której takie dziecko przyjdzie. Powinien istnieć wymóg przeprowadzenia szkolenia. Nie może być tak, że kiedy dzwoniemy do dyrektora szkoły i mówimy, że dziecko zachorowało na cukrzycę i chcemy, żeby zostało przeprowadzone szkolenie, to słyszymy: nam takie szkolenie jest niepotrzebne.

Trzy tygodnie temu pojawił się na stronie ministerstwa Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej na rok 2012. Proszę państwa, rzeczywiście jest tam moduł poświęcony edukowania nauczycieli, ale proszę mi wybaczyć, dla mnie on nie ma większego sensu, my już to przerabialiśmy. Nie wiem, czy pamiętacie państwo rok 2007, kiedy to pani minister Hall i pani minister Kopacz na wspólnej konferencji powiedziały, że trzeba wspólnie zająć się dzieckiem chorym na cukrzycę. Siedząca tutaj pani Alicja Szewczyk jest jednym ze współautorów książki, która cały czas jest dostępna na stronie ministerstwa „One są wśród nas” i w której są wytyczne dla nauczycieli. Wspomniany program tak naprawdę obejmuje to samo, a ta książka już jest, tak więc tworzenie nowych broszur – tam mają powstać jeszcze filmy – tak naprawdę wiele nie przyniesie. Jak ktoś będzie chciał, to je obejrzy, a to, że przeszkolimy kilka szkół w danym województwie, tak naprawdę też niczego nie da.

Musimy mieć dobrze zintegrowany, dobrze zaprogramowany schemat szkolenia nauczycieli, personelu szkoły, w której się uczy czy w której będzie się uczyło dziecko chore na cukrzycę. I na to powinny być przeznaczone pieniądze ze strony Ministerstwa Zdrowia czy też Ministerstwa Edukacji Narodowej. Do tej pory takiego programu nie ma, dlatego w większości przypadków, kiedy chorują małe dzieci, które chodzą do przedszkola lub są w młodszych klasach szkoły podstawowej, to albo ich rodzice zwalniają się z pracy i po prostu siedzą z dziećmi w szkole, albo te dzieci tak naprawdę nie są do końca pilnowane, nie mają takiej opieki, jaką powinny mieć.

Proszę państwa, to było to, co już częściowo omówiliśmy. Pozwolicie teraz państwo, że przekażę głos obecnej przewodniczącej sekcji pediatrycznej, pani profesor Myśliwiec.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Pani profesor, proszę nie odbierać mi przyjemności prowadzenia obrad komisji senackiej.

(Wiceprzewodnicząca Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Agnieszka Szadkowska: Przepraszam, ja tylko...)

Nic nie szkodzi, być może to jest takie przyzwyczajenie. Dziękuję za bardzo ciekawy wykład. I jeżeli byłaby taka możliwość, prosiłbym panią profesor o przekazanie go senackiej Komisji Zdrowia.

Proszę bardzo.

Zastępca Kierownika Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Małgorzata Myśliwiec:

Dziękuję.

Małgorzata Myśliwiec, od dwóch tygodni przewodnicząca Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Mam też przyjemność być członkiem Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia.

Bardzo chciałabym podziękować ministerstwu w imieniu całego środowiska diabetologicznego. Miałam możliwość uczestniczyć w tworzeniu programu dotyczącego edukatora do spraw cukrzycy i rzeczywiście po ponad trzydziestu latach starań udało się, w tej chwili pielęgniarki mogą się kształcić, są kursy i pielęgniarki mogą otrzymać to stanowisko. Wiem z rozmów, że jeżeli będziemy mieć sto pięćdziesiąt edukatorek, to będzie szansa na zorganizowanie porady edukacyjnej. To jest bardzo ważne.

I tu jest pytanie czy prośba, właściwie prośba, do Narodowego Funduszu Zdrowia o to, aby zalegalizować ich pracę. Trzeba wiedzieć, że te pielęgniarki to nie są zwykłe pielęgniarki, które opiekują się dzieckiem i robią mu iniekcje, one codziennie przez siedem i pół godziny edukują pacjentów w zakresie cukrzycy. One pracują czterdzieści godzin tygodniowo – nauczyciel tyle nie pracuje – a za tę pracę otrzymują taką samą pensję jak pozostałe pielęgniarki. Tak więc tu jest ogromna prośba...

I druga kwestia, którą chciałabym tu poruszyć, a o której wspomniała już pani docent Szadkowska: edukowanie szkół. Podam tutaj pewien pomysł, a byłoby bardzo dobrze,

gdyby rozszerzyć go na całą Polskę. Mianowicie w ośrodku gdańskim, w naszym województwie, dzięki uprzejmości prezydenta i urzędu marszałkowskiego, stworzyliśmy program edukowania nauczycieli i personelu szkolnego we wszystkich placówkach. Tu chodzi nie tylko o szkoły, ale również o przedszkola, żłobki, bo rodzice chorych dzieci jak najbardziej muszą pracować.

Rozpoczęliśmy od edukacji edukatorów społecznych. Ten nasz kurs jest troszeczkę krótszy, lecz w jego ramach nie muszą być szkolone koniecznie pielęgniarki, to mogą być nauczyciele, to mogą być rodzice dzieci chorych na cukrzycę posiadający przynajmniej średnie wykształcenie, którzy chcą szerzyć wiedzę o cukrzycy. Rodzice dzieci chorych na cukrzycę bardzo często się angażują, chcą przekazywać wiedzę. Wykształciliśmy ponad czterdziestu edukatorów i w tej chwili od trzech miesięcy we wszystkich szkołach, przedszkolach i żłobkach odbywa się edukowanie. Cały personel medyczny jest edukowany. Wydaje nam się, że dzięki temu dzieci będą jak najbardziej bezpieczne, a przede wszystkim chętne szkoły otrzymają odpowiedni certyfikat, a więc podniosą też swoją rangę, no i skończy się odmawianie miejsca w szkołach. Do tej pory bowiem były takie przedszkola czy szkoły, które odmawiały przyjmowania dzieci chorych na cukrzycę. Dziękuję bardzo, to wszystko.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, chciałbym, żebyśmy teraz zmierzali już troszkę do zwieńczenia naszego posiedzenia. Chciałbym, żeby może jeszcze wypowiedzieli się państwo senatorowie.

Pani senator Czudowska, proszę bardzo.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

To interesująca dyskusja i interesujące wiadomości dla mnie jako lekarza onkologa. Korzystając z państwa obecności, chciałabym uzupełnić swoją wiedzę lekarską na temat przyczyn, tak więc może coś więcej powiedzieliby państwo o przyczynach epidemii, wzrostu zapadalności na cukrzycę wśród dzieci i młodych ludzi. Czy to genetyka? To byłoby może i zrozumiałe, bo kiedyś osoby chore na cukrzycę umierały młodo, a dzisiaj zakładają rodziny, tak więc chorób genetycznych i innych – również onkologicznych – jest z tego powodu zapewne więcej. Jednak na pewno jest to przyczyna tylko części zachorowań. Według tego, co możemy zbadać, na pewno ważna jest dieta. Ale może coś jeszcze? To jest jedna sprawa.

Druga. Tutaj przewijał się taki wątek... Co do tej specjalizacji, to myślę – pewnie pan przewodniczący to jeszcze podsumuje – że państwo jak gdyby powinni między sobą... Zanim Senat będzie mógł coś zdziałać, to – i to jest jakby wniosek z dyskusji – dyskusja musi być przeprowadzona w zainteresowanym środowisku i z niej powinny być wyciągnięte wnioski.

Tu przewijał się jeszcze inny problem. Ze wskazania Narodowego Funduszu Zdrowia polikwidowano placów-

ki, NFZ uznał, że poradnia nie może być czynna przez jeden dzień. Wiem, że to nie dotyczy tylko diabetologii, bo w ten sam sposób zlikwidowano w małych miejscowościach dostęp na przykład do laryngologów. Laryngolog był potrzebny tylko raz w tygodniu przez cztery godziny, a według zasad Narodowego Funduszu Zdrowia taka poradnia już nie może istnieć. Oczywiście to jest z wielką krzywdą dla pacjentów, bo ograniczono ich dostęp do specjalistów. I tu przewinął się właśnie taki wątek, że pani doktor, pani profesor nie może pracować, nie może przyjechać na jeden dzień właśnie z tego powodu. Czy rzeczywiście to jest taki problem? Czy nie można tego jakoś załatwić? Mamy tu przedstawicieli ministra. Wprawdzie nikogo nie ma z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale, jak myślę, Narodowy Fundusz Zdrowia mimo wszystko jednak jest – bo powinien być – tylko pewnym narzędziem polityki zdrowotnej kształtowanej przez ministerstwo.

No i edukacja zdrowotna. Miałam zapisane pytania, ale właściwie ostatnia wypowiedź pani profesor mnie uspokoiła. Tworzenie programów edukacyjnych na dwa lata w takim ważnym temacie to jest nieporozumienie. Tak jak było poprzednio zapisane: program edukacyjny 2010–2012, na dwa lata, no nie ma takich. Program edukacyjny musi być permanentny, stały. Już od ponad czterdziestu lat wiemy, że służba zdrowia może tylko w 10% uratować zdrowie – cała reszta to jest świadomość, organizacja itd., itd. Dziękuję bardzo.

Chciałabym więcej dowiedzieć się o czynnikach powodujących cukrzycę, no i jeszcze o problemie krótko działających poradni w terenie.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Czy ktoś z państwa odpowiedziałby pani senator? Pani profesor czy pan profesor? Kto z państwa czuje się na siłach?

Proszę, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Diabetologii Krzysztof Strojek:

Na siłach to chyba nikt się nie czuje, Panie Przewodniczący, bo to jest pytanie na Nagrodę Nobla. Rzeczywiście ważny jest tu czynnik genetyczny, bo cały czas mówi się o cukrzycy typu I i o tym, że coraz młodsze dzieci chorują i że coraz więcej ich choruje. Na pewno kumulują się cechy genetyczne, które rodzice przekazują swoim dzieciom i tym samym przekazują im skłonność do cukrzycy. Rodzice w tej chwili dożywają często, mimo cukrzycy, sędziwego wieku.

Jako jedną z przyczyn cukrzycy wymienia się też czynniki środowiskowe. Jest koncepcja, że na przykład karmienie białkiem mleka krowiego w okresie niemowlęcym powoduje immunizację ustroju i skłonność do chorób autoregresyjnych, w tym w starszym wieku do cukrzycy. Wreszcie są pewne podejrzenia, jeszcze niepotwierdzone, że żywność z dużą ilością konserwantów, którą w tej chwili się odżywiamy, też może mieć wpływ na rozwój cukrzycy.

Wymieniłbym te trzy czynniki, aczkolwiek, jak powiedziałem, to wszystko są hipotezy.

Drugie pytanie dotyczyło małych poradni. Myślę, że chodzi tu o pewne – zresztą pani senator to zauważyła – niedociągnięcie zasad kontraktowania. W małym mieście zupełnie wystarcza poradnia specjalistyczna czynna raz w tygodniu. Co więcej, populacja chorych na daną chorobę w małym mieście jest na tyle niewielka, że przyjmowanie chorych przez laryngologa, diabetologa czy jakiegokolwiek innego specjalistę częściej niż raz w tygodniu jest deficytowe, tak więc w dzisiejszych czasach poradnia nie może pozwolić sobie na taki ruch. Sadzę, że tutaj powinien być sformułowany postulat – mam wrażenie, że Wysoki Senat ma większe możliwości oddziaływania na NFZ niż nawet konsultant krajowy – żeby właśnie w określonych wypadkach, przy określonej wielkości populacji dopuścić możliwość kontraktowania tylko raz w tygodniu, czyli już bez tego wymogu, że to musi być trzy razy w tygodniu lub częściej.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.

We Wrocławiu na wyjazdowym posiedzeniu była o tym mowa, Pani Senator. Myślę, że wystąpimy z takim postulatem. W 100% się tu z panią zgadzam.

Czy ktoś... Pan marszałek.

Panie Marszałku, proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować. Wsłuchiwałem się – przepraszam, że nie od samego początku – w tę dyskusję. Były tu informacje od państwa o problemach, z jakimi boryka się i środowisko lekarskie, i pacjenci. Proszę państwa, również jestem lekarzem, jestem chirurgiem i na moim oddziale chirurgicznym zawsze jest kilku pacjentów z powikłaniami cukrzycy, ze stopą cukrzycową, a kilka czy kilkanaście razy w roku zdarzają się pacjenci z nierozpoznaną cukrzycą i z awansowanymi powikłaniami.

Przysłuchiwałem się państwa debacie – w dużej mierze wykorzystanej chyba na dyskusję, która mogłaby się ciągnąć, a i tak do konkluzji byśmy nie doszli, a która to dyskusja związana była z pytaniem pani profesor dotyczącym specjalizacji: diabetologia dziecięca – i odwrócić troszeczkę to zagadnienie. Mianowicie powiem tak: ja jestem absolwentem warszawskiej Akademii Medycznej, w tej chwili jest to Warszawski Uniwersytet Medyczny, miałem internę u pana profesora Tatonia i pamiętam, że niezwykle cenilem sobie codzienne spotkania z panem profesorem – diabetologiem, wtedy konsultantem krajowym – który uczył nas interny. On nie uczył nas diabetologii, ale interny. Takie jest nasze życie codzienne... I ja skłaniam się do tego, aby takiej specjalizacji nie było, bo to, co jest zaproponowane, to, co istnieje, wydaje się rozwiązaniem dobrym, tym bardziej że państwo macie wspaniałe efekty, chorzy są bardzo dobrze leczeni. Jestem pełen uznania i gratuluję.

Panie Ministrze, już któryś raz podczas naszych dyskusji i debat pojawia się problem z Narodowym Funduszem

Zdrowia, który w ogóle kreuje politykę zdrowotną. I niedopuszczalne jest ograniczenie, i to w znacznym stopniu – bo w tej chwili i państwo mówicie, i my mówimy o wąskiej dziedzinie, ale dotyczącej przecież dwóch milionów ludzi, prawda? – dostępności do lekarzy na skutek ograniczenia możliwości działania poradni specjalistycznych rzadziej niż trzy razy w tygodniu. A przecież zmiana zapisów jest tak prosta, jest tak naturalna. I tu gorąca prośba do pana ministra, żeby był pan uprzejmy wpłynąć na Narodowy Fundusz Zdrowia... Bo to jest naprawdę ewidentne ograniczenie dostępności do leczenia. I ja nie mówię tylko o cukrzycy, ja mówię w ogóle o wszystkich chorobach. Tu jest potrzebna zmiana, zresztą ona jest prosta i możliwa, dlatego bardzo byśmy pana ministra prosili o to, żeby już nie mówić więcej na ten temat, tylko żeby po prostu podjąć decyzję. A w tym przypadku decyzja jest bardzo prosta.

Tak więc bardzo gorąca prośba do pana ministra o spowodowanie, aby Narodowy Fundusz Zdrowia... Jego przedstawiciel jest nieobecny, bo gdyby był, to ja bym moje słowa zaadresował do niego. Ja bardzo żałuję, że nie ma nikogo z Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie sądzę, żeby w całym NFZ nie było jednej osoby, która mogłaby przyjść na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

I tutaj prośba do pana przewodniczącego o to, żeby nasza reakcja była dosyć ostra i stanowcza, bo uważam, że jest bardzo nieelegancko ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, że nikt nie raczył do nas przyjść, że nie przysłano do nas chociaż jednej osoby, która przynajmniej by nas wysłuchała, jeśli nie zostałyby przygotowana do zabrania głosu. Byłoby bardzo cenne, gdyby tylko i wyłącznie zaszczycili nas swoją obecnością.

Ta epidemia jest zastraszająca, proszę państwa. Pamiętam dane z wykładów pana profesora Tatonia i z naszych codziennych porannych seminariów, tak więc w przeciągu niewielu lat, dwudziestu czy trzydziestu, populacja chorych na cukrzycę zwiększyła się dwukrotnie. Pamiętam, że wtedy mówiliśmy o milionie chorych, a w tej chwili mówimy o dwóch milionach.

Problemów jest bardzo dużo, Panie Ministrze, a kolejny raz spotykamy się przy takim segmentowym omawianiu. No i ciągle mówimy o problemach. To jest tak, jak powiedział pan, już w tej chwili nieobecny, a który od czterdziestu lat jest leczony na cukrzycę: ciągle się mówi o problemach, o nich się wciąż rozmawia, mówi się, ale się ich nie rozwiązuje.

Ja wyjdę stąd, proszę państwa, z taką informacją, że młodzi pacjenci, dzieci ze środowisk najprzeróżniejszych muszą płacić 200 zł, czyli że nie stać ich na nowoczesne leczenie. I to jest, Panie Ministrze – nie wiem, czy był pan podczas wypowiedzania tych słów – karygodne. Jest karygodne to, żeby nasze dzieci musiały płacić 200–300 zł za leczenie, a przecież są środowiska, których na to nie stać, dla których zapłacenie takiej kwoty jest niemożliwe. Tak że jeśli dzieci muszą płacić za leczenie, to jest to czarna plama, Panie Ministrze, to jest hańba. I myślę, że jest bardzo prosta droga do zmiany tego.

Była tutaj również mowa o gabinetach medycyny szkolnej. To też jest niezwykle ważne zagadnienie. Dzięki pani senator Chywickiej, która jest pediatrą, już od kilku posiedzeń rozmawiamy na temat problemów związanych

właśnie z pediatrią. Panie Ministrze, kolejna bardzo gorąca prośba do ministerstwa jest taka, żeby jednak spowodować, żeby gabinetów w szkołach było więcej, dlatego że one są niezwykle potrzebne i oczekiwane przez pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Marszałku.
Pan senator Maciej Klima, proszę bardzo.

Senator Maciej Klima:

Panie Przewodniczący, moje pytanie kieruję do przedstawicielstwa Ministerstwa Zdrowia. Środowisko pacjentów, środowisko lekarzy, również diabetologów, ze zdziwieniem stwierdza, że insulin analogowych długo działających nadal nie ma na liście refundacyjnej. Przypominam, że 29 grudnia zeszłego roku na konferencji prasowej padła bardzo niepokojąca wypowiedź przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, która miała być wyjaśniona w jak najszybszym czasie. Minęło już w sumie pięć miesięcy i wciąż nie mamy stanowiska ministerstwa w sprawie insulin analogowych długo działających.

Chciałbym więc usłyszeć od pana ministra, jakie jest w chwili obecnej stanowisko resortu w porównaniu do tego, które było w grudniu ubiegłego roku. Kiedy te insuliny pojawią się na rynku w określonej cenie, kiedy będą dostępne dla pacjentów? Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.
Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo.

Chciałbym przede wszystkim serdecznie wszystkim podziękować za wypowiedzi, a przede wszystkim za troskę o pacjentów chorych na cukrzycę w tym systemie organizacyjnym, w którym pracujemy. To jest olbrzymi wysiłek i trud. Na pewno propozycje, które tutaj podano, weźmiemy pod uwagę, szczególnie w związku z narastającą epidemią cukrzycy. To jest nieuniknione. Jest oddzielny Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, a byłoby również wskazane opracowanie narodowego programu leczenia chorych na cukrzycę.

Jeżeli chodzi o ostatnie pytanie pana senatora, to przed przyjściem do państwa poprosiłem Departament Polityki Lekowej i Farmacji o informację na ten temat. Mianowicie negocjacje i warunki refundacji z podmiotami odpowiedzialnymi właściwie zbliżają się ku końcowi i teraz w zależności od tego... Nastąpi to przed następnym obwieszczeniem. Trudno jest mi powiedzieć, czy te leki znajdują się w obwieszczeniu produktów refundowanych już od 1 lipca, ale w każdym razie negocjacje się kończą. A nie są to proste negocjacje. Podczas spotkania z sejmową

Komisją Zdrowia – zwracam się tutaj do pana profesora Czupryniaka – mówiłem, że te negocjacje się rozpoczęły, a dzisiaj mówię, że się kończą. Wnioski możecie państwo już sami wyprowadzić... Myślę, że jest to ważny problem. Również ważne jest to, co było poruszane w sprawie specjalizacji. To wszystko zaczęło się od tego, że kiedy były dwa stopnie specjalizacji, I i II, to wówczas po I stopniu specjalizacji można było robić czy to diabetologię...

(Głos z sali: Zawsze po II stopniu.)

Zawsze było po II? Przepraszam bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

I dlatego też w obecnej propozycji, modułowej, po trzech latach podstawowej specjalizacji można robić diabetologię czy to z podstawowego modułu, internistycznego, czy też z modułu pediatricznego. To jest jeszcze w uzgodnieniach, jednak po dyskusji, której tutaj wysłuchałem, na pewno tę propozycję rozpatrzmy jeszcze raz. Przede wszystkim według dyrektywy unijnej proces specjalizacji, jeżeli chodzi o moduł podstawowy, nie może być krótszy niż pięć lat. Dlatego też zobaczymy, jak... Widzę, że jest tu dość burzliwa dyskusja, ale w jakiś sposób musimy jak najszybciej zakończyć procedowanie nad tą formą specjalizacji.

Podobnie jest z alergologią. Podobna sytuacja jest również w przypadku immunologii i hepatologii, bo konsultant krajowy z zakresu pediatrii też zaproponował takie specjalizacje. Dlatego po dyskusji w ministerstwie chcemy liczbę specjalizacji nieco zmniejszyć, bo obecnie mamy ich ponad osiemdziesiąt cztery, a w ten sposób po prostu się rozdrabniamy.

Poza tym spada chęć robienia specjalizacji – potwierdziły to też rozmowy z konsultantem krajowym – z zakresu interny, jest mniej chętnych na specjalizację z dużej interny. Każdy chce się... Również mało jest chętnych na robienie specjalizacji z zakresu pediatrii, ona też jest deficytowa. Wszyscy lekarze chcą robić wąskie specjalizacje. W ministerstwie musimy to unormować, chcemy, żeby każdy specjalista z zakresu medycyny zachowawczej był dobrym internistą i dobrym pediatrą, i żeby dopiero potem robił wąską specjalizację, czy to nefrologiczną, czy to alergologiczną, czy to diabetologiczną. W tym kierunku idziemy w Ministerstwie Zdrowia.

Jeszcze raz chciałbym bardzo serdecznie wszystkim podziękować. Chciałbym też, żeby materiał, który tutaj był przedstawiony, został dostarczony również ministrowi zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.

Panie Ministrze, bardzo dziękuję za tę informację. Ona była bardzo rzetelna i przejrzysta. Bardzo mi się podobała.

Szanowni Państwo, cieszę się, że zdecydowaliście się państwo na obecność tutaj, w Warszawie. Wiem, że to odbyło kosztem waszego czasu i pracy, ale dzięki temu dowiedzieliśmy się, że jednak dzieci w Polsce mają bardzo dobrą opiekę. Dzieci chore na cukrzycę mają bardzo dobrą opiekę, co jest pocieszające.

Wstydzę się za NFZ. I przepraszam państwa za postawę NFZ, choć to wszystko nie jest moja wina. Panie Marszałku, zgadzam się z pana wnioskiem i reakcja będzie.

Politykę zdrowotną w Polsce powinno kreować Ministerstwo Zdrowia, a nie płaćnik, Narodowy Fundusz Zdrowia. Wstydzę się również za NFZ, kiedy słyszę o tych pompach, bo jest niedopuszczalne, żeby chorych dzielić na lepszych i gorszych. Dla jednych są pompy, a dla drugich nie ma, bo po prostu jest ich za mało, no i nie ma refundacji. Jeśli chodzi o kwestię specjalizacji, to po otrzymaniu wniosków, które państwo do nas prześlecie, będziemy na ten temat burzliwie dyskutować i wypracujemy jakieś wspólne zdanie.

Myślę, że kilku ważnych tematów jeszcze nie poruszyliśmy. Dlatego obiecuję państwu, że w tej kadencji, jeżeli będzie tylko taka możliwość – a pani profesor Chybicka bardzo mnie pilnuje w tym względzie – do tego tematu jeszcze za jakiś czas wrócimy. Oczywiście to nie będzie za pół roku, ale może za rok czy za dwa lata spotkamy się i sprawdzimy, jakie są efekty naszego dzisiejszego spotkania. Chodzi o to, żeby to nie było tylko spotkanie dla spotkania.

Jeszcze raz dziękuję państwu za obecność.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 32)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii