



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (46.)

7 kwietnia 2021 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat Krajowej Sieci Kardiologicznej.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry.

Rozpoczynamy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dzisiaj mamy w porządku obrad informację ministra zdrowia na temat Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Witam osoby, które są z nami tutaj, na sali. Jest z nami pan minister Waldemar Kraska, jest pan profesor...

(Głos z sali: Tomasz.)

Tomasz, właśnie, brakowało mi imienia.

...Tomasz Hryniewiecki. Bardzo mi miło. Są z nami również osoby zdalne, bo pamiętajmy, że pracujemy w lockdownie, w związku z czym duża część zarówno ekspertów, lekarzy, jak i państwa senatorów, uczestniczy zdalnie. Tak więc wszystkich państwa bardzo serdecznie witam. Witam moje koleżanki, panie senator, a także wszystkie inne osoby, panie i panów senatorów, którzy są zdalnie.

Chciałabym bardzo uprzejmie prosić, żeby wszystkie osoby uczestniczące zdalnie, które będą zgłaszały się do zabrania głosu, do wypowiedzi, po skończeniu wypowiedzi wyłączały mikrofony. Inaczej jest to dla nas duży kłopot, bo następuje wtedy sprzężenie tych mikrofonów i mamy utrudniony przekaz. A więc bardzo serdecznie o to proszę.

Szanowni Państwo, to już nasze drugie posiedzenie, które poświęcamy problemom dotyczącym chorób układu krążenia i serca. Pierwsze odbyło się tutaj, w Senacie w październiku ubiegłego roku. Wówczas mówiliśmy o problemach osób, które chorują na schorzenia układu

krążenia w dobie pandemii. To był koniec roku, przygotowaliśmy wtedy budżet na rok 2021. Dyskusje, które prowadziliśmy, dotyczyły także Krajowej Sieci Kardiologicznej. Osoby, które reprezentowały środowisko kardiologiczne, bardzo mocno wówczas podkreślały problemy związane z dużą zachorowalnością na niewydolność serca i bardzo mocno podkreślały potrzebę wprowadzenia KONS, czyli systemu zintegrowanej opieki nad niewydolnością serca, ale była także dyskusja właśnie na temat Krajowej Sieci Kardiologicznej. Wówczas towarzyszył nam minister Gadomski. Rozumiem, że pałeczka została przekazana i teraz pan minister Kraska odpowiada za ten program albo przynajmniej jest wdrożony, bo chcielibyśmy dopytać o wiele szczegółów związanych z realizacją programu. Wtedy, w październiku padały ze strony pana ministra Gadomskiego zapewnienia, że program jest przygotowany, że zostaną uwzględnione wszystkie sugestie, jakie padały m.in. na posiedzeniu komisji w Senacie. No, mamy teraz kwiecień, prawie połowa następnego roku, a więc przychodzi czas na to, by powiedzieć „sprawdzam”. Chodzi o to, co zostało zrobione, jakie są kolejne zamierzenia Ministerstwa Zdrowia, jeżeli chodzi o ten program, no i co realnie w efekcie tego będzie miał pacjent, bo przecież ten program nie ma być tworem samym w sobie, czymś na papierze, tylko ma przede wszystkim zwiększyć dostępność świadczeń kardiologicznych, poprawić stan pacjentów z tymi schorzeniami.

Panie Ministrze, rozumiem, że jest pan absolutnie wdrożony we wszystkie meandry związane z Krajową Siecią Kardiologiczną. Pan minister Niedzielski zapowiedział w którymś ze swoich wywiadów, że ta krajowa sieć już jest, a więc bardzo proszę o przedstawienie sytuacji, w jakim miejscu jesteśmy w tej chwili, a później rozpoczniemy dyskusję. Proszę bardzo.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Panie Senatorki... No, myślę, że senatorowie też są, tylko zdalnie. Witam bardzo serdecznie. Senat zawsze jest tym miejscem, gdzie z wielkim sentymentem występuję. Dzisiaj tu jestem dzisiaj w roli przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, ale jako senator jestem bardzo związany z tym miejscem.

Pani Przewodnicząca, rzeczywiście program pilotażowy, który w niedługim czasie – można powiedzieć, że w bardzo niedługim czasie – chcemy wdrożyć, jest programem, który wychodzi naprzeciw polskim obywatelom, wychodzi naprzeciw potrzebom bardzo dużej liczby, rzeszy pacjentów wymagających opieki kardiologicznej. Program pilotażowy w ramach sieci kardiologicznej jest zbudowany troszkę na podobieństwo sieci onkologicznej, która, jak wiemy, jest już wdrożona od kilku lat. Ona naprawdę się sprawdziła, dlatego naszym zamysłem jest, aby także w zakresie chorób kardiologicznych wdrożyć pilotażowy program podobny do tej sieci onkologicznej. Na początku objęliśmy tym pilotażem jedno województwo, województwo mazowieckie, ale oczywiście jest otwarty temat pilotażu w następnych województwach, myślimy o poszerzenie go w niedługim czasie o kilka kolejnych województw. Oczywiście to jest związane z tym, jak ten pilotaż będzie się rozwijał. Ja tylko przypomnę, że pilotaż ma trwać łącznie 25 miesięcy. Tj. sama realizacja pilotażu to jest 18 miesięcy, ale ten pilotaż składa się jakby z 3 etapów. Pierwszy etap, który nie będzie dłuższy niż 4 miesiące, to jest etap organizacji; zakończy się on podpisaniem przez ośrodki wchodzące w skład sieci kardiologicznej z funduszem umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego. Ten właściwy już pilotaż będzie trwał 18 miesięcy, tj. od momentu zakończenia tego pierwszego etapu organizacyjnego. A trzeci etap, który trwać ma 3 miesiące, to etap ewolucji programu pilotażowego, kiedy będziemy wyciągali wnioski i wprowadzali ewentualne modyfikacje tego programu.

Do końca jest skierowany ten program? Bo to jest jakby najważniejszy element programu pilotażowego w ramach sieci kardiologicznej. Przede wszystkim do świadczeniobiorców

z następującymi rozpoznaniem: nadciśnienie tętnicze odporne i wtórne, niewydolność serca, nadkomorowe i komorowe zaburzenie rytmu i przewodzenia oraz wady serca zastawkowe. Wybór takich rozpoznań wynika z konieczności ustalenia standardów diagnostycznych i terapeutycznych dla pacjentów, których leczenie jest problematyczne w obecnym systemie organizacji, opartym na ryczałtowym finansowaniu, które niestety opóźnia możliwość prowadzenia skutecznej interwencji leczniczej mimo wystarczającego potencjału zakontraktowanych podmiotów leczniczych. Czyli chcemy w tym pilotażu zdecydowanie uprościć i przyspieszyć diagnostykę oraz leczenie pacjentów właśnie z tymi schorzeniami.

Jaki jest cel tego pilotażu? W ramach pilotażu będą testowane i oceniane zasadność i skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków kardiologicznych, w tym podział kompetencji pomiędzy ustalone poziomy referencyjne działających w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia podmiotów prowadzących diagnostykę i leczenie kardiologiczne. A efektem pilotażu... Bo jest też ważne, jaki będzie efekt. Chcemy, aby było możliwe maksymalne wykorzystanie możliwości ośrodków kardiologicznych, opartych na ich dość dużym potencjale sprzętowym, ale także na doświadczonych zasobach kadrowych, które obecnie nie udzielają świadczeń w takim zakresie, w jakim mogłyby udzielać. A więc chcemy po prostu zoptymalizować wykorzystanie zasobów sprzętowych, ale głównie zasobów kadrowych w tej sieci.

W skład sieci oprócz ośrodka koordynującego wchodzi także ośrodki współpracujące; są to ośrodki tak zwanego pierwszego i drugiego poziomu. Właśnie im przypada jako zadanie zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki kardiologicznej pacjentom, u których postawiono właśnie takie rozpoznanie jak nadciśnienie tętnicze odporne i wtórne, niewydolność krążenia, nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu oraz przewodzenia lub wady sercowo-zastawkowe.

Jeżeli już popatrzymy na ten pilotaż, który rozpoczynamy w województwie mazowieckim, to zobaczymy, że jako jedyny ośrodek na terenie województwa mazowieckiego będzie koordynował ten program Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Obecnie jest

na sali pan prof. Tomasz Hryniewiecki, który ma zaszczyt kierować tym ośrodkiem; on będzie głównym koordynatorem tego programu pilotażowego. Zadaniem tego ośrodka będzie szczegółowa koordynacja opieki kardiologicznej w ramach tej właśnie sieci, opracowanie wytycznych postępowania, w tym w szczególności diagnostyki pacjentów, wskazanie świadczeniodawcy realizującego opiekę kardiologiczną, prowadzenie diagnostyki i leczenia pacjentów, prowadzenie zespołów koordynatorów leczenia kardiologicznego, zapewnienie ośrodkom współpracującym na pierwszym i drugim poziomie zasad prowadzenia diagnostyki oraz wytycznych terapeutycznych dla schorzeń objętych programem pilotażowym. Ośrodek ten umożliwi także prowadzenie infolinii kardiologicznej i zapewni umawianie oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich, czyli będzie to ośrodek, który będzie koordynował całość tego pilotażu z poziomu ośrodka warszawskiego.

Jeżeli mówimy o poziomie drugim, to rozumiemy przez to ośrodki, które zapewniają świadczenia opieki zdrowotnej na oddziałach kardiologicznych oraz w poradniach przyszpitalnych, przy czym czynnikiem różnicującym jest funkcjonowanie w ramach systemu podstawowej opieki szpitalnej i zabezpieczenie w ramach tzw. świadczeń PSZ realizacji ablacji w przypadku zaburzeń rytmu serca – jest tutaj wymóg wykonywania przynajmniej 45 zabiegów ablacji w ciągu roku – oraz utrzymanie całodobowego dyżuru pracowni hemodynamicznej. Zadaniem ośrodków drugiego poziomu jest diagnostyka i ustalenie planu leczenia świadczeniobiorcy, który jest objęty programem pilotażowym. Dość ważną rolę jest także wyznaczenie koordynatora leczenia kardiologicznego. Myślę, że to jest bardzo ważna funkcja, która doskonale sprawdziła się w sieci onkologicznej. Pacjent wie, że jest ktoś, kto za niego odpowiada, który go kieruje w tym systemie, prowadzi go w tym systemie, chodzi także o zapewnienie świadczeniobiorcom objętych programem pilotażowym możliwości umawiania oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich.

Na poziomie pierwszym w ramach pilotażu będą realizowane świadczenia udzielane w ramach opieki ambulatoryjnej przez specjalistyczne poradnie kardiologiczne. Rolą tego poziomu jest zapewnienie świadczeniobiorcom objętym programem pilotażowym diagnostyki

w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia w przypadkach wynikających z wytycznych wojewódzkiego ośrodka koordynującego. Także podmioty udzielające świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej, czyli POZ-y, mogą i będą kierować, w oparciu o ustalenia dokonane przez środek koordynujący, świadczeniobiorców do diagnostyki i leczenia w ramach programu pilotażowego. Czyli niejako podstawą i miejscem, skąd pacjenci będą kierowani, jest właśnie POZ.

W ramach konsultacji publicznych, które trwały 7 dni, od 12 lutego, wpłynęło 245 uwag. W tej chwili analiza tych uwag jest już praktycznie skończona i niedługo ten pilotaż zostanie wdrożony.

Tyle tytułem wstępu. Pani Przewodnicząca, jeżeli bym mógł oddać głos panu profesorowi, to on by jeszcze uzupełnił moje wystąpienie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Za chwileczkę oddam głos panu profesorowi. Dziękuję bardzo, Panie Ministrze, za wprowadzenie do dzisiejszej dyskusji.

Powiedział pan z mojego punktu widzenia dwie ważne rzeczy. Po pierwsze, będzie to pilotaż, a nie Krajowa Sieć Kardiologiczna. To jednak jest zdecydowana różnica, bo pan minister zdrowia mówił o Krajowej Sieci Kardiologicznej, a nie o pilotażu. I druga sprawa. Chciałabym pana ministra poprosić o sprecyzowanie: co to znaczy „niedługi czas”? Ile to będzie? Miesiąc? Pół roku? Rok? Jak to przewidujecie? W którym momencie ten program zostanie rzeczywiście wdrożony? Na jakim etapie prac jest w ministerstwie?

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, myślę, że to będzie koniec kwietnia – początek maja.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, zanim oddam głos panu profesorowi, chciałabym powitać osoby, które są zdalnie. Dostałam tutaj listę osób, które przysłuchują się obradom naszej komisji, a także będą chciały zabrać głos. Jest to cała rzesza znakomitych kardiologów, więc pozwólcie państwu, że witając pana prof. Hryniewieckiego, powitam również wszystkie osoby, które są tutaj obecne zdalnie. Są to reprezentanci Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego: pan prof. Adam Witkowski, pan Marcin Grabowski, pan Jarosław Kaźmierczak, pan Oskar Kowalski, pan Jacek Legutko, pan Przemysław Mitkowski, pan Tomasz Zdrojewski – witam wszystkich profesorów. Witam pana prof. Pawła Buszmana, a także reprezentantów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Jest z nami również pan Krzysztof Milewski, który reprezentuje Bielsko-Białą, prof. Mariusz Gąsior ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, prof. Krystian Wita, też uniwersytet śląski, i pani prof. Katarzyna Mizia-Steć, która jest prorektorem ds. nauki. Bardzo serdecznie państwa witam i dziękuję za zainteresowanie dzisiejszym posiedzeniem naszej komisji, jego tematem.

Pan prof. Tomasz Hryniewiecki.
Panie Profesorze, proszę bardzo.

**DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU
KARDIOLOGII STEFANA KARDYNAŁA
WYSZYŃSKIEGO – PAŃSTWOWEGO
INSTYTUTU BADAWCZEGO
W WARSZAWIE
TOMASZ HRYNIEWIECKI**

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie na posiedzenie komisji.

Krajowa Sieć Kardiologiczna – pilotaż, tak to jest pilotaż systemu, który ma być w przyszłości siecią ogólnopolską – to jest nawiązanie do Krajowej Sieci Onkologicznej. Cały pomysł na zaproponowanie zmiany w opiece kardiologicznej wynika przede wszystkim z tego, że choroby układu krążenia w dalszym ciągu są na pierwszym miejscu jako przyczyna zgonów, dopiero na drugim są onkologiczne. To oczywiście się zmienia, ale pamiętajmy o tym, poprawiając opiekę onkologiczną... Bardzo dobrze, że to robimy, to jest bardzo potrzebne, ale pamiętajmy

o tym, że mamy jeszcze w Polsce wiele do zrobienia, jeśli chodzi o choroby układu krążenia. Polska w dalszym ciągu jest krajem, powiedzmy, o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Daleko nam do sytuacji w krajach Europy Zachodniej. Od paru lat obserwujemy działania onkologów, skuteczne działania, wprowadzanie zmian w opiece onkologicznej i wprowadzanie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej; teraz są również deklaracje, że od 1 stycznia przyszłego roku będzie już realnie funkcjonujący system Krajowej Sieci Onkologicznej, trwają również prace nad Narodową Strategią Onkologiczną. Kardiologowie z zazdrością patrzyli tutaj na onkologów, na ich skuteczność. A jak wiemy, pan premier w swoim exposé mówił, że priorytety rządu są dwa – poprawa opieki w obrębie onkologii i w obrębie kardiologii. A więc bardzo się cieszę, że udało się przekonać do tego, żeby również w opiece kardiologicznej wprowadzić istotne zmiany. I stąd pomysł pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Dlaczego taki system? Dlaczego taka propozycja? Dlaczego taki zakres rozpoznań? Zakres, bo to nie są konkretne rozpoznania tak jak w klasyfikacji chorób, tylko pewne grupy chorób, grupy rozpoznań, a więc szeroko rozumiana niewydolność serca, która pojawia się w wyniku różnych innych chorób kardiologicznych, nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne, zaburzenia rytmu i przewodzenia i wreszcie wady zastawkowe serca. Uznaliśmy, że kardiologia w ostatnich latach w Polsce osiągnęła wielki sukces, zwłaszcza jeśli chodzi o leczenie stanów nagłych, zawału, interwencyjne leczenie zawału; kardiologia interwencyjna jest na poziomie światowym, sieć pracowni hemodynamicznych jest bardzo gęsta i skutecznie funkcjonująca. Tutaj jest ewidentny sukces, pacjenci rzeczywiście leczeni są na odpowiednim poziomie. Problemem w dalszym okresie jest opieka w okresie po leczeniu interwencyjnym, ale ten problem w jakimś stopniu rozwiązuje KOS-Zawał, czyli pilotaż opieki nad pacjentami po zawale. Jak wiemy, ten pilotaż z sukcesem został zrealizowany i oceniony, również w badaniach naukowych... Jest to zasługa pana prof. Mariusza Gąsiora, który udowodnił, że taka forma opieki nad chorymi jest skuteczna, że poprawia przeżycie i powinna być standardem we wszystkich ośrodkach.

Tutaj mówimy o chorobie niedokrwiennej serca, o zawale, ale inne problemy kardiologiczne są również bardzo istotne i rosnące,

szczególnie niewydolność serca jako powikłanie występujące w przypadku wielu innych chorób. Wzrost liczby pacjentów z tym problemem częściowo jest związany ze skutecznością kardiologii, ze skutecznością leczenia w tych ostrych stanach, kiedy jednak niestety dochodzi do pewnego uszkodzenia serca, a to w konsekwencji powoduje rozwój niewydolności serca. Poza tym starzenie się społeczeństwa też powoduje istotne zmiany – takich pacjentów jest rzeczywiście więcej i wymagają oni konkretnej opieki. Kolejna grupa takich pacjentów, która się powiększa, to są pacjenci z wadami zastawkowymi. Chodzi zwłaszcza o zwężenie zastawki aortalnej, ale też o niedomykalność zastawki mitralnej. To też są choroby, których częstość jest coraz większa i są coraz większym problemem dla opieki medycznej, opieki kardiologicznej w Polsce. Kolejna grupa chorych, których liczba też rośnie – to też ma związek ze starzeniem się społeczeństwa – cierpi na zaburzenia rytmu i przewodzenia. I wreszcie problem może nie rosnący, ale niedoceniany i nierozwiązany przez całe lata, czyli skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego opornego, szeroko rozumianego, czyli po prostu nieskutecznie leczonego nadciśnienia. Otóż w tej grupie mieści się bardzo istotna grupa pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wtórnym, którym można zaproponować konkretne leczenie przyczynowe i rozwiązać problem, a nie leczyć, czasami bardzo mało skutecznie, do końca życia, przez kilkadziesiąt lat, doprowadzając do rozmaitych powikłań.

Wybraliśmy więc 4 grupy rozpoznania, grupy chorób, w przypadku których, jak się wydaje, wymagane są pilne zmiany, poprawienie opieki i poprawienie skuteczności leczenia, przyspieszenie tego właściwego leczenia. Chciałbym tu jeszcze zwrócić uwagę, że te grupy w dużej części się przenikają. Mówimy o niewydolności serca, ale ta niewydolność serca może być spowodowana również wadami zastawkowymi. Mówimy o zaburzeniach rytmu i przewodzenia oraz ewentualnie o elektrotterapii, ale elektrotterapia może być przydatna również u pacjentów z niewydolnością serca; mam tu na myśli resynchronizację. Podobna jest sytuacja, jeśli chodzi o wady zastawkowe serca – niedomykalność mitralna wtórna, tzw. czynnościowa jest konsekwencją niewydolności serca i również tutaj jest konieczne odpowiednie leczenie.

Chciałem pokazać, że to jest grupa chorób, które wymagają, jak się wydaje, pilnych zmian w kardiologii, które są bardzo istotne i które dotyczą bardzo dużej grupy pacjentów. A dotychczas leczenie było możliwe, ale nie było łatwo dostępne, pacjent nie trafiał odpowiednio szybko do właściwego ośrodka, gdzie można było zaproponować najbardziej zaawansowane i najbardziej nowoczesne leczenie. A takie ośrodki są, całe szczęście, i możemy zaproponować leczenie na poziomie światowym; chodzi tylko o to, żeby pacjenci tam trafiali szybko, zanim dojdzie do rozwoju rozmaitych powikłań – wtedy efekty tego leczenia są lepsze i rokowanie u tych pacjentów jest lepsze. Stąd pomysł pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej. Jest to więc oferta dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, tj. dla pacjentów, którzy są pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, poradni kardiologicznych, ale tych bardziej oddalonych od nowoczesnych ośrodków dysponujących wszystkimi nowoczesnymi możliwościami leczenia, również dla oddziałów kardiologicznych, ale właśnie tych, gdzie nie dysponuje się wszystkimi możliwościami terapii. Te ośrodki będą mogły włączyć pacjenta do systemu, sieci i uzyskać dla niego poradę w ciągu 30 dni, w czasie której będzie postawione rozpoznanie, potwierdzone albo zweryfikowane rozpoznanie, i zaproponowane leczenie.

