



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (25.)

12 października 2020 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat obecnej sytuacji w kardiologii w czasie trwania epidemii COVID-19.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry.

Będziemy rozpoczynać posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiejsze poświęcone jest tematowi kardiologii, pacjentów ze schorzeniami układu krążeniowo-sercowego w czasie epidemii, ale myślę, że warto także przypomnieć wszystkie te problemy, z którymi borykali się pacjenci jeszcze przed czasem COVID.

W okresie ostatnich kilku miesięcy sytuacja pacjentów – nie tylko kardiologicznych, ale również innych ze schorzeniami przewlekłymi – zdecydowanie uległa pogorszeniu w zakresie dostępności i opieki. Na ostatnim posiedzeniu Komisji Zdrowia mówiliśmy o prawach pacjenta i pacjentach onkologicznych; mieliśmy wtedy okazję zapoznać się z raportem, jaki został przygotowany przez organizacje pacjentów, dotyczącym przede wszystkim opieki onkologicznej. Dzisiaj tematem przewodnim jest kardiologia, schorzenia układu sercowo-naczyniowego, układu krążenia.

Temat ten znany jest osobom, które pracowały i pracują w komisjach zdrowia, od wielu lat. Początkowo rozmawialiśmy o sukcesach kardiologii interwencyjnej, bo niewątpliwie był to – mówię „był”, bo nieco został okrojony – sukces kardiologii interwencyjnej, że spadła znacząco liczba zgonów po ostrych zawałach. Ale temat kardiologii był wielokrotnie podnoszony ze względu na to, że pacjenci wymagali opieki koordynowanej; był duży problem z przewlekłą niewydolnością serca, z nadciśnieniem. Te

wszystkie tematy były doskonale znane osobom pracującym w Komisji Zdrowia. Wiem również, że trwały prace, dość mocno zaawansowane, nad Narodowym Programem Zdrowego Serca.

W tej chwili sprawa uległa pewnemu wyciszeniu. Z jednej strony rozumiemy trudną sytuację epidemiczną i rozumiemy wyzwania, jakie w tym roku stoją przed lekarzami, jednak nie może dojść do takiej sytuacji, że pacjenci chorujący na różne inne schorzenia, niebędący osobami zakażonymi koronawirusem, są pozbawieni opieki, dostępności do świadczeń. Z informacji medialnych, które do nas docierają, wynika, że liczba zgonów spowodowanych zawałem spadła o 30%. Jest to dość ciekawy wątek. Myślę, że na ten temat warto będzie również porozmawiać, ale głównym, podstawowym celem na posiedzeniu naszej komisji jest dzisiaj rozmowa na temat dostępności świadczeń kardiologicznych, opieki dla tych pacjentów.

Chcielibyśmy także zadać pytanie, jak ma wyglądać ta opieka w najbliższych miesiącach, ponieważ wszyscy na tej sali doskonale wiemy, że wyzwanie stojące przed ochroną zdrowia jest ogromne. Zbliża się duża fala epidemii, statystyki są nieubłagane, z dnia na dzień pokazują kolejne zakażenia, cały system powoli skupia się tylko na walce z koronawirusem. Mamy okrojone możliwości, jeżeli chodzi o personel, a niestety wszystkie osoby, które chciałyby skorzystać z porad specjalistycznych czy też z zabiegów, z pobytu w szpitalu, jeżeli takowy jest potrzebny, były przez pewien okres przesuwane dalej jako te mniej pilne. No i teraz zasadnicze pytanie: czy te mniej pilne stany nie stają się, przynajmniej w tej chwili, bardziej pilne?

Problem z dzisiejszym posiedzeniem komisji, proszę państwa, jest taki, że co prawda mamy na sali wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – bardzo dziękuję za przybycie wraz

z pracownikami, Panie Prezesie – natomiast nie ma przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Bo rozumiem, że nikt z państwa nie ma upoważnienia?

(Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Bernard Waśko: Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo, otrzymałem upoważnienie...)

Ale proszę włączyć mikrofon, dobrze?

**ZASTĘPCA PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
BERNARD WAŚKO**

Otrzymałem pełnomocnictwo od Ministerstwa Zdrowia do reprezentowania ministra zdrowia na tym spotkaniu. Jest też ze mną pan dyrektor departamentu w Ministerstwie Zdrowia, który również będzie służył informacjami.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ale czy pan, Panie Prezesie, będzie mówił w imieniu ministra zdrowia i przedstawiał całą informację zdrowotną? Nie tylko z punktu widzenia płatnika?)

Otrzymałem takie pełnomocnictwo. Nie wiem, czy na wszystkie pytania będę w stanie odpowiedzieć, ale te, na które nie będę w stanie odpowiedzieć, oczywiście przekażę do pana ministra i odpowiedź udzielona będzie w terminie późniejszym.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Powiem, że jestem zaskoczona taką sytuacją, że na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia nie przychodzi jeden z ministrów zdrowia. Ja rozumiem, że jest trudny okres, rozumiem, że minister jest w tej chwili zajęty przygotowaniem całej strategii związanej z pandemią, jednak jest wiele osób w randze sekretarzy, podsekretarzy... No, dobry zwyczaj w tej komisji jednak nakazywał, aby przedstawiciel ministra zdrowia był na posiedzeniu.

Ja, szczerze powiem, zastanawiałam się, czy nie przerwać tego posiedzenia komisji, ale ze względu na szacunek dla strony społecznej i licznej grupy państwa profesorów, którzy przyjechali z całej Polski, bo są zainteresowani tym tematem, nie zrobię tego. Nie chciałabym

narażać państwa na kolejną podróż tutaj, do Senatu. Wydaje mi się, że temat jest na tyle ważny, że dzisiaj pewnie głównie wysłuchamy państwa zdania i państwa opinii. Rozumiem, że w takiej sytuacji w najbliższym czasie zrobimy jeszcze jedno posiedzenie na ten temat, ażeby ewentualnie dokończyć omawianie tematu i wszystko doprecyzować, ponieważ my nie spotykamy się po to, żeby sobie porozmawiać, tylko po to, żeby jednak pewne problemy wskazać jako ważne, a także spróbować niektóre po prostu rozwiązać albo przynajmniej pomóc rozwiązać. Dlatego, jako że szanujemy państwa, całą stronę społeczną i wszystkie przybyłe osoby, które równocześnie witam, przeprowadzimy to posiedzenie komisji.

Jednak równolegle, Panie Prezesie, proszę o przekazanie panu ministrowi mojego stanowiska i mojej prośby, aby to następnym razem się nie powtarzało, bo ja jako przewodnicząca komisji czuję się bardzo niezręcznie. I myślę, że pan prezes także.

Rozpoczynamy posiedzenie.

Wiem, że na łączach są senatorowie. Mamy kworum. Będziemy mogli przeprowadzać całą dyskusję.

W takim razie proszę pana prezesa o przedstawienie informacji w imieniu pana ministra, a później udzielię głosu państwu, stronie społecznej. Stronę społeczną reprezentują szanowni państwo kardiologowie, specjaliści w różnych dziedzinach. Zwołanie dzisiejszego posiedzenia komisji jest podyktowane także wieloma prośbami i petycjami, jakie płynęły ze strony pacjentów. Mam także pismo, list z rekomendacjami na temat schorzeń chorób serca i układu krążenia, które zostały przekazane na moje ręce przez Porozumienie Organizacji Kardiologicznych.

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

**ZASTĘPCA PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
BERNARD WAŚKO**

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Zaproszeni Goście!

Chciałbym na początku tytułem wstępu przedstawić kilka wprowadzających informacji dotyczących tego, jaki wpływ miał przebieg pandemii na bieżące wykonanie umów w ramach różnych zakresów świadczeń kardiologicznych

oraz jakie szczególne regulacje zostały wtedy zastosowane, a o przedstawienie szczegółów poproszę później pana dyrektora Adamskiego z Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia oraz pana dyrektora Rutkowskiego z Departamentu Świadczeń Zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia.

A więc podobnie... Bo mieliśmy, tak jak pani przewodnicząca była łaskawa zauważyć, podobne tematyczne posiedzenie komisji poświęcone świadczeniom onkologicznym. A więc przyczyny niewykonania świadczeń w zakresie kardiologii – w skali ilościowej za chwilę przedstawiają to tutaj państwu panowie dyrektorzy i powiedzą, jak to w poszczególnych zakresach wygląda po 6 i 7 miesiącach w relacji do roku ubiegłego – były oczywiście bardzo podobne jak w onkologii, z jedną zasadniczą różnicą. A mianowicie w przypadku zabiegów kardiologicznych, a w szczególności kardiochirurgicznych planowych, istotną okolicznością dodatkową, która pojawiła się tutaj w odróżnieniu od onkologii, był wydany pod koniec marca, jeśli sobie przypominać, komunikat prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który zalecał – przedstawiono to w takiej miękkiej formie, jako zalecenie – wstrzymanie zabiegów planowych związanych z przetoczeniem dużej ilości krwi i preparatów krwiopochodnych. Do grupy tych zabiegów – one były wymienione w tym komunikacie – zaliczono głównie zabiegi w zakresie pomostowania wieńcowego, niektóre planowe zabiegi kardiochirurgiczne oraz duże zabiegi naczyniowe. To wiązało się z uszczuplającymi się wtedy zapasami krwi w stacjach krwiodawstwa, a jednocześnie z zahamowaniem z powodu pandemii dynamiki oddawania krwi w tychże stacjach. Aby zapewnić dostępność krwi dla pacjentów, którzy potrzebowaliby jej ze wskazań pilnych i w celu ratowania życia, zdecydowaliśmy się wtedy w porozumieniu z ministrem zdrowia na wystosowanie takiego komunikatu.

Druga okoliczność, która była podstawą do wydania takiego zalecenia, takiej rekomendacji, to również to, co obserwowaliśmy, jeśli chodzi o przebieg pandemii, w krajach, które wtedy, jeśli chodzi o rozwój epidemii, miały w zestawieniu z nami mniej więcej dwu-, trzytygodniowe wyprzedzenie, bo tak mniej więcej to wyglądało w odniesieniu do Włoch i Hiszpanii. A więc obserwowaliśmy dynamikę narastania schorzeń i tego, co działo się w oddziałach szpitalnych

właśnie w tych krajach Europy Zachodniej. I z uwagi na potencjalne ryzyka związane z zapotrzebowaniem na miejsca na oddziałach intensywnej terapii i na respiratory zaleciliśmy wtedy ograniczenie zabiegów, po których pacjenci z dużą częstością trafiają, można powiedzieć, planowo na łóżka intensywnej terapii, w tym również na respiratory. Chodziło o to, żeby te zasoby były w razie potrzeby dostępne właśnie dla tych pacjentów, którzy będą wymagali wentylacji mechanicznej czy intensywnej terapii w związku z niewydolnością oddechową w przebiegu infekcji COVID-19. Te działania niewątpliwie przyczyniły się wtedy do spadku pewnych planowych interwencji kardiologicznych czy też kardiochirurgicznych. Przyczyny tego leżały również po części po stronie pacjentów. Jak obserwowaliśmy w przypadku onkologii, lęk związany z pobytem w szpitalu i ryzykiem ewentualnego zakażenia w szpitalu na pewno również w jakimś stopniu przyczynił się do tego, że część pacjentów rezygnowała z planowego leczenia czy też z zaplanowanych już wcześniej terminów wykonania zabiegów.

Jeśli chodzi o działalność ściśle regulacyjną, o ograniczenia w sensie administracyjnym, to odnosiły się wyłącznie do rehabilitacji ambulatoryjnej, oczywiście w tej części, w której dotyczyła ona rehabilitacji kardiologicznej. I te przeszkody zostały usunięte zmianą rozporządzenia na początku maja, kiedy, jak państwo pamiętacie, możliwość wykonywania tych świadczeń rehabilitacyjnych, ambulatoryjnych została przywrócona. Jak to wpłynęło na liczby udzielanych świadczeń w poszczególnych miesiącach, na dynamikę w tym roku i jak to wyglądało w roku ubiegłym w analogicznym okresie, przedstawi państwu pan dyrektor Adamski z Ministerstwa Zdrowia, w tym również pewne wnioski z tym związane. A później zabierze głos pan dyrektor Daniel Rutkowski z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Bardzo proszę.

DYREKTOR DEPARTAMENTU
ANALIZ I STRATEGII
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JAKUB ADAMSKI

Dziękuję, Panie Prezesie.

Pani Przewodnicząca, dziękuję za możliwość zabrania głosu. Dziękuję państwu. Dzień dobry.

Przechodząc do trochę bliższej analizy tego okresu pandemicznego, powiem, że przyglądaliśmy się wszystkim głównym rodzajom świadczeń, które są udzielane pacjentom kardiologicznym, czyli zarówno w opiece podstawowej, zwłaszcza w opiece ambulatoryjnej, gdzie tych świadczeń jest udzielanych najwięcej, jak i w leczeniu szpitalnym i w rehabilitacji, patrzyliśmy, jak zmieniała się w czasie dostępność tych świadczeń. Oczywiście trzeba tu podkreślić dokładnie to, co powiedział pan prezes, że zdecydowanie największe ograniczenia wystąpiły w przypadku świadczeń z zakresu rehabilitacji. I mogę również potwierdzić, że jest to obszar, w którym dokonał się największy wzrost w kolejnych miesiącach. Tak więc w kolejnych miesiącach coraz bardziej wracamy do stanu poprzedniego, jeżeli chodzi o liczbę udzielanych świadczeń. Najmniejszy spadek liczby pacjentów i porad udzielonych w tym czasie w pierwszym półroczu, w szczególności o okresie od marca do czerwca, nastąpił w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. To jest szczególnie istotne, dlatego że, jak powiedziałem, z niej korzysta najwięcej pacjentów. Średniomiesięcznie to jest ok. 400 tysięcy osób, tak więc bardzo ważne jest, żeby jak największa grupa tych pacjentów otrzymała dostęp do świadczeń. Tutaj spadek w czasie pierwszej połowy roku wynosił 15%. W przypadku leczenia szpitalnego, które jest oczywiście bardzo istotne – dotyczy to istotnie mniejszej grupy pacjentów, ok. 60–70 tysięcy miesięcznie – ten spadek w pierwszej połowie roku wynosił ok. 24–25%.

Co oczywiście istotne, we wszystkich świadczeniach, na które patrzyliśmy, zdecydowanie najtrudniejsza sytuacja była w kwietniu, czyli wtedy, kiedy pacjenci powstrzymywali się w dużej mierze od zgłaszania do udzielania świadczeń; o innych okolicznościach wspominał już pan prezes. W kolejnych miesiącach we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń, które obserwowaliśmy, następowały istotne wzrosty i powrót do poziomu normalnego czy poziomu analogicznego do tego z roku poprzedniego. W opiece ambulatoryjnej już w czerwcu świadczeń udzielonych pacjentom kardiologicznym było nawet więcej niż w roku poprzednim. W pozostałych okresach mieliśmy jeszcze w tamtym okresie troszkę mniejszy udział tych świadczeń.

Patrzyliśmy w szczególności – tutaj też na pewno poproszę pana dyrektora Rutkowskiego o uzupełnienie wypowiedzi – na niektóre istotne problemy zdrowotne, w szczególności m.in. na kwestię zawałów serca. Jest to obszar, gdzie nastąpił na szczęście dużo mniejszy spadek liczby świadczeń udzielonych w okresie marzec – czerwiec bieżącego roku, był on praktycznie dla wszystkich rodzajów świadczeń dwukrotnie mniejszy niż ogólnie dla pacjentów kardiologicznych. Co istotne, w przypadku pacjentów ambulatoryjnych w czerwcu nastąpił już bardzo istotny wzrost liczby udzielonych im świadczeń, czyli nastąpił, kiedy doszło do sytuacji, że pacjenci mieli większą swobodę w korzystaniu ze świadczeń.

Jeżeli brać pod uwagę bardziej rodzaje świadczeń niż samych pacjentów, należy zauważyć, że liczby w poszczególnych rodzajach świadczeń... W opiece ambulatoryjnej największy spadek dotyczył świadczeń udzielanych pacjentom pierwszorazowym, co potwierdzałoby tezę, że mieliśmy tutaj w dużej mierze do czynienia z sytuacją, kiedy pacjenci wskutek pandemii rzadziej zgłaszali się do świadczeń. Z kolei w przypadku świadczeń, które były udzielane pacjentom po raz wtóry, te spadki były istotnie niższe. I po raz kolejny powiem, że we wszystkich przypadkach następował powrót do wyższej liczby udzielanych świadczeń w kolejnych miesiącach po kwietniu. W leczeniu szpitalnym zdecydowanie najmniejsze spadki liczby udzielanych świadczeń miały miejsce w przypadku kardiologii interwencyjnej, czyli w przypadku tych pacjentów, którzy wymagali pilnie pomocy, te zmniejszenia były zdecydowanie najmniejsze.

Myślę, że to tyle tytułem wstępu. Jeżeli będą dodatkowe pytania, to z chęcią się odniosę. Niestety, nie mieliśmy możliwości przedstawienia prezentacji ze szczegółowymi danymi. Myślę, że dyrektor Rutkowski uzupełni moją wypowiedź zwłaszcza w przypadku poszczególnych problemów, jeżeli będzie taka wola pani przewodniczącej.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

ZASTĘPCA DYREKTORA DEPARTAMENTU
ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA
DANIEL RUTKOWSKI

Dziękuję serdecznie.

Rzeczywiście szkoda, że nie możemy pokazać danych na słupkach, ale postaram się szybko to omówić.

W tych naszych analizach Narodowego Funduszu Zdrowia badaliśmy dane na temat liczby świadczeń zrealizowanych w okresie 7 miesięcy, od stycznia do lipca włącznie, i porównywaliśmy to z analogicznym okresem ubiegłego roku. Podzieliliśmy tutaj te świadczenia na kategorie związane z ostrymi zespołami wieńcowymi – i te przedstawię – ablacją zaburzeń rytmu serca oraz wszczepianiem urządzeń, czyli rozruszników.

Przejdę do kwestii ostrych zespołów wieńcowych. Jeżeli chodzi o te nasze analizy, to podzieliśmy te świadczenia na dotyczące dusznicy niestabilnej oraz ostrego zawału serca. W całej kategorii ostrych zespołów wieńcowych w okresie 7 miesięcy liczba hospitalizacji, liczba świadczeń była o 20% niższa w stosunku do roku ubiegłego, ale już w ramach poszczególnych kategorii, jeśli bliżej temu się przyglądać... Jeżeli chodzi przezskórne zabiegi ze wskazaniem dusznicy niestabilnej, to spadek za te 7 miesięcy wynosił 29%. A jeśli chodzi o ostre zawały serca, to było 12% mniej zabiegów PCI w okresie tych 7 miesięcy 2020 r. Przechodząc do tego, jak w poszczególnych miesiącach wyglądała sytuacja w przypadku zabiegów PCI...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Dyrektorze, może niekoniecznie trzeba nam tutaj robić takie analizy statystyczne w każdym miesiącu. Proszę podać, ile procent było w poszczególnych zakresach, jak to tak mniej więcej wyglądało, bo rozumiem, że od pana nie dowiemy niczego więcej za wyjątkiem statystyki i liczby udzielonych świadczeń. Nam raczej chodziło o coś zupełnie innego, o to, jak wyglądają współczynniki, które są jak gdyby odpowiedzią na opiekę zdrowotną. I to, że coś spada o 20%... No, dla pana to jest tylko 20%, a dla nas to jest aż 20%. Rozumiem państwa stanowisko,

bo reprezentujecie płatników i reprezentujecie Narodowy Fundusz Zdrowia, dlatego pan będzie nam tutaj podawał statystyki świadczeń, ale nam chodziło raczej o to, w jaki sposób ci pacjenci są zabezpieczeni. No, tego stanowiska ministra zdrowia będzie nam brakowało. Dlatego proszę, żeby pan się skupił tylko na poszczególnych zakresach i powiedział tak ogólnie: było mniej, jakiej ilości nie było – i tyle.

ZASTĘPCA DYREKTORA DEPARTAMENTU
ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA
DANIEL RUTKOWSKI

Dziękuję bardzo.

Tak że w zakresie ostrych zespołów wieńcowych jest to aż 20% spadku. W przypadku ablacji zaburzeń rytmu serca sytuacja się przedstawia w następujący sposób: jeśli porównujemy okres 7 miesięcy 2020 r. do 2019 r., to jest 81% zabiegów wykonanych zaburzeń rytmu serca, czyli jest spadek o 19% w tym obszarze. Jeżeli chodzi o ablacje złożone, to tutaj jest spadek o ok. 7%, a jeżeli chodzi o ablację u chorych z rozpoznaniem burzy elektrycznej, to nawet nastąpił wzrost liczby świadczeń o 37%. Przechodzę do ostatniej kategorii, którą tutaj badaliśmy. Chcę o niej powiedzieć, gdyż rzeczywiście, skoro nie mamy możliwości przedstawić tego w słupkach, nie można łatwo zwizualizować sobie tych danych. A więc jeżeli chodzi o wszczepienie rozruszników, to w okresie 7 miesięcy jest dynamika 82,4%, czyli podobna jak w ablacji zaburzeń rytmu serca, tj. nastąpił spadek o ok. 18%. Nie zamierzałem oczywiście omawiać tutaj wszystkich miesięcy, natomiast chciałbym zaznaczyć, że czerwiec i lipiec wyglądają dużo lepiej, jeżeli chodzi o realizację świadczeń, niż czas, kiedy były największe obostrzenia, czyli okres kwietnia i maja. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Panie Prezesie, a czy macie też analizy zgonów za te miesiące, zgonów z rozpoznaniem kardiologicznym, np. zawał?

