



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (41.)
w dniu 19 kwietnia 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat funkcjonowania kardiologii dziecięcej w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 35)

(Posiedzeniu przewodniczący przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Witam serdecznie na kolejnym, czterdziestym pierwszym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Porządek posiedzenia obejmuje jeden punkt: informacja ministra zdrowia na temat funkcjonowania kardiologii dziecięcej w Polsce.

Serdecznie witam pana ministra Marka Tombarkiewicza ze współpracownikami.

Witam przedstawicieli elitarnego, można powiedzieć, zawodu kardiologii, także kardiologii dziecięcej i kardiochirurgii.

Cieszę się, że to posiedzenie komisji dzisiaj się odbywa, bo wiemy, że jesteście państwo bardzo potrzebni, zapotrzebowanie na państwa działalność jest wielkie. Rozmawialiśmy wcześniej, w gabinecie marszałka, o tym, że pewne rzeczy można zrobić bez większych nakładów finansowych, po prostu trzeba usprawnić system.

Tak więc myślę, że rozpoczniemy w ten sposób, że pan minister przedstawi informację ministerstwa na temat polskiej kardiologii dziecięcej. Potem oddam głos stronie państwa, abyście się ustosunkowali do sprawy i ewentualnie wyrazili swój ogląd. I potem przejdziemy do ewentualnej dyskusji i pytań.

Czy ktoś z państwa senatorów ma zastrzeżenia lub jakieś uwagi do porządku obrad?

Skoro nie ma uwag, to proszę, Panie Ministrze, oddaję panu głos. Proszę o przedstawienie informacji.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za poruszenie tego problemu na posiedzeniu komisji senackiej. Mówię: problemu, dlatego że, z jednej strony, obserwujemy pewne pozytywne działania czy efekty działań, z drugiej zaś, tak jak pan senator zauważył, lekarze specjaliści kardiologii dziecięcej jest to elitarne grono, jeżeli chodzi o ich liczbę. Z naszych danych wynika, że jest 138 lekarzy mających specjalizację z kardiologii dziecięcej. W trakcie specjalizacji jest 64 lekarzy. Mamy 79 miejsc szkoleniowych, tak więc istnieje możliwość odbywania specjalizacji w zasadzie w trzech trybach. Niestety

jest niewielkie zainteresowanie młodych lekarzy podejmowaniem tej specjalizacji. Z czego to wynika, możemy się tylko domyślać. Chodzi przede wszystkim o kwestie finansowe. Od razu pójdę tym tropem i powiem, że możemy temu zaradzić dzięki wprowadzeniu z powrotem specjalizacji z kardiologii dziecięcej jako specjalizacji priorytetowej, co może przynieść pozytywny efekt. Problem jest jednak troszkę szerszy, bo jeżeli chodzi o nasze zasoby kadrowe, to podobne zagrożenia występują w wielu dziedzinach. Obecnie analizujemy w Ministerstwie Zdrowia, które z tych najbardziej potrzebnych, w naszej ocenie, dziedzin należałoby uznać za dziedziny priorytetowe.

Osobną kwestią są informacje, które wynikają z potrzeb zdrowotnych. Pokazują one, że w perspektywie, którą były objęte mapy potrzeb zdrowotnych, a więc do roku 2029, liczba urodzeń dzieci z wrodzonymi wadami serca – a to jest jeden z elementów łączących kardiologię dziecięcą z kardiochirurgią dziecięcą, na pewno ważny element, wzięwszy pod uwagę obecność tu pana profesora – będzie coraz mniejsza, a w związku z tym również prognozowana w tej perspektywie liczba zabiegów u noworodków z wrodzonymi wadami serca również będzie znacząco maleć. Tak więc informacje dotyczące potrzeb zdrowotnych wymagają teraz pogłębionej analizy i komentarza ze strony specjalistów, żeby stwierdzić, czy potencjał, który mamy, jeżeli chodzi o lekarzy specjalistów i liczbę ośrodków, głównie stacjonarnych, jest wystarczający wobec malejącej liczby dzieci wymagających interwencji kardiologicznej. Jest to na pewno kwestia do dalszych rozmów już na poziomie konsultantów krajowych z Ministerstwem Zdrowia.

Jeżeli chodzi o potencjał, to informuję, że jest około 100 poradni kardiologii dziecięcej. Niestety w niektórych miejscowościach dochodziło do zamykania poradni z powodu przejścia na emeryturę lekarzy kardiologów dziecięcych, po prostu nie miał kto ich zastąpić w działających poradniach. My znamy 3 takie przypadki. Tak więc brak zastępowalności lekarzy, którzy po prostu są coraz starsi, jest to bardzo niepokojące zjawisko. Nie ma młodych, którzy by wchodzili do tego zawodu.

Następny element, jeśli chodzi o kardiologię dziecięcą, to są ośrodki stacjonarne. Mamy 10 ośrodków z pełnym dostępem także do pracowni hemodynamicznej i tym samym z możliwością wykonywania zabiegów interwencyjnych oraz 14 ośrodków... 14 oddziałów kardiologii dziecięcej, które nie mają pełnego zaplecza kardiologii inwazyjnej. W ostatnich latach, niestety, nie doszło do znaczącej poprawy. Są 2 województwa, lubuskie i podkarpackie, w których

nie ma żadnego oddziały kardiologii dziecięcej... Jeszcze w województwie opolskim jej nie ma. To pokazuje też pewien nierówny rozkład tych ośrodków na terenie kraju. Należałoby się zastanowić, czy taka sytuacja jest dopuszczalna, wzięwszy chociażby pod uwagę to, że w województwach opolskim i podkarpackim są nowe ośrodki do kształcenia przyszłych lekarzy, czyli nowe wydziały lekarskie. Czy tam nie powinno być... wręcz należy powiedzieć, że powinien tam być pełen zakres udzielanych świadczeń, powinna to być też baza do kształcenia lekarzy, także późniejszych specjalistów w tej dziedzinie. Tak że należałoby się nad tym problemem jak najbardziej pochylić, zastanowić się, co zrobić, żeby doszło jednak do utworzenia w tych województwach ośrodków kardiologii dziecięcej.

Jeśli chodzi o nakłady na modernizację i na dosprzętowanie ośrodków, to powiem, że dzięki programowi „Polkard” ministerstwo co roku wydatkowało 2–3 miliony zł na zakup sprzętu. Mówimy o latach 2013–2015, a w roku 2016 przeznaczono prawie 4 miliony zł na dofinansowanie zakupu trzech angiografów. Tak że pewne środki są dedykowane dla tej dziedziny. Oczywiście są to prawdopodobnie zbyt niskie kwoty w stosunku do potrzeb czy do oczekiwań. Ale program „Polkard” cały czas jest rozwijany. Aktualna, można powiedzieć, jego wersja jest w trakcie konsultacji. I tutaj oczekujemy różnego rodzaju sugestii odnoszących się do tych dziedzin, dla których powinniśmy dedykować środki. Mogę się domyślać, że są potrzebne większe, niż były do tej pory, bo 2 czy 3 miliony zł na rok na wszystkie ośrodki zajmujące się kardiologią dziecięcą na pewno nie wystarczą, mimo stosunkowo niewielkiej bazy, jeżeli chodzi o ośrodki stacjonarne. Z drugiej strony, jest 100 poradni, w których powinna być dobra diagnostyka dostępna na miejscu, w poradni. Tak że na pewno należałoby zwiększyć środki na poprawę bazy diagnostycznej w poradniach kardiologii dziecięcej.

Jeśli chodzi o statystykę, to państwo doskonale wiedzą, że rocznie rodzi się w naszym kraju około 3,5 tysiąca dzieci z wrodzonymi wadami serca, około 30% z nich wymaga natychmiastowego leczenia, w pierwszych dobach życia. Kolejne 30% powinno być leczone na zasadzie wieloetapowości postępowania, czyli odroczenia interwencji. Jest to oczywiście powiązane bezpośrednio z dostępem do możliwości interwencji hemodynamicznych, kardiologii interwencyjnej, która jest dostępna, jak powiedziałem, tylko w 10 ośrodkach na 25 czy 26 funkcjonujących.

Jeżeli chodzi o problem, który już był sygnalizowany na spotkaniu z panem ministrem Królem, czyli dostęp do profilaktyki zakażeń wirusem RS w immunizacji biernej, to wygląda on następująco. Oprócz zakresu, który jest aktualnie finansowany w profilaktyce, w programie lekowym „Profilaktyka zakażeń wirusem RS”, został złożony drugi wniosek, o finansowanie programu lekowego „Zapobieganie ciężkiej chorobie dolnych dróg oddechowych wywołanych wirusem RS u dzieci z istotną hemodynamicznie, wrodzoną wadą serca”. Ten program był opiniowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i 10 stycznia br. prezes wydał negatywną decyzję. W uzasadnieniu podstawą negatywnej decyzji był, niestety, brak efektywności kosztowej. Wiąże się to bezpośrednio z tym, że zaproponowany koszt leku synagis, który jest używany w tym programie,

był znacząco wyższy niż w pierwszym wymienionym tu przeze mnie programie lekowym. Ale jesteśmy w trakcie rozmów z firmą. Tak że komisja ekonomiczna negatywnie zaopiniowała możliwość sfinansowania tego programu lekowego ze względu na poziom kosztowy. Nie ma jeszcze ostatecznej decyzji Ministerstwa Zdrowia, cały czas liczymy na zrozumienie ze strony firmy. Nie może ona podnosić ceny leku w tym programie, skoro w innym jest ona niższa. Nie możemy sobie pozwolić na tę wyższą cenę z wielu powodów, głównie ze względu na zapisy ustawy refundacyjnej, która nakłada na ministra obowiązek przeanalizowania możliwości refundacji na podstawie aż 13 jasno opisanych elementów. Liczymy więc na to, że dalsze rozmowy przyniosą bardzo oczekiwany przez środowisko efekt.

Tak że w skrócie to tyle. Oczywiście bardzo chętnie będziemy dalej dyskutować i podawać wszelkie informacje uzupełniające.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze. Co prawda, siedzimy po dwóch stronach, ale to nie znaczy, że nasze intencje nie są podobne. Intencją komisji jest praca nad tym, żeby model polskiej kardiologii dziecięcej zdecydowanie lepiej funkcjonował. Dziękuję, Panie Ministrze, za te słowa, za informację.

Teraz chciałbym oddać głos stronie specjalistów kardiologii dziecięcej.

Kto zacznie pierwszy?

Proszę.

Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca w Instytucie Kardiologii w Aninie Piotr Hoffman:

Witam państwa serdecznie.

Jesteśmy we dwójkę.

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Panie Profesorze, tylko proszę się przedstawić...)

Tak, właśnie chciałem się przedstawić.

(Przewodniczący Waldemar Kraska: ...bo mamy transmisję internetową, więc...)

Chcę się przedstawić. Nazywam się Piotr Hoffman. Jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kardiochirurgię dziecięcą reprezentuje pan profesor Bohdan Maruszewski, kardiochirurg. Kardiologów dziecięcych reprezentuje pani profesor Grażyna Brzezińska-Rajszyś. Jest z nami także pani Katarzyna Parafianowicz, która reprezentuje organizację pacjentowską.

Przede wszystkim dziękujemy za możliwość spotkania się z państwem. Jesteśmy nie po raz pierwszy w gmachu Senatu i Sejmu, i zawsze spotykamy się tu w bardzo dobrej atmosferze, możemy przedyskutować wiele problemów. Jestem przekonany, że także dzisiaj, rozmawiając o kardiologii dziecięcej, będziemy mogli przedstawić sytuację, która jest niezwykle trudna, co obserwujemy już od wielu lat.

Myślę, że zaczniemy, Bohdanie, od ciebie. Zechciej przedstawić to, co się dzieje w kardiologii, w kontekście słów pana ministra. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Profesorze.

**Kierownik Kliniki Kardiologii
w Instytucie
„Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Bohdan Maruszewski:**

Dzień dobry państwu.

Ja się nazywam Bohdan Maruszewski. Jestem kierownikiem Kliniki Kardiologii Centrum Zdrowia Dziecka, również prezesem stowarzyszenia Klub Kardiologów Polskich. Reprezentuję tu środowisko polskich kardiologów.

Komentarz czy informacja pana ministra tak naprawdę dotyczyła stanu polskiej kardiologii w odniesieniu zarówno do pacjentów, jak i specjalistów oraz zaplecza. Nie ma jednak kardiologii bez kardiologii i kardiologii bez kardiologii. Dlatego wolałbym mówić o dzieciach z wrodzonymi wadami serca, to są nasi wspólni pacjenci i razem leczymy dokładnie tę samą grupę dzieci.

Największą grupą dzieci z wrodzonymi wadami serca są... Może zacznę od demografii. Statystycznie na świecie rocznie rodzi się 8 dzieci z wadą wrodzoną serca na 1000 żywo urodzonych. To oznacza, że w Polsce rodzi się co roku od 3 tysięcy do 3,5 tysiąca dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Pozwoliłem sobie przygotować w 10 egzemplarzach informację na ten temat dla państwa. Może poproszę o jej rozdanie.

I tu pozwolę sobie od razu odnieść się do słów pana ministra, ponieważ oboje z panią profesor Brzezińską jesteśmy współautorami mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii i kardiologii dziecięcej. Z wszystkich analiz wynika, że liczba dzieci, spodziewana liczba urodzeń dzieci z wrodzonymi wadami serca nie będzie malała, lecz rosła. Dlaczego? Dlatego że jest ona proporcjonalna do liczby żywych urodzeń. Kiedy mapy były tworzone, rodziło się w Polsce około 360 tysięcy noworodków każdego roku. W minionym roku, 2016 r., urodziło się 385 tysięcy dzieci. A wszyscy na tej sali bardzo chcielibyśmy, żeby rodziło się ich jak najwięcej i w tym kierunku czyni się wiele starań i podejmuje wysiłku, ale to oznacza również, że będzie się rodziło więcej dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Mamy w Polsce określoną, stałą populację pacjentów, którzy wymagają interwencji. Największa liczba, zdecydowanie największa liczba interwencji, różnego rodzaju zabiegów, to są zabiegi kardiologiczne. Na drugim miejscu, to jest mniej więcej połowa liczby zabiegów kardiologicznych, są interwencje kardiologiczne. I o nich będzie mówiła pani profesor Brzezińska. Ja chciałbym skupić się na kardiologii.

Tak więc mamy populację około 3 tysięcy pacjentów rocznie, którzy wymagają operacji i ta populacja będzie rosła, będzie rosła razem ze wzrostem liczby urodzeń. Jest 9 ośrodków kardiologii dziecięcej, w których wykonuje się około 2 tysięcy 700 operacji. Macie państwo szczegółowe dane na ten temat. I mniej więcej co czwarte urodzone dziecko to jest noworodek, który wymaga operacji, żeby mógł przeżyć pierwsze tygodnie życia. Mówiąc inaczej,

są to operacje niezbędne do wykonania, to jest warunek przeżycia dziecka. Chodzi o tzw. wady przewodzące i takich operacji wykonujemy 500–600 rocznie. Z tym w zasadzie nie ma problemów, wykonujemy w Polsce pełen zakres najbardziej złożonych operacji serca u noworodków i dzieci. Nie ma żadnych technik operacyjnych, których w Polsce byśmy nie wykonywali. Jedynym problemem jest nierównomierne rozłożenie tych operacji w ośrodkach. Z 9 ośrodków tak naprawdę tylko 3 są duże, czyli wykonują ponad 350 operacji rocznie – ta analiza jest w państwa rękach – tzn. te 3 ośrodki wykonują połowę wszystkich operacji. To jest Centrum Zdrowia Dziecka, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki i Kraków-Prokocim. To są 3 rzeczywiście światowej klasy centra, gdzie wykonuje się pełen zakres wszystkich operacji.

Teraz na czym polega specyfika polskiej medycyny obejmującej dzieci z wrodzonymi wadami serca? Państwu, którzy nie zajmujecie się tym zagadnieniem na co dzień, chciałbym przekazać taką informację. Oprócz Stanów Zjednoczonych nigdzie w Europie, nigdzie na świecie nie rodzi się taka liczba dzieci z nienaprawialnymi wadami wrodzonymi serca, inaczej mówiąc, dzieci z tzw. sercem jednokomorowym. Nie rodzi się dlatego, że tylko w Stanach Zjednoczonych i w Polsce rodzą się praktycznie wszystkie dzieci z wrodzonymi wadami serca. Nie mamy istotnego statystycznie zjawiska aborcji z powodu wad wrodzonych serca, a jednocześnie mamy świetnie rozwiniętą diagnostykę prenatalną. I to jest udokumentowane w postaci rejestrów. My wiemy, ile rodzi się dzieci z jakimi wadami i te dzieci są leczone. Jeżeli mowa o operacjach serca u noworodków, to trzeba powiedzieć, że tak, rzeczywiście wszystkie, praktycznie wszystkie operacje, które trzeba w Polsce zrobić, są robione głównie w tych 3 dużych ośrodkach. Co trzecia operacja serca u noworodka w Polsce jest robiona u dziecka z sercem jednokomorowym. To jest specyfika polskiej kardiologii i kardiologii dziecięcej. Nikt nie ma takiego materiału, co ciekawe, oprócz Amerykanów. Operacja znana z mediów jako operacja Norwooda, najbardziej złożona, skomplikowana, wykonywana właśnie u dzieci z brakiem lewej komory serca, w Polsce jest najczęstszą operacją serca u noworodków. I tylko w Stanach Zjednoczonych jest tak samo. Mimo wszystkich różnic, kulturowych i obyczajowych, między Polską a Stanami, okazuje się, że tam również społeczeństwo rezygnuje z aborcji z powodu wady serca u dzieci i życzy sobie, żeby one były leczone, by się rodziły i były leczone. Co więcej, wyniki leczenia tej najtrudniejszej grupy dzieci są w Stanach Zjednoczonych i w Polsce prawie identyczne, bardzo podobne. Różnica oczywiście polega na tym, że na służbę zdrowia wydaje się z amerykańskiego budżetu 19% środków, które są na leczenie tych pacjentów. No, nie będę się odnosił do sytuacji w Polsce.

Trzeba sobie zdawać z tego sprawę, bo wprawdzie w Polsce nie ma problemu z leczeniem noworodka, który się rodzi, ale są bardzo obciążone 3 wielkie centra, które wymieniałem, i w związku z tym są kolejki. Kiedyś tego nie było, a w tej chwili są kolejki do zabiegów, planowych zabiegów drugich i trzecich, czyli do operacji, które w sposób planowy w tej najtrudniejszej grupie pacjentów muszą być wykonane – co więcej – w odpowiednim wieku. I na

te planowe zabiegi dzieci w Polsce czekają. Taka informacja pojawia się w mediach i to na te dzieci są zbierane pieniądze. Bardzo nieznaczna liczba tych dzieci wyjeżdża na operacje za granicę w porównaniu z liczbą tych, które są operowane w Polsce. Ale to jest rzeczywiście nasz problem.

Powiem jeszcze o 2 sprawach. Pierwsza dotyczy ośrodków. Tak jak powiedziałem, istniejące w Polsce ośrodki są bardzo nierównomiernie obciążone, zarówno pod względem liczby zabiegów, jak i tych najtrudniejszych pacjentów, najbardziej kosztochłonnnych. Te 3 ośrodki, czyli Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz Kraków, biorą na siebie ogromny ciężar, a tymczasem, jak państwo wiecie, nie mamy w ogóle referencyjności. Czyli ośrodki, które dźwigają największy ciężar i ponoszą największe koszty związane z leczeniem tej trudnej grupy pacjentów, nie mają żadnego dodatkowego zabezpieczenia finansowego. To jest temat, o którym jako medycy, eksperci bardzo chcielibyśmy z państwem rozmawiać. Bez zróżnicowania w finansowaniu pomiędzy tymi, którzy wykonują najtrudniejsze zabiegi... Powiem państwu, że statystycznie średni czas pobytu na intensywnej terapii noworodka z sercem jednokomorowym to jest 8–10 dni, dób. Tyle trwa pobyt na intensywnej terapii. Pan minister wie, jako specjalista w tej dziedzinie, co to oznacza. Nie mówię już o kosztach, o konsekwencjach. Tak więc, kiedy mówimy o zadłużaniu się tych największych, wysokospecjalistycznych ośrodków, to trzeba pamiętać, że ono wynika również z tego, że nie ma żadnej rekompensaty finansowej. Czyli ośrodki są karane finansowo za to, że leczą najcięższych chorych. I to jest pierwsza sprawa, bardzo ważna, o której chciałem powiedzieć.

Teraz druga. Chcę się trzymać jak najdalej od spraw bieżącej polityki, ale muszę o tym powiedzieć. Mianowicie jak wynika z mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii... powiedzmy tak: w zakresie kardiologii dziecięcej – byłem członkiem grupy, która na zlecenie ministra zdrowia przygotowywała tę mapę – nie trzeba w Polsce budować nowych ośrodków kardiologii. Nie ma żadnego powodu, żeby wydawać setki milionów złotych na nowe centra, bo według wszystkich standardów na świecie, na tę liczbę urodzeń dzieci i na tę liczbę pacjentów istniejące ośrodki powinny wystarczyć. Jest natomiast problem nierównomiernego ich obciążenia. Tak więc nie ma powodu, żeby nagle trzeba było budować nowe ośrodki.

I tu chcę powiedzieć, że do roku 2014 – podejmuję delikatny temat – przez wiele lat ta nieduża, jak państwo widzicie, grupa pacjentów była stosunkowo dobrze zabezpieczona w postaci tzw. procedur wysokospecjalistycznych. Mówię to dlatego, że wiemy już, jak będzie wyglądała sieć szpitali, wiemy, co jest celem wprowadzenia reformy i wiemy, że ona ma zabezpieczyć tak naprawdę te szpitale, które są niezbędne do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Wiemy również, że minister zdrowia wielokrotnie mówił o pójściu w kierunku budżetowania instytucji służby zdrowia i świadczeń. A przecież ta grupa chorych nie jest duża w sensie kosztowym. Gdyby pan minister zobaczył, jaki budżet był wydawany na procedury wysokospecjalistyczne, to przyznałby, że zaskakująco mały, niski, były to niewielkie sumy pieniędzy. Tak że nie mówimy tu wielkich potrzebach finansowych.

Chcę powiedzieć, że wraz ze zlikwidowaniem procedur wysokospecjalistycznych... A co to było? Procedury wysokospecjalistyczne zabezpieczyły... Tu nie chodzi o dodatkowe pieniądze. To były pieniądze „znaczone”, że tak powiem, tzn. tak dystrybuowane, żeby zaspokoić potrzeby tej grupy chorych, żeby dyrektor szpitala nie miał do wyboru, czy zapłacić za ZUS, czy za wykonanie operacji serca u dzieci, tylko żeby musiał zapłacić za operację serca u dzieci. Wiele pracy włożono i jest wkładane do dzisiaj przez AOTM w to, żeby poprawić wycenę świadczeń, żeby ona była właściwa. I dzisiaj nie ma, moim zdaniem, problemu nagłej potrzeby skoku na kasę. Prawda? Nie brakuje jakichś wielkich sum pieniędzy. Podaję natomiast pod rozwagę to, z czym w 2014 r. osobiście prowadziłem bój razem z mediami. Zabranie ochrony dla transplantologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej interwencyjnej, a więc zabiegów, których w Polsce połowę wykonuje pani profesor i jej zespół, oraz kardiologii dziecięcej, zlikwidowanie systemu ochronnego spowodowało, że dzisiaj, zwłaszcza w momencie wprowadzenia sieci szpitali i ryczałtu 60%, ta grupa dzieci stanie się bezbronna w sensie finansowym. To dlatego zajmujemy państwu czas, dlatego staramy się, jako medycy odpowiadający za tych pacjentów, przekazać państwu te informacje. Dzisiaj nie chodzi o pieniądze, lecz o działania w zakresie polityki zdrowotnej, które zabezpieczą tę grupę chorych, a pod względem finansowym nie stanowi ona jakiegos gigantycznego problemu. To jest w zasadzie wszystko, co chciałem przekazać jako komentarz odnośnie do sytuacji tych pacjentów. Pozwoliłem sobie to dołączyć, bo od pana ministra otrzymałem informację dotyczącą kardiologii, a nie kardiologii.

Teraz sytuacja w kardiologii i kardiologii, jeśli chodzi o kadry. To jest już ostatnia sprawa, o której powiem. Jak wynika z tych materiałów, w kardiologii dziecięcej trzeba zrobić około 3 tysięcy operacji. Nie brakuje nam sal operacyjnych, mamy łącznie 13 sal operacyjnych. W zasadzie nie brakuje w tej chwili, a było to problemem jeszcze 5 lat temu, stanowisk intensywnej terapii, w sensie sprzętu. Brakuje natomiast kardiologów. Mamy w Polsce 31 kardiologów dziecięcych, specjalistów. Jeśli popatrzeć, kto z tego grona za 5 lat będzie w stanie wykonać wszystkie niezbędne operacje, to okazuje się, że 7 osób. W kardiologii średnia wieku wynosi 55 lat. W kardiologii jest podobna lub wyższa. W związku z tym, niestety, mamy dramatyczny problem kadry. Dla młodych lekarzy ta specjalność jest tak mało atrakcyjna, że nikt nie chce się specjalizować. Mamy 31 specjalistów, 7 wykonujących operacje w pełnym zakresie, i oni jeszcze będą je wykonywać, i 8 szkolących się, będących w trakcie specjalizacji. W całej Polsce, w całym kraju jest 8 szkolących się w zakresie kardiologii dziecięcej. To jest sytuacja na tyle niepokojąca nas wszystkich, że zajmujemy państwu czas. Bo nas za kilka lat nie będzie, a nie chodzi nam o to, żeby po nas zostały zgliszcza. Pacjenci staną pod gmachem na Miodowej i upomną się o konstytucyjne prawo do finansowania leczenia za granicą. Tak że jest poważne zagrożenie. To jest naprawdę poważny problem, a przecież nie prosimy o wielkie pieniądze, lecz o rozwiązania uatrakcyjniające naszą specjalność oraz zabezpieczające specyficzną tę grupę chorych. Przez wiele lat były przecież bardzo dobrze funkcjonujące rozwiązania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze. Rzeczywiście pana głos zabrzmiał bardzo wyraźnie i dobitnie. Myślę, że można do tej wypowiedzi dołożyć jeszcze jedno. Szczególnie operacje wieloetapowe powinny być wykonywane u dzieci w odpowiednim wieku.

(*Kierownik Kliniki Kardiologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Bohdan Maruszewski: Tak.*)

Czyli element czasu jest bardzo ważny. Pewnych operacji nie możemy odłożyć w czasie, trzeba je zrobić teraz. Dlatego myślę, że pan minister troszkę nas uspokoi i mam nadzieję, że polska kardiologia dziecięca będzie się miała w dalszym ciągu jak najlepiej.

Myślę, że teraz pani profesor zabierze głos. Proszę.

Kierownik Kliniki Kardiologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Grażyna Brzezińska-Rajszyś:

Nazywam się Grażyna Brzezińska-Rajszyś. Kieruję Kliniką Kardiologii w Centrum Zdrowia Dziecka i jednocześnie Pracownią Interwencji Sercowo-Naczyniowych w tym samym ośrodku. Przez wiele lat byłam reprezentantem kardiologów dziecięcych w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym, w którym w dalszym ciągu pełnię funkcję członka Komisji Edukacyjnej. Tak że mam szerokie spojrzenie na problemy kardiologii. Mam kilkudziesięcioletnią praktykę, bo całe swoje życie zawodowe związałam z kardiologią dziecięcą. I mogę powiedzieć, że to, co się dokonało w ciągu mojego życia zawodowego, jest po prostu szokujące. Kilkadziesiąt lat temu znakomita większość pacjentów umierała. W tej chwili jesteśmy w stanie leczyć praktycznie wszystkie wady wrodzone serca. Mówię o tym tylko i wyłącznie dlatego, że ten problem, problem wad wrodzonych serca u dzieci, jest dominujący w całej specjalności, którą jest kardiologia dziecięca.

Jak państwo wiecie, kardiologia dziecięca to jest samodzielna specjalność. Bardzo ważne jest to, żeby rozpatrywać ją jako samodzielną specjalność. Nie podspecjalność kardiologii, nie podspecjalność pediatrii, tylko oddzielną specjalność. To jest specjalność, która wymaga bardzo długiego szkolenia. W wielu krajach europejskich i w Stanach Zjednoczonych dopiero po 3 latach specjalizacji z kardiologii ogólnej można się uczyć dalej, żeby być specjalistą w poszczególnych dziedzinach.

O kardiologii interwencyjnej mówiliśmy tutaj ze względu na to, że to jest jedna z opcji leczenia pacjentów. Opcja, która razem z kardiologią, w odpowiedniej kombinacji, może dać optymalne wyniki leczenia. Żeby zostać kardiologiem interwencyjnym dziecięcym, trzeba mieć oprócz specjalizacji z kardiologii jeszcze tę nadspecjalizację, która trwa 3 lata. W Polsce nie ma czegoś takiego jak umiejętności. Chcieliśmy je wprowadzić wiele lat temu. Mieliliśmy do tego przygotowany program, nie został on jednak ostatecznie zrealizowany. Jeśli chodzi o wszystkich kardiologów dziecięcych interwencyjnych w Polsce, to jest grupa, której umiejętności można porównywać do specjalistów pracujących w Europie. To jest 16 osób ze średnią wieku ponad 50 lat. Ci ludzie za chwilę przestaną

wykonywać zabiegi, a szkolenie następnych, tak jak mówię, trwa. To co uzyskaliśmy, może zostać utracone bez istotnego wsparcia i pomocy ze strony organizatorów opieki zdrowotnej w Polsce.

To, co się dzieje w kardiologii dziecięcej interwencyjnej, jest oczywiście bezpośrednio związane z kardiologią. Nie ma takiej możliwości, żeby istniał ośrodek, w którym się leczy tylko kardiologicznie bądź tylko interwencyjnie. Takie leczenie musi być prowadzone w ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności. Mówię o referencyjności w odniesieniu do tego, o czym już powiedział profesor Maruszewski. Jest bardzo duże spektrum zabiegów interwencyjnych. I to nie jest tak, że każdy potrafi zrobić każdy zabieg. I na szczęście nie wszyscy chcą robić wszystkie zabiegi. Jest oczywiste, że tylko i wyłącznie doświadczenie umożliwia osiągnięcie akceptowalnych wyników jakiegokolwiek leczenia zabiegowego.

W Polsce w 2016 r. przeprowadziliśmy około 1 tysiąca 800 zabiegów tylko i wyłącznie u dzieci, z czego u noworodków około 100 zabiegów. 50% tych zabiegów było wykonanych w 1 ośrodku. Na 10 ośrodków 1 ośrodek wykonuje 50% zabiegów u noworodków i 25% zabiegów u niemowląt. To są najbardziej wymagające zabiegi i autentycznie ratujące życie. Z czego to wynika? Wynika to oczywiście z aktywnego programu kardiologicznego i z tego, że współpracujemy z ośrodkiem prenatalnym. Musimy współpracować z ośrodkiem prenatalnym, bo informacje, które dostajemy zanim pacjent się urodzi, na przykład modyfikują nasz plan operacyjny. Dostajemy telefon z informacją, że rodzi się dziecko, o którym już wcześniej wiemy, jaką ma wadę serca, wiemy, że jest bezpośrednie zagrożenie w pierwszych godzinach jego życia. I to dziecko jest momentalnie po urodzeniu transportowane bezpośrednio do pracowni czy na blok operacyjny po to, żeby został wykonany zabieg ratowania życia. Oczywiście jest niesamowita satysfakcja, kiedy to wszystko wychodzi. To są też kolosalne sukcesy.

Tak jak powiedział pan profesor, nigdy nie zamknęliśmy drzwi przed jakimkolwiek noworodkiem z zagrożeniem życia czy noworodkiem, który potrzebował pomocy. To nie jest tak, że rozpoznanie wady oznacza, że musimy ją leczyć w okresie noworodkowym. Ale pacjenci z wadą zagrażającą ich życiu muszą mieć bezpośredni dostęp do ośrodków referencyjnych, w których możemy przedstawić maksymalną, największą ofertę leczenia. I ci pacjenci mają pierwszeństwo. Oni powodują absolutne modyfikacje w kolejce. Tak więc jest satysfakcja z tego, że ratujemy, leczymy noworodka, ale jednocześnie pacjenci, którzy oczekują, przesuwać się w tej kolejce na dalszy termin. To jest bardzo niebezpieczne. Muszę bardzo wyraźnie powiedzieć, że nie mamy żadnej możliwości, żeby skrócić kolejki. Nie mamy takiej wydolności w sensie miejsca w oddziale, obsady lekarskiej – mówimy tutaj o specjalizacjach kardiologicznej, kardiologii dziecięcej, którą pan minister przedstawił bardzo dokładnie, więc tego nie będę powtarzać. To jest praca zespołów ludzkich, to jest też praca anesteziologów, pielęgniarek, których nie ma, z czego wszyscy sobie zdajemy sprawę, pielęgniarek zabiegowych, intensywnej terapii. To jest zespół ludzi, który pracują na ostateczny sukces. I z tą obsadą są kolosalne problemy.

Wprowadzenie specjalizacji priorytetowej jest posunięciem, które ma szansę coś zmienić, ale to jest krok, z jednej strony, najprostszy, a z drugiej – nie musi się okazać skuteczny. To nie jest tak, że specjalizacja priorytetowa rozwiąże aktualny problem.

Chciałabym też, żeby było jasne, że problemu braku kadry, starzejącej się kadry, tego, że nie ma specjalistów, np. w kardiologii interwencyjnej dziecięcej, nie odkryliśmy nagle. Od wielu lat był ten problem, on narastał, był raportowany przez konsultantów krajowych. W Ministerstwie Zdrowia były nawet ogłoszone 2 konkursy na szkolenie w zakresie kardiologii interwencyjnej. Nikt się jednak nie zgłosił. To jest specjalność bardzo trudna, to jest specjalność zabiegowa, specjalność z pogranicza chirurgii i kardiologii, łącząca bardzo wiele dziedzin, specjalność nieatrakcyjna, wymagająca potwornej odpowiedzialności, obciążająca, dodatkowo jest to specjalność wykonywana w bezpośrednim środowisku promieni rentgenowskich. W związku z tym z jednej strony się nie dziwię, że nikt nie jest nią zainteresowany, ale z drugiej strony dziwię się, bo osobiście bardzo lubię te zabiegi, lubię tych pacjentów, to jest fascynujące zajęcie. Jednak są priorytety życia, są po prostu potrzebne do życia środki finansowe, a my nie jesteśmy w stanie ich zapewnić. Żeby to wszystko funkcjonowało, musimy mieć umiejętność zainteresowania młodych ludzi uprawianiem tego zawodu. I tutaj element finansowy jest bardzo ważny. Myślę, że wszyscy jesteśmy tego świadomi.

Druga sprawa to jest finansowanie naszych działań medycznych w ośrodkach. Wszyscy wiemy o tym, że ośrodki najwyższego stopnia referencyjności to są ośrodki dedykowane najtrudniejszym pacjentom, dlatego one muszą być wyposażone w najlepszą, automatycznie najdroższą, najbardziej współczesną aparaturę, bo to zapewnia pełną ofertę medyczną. Automatycznie ośrodki te są o wiele droższe i automatycznie procedury, które nie są aż tak skomplikowane, nie są z najwyższej półki wysokospecjalistyczności, też są droższe. To jest oczywiste. Nie możemy robić tylko i wyłącznie procedur najtrudniejszych, najdroższych i najbardziej wyszukanych, bo tego nikt nie wytrzyma finansowo. A dodatkowo warto zdawać sobie sprawę z tego, że mówimy oczywiście o sukcesach, ale to są sukcesy, za które płacimy m.in. obciążeniem psychicznym. I jest wiele zespołów na świecie, które musiały się wymienić ze względu na obciążenie psychiczne wynikające z prowadzenia tego typu, bardzo skomplikowanej medycyny.

Jeśli chodzi o specjalizację z kardiologii dziecięcej, to w tej chwili system szkolenia jest niedobry. To jest system, w którym w wypadku szkolenia modułowego, specjalizacji modułowej ludzie po 3 latach specjalizacji mogą się zdecydować na pediatrię i gros z nich tak zrobi. I dlatego prace, które trwają, nad innym ustawieniem specjalizacji są nieprawdopodobnie ważne. Rozumiem, że czuwa nad nimi konsultant krajowy. Niestety nie może on dzisiaj z nami być, przeprasza za nieobecność, ale jest chory. To dlatego wiele spraw, o których on miał powiedzieć, wzięłam na siebie.

Proszę państwa, gros rzeczy pan profesor Maruszewski zasygnalizował, one są bardzo spójne z potrzebami kardiologii dziecięcej, ponieważ dotyczą tych samych pacjentów. Kardiologia dziecięca zgodnie z rozumieniem światowym, europejskim to jest kardiologia, która zaczyna się od okresu

plodowego, i tak to trzeba widzieć, a kończy, kiedy pacjent ma lat kilkadziesiąt, bo to jest ciągłość. Zaczynamy nasze działania od okresu prenatalnego, a kończymy je w okresie, kiedy ludzie są dorośli. To są ludzie, którzy byli leczeni w okresie dziecięcym bądź też z takich czy z innych powodów mieli rozpoznaną wadę znacznie, znacznie później, niż to by wynikało z standardu. Ponieważ to jest problem, który sygnalizujemy od wielu lat i tak naprawdę nie spotyka się on z jakimś realnym odbiorem, pozwolę sobie poprosić pana profesora Hoffmana, żeby przedstawił continuum opieki i potrzeby pacjentów. Dziękuję bardzo.

Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca w Instytucie Kardiologii w Aninie Piotr Hoffman:

Bardzo dziękuję.

Ja będę mówił jako kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca w Instytucie Kardiologii, czyli zajmuję się pacjentami dorosłymi. Tak jak mówili pan profesor Maruszewski i pani profesor Brzezińska, mimo ogromnych sukcesów, których jesteśmy świadkami, postępu, który się dokonał w ostatnich latach, nie wyleczy się tych dzieci definitywnie. Wada wrodzona serca to nie jest angina, to nie jest zapalenie płuc, które możemy wyleczyć lekami i wtedy mówimy o powrocie do pełni zdrowia. Każdy zabieg kardiologiczny, każdy zabieg przeszskórny po latach prowadzi do jakichś następstw. To nie są powikłania, mówimy o zabiegach perfekcyjnie wykonanych, ale serce rośnie, pozostają blizny, pozostają w sercu pewne sztuczne materiały, które po jakimś czasie klinicznie się odzywają, czasami 10, a nawet 20 lat po zabiegu. Dlatego pacjenci wymagają ciągłej opieki, o czym pani profesor przed chwilą powiedziała. Pacjenci, którzy do nas trafiają w wieku 16–18 lat, to są osoby całe życie chore, całe życie spędzają w gabinetach lekarskich, ich rodziny są w jakiś sposób tym stygmatyzowane. Tak więc trafia do nas zupełnie inny pacjent niż ten, o którym zwykle mówimy. Nasz pacjent ma niewydolność serca, zawał serca, jest to chory bardzo świadomy swojej choroby i pewnych jej ograniczeń, mający też wiele pytań do lekarzy.

Co wiemy o tych chorych w Polsce? Otóż nie znamy w zasadzie dokładnie wielkości populacji dorosłych chorych z wrodzoną wadą serca. Wiemy jednak z bardzo wielu statystyk światowych, że jest to liczba stale rosnąca. Bo tak jak pan profesor Maruszewski powiedział, około 0,8% dzieci rodzi się z wrodzoną wadą serca, potem dożywają one szesnastego, osiemnastego roku życia i przechodzą do grupy dorosłych pacjentów. Tak że pula dorosłych pacjentów systematycznie się zwiększa. W szczególności rośnie liczba pacjentów po korekcji złożonych wad serca. Oni są coraz lepiej zaopiekowani, że tak powiem, w związku z czym żyją dłużej i trafiają do kardiologów dla dorosłych. I tutaj możemy się posłużyć statystykami. W Kanadzie, kraju o podobnej populacji, jaka jest w Polsce, zidentyfikowano około 110 tysięcy takich pacjentów. Jest ich rzeczywiście około 100 tysięcy. Nie ma jednak rejestru. Gdybyśmy mieli rejestr, byłibyśmy mądrzejsi. Wiedzielibyśmy, na co się przygotować, bo pewne typy zabiegów mają typowe konsekwencje, ale nie tylko. A zatem pacjentów mamy coraz więcej.

Chcę tu powiedzieć, że w Polsce w zasadzie nie ma żadnego ośrodka dedykowanego dla dorosłych z wrodzoną wadą serca, który byłby zgodny z definicją Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Według tej definicji, taki ośrodek ma kardiologów dla dorosłych, którzy zajmują się dorosłymi z wrodzoną wadą serca, specjalnie wyszkolonych kardiologów, znających się na budowie serca, na czynności serca, na różnych odmianach operacji i konsekwencjach tych operacji. W Polsce nie ma takich kardiologów, kształcenie jest... Wiele osób nie chce się tym zajmować, bo to jest dosyć trudna część kardiologii, chociaż jednocześnie bardzo atrakcyjna dla kogoś, kto to lubi. W takim ośrodku pracują także pediatrzy, ponieważ okres przejściowy, który jest definiowany bardzo szeroko, wymaga współpracy. My mamy taką nieformalną współpracę, Centrum Zdrowia Dziecka dzieli od Instytutu Kardiologii 2 km. Są jednak ośrodki, które nie mają możliwości współpracy z kardiologami dziecięcymi zajmującymi się wrodzonymi wadami serca, chociażby dlatego, że ich nie ma. Chętnie widzielibyśmy troszkę szerszą współpracę, ale nie jest to możliwe z przyczyn, o których mówiliśmy. Tak że są potrzebne ośrodki, które są zaangażowane w sprawy socjalne pacjentów, psychologiczne, gdzie jest psycholog, jest pracownik socjalny, są pielęgniarki, innymi słowy, jest cały zestaw ludzi, którzy pomagają personelowi medycznemu, stricte medycznemu, zajmować się chorymi.

Mówiliśmy tutaj o referencyjności. Ośrodki takie jak Instytut Kardiologii w Aninie czy szpital im. Jana Pawła II w Krakowie mają dużą liczbę chorych i siłą rzeczy są bardzo kosztochłonne. Leczenie pacjentów, reoperacja czy leczenie interwencyjne, leczenie powikłań pewnych zabiegów są bardzo drogie. Dla przykładu podam kardiochirurgię. Typowy pacjent w wieku dorosłym. Trzecie, czwarte wejście...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

...Do klatki piersiowej. To jest inna procedura kardiologiczna, to jest inna kardiochirurgia, bardzo wymagająca nie tylko od kardiochirurga, lecz także od anestezjologów, od zespołu, który później się opiekuje pacjentem. To samo można by odnieść do zabiegów przeszłonnych u pacjentów. Warto wiedzieć, że klasycznym następstwem odległym, które obserwujemy u pacjentów, są zaburzenia rytmu serca. Tak więc jest potrzebna elektroterapia, ponieważ są wykonywane bardzo skomplikowane zabiegi ablacji. Elektroterapia to zakładanie różnych urządzeń. Dla przykładu powiem państwu, że mamy teraz pacjenta, który ma głębokie niedotlenienie, ma nieoperacyjną wadę serca, wolno mu bije serce i trzeba założyć u niego stymulator nasierdżiowo, co wiąże się z dużym ryzykiem. Przewidujemy duże powikłania i w związku z tym długi pobyt w Instytucie Kardiologii. A wydaje się, że jest to tylko założenie stymulatora. Nie ma żadnych dodatkowych wycen. Mamy też salę hybrydową, tak jak koledzy, ponieważ dążymy do tego, żeby jak najwięcej procedur było wykonywanych przezskórnie z udziałem kardiochirurga. To się dzieje, aczkolwiek z wielkim mozołem, ponieważ nie ma na to środków. A trzeba wiedzieć, że ośrodki, które są dedykowane dorosłym z wrodzoną wadą serca, zajmują się także np. rozwiązywaniem problemów pacjentek w ciąży. Pod tym względem jest zupełna dziura. W Polsce

nie ma żadnych poradni, które mogłyby sensownie radzić kobietom z wrodzoną wadą serca, czy mogą być w ciąży. Z reguły mogą być. Każdy się jednak tego boi, bo nie wie, jak tę ciążę prowadzić, jak ma przebiegać poród, jaka jest opieka w okresie prenatalnym. Mówimy o wielkości 0,8%, ale jeżeli pamiętamy o tym, że kobiety, które mają wrodzoną wadę serca, są w większym stopniu zagrożone tym, że urodzą dziecko z wrodzoną wadą, a takich kobiet przybywa. Tak że spodziewam się, że będzie też więcej dzieci z wrodzonymi wadami serca. Są wady, które transmitują się w bardzo wysokim procencie, tak że musimy też o tym pamiętać, bo te kobiety mają równe prawo do posiadania rodziny, do tego, żeby mieć dzieci. W zasadzie rzadko się zdarza, żebyśmy zabraniali ciąży u tych pacjentek. Jednak w środowisku one są niechciane, nielubiane. Mówię o ciąży. Czasami jest trudno wyrwać ząb u pacjenta tylko dlatego, że miał operowaną wadę serca. Tak że są problemy związane z planowaniem rodziny, są problemy z planowaniem chociażby rekreacji. My zachęcamy...

(Głos z sali: Do zawodu.)

Słucham?

(Głos z sali: Do zawodu.)

My zachęcamy tych pacjentów do tego, żeby byli aktywni, żeby realizowali swoje marzenia. Często jednak kwestie psychologiczne im to uniemożliwiają. W efekcie zupełnie niepotrzebnie ci pacjenci znajdują się na rentach, zamiast wrócić do aktywnej pracy zawodowej, żeby nie obciążać też budżetu. To jest więc także planowanie ich pracy zawodowej. Mówię o tym dlatego, że ośrodek dla dorosłego z wrodzoną wadą serca to jest kardiologia, kardiochirurgia plus bardzo wiele aktywności, o których wiemy, że muszą tam być zabezpieczone. Chociażby chirurg ogólny musi np. zrobić resekcję żołądka czy usunąć pęcherzyk żółciowy. I ci pacjenci mają w Polsce duże problemy z tego powodu, że kiedyś mieli operowane serce.

Tak jak powiadam, ośrodków w pełni wyposażonych jest w Polsce niewiele. Powiedzmy też, że edukacja podyplomowa w tym zakresie nie jest odpowiednio rozwinięta. Nie ma jednak bazy, toteż trudno ją jakoś bardziej rozwijać.

Myślę, że perspektywę pacjenta z wrodzoną wadą serca jeszcze lepiej nakreśli pani Parafianowicz, która ma doświadczenia z obserwacji z drugiej strony, czyli jako mama i jako prezes fundacji.

Prezes Fundacji „Serce Dziecka” Katarzyna Parafianowicz:

Dzień dobry.

Katarzyna Parafianowicz. Jestem prezesem Fundacji „Serce Dziecka”, pod której opieką jest ponad 5 tysięcy dzieci z wadami serca. Jestem też mamą szesnastoletniej Julii, która dzisiaj zdaje egzamin gimnazjalny. A żeby zobrazować państwu, jak skomplikowany jest proces leczenia dziecka z wadą serca, powiem, że Julia przeszła 5 operacji kardiologicznych i kilkanaście zabiegów interwencji kardiologicznej. Były to zabiegi diagnostyczne, były też inne zabiegi, ratujące jej życie.

Opieka nad dzieckiem z wadą serca jest bardzo złożona. To nie są tylko pobyty w szpitalu. Oczywiście bardzo się cieszymy, że rozwój kardiologii i kardiologii dziecięcej

w Polsce jest tak duży, że mamy wspaniałych specjalistów, ale też z niepokojem obserwuję brak kadry medycznej. Jestem stałą bywalczynią Centrum Zdrowia Dziecka i widzę wciąż tych samych lekarzy, wciąż te same pielęgniarki, nie widzę, żeby pojawiali się na oddziałach nowi lekarze, nowe pielęgniarki, którzy zastąpiliby obecną kadre.

W opiece nad dzieckiem jako rodzice doświadczamy wielu problemów. Są one związane z pobytem w szpitalu, z opieką, brakiem później opieki rehabilitacyjnej, bo dzieci nie są nią objęte. Małe dziecko – mały problem, duże dziecko – duży problem. Tak jak mówię, Julka ma 16 lat, za chwilę będzie dorosłą z wadą serca. Ma swoje plany, marzenia, ale już w tej chwili coraz większe obawy. Ja również je mam, podobnie jak mają je inni rodzice. Oni już sygnalizują, że mają problemy ze znalezieniem ośrodka, który przejmie opiekę nad ich dorastającymi dziećmi, bo w Polsce są tylko 2 takie ośrodki. Nie podążają one rosnącej liczbie młodocianych, którzy będą pacjentami tych klinik. Są problemy psychologiczne, są problemy edukacyjne. O tym wszystkim warto mówić i myślę, że już wiele tutaj powiedziano. Bardzo byśmy chcieli, aby pacjent z wrodzoną wadą serca był objęty kompleksową opieką od chwili narodzin aż po wiek dorosły.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Dziękuję za wystąpienia państwu profesorom i pani prezes.

Państwa wystąpienia ugruntowały mnie w przekonaniu, że to był dobry wybór tematu, żeby przyjrzeć się polskiej kardiologii dziecięcej i kardiologii chirurgii dziecięcej. Rzeczywiście są problemy, a dotyczą one najmłodszych, najbardziej bezbronnych obywateli naszego kraju. Myślę, że posiedzenie naszej komisji jest pierwszym etapem dyskusji. Już z góry zapraszam państwa w czerwcu na dużą konferencję, którą organizujemy razem z Polskim Towarzystwem Kardiologii Dziecięcej. Myślę, że na tej konferencji może szerzej zostaną omówione problemy polskiej kardiologii i jej potrzeby.

Dlatego teraz powinniśmy oddać głos państwu senatorom, którzy będą ewentualnie mieli jakieś pytania, czy do strony rządowej, czy do państwa profesorów. Potem, na koniec pan minister ustosunkuje się do wypowiedzi polskich kardiologów dziecięcych. Myślę, że posiedzenie komisji nic nie da, jeżeli nie będzie jakichś konstruktywnych wniosków i deklaracji, głównie ze strony pana ministra, co dalej ewentualnie można zrobić, żeby usprawnić funkcjonowanie polskiej kardiologii dziecięcej i kardiologii chirurgii dziecięcej. I myślę, że byłoby wskazane, żeby takie spotkania, pewnie w wąskim gronie, odbyły się także w Ministerstwie Zdrowia. Bo to jest dość specyficzna działka polskiej medycyny, od której wymaga się, powiem tak trochę kolokwialnie, chuchania na polskie dzieci, a będzie ich coraz więcej, tak jak pan profesor powiedział. Ideą naszego rządu jest to, żeby w Polsce rodziło się jak najwięcej dzieci. Cieszymy się, że już obserwujemy taki trend. Siłą rzeczy dzieci chorych także będzie przybywało, dlatego dobra organizacja leczenia jest bardzo, bardzo ważna.

Proszę, kto z państwa senatorów chciałby zadać pytanie lub zabrać głos?

Proszę, Panie Profesorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Przepraszam, że ja tak w stroju prosto z samolotu, ale przyleciałem ze Szczecina.

Dziękuję, Panie Ministrze.

Te problemy są mi z racji pokrewnej profesji dobrze znane i wielokrotnie rozmawialiśmy na ten temat z panem profesorem Maruszewskim. I tu chciałbym krótko zaapelować do pana ministra. Nie ma znaczenia, czy jestem senatorem opozycji, czy partii rządzącej, polityka absolutnie nie może mieć wpływu na interes najmłodszych. A jest hańbą dla nas wszystkich, że dzieci do osiemnastego roku życia muszą stać w kolejkach do operacji. Muszę powiedzieć, że nic mnie bardziej nie denerwuje niż audycje radiowe, w których słyszę, że Marysia, Zdzisia czy Zosia zbierają pieniądze na operację za granicą, bo doskonale wiem, że operacja może być zrobiona tak samo profesjonalnie albo i lepiej w Polsce. I całkowicie popieram tu pana profesora Maruszewskiego. Gdyby policzyć, to okaże się, że stanowi to promil budżetu NFZ czy ministerstwa, bo kiedyś tam decydowano o procedurach wysokospecjalistycznych. Nie naprawimy całej służby zdrowia dla dorosłych, nie naprawimy od razu onkologii, nie naprawimy leczenia chorób rzadkich. To wszystko *step by step*, ale do operacji kardiologicznej osób w wieku do 18 lat nie może być w Polsce kolejek.

Muszę zapewnić pana ministra, że dołożymy wszelkich starań po obu stronach barykady politycznej, żeby każdy rząd wesprzeć w tej materii, bo to, co się dzieje, to jest wstyd dla naszej ojczyzny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ciesz się mnie ten głos pana senatora. Na posiedzeniach Komisji Zdrowia zawsze się staramy dyskutować merytorycznie, może nie zawsze to się udaje, i mieć na względzie dobro pacjenta.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący!

Chciałbym poprzeć pana profesora i proponowałbym, żebyśmy tu wspólnie skonkludowali naszą dyskusję, wskazali, co trzeba zrobić w chirurgii kardiologicznej czy w kardiologii dziecięcej, żeby sytuacja się poprawiła. Jestem pediatrą i mimo że byłem w różnych strukturach rządowych, to cały czas jestem związany z pediatrią. Nawet przedwczoraj miałem dyżur na pediatrii. I muszę powiedzieć, że przez ten okres, kiedy pracuję, dokonał się ogromny postęp, jeżeli chodzi o chirurgię, zwłaszcza kardiologiczną, w pediatrii. W Wielkopolsce nie słyszałem o tym, żeby pacjenci czekali, muszę to powiedzieć. Nie wiem, dlaczego. Są na bieżąco operowani, zgłaszają się na oddział, czasami leżą u nas te

dzieci. To jest skandal, żeby dzieci czekały w kolejkach. A z tego, co powiedział pan minister i co państwo mówią, wynika, że są potrzebne drobne pieniądze, żeby system funkcjonował.

Pan minister powiedział, że ośrodki kardiologiczne powinny powstać tam, gdzie są akademie medyczne. A państwo mówili, ja również jestem tego zdania, że wszędzie na świecie są specjalistyczne pojedyncze ośrodki i tam jest doświadczenie, jest sprzęt. Jest to oszczędność, efektywność kosztowa itd. Tak więc chciałbym wiedzieć, jakie jest państwa stanowisko w tej sprawie.

Co do liczby specjalistów to wiadomo, że jeżeli to będzie priorytetowa specjalizacja, to może zainteresowanie nią będzie większe. Generalnie jednak bez zmiany systemu finansowania procedur wysokospecjalistycznych nic nie osiągniemy. Myśmy przyjęli system jednorodnych grup pacjentów. Już w latach osiemdziesiątych na świecie stwierdzono, doświadczalnie, że ten system rozliczenia kładzie wysokospecjalistyczne jednostki. Dlatego wprowadzono system DRG. Polega on na tym, że płaci się za diagnostykę, bo chodzi o skomplikowane wady czy skomplikowane przypadki do leczenia. Już parę lat temu przewidziałem, nawet napisałem w „Rzeczpospolitej”, jaka będzie sytuacja nie tylko kardiologii, lecz także wszystkich wysokospecjalistycznych ośrodków, głównie instytutów. Instytutów, które w tej chwili są zadłużone nie z własnej winy. I można różne rzeczy robić, np. wyrzucać dyrektorów, tak jak waszego dyrektora wyrzucili za przerost zatrudnienia. Teraz pielęgniarki strajkują, bo jest ich za mało. A okazuje się, że było dosyć. Parę lat temu znaleziono pretekst, żeby wyrzucić dobrego, moim zdaniem, dyrektora Centrum Zdrowia Dziecka.

Tak że proponowałbym, żebyśmy doszli do jakiejś konkluzji, co trzeba zrobić, bo uważam, że pewne rzeczy, organizacyjne, systemowe...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak. Jeśli chodzi o liczbę wad wrodzonych, to myślę, że ona będzie się utrzymywać na tym samym poziomie. Fakt, że w wiek rozrodczy wchodzi teraz kobiety niżej demograficznego lat dziewięćdziesiątych i urodzeń będzie mniej, po prostu nie ma kobiet do rodzenia. W tym roku mamy wzrost urodzeń, ponieważ kobiety z lat osiemdziesiątych dołożyły sobie po jednym dziecku, co jest związane z programem 500+. Jeżeli utrzymamy liczbę porodów na tym samym poziomie, to będzie dobrze. Ale ja myślę, że trudno będzie utrzymać ten poziom przez następne pokolenie, bo kobiet jest mało. O ile w 1983 r. urodziło się 740 tysięcy dzieci, o tyle w latach dziewięćdziesiątych około 400 tysięcy. Taka jest statystyka i nic na to nie poradzimy. Ale wad wrodzonych nie będzie mniej. Trzeba wziąć również pod uwagę, że kobiety rodzą coraz później. W tej chwili średnia wieku kobiety rodzącej pierwsze dziecko to jest prawie 29 lat, podczas gdy w 1990 r. wynosiła 23 lata. A wraz z większą liczbą matek rodzących dzieci w późniejszym wieku wzrasta liczba dzieci z wadami wrodzonymi, w tym również wadami serca. Tak że od tego nie uciekniemy i na najbliższe lata musimy się przygotować, że dzieci z wadami wrodzonymi serca będzie tyle samo, że ich liczba nie będzie spadała, mimo że może spadać liczba urodzeń.

Tak że myślę, że powinniśmy wymienić w trzech, czterech punktach, co trzeba zrobić, i to popierać. Uważam, że są potrzebne tylko małe organizacyjne posunięcia, żeby naprawić sytuację. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Pani senator Budner. Proszę.

Senator Margareta Budner:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.
Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Dołączam się do głosów poprzedników. Mam tylko pytanie do pani profesor, ponieważ pani ma duże doświadczenie w edukacji w dziedzinie kardiologii. Wiemy, że są 2 problemy. Jeden polega na tym, że nawet jak są miejsca na tej specjalizacji, to młodzi ludzie nie chcą się szkolić. Zresztą jest więcej takich przykładów, ale szczególnie w tej specjalizacji brakuje chętnych.

Teraz drugi problem. Pani profesor wspomniała, że obecny system edukacji nie jest dobry. Pani ma doświadczenie i wie, jak to wygląda w Europie, na świecie. Czy mogłaby się pani podzielić swoim doświadczeniem? Jak, według pani, powinien wyglądać system edukacji w Polsce?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Profesor, może jeszcze chwileczkę.
Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zadać pytanie?

Skoro nie ma pytań, to rzeczywiście poproszę o ustosunkowanie się do tych, które pani zadała. I może w kilku punktach proszę powiedzieć, co byście państwo chcieli, żeby się zmieniło w polskiej kardiologii dziecięcej i kardiologii. To będzie takie bardzo esencjonalne zakończenie posiedzenia naszej komisji.

Kierownik Klinki Kardiologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Grażyna Brzezińska-Rajszyś:

Chcielibyśmy, żeby braki kadrowe zostały jak najszybciej, w sposób profesjonalny uzupełnione. To, żeby to było zrobione profesjonalnie, jest bardzo ważne, dlatego że specjalizacja, która będzie trwała krótko, automatycznie będzie pobieżna. Nie zależy nam na nazwie „specjalista”, zależy nam na tym, żeby to był specjalista. Tak więc skoro program szkolenia nie może być tak długi, jak w ośrodkach zagranicznych, to niech on chociaż będzie skondensowany i od początku właściwie dedykowany, żeby osoby, które decydują się na kardiologię dziecięcą, nie miały możliwości przerwać tej specjalizacji w połowie i już mieć jakiś tytuł specjalisty. To jest bardzo ważne i nad tym z panią profesor Chybicką, która zajmuje się specjalizacją w pediatrii, są prowadzone prace, jak rozumiem. Pan minister też coś powiedział na ten temat.

Następna sprawa to jest wprowadzenie nielimitowanego dostępu do procedur wysokospecjalistycznych. Myślę, że niezależnie od tego, w jakiej formie będzie finansowanie, czy przez ministerstwo, czy przez jakąkolwiek inną instytucję, bardzo ważne jest to, żebyśmy nie mieli żadnego problemu z wykonywaniem tego, co powinniśmy wykonywać, bez względu na to, czy to będzie w połowie, czy w końcu roku.

Kolejna sprawa. Chodzi o to, żeby była referencyjność ośrodków wynikająca z ich specyfiki, żeby nie tylko była nazwa „referencyjność”, ale żeby za tym szło odpowiednie finansowanie, wynikające z kosztów. Nie ze słowa „referencyjność”, tylko z kosztów.

Chciałabym też, żeby pacjenci, zarówno nastolatki, jak i dorośli, mieli zapewniony system świadczeń, które byłyby rozpoznawalne. Oczywiście jest też potrzebna kadra itd., ale to leży w jakimś sensie po naszej stronie i wymaga porozumienia z ministerstwem.

Kierownik Kliniki Kardiologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Bohdan Maruszewski:

Dziękuję za możliwość ponownego zabrania głosu. W swojej wypowiedzi chcę wskazać na to, jakie rozwiązania są możliwe, jakie będą skuteczne, a przede wszystkim nieobciążające budżetu państwa horrendalnymi kosztami.

Pierwsza sprawa. Z programu naprawy czy poprawy można zrobić pewnego rodzaju model, również dlatego, że od 11 lat mamy system pełnego monitorowania przebiegu jakości leczenia w kardiologii polskiej. Krajowy Rejestr Operacji Kardiologicznych to jest rejestr finansowany przez ministra zdrowia. Co roku macie państwo książkę, w której omówiono szczegółowo, włącznie z powikłaniami, 27 tysięcy procedur wykonywanych w kardiologii, w tym około 3 tysięcy wykonywanych w kardiologii dziecięcej. W związku z tym mamy dane. Co więcej, one są weryfikowane. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Minęło już wiele lat, od kiedy udało się w Polsce, mimo zmieniającej się władzy, mimo różnych zakrętów politycznych, rozwinąć dziecięcą kardiologię do poziomu światowego. Czyli nie jest to kwestia polityczna. I to nie jest tak, że kiedyś było więcej pieniędzy, a w tej chwili ich nie ma. Przecież wszyscy tu siedzący wiedzą, ile pieniędzy 10 lat temu wydawano na służbę zdrowia w Polsce, a ile wydaje się dzisiaj, jaki jest budżet, choćby, prawda? Tak więc pieniędzy jest coraz więcej i tak naprawdę są potrzebne rozwiązania, moim zdaniem, systemowe. Dlatego apelowałem o to, żeby to był pewnego rodzaju akt polityki zdrowotnej. Jak to sobie wyobrażam? System procedur wysokospecjalistycznych, w sensie pomysłu, również etyki, miał zabezpieczać najbardziej wrażliwą grupę chorych. I zabezpieczał. Liczba operacji rosła. Robimy najbardziej złożone, najtrudniejsze zabiegi kardiologiczne, interwencyjne, kardiologiczne. Nie mamy problemu ze sprzętem. Tu trochę brakuje, tam trochę brakuje, ale dzisiaj, proszę państwa, główne ośrodki są naprawdę dobrze wyposażone. I gdybym miał powiedzieć na koniec tego spotkania, nie ostatniego, jaka jest

moja lista marzeń, to bym powiedział: powrót do takiego lub innego systemu procedur wysokospecjalistycznych, w którym pieniądze przeznaczone na pacjentów mogą być wydane tylko na pacjentów, a nie na przykład na zapłacenie zaległych składek ZUS. Poza tym chciałbym, żeby nie było sytuacji, w której dyrektor wielkiego szpitala likwiduje kardiologię, intensywną terapię, dlatego że ma 60% swojego budżetu z poprzedniego roku w formie ryczałtu i szpitalowi bardziej się opłaca zrobienie dużej liczby operacji usunięcia migdałków niż pięciu złożonych operacji serca. A to nam grozi, dlatego że odpowiedzialność finansowa będzie spoczywała na dyrektorze szpitala, a on będzie miał po prostu określoną sumę pieniędzy na wszystko. Tak więc pieniądze na chorych to muszą być pieniądze na tych konkretnych chorych.

Następna sprawa to motywacja finansowa dla personelu. Przecież ten zawód, czy to jest kardiolog, czy to jest kardiolog interwencyjny, czy to jest pielęgniarka kardiologiczna na intensywnej terapii... Oczywiście pielęgniarek brakuje wszędzie. Polskie pielęgniarki wyjeżdżają za granicę. Jeśli mają rekomendację, że pracowały u nas, to w Niemczech dostają pracę natychmiast, bez problemu. Wiadomo, za jakie pieniądze. Ale dlaczego ci ludzie wybierają te specjalności? Bo to się opłaca. Oni nie wybierają ich dlatego, że praca na kardiologicznej intensywnej terapii czy kardiologicznej intensywnej terapii noworodka to jest prestiż. Nie, to oznacza również więcej pieniędzy. Tak że są potrzebne dodatki dla specjalistów zajmujących się tą grupą chorych, premie. A przecież taki system był.

Chcę państwu powiedzieć, że do czasu zlikwidowania procedur wysokospecjalistycznych w moim ośrodku nie było żadnych problemów ze zrobieniem operacji w Wigilię, pierwszy dzień świąt, drugi dzień świąt, dlatego że część pieniędzy przeznaczonych na procedury wysokospecjalistyczne, wynegocjowana z dyrektorem szpitala – jest tak nadal, ale w kadłubkowej formie – szła na personel. Nie tylko dla kardiologa. Dla kardiologa akurat tylko niewielka część. Te pieniądze z procedury były dla wszystkich, z pielęgniarkami włącznie, za pracę w godzinach ponadliczbowych, za ponadnormatywny czas pracy. Ci ludzie się zbierali i robili zabieg, jeśli był potrzebny. I jeśli trzeba by pracować w soboty, to gdyby były pieniądze, to oni by przyjechali pracować w soboty. Tak więc chodzi o motywację finansową. Moim zdaniem tę sytuację można poprawić bez wielkich nakładów finansowych.

I wreszcie na koniec powiem tak: otóż 25 lat temu w Polsce sal operacyjnych i stanowisk intensywnej terapii było za mało i były źle wyposażone. Na oddziałach noworodkowych stały węgierskie inkubatory, które powodowały masową głuchotę u polskich noworodków, bo były tak głośne. I miały po 20 lat. W tej chwili nie ma problemu ze sprzętem. Obecnie w Polsce stoją puste stanowiska intensywnej terapii, są niewykorzystane sale operacyjne. A przecież minister zdrowia zapłacił gigantyczne pieniądze, żeby powstały sale operacyjne w Łodzi, w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki, nowy, wielki blok operacyjny w Centrum Zdrowia Dziecka, intensywna terapia w Krakowie. Tam stoją puste stanowiska, bo nie ma personelu.

W ciągu tego ćwierć wieku, niezależnie od tego, kto był u władzy, kto rządził, doszliśmy do sytuacji, w której nie trzeba wydawać pieniędzy na mury i nie trzeba wydawać pieniędzy na sprzęt. Ale dziś nie docenimy personelu, specjalistycznego personelu. A powinniśmy, co więcej – w sposób proporcjonalny do liczby wykonywanych zabiegów. U mnie jest sytuacja taka, że zarobki kardiochirurga zależą od tego, ile czasu on się myje do operacji, ile stoi na bloku operacyjnym. Tak że system, o którym mówię, można absolutnie zastosować. Tylko do tego trzeba mieć... Trzeba wrócić do procedur wysokospecjalistycznych w takiej czy innej formie. Trzeba spowodować, żeby pieniądze, które dyrektor ma na określony cel, mógł on wydać tylko na ten cel i żeby były płacone nadwykonania. Chociaż muszę powiedzieć, że do tej pory nie mieliśmy z tym problemu. Negocjacje są trudne, ale w kardiochirurgii i kardiologii dziecięcej nadwykonania nie mogą być niepłacone, skoro mamy kolejki do zabiegów. Tak więc to jest kolejna rzecz, którą trzeba zrobić. I konieczne jest premiowanie personelu, który podejmie się tej ciężkiej pracy. Ale nie premiowanie za fakt, że on tam jest, tylko za to, co robi. Czyli istotną część zarobków musi być uzależniana od tego, ile się zrobiło zabiegów, ile się spędziło czasu na intensywnej terapii czy na bloku operacyjnym. Następna sprawa to pielęgniarki. Moim zdaniem, to jest większy problem w tej chwili niż z lekarzami. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca w Instytucie Kardiologii w Aninie Piotr Hoffman:

Będę mówił krótko, ponieważ nie jestem kardiologiem dziecięcym, a przede wszystkim temu chcemy się dzisiaj przyjrzeć. Opieka nad dorosłym z wrodzoną wadą serca jest jednak naturalną konsekwencją tego, co zostało zrobione wcześniej. Mówili państwo profesorowie m.in. o kosztach związanych z leczeniem tych pacjentów. Oczywiście lekarz przede wszystkim patrzy na zdrowie, na to, jak pacjent się czuje, ale nie możemy zapominać o tym, że koszty, które zostały kiedyś poniesione na leczenie dzieci, nagle są marnowane. Bo jeśli dorosły już pacjent nie ma opieki, tak jak wspomniałem, to nie wraca do społeczeństwa.

Jak to jest rozwiązane w Europie? Nie w każdym kraju, trzeba przyznać, jest takie rozwiązanie, ale sugeruje je Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. W Polsce powinny być co najmniej 4 ośrodki dla dorosłych z wrodzoną wadą serca. Dałoby się je utworzyć bez stawiania murów, bez budowania dodatkowych pomieszczeń, bez wyszukanych inwestycji. Chodzi o to, żeby zacząć myśleć w kategoriach systemu. Potrzebne są 4 ośrodki z kardiologią dziecięcą. Trzeba by zdefiniować mapę połączeń między nimi. Nie da się jednak obejść bez pieniędzy, bo ci pacjenci zawsze są bardzo drodzy. Mamy też problem z kardiochirurgami, bo jeśli chodzi o tych, którzy operują dorosłych z wrodzoną wadą serca, to ja znam dwóch.

Nie wiem, Bohdanie, jak to jest naprawdę w Polsce, ale powiedzmy, że jest ich niewiele, prawda? Tu są koledzy z instytutu kardiologii i to wiedzą. Na pewno jest deficyt kolegów, którzy chcieliby w przyszłości się zajmować tą trudną grupą chorych.

Nie będę przeciągał tej wypowiedzi, powiem tylko, że wydaje mi się, że jest potrzebne spojrzenie w kategoriach systemu, czyli stworzenie 4 ośrodków. Trzeba by się zastanowić, gdzie one mają być, gdzie już jest opieka na zaawansowanym poziomie, zastanowić się, jak w warunkach polskich ten ośrodek powinien być zdefiniowany. Jak wspomniałem, potrzebni są nie tylko lekarze kardiochirurdzy, lecz także oczekujemy pomocy kadry pielęgniarek, psychologów itd. I nie da się od tego uciec. Myślę, że 4 ośrodki to jest minimum. W Polsce tyle by wystarczyło. Lepiej zapłacić za transport pacjenta do szpitala, niż budować więcej ośrodków. Nie da się załatwić tego POZ-em, prawda? Lekarz POZ nigdy nie udźwignie problemów dorosłego z wrodzoną wadą serca. Mówię o tym dlatego, że to jest trend, który aktualnie daje się jakoś zdefiniować, jeśli chodzi o rozwiązanie problemów służby zdrowia w Polsce. Musimy mieć bardzo dobrze wykształconych, wyspecjalizowanych kolegów – kardiologów dziecięcych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że teraz przyszła pora na pana ministra. Panie Ministrze, proszę. Co pan na to?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz:

Szanowni Państwo!

Dziękuję za dyskusję. Oczywiście nie mam dzisiaj recepty na te wszystkie problemy, ale mam nadzieję, że to jest początek naszych rozmów o tym, jak możemy zacząć te kwestie rozwiązywać. Jeśli chodzi o specjalizacje, to trzeba będzie wystąpić do wszystkich konsultantów krajowych, żeby się zastanowili nad zmianami programu specjalizacji. Być może właściwa jest sugestia, żeby to była jednolita... Jak najbardziej jesteśmy otwarci na zmiany.

Jeśli chodzi o umiejętności to też już zapadła decyzja, że będziemy wprowadzać umiejętności lekarskie. Tak więc to może być jakiś rodzaj odpowiedzi na zapotrzebowanie. Zastanawiam się nad zdefiniowaniem, które umiejętności powinny być wprowadzone. Bardzo proszę panią profesor o sugestię, co moglibyśmy uwzględnić na liście. Zresztą NIK już wytknęła, że tak naprawdę jest to martwy zapis w ustawie o zawodzie lekarza. Do tej pory nie było to ruszone, dlatego chcemy to ruszyć, chcemy, żeby umiejętności były wprowadzone, bo to jest bardzo ważne.

Kwestia finansów. Oczywiście że 3,5 tysiąca pacjentów w skali całego kraju, całego systemu nie zrujnuje finansów. Musimy się teraz zastanowić nad problemami, które pan profesor zasygnalizował. Będziemy rozmawiać jeszcze z ministrem Gryzą. Ustawa jest podpisana, są jeszcze do niej rozporządzenia, tak że to na pewno jest początek do-

brej dyskusji, żeby wypracować właściwe rozwiązania, w tym odpowiednie wyceny czy jakiś korygujący w górę współczynnik, jeśli chodzi o procedury w wysokospecjalistycznych ośrodkach, lub wprowadzenie referencyjności. Można to połączyć albo w inny sposób do tego podejść. Tak więc to jest oczywiście kwestia dalszych rozmów.

Nie byliśmy przygotowani na tak szczegółowe rozmowy o kardiologii dziecięcej, bo bardzo literalnie przeczytaliśmy zaproszenie. Nie mamy więc danych odnoszących się do czasu oczekiwania na zabiegi. Mamy dane z lutego, z których wynika, że w skali kraju jest 47 przypadków pilnych oczekujących do oddziałów kardiologicznych, czyli 5% przypadków stabilnych. Myślę, że wystąpimy do tych ośrodków z prośbą o wyjaśnienie, dlaczego przypadki pilne oczekują w kolejce. Jeżeli chodzi o kardiologię dziecięcą, to nie powinno tak być i nie sądzę, żeby był tu problem finansowy. Na Śląsku – 11 przypadków pilnych, na Mazowszu – 6, w Łodzi – 21. To są pojedynczy pacjenci, pojedyncze dzieci. Tak że nie powinno tak być, takie przypadki nie powinny oczekiwać w kolejce. To jest dobry pomysł, żeby to wyjaśnić i może w jakiś sposób zdyscyplinować po prostu te ośrodki.

Podobne dane zbierzemy odnośnie do oczekiwań na zabiegi kardiologii dziecięcej i zobaczymy, czy faktycznie tam też są tego rodzaju problemy. Tak jak powiedział pan profesor, jest oczywiste, że dzieci nie powinny oczekiwać... znaczy generalnie nikt nie powinien oczekiwać, mimo że system od wielu lat dopuszcza kolejkowanie pacjentów. Są jednak pewne przypadki szczególne, które powinny podlegać specjalnym regulacjom. Wystąpimy o wyjaśnienie, dlaczego przypadki pilne czekają w kolejce, zarówno w kardiologii, jak i kardiologii dziecięcej. Tak że to tyle w odpowiedzi na poruszone tutaj problemy.

Bardzo proszę o kontakt z nami. Nadzoruję departament nauki, do którego kompetencji należą kwestie i umiejętności, i zakresu specjalizacji. Może będą jakieś inne pomysły, bo czy dodatkowe 400 zł w pensji w przypadku specjalizacji priorytetowej będzie właściwą zachętą dla

lekarza, żeby ją podejmował? Nie jestem tego pewien. To jest pytanie retoryczne. Być może sposób podejścia, o którym mówił pan profesor Maruszewski, to jest właściwa droga, żeby była zastępowalność tej wąskiej grupy specjalistów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Myślę, że nasze dzisiejsze posiedzenie komisji jest właśnie pierwszym etapem do tego, aby uzdrowić polską kardiologię dziecięcą i polską kardiologię dziecięcą. Jak widać, jest zrozumienie po stronie ministerstwa, a my jako senacka komisja zdrowia będziemy oczywiście dopingować pana ministra, żeby deklaracje nabrały realnych form. Szczególnie że rzeczywiście czekają nas rozporządzenia do ustawy o świadczeniach, o tzw. sieci szpitali, gdzie można zawrzeć pewne ważne dla państwa sprawy, tak żeby wszystko funkcjonowało tak jak potrzeba. Myślę, że następne spotkanie będzie już w budynku Ministerstwa Zdrowia, gdzie spotkacie się państwo z ministrem i pewne rzeczy już konkretnie uzgodnicie.

A my spotykamy się w czerwcu na konferencji. Myślę, że będziecie państwo mogli nam przekazać wówczas dobre wieści. Pana ministra też na nią zapraszam. Konferencja odbędzie się pod koniec czerwca.

Myślę, że temat kardiologii dziecięcej i kardiologii dziecięcej jest podejmowany w Senacie nie po raz ostatni, mamy zwyczaj, żeby wracać do tematów za rok czy półtora roku, tak więc jeszcze będzie okazja się spotkać, żeby podsumować, co nam wyszło, a co nam nie wyszło. Bo niestety, nie zawsze wszystko w życiu nam wychodzi. Jeszcze raz bardzo serdecznie państwu dziękuję za dzisiejsze posiedzenie.

A senatorów członków Komisji Zdrowia informuję, że za pół godziny mamy następne posiedzenie. Odbędzie się ono w sali plenarnej. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 05)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii