

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 132)

z dnia 16 kwietnia 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 132)

16 kwietnia 2026 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

- **informację ministra zdrowia na temat realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmujących obsługę pacjentów korzystających z domowej wentylacji mechanicznej, zaległości Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie oraz działań zmierzających do wypracowania nowych taryf dla wentylacji mechanicznej wychodzących naprzeciw rosnącej potrzebie stosowania takiego leczenia.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jakub Szulc** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia, **Marta Puścion** główny specjalista w Departamencie Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Magdalena Dzierwa** dyrektor Wydziału Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz ze współpracownikiem, **Małgorzata Czajkowska-Malinowska** konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc, **Wojciech Naumnik** konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla województwa podlaskiego, **Joanna Pawlak** konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla województwa warmińsko-mazurskiego, **Joanna Niestrój-Ostrowska** dyrektor Szpitala Chorób Płuc im. Świętego Józefa w Pilchowicach, **Paweł Śliwiński** kierownik II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Polskim Towarzystwie Chorób Płuc, **Diana Zygałło** kierownik Oddziału Chorób Płuc w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, **Arkadiusz Ujma** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Robert Suchanke** prezes zarządu Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej wraz ze współpracownikami, **Ewa Waksmundzka** członek zarządu Stowarzyszenia Dignitas Dolentium, **Wojciech Sawicki** twórca projektu Life on Wheelz, **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Stwierdzam kworum.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Wniosek grupy posłów wpłynął do Komisji w dniu 27 marca 2026 r. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmujących obsługę pacjentów korzystających z domowej wentylacji mechanicznej, zaległości NFZ w tym zakresie oraz działań zmierzających do wypracowania nowych taryf dla wentylacji mechanicznej wychodzących naprzeciw rosnącej potrzebie stosowania takiego leczenia.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Proponuję następujący porządek przebiegu posiedzenia: Punkt pierwszy – wystąpienie przedstawicieli posłów, którzy zgłosili wniosek o zwołanie tego posiedzenia w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Punkt drugi – wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Punkt trzeci – dyskusja. Czy jest sprzeciw wobec powyższej propozycji? Nie widzę. Stwierdzam przyjęcie sposobu prowadzenia przebiegu obrad. Proszę o zabranie głosu przedstawiciela posłów, którzy zgłosili wniosek. Posłanka Zawisza, bardzo proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie ministrze, szanowni państwo, do naszych biur poselskich spływa wiadomość od zaniepokojonych pacjentów korzystających z domowej wentylacji mechanicznej oraz ich rodzin. Otrzymaliśmy również stanowisko

Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej. Świadczeniodawcy zrzeszeni w związku wskazują, że NFZ zalega z płatnościami za świadczenia ponadlimitowe za rok 2025, a w planach na rok 2026 po raz kolejny ujęty jest nieodpowiadający realnym potrzebom limit. Oznacza to, że podmioty obsługujące pacjentów i pacjentki wymagające wentylacji mechanicznej w domu nie są w tej chwili w stanie przyjmować nowych osób zakwalifikowanych do takiego leczenia, a pod znakiem zapytania jest finansowanie opieki dla już włączonych do opieki pacjentów.

Taka sytuacja utrzymuje się od lat. Liczba pacjentów i pacjentek obsługiwanych ponad limit wynosi nawet 40% całości. W domu wentylowanych jest w Polsce szacunkowo nawet 15 tys. osób. Wskazuje to na rosnącą, niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, potrzebę, która nie jest również zjawiskiem niemożliwym do przewidzenia. Polska mierzy się obecnie z wejściem powojennego wyżu demograficznego w wieku, w którym pojawiają się rozmaite schorzenia, w tym te wymagające wentylacji, przewlekła obturacyjna choroba płuc czy schorzenia zawodowe związane z pracą w przemyśle.

Sytuacja związana z zaległościami NFZ stała się szczególnie rozpacзлиwa w początkach bieżącego roku, tak informują w tych wiadomościach. Niepewność pacjentów co do dalszego finansowania świadczeń przy rosnących potrzebach i decyzji świadczeniodawców, by nowi pacjenci i pacjentki zamiast do obsługi trafiali do kolejki, budzą wśród osób wentylowanych mechanicznie i ich rodzin uzasadniony niepokój. Trudna sytuacja świadczeniodawców motywowana jest tym, by utrzymać przy życiu osoby dotychczas korzystające z respiratoroterapii. Sprawa jest tym pilniejsza, że osoby oczekujące będą szukać pomocy na oddziałach intensywnej opieki, pulmonologii i w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Może to wywołać zatem dodatkowe obciążenia systemu ochrony zdrowia i dodatkowe niepotrzebne koszty. Opieka szpitalna jest bowiem dużo droższa niż wentylacja mechaniczna w warunkach domowych. W związku z powyższym zwołaliśmy właśnie tę Komisję, ponieważ chcielibyśmy usłyszeć od Ministerstwa Zdrowia i NFZ wyjaśnienia dotyczące tej sytuacji. Gdybym mogła w związku z tym przekazać głos, zakończyć już to moje wprowadzenie i poprosić pana ministra o odpowiedź, byłabym wdzięczna.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Przekazuję głos. Jest z nami pan minister Maciejewski. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Maciejewski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja tylko zrobię wstęp, a potem będę chciał przekazać głos pani profesor Małgorzacie Czajkowskiej-Malinowskiej, krajowemu konsultantowi w sprawach pulmonologii, żeby przedstawiła prezentację i potem ciąg dalszy. Sama domowa wentylacja mechaniczna to jest świadczenie gwarantowane, które jest realizowane w ramach opieki długoterminowej na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z 2013 r. i nie ma ono charakteru bezlimitowego. Odbywa się do wysokości kwoty określonej w umowie. Łączna wartość oczywiście zgodnie z ustawą nie może przekraczać planu finansowego, natomiast nadwykonania mogą być finansowane jedynie fakultatywnie w ramach wolnych środków. To jest stan prawny na dzień dzisiejszy i na razie chciałbym na tym pozostać i poprosić panią profesor, jak już się uda podłączyć prezentację, o zabranie głosu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze nie udało się uruchomić prezentacji, ale za chwilę uruchomimy i przekażemy głos pani prezes. To tyle trwa, ponieważ mamy procedury bezpieczeństwa, żeby nie mógł ktokolwiek przyjść i się podłączyć.

Bardzo proszę, pani profesor, prezentacja już jest podłączona.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Proszę państwa, jako konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc chciałabym zwrócić uwagę na trochę szerszy kontekst niż omawiany jest dzisiaj podczas tego spotkania we wniosku, dla którego Komisja się spotyka. Od ponad 20 lat zajmuję się tym problemem i tą wentylację mechaniczną, właściwie cały jej rozwój od 20 lat śledzę i aktywnie uczestniczę.

Chciałabym państwu pokazać, jak mniej więcej wyglądały pierwsze ośrodki w Polsce, kiedy wentylacja mechaniczna w Polsce się zaczęła, bo było to znacznie później niż w innych krajach europejskich. Pierwszy ośrodek powstał w Centrum Klinicznym na Banacha w Warszawie,

na oddziale neurologii, ponieważ głównie byli to pacjenci nerwowo-mięśniowi. Drugi ośrodek, i to był pierwszy ośrodek pulmonologiczny, powstał w 1999 r. w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii, potem Łódzkie Centrum Hospicjum dla Dzieci i Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. To byli głównie pacjenci leczeni metodą inwazyjną. Pacjenci leczeni metodą nieinwazyjną byli rzadkością. Były to głównie dzieci z chorobami nerwowo-mięśniowymi. Stąd minister zdrowia w 2002 r. ogłosił program polityki zdrowotnej. Był on ogłoszony w celu wypracowania określonych standardów. To był rok 2000 i w tym projekcie zwrócono uwagę, żeby wprowadzić standardy leczenia dzieci, które mają niewydolność oddychania, głównie na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych, i wypracowanie standardu opieki. Wprowadzenie krajowego ośrodka koordynującego takie leczenie, wprowadzenie banku respiratorów dla rodziców do samodzielnej opieki. Wyznaczono ośrodek koordynujący, było to Centrum Zdrowia Dziecka.

Po 2003 r. rozpoczęło się finansowanie domowej wentylacji mechanicznej przez kilka kas chorych. To była kasa kujawsko-pomorska, mazowiecka, wielkopolska i łódzka, właśnie przez te ośrodki, które już ten typ wentylacji rozwinęły. Od 2004 r. nastąpił bardzo dynamiczny wzrost rozwoju ośrodków wentylacji domowej i szybki wzrost liczby pacjentów, ponieważ NFZ rozpoczął finansowanie ze środków publicznych. Na mapie Europy wyglądaliśmy bardzo źle. W 2002 r. wskaźnik był 0,1, ale już w 2006 r. dane wyglądały inaczej, nadal jednak byliśmy w tyle Europy.

Jak państwo zobaczycie ewolucję, którą prowadziliśmy na przestrzeni kilku lat, to widać wyraźnie, że liczba chorych wzrastała z roku na rok, ale byli to głównie pacjenci z chorobami nerwowo-mięśniowymi, bo to jest jak gdyby pierwsza dedykowana terapia dla tych chorych. Natomiast badania nie były jeszcze tak wyraźne dla innych schorzeń jak POChP. Proszę zobaczyć, jak dynamicznie rośnie liczba chorych objętych opieką domowej wentylacji mechanicznej na przestrzeni tych lat, od 2009 do 2026 r. Mamy w tej chwili ponad 12 630 osób, które są w systemie i które są finansowane przez NFZ. Są realnie objęci opieką.

Jeżeli spojrzymy na wskaźniki na 100 tys. mieszkańców, to proszę zobaczyć, osiągnęliśmy wskaźnik europejski praktycznie 33 na 100 tys. mieszkańców. Są regiony, gdzie ten wskaźnik, proszę państwa, przekracza znacznie wskaźnik europejski, takie jak Francja. Mamy ośrodki w naszych regionach, gdzie wskaźnik przekracza 60 na 100 tys. mieszkańców. Są oczywiście ośrodki o niższym wskaźniku, ale w przypadku tych, które mają tak wysokie wskaźniki, zastanawia tak bardzo dynamiczny rozwój.

Proszę zwrócić uwagę, zaznaczyłam na zielono takie kluczowe punkty: 2014, 2016, 2017 i 2022. Dlaczego podkreślam te lata? Dlatego, że w 2014 r. czynniki, które spowodowały wzrost, to przede wszystkim wprowadzenie do koszyka świadczeń szpitalnych leczenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na oddziałach chorób płuc. NFZ rozpoczął finansowanie nieinwazyjnej wentylacji w warunkach szpitalnych. Zgodnie z rozporządzeniem pulmonologów po raz pierwszy mogli zająć się kwalifikacją pacjentów domowej wentylacji. Wcześniej kwalifikowali tylko anestezjolodzy. Finansowanie nieinwazyjnej wentylacji i wentylacji inwazyjnej zostało rozdzielone, a więc wentylacja inwazyjna, również dla dzieci z chorobami nerwowo-mięśniowymi i w ogóle dla pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi, została w tej samej kwocie co wentylacja inwazyjna. Natomiast wentylacja nieinwazyjna została wyceniona niżej. Co to spowodowało? Nie załamało to, proszę państwa, kwalifikacji chorych, a wręcz odwrotnie. W tej samej kwocie zakwalifikowanych zostało znacznie więcej chorych, co pokazuje, że ten ruch był bardzo dobrym ruchem ekonomicznym. Dało dostęp do leczenia, jednocześnie zmniejszając koszty i dając możliwość zwiększenia liczby chorych. Następnie zapewnione zostały systematyczne szkolenia prowadzone przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc w zakresie nieinwazyjnej wentylacji i domowej wentylacji. Opublikowano przełomowe badania, które oceniały skuteczność domowej wentylacji także u pacjentów z POChP.

Cofnę się do tych kolejnych wskaźników. Proszę zobaczyć, że mamy kolejne wskaźniki, które rosną. Baliśmy się, że będzie zatrzymanie, tak jak było poprzednio, kiedy obniżona została taryfa świadczeń. Wtedy też było spotkanie Komisji Zdrowia, w której państwo w większości uczestniczyliście. Było wówczas mówione, że pacjenci nie będą mieli dostępu, zahamujemy rozwój wentylacji. To nie nastąpiło, wręcz odwrotnie – nastąpił kolejny dynamiczny wzrost świadczeń. A teraz mamy ten wskaźnik bardzo, bardzo wysoki.

To dobrze, że wentylacja się rozwija, ale jak zobaczycie państwo kraje europejskie, to w niektórych województwach, proszę zobaczyć, w Norwegii wskaźnik jest 47 na 100 tys. mieszkańców, a w Polsce w niektórych województwach mamy 60. Zastanawia więc, czy rzeczywiście we wszystkich województwach ta kwalifikacja jest taka, jak powinna być.

Proszę zobaczyć, wzrost liczby chorych objętych wentylacją w Polsce, jeżeli chodzi o wiek. Pokazujemy wyraźnie zmianę trendu, że w tej chwili pacjenci z chorobami nerwowo-mięśniowymi, ci, którzy są znacznie młodsi, oni generalnie zostają tą stabilną grupą. I wiadomo, tu nie ma żadnych wątpliwości, że to jest grupa najbardziej kwalifikująca się do tego leczenia, także dorośli z chorobami nerwowo-mięśniowymi. Natomiast bardzo dynamicznie rośnie liczba pacjentów starszych. To są głównie pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Na przestrzeni tego czasu zmienił się także tryb wentylacji. Poprzednio pacjenci głównie byli wentylowani metodą inwazyjną, natomiast teraz zmiana jest diametralna. Praktycznie w tej chwili, bo to są dane jeszcze z 2019 r., ale mamy już takie dane, że 90% chorych wentylowanych w Polsce to są pacjenci wentylowani w sposób nieinwazyjny. Proszę zobaczyć, zależnie od schorzenia... Zaczynają się pojawiać pacjenci z chorobami nerwowo-mięśniowymi. Praktycznie połowa chorych wentylowanych w sposób nieinwazyjny z powodu chorób obturacyjnych, przeważająca większość jest też z deformacją klatki piersiowej, również z kyfoskoliozą i z zespołem hipowentylacji otyłych.

Proszę zobaczyć, jak wygląda mapa ośrodków pulmonologicznych, które utworzyły sale nieinwazyjnej wentylacji w ramach programu ministerialnego „POL-VENT”. W latach 2016–2018 utworzono 36 takich sal, ale poza tym, że stworzono warunki finansowania, powstały również ośrodki, które zajmują się zarówno w trybie ostrym, jak również kwalifikują do wentylacji domowej. Takie sale zostały utworzone i wyposażone w całej Polsce i już nie tylko w tych miejscach, o których mówiłam, ale tych sal jest więcej, niż pokazywałam w pierwotnym zakończeniu programu. To są miejsca kwalifikacji, w których odbywają się świadczenia.

Czerwone punkty, te różowe, to są ośrodki wyspecjalistyczne, które kwalifikują rocznie co najmniej 60 chorych, które mają ośrodek domowego leczenia tlenem, które mają oddział chorób płuc, które mają poradnię pulmonologiczną i współpracują z poradnią neurologiczną, czyli kompleksowo obejmują świadczenie. Oddział specjalistyczny na pomarańczowo to jest taki oddział, który kwalifikuje mniejszą liczbę chorych, w granicach 30 rocznie, ale również ma całe zaplecze diagnostyczne. Oddział specjalistyczny kwalifikujący poniżej 20 chorych to te kwadraciki. Natomiast podstawowy oddział pulmonologiczny, który kwalifikuje poniżej 10 chorych, to są oddziały, które mają pełne zaplecze diagnostyczne. Natomiast czarne punkty to są kropki obejmujące małe oddziały, głównie oddziały, które kwalifikują pacjentów poniżej 10 chorych rocznie. To są oddziały, które są głównie internistyczne, na internie, ale również oddziały intensywnej terapii.

Proszę zobaczyć, jak wyglądały typy oddziałów i kwalifikacji poniżej 10 pacjentów, jakie oddziały kwalifikowały... Były to głównie oddziały intensywnej terapii, oddziały neurologii, internistyczne i pulmonologiczne, a tam, gdzie są oddziały wielospecjalistyczne, prowadzone jest to głównie w tych ośrodkach.

Co chciałabym państwu powiedzieć? Myślałam, że sytuacja na przestrzeni lat, kiedy opracowywaliśmy dane do 2019 r., się zmieni. Chciałabym państwu pokazać dla refleksji miejsce kwalifikacji pacjentów w tych kolejnych latach. Proszę zobaczyć, oddział pulmonologiczny – wiadomo, naturalnie liczba chorych rośnie na tych miejscach. Oddział intensywnej terapii zachowuje, powiedzmy, cały czas podobny kierunek. Oddział chorób wewnętrznych bardzo rośnie. Na oddziale chorób wewnętrznych kwalifikowanych jest, proszę państwa, ponad 30% chorych.

Chcę przypomnieć, że uprawnienia do kwalifikacji pacjentów mają lekarze specjaliści anestezjologii intensywnej terapii, jak również lekarze specjaliści chorób płuc. Zapis jest taki, że to jest lekarz, który jest zatrudniony w szpitalu, a więc lekarz może przechodzić z oddziału na oddział, ażeby zakwalifikować pacjenta. Proszę zobaczyć, że pacjenci są kwalifikowani w naturalny sposób na oddziałach neurologii, ale też na kardiologii, na szpitalnym oddziale ratunkowym, na oddziale chirurgii ogólnej, a także pozostałych oddziałach, jak na przykład ortopedia, urologia. Tych oddziałów mogłabym wymienić więcej, ale to wcale nie jest mało, bo w 2025 r. zakwalifikowano 287 chorych na różnych oddziałach, na 49 różnych oddziałach, na których była kwalifikacja. Zastanawia mnie również kwalifikacja na oddziale ratunkowym. To nie jest miejsce kwalifikacji, proszę państwa. To jest kwalifikacja bardzo rzetelna do takiego postępowania.

Proszę zobaczyć, jak wygląda udział i rodzaj opieki w Polsce. Lekarz w grupie pierwszej, czyli pacjent wentylowany powyżej 18 godzin i pacjent inwazyjny, jest również z chorobami nerwowo-mięśniowymi, odwiedzany jest przez lekarza raz w tygodniu, przez pielęgniarkę dwa razy w tygodniu i fizjoterapeutę dwa razy w tygodniu. W grupie drugiej, a więc między 8 a 16 godzin,

lekarz odwiedza pacjenta dwa razy w miesiącu, czyli raz na 2 tygodnie, pielęgniarka raz w tygodniu, fizjoterapeuta również dwa razy w tygodniu. Grupa trzecia, czyli pacjent, który tak naprawdę wentylowany jest tylko w nocy. Chcę powiedzieć, że wśród tych pacjentów są pacjenci, którzy również podejmują pracę, i bardzo dobrze, że tak się dzieje, odwiedzani są przez lekarza specjalistę raz na kwartał, i przez pielęgniarkę.

Chcę tu zwrócić uwagę na ten czas, czy te grupy są złe. Podobnie mają ustawione grupy we Francji, podobny jest podział grup. Natomiast chcę państwu pokazać ostatnie zalecenia opublikowane w 2025 r. przez Niemcy. Tutaj wyraźnie jest podane: w przypadku przewlekłej wentylacji u pacjentów z POChP parametry wentylacji należy po raz pierwszy sprawdzić od 4 do 6 tygodni, potem po 3 miesiącach, a potem, jeżeli pacjent jest stabilny klinicznie i nie ma potrzeby dostosowania długotrwałej wentylacji, terapia powinna być kontraktowana co 6 do 12 miesięcy.

Co jeszcze jest ważne, co podkreślają zalecenia niemieckie? Jeszcze są francuskie, brytyjskie, portugalskie, hiszpańskie. Należy pamiętać, że pacjenci w stanie stabilnym, nieosiągający celów terapeutycznych lub mający problem z leczeniem, których nie można rozwiązać ambulatoryjnie, powinni być hospitalizowani w celu prowadzenia dalszej diagnostyki. Natomiast terapia ambulatoryjna powinna być powiązana ze specjalistycznym ośrodkiem pulmonologicznym, aby umożliwić szybką hospitalizację w ośrodku specjalistycznym.

Chcę jeszcze powiedzieć, co dalej jest doprecyzowane w zaleceniach niemieckich, ponieważ widzi się wyraźnie, że tendencja wzrostowa jest we wszystkich krajach, pacjenci z POChP stanowią najliczniejszą grupę w tej kohorcie, zatem są takie rozważania, że ze względu na perspektywę i właściwie, proszę państwa, potrzeba tu refleksji, w którym kierunku ma dążyć wentylacja, skoro rocznie mamy kwalifikację – w tej chwili, w 2025 r., zakwalifikowano 2757 chorych. Poprzednio były to kwalifikacje 600–700 chorych. Czy ten system utrzyma taki rodzaj opieki?

Proszę zobaczyć, że ten problem podnoszony jest również w innych europejskich standardach, zarówno perspektywa kliniczna, jak i finansowa, bo to jest olbrzymie obciążenie, nie zawsze uzasadnione merytorycznie. Proszę zobaczyć, jak idą dalej zalecenia brytyjskie, że kryterium kluczowym do rozpoczęcia jest objawowa przewlekła niewydolność oddychania, a więc pacjent, który ma objawy, u którego utrzymują się objawy hiperkapnii, są określone kryteria. Czy są kryteria, czy nie ma tych kryteriów, proszę zwrócić uwagę, że kwalifikować ma lekarz specjalista, który w ramach programu specjalizacji nabiera umiejętności kwalifikacji, a więc musi posiadać wiedzę zgodną z najnowszą wiedzą medyczną i zgodnie z programem specjalizacji. Nie może więc być tak, żebyśmy powiedzieli, że nie ma określonych kryteriów. One są i lekarza to obowiązuje.

Proszę zwrócić uwagę, że zaleca się również utrzymanie abstynencji nikotynowej przed rozpoczęciem wentylacji nieinwazyjnej. Tutaj nie mieliśmy żadnego przypadku, żeby podejść w ten sposób, ale takie zalecenia są w niemieckim ośrodku.

Proszę państwa, chciałabym przedstawić taką moją myśl, że to bardzo dobrze, że rozwija się ta wentylacja. To jest bardzo dobry kierunek. To na pewno to jest tańszy rodzaj opieki niż opieka szpitalna, i do niego dążymy. Ale przede wszystkim trzeba podjąć decyzję, czy kwalifikacja odbywa się we właściwym miejscu, czy jest właściwie prowadzona, bo dostaję głosy, bardzo niepokojące – i myślę, że chyba powiem w tym gronie – że lekarz kwalifikujący otrzymuje wynagrodzenie za kwalifikację i zdarzają się sytuacje, że pacjenci z obturacyjnym bezdechem sennym zostają kwalifikowani do wentylacji domowej. Musimy więc zobaczyć, czy na pewno ta kwalifikacja przebiega właściwie.

Jestem całym sercem za tym, żeby wentylacja nieinwazyjna rozwijała się w Polsce, bo to jest bardzo dobry kierunek i dobry czas, ale trzeba spojrzeć na to z punktu widzenia publicznego. Jest bardzo ważne, czy utrzymamy taki rodzaj opieki, bo wszystkie kraje zastanawiają się, żeby ta opieka była zupełnie inna. Pacjent przyjeżdża do ośrodka, lekarz specjalista do niego nie jeździ. Pacjent przyjeżdża do ośrodka ambulatoryjnego, jest kontrolowany, ma wykonane wszystkie badania. Natomiast pacjent, który rzeczywiście nie może przyjechać, ma wizytę w domu. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Panie ministrze, tak?

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

To ja bym chciał teraz pociągnąć dalej odnośnie do zmiany modelu wentylacji mechanicznej. Poproszę panią dyrektor Janiszewską-Kajkę z Ministerstwa Zdrowia o wsparcie, zapewne też panią dyrektor Dzierwę z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry. Dziękuję bardzo. W nawiązaniu do wypowiedzi pani profesor chciałabym państwu przedstawić prace, które na polecenie pana ministra obecnie dzieją się w Ministerstwie Zdrowia. Proszę państwa, model opieki nad pacjentem wentylowanym jest procedowany w ministerstwie już od dłuższego czasu. Powiem to samo, co mówiłam na Komisji w sprawie rozporządzenia dotyczącego rehabilitacji. Na szczęście udało nam się wypracować model, który, można powiedzieć, jest za obopólną zgodą stron, świadczeniodawców, przedstawicieli świadczeniodawców, z którymi toczymy rozmowy już od kilkunastu miesięcy, żeby nie powiedzieć lat, na temat tego, jak powinien wyglądać model opieki nad pacjentem wentylowanym i z przedstawicielem konsultanta krajowego, konsultantów wojewódzkich i na podstawie modelu, który przedstawiła nam agencja w swoim raporcie dotyczącym opieki nad pacjentami wentylowanymi.

Proszę państwa, postanowiliśmy się rozprawić z tymi zagadnieniami, które wywołują, można powiedzieć, od dłuższego czasu spore kłopoty i na pewno stoją na przeszkodzie dostępności do świadczeń. O tym wspominała pani profesor. To jest przede wszystkim ustalenie właściwych kryteriów kwalifikacji do świadczenia, czyli włączenia i wyłączenia pacjentów ze świadczenia. Takie kryteria ustandaryzują nam realizację świadczeń i na pewno pozwolą na zapewnienie równego dostępu. Chciałabym mocno podkreślić, że jest to model, który po wielogodzinnych spotkaniach z przedstawicielami stron, świadczeniodawców, związków, agencji, NFZ, czyli wszystkich najważniejszych partnerów systemu ochrony zdrowia, jest na etapie konsultacji wewnętrznych. Czyli skierowaliśmy projekt do naszych konsultacji wewnętrznych, za kilka dni kończy się ten proces i następnie pan minister skieruje ten projekt do konsultacji publicznych.

Dodatkowo, wychodząc również naprzeciw oczekiwaniom środowiska, ale też pacjentów, w celu zwiększenia dostępności do świadczeń, będziemy regulować kwestię dotyczącą zmiany częstotliwości wizyt domowych dla poszczególnych grup pacjentów, co powinno przełożyć się na troszkę niższy koszt świadczenia, a co za tym idzie, na zakwalifikowanie większej liczby pacjentów i generalnie na zwiększenie opieki nad pacjentami i zwiększenie wartości umów.

Następnie uregulujemy kwestię sposobu monitorowania jakości i skuteczności leczenia. Postanowiliśmy uregulować kwestie dotyczące czynności lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeutów. Wychodząc naprzeciw postulatom, znieśliśmy również koincydencję domowej wentylacji mechanicznej z pielęgniarską opieką długoterminową domową i z poradnią medycyny paliatywnej, co pozwoli nam na rozróżnienie, na uregulowanie tych odrębnych koszyków, które jako odrębne rozporządzenia są w Ministerstwie Zdrowia.

Tak jak wspomniałam, projekt ten, model, został w 2023 r. przedstawiony ministrowi zdrowia, został wypracowany przez świadczeniodawców we współpracy z Agencją i następnie poddany szeregom konsultacji. Proszę państwa, niektóre z zagadnień, które regulujemy w rozporządzeniach, a zwłaszcza te, które dotyczą kwalifikacji pacjentów, ale też uprawnień poszczególnych zawodów medycznych, mogą budzić i budzą liczne kontrowersje. Oczywiście na bazie naszych doświadczeń w rehabilitacji domowej, tak jak już wspominałam, chcemy, żeby rozmowy były prowadzone, zanim projekt zostanie skierowany do konsultacji publicznych. Po to są te liczne spotkania, które organizujemy. Część z państwa będących tu na sali, doskonale znamy, świadczeniodawców, przedstawicieli związków. Uczestniczyliście państwo z nami w spotkaniach i mamy nadzieję, że ten projekt, który jest pierwszym etapem... Bo nie jest tak, że kończymy pracę nad tym projektem. Ten pierwszy etap prac dotyczący zagadnień, które mogą wywołać najmniej wzburzenia w środowisku, ale jednocześnie mają na celu to, o co nam chodzi, czyli zapewnienie większej dostępności do świadczeń dla pacjentów i kwalifikacji większej liczby pacjentów. Jednocześnie pozwolą na wyłączenie pacjentów, którzy nie potrzebują tej opieki, co jest istotne i czego nie zawiera projekt, który obecnie obowiązuje – mamy nadzieję, że ten projekt w najbliższym czasie, czyli w przeciągu najbliższych 3 miesięcy, wejdzie w życie i będzie stanowił pierwszy etap zmiany organizacji opieki nad pacjentem.

Kolejny etap to są kolejne zmiany, ale nie będę o nich opowiadać, dlatego że to też będzie przedmiotem naszych rozmów w gronie interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Jeszcze chciałbym oddać głos panu prezesowi, czy też pani dyrektor jeszcze chciałaby uzupełnić, a potem pan prezes Szulc à propos płatności.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Oczywiście, bardzo proszę.

Dyrektor Wydziału Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Magdalena Dzierwa:

Szanowni państwo, w nawiązaniu do tego, co powiedziała pani dyrektor Janiszewska, to chciałabym tylko przekazać przedstawicielom środowiska taką informację, że oczywiście po ustaleniu, już po uprawomocnieniu się, że tak powiem, rozporządzenia tego nowego projektu i w myśl nowych zapisów, które będą dotyczyły organizacji świadczeń, my oczywiście po uzyskaniu od Ministerstwa Zdrowia zlecenia w zakresie procesu taryfikacji przystąpimy do prac.

Chciałabym podkreślić, że ponieważ we wcześniejszym etapie te świadczenia były taryfikowane, więc w myśl aktualnie obowiązujących przepisów muszą też przejść proces taryfikacji. Żebyście państwo wiedzieli, że nie ma możliwości zmiany ich za pomocą wyceny, tak jak nie możemy na przykład za pomocą rozporządzenia zmieniać ustawy. Żebyście państwo wiedzieli, że to jest ta ranga. To wymusza na nas pewien dłuższy proces, ponieważ ten proces jest zawarty w ustawie, wszystkie jego elementy są opisane.

Ale to, co dla państwa jest bardzo istotne, to oczywiście, jeżeli takie zlecenie do planu taryfikacji otrzymamy, po pierwsze, zwrócimy się do państwa w sensie pozyskania nowych, aktualnych danych dotyczących kosztu realizacji świadczeń. Po drugie, tak jak i przy każdym innym procesie taryfikacji, będziemy wspólnie tworzyć zespół ekspertów środowiska. Państwo wskażecie swoich przedstawicieli, oczywiście będzie też pani konsultant krajowa. Oprócz tych danych, które od państwa pozyskamy, to będziemy jeszcze pracować na zasadach konsultacji eksperckich, jeżeli chodzi o przebieg świadczenia. Zatem na pewno taką informację państwo od nas uzyskacie.

Efektom prac będzie raport taryfikacyjny, który będzie opublikowany i do którego państwo też będziecie mogli wносить uwagi, ponieważ będzie udostępniony do konsultacji publicznych. Tyle chyba z mojej strony na ten moment. Chyba że będziecie państwo mieli pytania, to oczywiście jestem do dyspozycji.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Jak rozumiem, teraz pan prezes Szulc.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Za pozwoleniem pani przewodniczącej, bardzo serdecznie dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowne panie posłanki, szanowni panowie posłowie, odnosząc się do finansowania wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, nie sposób jest nie odnieść się do tego, co było przedmiotem dużej części wystąpienia pani profesor, i wydaje mi się, że również w nawiązaniu do tego, o czym mówiła pani przewodnicząca Marcelina Zawisza, referując wniosek o dzisiejsze spotkanie, dzisiejsze posiedzenie Komisji, bo to, co widzimy w tym momencie w systemie domowej wentylacji mechanicznej, czy to inwazyjnej, czy nieinwazyjnej, to widzimy bardzo szybko rosnącą, bardzo dużą dynamikę włączania pacjentów do leczenia, włączania pacjentów do wentylacji mechanicznej i kwalifikacji, przy jednoczesnym braku tak naprawdę reguł i zasad dotyczących wyłączenia.

Oczywiście zdaję sobie sprawę z tego, że duża część pacjentów, którzy są wentylowani mechanicznie, to jest świadczenie, które jest dla nich potrzebne i niezbędne. Natomiast zwróciłbym uwagę Wysokiej Komisji na zasadnicze fakty: po pierwsze, miejsce kwalifikacji do świadczeń, po drugie, rozpoznanie pacjentów, którzy są kierowani do wentylacji mechanicznej. Nawet jeżeli w przypadku zaostrzenia pacjent w danym momencie wymaga skierowania do domowej respiratoroterapii, to przy jakimkolwiek braku kryteriów wyłączenia tego pacjenta dochodzimy do sytuacji, w której faktycznie nasz system za chwilę stanie się niewydolny. To znaczy, jeżeli,

tak jak pani profesor powiedziała, 10 lat temu kwalifikowaliśmy od 500 do 700 pacjentów rocznie do wentylacji mechanicznej, w tym momencie kwalifikujemy ponad 3 tys. pacjentów rocznie, to przy braku reguł wyłączających ten system faktycznie z punktu widzenia finansowego będzie niewydolny.

Jeżeli spojrzeć na dane finansowe NFZ, a więc sposób finansowania terapii wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, to tak: na przestrzeni ostatnich 4 lat odnotowaliśmy wzrosty wycen od 50 do 70% plus minus, w zależności od tego, o jakim świadczeniu mówimy: czy mówimy o wentylacji inwazyjnej, czy o wentylacji do 8 godzin, czy o wentylacji 8–16 godzin, czy powyżej 16 godzin. W tym samym czasie, to znaczy, w czasie odrobinę dłuższym, bo na przestrzeni ostatnich 5 lat liczba pacjentów, którzy są leczeni w ramach wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, wzrosła ponad dwukrotnie. A więc z 6181 osób w roku 2018 do 12 419 osób w roku 2025. Co, tak jak pani profesor wskazała, przełożyło się na istotną zmianę odsetka pacjentów leczonych na 100 tys. mieszkańców, który na przestrzeni tak naprawdę ostatnich 5 lat znowu wzrósł z niewiele ponad 19 pacjentów na 100 tys. mieszkańców do 33 pacjentów na 100 tys. mieszkańców.

Zatem mamy już w zasadzie wskaźniki, tak jak pani profesor wskazywała, które są wskaźnikami odpowiadającymi tym, które mamy w rozwiniętych krajach europejskich, to znaczy, w krajach starej Europy. Natomiast mamy zupełnie inną dynamikę przyrostu kwalifikacji do wentylacji mechanicznej. Zakładam więc i za bardzo dobrą monetę odbieram słowa pani dyrektor Kajki, że prace, które dzisiaj trwają, będą bardzo mocno poza samą konstrukcją świadczenia, która również wymaga zmian, ale będą bardzo mocno dotyczyły, po pierwsze, zasad kwalifikacji pacjentów do włączania do wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, ale również, co za tym idzie, zasad wyłączania pacjentów z wentylacji mechanicznej po okresie, który jest przewidziany również w piśmiennictwie naukowym na tę okoliczność.

Co do kwot to wartość zrealizowanych i rozliczonych świadczeń przez NFZ, jak można się oczywiście spodziewać na przestrzeni tych lat, również dość istotnie wzrasta. Wzrasta szybciej, bo mamy dwie dynamiki. Mamy z jednej strony dynamikę włączania pacjentów do leczenia, a z drugiej strony – dynamikę samych cen, samej wartości punktów w ramach świadczeń. A więc finansowanie czy też wartość zrealizowanych świadczeń na przestrzeni ostatnich 5 lat wzrosła z 296 643 153 zł w 2020 r. do kwoty 587 494 005 zł w 2025 r. Przy czym oczywiście to nie jest wartość umów podpisanych z NFZ, dlatego że umowy, które były podpisane w 2025 r., opiewały na kwotę 418 mln zł, a więc mamy około 160 mln zł zrealizowanych nadwykonań. Tych nadwykonań było więcej, natomiast w trzech województwach – w województwie pomorskim, w województwie warmińsko-mazurskim i w województwie zachodniopomorskim – one zostały zrealizowane i rozliczone już w ramach środków, którymi dysponowały oddziały. W pozostałych województwach, tak jak powiedziałem, suma nadwykonań za rok 2025 wynosi blisko 160 300 tys. zł.

Natomiast to, co chciałem wskazać, to oczywiście NFZ będzie realizował te płatności w miarę możliwości swoich oddziałów wojewódzkich. Natomiast, tak jak zaznaczyłem na wstępie, mamy do czynienia z bardzo istotnym wzrostem osób, które są kwalifikowane i włączane do leczenia, co przy braku kryteriów wyłączających i braku tak naprawdę włączania w 2024 r., według danych, którymi dysponuje NFZ, w ciągu całego roku z leczenia, z wentylacji mechanicznej w warunkach domowych zostało wyłączonych 61 pacjentów z grupy ponad 10 tys. osób, a w zasadzie 11 tys. osób, które były w tym czasie poddane leczeniu, i ponad 2 tys. osób, które zostały zakwalifikowane do świadczenia.

W związku z tym ja ze swojej strony mogę zadeklarować, że NFZ dokonuje i będzie dokonywał jak największego wysiłku zmierzającego do tego, żeby płatności za świadczenia realizować w terminie. Natomiast zwracam uwagę Wysokiej Komisji, że mamy tu do czynienia z sytuacją, w której faktycznie, jeżeli tak by traktować kwalifikacje – mówię to z dużym zastrzeżeniem – to znaczy, że jeżeli postawilibyśmy znak równości pomiędzy epidemiologią a kwalifikacją, to faktycznie przy tej dynamice rozwoju, jaką mamy, i przyroście, który się pojawia z roku na rok i który ma charakter w zasadzie już nie liniowy, tylko logarytmiczny, zwłaszcza w niektórych województwach, na pewno presja finansowa... jeżeli nie zmienimy reguł dotyczących sposobu kwalifikacji i sposobu wyłączania pacjentów, to będzie pewnie w długim horyzoncie nie do uniesienia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Jak rozumiem, jeszcze jedno zdanie pani profesor i potem przejdziemy do dyskusji.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Chciałabym jeszcze jedną rzecz wyjaśnić, żeby nie było nieporozumienia, ponieważ mówimy o wyłączeniu ze świadczenia. Żeby nie było takiego zrozumienia, że chcemy komuś zabrać respirator, że mu się nie należy. Chcę państwu powiedzieć, że nie ma żadnych wątpliwości, że wszystkie badania naukowe pokazują, że pacjenci z chorobą nerwowo-mięśniową, z chorobami szybko i wolno postępującymi, to jest leczenie z wyboru. I nie ma żadnych wątpliwości, że nikt nie będzie o tym myślał. To samo kyfoskolioza, deformacja klatki piersiowej – jest to naturalny przebieg.

Natomiast wytyczne wszystkich krajów mówią, że kwalifikacja dla pacjenta z POChP z niewydolnością oddychania powinna odbywać się w stabilnym okresie choroby, a po zaostrzeniu choroby – w okresie od 2 do 4 tygodni. W Polsce kwalifikujemy tak naprawdę wszystkich pacjentów, w większości ponad 70% po zaostrzeniu choroby, i pomimo że zalecaliśmy, że kwalifikacja powinna być weryfikowana po 3 miesiącach, tak jak pan prezes powiedział, zaledwie niecałe 2% zostało zweryfikowanych. Na 2 tys. nowych chorych włączonych, tylko 60 kilku chorych było zweryfikowanych. Czyli pacjenci dalej mają prowadzoną wentylację. To jest to, co powinno być, bo tak naprawdę pacjenci poprawiają się. Czas wyjścia pacjenta z zaostrzenia trwa dłużej. Pacjent jest kwalifikowany do domu, a potem ta weryfikacja powinna być prowadzona.

To samo dotyczy zespołu hipowentylacji otyłych. Wszystkie zalecenia mówią, że pacjent powinien mieć leczenie aparatem stałym, aparatem CPAP, a jeżeli leczenie jest nieskuteczne, są określone kryteria, to taki pacjent jest kwalifikowany. Więc żeby nie było takiego błędnego przekazu, że ktoś chce na siłę wyłączać. Myślę, że bardziej w kierunku właściwej kwalifikacji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Otwieram dyskusję. Proszę o zgłaszanie się do zadawania pytań. Bardzo proszę, poseł Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Ja mam pytanie i do pani profesor, i mniejsze pytanie mam do NFZ, bo on realizuje wytyczne, które w rozporządzeniu zakłada ministerstwo, czyli sposób kwalifikowania, sposób prowadzenia i również, jak jest wyceniana dana procedura. Narodowy Fundusz Zdrowia zobligowany jest jedynie do wypłacenia za wykonane świadczenie. Z tym nie jest najlepiej, wiemy. Natomiast chciałbym zapytać o kontrowersje, które wynikały z budowania modelu. Jak ten model w Polsce ma wyglądać? Wygląda na to, że mamy epidemię tej choroby czy różnych niedogodności, które skłaniają nas do stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. O ile chodzi o sprawy związane z metodą inwazyjną, to tutaj nie mam nic do dyskusji, bo sprawa jest jasna i nikt nikomu nie będzie podłączał respiratora inwazyjnie, jeżeli nie ma takich wskazań. Myślę, że NFZ, Ministerstwo Zdrowia nie mają pola manewru.

Druga sprawa to są oczywiście pewne choroby nerwowo-mięśniowe. Też specjalnie nie ma tutaj dyskusji, bo są to choroby przewlekłe, o stwierdzonej dynamice. Ta dynamika opiera się na pewnych regresach, remisjach, ale one są albo krótkie, albo nieistotne z punktu widzenia klinicznego. Nawet bym się nie decydował na jakąś rewizję spraw związanych z nieinwazyjną mechaniczną wentylacją tych, którzy wymagają jej powyżej 16 godzin, ponieważ tutaj nie ma o czym gadać. Rozumiem również ze stwierdzeń pani profesor, że te osoby są wykluczone z perspektywy wyłączania z kwalifikacji do stosowania mechanicznej wentylacji.

Natomiast mamy dwie grupy. Jedna grupa to jest nieinwazyjna od 8 do 16 godzin. Też pewnie wątpliwa. Natomiast jest pewna grupa nieinwazyjna powyżej 8 godzin na dobę. Nie usłyszałem, jak liczne są te grupy. To znaczy, ile osób jest w danej grupie zakwalifikowanych do leczenia wentylacją mechaniczną? Jak wielkie są te grupy? Rozumiem, że najbardziej rośnie grupa z POChP, bo to się stało modne. Pewnie każdy od czasu do czasu chce sobie wąsami czy maseczką zażyć tlenu, bo się łatwiej oddycha. Rozumiem również, że kwalifikacja najczęściej odbywa się w przypadku zaostrzenia. Jakaś grypa się jeszcze dołoży, jakiś stan zapalny, no i wtedy oczywiście przy tych osobach, które mają POChP, bo to jest sprawa, której i tak się nie pozbędą do końca życia, sytuacja się zaostrza i rzeczywiście tlen czy terapia związana z nieinwazyjną wentylacją jest potrzebna.

Natomiast rozumiem, że nie mamy sposobu weryfikacji, co się stanie za 2 tygodnie, 4 tygodnie czy miesiąc, czy nawet 2 miesiące po zakwalifikowaniu. To znaczy, rozumiem, że jak raz się ktoś zapisze, to jest do końca życia. To jest tak, jak swego czasu było ze sztuczną nerką. Pamiętam te czasy. Jak się ktoś zapisał do procedur na sztucznej nerce, to zostawał do końca życia.

I, co dziwne, oddziały, które zajmowały się sztucznymi nerkami, nie były skłonne nikogo wypisywać do żadnych przeszczepów, ponieważ głównym sposobem leczenia była dializoterapia, a wiązało się to niestety z ludzką skłonnością i ludzką chciwością, czyli chęcią zarobku.

Podejrzewam, aczkolwiek to może źle brzmieć, że w tej ostatniej grupie też takie motywacje mogą być, że potem utwierdza się i pacjenta, i ośrodki, które stosują tego typu wentylację, że lepiej jednak zbierać kasę, niewielką, bo to jest 70 zł, ale zawsze coś, niż nie mieć nic. Czy tu, w przypadku właśnie tego zaburzenia epidemiologicznego, bo rozumiem, że to rośnie w funkcji wykładowiczej, co roku mamy zdwojenie systemu, czy tu coś nie należy zrobić?

Drugie pytanie: Jakie były kontrowersje dotyczące wyznaczenia modelu kwalifikacji? To znaczy, wiem, że były tu kontrowersje, jakieś grupy, może neurologów, może pulmonologów, może kogoś innego, nie chciały się zdecydować na przyjęcie pewnego konsensusu dotyczącego kwalifikacji i parametrów, które wykluczają, czyli odłączają, czyli dyskwalifikują stosowanie wentylacji mechanicznej.

Wielkość grup – dlaczego jest tak mało wyłączeń, co generalnie nie działa i jakie są grupy nacisku? Bo są to grupy nacisku, które twierdzą, że ten model, który jest pewnie uznany również w innych krajach europejskich, w Polsce powinien być łagodniejszy. Jeżeli tak, to dlaczego?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Posłanka Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Ja, myślę, że w podobnym duchu. Generalnie chciałabym się dowiedzieć, jak wygląda kwestia dotycząca tego, o czym alarmuje strona społeczna. To znaczy, kwestia ograniczenia przyjęć nowych dorosłych pacjentów zakwalifikowanych przez szpitale do świadczenia wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w kontekście grup, o których państwo wspominali. Rozumiem wszystkie te kwestie dotyczące braku procedury wyłączenia. To jest bardzo ważne. Kwestia też odpłatności, która była wspomniana. To są rzeczy, które jak najbardziej należy uregulować. Absolutnie nie ma tu żadnych wątpliwości co do tego, że to są rzeczy, które są słuszne w tym kontekście, że nie powinna to być kwestia interesu. To powinna być kwestia tylko i wyłącznie interesu pacjenta, jego zdrowia i bezpieczeństwa.

No i to jest pytanie, które mam, ponieważ to jest w tej pierwszej i drugiej grupie, czyli pacjentów, którzy muszą być wentylowani cały czas, oraz tych, którzy są tam do 16 godzin: Czy generalnie sytuacja jest taka, że w przypadku tych pacjentów również mamy problem z płaceniem przez NFZ za tych pacjentów, których sytuacja zdrowotna jest taka, że to nie jest kwestia zaostrzenia choroby, tylko po prostu ciągłej potrzeby, czy to dotyczy tylko i wyłącznie tych pacjentów z POChP, którzy są w trakcie zaostrzenia?

Generalnie rozumiem, że oczywiście możemy postrzegać to jako kwestię pewnej epidemii, patrząc na statystykę. Ale my też, tak jak już mówiłam, jesteśmy starzejącym się społeczeństwem. Mamy jeszcze tę grupę, która, kiedy była młodsza, pracowała w warunkach skrajnie niedobrych. Warunki dotyczące regulacji pracy w przemyśle z roku na rok się poprawiały. Teraz to jest oczywiste, że należy pracować w maszynach, że kwestia czasu pracy jest regulowana inaczej. Ale mamy jeszcze to pokolenie, które pracowało w innych warunkach, które teraz wchodzi w wiek, kiedy wentylacja może mu być potrzebna właśnie ze względu na to obciążenie, które miało. Zatem pytanie, czy to też nie jest kwestia tego, że ten współczynnik... Ja sama mam ojca, który jest górnikiem, i wiem, co mu to zrobiło w kontekście tego, jak dobrze albo gorzej mu się oddycha. Pył górniczy to jest naprawdę coś, co również jest potwornie obciążające.

Oczywiście pokolenia, które teraz wchodzi do pracy w przemyśle, mają naprawdę zupełnie inne warunki. Pytanie więc, czy to nie jest górką, która po prostu wynika z pewnych warunków, które mieliśmy lata temu, a teraz są szczęśliwie już tylko wspomnieniem. Ta górką wynika właśnie z tego. A ona się z czasem ustabilizuje właśnie ze względu na pewne elementy, które zostały wprowadzone, dotyczące warunków pracy, jeśli chodzi właśnie o przemysł i o to, w jakich warunkach teraz pracujemy. To jest naprawdę niebo a ziemia.

No i też jest pytanie o to, o której grupie tak naprawdę mówimy, kiedy mówimy o problemach dotyczących finansowania i kwalifikacji. Bo nie wyobrażam sobie sytuacji, w której NFZ zalega z płatnościami dotyczącymi wentylacji domowej w sytuacji, w której mamy do czynienia z osobami, które tego świadczenia po prostu potrzebują.

Tak jak mówię, nie jestem osobą, która jakoś mocno zgłębiła ten temat, więc bardzo dziękuję szczególnie za tę wyczerpującą informację, jak to się zmieniało w czasie, bo wydaje mi się, że to jest ciekawe, żeby po prostu zobaczyć, w jaki sposób Polska dostosowała się do pewnych norm europejskich, ale chciałabym, żebyśmy porozmawiali o pacjentach tutaj i teraz. Czy faktycznie ten problem ze strony NFZ, jeśli chodzi o płatności, występuje? A z drugiej strony, czy ta górka, z którą mamy do czynienia, nie wynika właśnie z warunków pracy w przemyśle i w innych obszarach, które powodowały problemy z oddychaniem, a teraz zbieramy zniwo tego, co się działo w przeszłości?

Trzecia rzecz to jest kwestia tego, że jak najbardziej popieram działania, bo wydają mi się one bardzo racjonalne pod kątem tego, żeby wyłączać pacjentów, którzy już po prostu tego świadczenia nie potrzebują, a takiego wyłączenia do tej pory nie było, więc to jest oczywiste. To jest kwestia interesu, bo to zawsze jest kwestia interesu, jeśli chodzi o system ochrony zdrowia. Ale ten interes powinien być głównie w oparciu o zdrowie pacjenta, a nie interes finansowy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poseł Bojarski.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Ja też troszkę powielając pytanie pani poseł, ponieważ z tej dyskusji wynika jednoznacznie, że nie widzimy problemu w pewnych obszarach pacjentów co do kwalifikacji i również pewnie finansowania. Jeżeli kwalifikacja jest prawidłowa, to powinno być to sfinansowane. Nie mam wątpliwości, że świadczenia, które dotyczą pacjentów bezwzględnie wymagających terapii respiratorem, powinny być w mojej ocenie nawet świadczeniami Nielimitowanymi. Trudno podejmować decyzję o zakończeniu tej terapii, bo takiej decyzji podjąć się nie da.

Natomiast chciałbym zapytać pana prezesa, bo rozumiem również z tej wypowiedzi, że państwo po zakończeniu roku, tak jak z wieloma świadczeniami realizowanymi ponad limit, podsumowujecie i później jest jakaś kwestia zapłaty za nadwykonania i ta stawka jest ewentualnie pomniejszana. Chciałbym zapytać, jaki jest sposób i jaka jest logika tego płacenia. Czy państwo za świadczenia w tych grupach, w których nie mamy wątpliwości, płacicie za nadwykonania w 100%? Bo to by się wydawało logiczne. Natomiast w grupie pacjentów, o której mówimy, która budzi wątpliwości ze względu i na kwalifikacje, i na zaprzestanie terapii – obawiam się bowiem, że z kwalifikacją będzie bardzo trudno, i obawiam się, że z wyłączeniem będzie bardzo trudno – wydaje mi się, że dobrym elementem regulującym ten obszar, ale ten obszar, podkreślam bardzo wyraźnie, byłaby istotna degresja stawki, bo ona by nie zachęcała nikogo do nadużyć w tym obszarze. Natomiast w pozostałych grupach moim zdaniem naprawdę powinny to być świadczenia Nielimitowane, żebyśmy do tego problemu nie wracali. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Poseł Polaczek.

Poseł Jerzy Polaczek (PiS):

Pani przewodnicząca, panowie ministrowie, bardzo krótko, ale może taką najbardziej podstawową kwestią, która jest zawarta w materiale ministerialnym za ubiegły rok, jest wartość nierozliczonych nadwykonań. Jest tabela z podziałem na oddziały wojewódzkie NFZ. To jest 160 295 941 zł. Mam pytanie do przedstawicieli ministerstwa, do pana ministra zdrowia i do funduszu: Kiedy i ewentualnie jak rozliczą państwo te niezapłacone, a wykonane świadczenia z 2025 r.?

Dziękując za fachową prezentację pani profesor, konsultanta krajowego, miałbym takie pytanie pod pani adresem, przede wszystkim w kontekście tego nie dość precyzyjnego zagadnienia związanego z wyłączaniem z tych, można powiedzieć w cudzysłowie, w języku potocznym, lżejszych przypadków, powiedzmy, wentylacji, do 8 godzin. Chciałbym zadać pod adresem państwa, pani profesor, Ministerstwa Zdrowia czy NFZ pytanie, kiedy można się ewentualnie spodziewać uzupełnienia takiego modelu, tego ewentualnego, jak mówię, procesu wyłączenia dla łagodniejszych przypadków.

Trzecia uwaga. Gdyby ewentualnie pani profesor podzieliła się z nami posłami taką bardzo syntetyczną, krótką informacją, jeśli chodzi o pewne różnice w modelach leczenia tego typu schorzeń z perspektywy europejskiej. W czym jesteśmy bardziej empatyczni, czy lepiej finansujemy tę chorobę, jakie jest podejście w wybranych dwóch, trzech państwach? Pani odwoływała się

do modelu niemieckiego, więc czy ewentualnie są jeszcze jakieś inne różnice, które by pani widziała do zaaplikowania w procedurze zarówno kwalifikacji, jak i wyłączenia, która jest stosowana w polskim modelu, który został opisany dzisiaj na Komisji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Nie widzę więcej pytań ze strony parlamentarzystów. Bardzo proszę stronę społeczną o zabranie głosu. Proszę o przedstawienie się. Pastylka z lewej strony, z prawej strony guzik.

Prezes zarządu Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej Robert Suchanke:

Witam, pani przewodnicząca, witam, szanowni państwo. Robert Suchanke, jestem lekarzem, prezesem Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej.

Chciałbym, po pierwsze, uzupełnić wystąpienie pani doktor, pani prezes PTHP, żeby troszeczkę ten odbiór zmienić. W Polsce jest około – to są dane towarzystwa – ponad 2,5 mln chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, więc nie jest to moda, tylko tak jest. Wskaźniki, które pani doktor tu przytoczyła, te 60 osób na 100 tys., to są województwa, gdzie ludzie byli i są nadal najbardziej narażeni na zanieczyszczenie powietrza, i tam pacjenci będą.

Skąd się oni biorą? Powstały ośrodki POL-VENT, pulmonolodzy zaczęli diagnozować pacjentów, trafiali oni bezpośrednio w zaostrzeniach i stąd mamy ten wzrost. Żeby to troszeczkę uzupełnić, podajemy kraje ościenne i europejskie. We Francji jest około 100 tys. wentylowanych, w Niemczech ponad 80 tys., w Hiszpanii populacyjnie do nas zbliżony jest około chyba 50 tys. w tej chwili. Czyli nie jest tak dobrze, jak powinno być przy naszej epidemiologii. Jak państwo zapewne wiecie, czystość naszego powietrza nie jest najlepsza. Przodujemy na świecie i to w najbliższych latach się nie zmieni. Chorych będzie przybywać, jakkolwiek byśmy zaklinali wyłączeniami czy włączeniami. Jesteśmy gotowi wprowadzić procedurę wyłączenia, ale proszę pamiętać, że spośród naszych chorych, których mamy wentylowanych, rocznie tysiąc umiera. To jest choroba śmiertelna. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą śmiertelną. Pani doktor Czajkowska-Malinowska doskonale o tym wie, że ci chorzy, których przyjmujemy pod opiekę, są naprawdę w zaawansowanym stanie choroby, są z wielochorobowością i przodują – prawie 80%. W zależności od województw, gdzie mamy z tym do czynienia, od 70 do 80% to jest grupa od 8 do 16 godzin wentylowanych. To nie są zdrowi pacjenci. Oni nie zostaną wyłączeni. Proszę mi wierzyć. Jeżeli, to może to będą pojedyncze przypadki.

Natomiast 4 lata temu rozpoczęliśmy pracę nad nowym modelem. Na nasz wniosek zostały te prace wywołane. Jesteśmy transparentni, przekazujemy wszelkie dane do AOTMiT, jeśli chodzi o naszą sytuację finansową, o wszystko, o wynagrodzenia, koszt sprzętu, koszt materiałów jednorazowych. Proszę mi wierzyć, to są dane, które są na stole. Zapewne państwo wiecie, wycena została zwiększona, ale pensje personelu medycznego wzrosły w tym czasie prawie 200%. Tak że zależy, jak na to spojrzeć. Poza tym porównujemy się do Niemiec, porównujemy się do Francji. U nas, przy tych wyłączeniach, które mamy, i braku dostępności do pielęgniarstwa długoterminowego, do rehabilitacji dla osób z orzeczoną niepełnosprawnością, to nasze świadczenie to zapewnia. Jesteśmy jedynym ośrodkiem, który tym pacjentom pomaga. Przygotowaliśmy model. Jesteśmy za wprowadzeniem telemedycyny. Proszę mi wierzyć, nikt dla zabawy ani dla tego świadczenia nie będzie się wentylował, bo to nie jest przyjemne. Jeśli nie potrzebuje tego, to tego nie będzie robił, a w telemedycynie to wyjdzie. Jeśli pacjent się nie będzie wentylował, to się sam z tego wyłączy. Proponujemy. Jesteśmy technicznie do tego przygotowani od 4 lat. Projekt leżał już u ministra Miłkowskiego w szufladzie. Nie zdążył go wprowadzić. Był uzgodniony przez wszystkie środowiska. Niestety od 2 lat nie możemy do tego wrócić.

Tak że jeszcze raz proszę, żeby to świadczenie potraktować poważnie. Nie będzie mniej pacjentów. Cokolwiek byśmy chcieli zrobić, to tych pacjentów będzie kilkadziesiąt tysięcy, nie 12 tys. I z tym się trzeba zmierzyć.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić. Pastylkę przyłożyć z lewej strony, a z prawej strony guzik.

Kierownik II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Polskim Towarzystwie Chorób Płuc Paweł Śliwiński:

Paweł Śliwiński, jestem kierownikiem II Kliniki Chorób Płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc.

Zajmuję się wentylacją nieinwazyjną od drugiej połowy lat 90. Jestem członkiem... to znaczy instytut jest członkiem sieci sal do wentylacji nieinwazyjnej. Chciałbym na wstępie zrobić drobne sprostowanie à propos informacji o epidemii POChP. Nie ma żadnej epidemii POChP. Epidemiologicznie jest około 2 mln, czy tak jak doktor Suchanek powiedział, może 2,5 mln chorych na POChP. Ta liczba jest mniej więcej stała od 25 lat. To, co się zmieniło, to zmienił się sposób diagnostyki, więc częściej tych chorych rozpoznajemy, aczkolwiek doskonale wiemy też z danych NFZ, że ze świadczeń NFZ z tych 2 mln chorych na POChP korzysta około 1,2 mln, może 1,3 mln chorych, więc ciągle jeszcze ta niby epidemia jest ukryta. Jeszcze praktycznie drugie tyle pacjentów potencjalnie może być kandydatami do wszystkich form terapii, w tym terapii wentylacją nieinwazyjną.

Do tego muszą państwo sobie zdawać sprawę z tego, że POChP nie jest jedyną chorobą płuc, która prowadzi w terminalnym okresie choroby do niewydolności oddychania, przewlekłej niewydolności oddychania, tylko są też różne inne choroby. Z pewnością wszyscy, i przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, i NFZ zdają sobie sprawę z tego, że pojawiła się kilka lat temu i będzie się powiększała duża grupa chorych z chorobami rzadkimi płuc, które prowadzą do włóknienia. Ci pacjenci – wielu już jest, a będzie ich więcej, bo pojawiają się nowe leki, które wydłużają im życie – też będą wkrótce wymagali wentylacji nieinwazyjnej. W związku z tym nie ma mowy o żadnej epidemii, tylko jest lepsza diagnostyka i mamy skuteczniejsze leki, które tym pacjentom wydłużają życie.

Teraz, przechodząc do meritum. W dotychczasowej dyskusji państwo kompletnie się skoncentrowali na kryteriach włączenia i wyłączenia. A ja chciałbym zwrócić państwa uwagę i przekierować tę uwagę na coś innego, mianowicie na jakość świadczonych usług. Jeżeli jakość świadczonych usług będzie na odpowiednim poziomie i będzie odpowiednio kontrolowana, to kryteria wyłączenia, które niewątpliwie są potrzebne w takich programach, będą używane sporadycznie. I to, co doktor Czajkowska przedstawiała, jest nie do pomyślenia, żeby chorych z przewlekłą niewydolnością oddychania do wentylacji czy do jakiejkolwiek innej terapii kwalifikowali kardiolog, chirurdzy czy ortopedzi. To się po prostu nie trzyma zdrowego rozsądku, ponieważ lekarze tych specjalności nie mają żadnych kwalifikacji, nie mieli gdzie i kiedy nabyć tych kwalifikacji do prowadzenia takich procedur. W związku z tym kwalifikacja powinna się odbywać przez lekarzy, którzy są do tego edukowani, szkoleni i powinni spełniać pewne kryteria jakościowe do takiej kwalifikacji, a potem prowadzenia pacjentów. Prowadzenie pacjentów też nie powinno wyglądać tak, jak to w tej chwili wygląda, że przychodzi pacjent do szpitala, jest kwalifikowany, a potem jest odsyłany w Polskę do jednej czy drugiej firmy, która przydzieli mu przypadkowego lekarza z tak zwanej łapanki, który nie zna pacjenta, a się nim niby opiekuje. Jeżeli dochodzi do zaostrzenia, to nie ma żadnej ciągłości leczenia, tylko ten pacjent jest znowu kierowany do leczenia zaostrzenia choroby podstawowej i znowu – najczęściej do przypadkowego szpitala.

Uważam, że cały program, który, mam nadzieję, że może w końcu powstanie, powinien kłaść nacisk na kompleksowość opieki. Ta kompleksowość jest bardzo prosta do przewidzenia, ponieważ chory z chorobą płuc, jeżeli dożywa do okresu niewydolności oddychania, to najpierw podlega tlenoterapii w warunkach domowych. Jeżeli ten okres uda mu się przeżyć, to następnym etapem opieki nad tym chorym jest wentylacja nieinwazyjna. Powinna powstać sieć ośrodków, które kompleksowo, od początku, od pierwszego wykrycia niewydolności oddychania, zajmują się tymi pacjentami zarówno w okresie stabilnym choroby, jak i w okresie zaostrzenia choroby, tak aby kompleksowość była związana też z ciągłością opieki nad danym pacjentem.

Ostatni temat, jaki mnie od lat nurtuje, to jest to, dlaczego nie ma możliwości podpisywania umów, kontraktów z NFZ przez nowe ośrodki, które by mogły prowadzić wentylację nieinwazyjną w domu, tylko kontraktowanie tych usług zostało kompletnie od lat zamurowane przez wpisanie jednego prostego punktu do warunków konkursowych, mianowicie doświadczenie w prowadzeniu wentylacji.

Ja prowadzę wentylację od ponad 25 lat, ale nigdy nie prowadziłem wentylacji w warunkach domowych, więc nie mam doświadczenia. I zadaję tu pytanie, czy to jest w porządku. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.
Proszę bardzo.

Twórca projektu Life on Wheelz Wojciech Sawicki:

Dziękuję bardzo. Jestem trochę weteranem programu wentylacji domowej, bo chyba od 20 lat jestem w tym programie, a pamiętam, że nawet byłem w ośrodku pulmonologii w Bydgoszczy, w województwie kujawsko-pomorskim, więc mam duże doświadczenie w tej opiece.

Jako że nazywam się Wojciech Sawicki, prowadzę konto na Instagramie Life on Wheelz, osoby w moim stanie zdrowia piszą do mnie przerażone, że od tego roku są nieprzyjmowane dodatkowe osoby do programu wentylacji domowej. Jest to rzecz, która jest trudna do zrozumienia dla osób, które są w mojej sytuacji, czyli mają respirator na cały dzień. Również rodzice tych osób są przerażeni, że co oni robią, jeśli ich dzieci będą musiały być albo w ośrodkach, albo w szpitalach, albo jest trzecia opcja – brak respiratora. Chciałbym po prostu wiedzieć, czy to nieprzyjmowanie dotyczy też osób z chorobami nerwowo-mięśniowymi, bo to jest rzecz, która najbardziej mnie interesuje, i czy te obawy są uzasadnione. Bo słyszę też od organizacji ośrodków, które organizują pomoc, opiekę domową, że nie mogą przyjmować nadwykonań nowych pacjentów. Tylko osoby, które już są w tym programie, mogą mieć dalej świadczone te usługi. Zatem sytuacja jest dosyć ciężka dla osób w mojej sytuacji. Ja też zauważam ograniczenie finansowania dla osób, które aktualnie są w tych programach. Przykładowo kiedyś dostawy sprzętów medycznych miałem co miesiąc, a teraz mam co 3 miesiące, więc są pewne sytuacje, które nawet we mnie budzą pewne zaniepokojenie.

Wydaje mi się, że jeśli te osoby nie będą zaopiekowane w tym programie wentylacji domowej, to i tak będą musiały zostać zaopiekowane w innych możliwościach, na przykład w szpitalu czy w ośrodkach, bo te osoby nie znikną. Tak więc prędzej czy później pomoc dla nich będzie musiała być finansowana. Oczywiście sami przyznajecie, że wentylacja domowa jest tańsza, więc albo zwiększymy środki na wentylację domową, albo ci pacjenci i tak będą musieli być zaopiekowani w ochronie zdrowia, albo po prostu umrą. Nie ma takiego wyjścia, że ja, jak nie będę wentylowany, będę w stanie żyć.

Pamiętam też z początku programu wentylacji domowej, że sam spędziłem na OIOM-ie 2 miesiące, czekając, aż zostanę włączony do programu wentylacji domowej. Ponad 2 miesiące byłem na intensywnej terapii i podejrzewam, że to było bardzo drogie. Zajmowałem też miejsce osobom, które bardziej potrzebowały bycia na OIOM-ie, więc jakby nie da się tego uniknąć. Nawet jeśli będą wykluczenia, to i tak w skali całego systemu to będzie dosyć niewiele osób, i to i tak naprawdę dużo nie zmieni w sytuacji, jeśli chodzi o finansowanie wentylacji domowej. Możemy uważać, że jeśli wprowadzamy wyłączenia, to coś się poprawi, ale jeśli się poprawi, to podejrzewam, że niezauważalnie w kontekście całego finansowania.

Chciałbym się też dowiedzieć, czy to jest prawda, że nowe osoby nie są włączane, a jeśli to jest prawda, to czym to jest spowodowane. Czy to jest spowodowane tym, że w zeszłym roku były te nadliczbowe wykonania i trzeba je opłacić, i dlatego osoby na początku tego roku są niekierowane na wentylację domową, czy jest jakiś inny powód? Tyle chciałbym powiedzieć i to jest naprawdę ważny temat pomagający żyć. Bo ja dzięki temu programowi żyję 20 lat dłużej i dzisiaj mogę tu zabierać głos. Gdyby nie program wentylacji domowej, to nie miałbym na to szansy. Dziękuję za uwagę.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, jeszcze dwa głosy. Najpierw bardzo proszę, pani tam z tyłu i potem tutaj poproszę.

Kierownik Oddziału Chorób Płuc w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku Diana Zygadło:

Dzień dobry państwu. Szanowna pani przewodnicząca, nazywam się Diana Zygadło. Jestem kierownikiem Oddziału Chorób Płuc w Otwocku. Zajmuję się również wentylacją domową. Pracuję w Zespole Opieki Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie.

Zajmuję się tym wspaniałym sposobem leczenia pacjentów od 10 lat. Dziękuję tutaj obecnym i panu profesorowi Śliwińskiemu, i pani doktor Czajkowskiej, bo to oni mnie zapalili do tej metody. Jestem głęboko przekonana, że to jest metoda ratująca ludziom życie. Od czasu, kiedy stosujemy nieinwazyjną wentylację w oddziale, śmiertelność pacjentów na POChP w sposób radykalny nam zmalała. I to nie tylko chodzi o POChP. Absolutnie zgadzam się z panem profesorem,

że to nie tylko chodzi o POChP. Tu chodzi o bardzo dużą grupę chorób śródmiąższowych płuc, których jest niemalże wysyp, przynajmniej u mnie w oddziale, i to nie tylko idiopatycznego włóknienia płuc, ale włóknienia płuc, które jest skutkiem innych schorzeń, nawet pozapłucnych. Oczywiście są odpowiednie programy lekowe, które pomagają te choroby leczyć, ale czasem nie ma wyjścia.

Nieinwazyjna wentylacja jest terapią objawową. To nie jest leczenie, to nie jest wyleczenie pacjenta z grypy, to nie jest stosowanie antybiotykoterapii, tylko to jest metoda objawowa, czasem paliatywna. Ja mam ten komfort, że mogłam do tej pory przekazywać pacjentów pod opiekę ośrodka domowej wentylacji. W oddziale dysponuję 10 respiratorami. Na chwilę obecną hospitalizowanych jest u mnie siedmiu chorych. Jutro umówiony jest ostatni i kończą mi się respiratory, ponieważ nie mogę wypisać pacjentów z oddziału. Dlaczego? Dlatego, że nie ma miejsca, gdzie mogłabym zapewnić pacjentowi kompleksową opiekę po wypisie z oddziału. Jest to bardzo duży problem. Po pierwsze, zwiększa to ryzyko zdarzeń niepożądanych w oddziale. Pacjentka, która leży u mnie najdłużej w oddziale, leży od 20 marca.

Mam wspaniałą panią dyrektor, z którą świetnie mi się współpracuje, i nawet dzisiaj na takim porannym spotkaniu roboczym ustaliliśmy, że niestety chorzy muszą czekać. Oczywiście zdarza się, że wypisują się na własne żądanie, co nie ukrywam, dużo mnie kosztuje, bo mam poczucie odpowiedzialności za to, co robię. Staram się utrzymywać kontakt z tymi pacjentami i mają zapewnioną możliwość powrotu w sytuacji pogorszenia. Ale chyba nie ma nic gorszego dla takiego zwykłego, prostego lekarza, jakim ja jestem, jak oddać pacjenta w świat, wiedząc, że powinienam go dalej leczyć, że powinien być bezpieczny, bo on zwyczajnie na mnie liczy.

Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna to nie tylko POChP, nie choroby śródmiąższowe, nie nerwowo-mięśniowe, ale również terapia pomostowa w kwalifikacji do przeszczepienia płuc. Ta terapia przeszczepowa rozkwita u nas w Polsce. Patrząc na chorych, którzy po przeszczepach do nas wracają i mówią zwykle „dziękuję”, nadaje sens mojej pracy. Natomiast jest to niewątpliwie trudne, co zrobić z tymi chorymi, którzy zalegają? To jest jedna grupa chorych. Co zrobić z chorymi, którzy muszą czekać? Bo ci, którzy leżą u mnie w oddziale, zalegają. Mam mnóstwo maili w swojej skrzynce z prośbą o przyjęcie pacjentów z Mazowsza i muszę mówić, że muszą czekać, bo tych, których mam, nie wypiszę z oddziału, bo nie mają opieki.

Bardzo bym chciała wiedzieć, jakie państwo znajdziecie rozwiązanie z tej sytuacji, która jest niezmiernie dla mnie trudna. Bo ja codziennie, idąc na obchód do swoich chorych, słyszę: Pani doktor, kiedy wyjdę do domu? Jedynym powodem hospitalizacji tego chorego jest to, że nie mam go gdzie wypisać.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Ostatni głos, ponieważ mamy ograniczenia czasowe i parlamentarzyści mają głosowanie. Tak że bardzo proszę i potem poproszę ministerstwo o udzielenie odpowiedzi. Proszę się przedstawić.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla województwa podlaskiego Wojciech Naumnik:

Dzień dobry, witam państwa. Wojciech Naumnik, jestem kierownikiem Kliniki Chorób Płuc w Białymstoku i konsultantem w województwie podlaskim.

Chcę troszeczkę powiedzieć na temat dostępności świadczeń, ponieważ bardzo szanuję państwa z tak zwanych firm wentylacyjnych. Naprawdę bardzo szanuję, bo państwo robicie wspaniałą robotę, ale nie mogę się zgodzić z jedną rzeczą, właściwie z dwoma. Podzwoniłem do szpitali, do oddziałów chorób płuc i w zasadzie nie znalazłem pacjentów, którzy zalegają w szpitalu, których nie można wypisać, ponieważ mają wskazanie do wentylacji inwazyjnej w danym momencie. Chyba że nie można wypisać, ponieważ ze względów klinicznych się nie kwalifikują.

Druga rzecz. Słyszę o kolejkach. Mówię o województwie podlaskim, jeszcze raz podkreślam, bo na tym terenie działałam. Mówicie państwo o kolejkach oczekujących na wentylację nieinwazyjną. Otóż są na przykład dwie firmy – nie będę, broń Boże, wymieniać nazw – które kwalifikują do wentylacji inwazyjnej. Na przykład w jednym oddziale dzwonię i słyszę: tak, mamy kolejkę. Ale, przepraszam bardzo, kolega z sąsiedniej firmy zakwalifikowany. Mamy kilka takich przypadków. Zatem przepraszam, ale czasem mam wątpliwości co do kolejki, bo na przykład pacjent jest zakwalifikowany do wentylacji inwazyjnej, ale jednocześnie kolega ustalił już inne kwalifikacje do wentylacji inwazyjnej na sierpień. Zatem z jednej strony chodzi mi o dobro pacjentów,

bo pacjent dowiaduje się, że w jednej firmie ma kolejkę, ale jednocześnie drugi kolega kwalifikuje na dniach. Troszeczkę więc mam wątpliwości co do tego postępowania. Dziękuję państwu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Poproszę Ministerstwo Zdrowia o odpowiedzi. Niestety mamy ograniczony czas, musimy kończyć.

Wiceprezes NFZ Jakub Szulc:

Czy ja mogę, pani przewodnicząca, w ramach ministerstwa udzielić odpowiedzi? To znaczy, rozumiem, że pan minister udziela mi głosu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Jeszcze poproszę pana o wyłączenie mikrofonu. Bardzo dziękuję.

Wiceprezes NFZ Jakub Szulc:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, więc tak, odpowiadając na pytania państwa posłów, ale też odnosząc się do tego, o czym mówił pan Wojciech Sawicki czy państwo, którzy świadczyli świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej, czy zabezpieczacie pacjentów na oddziałach pulmonologicznych. Oczywiście rzeczą jest to, że pacjenci, którzy są wentylowani mechanicznie w związku ze zdiagnozowanymi chorobami nerwowo-mięśniowymi, są dla nas absolutnym priorytetem.

Chciałbym natomiast zwrócić uwagę, że to – i tutaj odpowiadając przede wszystkim pani posłance Zawiszy – odsetek pacjentów, bo to jest osobna grupa, którzy są wentylowani mechanicznie w związku z chorobami nerwowo-mięśniowymi, to jest niecałe 11% wszystkich pacjentów, którzy podlegają wentylacji mechanicznej w warunkach domowych. Co więcej, to jest grupa, której udział cały czas maleje. Maleje ze względu na to, że zwiększamy cały czas kwalifikacje osób, które mają inne schorzenia niż schorzenia nerwowo-mięśniowe do wentylacji mechanicznej. Jeżeli więc spojrzymy na całą populację pacjentów objętych wentylacją mechaniczną w warunkach domowych, to odsetek pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi spada. Natomiast nie jest to oczywiście wynik tego, że my mniej pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi włączamy do wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, tylko z tego, że to jest grupa, która z punktu widzenia rozpoznania medycznego i dalszej terapii jest po prostu stała liczebnie i ona się niespecjalnie zmienia. Oczywiście tacy pacjenci są dla nas absolutnie pacjentami priorytetowymi.

Natomiast pani posłanka Zawisza pytała też, jaki odsetek pacjentów to są pacjenci, którzy są wentylowani w tej trzeciej, najwyższej grupie, czyli powyżej 16 godzin na dobę. Po wyłączeniu pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi w całej populacji, która jest włączona do wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, pacjenci, którzy są wentylowani powyżej 16 godzin na dobę, to jest 4% całej populacji. Natomiast jak pewnie zwróciliście państwo uwagę, to patrząc na środki, które są alokowane, przy kontraktach zawartych w 2025 r. na kwotę 420 mln zł na nadwykonania mamy 160 mln zł. A więc świadczenia, które zostały sprawozdane, to są świadczenia na kwotę blisko 590 mln zł, 587 mln zł dokładnie, przy kontrakcie w wysokości 419 mln zł. Zatem nadwykonania, które zostały sprawozdane powyżej wartości umowy, zdecydowanie przewyższają tę grupę, która jest wentylowana w warunkach domowych, czy to z racji na rozpoznanie nerwowo-mięśniowe, czy to w grupie powyżej 16 godzin na dobę. Wydaje się, że oczywiście prace, które są prowadzone w ministerstwie, na pewno będą musiały iść właśnie w takim kierunku, żeby absolutnie zabezpieczyć w pierwszym rzędzie tych pacjentów, którzy są najbardziej potrzebujący.

Natomiast kontynuując wypowiedź dotyczącą środków, to te środki – właśnie to chciałem w swojej wypowiedzi pokazać – z roku na rok wzrastają w bardzo istotnym stopniu. To znaczy, zarówno liczba pacjentów, którzy są włączani do leczenia, jak i środki, które są alokowane na ten cel, to są środki, które co roku przyrastają w co najmniej dwucyfrowej dynamice. Dlatego że rok 2024 – 456 mln, 2023 – 405 mln, 2022 – 322 mln, wcześniej 206 mln. I to, co pokazywałem. Jeżeli weźmiemy, że w 2018 r. mieliśmy rozliczonych 231 mln świadczeń, to w 2024 r. mieliśmy już rozliczonych 456 mln świadczeń. A więc jest to kwota dokładnie dwa razy większa na przestrzeni ostatnich 4 lat.

Tak jak powiedziałem, będziemy dokładać wszelkich starań, żeby przede wszystkim ci pacjenci, którzy są najbardziej potrzebujący, byli zabezpieczeni w 100%. Ale też chciałbym się

odnieść do tego, o czym pani doktor z Otwocka mówiła. To znaczy, pierwsze i zasadnicze pytanie: Czy oddział wojewódzki NFZ został przez państwa poinformowany, że państwo macie kłopot z ulokowaniem pacjentów? Bo ja wiem, dokąd państwo kierujecie pacjentów od siebie z oddziału, i wiem, co mówią sami pacjenci czy ich rodziny, jaką informację od państwa dostają. I niekoniecznie jestem... Natomiast z oddziału nie dostałem absolutnie żadnej informacji, że państwo zgłaszaliście jakikolwiek problem z włączeniem pacjentów do leczenia.

Jeżeli taki problem jest, to proszę w pierwszej kolejności, żeby każdy ze świadczeniodawców, każdy ze szpitali, każdy z podmiotów, który nie ma dokąd przekazać pacjentów, zgłaszał to oddziałowi wojewódzkiemu NFZ. I my w takiej sytuacji dla tych pacjentów będziemy się starali jak najszybciej znaleźć miejsce.

Powód, dla którego, jak rozumiem, w tym momencie jest kłopot, ten, o którym pani mówi, że znalezieniem miejsca, jest taki, że firmy, które udzielają świadczeń w tym zakresie, a więc w zakresie wentylacji medycznej w warunkach domowych, wstrzymały przyjęcia od stycznia tego roku – na szczęście oczywiście część firm. Mówiąc o tym, że problemem są nadwykonania, które zostały zrealizowane, a nie zostaną zapłacone, to, szanowni państwo, po pierwsze, nadwykonania, które NFZ realizuje, realizuje w określonym w terminie i w określonym w trybie. Te świadczenia, co do zasady – być może trzeba pomyśleć nad zmianą kwalifikacji tych świadczeń – ale to nie są świadczenia, które są nielimitowane w tym momencie. A więc są realizowane i płatności za nie są realizowane później niż świadczeń nielimitowanych.

Kłopot polega na tym, że informacje o tym, że rozpoczynacie państwo akcję protestacyjną i wstrzymujecie przyjęcia pacjentów, pojawiły się już w grudniu, a więc jeszcze zanim zamknął się rok 2025. Ja absolutnie podchodzę do tego w taki sposób, że jest to granie pacjentami, które jest nieuzasadnione. Oczywiście, jak mówię, zwiększamy finansowanie. Będziemy zwiększać to finansowanie, natomiast jeżeli nie określimy jasno i wyraźnie reguł kwalifikacyjnych – przede wszystkim pacjentów spoza grupy pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi, bo tak jak pan przewodniczący Piecha powiedział, tutaj nie ma absolutnie żadnych wątpliwości, jak również w przypadku pacjentów, którzy są poddawani wentylacji dłużej niż 16 godzin na dobę – i nie wprowadzimy jednolitych kryteriów działania na poziomie rozporządzenia, to niestety te świadczenia będą nam się wymykały spod kontroli. Zwłaszcza jeżeli słyszymy cały czas o postulatach o rozszerzeniu czy też liberalizacji przepisów dotyczących tego, w jaki sposób tych pacjentów mamy kwalifikować. A to wszystko odbywa się w warunkach – i to są dane ogólnodostępne, nie są zastrzeżone, bo wystarczy spojrzeć do KRS – w których rentowność sprzedaży na tej działalności jest rentownością dwucyfrową, nierzadko z trójką z przodu, a więc powyżej 30%. Zatem o takiej sytuacji mówimy i proszę też o tym pamiętać. Nie chciałem o tym mówić, ale państwo mnie do tego w jakiś sposób zmotywowaliście.

No i jeszcze terminy płatności, oddziały wojewódzkie, terminy płatności nadwykonań. Zdajemy sobie sprawę z tego, że część świadczeń, mimo tego, że nie jest świadczeniami nielimitowanymi, powinna być realizowana w pierwszej kolejności. Do takich świadczeń należy m.in. wentylacja mechaniczna w warunkach domowych, a także żywienie dojelitowe, jak również leczenie nerkozastępcze. My już zwiększyliśmy środki w oddziałach wojewódzkich NFZ na ten cel, po to, żeby zrealizować odpłatność za nadwykonania za rok 2025. Aczkolwiek one na pewno nie będą realizowane w 100% wartości nominalnej, również wzięwszy pod uwagę to, o czym powiedziałem przed momentem, jeśli chodzi o rentowność prowadzonej działalności, którą widzimy w zasadzie na każdym kroku. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Pani konsultant krajowa.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Jeszcze chciałam jedną rzecz uzupełnić, bo było pytanie pana posła, co możemy wprowadzić z innych krajów. Proszę państwa, w żadnym kraju europejskim, jak również w Stanach Zjednoczonych, lekarz specjalista, anestezjolog, specjalista chorób płuc nie przyjeżdża do domu pacjenta. Pacjent przyjeżdża do ośrodka i tam jest kontrolowany ambulatoryjnie, żeby nikt nie mówił, że pacjenta trzeba położyć do szpitala. Przyjmowany jest ambulatoryjnie, podobnie jak w Polsce w ośrodku domowego leczenia tlenem. Podobny system. Pacjent ma wtedy wykonane wszystkie badania, jest oceniony przez lekarza w tym ośrodku w ciągu kilku godzin pobytu i pacjent kończy wizytę. Ma wizytę zakończoną. Taki system jest we wszystkich krajach europejskich, również

w Stanach Zjednoczonych. Z wyłączeniem oczywiście chorób inwazyjnych, bo nie mówię o tej grupie chorych.

Natomiast pacjenci mają wizyty przeprowadzane w pierwszym roku, tak jak pokazywałam, od 4 do 8 tygodni, następnie 3 miesiące, a potem raz na 6 do 12 miesięcy. W ośrodku DLT kontrolujemy pacjentów raz na 3 miesiące. Jest to prowadzone systematycznie i pacjent ma wszystkie badania wykonane.

Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz, bardzo istotną dla całego systemu opieki zdrowotnej. Mamy w tej chwili niedobór lekarzy w Polsce. Sytuacja pewnie się zmieni za kilka lat, ale teraz sytuacja jest bardzo trudna. Jeżeli widzimy wyraźnie, że lekarze podejmują pracę w ośrodkach wentylacji domowej, rezygnując z pracy na oddziałach, rezygnując z podejmowania dyżurów lekarskich, to kto będzie prowadził leczenie w szpitalach i na oddziałach, i w poradni, skoro lekarz może uzyskać lepsze finansowanie w ośrodku wizyt domowych? W związku z tym za moment na oddziałach nie będziemy mieli możliwości prowadzenia leczenia i będziemy zamykać oddziały z powodu braku kadry. To jest refleksja do szerszego przemyślenia. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy ze strony ministerstwa jeszcze ktoś? Nie widzę. Dziękuję.

Stwierdzam zakończenie omawiania problematyki, którą zgłosili posłowie składający wniosek w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Zamykam posiedzenie Komisji.