To będzie rozmaite leczenie. W zależności od potrzeb to może być tylko modyfikacja terapii, jak w przypadku nadciśnienia tętniczego opornego, i pacjent po tej modyfikacji, po potwierdzeniu, że ta zmiana jest skuteczna, może wrócić do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Już w tej chwili 60% skierowań pacjentów z podstawowej opieki zdrowotnej, skierowań do specjalisty kardiologa jest z rozpoznaniem: nadciśnienie tętnicze. I koniec, tylko tyle. A więc lekarz podstawowej opieki zdrowotnej potrzebuje pomocy również w przypadku takich pacjentów. Po tej modyfikacji, po zaproponowaniu nowoczesnego leczenia pacjent dalej może być skutecznie leczony przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli to się nie uda, jeśli będzie wymagał dalszej diagnostyki, to zostanie skierowany do szpitala czy ośrodka wyższego rzędu. To taki przykład. Te bardziej zaawansowane szpitale będą proponowały ośrodki... Nie chcę mówić, że to są tylko szpitale, bo jednym z elementów tego pilotażu, jednym z preferowanych,

jeśli chodzi o możliwości diagnostyki i leczenia, jest opieka ambulatoryjna. Są też przewidziane bardziej korzystne współczynniki w przypadku objęcia opieką ambulatoryjną w poradniach przyszpitalnych. U dużej części pacjentów taka opieka może być wystarczająca i mogą uniknąć hospitalizacji. A więc część pacjentów trafi do tych bardziej zaawansowanych oddziałów i tam będą mogły być rozwiązane również te bardziej skomplikowane problemy. No i wreszcie jakaś grupa chorych może trafiać do ośrodka trzeciego rzędu koordynującego, którym w przypadku województwa mazowieckiego będzie Narodowy Instytut Kardiologii, a w kolejnych województwach, kolejnych... No, nie chcę mówić „województwach”, bo to nie zawsze muszą być województwa, tylko jakieś obszary z silnym ośrodkiem koordynującym. A więc w kolejnych przypadkach będą wskazywane inne ośrodki.

Mam nadzieję, że szybko uda nam się przejść ten okres organizacyjny i będziemy mogli rozszerzać ten pilotaż o kolejne województwa, a w przyszłości może również rozszerzać o kolejne grupy jednostek chorobowych. Bardzo ważnym elementem całego projektu – i planujemy to zrobić na początku samego pilotażu – jest przygotowanie ścieżek pacjenta, czyli opisanie, gdzie pacjent trafia z poszczególnymi rozpoznaniem, na jaki poziom, czy wraca, w jakich momentach, jak skuteczna jest modyfikacja leczenia, w przypadku których problemów, na który poziom pacjent będzie kierowany w kolejnym rzucie. Mam nadzieję, że efektem całego pilotażu będzie przyśpieszenie ustalenia rozpoznania u pacjentów kardiologicznych i szybsze uzyskanie dostępu przez tych pacjentów do najnowocześniejszej terapii. A więc w sumie chodzi o lepsze wyniki leczenia i mniej powikłań, czyli to, co zawsze jest oczekiwane w medycynie. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Nawiązał pan na początku swojego wystąpienia do sieci onkologicznej jako do wzorca i do tego, że pilotaż sieci onkologicznej ma być takim modelem, na którym państwo się będziecie opierać. Myślę, że nie jest to jednak najlepszy pomysł, Panie Profesorze, ponieważ na posiedzeniu Komisji Zdrowia, które poświęciliśmy

właśnie sieci onkologicznej, padało bardzo wiele krytycznych uwag pod kątem Krajowej Sieci Onkologicznej i pilotażu, i to z ust onkologów, a nie polityków, co chcę podkreślić. Bardzo mocno był wtedy podkreślany fakt, że ten pilotaż nie przyniósł oczekiwanych efektów, a przede wszystkim nie przyniósł poprawy zdrowotności. Wskaźniki w onkologii – zarówno śmiertelności, jak i zachorowalności – niestety znacznie się pogorszyły. I nie jest to wina tylko i wyłącznie COVID, na co wskazywali onkolodzy. Budowanie sieci onkologicznej tylko i wyłącznie poprzez instytucje, poprzez kolejne nadzory, budowanie hierarchiczne... Wszystko to niestety pokazuje, że mierniki doboru do tego pilotażu i do Krajowej Sieci Onkologicznej były złe. I to, jako ewidentne, zostało podkreślone w Komisji Zdrowia.

Dlatego też to, co pan profesor mówi w tej chwili... Ja wiem o tym, że... Interesuję się kardiologią od wielu lat i mam świadomość, że część systemu kardiologicznego związanego z inwazyjną częścią kardiologii, ze stanami ostrymi rzeczywiście działała znakomicie i wymagała obudowy, a więc rozszerzenia całości systemu. Pan profesor mówił tutaj tylko o 4 jednostkach chorobowych i wielokrotnie podkreślił, że mówi tylko o chorobie. Ja jestem specjalistą do spraw zdrowia publicznego. I uważam, że jeżeli mówimy o krajowej sieci i o poprawie zdrowotności w kardiologii, to musimy mówić zarówno o profilaktyce, o dostępie, po stanie ostrym, do dalszego leczenia, jak i o rehabilitacji. To jest cały system. W związku z tym to, o czym pan profesor mówi, to zapewne bardzo ważna część, jednak jest to tylko część tego wszystkiego, co powinno zostać zbudowane. Ja oczywiście nie jestem kardiologiem, nie mam zamiaru tutaj uważać siebie za eksperta.

Otwieram dyskusję. Proszę bardzo, kto jeszcze...

Pan profesor ma słowo? Proszę, ale jedno słowo, bo jeszcze będzie pan miał głos, Panie Profesorze.

**DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU
KARDIOLOGII STEFANA KARDYNAŁA
WYSZYŃSKIEGO – PAŃSTWOWEGO
INSTYTUTU BADAWCZEGO
W WARSZAWIE
TOMASZ HRYNIEWIECKI**

Tak, tak, oczywiście, ja chciałbym tylko powiedzieć, że nawiązanie do Krajowej Sieci

Onkologicznej to nie jest nawiązanie organizacyjne, tylko nawiązanie w samej idei i nazwie, bo nie wzorowaliśmy się zupełnie na samych konkretnych rozwiązaniach tamtej sieci. To po pierwsze.

Po drugie, jeśli chodzi o...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: To może lepiej.)

Być może. Kompletnie się do tego nie odnośzę, ponieważ nie znam szczegółów organizacji Krajowej Sieci Onkologicznej.

A jeśli chodzi o zdrowie publiczne, to jest to niesłuchanie istotne. Jesteśmy właśnie w trakcie przygotowywania Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, który również jest przygotowywany na wzór Krajowej Strategii Onkologicznej. W tym programie, w którym uczestniczy Narodowy Instytut Kardiologii i towarzystwa kardiologiczne związane z chorobami układu krążenia, nacisk jest postawiony właśnie na profilaktykę, prewencję. Jak najbardziej zgadzam się w pełni z panią przewodniczącą, że to jest niesłuchanie istotne. Krajowa Sieć Kardiologiczna ma być tylko jednym małym elementem Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, który jest nam niezbędnie potrzebny. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Proponuję może postępować w ten sposób: rozpoczniemy dyskusję i udzielię głosu pani senator, która również jest kardiologiem, a więc i ekspertem, a później będę już udzielała głosu osobom uczestniczącym zdalnie. W tej chwili mam zapisaną jedną osobę.

Kto jeszcze z osób zdalnych chciałby zabrać głos? Bardzo proszę o zgłoszenie się. Za chwilę będę udzielała państwu głosu.

Proszę bardzo, Pani Senator.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej.

Serdecznie witam szacownych gości, i pana profesora, i profesorów ze Śląska, który pani przewodnicząca tu wymieniła. Jestem bardzo

ciekawa głosów eksperckich i na nie czekam, bo to, co mnie zawiodło w tym rozporządzeniu ministra, to jest to, że nie były prowadzone pre-konsultacje projektu rozporządzenia właśnie z tymi ekspertami. Oczywiście szerokie grono zostało zapoznane z tym w formie listownej, ale uważam, że tak ważna sprawa jak Krajowa Sieć Kardiologiczna, jak finansowanie tego i ocena skutków regulacji... To są pieniądze publiczne i powinno to być konsultowane z ekspertami.

Teraz druga sprawa, która mnie trochę kłopotczy. Są wymienione tutaj jednostki chorobowe, ale pan profesor dobrze wie jako nauczyciel akademicki – ja także miałam możliwość uczestniczyć w różnych kursach w trakcie swojej specjalizacji z kardiologii – że nie da się oderwać tych jednostek chorobowych od tej, którą nazywamy chorobą niedokrwienną serca czy zespołem wieńcowym. One często współistnieją i też są przyczyną niewydolności serca. Powiedział pan profesor rzecz, która jest dla mnie bardzo ważna. Przez wiele lat pracowaliśmy nad tym, żeby ostre zespoły wieńcowe były leczone zgodnie ze standardami i to się dokonało. Jednak rzeczywiście musimy zrobić coś, żeby się zmniejszyła śmiertelność długoterminowa po wypisie ze szpitala, bo tutaj już nie jest tak dobrze jak z tą śmiertelnością wewnątrzszpitalną, bo to poprawiliśmy. A temu były dedykowane 2 programy pilotażowe. Jeden to jest KOS, o którym pan profesor raczył wspomnieć, czyli kompleksowa opieka po zawale – i tu ukłony dla pana prof. Mariusza Gąsiora, który wykazał, że to jest korzystne dla pacjentów – a drugi to jest program pilotażowy KONS, czyli opieka nad pacjentem z niewydolnością serca. I ja uważam, że w przypadku tego pacjenta nie możemy tak dzielić na te jednostki chorobowe. Zabrakło mi tutaj tej choroby niedokrwiennej serca i myślę, że to powinno zostać poprawione, bo tego nie da się tak oddzielić. Owszem, wiadomo, kardiologzy się tutaj podzielili, mówiono, że może za dużo tych koronarografii, że to są tylko procedury, ale na podstawie mojej praktyki 20-letniej, dwudziestoparoletniej lekarza, który pracuje w szpitalu w Bielsku-Białej, powiem, że to naprawdę doprowadziło do tego, że mamy znacznie mniej pacjentów z uszkodzeniem niedokrwinnym mięśnia sercowego. Pewnie więcej jest takich, tak jak pan profesor powiedział, że źle leczonym czy nieleczonym, nierozpoznanym nadciśnieniem tętniczym.

Chciałabym, żeby na końcu wynikło dla pacjenta coś konkretnego z tego programu oprócz tego, że będzie biurokracja i będzie koordynator. Pan powiedział, że od momentu rozpoznania przez lekarza POZ do momentu, kiedy ten pacjent będzie miał postawione rozpoznanie, upłynie 30 dni. Ja chcę powiedzieć, odnosząc się do praktyki, współpracy z lekarzami w moim regionie, że dzisiaj to my takie rozpoznania stawiamy w 2 dni po tym, jak pacjent przychodzi z objawami. Tutaj nie potrzebujemy programu, bo przecież się na tym znamy i jeżeli pacjent potrzebuje naszego działania, to my to po prostu robimy. A więc ja bym nie chciała tylko takich konsekwencji tej sieci, że wydłużymy poprzez biurokrację moment, w którym wobec pacjenta będą wdrożone procedury ratujące mu życie. Ja wiem, że wady zastawkowe nie są doszacowane, że nie są z różnych powodów leczone tak, jak trzeba, dlatego to dobrze, że jest to jakby zadekwowane tym pacjentom, ale uważam, że absolutnie nie można odgraniczać tego od choroby niedokrwiennej serca.

Mam jeszcze jedno pytanie do pana profesora. Czy wiecie państwo, ile takich ośrodków koordynujących będzie w Polsce i kto ma być koordynatorem? I dlaczego są tutaj rekomendowane rozwiązania... To znaczy będą rozwiązania typu teleporady i infolinia, ale zabrakło tu telemonitoringu, który, jak państwo wiecie, jest bardzo rozpowszechniony w kardiologii. Chodzi o *home monitoring*, monitorowanie zaburzeń rytmu serca pacjentów, którzy się leczą. Dlaczego w tej sieci nie została ujęta właśnie taka forma opieki nad pacjentem, która w niektórych ośrodkach, np. w Zabrze, jest wykonywana w ramach własnych środków pieniężnych? Czemu do takiego programu pilotażowego nie włączono np. tego telemonitoringu, żeby to nie były tylko rozmowy przez telefon z lekarzem, ale w ogóle monitorowanie zaburzeń rytmu? Mówicie państwo tutaj o ablacji, po której nie było nawrotu po 6 miesiącach. Myślę, że w tym pilotażu też można by było ująć właśnie takie spektrum działania kardiologów. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Mam 3 zgłoszenia od państwa profesorów uczestniczących zdalnie.

Jako pierwszy o głos poprosił pan prof. Adam Witkowski, jako drugi – pan prof. Paweł Buszman, a jako trzeci – pan prof. Krzysztof Milewski. Bardzo bym prosiła, abyście państwo w takiej kolejności zabierali głos. I proszę pamiętać o wyłączeniu mikrofonu po zakończeniu swojej wypowiedzi.

Bardzo proszę, pan profesor Witkowski jako pierwszy.

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

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca. Dziękuję państwu za zaproszenie.

Ja uważam jako reprezentant Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które tutaj jest dość licznie reprezentowane, jak państwo na pewno się zorientowali, że sieć kardiologiczna jest potrzebną strukturą. Miejmy nadzieję, że będzie funkcjonowała lepiej niż sieć onkologiczna, która z różnych względów jest rzeczywiście krytykowana. No, ale ta sieć ma mieć inną strukturę.

Czy ja mogę, Pani Przewodnicząca, udostępnić swój ekran? Bo chciałbym pokazać krótką prezentację, żeby zapoznać państwa z pewną propozycją Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego co do tego, jak zintegrować Krajową Sieć Kardiologiczną z już istniejącymi sieciami i programami opieki koordynowanej. Myślę, że to jest szalenie ważne zagadnienie. Nie wiem, czy państwo widzą teraz mój ekran...

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Tak, widzimy, Panie Profesorze, wszystko jest.)

Dziękuję bardzo.

To jest bardzo krótka prezentacja. Chciałbym powiedzieć tak, że według nas sieć kardiologiczna jest narzędziem bardzo dobrym i potrzebnym, które zapewnia rozwiązania logistyczne dla realizacji celowanych zadań oraz programów diagnostycznych i terapeutycznych. Pan minister i pan prof. Hryniewiecki podali tutaj przykłady 4 jednostek chorobowych, które w tej sieci będą jakby miały teraz pierwszeństwo. Jednak ta sieć, która stanowi pewne ścieżki dla pacjenta i zakłada wędrowanie tego pacjenta od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do ośrodka referencyjnego, musi być jednak siecią wielowymiarową, bo oczywiście, jeżeli mamy

napływ chorych do ośrodka referencyjnego, to musimy mieć również ich odpływ. Trzeba również pamiętać o tym, że chorzy kardiologiczni to są zwykle ludzie starsi, u których występuje wielochorobowość. Wędrowanie tego pacjenta po drogach systemu ochrony zdrowia w Polsce staje się wtedy skomplikowane, więc ta sieć musi zapewnić pełną wielowymiarowość. W związku z tym oczywiście, jak zostało już powiedziane, koordynator pacjenta czy pacjentów powinien tutaj też mieć swoje miejsce, żeby ułatwić poruszanie się tego pacjenta po tych dość skomplikowanych ścieżkach.

Ta sieć ma według nas mieć strukturę jakby plastra miodu, który trzeba wypełnić pewną treścią. Ja myślę, że na dzisiaj... Mamy już sieć inwazyjnego leczenia zawału serca, która tu została już przedstawiona. Ona rzeczywiście odniosła sukces, bo nastąpiła redukcja śmiertelności w ostrym zawałe serca z 20% przed wprowadzeniem tej sieci do mniej więcej 4–5% po jej wprowadzeniu. To jest rzeczywiście olbrzymi sukces. Oczywiście to nie jest wszystko, ponieważ my wiemy, że ci chorzy wymagają potem opieki. Ta koordynowana opieka u pacjentów po zawałe serca to program KOS-Zawał, również tutaj wspomniany i też zainicjowany przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. On również odniósł sukces, bo pokazał, że taka koordynowana opieka zmniejsza śmiertelność. Myślę, że te 2 programy, tj. sieć inwazyjnego leczenia zawału serca, która obejmuje ponad 150 oddziałów kardiologii w Polsce, i program koordynowanej opieki nad pacjentami po zawałe serca, powinny znaleźć się w sieci kardiologicznej jako pewne moduły i wypełnić ją, ponieważ według nas są komplementarne w stosunku do tej sieci.

Jeżeli chodzi o dalsze elementy, to powiem, że mamy tu możliwość włączenia kolejnych programów, które już są; są to programy ministerialne. To program leczenia hiperlipidemii rodzinnej i program leczenia hiperlipidemii u pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Jak uważamy, te programy powinny być zintegrowane w ramach tej sieci. Co więcej, mamy również oczekujący na realizację program KONS, czyli koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, według nas szalenie ważny. Ten program przechodzi różne koleje; sprawy się tu toczą od 2017 r. Mamy nadzieję, że właśnie to, że niewydolność serca została uwzględniona w Krajowej Sieci

Kardiologicznej, spowoduje, że program KONS choćby w formie pilotażu, bardzo potrzebny, bo mamy ponadmilionową rzeszę osób i pacjentów z niewydolnością serca, z bardzo wysoką umieralnością, większą niż w przypadku niektórych nowotworów, również wreszcie zostanie zaimplementowany. I tak samo leczenie nadciśnienia tętniczego – przypominam szczególnie to, co powiedział pan profesor Hryniewiecki – opornego i wtórnego; migotanie przedsionków jako wiodąca arytmia i najbardziej powszechna arytmia, która grozi udarem, w związku z czym jest czymś szalenie ważnym, bo wiemy, że udar jest bardzo niszczącym ewenementem w życiu każdego, kogo spotka; wady zastawkowe, o których było tu już wspomniane, a także profilaktyka pierwotna, szczególnie u dzieci i młodzieży. Te wszystkie elementy powinny być, jak sądzimy, w przeciągu najbliższych 2 lat zaimplementowane do tej sieci jako komplementarne metody diagnostyki i leczenia. A w przyszłości kolejne moduły tej sieci wypełniałyby ją tak, jak plaster miodu jest wypełniony miodem. Te kolejne elementy obejmowałyby choroby rzadkie, omdlenia, nagły zgon sercowy.

Uważamy, że zapewnienie takiej globalnej opieki dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego doprowadzi do 3 ważnych rzeczy. Po pierwsze, do obniżenia śmiertelności, w tym nadumieralności mężczyzn, co jest szalenie ważne, ponieważ oni schodzą przedwcześnie z rynku pracy. Po drugie, przełoży się to na zmniejszenie liczby hospitalizacji, a wiemy, że to jest szalenie ważne szczególnie u pacjentów z niewydolnością serca, którzy, im częściej są hospitalizowani, tym szybciej umierają. I wreszcie w trzecim punkcie powinno to przełożyć się również na redukcję kosztów. Sprawa sieci i komplementarnych do niej modułowych programów, tych obecnie istniejących i tych, które powinny zaistnieć w niedługiej przyszłości, powinna doprowadzić do transformacji opieki nad pacjentami kardiologicznymi i ogółem nad pacjentami z chorobami układu sercowo-naczyniowego. To nie może być tylko opieka w AOS, POZ i szpitalu, ale także na oddziałach hospitalizacji jednodniowej, szczególnie w razie zaostżeń u pacjentów z niewydolnością serca. To może być także to, co już jest w sieci ujęte, a więc pewien skrining u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, następnie potwierdzenie w AOS, wdrożenie leczenia, a dopiero wtedy, kiedy jest

to bezwzględnie konieczne – hospitalizacja. To wszystko powinno doprowadzić do tego, co też było wspomniane, czyli do stworzenia pewnego narodowego programu zdrowego serca i naczyń czy narodowego programu forum układu krążenia; nazwa nie jest tu ważna. To powinna być integracja sieci kardiologicznej oraz programów ją tworzących, o których mówiłem, z działaniami prewencyjnymi i terapeutycznymi w zakresie chorób naczyniowych, w tym również z programem trombozy w ostrym udarze mózgu.

Podsumowując, powiem tak: uważamy, że Krajowa Sieć Kardiologiczna jest potrzebna, ponieważ ta logistyczna struktura ułatwi poruszanie się pacjenta kardiologicznego w systemie ochrony zdrowia, który jest dla niego dość skomplikowany. Konieczna nam się wydaje integracja z istniejącymi już strukturami i sieciami, np. takimi jak ośrodki leczące ostry zawał serca oraz programami opieki koordynowanej jak KOS, a także, miejmy nadzieję, KONS. Sieć i programy to pewna komplementarna struktura modułowa. Te moduły powinny być dołączane stopniowo, bo oczywiście wszystkiego w jednym czasie nie da się zrobić. Co do tego mamy przekonanie, to jest oczywiste. I wreszcie na koniec to wszystko powinno doprowadzić do pewnej transformacji, do powstania Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, który zapewni globalną opiekę pacjentom z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Następną osobą jest pan prof. Paweł Buszman.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**CZŁONEK KOMISJI FINANSOWEJ ZARZĄDU
GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
PAWEŁ BUSZMAN**

Dzień dobry. Witam państwa. Czy mnie dobrze słychać?

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Tak, słychać, tylko nie widać. Pan profesor chyba nie ma włączonej kamerki. Ale słychać dobrze.)

Już sobie tę kamerkę włączam.

Szanowni Państwo!

Przede wszystkim dziękuję bardzo za zaproszenie na to bardzo ważne spotkanie senackie, podczas którego oceniamy nowe rozwiązania i nowe koncepcje w dostarczaniu opieki zdrowotnej w zakresie chorób układu krążenia. Wiemy, że takie programy są niezbędne, dlatego że, jak już było dzisiaj powiedziane, choroby układu krążenia stają się coraz większym problemem, w szczególności u osób pracujących i w wieku między czterdziestym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia. Właśnie w tej grupie wiekowej mamy największą nadumieralność w stosunku do krajów Europy Zachodniej. Umieralność w tej grupie dotycząca chorób układu krążenia jest 3, a nawet 4 razy większa niż w krajach, które pod tym względem są liderami, jeśli chodzi o niskie wskaźniki umieralności.

Co jest tego przyczyną? No, przede wszystkim to, że bardziej koncentrujemy się na leczeniu powikłań, a więc zawału serca, niewydolności serca czy ciężkich zaburzeń rytmu, a mniej na wczesnej diagnostyce i wczesnym leczeniu chorób układu krążenia, ażeby zapobiec tym ciężkim schorzeniom. Również wady serca, przede wszystkim niedomykalność mitralna, to w głównej mierze na dzień dzisiejszy powikłania przewlekłej choroby niedokrwiennej lub ciężkiego zawału serca.

W związku z tym myślę, że jeżeli myślimy o tego typu programach, to, po pierwsze, musimy ustalić, jakie są punkty końcowe, tak jak w każdym dobrym badaniu klinicznym chcemy mieć określone punkty końcowe. I chcemy mieć w takim programie określone, czy dodatkowe koszty i wysiłki środowiska lekarskiego, nie tylko kardiologicznego, ale całego środowiska lekarskiego w Polsce, przeznaczane na to zasoby ochrony zdrowia przełożą się na konkretne efekty. A tymi efektami takiego wdrażanego programu powinny być w mojej ocenie zmniejszone wskaźniki umieralności z powodu chorób układu krążenia czy zapaadalności na niewydolność serca, która w Polsce ma wymiar prawdziwej pandemii. Pod tym względem, tj. liczby osób cierpiących z powodu niewydolności serca, jesteśmy absolutnie w czołówce europejskiej. A rokowania, niezależnie od tego, jak dobrze będziemy leczyć tę niewydolność serca, cały czas są złe, bo śmiertelność 4-, 5-letnią szacujemy

nawet na poziomie 60%. To znaczy, że na dzień dzisiejszy ci pacjenci rokują gorzej niż pacjenci z rozsianą chorobą nowotworową. W związku z tym musimy coś zrobić, ażeby zapobiegać tym chorobom.

Chciałbym zwrócić uwagę, że niestety zapominamy – to jest to, co pani senator raczyła wspomnieć – o tym największym zabójcy Polaków, jakim jest pojedyncza jednostka chorobowa, czyli właśnie choroba wieńcowa. Za późno ją rozpoznajemy. Niestety, z tzw. nielimitów wypadła niestabilna dławica piersiowa, która przy odpowiednim, w miarę szybkim skierowaniu do ośrodków kardiologii inwazyjnej, odpowiednio zdiagnozowana i leczona, powodowała znacznie mniejszą roczną śmiertelność niż zawał serca. Teraz, żeby dało się przyjąć szybko pacjenta, on w zasadzie musi mieć dodatnie troponiny, a ze wszystkich statystyk, naszych własnych i tych z literatury światowej wynika, że roczne rokowanie pacjenta z dokonanym zawałem, a więc z dodatnią troponiną, jest 10 razy gorsze niż w przypadku niestabilnej dławicy piersiowej. W przypadku zawału to rokowanie podczas leczenia jest związane z 10-procentową śmiertelnością, natomiast w przypadku niestabilnej dławicy to jest 1–1,5%. A więc również tutaj, jeżeli planujemy tego typu programy, musimy zwrócić uwagę przede wszystkim na szybkie kierowanie na pełną diagnostykę. Oczywiście metody diagnostycznie znacznie się poprawiły, bo mamy już nieinwazyjne obrazowanie, możemy robić szerokie skryningi w tym zakresie, zupełnie nieinwazyjne, w związku z tym mamy mnóstwo możliwości, ażeby zapobiegać ciężkim powikłaniom, a nie tylko koncentrować się na ich leczeniu. A w mojej opinii, niezależnie od tego, ile wydamy pieniędzy na to potrzebne oczywiście leczenie osób z ciężkimi powikłaniami chorób układu krążenia, efekt tutaj, powiedzmy, pod względem kosztowo-wynikowym będzie raczej ograniczony. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Kolejnym mówcą będzie prof. Krzysztof Milewski.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**ORDYNATOR ODDZIAŁU KARDIOLOGII
W POLSKO-AMERYKAŃSKICH KLINIKACH
SERCA – CENTRUM KARDIOLOGII I KAR-
DIOCHIRURGII W BIELSKU-BIAŁEJ
KRZYSZTOF MILEWSKI**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękuję za zaproszenie mnie na posiedzenie komisji. Moja wypowiedź będzie krótka. Wynika to z tego, że jestem wieloletnim wychowankiem pana prof. Buszmana i myślę tutaj dokładnie tak samo; z kolei z panią senator Agnieszką Gorgoń-Komor współpracujemy na terenie Bielska-Białej i mamy tutaj dokładnie te same spostrzeżenia.

Spośród tych 4 modułów 3 moduły, czyli niewydolność, wady zastawkowe i zaburzenia rytmu serca powodowane są w głównej mierze niestabilną chorobą wieńcową i jej konsekwencjami. Czyli tak naprawdę mnie w tym module brakuje tej szybkiej diagnostyki, o której przed chwilą wspomniał prof. Buszman, i nie wyobrażam sobie, żeby tego modułu mogło zabraknąć. Oczywiście wizja przedstawiona przez prof. Witkowskiego, że to jest budowanie narodowego programu, troszeczkę uspokaja, niemniej jednak zwracam uwagę, że jeżeli chcemy zapobiegać niewydolnościom i innym powikłaniom, to ten moduł musi być uwzględniony możliwie szybko. Widzimy to zwłaszcza teraz, w trakcie pandemii COVID, bo ci pacjenci, którzy do nas trafiają, to są pacjenci z zaawansowaną chorobą serca, wyrażającą się czy to w ciężkim uszkodzeniu lewej komory, czy to w groźnych arytmiami. Wynika to z tego, że do tej pory nie zostali zdiagnozowani i ta choroba jest mocno zaniedbana, a w tym momencie my, jako kardiolodzy inwazyjni, nie za bardzo mamy już co robić. Rzeczywiście pozostaje problem leczenia np. niewydolności serca czy zaburzeń rytmu serca, ale to są już problemy złożone. I wydaje mi się, że wielu pacjentów nie otrzyma właściwej terapii. A więc to jest jakby pierwszy element. Nawiążę tutaj również do programu KOS, który oczywiście zakończył się... To znaczy on właściwie trwa nadal, ale już pokazaliśmy ogromny sukces w skali świata, tj. redukcję śmiertelności w obserwacji rocznej. Weźmy jednak pod uwagę to, że KOS obejmuje właśnie tylko zawały, nie obejmuje tak naprawdę klasycznych przykładów niestabilnej choroby wieńcowej, kiedy jeszcze nie doszło do martwicy mięśnia sercowego. Czyli to jest

kolejny dowód na to, że dławica piersiowa musi być w tym uwzględniona.

Chciałbym wreszcie wyrazić krótko swoje zaniepokojenie tym, że... Kiedy patrzę na obszar Śląska, czyli ponadpięciomilionowej aglomeracji, to zastanawiam się, jak będzie wyglądał ośrodek referencyjny, czy będą to może 2 ośrodki referencyjne. Chodzi to to, czy nie zaniknie troszeczkę rola tych mniejszych ośrodków, czyli np. takiego Bielska, w którym leczymy nie tylko chorobę wieńcową 24 godziny na dobę, ale przede wszystkim robimy operacje kardiochirurgiczne, robimy małoinwazyjne naprawy zastawek. Czy rola takich ośrodków nie zaniknie? I czy ten pacjent – biorę pod uwagę choćby samą populację Śląska – nie zgubi się w tej ścieżce między małym miastem a dużym ośrodkiem koordynującym?

Ostatni temat – tak naprawdę jedno zdanie. Otóż zwracam uwagę na kłopoty kadrowe. Nie wiem, czy w sytuacji, kiedy tak naprawdę KOS ma jeszcze białe plamy w skali kraju, nie powinniśmy dokańczać istniejących programów, czy KOS nie powinien być dokończony. A podstawą wszystkich tych programów jest właśnie kadra medyczna. Znamy znakomite przykłady działania, np. interwencyjnego leczenia udaru niedokrwienego mózgu, ale tak naprawdę brakuje nam teraz ośrodków i specjalistów.

Wnoszę również o to, żeby państwo w przyszłości rozważyli powstanie funkcji specjalisty sercowo-naczyniowego. Kiedyś kardiologowie przeprowadzali skutecznie procedury w zakresie tętnic szyjnych i obwodowych. Dlaczego mieliby nie przeprowadzać szerzej tych procedur, a tym samym zwiększyć ich dostępność dla pacjenta i poprawę jakości leczenia? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Jeszcze 2 osoby zgłosiły chęć zabrania głosu, tj. pan prof. Jarosław Kaźmierczak i prof. Mariusz Gąsior.

Bardzo proszę, pan prof. Kaźmierczak jako pierwszy.

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE KARDIOLOGII
JAROSŁAW KAŹMIERCZAK**

Dzień dobry państwu.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Panowie i Panie Senatorowie! Szanowni Koledzy!

Z większością ekspertów doskonale się znamy. Ja chciałbym zwrócić uwagę tylko na 2 albo 3 elementy. Oczywiście w całej rozciągłości się zgadzam z tym, co pokazał pan prof. Witkowski, mówiąc o kompleksowości i o szerszym spojrzeniu na problem kardiologii w kraju, ale chciałbym zwrócić uwagę na 3 kwestie.

Mianowicie co dalej z KONS? Bo z tego, co widzimy w sieci, wynika, że przewidziana jest tam grupa chorób, które prowadzą do niewydolności serca, i duży nacisk jest położony na kwestię niewydolności serca. Ja proponuję wykorzystać to, co zostało stworzone dla programu KONS, który jako pilotaż miał wejść już ponad 2 lata temu, wykorzystać zdobyte doświadczenie i te już wypracowane procedury, wypracowane algorytmy włączyć do sieci. Nie bardzo sobie wyobrażam, żeby jakby obok sieci miał nagle zacząć działać jeszcze KONS. To znaczy, może to byłoby i dobrze, ale to będzie siebie nawzajem, no, może nie tyle wykluczać, co nakładać, a to nakładanie być może będzie wprowadzało trochę komplikacji. Czyli proponuję wykorzystać w sieci to, co zostało stworzone w ramach KONS.

Kolejna sprawa. Nie sposób też nie zgodzić się z tym, co powiedzieli przed chwilą dwaj moi przedmówcy, pan prof. Buszman i pan prof. Milewski. Choroba niedokrwienna serca rzeczywiście jest podłożem wielu jednostek chorobowych, które są ujęte w tych 4 grupach w sieci. I w związku z tym zdecydowanie trzeba rozszerzać KOS. KOS nie jest pilotażem, KOS jest programem, który leczy zawał serca, i który działa w całym kraju. Może działać w każdym szpitalu; tak naprawdę to zależy tylko od woli lekarzy i dyrekcji tych szpitali. To nie jest żaden pilotaż, to jest funkcjonujący, rzeczywisty program. I on powinien być rozszerzany na coraz większą liczbę szpitali w Polsce, bo dotychczas wprowadza go ok. 40% szpitali, które mogą ten program wprowadzić, czyli, jak uważam, o wiele za mało.

Kolejnym elementem, który w aspekcie KOS powinniśmy rozważyć, jest to, że ten program powinien być przedłużony na kolejne lata po zawale. Chociaż tak naprawdę dzięki temu, że pacjent w pierwszym roku jest w KOS, to on wchodzi w te tryby dalszej opieki i już jakby mimowolnie w tym uczestniczy, w tej opiece, mimo że formalnie program KOS dla danego konkretnego pacjenta po roku został już zakończony.

Ja mam jeszcze kilka takich wątpliwości. Mianowicie bardzo wiele ośrodków w tej chwili boryka się... Może nie w okresie COVID, bo to jest jakby zupełnie inny czas, ale przed COVID borykało się z czymś, co nazywamy ograniczeniami limitowymi. Bardzo wiele oddziałów było w stanie wykonać więcej zabiegów, leczyć więcej pacjentów, ale niestety limitowały nas ryczałty, umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Tak więc to jest kolejny element, który moim zdaniem bezwzględnie trzeba w sieci uwzględnić – nielimitowość, nielimitowanie tych procedur.

Jeśli chodzi o kadry medyczne – bo tutaj też ten problem pojawił się w jednej z ostatnich wypowiedzi, bodajże pana prof. Milewskiego – to rzeczywiście, mamy problemy z kadrami medycznymi, mimo że liczba kardiologów w ostatnich 10 latach wzrosła na tyle, że osiągnęliśmy w tym roku wskaźnik już ponad 100 kardiologów na 1 milion mieszkańców, czyli taki wskaźnik, jaki istnieje w Unii Europejskiej, jaki jest rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. Ale ciągle mamy trochę złą dystrybucję lekarzy specjalistów. I ostatnio zauważamy niestety też takie mniejsze zainteresowanie tą specjalnością. I boję się tego, że ten obecny wskaźnik ok. 100 kardiologów na 1 milion mieszkańców przez następnych kilka lat nie będzie się utrzymywał na tym poziomie, ale niestety będzie spadał. I tutaj musimy podjąć jakieś działania, aby w tym zakresie za kilka lat nie spotkać się z deficytem kadrowym, jeśli chodzi o specjalistów kardiologów.

Bardzo dziękuję za możliwość wypowiedzi.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję również.
Następny pan prof. Mariusz Gąsior.
Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**KIEROWNIK III KATEDRY
I ODDZIAŁU KLINICZNEGO
KARDIOLOGII NA WYDZIALE NAUK
MEDYCZNYCH W ZABRZU
NA ŚLĄSKIM UNIWERSYTECIE
MEDYCZNYM
MARIUSZ GAŚSIOR**

Dzień dobry państwu.

Dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie komisji. Ja nie będę powtarzał tego, co moi znakomici przedmówcy już powiedzieli. Chciałbym jednak zwrócić uwagę na 3 aspekty.

Po pierwsze, program pilotażowy, tak jak słusznie zostało wcześniej powiedziane, już nie sieć kardiologiczna, jest bardzo istotny z powodu problemów, które napotkaliśmy już po wdrożeniu KOS-Zawał. Bo przypominam, że KOS-Zawał nie był poprzedzony pilotażem, tylko od razu był wdrożony jako program ogólnokrajowy. W związku z tym pojawiły się pewne niedociągnięcia w tym programie, które później trudno było naprawiać, korygować już na etapie funkcjonowania tego projektu.

Ja zostałem wcześniej wymieniony przez państwa jako osoba, członek zespołu, w którym wykazaliśmy, że KOS działa. I on działa, ale on działa tam, gdzie jest realizowany. Należy mieć świadomość, że tylko kilkanaście procent pacjentów opuszczających szpital po zawale serca zostaje włączonych do programu KOS-Zawał. Na Śląsku wykazaliśmy oczywiście tę skuteczność, ale dlatego, że ponad 60% pacjentów jest włączonych do tego projektu. A są województwa, gdzie to jest kilka procent.

Ten program na Śląsku oczywiście dobrze funkcjonuje. I mocno mu się przygląda również pan prof. Wojtyniak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, pan prof. Wita, z którym oczywiście razem to realizujemy, ale również pan prof. Zdrojewski z Polskiej Akademii Nauk. Chciałbym w tym momencie tylko podkreślić, że wspomniany pilotaż jest o tyle istotny, że wszystkie te niedociągnięcia, które wystąpią na etapie pilotażu, należy później usunąć po uruchomieniu tego programu na terenie całego kraju. Jest taki pewien paradoks w tym programie, że mamy zapewnioną dodatkową płatność, mamy zapewnioną akceptację środowiska kardiologicznego, a jednak są pewne powody, dla których ten program nie rozpowszechnił się tak, jak byśmy chcieli, w całym kraju. To jest jak gdyby pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Jeżeli chodzi o procedury i rozpoznania, które są włączone do pilotażu, to oczywiście, pełna zgoda, że choroba niedokrwienna to jest główny zabójca, że choroba niedokrwienna również w następnym etapie powinna być uwzględniana w tym pilotażu. Niemniej jednak chciałbym zwrócić uwagę, że choroba niedokrwienna, wady serca, które są w tym

programie, nadciśnienie tętnicze i migotanie przedsionków to już są główne przyczyny powstania niewydolności serca. I część tej najgroźniejszej postaci choroby niedokrwiennej serca z powikłaniami w pewien sposób będzie w tym projekcie uwzględniana.

Niemniej jednak chciałbym też zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię, mianowicie ośrodki kardiologii interwencyjnej. Tych ośrodków kardiologii interwencyjnej w kraju jest około 130, 140 i to jest znakomita sieć nie tylko kardiologii interwencyjnej, nie tylko leczenia zawału serca. Bo proszę pamiętać, że w tych ośrodkach również diagnozujemy chorobę niedokrwinną, czyli stabilną dławicę, również wykonujemy zabiegi elektroterapii i również w znakomitej liczbie zabiegi ablacji. Tak że ta sieć kardiologii interwencyjnej pomału też staje się taką siecią i kardiologii interwencyjnej, i elektroterapii. Dziękuję państwu.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Jeszcze 2 osoby prosiły o głos: pani prof. Katarzyna Mizia-Stec i pan prof. Wita. I myślę, że to będą już ostatecznie dwie osoby, które będą zabierały głos w dyskusji. Później będę jeszcze prosiła pana ministra o odniesienie się w kilku słowach do tych wszystkich sugestii i wniosków, które tutaj padły. I będziemy pomału kończyć nasze posiedzenie.

Tak więc bardzo proszę, pani prof. Katarzyna Mizia-Stec. Proszę bardzo.

**PROREKTOR DO SPRAW NAUKI
I WSPÓŁPRACY MIĘDZYNARODOWEJ
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO W KATOWICACH
KATARZYNA MIZIA-STEC**

Szanowni Państwo! Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze!

Bardzo dziękuję za zaproszenie na to spotkanie. Ja zgadzam się z większością moich przedmówców, niemniej jednak chciałbym zwrócić państwu uwagę na jeszcze pewne aspekty tematu, który poruszamy.

Krajowa Sieć Kardiologiczna w takim wymiarze, w jakim jest przedstawiana, to jest

niezwykle ważne wyzwanie, komplementarne do tych, które już mamy, ale również wyzwanie, które wiąże się z bardzo szeroką populacją pacjentów. My oczywiście nie jesteśmy w stanie wyizolować tych 4 rozpoznań od choroby wieńcowej i to wydaje mi się jednoznaczne. Ale proszę zobaczyć: to będzie ponad 50%, nawet więcej, wszystkich chorych, których mamy. I my chcemy tych chorych objąć jak najlepszą opieką, chcemy mieć koordynatora, który będzie to prowadził. Ale musimy sobie zdawać sprawę, że to będzie olbrzymie wyzwanie na poziomie lekarza rodzinnego, lekarza POZ, na poziomie tych ośrodków pierwszego, drugiego stopnia i na poziomie ośrodka koordynującego. Tak więc myślę, że doświadczenia tego wyzwania pierwszego rzutu, czyli pilotażu prowadzonego w województwie mazowieckim, będą niezwykle istotne, żebyśmy byli w stanie potem na tyle to wyzwanie prowadzić, żeby to było skuteczne i w ogóle możliwe do wykonania. Bo wydaje się, że w tych wszystkich ograniczonych scenariuszach, które mamy już za sobą, które prowadzimy, które chcemy prowadzić... One raz nam wychodzą lepiej, raz gorzej, raz są większym sukcesem, raz są mniejszym. To wszystko ma głębokie uzasadnienie, ma sens. Niemniej jednak wyzwanie, przed którym jesteśmy, jest znacznie większe pod względem organizacyjnym niż te, które mieliśmy do tej pory. Raz, że nie możemy oddzielić tych schorzeń. Dwa, proszę zobaczyć, mamy większość rozpoznań kardiologicznych w tym wypadku, tak więc większość z naszych pacjentów, którzy są na poziomie POZ, powinno uzyskać właściwe świadczenia w tym systemie. I to jest istotne.

I druga moja drobna uwaga, ale która pewnie w trakcie szerszego wprowadzenia tego programu będzie miała znaczenie. My mamy ośrodek koordynujący, który ma określone wymagania. Ja rozumiem, że leczeniem dla wąskiej grupy pacjentów z niewydolną serca jest transplantacja czy wspomaganie mechaniczne układu krążenia. Ale przy tak szeroko zakrojonym programie my musimy mieć więcej ośrodków koordynujących. I zgadzam się z panem prof. Milewskim w tym zakresie. Czy to będzie Bielsko, czy to będzie inne miasto, większe czy mniejsze... Ale tutaj odległość tych ośrodków, które mają możliwość transplantacji, i ich ograniczona liczba będą stanowiły ograniczenie realizacji programu. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
I pan prof. Krystian Wita.
Bardzo proszę, Panie Profesorze.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
W DZIEDZINIE KARDIOLOGII
KRYSTIAN WITA

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze!
Bardzo dziękuję za zaproszenie na to niezwykle spotkanie.

Ja już pominę ten aspekt, że zgadzamy się, że ta sieć jest konieczna. Myślę, że najlepiej przedstawił to pan prof. Witkowski, jak taka idealna sieć powinna wyglądać. Niemniej jednak zakładam, że ta sieć ruszy w chwili obecnej jako pilotaż na podstawie wspomnianego rozporządzenia. W związku z tym ja pozwolę sobie już skrócić moją wypowiedź tylko do kwestii, które dotyczą konkretnie tego rozporządzenia, tego projektu rozporządzenia, i do uwag, które wydają mi się może nie fundamentalne, ale bardzo istotne.

Tak więc nie wyobrażam sobie, żeby ośrodkiem kategorii IIB był ośrodek, który wykonuje 45 ablacji. Przede wszystkim nie wskazano, jakie to mają być ablacje, czy ośrodek wykonujący ablacje nadkomorowe może być ośrodkiem drugiego stopnia, zabezpieczającym w kierunku migotania przedsionków. Tak to jest zapisane. Myślę, że to powinno być poprawione.

Drugi taki ważny dla mnie aspekt techniczny to jest współczynnik kwalifikacyjny. Współczynnik kwalifikacyjny dotyczy POZ, gdzie określa stosunek liczby skierowań potwierdzonych przez koordynatora do liczby innych skierowań. Oczywiście, każdy będzie chciał uzyskać jak największy współczynnik. A największy współczynnik można uzyskać poprzez zwiększenie licznika albo zmniejszenie mianownika. Jeżeli będziemy zmniejszać mianownik, to wtedy będziemy ograniczać dostęp do innych skierowań. W związku z tym uważam, że ten współczynnik kwalifikacyjny powinien być zupełnie inaczej wyrażony. A tak naprawdę, jak uważam – o tym już powiedział prof. Witkowski – bardzo istotny jest odpływ pacjentów, np. już ze szpitali bądź z AOS. Tak więc powinien być bardziej

gratyfikowany powrót do leczenia do POZ. I to jest istotne, żeby odciążyć AOS, odciążyć szpitalnictwo na rzecz POZ. I brakuje mi takiego współczynnika, że... Np. zakończymy już leczenie w AOS, dajemy rozpoznanie i pacjent wraca do POZ. Nie powinno być w moim przekonaniu gratyfikowane to, że jest duża liczba skierowań. To może generować tylko skierowania, a nie generować żadnego pozytywnego leczenia.

Kolejny element, który jest trudno zrozumieć, do jest §12 pkt 2. Oczywiście, ważne aspekty takie jak ablacja, może poza MitraClip, ale ablacja, a przede wszystkim wszczepienie układów resynchronizujących, defibrylatory, które jak wszyscy wiemy, są w chwili obecnej w podstawowym zabezpieczeniu szpitalnictwa, w POZ... Nie wyobrażam sobie, w oparciu o jaki algorytm mają być zwiększone liczby, zwiększone kwoty. Po przekroczeniu czego? Przecież tak naprawdę można powiedzieć, że w tym worku... że to jest nieograniczone. W związku z tym kompletnie niezrozumiałe jest wspomniany zapis, ponieważ trudno będzie udowodnić, że zwiększamy liczbę defibrylatorów poza kwotę, którą uzyskaliśmy w ramach sieci.

I kwestia dla mnie fundamentalna. O tym już mówiła pani prof. Mizia. I chciałbym to... Być może jesteśmy z jednego ośrodka, ale ja mam przyjemność zarządzać tym ośrodkiem i muszę to wyartykułować. Rozmawiamy o sieci szpitali kardiologicznych, gdzie oczywiście ważnym aspektem jest kardiochirurgia, ale mniejszym aspektem tej kardiochirurgii w chwili obecnej jest transplantacja serca. A to jest określone jako warunek do tego, aby być ośrodkiem konsultacyjnym, czyli ośrodkiem wiodącym, koordynującym, na poziomie III. Przepraszam, mówimy o jednostkach chorobowych jak nadciśnienie, niewydolność serca. Tutaj mamy do czynienia tak naprawdę ze schorzeniami z zakresu bardziej chirurgii naczyniowej, bardziej z zakresu neurologii, leczenia udaru mózgu, leczenia powikłań cukrzycy. I taki ośrodek, np. ośrodek ochojecki, który ma chyba jeden z największych potencjałów w zakresie leczenia sercowo-naczyniowego, chyba z największym kontraktem sercowo-naczyniowym w Polsce, ośrodek, który jest liderem w zakresie wykonywania trombektomii, który jest liderem pod względem realizacji świadczeń w zakresie KOS-Zawał, zgodnie z literalnym brzmieniem wspomnianych zapisów nie może być ośrodkiem koordynującym. Wydaje mi się, że to powinno ulec zmianie.

Dziękuję za możliwość zabrania głosu.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Wszystkie osoby, które chciały zabrać głos...
Czy pani senator jeszcze?

(*Senator Alicja Chybicka: Tak, ja chciałabym zadać pytanie.*)

Proszę bardzo.

SENATOR
ALICJA CHYBICKA

Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo, ja chciałabym zapytać panów, pana ministra i panów, czy planuje się jakąkolwiek sieć kardiologiczną w zakresie kardiologii dziecięcej. Czy tutaj każdy ośrodek sobie rzepkę skrobie? Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo, Pani Senator. Jeszcze jedno krótkie pytanie.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Wysłuchawszy tych wszystkich wypowiedzi, mam pytanie do pana profesora. Bo jako kardiolog jestem nauczona też posługiwać się, że tak powiem, twardymi punktami końcowymi. Jak powstaje jakieś przedsięwzięcie z publicznych pieniędzy, to chciałabym mieć końcowy efekt w postaci spadku śmiertelności, spadku liczby hospitalizacji. To wszystko było tu mówione. I te mierniki jakości, które będą zastosowane, trochę do mnie nie przemawiają. Ja rozumiem, że ten pilotaż będzie krótko i my nie możemy zbadać trendów. Chyba o to chodzi. Jeżeli nie, to proszę mnie wyprowadzić z tego błędu. Dla mnie te mierniki są niejasne. I tak samo pytaliśmy w przypadku sieci onkologicznej, gdzie pan minister Gadomski wziął pod uwagę, że chcielibyśmy mieć dłuższą obserwację, bo dla ośrodków, które wejdą do sieci, krzywdzące będzie podejmowanie pewnych decyzji, czy dalej będą w sieci, czy nie, po rocznej obserwacji. To jest według mnie taki duży kłopot w przypadku pilotaży. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Ja widzę, że Komisja Zdrowia stała się takim forum wymiany argumentów, doświadczeń i w ogóle rozmowy.

No, wydaje mi się, Panie Ministrze, że to wszystko, co tutaj padło, jest naprawdę ogromnie ważne, i że każdy z profesorów w dobrej wierze wskazuje na ważne elementy w tej całej układance. Szkoda jednak, że do takiej rozmowy nie dochodziło wcześniej i że musimy to wszystko tutaj rozbiierać na takie detale.

Wiem, że jeszcze ad vocem chce zabrać głos pan prof. Witkowski, ale to już jest naprawdę ostatnia wypowiedź.

(*Głos z sali: Mitkowski...*)

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

PREZES ELEKT ZARZĄDU
GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
PRZEMYSŁAW MITKOWSKI

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Przepraszam za tą moją dosyć spóźnioną decyzję. Ja mam tylko takie jedno pytanie do pana...

(*Zakłócenia w trakcie wypowiedzi*)

(*Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Nie, nie, coś...*)

Halo, czy jestem słyszalny? Halo!

(*Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Nie słychać w ogóle pana profesora.*)

Czy teraz może jest lepiej?

Ja mam takie pytanie do pana ministra. Co do konieczności wprowadzania szlaków dla pacjentów...

(*Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Panie Profesorze, przepraszam, ale proszę się przedstawić, bo tu zaszła jakaś...*)

(*Zakłócenia w trakcie wypowiedzi*)

Halo...

(*Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Proszę się przedstawić, Panie Profesorze, bo tu zaszła mała pomyłka. Bardzo proszę.*)

Przemysław Mitkowski, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Pani Przewodnicząca, ja mam takie pytanie do pana ministra. Bo oczywiście, wszyscy się zgadzamy, że te szlaki, którymi przechodzi

pacjent z różnymi problemami, w tym problemami kardiologicznymi, są dla niego niezwykle ważne. Dlatego, że to, co obserwujemy w programie KOS-Zawał, to jest taka sytuacja, że pacjent czuje się bezpiecznie, on ma wyznaczone kolejne wizyty. I dlatego, jak myślę, ta współpraca z pacjentem, którą oferuje ten program, w systemie opieki zdrowotnej dała tak korzystne efekty. Ale ja mam takie pytanie. Bo oczywiście tutaj mówimy o pilotażu sieci kardiologicznej, mówimy o tych 24 miesiącach. Ja mam takie pytanie: czy ministerstwo przewiduje coś dla pozostałych 15 województw w okresie tych 24 miesięcy? Pytam dlatego, że program KONS jest praktycznie gotowy. My nad nim pracujemy już bardzo długo. Czy nie warto byłoby w ramach tego pilotażu sieci kardiologicznej przyspieszyć pracy nad programem KONS, żeby go włączyć, być może jako pierwszy element, do programu sieci kardiologicznej? Ja przypomnę, że ośrodków koordynujących w programie KONS jest 6. W tym projekcie można by to rozszerzyć o kolejne.

I kolejne moje pytanie. Są pewne technologie, które są dla nas z punktu widzenia opieki nad pacjentami, szczególnie w okresie pandemii, bardzo istotne, jakby choć telemonitoring urządzeń wszczepialnych, o których tutaj mówiliśmy, nie wspominając o innych technologiach, które też wspierają pacjentów po udarach niedokrwiniennych czy pacjentów z powikłaniami elektrostymulacji. Czy możemy liczyć, że ministerstwo będzie mogło jakoś tak nieco szybciej procedować takie projekty, żeby jak najszybciej udostępnić takie rozwiązania polskim pacjentom? Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję. Jeszcze raz przepraszam za zmianę nazwiska, ale po prostu nie dosłyszałam. Przepraszam bardzo.

Panie Ministrze, udzielam panu głosu. Czy chciałby pan coś powiedzieć w tej kwestii, w odpowiedzi na te wszystkie zagadnienia, które tutaj były podnoszone?

Mam nadzieję, że zarówno pan minister, jak i pan profesor wysłuchali uważnie tych wszystkich uwag i weźmiecie państwo pod uwagę te sugestie i te prośby, które tutaj padały ze strony grona profesorskiego.

Bardzo proszę.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja dziękuję za te wszystkie głosy, które państwo profesorowie do nas skierowali. I oczywiście cieszę się, że nasz program pilotażu w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej spotkał się z takim dobrym odzewem ze strony państwa profesorów, aczkolwiek zabrakło mi może głosów pacjentów. Bo ten program nie jest skierowany do kardiologów, tylko głównie jest skierowany do pacjentów, którzy wymagają opieki. No, tutaj wytworzyła się taka dyskusja bardzo naukowa i na poziomie kardiologów. Ale oczywiście dziękuję za tę dyskusję, bo myślę, że ona jest bardzo ważna.

Ten pilotaż, który niedługo już uruchamiamy, oczywiście, tak jak nazwa wskazuje, jest pilotażem, czyli chcemy przetestować, przeanalizować i w praktyce sprawdzić pewne rozwiązania, które zaproponowaliśmy. Oczywiście, on będzie ulegał modyfikacji. Zapisane jest, że po tym 18-miesięcznym okresie pilotażu chcemy wyciągać wnioski, przeprowadzić etap ewaluacji programu pilotażowego. Myślę, że także państwo profesorowie się do tego na pewno aktywnie włączą.

Pierwszym województwem jest województwo mazowieckie. Jesteśmy już także, jak myślę, przygotowani, aby w następnych miesiącach uruchamiać w kolejnych województwach czy też w kolejnych regionach, o czym wspominał już pan prof. Hryniewiecki... Tak więc ten pilotaż, który w tej chwili jest dla pacjentów województwa mazowieckiego, będzie rozszerzony także na kilka kolejnych województw.

Ale jeżeli chodzi o sprawy takie już czysto praktyczne, kardiologiczne, to myślę, że pan prof. Hryniewiecki na nie odpowie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo.

**DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU
KARDIOLOGII STEFANA KARDYNAŁA WY-
SZYŃSKIEGO – PAŃSTWOWEGO INSTY-
TUTU BADAWCZEGO W WARSZAWIE
TOMASZ HRYNIEWIECKI**

Dziękuję.

Przed wszystkim bardzo się cieszę i dziękuję za takie szerokie poparcie idei Krajowej Sieci Kardiologicznej, tego pilotażu. Bardzo się cieszę, że w zasadzie jesteśmy zgodni w większości tematów. Jakies szczegóły oczywiście będą mogły być modyfikowane, nawet w trakcie trwania pilotażu, bo właśnie po to jest pilotaż. Kolejne województwa, jak mam nadzieję, będą jak najszybciej włączane. I w ogóle nie przesądzam, jakie to będą ośrodki koordynujące, bo to jest kwestia pewnej specyfiki poszczególnych obszarów. Będziemy dyskutować z przedstawicielami najlepszych ośrodków z tych województw, czy też szerzej, z tych regionów. Bo, tak jak już mówiłem wcześniej, nie wszystkie województwa w Polsce mogą być na tyle silne, żeby prowadzić taki system opieki kardiologicznej.

Tutaj chciałbym tylko ustosunkować się do paru wątpliwości. Jeśli chodzi o to, co pani senator mówiła, o telemedycynę, to jak najbardziej będziemy szeroko z niej korzystali. To będzie wszystko przygotowane w trakcie tego pierwszego miesiąca, kiedy ścieżki pacjentów będą opracowywane. Rozporządzenie chyba jest aktem zbyt ogólnym, żeby takie szczegóły tam zwierać. To będzie przygotowane przed rozpoczęciem właściwego programu. I na pewno wspomniane techniki będą wykorzystywane. Zresztą w instytucie również szeroko z tego korzystamy, nie obrażamy sobie, żeby to mogło zostać pominięte.

Jeśli chodzi o finansowanie, o to, co mówił konsultant krajowy... No, to jest chyba nieporozumienie, ponieważ projekt zakłada, że to jest bezlimitowe leczenie pacjentów. To jest podstawa, to jest coś, na co mamy tutaj szczególną nadzieję, zwłaszcza w okresie po pandemii, że pozwali nam to szybko objąć opieką jak największą grupę pacjentów. To ma być bez limitów, bez ograniczeń, to ma być niezwiązane z ryczałtem.

I zwracam również uwagę na pewne procedury, które dotychczas były dostępne dla naszych pacjentów w bardzo ograniczonym zakresie, a więc chociażby leczenie plastyką „brzeg-do-brzegu” zastawki mitralnej, TAVI, czyli implantacja zastawki w ujście aortalne, ale również procedury elektrofizjologiczne. Na to liczymy, że tutaj to bezlimitowe leczenie będzie ogromną pomocą dla pacjentów.

I wreszcie rozmaite ośrodki wskazywały, że są gotowe w pełnym zakresie włączyć się w realizację Krajowej Sieci Kardiologicznej. Oczywiście, te ośrodki też będą miały możliwość

bezlimitowego przyjmowania pacjentów i wykonywania wspomnianych procedur, tak więc skorzystają na tym wszyscy.

Oczywiście, jakiś ośrodek koordynujący będzie musiał być wskazany, bo on ma tutaj bardzo istotną rolę, również tę rolę polegającą na wykonywaniu unikalnych procedur. Tutaj słusznie było to wskazane, że w przypadku niewydolności serca, która jest jednym z elementów, jednym z rozpoznań w pilotażu, jest to transplantacja serca i mechaniczne wspomaganie krążenia. To jest oczywiście prawda, ale przecież dotyczy to będzie bardzo małej grupy pacjentów. Niemniej jednak na największej liczbie dodatkowych procedur dodatkowo finansowanych skorzystają szpitale na bardzo wysokim poziomie, ale nie pojedyncze w województwie, tylko szeroka grupa szpitali. Nie przesądzam, które to będą, tak jak mówiłem, to zależy od specyfiki poszczególnych województw. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Panie Profesorze, ja rozumiem, że pan, jako koordynator i osoba, która będzie odpowiadała też za pilotaż... No, na panu profesorze ciąży chyba w tej chwili naprawdę wiele. I mam nadzieję, że ten czas, który tutaj, na posiedzeniu komisji poświęciliśmy omawianym zagadnieniom... że również dla pana profesora wnosi to pewnego rodzaju kwestie i uwagi, które, jak mi się wydaje, warto jednak jeszcze przedyskutować. To, że rozmawialiśmy dzisiaj tak bardzo merytorycznie i że rozmawiamy w gronie ekspertów, jest także wynikiem prośb ze strony kardiologów, którzy sygnalizowali, że widzą potrzebę takiego spotkania i przekazania tych informacji. Być może dialog z ministerstwem był w jakiś sposób utrudniony i dlatego też takie prośby padały. To, jak zazwyczaj w Komisji Zdrowia, zostało przez nas przychylnie przyjęte, bo jest to temat ogromnie ważny. I wiemy, ile osób choruje na schorzenia układu krążenia i jaki to jest problem.

Panie Ministrze, Panie Profesorze, Szanowni Państwo, wypisałam kilka istotnych według mnie kwestii, które tutaj padały. Przed wszystkim ta ocena skutków, a więc efektywności całego programu, która jest najważniejsza. I to, w jaki sposób ten pilotaż zostanie zbudowany,

o jakie mierniki oparty – no, takie będą efekty po roku czy półtora. I wtedy, Panie Ministrze, na pewno zaprosimy pacjentów. Nie będziemy już wtedy rozmawiać w gronie ekspertów, ale będziemy pytać pacjentów, jaki jest efekt tego wdrożonego pilotażu.

Druga kwestia, która, jak uważam, jest równie ważna, to to, aby w tej sieci, przyszłej sieci, która zostanie zbudowana, nie zapominać jednak o mniejszych ośrodkach. Bo chodzi także o dostępność tego typu usług i jak najkrótszy czas związany z dostępnością.

No, i kolejna kwestia, która się tutaj pojawiała, to oczywiście szybka diagnostyka i profilaktyka,

i także czynniki ryzyka. Bo mamy świadomość, że poprzez profilaktykę większości tych schorzeń, które w tej chwili są plagą, związaną także z cywilizacją, można zapobiegać. I to jest chyba ten efekt, do którego osiągnięcia powinniśmy dążyć.

Bardzo dziękuję wszystkim, którzy byli obecni tutaj z nami, jak również zdalnie. Obiecuję, że Komisja Zdrowia po wdrożeniu pilotażu będzie mu się przyglądała i na pewno zaprosimy państwa za rok, półtora, aby ocenić efekty tego pilotażu i posłuchać wtedy również głosów pacjentów.

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 29)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy