

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ZDROWIA OSÓB STARSZYCH
(NR 7)
z dnia 20 lutego 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej

– podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych (nr 7)

20 lutego 2025 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia osób starszych, obradująca pod przewodnictwem poseł **Alicji Chybickiej (KO)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- informację ministra zdrowia na temat opieki kardiologicznej;
- informację ministra zdrowia na temat opieki nefrologiczno-urologicznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Anna Wysocka** dyrektor Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego, **Magdalena Szymańska** radca w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Bolesław Meluch** wiceprezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Krzysztof Zdobylak** członek Zespołu roboczego do spraw transformacji w ochronie zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Alicja Chybicka (KO)**:

Szanowni państwo, otwieram ósme posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Zdrowie osób starszych jest bardzo ważne. Jest 10 mln osób starszych, z czego bez jakichkolwiek chorobowych objawów jest chyba niewiele. Statystyki chyba nie są do końca zrobione. Dzisiaj byłam na posiedzeniu Komisji Zdrowia poświęconej szczepieniom i tak naprawdę Najwyższa Izba Kontroli zrobiła badanie, jaki jest odsetek wyszczepialności wśród dzieci. Ja już nie pytałam, jaki wśród dorosłych, bo to było zrobione na małym obszarze Polski. Okazuje się, że w różnych miejscowościach jest różnie, ale na przykład wyszczepialność w grupie senioralnej jest tylko 16%, co dla mnie naprawdę jest zdumiewające, że to jest tak nisko.

Witam serdecznie wszystkie panie i panów posłów, także wszystkich pozostałych gości. W planie mamy dwa punkty. Jeden to jest – informacja ministra zdrowia na temat opieki kardiologicznej, a drugi to – informacja ministra zdrowia na temat opieki nefrologiczno-urologicznej. Czy państwo mają jakieś uwagi do programu? Proszę?

Sekretarz Podkomisji **Elżbieta Przybylska**:

Nie ma osoby referującej.

Przewodnicząca poseł **Alicja Chybicka (KO)**:

Nie ma, to musimy poczekać. Jeśli nie ma osoby referującej, to musimy zaczekać, ale to są dwa punkty. To przedstawiciel ministra zdrowia referuje jedno i drugie.

Nie, to zrobimy inaczej, zaczniemy od materiału, który dostaliśmy. Może przeczytam, co Ministerstwo Zdrowia nam napisało.

Wiodącymi zagrożeniami zdrowia publicznego Polaków są choroby układu krążenia i nowotwory, które w ponad 90% są odpowiedzialne za utratę zdrowia w postaci przedwczesnych zgonów ludności. To za utratę życia, powiedziałabym, jeśli za przedwczesne. W 2021 r. choroby układu krążenia ogółem były odpowiedzialne za 34,8% zgonów. Wśród chorób układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów są choroby serca. 118 tys. zgonów, w tym zawał serca 12,8 tys., a więc odpowiednio 65,71% zgonów z powodu ogółu chorób serca i naczyń.

Drugą chorobę stanowią choroby naczyń mózgowych, to jest 31,5% zgonów, czyli 17,4% całej grupy. Czynnikiem wpływającym na... Ciekawe ile osób umiera z tzw. starości bez choroby, czyli zasypia jak Forsyth pod kwitnącym drzewem albo w łóżku.

Głos z sali:

Takie osoby są.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Ja wiem, że są. Tak odeszła z tego świata moja babcia, jak miała 96 lat. Położyła się do łóżka, nie chorowała i po prostu się nie obudziła, więc zdarzają się takie. Nie było to co prawda wydanie Forsyte'owskie, które mi się najlepiej podoba, ale też takie.

Co prawda nie dyskutujemy jeszcze, ale ja zawsze to czytam, że najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia. A to tylko dlatego, że pierwsze co się wpisuje w kartę – przecież jestem lekarzem – to wiadomą jest rzeczą, że ten ostatni moment to staje serce. W związku z czym się pisze, że to jest przyczyna układu krążenia. Na drugim miejscu są na przykład nowotwory, bo nawet jak dziecko umiera z powodu choroby nowotworowej, to jako pierwsze jest zatrzymanie, bo choroba jest już przewlekła w pewnym sensie.

Głos z sali:

Fałszywy obraz.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Nie, to chyba wymaga takiego review, czyli przebadania teraz i ustalenia, co powinno się w tę kartę i w jakiej kolejności wpisywać.

W Polsce zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki związane ze stylem życia wpływają na rozwój chorób układu krążenia. Stąd tak ważna w tej chwili stała się profilaktyka. Najczęściej występujące schorzenia kardiologiczne po 60. roku życia to: choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca z upośledzoną, jak i zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, wada zastawki aortalnej pod postacią istotnego zwężenia.

Działania Ministerstwa Zdrowia dotyczące opieki kardiologicznej nad seniorami, to opieka koordynowana w POZ na mocy przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 15 września 2000 r.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Bardzo przepraszam, ale ja zabiłdzilem. Nigdy tutaj nie bylem.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

To zapraszamy. Tutaj pierwszorazowe osoby, czyli tak jak my to nazywamy, świeżynki poselskie i świeżynki senackie, to główny problem mają z tym, żeby znaleźć salę. Naprawdę na początku jest bardzo trudno. My jesteśmy w trakcie czytania tego, co przygotowało Ministerstwo Zdrowia. Rozumiem, że pan reprezentuje ministra zdrowia?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, ja reprezentuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

To bardzo proszę. Ja po prostu zaczęłam czytać to, co jest napisane, a teraz bardzo proszę pana o włączenie mikrofonu i wypowiedź.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Dobrze, gdzie mówimy, od czego...

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Od kardiologii.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Od kardiologii, dobrze. Dziękuję serdecznie. Oficjalnie wszystkich chciałem powitać. Nazywam się Maciej Karaszewski. Jeszcze raz bardzo przepraszam za spóźnienie. Następnym razem będę wiedział, gdzie jest ta sala i gdzie jest ten budynek.

Nie wiem, pani przewodnicząca, czy mam wszystko czytać, bo jest to dwa...

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Nie. Może proszę powiedzieć to, co jest najważniejsze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, wydaje mi się, że najważniejsze elementy z tej informacji są takie, po pierwsze, w naszym systemie ochrony zdrowia nie ma takich dedykowanych de facto świadczeń wyłącznie jakby obejmujących grupę 60+, tylko jest podzielona ona bardziej specjalnościami medycznymi. Mimo to, że tak jest, to tak naprawdę, po pierwsze, z demografii i z drugiego elementu, że osoby w wieku starszym mają częściej choroby różnego typu, również w tych dwóch, a właściwie być może nawet trzech specjalnościach, są oni głównymi beneficjentami systemu opieki zdrowotnej i również w kardiologii, urologii, czy nefrologii.

Najważniejsze elementy, które mamy w naszej informacji w opiece nad seniorami, ale też ogólnie rzecz biorąc nad populacją, działania Ministerstwa Zdrowia. Pierwsze z tych działań, zaczniemy od chorób układu krążenia i oczywiście zaczniemy od podstawowej opieki zdrowotnej. To jest wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ, która dotyczy najczęstszych chorób związanych z opieką kardiologiczną, choroba niedokrwienna serca, niewydolność, nadciśnienie tętnicze oraz migotanie przedsionków. Specyfika tej opieki koordynowanej polega na tym, że to lekarz POZ działa w zespole, w odróżnieniu niż do tej pory. Ten zespół oczywiście składa się z niego jako osoby wiodącej, pielęgniarki, która może przeprowadzać działania edukacyjne i w panelu badań, które są do tej pory dostępne w medycynie ambulatoryjnej specjalistycznej, a tutaj są dostępne na zlecenie lekarza POZ, bez konieczności kierowania tego pacjenta do poradni specjalistycznej, co skraca jego ścieżkę i interwencję. Interwencje są następujące, konsultacje kardiologa i ten kardiolog to jest kardiolog własny POZ, to znaczy, że POZ znajduje chętnych do współpracy kardiologów, którzy konsultują ich pacjentów, w razie kiedy mają wątpliwości diagnostyczne, czy terapeutyczne i mogą ich skonsultować. Drugą interwencją jest ułożenie rocznego planu opieki medycznej, kiedy, gdzie są wpisywane elementy, cały plan leczenia. Czyli kiedy się pacjent ma zgłaszać, jakie interwencje, czy to jest edukacja zdrowotna, czy to są działania dietetyka, kiedy ma się zgłosić do lekarza, kiedy ma wykonać powtórne jakieś badania kontrolne i jak powinien przyjmować leki. Aktualnie mamy pokryte trochę powyżej 50% populacji w Polsce i może już korzystać z tej opieki koordynowanej w ramach POZ.

Jeżeli chodzi o drugie działanie Ministerstwa Zdrowia, jest to program profilaktyki chorób układu krążenia. I te badania dotyczą wszystkich osób, które od 35. rok życia i one są do 65. roku życia, czyli jakby trochę już zahaczają o osoby starsze. W ramach tego wykonuje się lipidogram, ciśnienie, glikemia, BMI i wyznacza się na tym... Wykonuje ono badanie przedmiotowe, podmiotowe, ocena czynników ryzyka chorowania na układ krążenia i na podstawie tego jest wyliczone ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych według klasyfikacji SCORE.

Jak widać, jeżeli popatrzymy na pacjentów 60+, w każdym roczniku kwalifikuje się do tego badania około ćwierć miliona osób. Rozpowszechnienie tego badania nie jest jakieś bardzo duże, dlatego że skorzystało w 2023 r. 83 tys. osób, a w 2024 r. 52 tys. osób, czyli z tej populacji 3 mln skorzystało 135 tys. osób. Jednak tutaj jest bardzo ważne, że te 3 mln osób to są osoby, które się kwalifikują w związku z pięcioletnim interwalem. Natomiast nie są tutaj w tej tabelce wyłączone osoby, które już mają rozpoznane choroby układu krążenia lub cukrzycę, która dyskwalifikuje akurat z tego programu profilaktycznego. Ponieważ to jest program profilaktyczny do wczesnego wykrywania chorób układu krążenia lub podjęcia działań, interwencji w stosunku do zmiany stylu życia.

Kolejnym elementem takiej kompleksowej opieki jest program KOS-zawał, który funkcjonuje od 2017 r. Średnia wieku, tutaj to też jest dowód na to, że głównymi beneficjentami tych interwencji są osoby powyżej 60. roku życia. Średnia wieku u pacjentów objętych KOS-zawałem wynosiła 66 lat. Na czym polega KOS-zawał? Są to pacjenci, którzy mają ostrą fazę, którzy są leczeni z powodu ostrej fazy zawału serca, następnie są monitorowani, mają rehabilitację kardiologiczną, a następnie przechodzą do rocznej obserwacji w ramach ambulatoryjnej opieki kardiologicznej. Ten program, to jest taki program, którym się chwala również nasi kardiolodzy, ponieważ oni też brali w tym udział, ponieważ zmniejsza śmiertelność i ryzyko kolejnego zawału – w stosunku do normalnej opieki, czyli na przykład normalnego zestentowania, wypisania pacjenta – 30-dniową, 180-dniową i roczną. Dodatkowo udowodniono, że opieka w KOS-zawałe zmniejsza ryzyko niewydolności serca u pacjentów po zawałe. Z tych osób, które w tym czasie skorzystały z realizacji tego programu, to było prawie 110 tys. osób, a wydano na ten program 1 mld 400 mln zł.

Następnym programem, który jest realizowany na lata 2022–2032, to jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia. Jak wiadomo, jest to program, który jest odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia. Celem ChUK jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny i nowoczesny oraz efektywny system ochrony zdrowia, w tym redukcję umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

Jakich jest pięć głównych obszarów skupiających się w ramach tego NPChUK. Są to: inwestycje w kadry poprzez rozwój systemu kształcenia personelu medycznego; inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia poprzez zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki chorób układu krążenia oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych; inwestycje w pacjenta poprzez zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawę ich jakości; inwestycje w naukę i innowacje poprzez wsparcie badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych; a także rozwój badań naukowych i projektów innowacyjnych i inwestycje w system opieki kardiologicznej poprzez optymalizację procesu leczenia, w tym wdrożenie jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia, a także doposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę, celem zapewnienia pacjentom opieki kardiologicznej w pobliżu miejsca zamieszkania.

Jakie są najważniejsze działania podejmowane w ramach NPChUK, które mają związek z opieką nad seniorami? Jest prowadzona kampania informacyjno-edukacyjna, w której wyodrębniono 10 obszarów, które muszą być utrzymywane w jak najlepszym zdrowiu, co pozwoli na zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia. Obszary obejmują: optymalne ciśnienie tętnicze, optymalne stężenie cholesterolu, optymalne stężenie glukozy, prawidłowa waga, niepalenie tytoniu, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczną, nie picie alkoholu, zdrowy sen oraz redukcję stresu. Zostało opracowane elektroniczne narzędzie w systemie ochrony zdrowia, składające się z dwóch modułów. Pierwszy moduł jest dedykowany dla pacjenta, to jest ankieta, która umożliwi pacjentowi ocenę swojego stylu życia i nasilenia czynników ryzyka choroby układu krążenia. Wynik ankiety przedstawiony w formie graficznej wskaże pacjentowi obszary według koncepcji „10 dla serca”, w których niezbędna będzie interwencja, polegająca w szczególności na modyfikacji stylu życia, konieczności konsultacji lub całościowej oceny stanu zdrowia.

Moduł drugi, który jest dostępny wyłącznie dla personelu medycznego, to jest kalkulator, który na podstawie wyników tej ankiety wyliczy szacunkowe ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia i wtedy będzie mogła być adekwatna reakcja lekarza. Druga jakby część, to jest element dla tych pacjentów, którzy nie korzystają z rozwiązań elektronicznych, to jest klasyczna karta ryzyka chorób układu krążenia, która jest w formie papierowej. I tak samo te pytania, które są w tej klasycznej karcie są odzwierciedleniem kluczowych kwestii ujętych w tym narzędziu elektronicznym.

Zakończył się kolejny program, który był prowadzony w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Był to program pilotażowy nad świadczeniem w ramach sieci kardiologicznej, obejmujący siedem województw na koniec tego programu pilotażowego, który zakończył się 31 grudnia 2024 r. W wyniku ewaluacji tego programu wyciągnięto wnioski, po to się te programy pilotażowe robi, tak żeby stworzyć to, co w tym programie było dobre, wykorzystać właśnie m.in. 30-dniową zgłaszalność, obowiązek zgłoszenia pacjenta, który już jest do zakwalifikowania do tego programu, czyli skrócenia ścieżkę pacjenta do dostania się do poradni kardiologicznej, karta pacjenta w programie, która była dostępna dla wszystkich realizatorów tego programu pilotażowego. I w związku z tym podjęto legislację, która według naszych przewidywań, do końca kwartału tego roku będzie przedstawiona Wysokiej Izbie. Obecnie wykaz znajduje się w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia pod numerem UD145.

Kolejnym działaniem, które jest planowane, to jest doposażenie w ramach NPChUK, to jest doposażenie podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt leczniczy służący do diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, w tym także zakup nowoczesnych wyrobów medycznych i wyposażenie do realizacji innowacyjnych procedur i technologii medycznych. To dofinansowanie jest przewidziane na dziewięć lat, na poziomie mniej więcej 150 mln zł rocznie,

czyli w ciągu tych dziewięciu lat 1 mld 350 mln. Tutaj kryteria wyboru oczywiście będą dotyczyły tego, co nam pozwoli przedłużyć życie w zdrowiu, przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia przyczynowego leczenia.

W 2023 r. w ramach trzech postępowań konkursowych w zakresie kardiologii, intensywnej terapii oraz hipertensjologii przekazano 84 mln zł na aparaty do krążenia pozaustrojowego, aparaty do znieczulenia z wyposażeniem, systemy monitorowania pacjentów z wyposażeniem, platform hemodynamicznych, systemów stanowisk resuscytacyjnych, systemów holterowskich pomiaru ciśnienia z akcesoriami lub samych rejestratorów typu Holter (1800 szt. na potrzeby kardiologii). W 2024 r. w ramach dwóch postępowań konkursowych przekazano 159 mln zł na zakup echokardiografów i angiografów w celu poprawy dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych.

Jeżeli chodzi o takie też działania badawcze, populacyjne, planowana jest realizacja ogólnopolskiego badania epidemiologicznego WOBASZ NICARD, które ma na celu ocenę sytuacji zdrowotnej dorosłej populacji polskiej, w zakresie oczywiście występowania chorób układu krążenia, ale również zachowań zdrowotnych Polaków. W tym badaniu zakłada się łącznie przebadanie ponad 9 tys. respondentów ze 107 gmin na terenie całej Polski. Badanie jest przygotowane przez Narodowy Instytut Kardiologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i wejdzie w fazę badań terenowych po wyłonieniu realizatora badań.

Oczywiście wyniki uzyskane pozwolą nam na analizę uwarunkowań demograficznych, społecznych i ekonomicznych chorób układu krążenia i innych chorób przewlekłych, analizy skuteczności działań profilaktycznych realizowanych w POZ i opiece specjalistycznej oraz analizę przyczyn umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce.

Jest jeszcze organ opiniotwórczo-doradczy Krajowa Rada ds. Kardiologii, której zadaniem jest podniesienie skuteczności i upowszechnienie profilaktycznych badań przesiewowych w obszarze zwalczania chorób układu krążenia, poprawy koordynacji i efektywności opieki kardiologicznej oraz monitorowanie funkcjonowania opieki kardiologicznej i jej skuteczności. Trzeba tutaj zauważyć, że ma również za zadanie tworzenie wytycznych i standardów, a właściwie może wpływać, takiego opiniowania nawet dotyczącego diagnostyki i terapii chorób układu krążenia. I na te zalecenia zwraca uwagę Krajowa Rada ds. Kardiologii, na ich uniwersalność i dostosowanie do specyfiki wieku senioralnego, uwzględniając zmiany fizjologiczne związane z procesem starzenia się organizmu.

Kolejny w tym materiale to jest cały opis wszystkich działań. Natomiast jeżeli mówimy o działaniach z zakresu profilaktyki dotyczącej seniorów, to jest opracowanie materiałów merytorycznych we współpracy z NIKard tzw. briefy i na podstawie tych przygotowanych briefów zalecono publikację materiałów wideo przez Wirtualną Polskę, dotyczących profilaktyki układu krążenia wśród pacjentów m.in. geriatrycznych, i zamówiono audycje w programach śniadaniowych TVN i TVP dotyczące profilaktyki układu krążenia. Jak wiadomo, programy śniadaniowe są chętnie oglądane, ze względu na to, że te poranki można spędzić przy kawie i nawet dłużej oglądać telewizję nie włączając się do działania i można się dowiedzieć, że trzeba teraz wstać i iść na spacer.

Kolejne działania, które są działające, to są już szersze trochę w edukacji żywieniowej i jest utworzone Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, które zajmuje się rozpowszechnieniem rzetelnej wiedzy w zakresie żywienia i zdrowego stylu życia, pozytywnej zmiany postaw i nawyków żywieniowych. Na stronach Centrum są publikowane materiały dotyczące żywienia w chorobach układu krążenia, a w sekcji seniorzy dodatkowo znajdują się informacje o tym, jak zachować zdrowie i sprawność w starszym wieku dzięki diecie i aktywności fizycznej. W ramach tegoż Centrum Edukacji Żywieniowej funkcjonuje także Centrum Dietetyczne online. Jest to platforma umożliwiająca pacjentom bezpośredni kontakt z dietetykiem przez internet – konsultacje mogą mieć charakter jednorazowej porady lub stałej opieki dietetycznej, psychologiczno-psychodietetycznej oraz dotyczącej aktywności fizycznej. Platforma ta jest bezpłatna i oczywiście bardzo innowacyjna. Można tam otrzymać porady dotyczące zdrowego stylu życia, które finansowane są ze środków publicznych, i nie trzeba chodzić do dietetyków oraz opłacać trenerów personalnych.

Jeszcze króciutko taka informacja, którą dostaliśmy też z Narodowego Funduszu Zdrowia, dotycząca zrealizowanych świadczeń. I tutaj dla osób powyżej 60. roku życia, jeżeli chodzi

o opiekę koordynowaną w POZ, to w 2023 r. wykonano 665 tys. porad edukacyjnych, dietetycznych 115 tys. Jeżeli chodzi o porady kompleksowe, które były realizowane na rzecz pacjentów z rozpoznaniem chorób zaburzeń układu krążenia, to w 2023 r. było to 546 tys. Natomiast jeśli już popatrzymy jak się rozwija ta opieka koordynowana, to jest ta porada kompleksowa, na której układa się indywidualny plan opieki medycznej, te wszystkie interwencje się wskazuje, jakie badania powinny być wykonane w ciągu tego roku – było to już 935 tys. Przy czym są to informacje za okres styczeń–wrzesień, więc mamy jeszcze jeden kwartał do dodania, to powinno być ponad milion edukacji, 1 mln 300 tys. porad edukacyjnych i zdrowotnych, porad dietetycznych 210 tys. Jeżeli chodzi o konsultacje, które wykonano pacjent–lekarz, to 120 tys. pacjentów skorzystało z tej ścieżki poza kierowaniem do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czyli ustawianiu się w kolejkę. I podobnie, jeżeli popatrzymy na elementy dotyczące tego co do tej pory mógł zlecić specjalista, to mamy Holtera 24-godzinnego, to 143 tys. pacjentów skorzystało, echo – 137 tys., echo serca – 137 tys. pacjentów – i to jest tylko za pierwsze trzy kwartały.

Jeżeli porównamy do tego, czyli w sumie tych różnych świadczeń dla pacjentów 60+ z chorobami układu krążenia było udzielonych w POZ 3 mln 300 tys. w 2024 r., w ciągu pierwszych trzech kwartałów. Czyli spokojnie można dodać do tego jeszcze prawie 1 mln, więc to będzie około 4 mln usług różnych, które te osoby otrzymały w ramach POZ. I to już się zaczyna nam robić liczba podobna do liczby świadczeń, które otrzymują w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Ponieważ w 2023 r. było to 4 mln 280 tys. porad w poradniach specjalistycznych, a za 10 miesięcy 2024 r. było 3 mln 800 tys. Przepraszam, że tutaj jest taka informacja, ale to wysyłaliśmy w styczniu i jeszcze NFZ nie miał pełnych danych, które ma mniej więcej w połowie lutego. Czyli jeżeli byśmy dodali, to jest około 4,5 mln porad w AOS. Natomiast jeżeli chodzi o hospitalizację, to w 2023 r. było 493 tys. hospitalizacji na rzecz osób 60+ z powodów kardiologicznych, a w roku 2024 za 10 miesięcy 440 tys., czyli około pół miliona, ponad pół miliona będzie hospitalizowanych w całym 2024 r.

Jeżeli policzymy sobie ile Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na to pieniędzy, to w oprócz POZ – bo tutaj w tym liczeniu widzę, że nie ma POZ – w 2023 r. było to 6 mld 600 mln, a za 10 miesięcy 2024 było to prawie 6 mld, czyli trzeba liczyć, że będzie to około 7 mld. zł.

Myślę, że w skrócie przedstawiłem cały materiał, jeżeli chodzi o kardiologię.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że podzielimy to na te dwie części, bo jednak trzeba chyba oddzielnie omówić nefrologię z urologią i kardiologię. Otwieram dyskusję. Czy państwo posłowie mają jakieś pytania, czy komentarze? Bardzo proszę.

Posel Stanisław Szwed (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Mam kilka pytań, które z tego materiału możemy zaczerpnąć. Pierwsza kwestia związana jest z rehabilitacją kardiologiczną. Pan dyrektor o tym mówił. Jak wygląda, jeśli chodzi o kwestię przyjęć i terminów, czyli dostępność do tej kardiologii? Wiemy, że tutaj z tym jest potężny kłopot. Nawet w tym materiale czytamy, że jest przyjmowanych siedmiu pacjentów na dziesięciu. Nawet nie o to chodzi. Chodzi o to, że jednak szybkość ma tu znaczenie, a wiemy, że kolejki są duże, przynajmniej w moim regionie, czyli na Śląsku. Jest to jakby pierwsze pytanie.

Drugie pytanie, to jest kwestia związana z programem pilotażowym, o którym pan dyrektor wspomniał. Wspominał pan też o tych wnioskach. Nie mamy tych wniosków, szkoda, można byłoby je umieścić w materiale. Jeżeli byłaby taka możliwość, to bardzo proszę, żeby też do pani przewodniczącej przysłać wnioski z tych pilotaży, bo to jest niesłychanie ważne, na jakiej podstawie państwo będą dalej pracować. Kluczową sprawą jest przyjęcie ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, o czym, myślę, że pan dyrektor nam też powie, na jakim etapie to jest, bo to też jest niesłychanie ważne. A ten pilotaż temu służył, żeby wypracować najlepsze rozwiązania, jeśli chodzi o mapę Polski, o dostępność i też wydawanie środków, żebyśmy wydawali środki tam, gdzie jest to jak najbardziej adekwatne do potrzeb.

Trzecia kwestia – to pani przewodnicząca na pewno wie, ale ja nie jestem w Komisji Zdrowia, to nie wiem – jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o specjalistów kardiologów, kardiochirurgów? Jak jest dzisiaj, czy jest ich wystarczająco dosyć, czy jednak są braki? Jak to wygląda w całym naszym systemie?

Ostatnia kwestia, też bardzo ważna, a nie mamy czasu, żeby tego tematu rozwijać, ale to jest ta kwestia kompleksowości, jeśli chodzi o POZ i opiekę. Tutaj pan dyrektor wspominał, chyba dobrze zapamiętałem, że 50% jest jakby objętych. Czy ta druga część jeszcze nie jest? A to, myślę, jest bardzo ważne, żeby ten początek, czyli w POZ był jak najbardziej właściwie potrzebny. Czy to jest też kwestia sprzętu, dostępności? Tutaj też takie pytania się rodzą. Wydaje mi się, że jeżeli byłaby większa dostępność kardiologiczna, czy może również większa możliwość przeprowadzenia badań na poziomie POZ, to ta dalsza część byłaby może trochę łatwiejsza. I też może, przede wszystkim z punktu pacjenta, byłaby też szybkość decyzji, czy trzeba podjąć specjalistyczne leczenie, czy już jesteśmy w karetce i już nas gdzieś wiozą. Czyli w tym zakresie takie pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Panie dyrektorze, w materiale na pierwszej stronie wśród najczęściej występujących schorzeń kardiologicznych po 60. roku życia wymienia się, czy pan dyrektor wymienia, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków. Jak to czytam, to od razu kojarzy mi się to z udarem mózgu, który, jak wiadomo, jest najczęstszą przyczyną trwałej niepełnosprawności wśród osób dorosłych w Polsce. Chcę zapytać o pewną rzecz. Tak wydaje mi się i mogę się oczywiście mylić, ale zważywszy na to, że około 100 tys. osób rocznie ma udar mózgu i z tego zdecydowana większość około 70%, to są osoby powyżej 60. roku życia. I dość powszechnie wiadomo, że znacząca część, nie wiem jak duża, czy to jest połowa, czy trochę mniej, wymaga kompleksowej rehabilitacji. Wiadomo, że w wielu regionach w Polsce, generalnie we wszystkich regionach jest źle, a w niektórych regionach zaledwie 14% osób otrzymuje odpowiednią terapię. Czy pan dyrektor mógłby przekazać więcej szczegółów na temat tej sytuacji, która wydaje się bardzo trudna, bo nie ma ich w materiałach lub czy moglibyśmy się umówić na ich przekazanie w najbliższym czasie?

Chętnie też poznam opinię ministerstwa, czy państwo podzielacie ten mój pogląd, że w tej dziedzinie jest naprawdę bardzo wiele do zrobienia, a postępy nie są zbyt duże w zakresie pomagania osobom starszym po udarach.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Teraz może ja powiem parę słów, bo też sobie zapisałam, zresztą podobne pytania jak pan poseł. Mianowicie pytanie pierwsze, czy grupie senioralnej jest jakoś szczególnie dedykowana opieka kardiologiczna? Czy w ogóle grupa senioralna jest w jakikolwiek sposób wyróżniona, przyspieszona? Ja wiem, co pan odpowie, tak jak pan mówi, bo jestem członkiem Komisji Zdrowia, więc wiem, że są kolejki, że chorzy czekają. W kardiologii skutki czekania są dramatyczne. W związku z czym, czy nie powinna być jakaś ścieżka? Lekarz rodzinny czy lekarz POZ, do którego senior stoi w kolejce, ma pod swoją opieką różne grupy wiekowe. Dlatego czy dla tych 10 milionów nie należałoby, aby w jakiś sposób byli dedykowani lekarze? I to jest pytanie numer dwa. Co z geriatrami? Jaka rolę oni odgrywają w opiece zarówno ogólnej, ale mówimy o kardiologii, jak i w opiece kardiologicznej? Jest to bardzo ważną rzeczą, bo tak jak w pediatrii trzeba znać całe dziecko, tak w gerii tego całego seniora.

Pytanie trzecie, to jest o opiekę kardiologiczną, bo tym się dzisiaj zajmujemy. Tak naprawdę ja byłam przez ponad rok członkiem komisji rolnictwa i jak tam zadawałam jakiekolwiek pytania, to nie wyglądało to najlepiej, jeśli chodzi o opiekę, nie tylko..., ale dzisiaj zapytam o seniorów, jak zorganizowana jest opieka kardiologiczna na obszarach wiejskich? To jest jeszcze bardziej ważne niż w mieście, dlatego że z obszaru wiejskiego dojazd do pomocy na założenie stentu też musi być jakiś bliski. Czy to jest w jakiś sposób ogarnięte i zorganizowane? Czy o tym wszystkim decyduje lekarz POZ w danej wsi? W jednej, to na pewno nie, bo pewnie jeden lekarz jest na kilka wsi.

Czy jeszcze sobie czegoś nie zapisałam? Aha, rzecz najważniejsza, jest taka opinia ogólna, że w kardiologii dokonał się ogromny postęp i na pewno tak jest. We Wrocławiu, ja wiem, że szpital uniwersytecki zrobił ponad 100 przeszczepów, błyskiem otworzył oddział przeszczepów serca. Jednakże ja chciałam zapytać o badanie jakości. Ustawa, która była o jakości w opiece zdrowotnej, nie miała w swoich zapisach w ogóle odpowiedzi na to, jaki jest czas

przeżycia chorych z daną chorobą i jaka jest poprawa jego jakości życia. A to są mierniki jakości procesu leczniczego. Takie końcowe i najważniejsze, bo wszystkie po drodze, które tam w tej ustawie były penalizowane itd, to jest tylko dojście do celu. Jeśli tego celu się nie osiąga, to nawet jeśli nam się wydaje, że wszystko robimy fantastycznie, a pacjent na koniec umiera, to znaczy, że najprawdopodobniej nie robiliśmy tego fantastycznie. Czy jest ocena jakości w kardiologii? Czy poprawił się stan przeżycia na przykład pacjentów z zawałem, z niewydolnością serca? Czy poprawiła się jakość życia? Ponieważ taki jest teraz cel tego leczenia kardiologicznego.

Chyba to już wszystko, bo o resztę już pan poseł pytał. Bardzo proszę pana o odpowiedź, bo więcej głosów nie mamy. Potem otworzę dyskusję, jeśli ktoś z państwa zechce zabrać głos, to każdy będzie mógł.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję bardzo. Jeżeli chodzi o element rehabilitacji kardiologicznej, tak, dostępność jest może niezadowalająca, bo mamy 153 ośrodki, które tę rehabilitację kardiologiczną realizują, a niewątpliwie skorzystanie z rehabilitacji kardiologicznej po zawale jest czynnikiem zmniejszającym śmiertelność.

Od razu nawiążę do pytania pani przewodniczącej. Tak, rehabilitacja kardiologiczna jest to jeden z elementów, który powinniśmy w Polsce rozwijać. Tutaj takich danych, na ile ten postęp idzie, jeżeli chodzi o ośrodki, to niestety nie posiadam, ale mogę w tym zakresie takie dane potem przesłać.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Nie chodzi tylko o dane. Rozumiem, że jest problem, jakie wnioski wyciągamy i co próbujemy zmienić w tym zakresie, bo to jest najważniejsze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, już od razu to mówię. Zasadniczo, jeżeli chcemy cały czas...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Przepraszam bardzo. Mówiłam, że to trochę jak w wariatkowie. Tak to czasem jest, że przychodzi coś, że mamy pójść na salę. Komisji jest w tej chwili bardzo dużo, nie tylko ta, więc nie jest tu napisane, że oznacza to, że mamy przerwać Komisję. Znacząco bardzo proszę kontynuować.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, tak, są głosowania ważne. Dobrze. Problem rehabilitacji jest w trakcie kompleksowego rozwiązywania w Ministerstwie Zdrowia. Po prostu jest podwojony zespół, który ma wypracować nowe rozporządzenie dotyczące świadczeń gwarantowanych z rehabilitacji. Jest tam podstolik, który opracowuje nowe zasady udzielania świadczeń również w rehabilitacji kardiologicznej. Myślę, że zasadniczo zajęliśmy się tym problemem tak całościowo, jako Ministerstwo Zdrowia. Czekamy teraz, tak naprawdę na wyniki kolejnych prac tych podstolików. One pracują bardzo prędko. Wydaje mi się, że też jest oczekiwanie, że te podstoliki zakończą swoje prace, też nawiązując do tej rehabilitacji neurologicznej, bo tam też jest ten koszyk już trochę przestarzały, tak jak i kardiologiczny. W związku z tym zadaniem jest wypracowanie nowych kryteriów kwalifikacji do poszczególnych rehabilitacji, czasu przyjęcia tych pacjentów. Już tu nawiązuję do tego pytania dotyczącego udaru mózgu i rehabilitacji neurologicznej, w której też są dosyć, mimo tego, że tam są te ograniczenia 30 dni...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Jest też postęp.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Jest postęp, ale jeszcze trochę chcemy to wypracować kompleksowo i takie zadanie jest dla tego zespołu rehabilitacji, żeby do połowy tego roku przygotować projekt rozwiązań kompleksowych w całej rehabilitacji. Nie tylko kardiologicznej, nie tylko neurologicznej, o których tutaj teraz mówimy, ale też i ambulatoryjnej, domowej czy stacjonarnej.

Jeżeli chodzi o pytanie o ewaluację, to oczywiście doślemy na ręce pani przewodniczącej. Dostępna jest śródkresowa, na którym była opracowywana. Ona była opracowana jesienią zeszłego roku. Natomiast po zakończeniu pilotażu, czyli w grudniu, te dane są teraz

zbierane, opracowywane i do końca marca mają być przekazane, już opracowana cała analiza. W tej analizie bierze udział Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i Anin. Oni wspólnie teraz siedzą nad tymi danymi i próbują wyciągnąć wnioski po całym pilotażu, bo prace nad tą ustawą zaczęły się w wyniku oceny śródkresowej, która była zrobiona jesienią zeszłego roku. Czyli na razie mogą udostępnić tę ocenę śródkresową.

Pytanie dotyczące liczby kardiologów i kardiochirurgów. Wydaje się nam, że liczba tych specjalistów jest aktualnie całkowicie wystarczająca na potrzeby Polaków.

Pytanie kolejne było o sprzęt i dostępność, i o to, że być może częścią blokującą przystępowanie podmiotów POZ do tej opieki koordynowanej w zakresie kardiologii są trudności z zakupieniem odpowiedniego sprzętu, tych Holterów czy tych przystawek do ech serca, szkoleń. To teraz jest uruchomiony program Feniks. Pierwszy nabór się zakończył, zgłosiło się 1800 podmiotów na zakup sprzętu i teraz jest etap podpisywania umów na dofinansowanie, więc istnieje szansa i będą kolejne edycje. Jest to 1 mld zł, który POZ będzie miał do wydania i on ma jeszcze o tyle taką dużą korzyść dla tych podmiotów POZ, że to dofinansowanie jest unijne 100% bez wkładu własnego. Czyli to też jest bardzo korzystny program, a jednym z warunków do tego, żeby to dofinansowanie dostać, jest realizacja tej opieki koordynowanej. Mamy nadzieję, że to pobudzi tych niechętnych do tego, żeby ten sprzęt dostać tak naprawdę w ramach tego projektu, bo całość będzie zrefundowana. Wtedy będziemy mieli nie 54 czy 55% populacji objętych, tylko już 90 czy niedługo 100% populacji objętej tą opieką koordynowaną.

Wydaje mi się, że tutaj też jest takie pytanie. Większość chorób kardiologicznych, to nie jest zawał, powiedzmy sobie szczerze. Większość chorób kardiologicznych, to jest przede wszystkim nasze najpopularniejsze nadciśnienie nieleczone, które potem prowadzi do niewydolności serca i do uszkodzeń serca, które mogą skutkować na przykład chorobą wieńcową i właśnie zaburzeniami rytmu serca. Większość tych chorób kardiologicznych jest naprawdę do opanowania w ramach lekarza POZ-u, o ile będzie miał ten sprzęt i będzie umiał. Dodatkowo, tak jak powiedziałem, ma też kardiologa, kiedy sam sobie nie radzi i on może z tego kardiologa skorzystać bez wysyłania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czyli do kolejki, tak to nazwijmy. On może go poprosić.

Ja tutaj akurat tego... Ponieważ ten temat dotyczy tylko polityki osób starszych, jest taki raport, to nie jest nasz, tylko Fundacji „My Pacjenci”, którzy badali pacjentów, pytali o satysfakcję z tej opieki. To jest między innymi do tego, jaki jest efekt, jakby ta część jakościowa, ale ta konsumencka i tam te wyniki są bardzo dobre, pacjenci są bardzo zadowoleni z tej opieki. Zdecydowanie też wzrósł, dzięki temu, że oni też chodzą na tę edukację do tych pań pielęgniarek czy panów pielęgniarzy chodzą, to też deklarują i widać, że znacznie bardziej, lepiej jest adherens, czyli że przyjmują regularnie leki i przestrzegają zaleceń. Wydaje nam się, że to działanie to jest takie szerokie działanie tak naprawdę populacyjne, bo osób z chorobami układu krążenia w Polsce mamy około 9 mln i żaden specjalista, żaden szpital, sieć szpitali tego nie ogarnie. Tym bardziej, że wydaje się, że po prostu nie musi się tym tak zajmować, a tym powinni się zajmować lekarze POZ.

Pytanie było o udar mózgu. Tak, mamy około 80 tys. udarów mózgu rocznie. System leczenia udaru mózgu, wiadomo, że to są dwa elementy. Przyczyny oczywiście te takie bezpośrednie to są zaburzenia rytmu serca, migotanie przedsionków. I teraz jest refundacja, która weszła w tym wskazaniu na NOAC, czyli na leki zmniejszające krzepliwość, które zabezpieczają od 1 stycznia, które były przez wiele lat niewprowadzane w tym wskazaniu, więc to na pewno wpłynie na prewencję wtórną udarów.

Jeżeli chodzi o drugi element, to jest nadciśnienie, który musi być po prostu prawidłowo leczone, żeby do tego udaru nie doprowadzić. Natomiast jeżeli już do tego udaru dojdzie, to tak naprawdę mamy dostępny system oddziałów udarowych, które mogą prowadzić leczenie trombolityczne. Aktualnie, z tego co wiem jak spotykam się z Krajową Radą ds. Neurologii, to mniej więcej osiągamy już średnią europejską, jeżeli chodzi o oczekiwanie na trombolizę, chodzi o ten odsetek pacjentów, którzy się kwalifikują. Pamiętajmy, że musi być to okienko terapeutyczne, kiedy pacjent się kwalifikuje. Jeżeli pacjent za późno zostanie zgłoszony albo jest samotny po prostu i nie ma kto tego zobaczyć, że on ma udar, albo wydarzy się to w nocy i nie ma kogoś, kto zareaguje, nie zadzwoni po pogotowie ratunkowe, to czasami ci pacjenci trafiają za późno, nie w okienku terapeutycznym i nie można robić wtedy tego leczenia trombolitycznego. Jest jeszcze wtedy szansa, ale to tylko dotyczy

tych większych naczyń mózgowych, jest to okienko terapeutyczne do wykonania trombektomii, które jest dłuższe i też mamy ośrodki, które tę trombektomię wykonują. Jeszcze nie mamy takiego zgodnego z oczekiwaniami odsetka pacjentów z udarem, którzy są poddawani w trombolizie, ale cały czas pracujemy też z ekspertami i z Krajową Radą ds. Neurologii, żeby wypracować taki system, który pozwoli nam osiągnąć te wskaźniki europejskie. Przy okazji cały czas próbujemy monitorować jakość, tak jak pani mówiła, i zobaczyć w kolejnych ośrodkach jak wpływa i tam, gdzie te wyniki dotyczące śmiertelności 30-dniowej, na przykład przy trombektomii albo braku poprawy w zakresie niepełnosprawności przy przyjęciu i przy wypisie, to pan konsultant krajowy też tutaj i Rada powiedziała, że będzie się starać podejmować czynności zaradcze jak usprawnić, żeby wszyscy mieli dobry dostęp do dobrej opieki.

Teraz trudne pytanie, czy mamy specjalną ścieżkę dla osób powyżej 60. roku życia do kardiologa. Nawet ustawa o Krajowej Sieci Kardiologicznej nie przewiduje tej specjalnej ścieżki. Chociaż pewnie też dlatego, że i tak 60% pacjentów, tutaj w tych materiałach 66%, to są właśnie osoby 60+, którzy w tym są. Czyli tworzenie wyłomu, specjalnej ścieżki tak naprawdę nie poprawiłoby tej sytuacji, bo 2/3 pacjentów, którzy tak naprawdę są w tym wieku, to są właśnie ci pacjenci. Czy tutaj stworzenie specjalnej ścieżki chyba nie uzdrowiłoby sytuacji. Bardziej uzdrowi ją po prostu stworzenie kompleksowej ścieżki i tutaj też są prace prowadzone. Powiedziałbym, że te prace są akurat w kardiologii dosyć... Ponieważ mamy tak, pierwszy ten poziom, tak naprawdę to jest ten POZ z opieką kompleksową. Jeżeli tutaj na tym poziomie sobie nie chcą, nie mogą radzić, to tak naprawdę przekazują i za chwilę ta ustawa, tak jak mówię, do końca kwartału ma być przekazana do Sejmu, do prac Sejmu, więc ona będzie już gotowa. To potem ta ścieżka jest do tego, że pacjent trafi do opieki kardiologicznej, jeżeli oni sobie nie poradzą. Oczywiście te wyższe etapy, to są oczywiście ablace, różne wszczepianie różnych urządzeń wszczepialnych, czy interwencje wcześniejsze przed zawałem stentowania naczyń wieńcowych.

Pytanie o rolę geriatry, to jest kolejne trudne pytanie, dlatego że po pierwsze, tych geriatrów nie jest dużo. Po drugie, czy on ma mieć rolę w kardiologii, bo tak naprawdę, tak jak pani przewodnicząca powiedziała, jest to taka osoba, która holistycznie obejmuje wszystkie problemy osoby starszej i jej całą wielochorobowość. I tutaj cały czas się zastanawiamy nad tym jak i też rozmawiamy ze środowiskami, bo tak naprawdę chcielibyśmy to stworzyć, tak rozważamy to, jako konsultanta dla lekarza POZ, bo on zbiera te wszystkie od tych wszystkich specjalistów. I finalnie ten starszy pacjent, który ma wielochorobowość, który ma leki od ortopedy, neurologa, psychiatry, kardiologa, pulmonologa, to przychodzi po te recepty ostatecznie do lekarza POZ i mówi, poproszę recepty na to, na to, wypisuje i przynosi kartkę i mówi, chcę kilkanaście leków. Wydawałoby się, że gdyby tu umiejscowić geriatrę jako konsultanta, to być może byłoby to najlepsze jego miejsce w systemie. Ponieważ trudno powiedzieć, żeby on konsultował kardiologa czy ortopedę, bo chyba to nie miałoby celu, bo kardiolog też patrzy pewnie wąsko dziedzinowo. Co pewnie nie jest za dobre, ale tak się już zrobiło, że ta medycyna stała się taka bardzo wąska, podzielona na specjalizacje. Natomiast tutaj zastanawiamy się, jak udroźnić, wspomóc tego pacjenta w tej podstawowej opiece, gdzie tak naprawdę on trafia z tymi listami leków od wszystkich specjalistów, u których był.

Tu są takie inne dostępności też geriatrów, bo tych geriatrów jest niewiele, jak rozdysponować, czy oni będą przyjeżdżać, czy też jakieś zrobić e-konsylia, takie telekonsylia. Jest trochę tych pomysłów, skoro jest ich niewiele i nie będą jeździć po całej Polsce, i do tego wiejskiego POZ nie pojadą zobaczyć tej osoby, to może zrobić to na zasadzie jakiegoś e-konsylium i takie narzędzie udostępnić, że będzie mógł ten geriatra konsultować tego lekarza POZ i zobaczyć całą listę leków, która tam jest i powiedzieć, to nie, to nie, to nie, a to tak, to tak, to tak i może pan robi, panie doktorze, jeszcze takie, a takie badania.

Tak, i tutaj jest ta opieka kardiologiczna na obszarach wiejskich. Oczywiście tam na obszarach wiejskich poradni kardiologicznych jest mniej niż w miastach. Ta specjalistyka taka, która jest najbliższa pacjentowi, zwykle się kumuluje przy szpitalu powiatowym, bo oni mają większe zasoby zarówno ludzkie jak i sprzętowe. Niestety ten pacjent z terenu wiejskiego musi przyjechać, jeżeli ten lekarz miejscowy POZ, ten wiejski lekarz nie jest w stanie ogarnąć tego problemu zdrowotnego, to niestety musi podjechać do większego ośrodka. Chyba jedną z tych odpowiedzi na ten problem, to też są również konsylia zdalne. W ramach tej opieki koordynowanej jest też możliwość zdalnego konsultowania pacjenta, ale na razie trochę

nie ma narzędzi informatycznych. I też w CeZ jest taki projekt prowadzony, który ma być właśnie e-konsylium, gdzie online bezpiecznymi liniami takie narzędzie informatyczne będzie udostępnione i będzie można takich pacjentów konsultować po prostu, czy to lekarz–lekarz, czy lekarz–pacjent, czy na przykład w trójkę. W CeZ prace nad takim rozwiązaniem trwają, prawdopodobnie pierwsze to wejdzie w ramach opieki onkologicznej i w ramach tej opieki kardiologicznej, a w innych być może w przyszłości.

Wydaje mi się, że chyba odpowiedziałem na wszystkie pytania.

Jeżeli chodzi o badanie jakości w ramach ustawy, pierwsze, tam są wskazane. Jeżeli chodzi o jakość życia, to tam to nie będzie oceniane. Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie wskaźników jakości zostało opublikowane w zeszłym roku i tam jest wylistowane, co będzie oceniane. Natomiast teraz powinniśmy do końca marca opublikować rozporządzenie, gdzie będą karty wskaźników i już wszyscy zobaczą, co do czego się porównuje. Tam jest kilkadziesiąt wskaźników, zarówno klinicznych, jak i zarządczych, jak też konsumenckich i będzie napisane, co do czego się porównuje. Wtedy wszyscy świadczeniodawcy, realizatorzy zobaczą, z czego będą oceniani.

Pamiętajmy, że to chyba jest u nas pierwsza taka kompleksowa próba tego, więc dlatego do 30 kwietnia tego roku NFZ wyliczy według tych kart wskaźników. Na razie nie będziemy jeszcze nikogo karać, ani nagradzać, bo na razie wszyscy się muszą dowiedzieć, gdzie są w ogóle, żeby mogli coś zareagować i zobaczyć, gdzie są na tle innych. Tak więc na razie to będą tylko po prostu pokazane dane na szpitalu, na część poradni i kto gdzie jest i może się zobaczyć tak naprawdę. Oczywiście spodziewam się tutaj też wielu protestów, że oni mieli cięższych pacjentów, później przywiezionych, ale od czegoś trzeba zacząć. Jeżeli tego nie opublikujemy i nie pokażemy, a właściwie to NFZ, bo to on NFZ będzie publikować i liczyć, to same placówki się nie będą mogły poprawiać, a też my nie będziemy mogli doskonalić oceny tej jakości. Ponieważ, jak wiemy, ocena jakości jest takim procesem ciągłym, to się nie da tak zrobić, że teraz coś popracowaliśmy, coś postaraliśmy się z ekspertami wypracować, zobaczyć, popatrzyliśmy co da się na tym etapie zbierania danych ocenić, a pewnie dalej będzie to się zmieniać i będą ankiety konsumenckie, zadowolenie pacjenta, czyli ta część konsumencka też będzie. Pewnie też będziemy się zwracać do Wysokiego Sejmu z prośbami o zmiany w ustawie o jakości, żeby ją poprawiać. Jako w tym procesie ciągłym się będziemy doskonalić i świadczeniodawcy też będą się doskonalić, my w ocenach, a oni w tym, żeby mieć wyższy poziom dla pacjentów swojej opieki.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z państwa chce coś powiedzieć, to bardzo proszę. Jeżeli nie ma chętnych, to teraz nie wiem co mam zrobić, bo rzeczywiście jest przyspieszenie półgodzinne na sali. Natomiast nie widzę przyspieszenia samych głosowań, które miały być 20:30. To może poprosimy o tę część urologiczno-nefrologiczną, żeby tego nie odkładać i żeby pan dyrektor nam powiedział w skrócie, bo materiał mamy, jak wygląda opieka urologiczna, urologiczno-nefrologiczna nad seniorami.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Nad seniorami, tak. To bardzo szybko powiem, bo myślę, że tutaj zanim opowiem, to tu takich dużych działalności nie ma. Chociaż są planowane, tak jak w chorobach układu krążenia, bo to jest specjalny program.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Tak, tam sztab ludzi pracuje w kardiologii.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, sztab ludzi pracuje, tak.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

W urologii na pewno też, a w nefrologii chyba też?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak. Natomiast, cóż, mamy to, co dotyczy przede wszystkim seniorów, panów, rozrost gruczołu krokowego. Tak, to oczywiście wiemy, że około 50% osób w wieku do 60 lat ma już

przerost gruczołu krokowego, a jak się już nam uda dożyć do 85 lat, to na pewno ten gruczoł będziemy mieli przerośnięty.

Jeżeli chodzi o kolejny taki element, myślę, że tutaj jest dużo wymienionych różnych problemów zdrowotnych. Natomiast ja bym się chciał skupić tak naprawdę na dwóch takich podstawowych, które dotyczą szerokiej populacji osób w wieku senioralnym. Jednym to jest to co dotyczy panów wyłącznie, to jest właśnie przerost gruczołu krokowego i u niektórych nowotwór. Natomiast drugim bardzo rozpowszechnionym problemem zdrowotnym, to jest przewlekła niewydolność nerek i ta przewlekła niewydolność nerek, to jest ten element, który... Wydolność nerek generalnie nam się zmniejsza po 50. roku życia, to jest po prostu proces naturalny, niezależny od tego, czy jesteśmy osobami dbającymi o zdrowie, czy nie. Tylko tempo tej wydolności nerek tak naprawdę zależy trochę od naszego stylu życia i od tego czy chorujemy i czy leczymy nasze choroby dodatkowe. Ponieważ oczywiście czynnikiem ryzyka przewlekłej niewydolności nerek jest cukrzyca, nadciśnienie, czyli te dwie tak naprawdę podstawowe choroby, które dotyczą, tak jak mówiłem, około 9 mln Polaków. Czyli to są te dwie choroby, które prowadzą do uszkodzenia nerek, jeżeli nie są prawidłowo leczone i nie są zaopiekowane. Jeżeli patrzymy na te dane i porównamy z tym, ile osób choruje na cukrzycę i na nadciśnienie, to możemy oszacować, że na przewlekłą chorobę nerek, niewydolność nerek może chorować około 4 mln osób. Przy czym pamiętajmy, że choroba nerek początkowo przebiega, bardzo długo, nawet nie początkowo, przez lata przebiega bezobjawowo. Jeżeli mówimy o przewlekłej niewydolności nerek, bo oczywiście jeżeli mamy zapalenie nerek czy kamicy, to ona daje szybciej objawy. Natomiast jeżeli chodzi o taką przewlekłą niewydolność nerek, ona narasta latami.

Jak to się generalnie przekłada na realizację świadczeń? Jeżeli popatrzymy sobie już na tą schyłkową niewydolność nerek, na to co jest końcowym efektem trwałego uszkodzenia nerek, to pacjenci powyżej 65. roku życia, to jest 2/3 wszystkich pacjentów dializowanych. Jeżeli patrzymy na to, to liczba dializowanych w Polsce jest w miarę stała, to jest między 20 a 22 tys. pacjentów, którzy są stale dializowani i de facto mniej więcej to odpowiada i porównywalne jest do średniej, która jest w Unii Europejskiej.

Tutaj można powiedzieć, że czynnik ryzyka typu cukrzyca jest oczywiście wysokim, bo pacjenci, którzy są kwalifikowani do dializoterapii, to co czwarty choruje na cukrzycę. Jeżeli popatrzymy na to, że najlepszym leczeniem nerkozastępczym jest przeszczepienie nerki, to mamy spory wzrost, w 2022 r. przeszczepiono 1158 nerek, w 2023 r. – 1276, a w 2024 – 1700, więc bardzo szybko transplantologia nam się rozwija. To też jest taki element, który był jakby wieloczynnikowy. Popatrzyliśmy sobie trochę na to, że trzeba wzmocnić kampanię, ale kampania społeczna, to jest jeden element. Drugi element, to jest wzmocnienie koordynatorów w ośrodkach, którzy mają bezpośredni kontakt z rodzinami de facto i rozmawiają z nimi na temat tego, że ich członek rodziny jest osobą już nieżyjącą, mimo tego, że ta maszyna wentyluje i tak dalej, ale tak naprawdę jest to osoba, która już nie żyje i że on może uratować życie wielu osobom, bo może być to serce, płuco, dwie nerki i wątroba. Czyli tutaj jest ta praca koordynatorów.

Drugim elementem, który podjęliśmy w ramach Narodowego Programu Transplantacyjnego, to było szkolenie również dla anestezjologów, wyposażenie, doposażenie w sprzęt. Dzięki temu uzyskaliśmy z roku na rok dużo więcej dawców, a szczególnie zeszły rok zarówno w wątrobie, w nerce, jak i w sercu był naprawdę rekordowy. Widać, że te działania odniosły skutek i jako ministerstwo chcielibyśmy je... Też zwiększyła się liczba podmiotów, które kwalifikują, czyli tych, którzy kwalifikują biorców. Oczywiście to się przełożyło na to, że jak był zakwalifikowany pacjent do pobrania, to zespoły pobierające mogły do nich wyjeżdżać. Czyli w tej części może mamy się czym pochwalić.

W drugim elemencie to też zauważyliśmy, właśnie to co powiedziałem, że choroba przewlekła niewydolność nerek, ze wszystkimi ostrymi tak de facto... To ci pacjenci w kamicy, jak mają jakiś ostry atak, to muszą mieć interwencję, a to są interwencje chirurgiczne, nazwijmy je tak ogólnie, bo przecież one nie muszą być z przerwaniem ciągłości tkanek, ale to są stany ostre, zapalenia bakteryjne. Czy też tutaj to nie są stany ostre, ale są glomerulopatie – Tak, dobrze powiedziałem – to są też takie stany, które się po prostu rozwijają, ale wymagają intensywnego leczenia, które jakby nie jest na tym...

Natomiast największym chyba, wydaje się, tym problemem, tak jak powiedziałem, około tych 3–4 mln pacjentów, to są ci, u których podstępnie, powolutku rozwija się przewlekła niewydolność nerek i ujawnia się tam około 70., kiedy pacjent tak naprawdę jest w takiej fazie, że za dwa, trzy lata jest kwalifikowany już do dializoterapii. I to jest realny problem populacyjny. W związku z tym pierwszą rzeczą, którą zrobiliśmy, a nie było tego w ramach tej opieki koordynowanej, to było...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Czy ja mogę od razu zadać pytanie, czy są jakiekolwiek ograniczenia wiekowe w dializoterapii i transplantacjach? Powinnam to wiedzieć, ale tego nie wiem.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Nie, aktualnie nie ma. Kiedyś były, teraz nie, decyduje stan zdrowia ogólny, a nie wiek. Kiedyś faktycznie tak było, że była dyskryminacja wiekowa, wiek powyżej... Ja teraz, to musiałbym się zapytać naszych przeszczepiających, jaką najstarszą osobę przeszczepili, ale...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

...bardzo wiekowe osoby mają robione przeszczepy. Tak właśnie praktycznie chciałam zapytać, czy to rzeczywiście funkcjonuje w środowisku, że wiek nie jest żadnym ograniczeniem? Mówimy o grupie senioralnej.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Nie, nie. Stan ogólny zdrowia, czyli tam są te punkty oceniane w skali klinicznej i one decydują, nie wiek.

To wracając do tego, żebyśmy tutaj tak nie chcieli przedłużać, to powiem tak, że początkowo tej opieki nefrologicznej trochę wprowadzając tę opiekę do POZ, poszerzając żeby mógł tam być ten konsultant nefrolog. Jej nie było. I tak samo, jak badanie, dosyć proste tak naprawdę, wskaźnik albumina, kreatynina, UACR nie było dostępne dla lekarza POZ, żeby właśnie wychwytywać wczesne etapy przewlekłej niewydolności nerek. Teraz jest, bo to jest najważniejsze tutaj w tym zaburzeniu, żeby tą przewlekłą chorobę wykryć na wcześniejszym etapie i po prostu wdrożyć odpowiednie leczenie, które nie jest drogie, zanim doprowadzimy do dializy albo ewentualnie jeszcze co gorsze do konieczności, a właściwie po dializach, to tylko przeszczepienie może być jedyną procedurą.

I cóż, i też oczywiście w ramach tego, jeżeli można rozpoznać wskazaniem choroby przewlekłej nerek, wtedy można zaplanować interwencję, czyli konsultację lekarza nefrologa, tak samo edukację i badania kontrolne. Tutaj też ważny jest dietetyk, który może ustawić odpowiednią dietę chroniącą nerki.

Teraz przejdę trochę do tych danych, które tak naprawdę są w tych tabelkach.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Myślę, że już dziękujemy, my sobie te dane przeczytamy.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, te dane można sobie przejrzeć.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja raczej zapytam, czy może ktoś jeszcze ma jakieś pytania do tego, co w tym materiale mamy. Czy pan minister ma jakieś pytania?

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Pytam tylko, jeśli chodzi o prostatę, bo to jest dosyć ważny temat. Ponieważ z tego, co też czytałem, że jest większa liczba wykrywalności, ale jeśli chodzi o kwestie leczenia i śmiertelności w przypadku raka prostaty, to nie wiem czy dobrze kojarzę, że jednak jest wzrost. Czy to się jakoś nie kłóci, że wykrywamy więcej, a jednak niestety nie przenosi się to jakby na liczbę, spadek ofiar śmiertelnych, jeśli chodzi o raka prostaty? W tych materiałach tego nie ma, ale gdzieś to czytałem.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, w tych materiałach tego nie ma, bo pytanie było stricte o inną kwestię. Natomiast jeżeli chodzi o te pytania, czy śmiertelność z powodu... Tak, mamy ogólnie większą rozpoznawalność.

Czy teraz liczbowo, liczba osób, które umierają z powodu albo przynajmniej z rozpoznania w karcie zgonu wpisanej, bo to też jest bardzo ważne, rośnie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja mogę odpowiedzieć.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Natomiast odsetkowo spada.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

W tej chwili bardzo mocno w raku prostaty poprawił się system leczenia. Są nowe przeciwciała, jest nowe leczenie hormonalne.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Hormonalne, tak?

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Jest. Oczywiście to zależy od stadium. Sprawa jest bardzo skomplikowana, ale chodzi o to, że niezależnie od tego, jak szybko nowotwór jest rozpoznany, czyli czy jest to stadium mało zaawansowane czy bardziej, czy z przerzutami, to leczenie urologiczne powinno doprowadzić do tego, że jest to choroba przewlekła i ginie się na inną chorobę. Tak to słyszałam na posiedzeniu Komisji Zdrowia poświęconej urologii i ona była niedawno, więc jest to chyba w miarę miarodajne. Dostępność do tych leków nie jest zła, są programy Ministerstwa Zdrowia i chorzy nawet ci w złej sytuacji, bo jeśli chodzi o chirurgię i ten początek, to teraz robią to roboty i tych robotów urologicznych jest sporo w Polsce.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Ten da Vinci, o tym pani mówi?

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Da Vinci, ale to jest taki da Vinci urologiczny, który leczy prostatę. Tak opowiadali panowie urolodzy, którzy byli na tej komisji.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Parę lat temu to chyba były w dwóch miejscach w Polsce, które to operowały.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Tak jest. Zmieniła się też znacząco diagnostyka, bo kiedyś wykonywano, teraz jeszcze gdzieś wykonuje się 12 wkłuć, ale jest nowa metoda jednego wkłucia tylko przez inne miejsce, przez mięśnie się idzie, co zmniejsza urazowość, czy możliwość przeniesienia zakażenia. Także jest duży postęp, z tego co jest mi wiadomo. Krzywych przeżycia, to nie znam, bo rzeczywiście o to żeśmy ich wtedy nie zapytaliśmy, ale myślę, że one też muszą być w związku z tym o wiele lepsze, że można wiele lat żyć z rakiem prostaty, nawet w formie rozsianej. Jest też terapia, taka radioterapia w postaci podawanego leku. Tak że są metody, które kiedyś w Polsce były niedostępne, a teraz są i podobno one poprawiły znacząco tą wyleczalność. Oczywiście profilaktyka i szybkie rozpoznanie, to jest najważniejsze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Ja chciałem tylko uzupełnić, pani przewodnicząca, à propos tego da Vinci, że były dwa w Polsce, aktualnie jest tak, że więcej wykazuje się operacji da Vinci niż laparoskopią. Już nie mówiąc o otwartej, bo to już jest w ogóle operacja do zapomnienia na tym etapie wiedzy medycznej i umiejętności zaawansowania technologicznego, bo ta operacja zawsze była bardzo okaleczająca, ale już mamy taki moment, że w zeszłym roku wykonano więcej operacji przy pomocy robota da Vinci niż laparoskopowo. Czyli to już jest naprawdę duże rozpowszechnienie i tych urologów wykształconych w operacjach jest więcej.

Trzeba też pamiętać, że to oznacza, że wskazaniem do operacji radykalnej, bo to jest operacja radykalna, jest nowotwór bez przerzutów. Jak jest rozsiany, to już nie ma co operować, tylko się wychodzi z leczeniem systemowym. Świadczy to też o tym, że tych pacjentów po prostu rozpoznajemy na wcześniejszym etapie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja mogę powiedzieć, co jest złe, bo nie jest tak różowo. Jest karta DILO, w której jest sześć tygodni do pełnego rozpoznania. Panie ministrze, czy tak jest? Ja znam odpowiedź. Nie jest.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, w rzeczywistości tak nie jest.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Nie jest, bo jest zła dostępność nie do tomografów i rezonansów i do badań, tylko jest mało radiologów. Taka zawsze jest odpowiedź, że to jest po prostu spowodowane tym, że nie ma kto opisywać tych badań. I rzeczywiście rekordziści mają po kilku miesiącach do pół roku postawione rozpoznanie i to jest naprawdę coś, co trzeba szybko zmienić.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, my znienacka nie wyprodukujemy więcej radiologów.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Każdego da się wykształcić.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Jakby tutaj był pan profesor Walecki, to by nam dopiero powiedział, że... Znaczący ja powiem tak, my też myślimy o tym, żeby z radiologów przesunąć część ich kompetencji na specjalistów w danej dziedzinie, żeby na przykład, jak pacjent ma złamaną nogę, ortopeda ją złoży i już pacjenta wyśle do domu, to żeby ten opis za trzy tygodnie, czy za pięć miesięcy nie przychodził, że noga złamana. Teraz jest taki wymóg, żeby radiolog obejrzał to zdjęcie i odcigałoby między innymi właśnie od tego, żeby opisywać tomografię czy rezonanse, bo opisują wszystkie praktycznie rzeczy, ale to też my nad tym pracujemy, zapewniam, i to nawet dosyć intensywnie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja wiem. Na pewno w tej dziedzinie coś trzeba wymyślić, nie tylko w odniesieniu do tego raka prostaty, ale to zapewne w całej onkologii jest jakiś kłopot z tym tempem rozpoznania. Maszyn chyba już nie jest tak mało w Polsce, dużo się zrobiło, postęp jest ogromny, ale jak zrobiliśmy kartę DILO, to trzeba się jej po prostu trzymać.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Na opis się czeka tygodniami.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Na opis. I powiedzmy, my w onkologii dziecięcej, to musimy mieć rozpoznanie błyskiem. Dla nas, jak stworzono kartę DILO, to te sześć tygodni, to jest za długo. To dziecka już na świecie nie będzie, jeżeli byśmy tyle czekali.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos i cokolwiek powiedzieć?

Ja pięknie państwu dziękuję za udział. Bardzo dziękuję panu dyrektorowi, bo bardzo dużo ciekawych rzeczy pan powiedział. Mam nadzieję, że ta opieka koordynowana, bo ja to martwię się jedną rzeczą, że ten koordynator pierwszej linii, czy on da radę koordynować wszystko: noworodka, małe dziecko, człowieka w sile wieku oraz dziesięciomilionową populację, swoją populację w danym terenie, we wszystkich kierunkach. Myślę, że to jest zadanie bardzo trudne, które przed nimi stanęło.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

My zdajemy sobie z tego sprawę, że to jest trudne zadanie, ale wiemy też, że po prostu ten system, który aktualnie jest zbudowany tak naprawdę na specjalistach i na szpitalach, to on też jest niewydolny.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

...naprawdę pomijając kwestie systemowo, finansowo, organizacyjnie, to jest ...

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, taka jest prawda. To prawda jest, pani przewodnicząca, i do tego zresztą dążymy, i po to mają być w przyszłości też te narzędzia, bo tak...

Tak, ale oni mają inne, pierwsza linia kształcona. To jest pierwsze. I też dzięki takim rozwiązaniom, to bardzo dużo młodych ludzi zaczęło się garnąć do tego, bo to jest ciekawe.

Ja powiem szczerze, że jak był ten początek nasz zmiany i właśnie była wprowadzona ta podstawowa opieka zdrowotna, lekarz rodzinny, to gdyby nie to, że zaczęto zabierać, to też chciałem być lekarzem rodzinnym, bo to takie fajne było, miał być i gabinet zabiegowy, gdzie bym mógł szyć pacjentów, i gastrokop, i USG, i wszystko. A potem... tak, to nic nowego.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Pięknie dziękuję ...zamykam posiedzenie podkomisji.