DYREKTOR DEPARTAMENTU
ANALIZ I STRATEGII
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JAKUB ADAMSKI

Za rok 2020 nie ma danych o przyczynach zgonów w poszczególnych tygodniach czy miesiącach. Takie dane są dopiero...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Jak to nie ma? Nie ma raportów, nie ma statystyk?)

One są zbierane...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Czy za wcześniej o to pytam?)

Za wcześniej. Te dane będą udostępnione razem z przyczynami zgonu przez GUS...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: I państwo nie analizujecie tego, nie przypatrujecie się temu, tak?)

Ministerstwo Zdrowia nie zbiera tych danych. Te dane są zbierane przez Główny Urząd Statystyczny i udostępniane w formie stałych raportów po zakończeniu kolejnego roku. Udostępniane są dane dotyczące liczby zgonów w poszczególnych tygodniach...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ja wiem, Panie Dyrektorze, jak to wygląda zgodnie z procedurami, że rok do roku są przez GUS ogłaszane. Myślałam, że Ministerstwo Zdrowia zainteresuje, jak to wygląda. Dobrze. Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do wypowiedzi strony społecznej reprezentowanej tutaj przez państwa profesorów, kardiologów, a także organizacje pacjenckie.

Kto z państwa chciałby zabrać głos w tej sprawie?

Proszę bardzo. Proszę bardzo, pan profesor.
(Wypowiedź poza mikrofonem)

Niestety, do mikrofonu, Panie Profesorze, bo to...

**PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
ADAM WITKOWSKI**

Ja się tak tu przybliżyłem, bo będzie mi łatwiej na państwa patrzeć, a poza tym mam też taką prezentację, której nie mogę pokazać, tak

jak i panowie... No, ale to nie o to chodzi. Myśmy też zrobili takie porównania, jeżeli chodzi o spadek zabiegów, tylko one obejmowały inny okres. Ponieważ zrobiliśmy je szybko, obejmowały one okres tzw. ostrego lockdownu, który był między połową marca a połową maja.

Jeżeli chodzi o zabiegi kardiologii interwencyjnej... Sprawdziliśmy wszystkie pracownie, które były w Polsce, i na 163 pracownie 15 było zamkniętych. No, ale to jakby inna sprawa. Porównując ten okres od 13 marca do 13 maja 2020 r. do analogicznego okresu w 2019 r., widzimy, że mamy spadek liczby zawałów serca, w zależności od typu zawału wynoszący od 36% do 39%. Jak to interpretować? Jest wiele wyjaśnień, ale myślę, że na ogół chorzy po prostu nie chcieli się zgłaszać. Z kolei spadek procedur elektywnych, takich, które w większości są angioplastykami wieńcowymi, wynosił 74%, a więc jednak bardzo, bardzo dużo. Rozumiem, że przez kolejne miesiące część udało się nadrobić i być może w związku z tym te spadki są u państwa mniejsze.

Ale, szczerze powiedziawszy, wcale nie o tym chciałem mówić. Chciałbym powiedzieć o zupełnie czym innym. My nadal mamy w Polsce zapadalność na choroby układu sercowo-naczyniowego mniej więcej o 30% wyższą niż w tych 15 krajach tzw. starej Unii oraz w USA czy w Kanadzie. I nadal choroby układu krążenia stanowią czterdzieści kilka procent wszystkich zgonów w Polsce, czyli to jest największy generator zgonów w Polsce. Wiemy, że 4% populacji w Polsce, czyli prawie 2 miliony ludzi choruje na chorobę wieńcową. Ale to, co jest najbardziej zatrważające i niepokojące, to jest to, że w ostatnich latach, tak mniej więcej od 2016 r. obserwujemy w Polsce – i zresztą nie tylko – zahamowanie spadku umieralności tak generalnie; nie mówię teraz tylko o chorobach sercowo-naczyniowych, tylko o umieralności w ogóle. I to dotyczy i kobiet, i mężczyzn. Jeżeli przyjrzymy się temu bliżej i popatrzymy na tzw. zgony, którym można zapobiec, to widzimy tutaj, że w zakresie chorób układu krążenia – to są dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – mamy wypłaszczenie krzywej i nawet lekki wzrost od 2016 r., jeżeli chodzi o choroby układu krążenia. Czyli to jest niezwykle niepokojące. Wiemy, że mamy bardzo dużo źle leczonych chorych oraz złą prewencję pierwotną i wtórną czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze – 9,5

miliona osób w Polsce, hipercholesterolemia – 16 milionów, cukrzyca – 3 miliony, otyłość – 6,5 miliona itd., itd. Mamy również narastającą epidemię niewydolności serca, która dotyczy mniej więcej miliona czy ponad miliona osób w Polsce. Koszty związane z diagnostyką i leczeniem tych osób wzrosły między 2014 a 2019 r. z 800 milionów do 1 miliarda 600 milionów zł.

I teraz tak... Nam chodzi o to, że my jako Polskie Towarzystwo Kardiologiczne – głównie je wszyscy tu reprezentujemy, jeżeli chodzi o obecnych lekarzy – prowadzimy z ministerstwem rozmowy dotyczące 2 programów koordynowanej opieki. Jeden to jest KONS, czyli koordynowany program opieki nad chorymi z niewydolnością serca, który miał... Było już ogłoszone, że ruszy 21 listopada 2018 r. – to minister Szumowski ogłosił, że tak się stanie – no i od tego czasu właściwie niewiele się dzieje oprócz naszych rozmów z wiceministrem Gadomskim. Ostatni raz spotkaliśmy się z nim chyba na początku lipca tego roku. Wydawało się, że wszystko jest prawie uzgodnione, również sprawy finansowe, ale do następnych spotkań nie doszło. A jest to szalenie ważny program szczególnie w dobie epidemii, bo jest tam zawartych wiele instrumentów, które właśnie ograniczają kontakt pacjenta z lekarzem i przede wszystkim ze szpitalem, gdzie, jak wiadomo, jednak od czasu do czasu można się zarazić.

Kolejna sprawa to jest Narodowy Program Zdrowego Serca, który na początku, w 2017 r. postulowaliśmy jako towarzystwo. Odbyło się zebranie... On w międzyczasie zmienił nazwę – to ten narodowy program chorób układu krążenia – ale nie ma żadnego znaczenia, czy on się nazywa tak, czy inaczej. Odbyło się spotkanie pod przewodnictwem prof. Hryniewieckiego, który jest kierownikiem zespołu, nazwijmy to, koordynującego ten program, ustaliliśmy pewne punkty brzegowe, no i też wszystko jakby zawisło w próżni.

A więc nam tak naprawdę chodzi przede wszystkim o te 2 programy, dlatego że bez nich, bez zwrócenia uwagi na chorych z niewydolnością serca, bez wdrożenia programu koordynowanej opieki KONS i bez dużego programu narodowego, który oprócz tego, że uwolni dostęp do leczenia chorych kardiologicznych z limitów, to jeszcze zwróci uwagę na prewencję pierwotną i wtórną... Jeżeli my tego nie zrobimy, to nic z tego wszystkiego nie będzie i coraz więcej

pieniędzy będziemy wydawać na leczenie. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Poproszę jeszcze pana profesora o przedstawienie się do mikrofonu, bo to wszystko się nagrywa. A więc bardzo proszę...

(Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Adam Witkowski: Dobrze. Adam Witkowski.)

Mam jeszcze pytanie, Panie Profesorze. Czyli rozumiem, że zarówno w tej skoordynowanej opiece kardiologicznej, jak i w narodowym programie serca, tak go nazwijmy... Sam narodowy program jest przygotowany, pozostaje kwestia finansowania, dobrze rozumiem?

**PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
ADAM WITKOWSKI**

Jest przygotowany w głównych punktach. Pewnie to jeszcze trzeba dopracować i oczywiście znaleźć na to finansowanie. Z kolei ten program, o którym pani senator mówiła, dotyczący koordynowanej opieki nad chorymi z niewydolnością serca, ma właściwie już wszystko. Jest tutaj obecna pani prof. Jadwiga Nessler z Krakowa, która z ramienia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego jest pełnomocnikiem do spraw tego programu. Rozmawiała ona wiele razy z panem ministrem Gadomskim. Ja też się w to od czasu do czasu włączałem, byłem na tym ostatnim zebraniu. Nam się wydawało, że właściwie wszystko, jeżeli o to chodzi, jest już dopięte na ostatni guzik. I właśnie dlatego żałujemy, że nie ma nikogo z ministerstwa, bo rozumiem, że panowie akurat na ten temat za dużo nie wiecie. A może wiecie? Czy nie wiecie?

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Myślę, że nikt nam tutaj na to pytanie, niestety, nie udzieli dzisiaj wiążącej odpowiedzi. Ale, Panie Profesorze, tak jak powiedziałam, miałam

do wyboru albo po prostu przerwać dzisiejsze posiedzenie komisji, nie prowadzić go i czekać, aż łaskawie przyjdzie pan minister, albo wysłuchać państwa i później w dalszym ciągu w jakiś sposób ciągnąć ten wątek, wykorzystując zainteresowanie nas, senatorów. Wybrałam tę wersję.

Bardzo proszę. Jeśli ktoś z państwa chciałby jeszcze swój problem przedstawić, to jest to właśnie ten moment.

Bardzo dziękuję panu profesorowi.

A pytania i dopytania w tej kwestii my, senatorowie, będziemy później kontynuować, kierując je już bezpośrednio do pana ministra.

Czy ktoś z państwa, z gości chciałby jeszcze zabrać głos?

Bardzo proszę. Tylko może proszę się prześmiać, bo jednak tutaj jest troszkę lepiej. I proszę się przedstawiać do mikrofonu, bo, tak jak powiedziałam, to wszystko jest nagrywane.

**PEŁNOMOCNIK ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
JADWIGA NESSLER**

Jadwiga Nessler. Jestem pełnomocnikiem zarządu głównego do spraw niewydolności serca, a w tej chwili również do spraw opieki paliatywnej od 2019 r.

Bardzo chciałabym państwu tak w skrócie, no, może nie tyle przypomnieć, co zainteresować problemami pacjentów z niewydolnością serca z uwagi na to, że mamy ich bardzo dużo. Tych pacjentów, jak państwo wiecie, jest ponad 1 milion 200 tysięcy, tyłu jest chorych, leczących się. To są dane, które uzyskaliśmy z opracowań Narodowego Funduszu Zdrowia. Mapy zdrowotne zostały opracowane z Narodowym Funduszem Zdrowia; te dane statystyczne są już w trakcie publikacji. To jest bardzo trudna do leczenia populacja. Wiemy, że nie tylko... Problemem jest współchorobowość. A ci pacjenci mają takie ciężkie choroby jak właśnie choroba wieńcowa, nadciśnienie, cukrzyca, a także inne schorzenia, często utrudniające leczenie. Dlatego tak ważną kwestią jest to, żeby właściwie leczyć tych pacjentów i żeby byli objęci opieką wielospecjalistyczną.

I właśnie taką opieką wielospecjalistyczną zaproponowaliśmy w tym naszym projekcie opieki koordynowanej czy kompleksowej. Bez względu

na to, jak byśmy mieli ją nazwać, jest to po prostu całościowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca w starszym wieku i nie tylko, bo młodszych też to dotyczy. Zaoferowaliśmy w pilotażu ten model opieki dla najbardziej trudnej grupy pacjentów, bo pacjentów bezpośrednio po wypisie ze szpitala. Czyli ci chorzy, którzy bez przerwy wracają... Ci chorzy, leczeni szpitalnie, ponieważ w Polsce nie ma dobrze zorganizowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, bez przerwy trafiają z powrotem do szpitala.

Chciałabym bardzo prosić, abyście państwo, jeżeli możecie... Może senacka Komisja Zdrowia mogłaby przyspieszyć wdrożenie tego projektu, który jest gotowy i o którym wielokrotnie już dyskutowano w środowisku kardiologicznym, ministerialnym? On tak naprawdę został zainicjowany w 2018 r. Mówiło się wtedy, że już możemy wdrażać ten projekt. I przez te 2 lata ten projekt, który na pewno pomógłby nam prowadzić pacjentów z niewydolnością serca, ponieważ zawierał wiele takich elementów, które w tej chwili są potrzebne tej grupie chorych, czyli pomoc w warunkach domowych, telemedycynę, wizyty telefoniczne, wizyty zdalne... To jest to wszystko, co teraz, w dobie COVID, potrzebne jest pacjentom, a zwłaszcza tym, bo oni są szczególnie narażeni. Właśnie oni najczęściej zapadają na COVID i oni najczęściej giną. Nie zostało to wdrożone pomimo tego, że roczna wycena tego projektu nie była taka wysoka – chodziło o 40 milionów. Na grupę oczywiście, nie całą Polskę. To nie był projekt dedykowany całej Polsce, ponieważ trzeba było to sprawdzić w warunkach życiowych. Bardzo byśmy prosili, żeby teraz ten projekt mógł być wdrożony, ponieważ w dobie COVID program KONS jest potrzebny naszym pacjentom. To jest projekt, który tak naprawdę jest projektem leczenia pacjenta z niewydolnością serca w domu. Jeśli ten pacjent będzie miał częściowo zdalną poradę, będzie miał opiekę jednodniową, będzie miał krótką opiekę ambulatoryjną, a nie leczenie szpitalne, które pochłania 95% wszystkich środków na leczenie niewydolności serca, to chyba warto w to zainwestować. A tyle właśnie kosztuje nas leczenie szpitalne. Z kolei niewydolność serca jest najczęstszą przyczyną leczenia szpitalnego w Polsce. Tak więc myślę, że wszyscy tutaj powinniśmy dążyć do tego, żeby nawet w warunkach pandemii ten program mógł być zrealizowany. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.

Tak się składa, że ja z panią profesor spotykałam się wielokrotnie i na temat niewydolności serca rozmawialiśmy jeszcze w poprzedniej kadencji, kiedy pracowałam w Komisji Zdrowia w Sejmie. Temat niewydolności serca u pacjentów rzeczywiście jest jednym z większych wyzwań, a to z tego względu, że często zapominamy, niestety zapominamy, że schorzenia układu krążenia są na pierwszym miejscu, jeżeli chodzi o przyczynę zgonu. A jak teraz jeszcze słyszymy, w tej chwili wzrasta zachorowalność, więc jest to niewątpliwie dla całego naszego społeczeństwa wyzwanie nr 1. Tak jak pani profesor powiedziała, ten temat był wielokrotnie omawiany; prace małymi krokami posuwały się do przodu. Skoro rok 2018 był takim rokiem, kiedy właściwie już wszystko było dopięte, to tym bardziej nie rozumiemy, dlaczego zabrakło właśnie tych pieniędzy.

Bardzo dziękuję za to stanowisko. Myślę, że to będzie kolejny postulat z dzisiejszego posiedzenia naszej komisji, który jednoznacznie wybrzmiał.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**PREZES ELEKT
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
PRZEMYSŁAW MITKOWSKI**

Dzień dobry, Pani Przewodnicząca.

Przemysław Mitkowski, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, I Klinika Kardiologii, Poznań.

Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Narodowy program jest taką perełką dla nas wszystkich, jak myślę, i bardzo byśmy chcieli go wdrożyć. To jest jakby dom, który układamy z cegieł. Mamy tę pierwszą cegłę, że tak powiem, która wykazała swoją skuteczność, czyli skoordynowaną opiekę nad chorymi po zawale serca, mamy KONS – i chcielibyśmy, żeby ruszył jak najszybciej – ale to nie zamyka całego spektrum chorób układu sercowo-naczyniowego. Myślimy o opiece nad chorymi z zaburzeniami rytmu, szczególnie z migotaniem przedsionków, co ze względu na wysokie ryzyko udarów znacznie

zwiększa chorobowość, a przede wszystkim różnego poziomu niepełnosprawność i pewną izolację od życia społecznego, publicznego.

A teraz odniosę się trochę do sytuacji bieżącej, sytuacji związanej z pandemią. Co do tych liczb, które państwo przedstawiliście – oczywiście nie będziemy w żaden sposób ich kwestionować, natomiast warto zwrócić uwagę, że pierwsze 2 miesiące, czyli styczeń i luty, to były normalne miesiące pracy. Rzeczywiście, jak mówił pan profesor Witkowski, od połowy marca w zasadzie do połowy maja było olbrzymie tępienie, jeżeli chodzi o wykonywanie procedur. To, o czym pan dyrektor biura analiz i strategii mówił, te 20%, to są 2 miesiące pracy. Myślę, że w tej chwili musimy podjąć pewne decyzje. Myślimy bardzo mocno rozwinęli naszą działalność, jeżeli chodzi o procedury kardiologiczne, począwszy tak od maja aż do, powiedzmy, końca września. Musimy jednak wziąć pod uwagę, że w tym okresie mieliśmy znacznie mniejszą zapadalność na COVID.

Podam jeden przykład z mojego szpitala. Jeden chory, który się niejako przecisnął przez bramkę, to znaczy, że mimo oznaczenia, mimo negatywnego wyniku w ciągu kilku dni rozwinął chorobę – jak wiemy, zakaźność występuje 2 dni przed pojawieniem objawów i ok. 7 dni po ustąpieniu objawów, dlatego testy PCR najlepiej robić między piątą a siódmą dobą, wtedy jest ich największa czułość – no i ten chory po prostu zaraził kolejne 5 osób. Musimy pamiętać, że choroby układu sercowo-naczyniowego znacznie pogarszają rokowania w przypadku pandemii COVID.

W związku z tym ja mam taką propozycję. Skoro mamy te niedowyożnienia, myślę że warto byłoby jakąś specjalną ustawą, być może zarządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zdjąć kaganiec ryczałtowy na procedury kardiologiczne przynajmniej do końca roku. Chodzi o to, że jeżeli ktoś ma możliwości wykonania leczenia tych chorych, którzy prawdopodobnie tylko przesuwają swoją obecność w szpitalu, dlatego że uważają, że może jeszcze mogą poczekać... Wiemy też, że w tej chwili średnie zaawansowanie chorób tych pacjentów, którzy trafiają na procedury planowe, jest zdecydowanie większe, w związku z tym wymagają opieki znacznie dłużej i znacznie bardziej złożonej. Musimy też pamiętać, że w tej chwili wykonanie procedur wiąże się z większymi kosztami

szpitali, dlatego że dochodzą środki ochrony osobistej, chociażby stroje jednorazowe, na które zapotrzebowanie jest olbrzymie. Proszę pamiętać, że tamten jeden chory, zarażając kolejnych pięciu, wyłączył jeden z oddziałów kardiologii na 2 tygodnie. To są po prostu kolejne procenty, które powodują, że liczba wykonywanych procedur, skądinąd potrzebnych, spada.

Kolejna sprawa jest taka, że potrzebujemy szybkich testów, takich, które są w stanie stwierdzić, czy dany chory jest zakażony COVID, czy nie; mówimy o chorych objawowych. Chodzi chociażby o test NGS, na którego wynik czekamy 1,5 godziny. To jest bardzo ważne, dlatego że mamy problem, co z takim chorym dalej zrobić. Szpitale koordynujące – one w tej chwili inaczej się nazywają – przyjmują tylko chorych, którzy mają potwierdzone zakażenie COVID. I ten czas do potwierdzenia jest kluczowy, dlatego że jeden chory leżący na sali intensywnego nadzoru na oddziałach kardiologicznych może zakazić wielu chorych. Tak że taki jest mój apel.

I jeszcze jedna prośba do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia... Bardzo dziękuję, że pan prezes pojawił się na tym posiedzeniu. Mamy coś, co jest prawie gotowe, co może zmniejszyć ryzyko zakażenia u chorych z niewydolnością serca, czyli program teledzielnictwa urządzeń wszczepialnych. Zyskał pozytywną rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2018 r., ten projekt jest w tej chwili bardzo dopracowany. Z posiadanych przez mnie informacji, zdobytych w trakcie ewaluacji procedur kardiologicznych wynika, że ten projekt trafił z powrotem do Ministerstwa Zdrowia. Jeden z ministrów zapowiadał, że chciałby, żeby ten teledzielnictwo urządzeń wszczepialnych trafił do refundacji do końca roku. To jest bardzo ważne. Chorzy nie muszą wtedy przyjeżdżać do ośrodków kontrolujących, dlatego że większość parametrów jesteśmy w stanie zdalnie odczytać z pamięci urządzenia. To są nie tylko parametry pracy urządzenia, ale też parametry kliniczne dotyczące zaburzeń rytmu, zagrożenia niewydolnością serca, występowania migotania przedsionków.

Tak że to są te 3 elementy, o których zrealizowanie bym prosił. Podsumowuję: zniesienie limitów na kardiologię co najmniej do końca roku, poprawa finansowania i dostępności szybkich testów i środków ochrony osobistej oraz

jako trzecie ten projekt zdalnego monitorowania urządzeń. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Rzeczywiście, mówiąc tutaj o różnych problemach pacjentów z chorobami układu krążenia, mówimy tak naprawdę o czasie przeszłym, czyli o tych miesiącach od marca do dzisiaj, kiedy przecież mieliśmy szpitale jednoimienne i kiedy liczba zakażeń wahała się w granicach 200, 300, 400. Jednak ani jedno słowo do tej pory nie padło ze strony pana prezesa na temat zabezpieczenia dostępności świadczeń dla tych pacjentów na późniejszy czas, na okres jesienny.

To, co powiedział pan profesor, jest oczywiście dla nas też ogromnie ważne, bo... Mam takie pytanie, Panie Profesorze, które zrodziło się w czasie, kiedy pan się wypowiadał. Chciałabym zapytać państwa: czy w czasie tych kilku miesięcy, które minęły, i w czasie, kiedy Ministerstwo Zdrowia się przygotowało czy miało się przygotować do kolejnej strategii, jesiennej strategii walki z koronawirusem, były spotkania z państwem w Ministerstwie Zdrowia? Czy ktoś czerpał z waszej wiedzy? Czy były jakieś zespoły doradcze, które w jakiś sposób miałyby zapewnić w tej strategii także poprawę dostępu pacjentów do tych świadczeń? Ja nie wiem, czy akurat panowie uczestniczyliście w takich spotkaniach, ale może wiecie, czy były tego typu spotkania i dyskusje.

**PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
ADAM WITKOWSKI**

Były spotkania w sprawie KONS, czyli tego programu koordynowanej opieki nad chorymi z niewydolnością serca, z panem wiceministrem Gadomskim. Chyba żadnych innych nie było. No, raz spotkaliśmy się, i to wirtualnie, w sprawie tego dużego programu narodowej strategii kardiologicznej, tak to nazwijmy, pod kierunkiem prof. Hryniewieckiego, który dostał takie zadanie od ministra zdrowia. I właściwie na tym się skończyło.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czyli rozumiem, Panie Profesorze, że strategia walki z koronawirusem na jesień, która jest przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia, znowu dotyczy tylko i wyłącznie pacjentów z koronawirusem, natomiast zabezpieczenia świadczeń dla pozostałych pacjentów... Takiej strategii nikt z państwem nie omawiał, tak?

**PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
ADAM WITKOWSKI**

To było właśnie omówienie strategii... to znaczy wstępne omówienie tego, na czym powinniśmy opierać się narodowy program zdrowego serca czy chorób układu krążenia, jak on się teraz nazywa. Na początku lipca było to ostatnie spotkanie w sprawie KONS. I to wszystko, co ja wiem. No, ale jest powołany zespół doradczy przy ministrze zdrowia, więc pewnie jakieś tam konsultacje się odbywają.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

**PREZES ELEKT
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
PRZEMYSŁAW MITKOWSKI**

Pani Przewodnicząca, wspominaliśmy w trakcie tych spotkań chociażby o tym monitorowaniu urządzeń wszczepialnych; mówiliśmy, że w tej sytuacji jest bardzo ważne, żeby uzyskało to refundację. Rozmawialiśmy również o zapewnieniu testów dla pracowników ochrony zdrowia, którzy powinni być w naszej opinii dosyć regularnie sprawdzani, żeby ograniczyć transmisję. No, nie żyjemy w klasztorach szpitalnych, mamy kontakty, nasze dzieci uczą się, chodzą do szkół, w związku z czym możliwość testowania jest bardzo istotna. A co najważniejsze, chodzi o to, żebyśmy mogli testować

naszych pacjentów, którzy przychodzą na planowane procedury. I ważne są tutaj... Planowane i ostre procedury, oczywiście, bo jak panowie z Narodowego Funduszu Zdrowia powiedzieli, w zakresie tych procedur, które były ostre i bezwzględnie ratujące życie, ten spadek był stosunkowo najmniejszy. Mówimy np. o ablacjach w burzach elektrycznych czy wszczepieniach stymulatorów z powodu bloków, czyli u chorych z MAS. W związku z tym jest ważne, żeby w przypadku innych chorych – oni, jak myślę, po 6 miesiącach naprawdę nie powinni dalej czekać na ich planowane procedury, one mogą być wykonane – były dostępne te szybkie testy. Wiem, że są jakieś problemy z zaopatrzeniem w te testy, szczególnie NGS, bo one są chyba sprowadzane ze Stanów Zjednoczonych. Wiem, że po prostu niełatwo te zakupy zrealizować. Ale te postulaty dla nas są ważne właśnie jesienią.

Kolejna sprawa, o której jeszcze mówimy, to pełne zabezpieczenie systemu ochrony zdrowia, pracowników ochrony zdrowia szczepieniami przeciwko grypie, bo są to osoby najbardziej narażone. Chodzi o to, żebyśmy mogli po prostu, w jakiś sposób stymulując nieswoiście odporność, też zmniejszać ryzyko długiego odstawienia od naszych zadań.

(Pełnomocnik Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Jadwiga Nessler: Jadwiga Nessler. Chciałabym jeszcze...)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Proszę.

**PEŁNOMOCNIK ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
JADWIGA NESSLER**

Jeszcze chciałabym wspomnieć, że właśnie podczas spotkania z panem ministrem w lipcu to gremium, które uczestniczyło w tym spotkaniu, zwracało ministrowi uwagę na to, że tak naprawdę, jak oceniliśmy, projekt KONS niejako wyprzedził COVID. Otóż te wszystkie rozwiązania, które proponowaliśmy przed 2 laty w KONS – a więc samoopieka, edukacja pacjenta, zdalne

monitorowanie, wizyty pielęgniarskie, telefoniczne – zapewniały opiekę o takim charakterze, jaka bardzo przydałaby się teraz, w dobie pandemii. I myślę, że powinniśmy jak najszybciej to wdrożyć, żeby przynajmniej część pacjentów mogła skorzystać z tych rozwiązań. One są gotowe i po prostu od razu do wykorzystania. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Jedno zdanie na temat testów dla personelu i szczepień. O to też zabiegaliśmy. I nie mówimy tutaj tylko o lekarzach kardiologach, ale w ogóle o personelu medycznym. Na ten temat pewnie będziemy jeszcze robić odrębne posiedzenie komisji. Rzeczywiście jest to duże wyzwanie. Oczywiście przyjmujemy również ten apel.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO
KRZYSZTOF FILIPIAK**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Krzysztof Filipiak, Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W tej kadencji pełnię również funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Chciałbym dorzucić kilka problemów do tych wszystkich ważnych spraw, o których mówili moi wielce szanowni koledzy. Proszę pamiętać, że... Dopływają do nas bardzo niepokojące dane dotyczące kontroli podstawowych czynników ryzyka. Przypomnę, że podstawowe czynniki ryzyka dla pacjentów z chorobami układu krążenia to jest nadciśnienie tętnicze i hiperlipidemia. Nieoficjalnie wiemy, że o 60% spadło oznaczenie cholesterolu, a więc wykonywania prostego badania, lipidogramu. To jest oczywiście konsekwencja teleporad, tak? No, teleporadą mogą przedłużyć recepty, ale nie zdiagnozują nowych pacjentów. Mam takie nieoficjalne dane, które pokazują np., że o ile nie spadła liczba wizyt, liczonych łącznie, pacjentów, których lekarze rodzinni leczą np. w związku z nadciśnieniem tętniczym, to dramatycznie, bo o 60% spadła liczba tzw. wizyt pierwszorazowych. To jest zrozumiałe, bo podczas

teleporady mogą przedłużyć dotychczasowe leczenie, natomiast nie rozpoznają nowego przypadku nadciśnienia tętniczego. W takim razie ja już tutaj wybiegam myślami dalej niż ta jesień, biorę pod uwagę przyszły rok. Otóż pogorszy się wtedy opieka nad pacjentami z nadciśnieniem i z hiperlipidemią, z podwyższonym cholesterolem, bo po prostu nie wychwytywujemy nowych pacjentów, nie wykonujemy podstawowych badań. Co na to fundusz zdrowia? Jak państwo zaadresujecie ten problem?

I z tym związana jest inna sprawa, która nas bardzo niepokoi. Bardzo dziękujemy pani przewodniczącej, że to posiedzenie Komisji Zdrowia akurat zbiegło się z tą datą, bowiem, jak państwo już wiecie z mediów... I prosiłbym przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia o skomentowanie tego. Otóż z mediów znany już jest państwa plan finansowy na 2021 r. I ja z przerażeniem tam zobaczyłem, że np. jest tam 500 milionów mniej na refundację leków. Jak to się ma do opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia i tego, że my zabiegamy o refundację albo program terapeutyczny np. dla nowoczesnych leków hipolipemizujących, dla tzw. inhibitorów PCSK9? Jak te plany tak dramatycznego spadku refundacji leków, który państwo planujecie na rok 2021, będą się odbijać na możliwości kontroli tego podstawowego czynnika ryzyka? Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Będzie posiedzenie poświęcone finansowaniu ochrony zdrowia i ten plan rzeczowo-finansowy na pewno będzie omawiany tutaj, w Komisji Zdrowia, a więc proszę śledzić, co tutaj się będzie działo. Rzeczywiście zauważyliśmy duże spadki w planie Narodowego Funduszu Zdrowia i też jesteśmy tym ogromnie zaniepokojeni.

Proszę bardzo, jeszcze pan się zgłasza. Proszę bardzo.

**DYREKTOR EUROPEJSKIEGO CENTRUM
STRATEGII POLITYK
W OCHRONIE ZDROWIA
MACIEJ BOGUCKI**

Dzień dobry. Maciej Bogucki, Europejskie Centrum Strategii Polityk w Ochronie Zdrowia.

Mam takie bardzo konkretne pytanie, bo przyznam, że wstępne prezentacje nieco mnie zaszokowały. Jeżeli przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia mówi, że nie ma danych o śmiertelności, bo GUS ich jeszcze nie opublikował... No, ja jestem tym po prostu wstrząśnięty.

(Przewodnicząca Beata Małecką-Libera: Ja też.)

Wydaje mi się, że NFZ ma dane za naciśnięciem klawisza w telefonie.

I à propos danych dostępnych za naciśnięciem klawisza w telefonie – bardzo bym prosił państwa – w zasadzie to apel do pani przewodniczącej – o udostępnienie przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacji, ile recept, e-recept zostało dotąd wystawionych na szczepionki przeciw grypie i ile tych recept zostało zrealizowanych. Dziękuję uprzejmie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Uprowadził mnie pan, bo mam przygotowaną interpelację na ten temat. Nie wiem, czy pan prezes będzie miał dzisiaj dokładną liczbę, ale takie pytanie również miałam zamiar zadać. Tak że bardzo dziękuję.

Czy ktoś jeszcze z państwa? Dziękuję.

Proszę bardzo, Panie Prezesie. Może chociaż w części będzie pan mógł do tego się odnieść.

Chciałabym również zapytać: czy w Narodowym Funduszu Zdrowia przygotowywaliście plan finansowania tych 2 programów, narodowego programu serca i KONS?

**ZASTĘPCA PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
BERNARD WAŚKO**

Może tak na szybko, Pani Przewodnicząca, od ostatniego pani pytania zaczynając... Tak, Narodowy Fundusz Zdrowia był przygotowany do sfinansowania programu kompleksowej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca. Budżet tego programu, tak jak pani profesor wspominała... Miało to być zrobione w charakterze pilotażu, programu o bardzo lokalnym, okrojonym zasięgu, po to właśnie, żeby przetestować pewne rozwiązania przed ewentualną szerszą

implementacją do systemu. Zakładany budżet tego programu to było ok. 40 milionów zł i on był przewidziany do realizacji w ramach planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie chciałbym się wypowiadać w imieniu pana ministra Gadomskiego, który jest jakby gospodarzem, jeśli chodzi o prace regulacyjne – jak państwo wiecie, NFZ nie ma takich kompetencji – więc powiem tylko, że wedle mojej wiedzy prace nad dopracowaniem...

(Przewodnicząca Beata Małecką-Libera: Ale pan dzisiaj reprezentuje ministerstwo, przypomina.)

Dlatego postaram się podzielić wiedzą, którą posiadam w tym temacie.

Otóż do marca trwały prace nad poprawą merytorycznych założeń programu i jego udoskonaleniem w taki sposób, aby gwarantował on w większym stopniu, niż to pierwotnie zakładano, osiągnięcie celów tego programu. Jednak, jak państwo wiecie, wszelkie projekty strategiczne, które dotyczyły nowych programów czy nowych interwencji, w związku z COVID zostały w pewien sposób zawieszony z uwagi na inne priorytety, które się pojawiły. A więc nie wiem, jak wysoko na liście priorytetów jest w tej chwili sytuowany ten program – ale myślę, że pan minister Gadomski na pewno się wypowie w tej sprawie – i czy te merytoryczne poprawki, którym ten program miał podlegać, zostały już wprowadzone, czy też nie.

Jeśli chodzi o kwestię dostępu do opieki kardiologicznej...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Jeszcze coś, przepraszam bardzo. Panie Prezesie, powiedział pan tylko o jednym programie. A ten drugi? A narodowy program zdrowego serca? Czy on też był przez Narodowy Fundusz Zdrowia oceniany i wyceniany? Czy były tego typu prace u was, w funduszu?

**ZASTĘPCA PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
BERNARD WAŚKO**

Nie mam wiedzy na temat tego, jakie były założenia tego programu w części dotyczącej wpływu na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeśli chodzi o dostęp do opieki ambulatoryjnej w kardiologii, to powiem, Szanowni Państwo, że w marcu, jeszcze przed pandemią – w zasadzie można powiedzieć, że na samym jej początku, ale założenia regulacyjne były przygotowane jeszcze w lutym – jak państwo wiecie, zdelimitowano dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i porad kardiologicznych wraz z kilkoma innymi zakresami. Niestety, z racji tego, co się później wydarzyło, do tej pory nie mogliśmy ocenić wpływu, jaki ta delimitacja miała się na dostępność tych świadczeń, z wiadomych powodów. Wprowadzono też, tak jak w przypadku innych porad specjalistycznych, możliwość teleporady i rozliczania tejże teleporady w AOS. To również było na samym początku pandemii. Przy czym, tak jak państwo tutaj słusznie zauważyliście, dotyczyło to wyłącznie porad kolejnych, u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami, a nie pierwszorazowych, również z wiadomych powodów, tzn. aby zapobiec pewnego rodzaju nieuprawnionym wizytom w przypadku pacjentów, którzy pierwszy raz trafiają do specjalisty.

Jeśli chodzi o statystyki dotyczące zgonów, Szanowni Państwo, to rzeczywiście jest pewien problem sprawozdawczy. Za naciśnięciem guzika można ujawnić tylko połowę tego problemu, tymczasem wiedza o drugiej połowie jest równie istotna. Szanowni Państwo, tylko połowa zgonów w Polsce to są zgony wewnątrzszpitalne i tylko o tychże statystykach Narodowy Fundusz Zdrowia ma wiedzę, dlatego że pozostała część to jest statystyka gusowska, zbierana i publikowana z dużym opóźnieniem. Wedle tego, czym dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, liczba zgonów wewnątrzszpitalnych z przyczyn kodowanych jako grupa chorób układu krążenia za pierwsze 7 miesięcy bieżącego roku to jest 23 tysiące 680, podczas gdy w ubiegłym roku to było 28 tysięcy 37. A więc jest spadek zgonów wewnątrzszpitalnych kodowanych z tych przyczyn o ok. 5 tysięcy, jeśli chodzi o rok 2020, i takimi danymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście nie mamy wiedzy o zgonach pozaszpitalnych.

Co do szybkich testów, o których była tutaj mowa, to powiem tak. Jeśli chodzi, jak przypuszczam, o technologię, która dotyczy urządzeń sprowadzonych ze Stanów Zjednoczonych, to mamy świadomość tego, że jedną z przyczyn ograniczonej dostępności do testów jest embargo nałożone na eksport tychże testów w związku

z zapewnieniem do nich dostępności na rynku amerykańskim. I rzeczywiście, firmy, które sprzedały takie urządzenia na rynku polskim, obecnie mają problemy z zapewnieniem ciągłości dostaw właśnie w związku z tymi przyczynami, czyli ochroną rynku wewnętrznego, jeśli chodzi o Stany Zjednoczone.

Co do wyceny świadczeń to powiem, że taka wycena związana ze wzrostami kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia w okresie pandemii została podniesiona o 3% w stosunku do wszystkich świadczeń objętych finansowaniem ze środków publicznych od 1 lipca tego roku i jest to finansowane dodatkowo, ze środków ze specjalnego funduszu przeznaczonego na walkę z COVID. Środki te nie pochodzą z planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szanowni Państwo, co do testów biochemicznych, które dotyczą gospodarki lipidowej, to powiem, że bardzo trudno mi się odnieść do nieoficjalnych danych, które były tutaj prezentowane, chociażby z takich powodów, że badania diagnostyczne, laboratoryjne prowadzone u pacjentów nie są osobno sprawozdawane do Narodowego Funduszu Zdrowia, są one elementem usługi czy to ambulatoryjnej, czy wewnątrzszpitalnej. My niestety nie mamy takich danych, żebyśmy mogli się do tego odnieść i zweryfikować takie informacje.

I szczepionki, Szanowni Państwo. Gdybym wiedział, że takie pytanie padnie, to przygotowałbym dane, bo one znajdują się w systemach Centrum e-Zdrowia, czyli jednostki podległej Ministerstwu Zdrowia. Takie dane mogą uzyskać. To, czym dysponuję, jeśli chodzi o wrzesień, to jest liczba sprzedanych szczepionek – we wrześniu to było ok. 320 tysięcy dawek. Należy zauważyć, że na początku października sprzedaż bardzo przyspieszyła, ale obecnie nie jestem w stanie podać, jakie to są liczby, ponieważ nie przygotowywałem się szczegółowo do takiego pytania.

Co do planu finansowego to chciałbym poinformować państwa, że nie ma powodów do niepokoju, jeśli chodzi o środki na refundację, dlatego że wydatki na leki refundowane należą do tej kategorii planu finansowego, która jest objęta umowami nielimitowymi, więc są one finansowane do umów z aptekami na podstawie faktycznego wykonania. Jeżeli rzeczywiście obserwujemy takie zjawisko, a obserwujemy, że z roku na rok w relacji do całości wydatków one

niewiele spadają, a obecnie wynoszą niewiele ponad 15% ogólnych wydatków na świadczenia, to jest, Szanowni Państwo, skutek głównie spadku cen jednostkowych leków. A więc pomimo tego, że do refundacji cały czas dołączane są nowe substancje objęte refundacją, do obwieszczenia Ministra Zdrowia są wprowadzane nowe leki, np., jak państwo wiecie, ostatnio nowoczesna grupa leków przeciwcukrzycowych... Tak że jeżeli w planie finansowym jest założony spadek w tej kwocie, to nie dlatego, że ograniczana jest dostępność, tylko jest to pochodna realizacji mniejszej wartościowo. Jeśliby te wydatki były większe od planowanych, to oczywiście fundusz zrefunduje je w 100%, dlatego że tak są zawarte umowy z aptekami. Temu służy jednoprocentowa rezerwa w planie finansowym, która jest skonstruowana m.in. na tego typu nieprzewidziane sytuacje i uwalniana w ciągu roku. Ta rezerwa to jest 1%, jak państwo wiecie, a w związku z całością planu obecnie to jest prawie 1 miliard zł. A więc nie ma powodu do obaw o dostępność leków wyłącznie na podstawie konstrukcji planu na rok 2021. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Myślę, że wszystko to, co pan mógł powiedzieć, i to, nad czym wy tam w Narodowym Funduszu Zdrowia pracujecie, zostało powiedziane. Nam tutaj zdecydowanie brakuje informacji i stanowiska ministra zdrowia. Chociażby kwestia poruszana przez pana profesora, dotycząca nadciśnienia tętniczego i problemów związanych z pierwszą poradą, z wczesną diagnostyką... Ja rozumiem, że pan prezes po prostu nie umie nam teraz odpowiedzieć na tak zadane pytania. Dlatego stawiam wniosek, aby odpowiedzi na wszystkie te pytania, które zostały zadane przez państwa profesorów, a za chwilę także senatorów, bo będą udzielała im głosu, ponieważ poprosili mnie o to, zostały w formie pisemnej skierowane do Komisji Zdrowia Senatu, w tym bardzo szczegółowe odpowiedzi na pytania, co dalej z narodowymi programami, a także na pytania odnośnie do liczby wystawionych recept na szczepionki przeciwko grupie i liczbie recept, jaka została zrealizowana.

Zapisało się do głosu jeszcze 4 senatorów: pani profesor Chybicka, pani senator Gorgoń-Komor, pan senator Konieczny i pani senator

Matecka. Bardzo proszę o zadanie pytań w takiej kolejności.

Pani senator Chybicka. Bardzo proszę.

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Dla mnie to jest, powiem szczerze, niepojęte, że nie ma żadnego z wiceministrów. O tym mówiła już pani przewodnicząca. Ja rozumiem, że jest sytuacja koronawirusowa, ale tematem tego naszego dzisiejszego posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia jest sytuacja chorych kardiologicznie w dobie koronawirusa i tak naprawdę my tutaj nie usłyszeliśmy, czy kraj jest przygotowany... Ja tu nie mam na myśli kraju jako ziemi, tylko jako ludzi chorych na choroby kardiologiczne, a więc: czy ci chorzy są przygotowani do przejścia przez to, co nas w najbliższych dniach czeka? Widać, że COVID galopuje. Zawsze są takie 2 dni, to jest sobota i niedziela... Wyniki podawane w niedzielę i w poniedziałek są niższe niż te, które były parę dni wcześniej, a więc prawda przyjdzie jutro, pojutrze i popojutrze. Mam sygnały z terenu, że dzisiaj do punktów badań są ustawione kolejki po 200 osób. Tak że nie ma wątpliwości, że koronawirus pędzi.

Ja mam pytanie przede wszystkim do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, ale także do ekspertów kardiologicznych: czy każdy chory kardiologiczny, w zależności od tego, jaką ma chorobę, wie co ma robić? Ja posłużę się przykładem moich dzieci chorych na nowotwory. Nasze dzieci, które są w remisji, mają inny, że tak powiem, rozkład jazdy niż te, które leczą się obecnie na ostro, i niż te, które stoją u progu rozpoznania. Czy zostały zrobione takie szczegółowe rozkłady jazdy w zależności od rozpoznania choroby kardiologicznej, od sytuacji, w jakiej znajduje dany chory się?

Pytanie kolejne jest takie. Czy przy każdym oddziale kardiologicznym są strefy buforowe? Ktoś z państwa mówił, że potrzebne są błyskawiczne testy. Zgadza się, że im szybciej zrobi się badanie takim testem, który jest atestowany, tym wszędzie, dla wszystkich chorych jest lepiej. Ale czy oddziały są przygotowane na to, ażeby w tej strefie buforowej położyć chorych kardiologicznych, którzy muszą być hospitalizowani, tam postawić rozpoznanie, czy jest

COVID, czy go nie ma, i ewentualnie przekazać chorego do szpitala jednoimiennego, albo, tak jak w szpitalu, w którym ja mam zaszczyt pracować, żeby z tej strefy buforowej chory przechodził na oddział kardiologiczny? Z tym że każda specjalność ma te swoje strefy buforowe, ci chorzy nie mieszają między sobą się. Tak na wycucie, bo ja nie jestem kardiologiem, tylko onkologiem dziecięcym, wydaje mi się, że część chorych dużo lepiej będzie się miała, jeśli będzie miała teleporady i będzie prowadzona kompletnie zdalnie. Państwo zapewne wręcz im zalecacie, ja myślę, że tak to wszystko funkcjonuje, że mają pozostać w domu. Na pewno senacka Komisja Zdrowia poprze wszelkie państwa ruchy, ażeby znaleźć pieniądze, usprawnić zdalne prowadzenie pacjentów kardiologicznych. Zupełnie inną grupą chorych są ci świeżo zachorowujący. Powiem szczerze, że oni są w najtrudniejszej sytuacji, i dla nich powinny być pilnie przygotowane zasady koronawirusowe. My nie możemy zamknąć oczu na to, że ta pandemia jest i że epidemia w Polsce pędzi, i nie możemy patrzeć na tych chorych tak, jak to było w czasie, kiedy tego nie było. To chyba strach jest wypuścić chorego po każdym zabiegu kardiologicznym – może się mylę – nawet do domu, przetransportować go. Jak on ma bezpiecznie dojechać? Jak on ma bezpiecznie być w tym domu? Taki chory po jakiegokolwiek ingerencji jest bardziej narażony na to, że złapie tego koronawirusa. Niepojęte dla mnie jest... Któryś z panów zadał pytanie co do tego, ile osób zmarło z powodów kardiologicznych w bieżącym roku, i otrzymał odpowiedź, że takich danych nie ma. To po prostu się w głowie nie mieści. Jak to nie ma? Przecież te dane są, one spływają i tak naprawdę Ministerstwo Zdrowia powinno mieć w jednym palcu to, ilu chorych umiera, że tak powiem, z powodu czystego koronawirusa...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Pani Senator, proszę dochodzić do wniosków. Dobrze?)

Już kończę. Właściwie powiedziałam chyba mniej więcej wszystko, co chciałam. Chciałabym jeszcze zapytać... Państwo mówili o programie, który ma kosztować 40 milionów zł, a który jest realizowany od 2018 r. Dlaczego przez tak długi czas nie znalazło się tych 40 milionów? To jest kolejne pytanie do rządzących, czyli do ministra zdrowia. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Następna w kolejności jest pani senator Gorgoń-Komor.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGON-KOMOR**

Witam państwa serdecznie.

Ja czuję się wyznaczona do głosu z racji tego, że jestem praktykującym kardiologiem. Powiem tak. Pani Przewodnicząca, ja jest zbulwersowana tym, że nie pojawił się nikt z resortu zdrowia. Jest to ignorowanie Izby Wyższej, komisji Senatu, która podejmuje dzisiaj tak ważny temat, jak choroby układu krążenia i leczenie ich w dobie COVID, choroby, które są, jak pani przewodnicząca powiedziała, najczęstszą przyczyną śmiertelności, zachorowalności wśród Polaków, a także wśród populacji europejskiej. Cieszę się, że wśród nas są tak znakomici goście, jak państwo profesorowie, których ja jako senator kardiolog witam.

Powiem tak. Absolutnie niedopuszczalne jest, tak jak powiedzieli moi przedmówcy, żebyśmy nie prowadzili rejestru zgonów, śmiertelności czy zachorowalności na choroby układu krążenia, w tym ostry zespół wieńcowy, w dobie COVID. Fundusz dysponuje takimi danymi, a od 2011 r. prowadzony jest także Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego, gdzie spływają dane ze szpitali co do tego, ile osób choruje na zawał, jak są leczone, wszystkie dane, na podstawie których są prowadzone pewne opracowania, które to nasza asocjacja kardiologiczna prezentuje na corocznych kongresach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego czy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Zainteresował mnie bardzo temat spadku liczby zawałów z uniesieniem odcinka ST, powstały takie badania. Wpływa na to kilka czynników Nie wiem, czy reprezentant Narodowego Funduszu Zdrowia... czy państwo prowadzili takie badania, dlaczego mamy takie dobre statystyki. Ja bym się z tego tak bardzo nie cieszyła, bo, podsumowując dla państwa, powiem, że uważam, iż te zawały po prostu były źle leczone i te osoby nie uzyskały należytej pomocy w pierwszej fazie szpitalnej, którą tak szcycimy

się od wielu lat. Chcę państwu przypomnieć, że jeśli chodzi o leczenie ostrych zespołów wieńcowych w fazie ostrej, to od momentu zgłoszenia do wykonania procedury mamy bardzo dobre statystyki, ale rok po... Tzn. jeśli chodzi o te *follow-up*, te kontrole, to widać, że jest zwiększona śmiertelność. Odpowiedzią na to był tzw. KOS.

Co do KONS, czyli opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, to chcę powiedzieć, że te 40 milionów dotyczy tylko programu pilotażowego, a nie programu dla wszystkich Polaków. To, że on jest potrzebny, nie ulega żadnej wątpliwości, ale uważam... I teraz zdaję pytanie: kiedy będzie realizowany KONS? Czy w najbliższym czasie dostaniemy kompletną statystykę sposobu leczenia ostrego zespołu wieńcowego z uwzględnieniem przyczyn spadku procedur inwazyjnych, nie mówiąc już o kardiochirurgicznych? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Proszę, pan senator Konieczny.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.
Pani Przewodnicząca! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Miałem poruszyć trochę inne zagadnienia i zadać inne pytania, gdyby był obecny przedstawiciel ministerstwa, no ale warunki mamy, jakie mamy. W związku z tym mam pytania do pana prezesa i mam prośbę: jeżeli pan prezes nie może dzisiaj na nie odpowiedzieć, to oczywiście proszę o odpowiedź na piśmie.

Pierwsze. Czy są przewidywane zmiany wymagań wobec oddziałów kardiologii, kardiologii, neurologii, interny, czyli tych, których kwestię dzisiaj omawiamy, tych, które się zajmują ostrymi stanami krążeniowymi, ogólnie rzecz ujmując, czy są te same wymagania wobec personelu itd.? Czy będziemy to... Czy fundusz nie będzie już tego wymagał, oficjalnie czy nieoficjalnie, czy też dyrektorzy dalej mają się trzymać... Skracając: jeżeli na jakiejś sali brakuje obsady, to ją zamykamy, żeby nie mieć kary

od NFZ. Czy co do tego będzie jakaś zmiana, czy państwo nie czujecie takiej potrzeby?

Drugie. Czy rozważane jest wprowadzenie ostrych dyżurów? Możemy to rozpatrzyć także co do tych oddziałów, o których dzisiaj rozmawiamy, np. kardiologii albo neurologii, aczkolwiek tutaj problem jest szerszy i dotyka bardziej oddziałów zabiegowych, tzn. szpitali, które mają oddziały zabiegowe, a więc chirurgię, chirurgię urazową i bloki operacyjne. Chodzi o to, żeby mimo braku personelu można tam było dalej prowadzić leczenie. Takim sposobem były ostre dyżury w czasach, kiedy było mniej lekarzy. Czy NFZ prowadzi jakieś prace kierunku tego, aby wrócić do takich dyżurów lub na nie zezwolić? Bo obecnie one są zakazane.

Chciałbym się dowiedzieć, ile oddziałów, internistycznych, kardiologicznych, kardiologicznych, neurologicznych, wstrzymało przyjęcia na ponad jedną dobę w okresie – chciałbym, żeby tutaj było takie porównanie – od 15 sierpnia tego roku do 15 września tego roku i od 15 września do, powiedzmy, 15 października. Zanim państwo przyszykujecie te dane, to na pewno już będzie 15 października. Będziemy mogli się dowiedzieć, ile oddziałów wstrzymało działalność na ponad jedną dobę, będziemy znali skalę zjawiska, a przynajmniej będziemy wiedzieli, jak ono narasta.

I ostatnie pytanie. Rozmawiamy o finansach i np. o brakujących 40 milionach. Jak wpłynie na Narodowy Fundusz Zdrowia to, co uchwaliliśmy na ostatnim posiedzeniu Senatu, czyli ten fundusz prezydencki? Jak to wpłynie na finanse NFZ? Czy tutaj nie będzie tak, że można... Wiem, że w tym roku są na to zarezerwowane w sumie 2 miliardy. Czy to już będzie jakoś wpływać na plan finansowy funduszu w tym roku, w przyszłym, czy też te pieniądze będą zupełnie osobne? Czy to będzie w jakiś sposób z państwem ustalane, czy też to będzie osobna sprawa? No bo może można by znaleźć te 40 milionów i nie byłoby tego problemu. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Tak jak powiedziałam, Panie Senatorze, będzie posiedzenie komisji, na którym będziemy się zajmowali finansami i planem rzeczowo-finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR
EWA MATECKA

Dziękuję bardzo.

Chciałabym usłyszeć opinię państwa profesorów na temat zaleceń, które zostały wydane na początku pandemii, związanych ze wstrzymaniem planowanych zabiegów kardiologicznych, ze wstrzymaniem świadczeń rehabilitacyjnych, co dało w efekcie ich spadek w porównaniu z rokiem poprzednim na poziomie 20–30%, a nawet, jak słyszeliśmy, znacznie większy, bo dochodzący do 70%. Czy gdyby przyjąć zupełnie inną strategię, a mianowicie tę, na której zależało nam, senatorom, członkom Komisji Zdrowia, czyli testowanie pracowników służby zdrowia i testowanie pacjentów, którzy po ewentualnym wyniku ujemnym mogliby być poddani leczeniu... To jest moja pierwsza prośba do państwa.

Drugą uwagę kieruję do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Skoro w tej regule budżetowej przewiduje się, że 17% można przeznaczyć na refundację leków, a słyszymy, że w budżecie na rok 2021 kształtuje się to na poziomie 15% ze względu na to, że ceny leków spadły... Dlaczego nie wykorzystujemy tej granicy, tych 17%? Wówczas większa liczba leków mogłaby być refundowana.

Podzielałam zastrzeżenia i oburzenie tym, że nie są prowadzone analizy przyczyn zgonów i że Narodowemu Funduszowi Zdrowia czy ministerstwu brak pewnych danych. Skoro jest tak trudna i tak wyjątkowa sytuacja, to zmienmy swoje podejście do wykonywanego zakresu obowiązków czy pracy ministerstw i starajmy się o to, aby mieć takie dane, bo te dane pomogą nam w dalszym planowaniu strategii walki z koronawirusem. To, że nie mamy takich danych, to nie jest żadne usprawiedliwienie. Starajmy się je pozyskać, zmienmy system pracy po to, żeby takie dane mieć. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Czy pan prezes chce się odnieść do tych pytań, czy na wszystkie będzie odpowiedź na piśmie?

(Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Bernard Waśko: Pani Przewodnicząca, do części postaram się odnieść.)

Proszę bardzo.

ZASTĘPCA PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
BERNARD WAŚKO

Odnosnie do przyczyn spadku liczby ostrych zespołów wieńcowych, a konkretnie nawet dokonanych zawałów serca, powiem, Szanowni Państwo, że jako NFZ rzeczywiście jesteśmy chyba najmniej uprawnieni do spekulowania na ten temat, bo jest to wielowątkowa kwestia. Jest mnóstwo hipotez, które obecnie są chyba trudne do weryfikacji, ponieważ jest na to, jak mi się wydaje, za wcześnie. Wspólnie z zasiadającymi na tej sali ekspertami i z częścią państwa uczestniczyłem w takim panelu dyskusyjnym, który miał miejsce w czerwcu tego roku, gdzie eksperci z tej dziedziny próbowali dociec, czym to jest spowodowane. Przypomnę, że jest ewidentny spadek zapadalności, tzn. nie chodzi o skutki i leczenie ostrych zespołów wieńcowych czy też o dokonane zawały serca, tylko o rejestrowane kody rozpoznania w statystykach szpitalnych, i to jest spadek rzędu 20%, częściowo widoczny już marcu, a szczególnie wyraźny w kwietniu oraz później w maju. Udzielenie jednoznacznej odpowiedzi jest teraz, krótko mówiąc, bardzo trudne. Myślę, że to będzie przedmiotem głębszych analiz ekspertów w tej dziedzinie.

Co do pytania pana senatora Koniecznego o przewidywane zmiany w zakresie wymagań dotyczących obsady oddziałów to powiem tak. Te wymagania regulowane są w tzw. rozporządzeniach koszykowych ministra zdrowia. Ja mogę tylko powiedzieć, że przygotowujemy pewien projekt związany z obniżeniem wymagań albo zawieszeniem ich przynajmniej na jakiś czas w związku z kwestią obsady personelu oddziałów intensywnej opieki po to, żeby zapewnić ciągłość opieki anestezjologicznej, zarówno jeśli chodzi o lekarzy, jak i pielęgniarki anestezjologiczne. Wedle mojej wiedzy w pozostałym zakresie takie działania na razie nie są planowane.

Odnosnie do regulacji dotyczących ostrych dyżurów... Rozumiem, że pytanie dotyczyło możliwości pozostawiania w gotowości nie codziennie, tylko np. w wyznaczone dni tygodnia i dzielenia tego na jednym obszarze z innymi szpitalami. Taka możliwość istnieje, Szanowni Państwo, od ok. 1,5 roku, tj. w roku 2019, chyba w marcu, jeśli sobie dobrze przypominam, wraz z nowelizacją ustawy o świadczeniach dopuszczono takie rozwiązanie. A więc lokalnie

możliwe są takie porozumienia i w ramach tych porozumień zawieranych pomiędzy szpitalami możliwe jest naprzemienne prowadzenie ostrych dyżurów.

Jeśli chodzi o dane dotyczące przerw w działalności, to powiem, że zgodnie z zapytaniem pana senatora takie dane zostaną przygotowane. Są dwa źródła tych danych, jednym są wojewodowie, do których trafiają wnioski o dłuższe przerwy, a drugim, w przypadku krótszych przerw, jest Narodowy Fundusz Zdrowia, te zgłoszenia trafiają do oddziałów. Zbierzemy wszystkie takie wnioski i przygotujemy takie zestawienie.

Co do funduszu prezydenckiego to myślę, że, tak jak powiedziała pani przewodnicząca, to pewnie będzie przedmiotem kolejnych posiedzeń komisji.

A jeśli chodzi o próg 17% wydatków na refundację w planie finansowym, Szanowni Państwo, to nie ma instrukcyjnego zalecenia, że akurat tyle pieniędzy należy wydawać z planu finansowego na leki, tylko to jest pewien bezpiecznik związany z tym, że po przekroczeniu tego progu podmioty odpowiedzialne jakby składają się na tę nadwyżkę i refundują solidarnie zwiększony poziom wydatków refundacyjnych. To wynika jeszcze z ustawy, która została wprowadzona, jeśli dobrze pamiętam, w 2012 r. W mojej ocenie to, że leki tanieją, m.in. z powodu mechanizmu konkurencyjnego na rynku farmaceutycznym, to jest dobra informacja dla polskich pacjentów, dlatego że m.in. dzięki temu, że leki tanieją, pojawia się przestrzeń do tego, żeby wprowadzać do refundacji coraz to nowe substancje, obejmować nowe grupy terapeutyczne czy to refundacją, czy to programami lekowymi.

W pozostałych kwestiach, jeżeli pytania będą zadane na piśmie, narodowy fundusz oczywiście się wypowie, jak również przekaze ministrowi zdrowia te kwestie, co do których wymagana jest odpowiedź ministra zdrowia. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Co do tych 17% to pozwolę sobie się z tym nie zgodzić. Ja uważam, że to jest przede wszystkim oszczędność dla budżetu państwa, a nie dla pacjentów, bo to są leki refundowane. Ale, tak jak

powiedziałam, to jest temat na odrębne posiedzenie, będziemy na ten temat mówić.

Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Proszę bardzo...

**PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
ADAM WITKOWSKI**

Ja bym odpowiedział na pytanie pani senator dotyczące tego, że w szpitalach też był *lockdown*, jeżeli chodzi o procedury planowe. No, *lockdown* był, bo było hasło „Zostań w domu”. Ono miało swoje uzasadnienie, bo niektóre szpitale rzeczywiście okazały się rozsądnymi zakażenia koronawirusem, ale ono wynikało też z tego, że nie było testów, zarówno dla personelu, jak i dla chorych. Ta sytuacja poprawiła się w ostatnim okresie, chociaż nie ma czy może nie wszędzie są te szybkie testy, u mnie np. nie ma. Chcę powiedzieć, że ten przekaz, który poszedł, czyli „Zostań w domu”, z jednej strony, miał swoje racjonalne uzasadnienie, ale z drugiej strony, obok pandemii koronawirusa wywołał pandemię strachu. My to dobrze wiemy z własnej praktyki, bo dzwonił się do chorych, żeby się zgłosili na planowe zabiegi, a oni odmawiali, szczególnie, jeśli byli to ludzie starsi, i mówili, że po prostu się boją, a na razie dobrze się czują. Pewnie w przypadku części chorych można było te zabiegi odłożyć i w bezpieczny sposób monitorować ich stan zdrowia, ale w przypadku niektórych nie, bo wiemy dobrze, że jak dzwonił się po raz kolejny, to otrzymywaliśmy informację, że ktoś już zmarł. To wszystko sprowadza się do tego, jaka jest dostępność testów dla personelu i pacjentów, tak żeby stworzyć dla nich bezpieczne warunki pobytu w szpitalu.

Odnosząc się do tego, o co zapytała pani profesor Chybicka, powiem, że trudno mi mówić, jak to jest ogólnie w Polsce, więc posłużę się przykładem mojego szpitala, czyli instytutu kardiologii w Warszawie. My dajemy chorym przy wypisie zalecenia, jak mają postępować dalej, nie tylko, jakie leki brać, ale też kiedy zgłosić się na wizytę do lekarza, jakie mają mieć docelowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, lipidów itd., itd. A więc to jest.

Strefę buforową mamy, każda klinika ma swoją i jest jedna ogólna strefa, tak że jak

przyjmujemy chorych, którym robimy badanie na COVID, a nie możemy ich skierować do domu, bo nie są z Warszawy, tylko skądś tam, to są hospitalizowani, dopóki nie ma wyniku testów, w takich izolatoriach. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Posiedzenie naszej komisji miało na celu m.in. w pewnym sensie uspokojenie pacjentów, ponieważ te sprzeczne przekazy, jakie były kierowane do pacjentów, i ten lęk, jaki został początkowo wywołany, niestety owocują tym, że większość z nich po prostu bała się wyjść z domu i skontaktować z lekarzem, co jest przyczyną tego, że spada liczba świadczeń, a także tego, że zapewne pogarszają się wskaźniki, jeżeli chodzi o stan zdrowia społeczeństwa.

Szanowni Państwo, będę pomału konkludowała nasze dzisiejsze posiedzenie. Przede wszystkim bardzo serdecznie chciałabym podziękować państwu profesorom za to, że przyjechali na dzisiejsze posiedzenie. Wiem, że dla państwa jest to bardzo ważny temat, że bardzo dbacie o swoich pacjentów, stąd też osobiste stawiennictwo na posiedzeniu naszej komisji, co bardzo sobie cenimy, bo czasami bardzo trudno prowadzi się posiedzenie tylko i wyłącznie zdalnie. Tak że bardzo dziękuję państwu za obecność.

Strona reprezentująca pacjentów skierowała do mnie pismo ze swoimi postulatami. Pani

prezes nie mogła dzisiaj przyjechać, ale była ze mną w kontakcie. Pozwolę sobie przekazać na ręce pana prezesa te postulaty, które otrzymałam od pacjentów. Bardzo proszę o zapoznanie się z nimi i ewentualnie ustosunkowanie się do nich.

Kolejna sprawa, o której chciałabym dzisiaj powiedzieć, to... Wrócę jeszcze raz do nieobecności ministra zdrowia czy też osoby, która by reprezentowała Ministerstwo Zdrowia. Dla mnie jest naprawdę bardzo niezrozumiałe i bardzo niezręczne, że w takiej sytuacji prowadzimy rozmowę tylko z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia. Ja uważam, że partnerstwo i współpraca polegają na tym, że jeżeli są jakieś pilne ustawy, to senacka Komisja Zdrowia jest zwoływana w trybie nagłym, żeby jak najszybciej rozwiązać pewne sprawy, i w drugą stronę, my również oczekujemy takiego partnerstwa i współpracy.

Jeśli chodzi o wnioski z dzisiejszego posiedzenia naszej komisji, to jeszcze raz podkreśliłam, że proszę o odpowiedź pisemną, szczegółową, na wszystkie pytania zadane na naszym posiedzeniu, które padły ze strony zarówno senatorów, jak i strony społecznej. Deklaruję również, że w czasie obrad nad budżetem państwa, a będziemy to robić w najbliższym czasie, zgłosimy jako senatorowie poprawkę do budżetu, która miałaby na celu sfinansowanie tych dwóch programów, o których państwo tutaj mówiliście. Dziękuję bardzo

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 39)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy