

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 15)
z dnia 19 marca 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 15)

19 marca 2025 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Józefy Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, oraz **Fryderyka Sylwestra Kapinos**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat organizacji opieki w dziedzinie nefrologii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Dorota Mańkowska** kierownik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz ze współpracownikiem, **Adriana Jabłońska** główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Tomasz Kołakowski** główny specjalista w Wydziale Świadczeń Kompleksowych i Pilotażu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ, **Magdalena Krajewska** konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, **Danuta Zwolińska** konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej, **Dorota Drożdż** przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, konsultant wojewódzki, **Jacek Rubik** kierownik Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego Instytutu Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, kierownik Poradni Transplantacji Nerek przy Klinice Nefrologii, Transplantacji i Nadciśnienia Tętniczego IP – CZD w Warszawie, **Krzysztof Zdobylak** członek Zespołu Roboczego do spraw Transformacji w Ochronie Zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej, **Janusz Grochowski** ordynator Oddziału Internistyczno-Nefrologicznego SPZOZ w Makowie Mazowieckim, **Szymon Brzóska** oraz **Krzysztof Hurkacz** profesorowie Sekcji Nefrologicznej NEFRON Izby Gospodarczej „Medycyna Polska”, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Iwona Olszewska-Król** prezes Fundacji Dbam oraz **Ania Kuropatnicka-Jurek** ekspert Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Rozpoczynamy posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia.

Otwieram posiedzenie. Witam wszystkich członków podkomisji oraz zaproszonych gości.

Dzisiejszy porządek posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat organizacji opieki w dziedzinie nefrologii, którą prosiliśmy, żeby przedstawił minister zdrowia.

Szanowni państwo posłowie, otrzymaliście państwo propozycję porządku obrad. Czy są jakieś uwagi do porządku obrad? Nie widzę. W związku z powyższym będziemy procedować według wskazanego wcześniej porządku obrad. Informuję, że materiały zostały wysłane dla państwa posłów na maila i umieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są też w formie papierowej.

Szanowni państwo, pozwolicie państwo, że w tym momencie przekażę głos panu wiceprzewodniczącemu podkomisji ze względu na pewną niedyspozycję głosową, który powita zaproszonych gości.

Bardzo proszę, pan przewodniczący Fryderyk Kapinos.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Witam państwa bardzo serdecznie.

Szanowna pani przewodnicząca wraz z zastępcą, szanowni goście, bardzo serdecznie witam na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia: panią prof. Dorotę Drożdż, przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, konsultanta wojewódzkiego, witam bardzo serdecznie; witam panią Natalię Fedoryszak-Kuśkę, głównego specjalistę w wydziale taryfikacji AOTMiT; witam serdecznie pana Janusza Grochowskiego,

doktora ordynatora Oddziału Internistyczno-Nefrologicznego w Makowie Mazowieckim; witam pana prof. Krzysztofa Hurkacza, z Sekcji Nefrologicznej NEFRON Izby Gospodarczej „Medycyna Polska”; witam panią Adrianę Jabłońską, głównego specjalistę w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ; witam pana Macieja Karaszewskiego, dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia; witam panią prof. Magdalenę Krajewską, konsultant krajową w dziedzinie nefrologii; panią Dorotę Mańkowską, kierownik w wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej AOTMiT; witam panią Iwonę Król-Olszewską z Fundacji Dbam; witam pana dr n. med. Jacka Rubika, kierownika Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego w Warszawie, kierownika Poradni Transplantacji Nerek przy Klinice Nefrologii; witam pana Krzysztofa Zdobyłaka, członka Zespołu Roboczego do spraw Transformacji Ochrony Zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej; panią prof. dr hab. Danutę Zwolińską, konsultant krajową w dziedzinie nefrologii dziecięcej. Czy wszystkich powitałem? Jeżeli kogoś nie powitałem, to wszystkich bardzo serdecznie witam. Jak potem będzie już dyskusja, to bardzo proszę, żeby państwo przedstawiali się do mikrofonu.

Bardzo ważny temat, bardzo poważna sprawa. Jak tu z panią profesor rozmawialiśmy, to choroby nerek... Chyba w listopadzie 2023 r. weszła specjalizacja nefrologii do opieki koordynowanej jako następna specjalizacja. W związku z tym chcieliśmy porozmawiać w ogóle, co należy zrobić i jakie działania podjąć, żeby kolejki się dalej nam skracaly, żeby ta diagnostyka była jak najszybsza i potem to leczenie wprowadzać, bo zdrowie pacjentów jest dla nas wszystkich najważniejsze.

Może zaczniemy tutaj – pan dyrektor chyba, czy... Kto będzie mówił w imieniu ministerstwa mówił? Pan dyrektor, bardzo proszę pana dyrektora o przedstawienie tej informacji ministra na temat organizacji opieki w dziedzinie nefrologii, bo dzisiaj na temat nefrologii rozmawiamy. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dzień dobry państwu. Witam, dziękuję serdecznie za zaproszenie i udzielenie głosu.

Nazywam się Maciej Karaszewski, jestem dyrektorem Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia i reprezentuję tutaj ministra. My przygotowaliśmy materiał trochę... Nie było dokładnej agendy, więc taki trochę ogólny, natomiast chciałbym się skupić na kluczowych informacjach z tego materiału, bo to państwo znają. Tutaj już pan przewodniczący Kapinos powiedział na temat tego, że pierwszym elementem opieki nefrologicznej w Polsce jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który ma możliwości wstępnej diagnostyki niewydolności nerek. I dodatkowo od zeszłego roku – nie, już półtora roku, tak ten czas leci szybko – w ramach opieki koordynowanej ma również dostęp do konsultacji lekarza nefrologa. W ramach tej opieki koordynowanej, oprócz tych konsultacji, oczywiście ma dodatkowe badanie diagnostyczne, które w podstawowym zakresie POZ nie jest dostępne; to jest wskaźnik ACR (albumina/kreatynina) w moczu. Dodatkowo jeszcze chcemy w kolejnej zmianie udostępnić do tego panelu Parathormon, żeby tę diagnostykę można było poprawić.

Kolejnym etapem opieki jest oczywiście ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W ramach tej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – to jest na stronie ósmej – jest liczba poradni nefrologicznych w 2023 i 2024 r. z mapką, jak one są rozłożone w Polsce. Jest ich około 100. W ramach tych poradni nefrologicznych liczba tych świadczeń udzielonych w AOS rośnie. To jest dosyć spodziewany wzrost. Wiadomo, że społeczeństwo staje się coraz starsze, a przewlekła niewydolność nerek jest związana z wiekiem i chorobami współistniejącymi, takimi jak cukrzyca czy nadciśnienie. W związku z tym od 2020 r., kiedy było 5,7 mln świadczeń, ta liczba wzrosła o prawie 2 mln, czyli do 7,7 mln świadczeń. Tym samym wzrosła trzykrotnie wartość refundacji za te świadczenie – z niecałych 500 mln zł do ponad 1,5 mld zł.

Jeżeli popatrzymy na rozkład kolejnej drabinki opieki nefrologicznej – to jest strona dziesiąta – tu jest też mapka rozłożenia oddziałów nefrologicznych w Polsce i też to pozostaje w miarę na stałym poziomie; są tutaj fluktuacje. Na Mazowszu ubył jeden, a na Podkarpaciu przybyły trzy, więc trochę to są decyzje zarządcze dyrektorów szpitali, czy ten oddział otwierają, czy mają wystarczającą liczbę pacjentów, którzy kwalifikowaliby się na ten oddział. Natomiast też rośnie, tak jak w poradniach, liczba świadczeń dla pacjentów z problemami nefrologicznymi i to było 827 tys. w 2020 r., natomiast w 2024 r. było to ponad 1,1 mln świadczeń. Oczywiście, tak jak w poprzednim przypadku, kwota refundacji wzrosła zdecydowanie dużo szybciej, niż liczba świadczeń i to było z niecałych 1,4 mld zł w 2020 r. do ponad 3,7 mld zł w 2024 r.

Jeżeli chodzi o czas oczekiwania do poradni, ten średni czas oczekiwania tu się nam waha na poziomie od 50 dni – przypadek pilny – do prawie 100 dni. Przypadek pilny – jak to zidentyfikowaliśmy? Ta pilność często nie jest związana z rzeczywistym stanem klinicznym, tylko też z przyspieszeniem w kolejce, dlatego że pacjenci w stanie stabilnym czekają dłużej, więc jeżeli lekarz POZ ma jakieś tam podejrzenie, czy już zdiagnozował wstępnie, że jest to przewlekła niewydolność nerek, po prostu wystawia skierowanie z napisem „pilne”. Oczywiście do szpitali te czasy oczekiwania są krótsze; to jest oczywiste, bo dużo mniej pacjentów kwalifikuje się do leczenia szpitalnego i one się tam wahają od kilku do kilkudziesięciu dni. Jest to też zależne od renomy danego oddziału, personelu, który tam jest i pacjenci też wiedzą, gdzie chętniej trafiać – do którego oddziału iść, a do którego nie i czasami wolą nawet trochę dłużej poczekać, żeby pójść do tego wybranego.

Dodatkową informację, jaką jeszcze tutaj mam – jeżeli chodzi o ten poziom POZ, to jest ten współczynnik za wielochorobowość, który jest wypłacany za opiekowanie się przez POZ pacjentami albo u nich zdiagnozowanymi w programach opieki koordynowanej, albo już zabranych z opieki specjalistycznej, z nefrologii do prowadzenia między innymi z przewlekłą niewydolnością nerek. Te stawki są miesięczne i ich wartość zależy od tego, ile chorób przewlekłych mają pacjenci z poszczególnych grup i się nimi opiekują; nie odsyłają do AOS. To są te działania, bo w momencie, kiedy pacjent zostanie odesłany do AOS, ten współczynnik za wielochorobowość zostaje pomniejszony do niższej stawki. Jeżeli pacjent ma jedyną chorobę przewlekłą, to całkowicie przestaje być wypłacany.

Dwa kolejne już najbardziej specjalistyczne poziomy opieki – jest to leczenie nerkozastępcze i w leczeniu nerkozastępczym ten wzrost pacjentów leczonych leczeniem nerkozastępczym cały czas rośnie, ale to nie jest szybki wzrost. To jest 1–2% rocznie, więc mamy podobne takie wyniki, jak inne kraje Unii Europejskiej, jeżeli chodzi o liczbę dializowanych na 1 mln osób. To jest porównywalne do średniej europejskiej. Jest to związane z tym, tak jak powiedziałem na początku, liczba niewydolności nerek rośnie też z wiekiem i ponad 64% pacjentów dializowanych ukończyło 65. rok życia. Dominującym współrozpoznanem u pacjentów z niewydolnością nerek – bo to już jest schyłkowa niewydolność nerek – jest cukrzyca jako czynnik ryzyka schyłkowej niewydolności nerek, stąd to też się zgadza z wiedzą naukową, że ci pacjenci z wieloletnią cukrzycą przechodzą przez etapy przewlekłej niewydolności nerek, a potem niestety do schyłkowej niewydolności nerek.

I jeszcze jeden element – oczywiście ten dotyczący przeszczepień. Przeszczepienia nerek w Polsce wzrastają i ta liczba – tutaj mamy na 2023 r. – to było... A w 2024 r. mamy już 1,5 tys. przeszczepień nerek, więc cały czas mamy wzrost. Nie mamy zdecydowanego wzrostu w zakresie przeszczepień od żywego dawcy, natomiast bardzo uaktywniły się szpitale w zakresie kwalifikacji dawców zmarłych i stąd ten system przeszczepień w Polsce się rozwija. Czas oczekiwania na przeszczepienie aktualnie wynosi niecały rok i tutaj mamy taki element naczyń połączonych, ponieważ pacjenci dializowani często nie są kwalifikowani do przeszczepień z różnych przyczyn. W związku z tym, jeżeli jest niecały rok oczekiwania na przeszczepienie nerki, nikt się nie decyduje, żeby obciążyć rodzinę tym, że jedną nerkę odda, tylko czeka na nerkę od dawcy zmarłego.

Wydaje mi się, że tak to w wielkim skrócie tyle. Jeżeli państwo mają do tego materiału pytania, to bardzo proszę, jeżeli mam mówić dalej.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo dziękuję za tę informację. Mam tutaj kilka pytań. Czy te 100 poradni nefrologicznych na całą Polskę jest wystarczające? Ile POZ przystąpiło właśnie od 2023 r. w specjalizacji nefrologii? Czy ma pan taką informację?

Oczywiście jakie są kolejki, jak długo się czeka na specjalistę w poszczególnych województwach i oczywiście jakie są tendencje, bo tutaj część materiałów jest za 2023 r., więc warto by też trochę uaktualnić te materiały za 2024 r. Jeżeli nie ma, to może chociaż za trzy kwartały, bo być może jeszcze nie ma takich dokładnych danych za cały rok, więc może by warto, żebyśmy mieli taką dokładną statystykę już za 2024 r.

Tak że bardzo proszę i potem będziemy tutaj państwa profesorów, konsultantów prosić o zabranie głosu.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Jeżeli chodzi o to, czy 100 poradni jest wystarczające, wydaje się, że nie, ponieważ na stronie dziesiątej materiału jest czas oczekiwania na 31 grudnia 2024 r. do poradni i ten czas

oczekiwania to jest maksymalnie 175 dni w oddziale małopolskim – przypadek stabilny – i 130 dni – przypadek pilny – a najkrótsze oczekiwanie jest na Podkarpaciu.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Gdzie to jest w tych materiałach?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Strona dziesiąta, tabela trzecia.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Nie mamy takiej. Tak patrzymy tutaj i nie mamy tego materiału.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Dobrze, to ja uzupełnię.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bo to są ważne informacje. A na pilne jak długo trzeba czekać?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Jeżeli chodzi o średni czas oczekiwania na pilne, to tutaj najkrótszy mamy czas oczekiwania w świętokrzyskim – 42 dni, a przypadek stabilny – 85 dni.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

A najdłuższy?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Najdłuższy jest w Małopolsce. 130 i 175 dni.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

130 dni na pilny, a 170 na stabilny. Czyli cztery miesiące ponad czekamy na pilny, a prawie pół roku... Średnio.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Jeżeli chodzi o kolejne pytanie, ile POZ, to ja teraz tutaj pod ręką nie mam, więc też uzupełnimy tę informację. Uzupełnimy tę informację z tego, jakie poprzednie dane miałem. To było w ogóle w OK ponad 2,5 tys. podmiotów, z tego około 500 podmiotów miało nefrologię, więc to byłoby około 500 podmiotów, które ma nefrologię, ale to muszę zaktualizować i spojrzeć w nowe dane po prostu, bo to jest tylko to, o czym poprzednio rozmawialiśmy.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Jakie są tendencje, to też pan przygotowuje za 2024 r.

Bardzo proszę panią przewodniczącą Józefę Szczurek-Żelazko.

Oczywiście jeszcze chciałem złożyć pani przewodniczącej życzenia, bo dzisiaj jest Józefy. Wszystkiego dobrego, dużo zdrowia, szczęścia i wszelkiej pomyślności. Sto lat.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za życzenia.

Ja jeszcze mam takie pytanie doprecyzowujące odnośnie ilości tych poradni nefrologicznych dla dorosłych i dzieci. Widzimy chyba – to można różnie interpretować – ale wydaje nam się chyba wszystkim, że jest to za mała dostępność.

Czy tu takim czynnikiem ograniczającym jest ilość kadry? W związku z tym bardzo bym prosiła o informację, ilu mamy lekarzy o specjalności nefrologia dla dorosłych i dla dzieci w kraju, i jak to wyglądało w ostatnich, powiedzmy, kilku latach. Państwo przygotowujecie informację od 2020 r., więc myślę, że ta perspektywa kilku lat dałaby pewien pogląd na kadry medyczne specjalistów w zakresie nefrologii. Proszę, pani konsultant może udzielić głosu.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Magda Krajewska, konsultant krajowy nefrologii.

Ściągnęłam dane z Naczelnej Izby Lekarskiej zarejestrowanych nefrologów dorosłych, bo na temat dziecięcych nie mam danych; jest ponad 1,5 tys. osób, ale praktykujących między 800 a 900, tak że to jest bardzo mała liczba osób i jeśli możemy, powiedzmy, nawiązując do tej specjalizacji, chociaż problemów do omówienia jest mnóstwo.

Wydało nam się w społeczności nefrologicznej, że to powinna być specjalizacja tzw. doto- wana, dlatego że jest coraz mniejsze zainteresowanie nefrologią, bo to jest specjalizacja trudna,

związana z opieką nad ciężko chorym i teraz na przykład w sesji na całą Polskę zdaje 30 osób. Nie wiadomo, czy wszyscy zdadzą, wobec tego jakby dopływ tej kadry jest mały i to na pewno jest powód, że tych poradni jest mało. Ale nie jedyny, bo ja osobiście staram się o otwarcie poradni na Dolnym Śląsku w NFZ. Otrzymałam dwa dni temu informację, że jesteśmy zabezpieczeni, a nie jesteśmy zabezpieczeni absolutnie. Dolny Śląsk jest prawie że na końcu; jest przedostatni. Tak że to jest kwestia kadry – tak, ale głównie pieniędzy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A czy mamy dane dotyczące nefrologów dziecięcych, pani konsultant?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Ja mogę właśnie się odnieść, jeśli chodzi o nefrologów dziecięcych.

Jest bardzo podobna sytuacja, aczkolwiek skala jest zupełnie inna, ponieważ generalnie rzecz biorąc populacja dziecięca, i również, jeżeli chodzi o specjalizację, jest dużo mniejsza. Mniej więcej około do 120 osób uzyskało specjalizację z nefrologii dziecięcej; jest jeszcze z tej starej, można powiedzieć, kadry. Są to lekarze, którzy uzyskali specjalizację z pediatrii i z nefrologii, a już nie przystąpili do specjalizacji z nefrologii dziecięcej, tak że ta ilość na pewno jest niewystarczająca, żeby zabezpieczyć teren. Mogę powiedzieć jedno i to trzeba jasno powiedzieć – pacjenci w dużych miastach są zabezpieczeni. Gorzej jest rzeczywiście w rejonie. Tam tych poradni zdecydowanie brakuje i stąd niestety kolejki do poradni specjalistycznych w dużych miastach się wydłużają. Jest to bardzo zróżnicowane. Tu też słyszeliśmy, że jest to różnie.

Więc jeśli chodzi o czas oczekiwania, najkrótszy czas oczekiwania w jednym z województw, to jest na przykład do trzech tygodni, ale są też takie poradnie, które mają kolejkę kilka miesięcy, nawet do dziewięciu miesięcy był taki okres, że w Centrum Zdrowia Dziecka – dostałam informację – że takie są oczekiwania na tzw. poradę planową. Gdybyśmy chcieli spojrzeć na ten raport, tutaj niestety nie wyodrębnia populacji dziecięcej, natomiast chciałam podkreślić, że jeśli chodzi o opiekę nad dzieckiem z przewlekłą chorobą nerek, to po stwierdzeniu już... Przede wszystkim zacznijmy od tego, że epidemiologia jest inna, ale również etiologia i tutaj trzeba zwrócić uwagę na fakt, że główną przyczyną przewlekłej choroby nerek u dzieci są wady. W związku z tym warto by większy nacisk położyć na te wykrycie wczesnych wad. Tutaj mi brakuje tego właśnie podejścia, bo przecież nawet ja o tym, można powiedzieć, piszę w swoich raportach – nawet jeśli ujmuje się, że dziecko ma prenatalnie wykryte podejrzenie wady – to w dalszym ciągu ono jest jakoś tam bardziej zauważone, natomiast te dzieci, u których badanie prenatalne USG wypadło prawidłowo, praktycznie rzecz biorąc już tej procedurze nie podlegają.

W związku z powyższym mój postulat jest taki, żeby właściwie do pierwszego roku życia wszystkie dzieci miały wykonane badanie USG, bo potem co się okazuje? Widzimy tak naprawdę... Tutaj jest może nas nie aż tak liczna grupa nefrologów dziecięcych, ale potwierdzają koledzy na pewno fakt, że zbyt często przychodzą do nas dzieci już w schyłkowym stadium niewydolności nerek, gdzie podłożem tego schorzenia była właśnie wada, która przebiega skrycie i dopóki się nie zdarzy jakiś incydent zakażenia, to ona przebiega po prostu i jej nie ma. W związku z tym myślę, że jeszcze jest dużo do zrobienia.

Z drugiej strony, jeśli chodzi o kadrę, to tutaj się na pewno pani prof. Krajewska ze mną również się zgodzi, że kadra jest starzejąca, a chętnych do specjalizacji... Doświadczona bardziej – tak, dobrze – przepraszam. Chodzi o to, że nie ma zbyt wielu chętnych do tej specjalizacji. To były dane niejednokrotnie pokazywane nawet w ministerstwie, jakie jest zainteresowanie młodych ludzi danymi specjalizacjami, to zarówno nefrologia, jak i nefrologia dziecięca absolutnie były na końcu tejże listy. I to, co mogę powiedzieć, już od kilku lat, przeprowadzając egzaminy specjalizacyjne, mogę stwierdzić, że nie ma potrzeby przeprowadzania egzaminów testowych, ponieważ zgłasza się do egzaminu mniej niż 10 osób. W poniedziałek miałam taki egzamin; zgłosiło się 8 osób. Tak się mniej więcej dzieje w każdej sesji, tak że przybór mały, a odpływ za niedługo będzie duży i będzie problem, i widzę problem w przyszłości. To samo dotyczy kadry pielęgniarskiej.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo proszę panią konsultant.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Jeśli jeszcze można, nawiązując – bo zaraz będziemy rozmawiać, tematów jest bardzo dużo – do tej opieki koordynowanej. Nie wiem, czy są już dane z NFZ, panie dyrektorze, dotyczące

drugiej połowy zeszłego roku, bo ja mam... Jeszcze do niedawna były dostępne tylko dane z pierwszego okresu i z tego pierwszego okresu, ja przypominę państwu, że opieka koordynowana w POZ weszła w listopadzie 2023 r. i, powiedzmy, tylko dla porównania przeczytam państwu dwie liczby. Mianowicie budżet powierzony opieki koordynowanej dla kardiologów – w 2020 r. to było 7 mln zł, a dla nefrologów 230 tys. zł przy, powiedziałabym, porównywalnej skali zachorowalności. Pierwsze półrocze 2024 r. – kardiologia 6,7 mln zł, nefrologia 220 tys. zł. To pokazuje, że ten przyrost POZ nie jest taki duży. Ja jestem zresztą w kontakcie z PTMR, z konsultantem krajowym, panią prof. Agnieszką Mastalerz-Migas, i rzeczywiście to nie jest przyrost bardzo zadowalający między innymi dlatego, że jest trudny dostęp do nefrologa. Mówimy o mniejszych miejscowościach. Trudno wynająć tego nefrologa. Poza tym to nie jest do końca opłacalne dla lekarza POZ, dlatego że to jest zwykle bardzo trudny pacjent, wymagający częstych konsultacji, które są tak wycenione, że po prostu nie pokrywają tych kosztów, bo 150 zł dostaje lekarz POZ, a konsultacja nefrologa kosztuje na rynku więcej. W związku z tym, żeby nie wchodzić w te szczegóły, prawdę powiedziawszy nie widzę możliwości wielkiego rozwoju, jeśli tego nie zmienimy. Pan dyrektor był uprzejmy wymienić Parathormon. Myślę, że gazometria jest badaniem, które również powinno być wprowadzone, i generalnie powinniśmy się nad tym problemem dostępu... Bo większość pacjentów jednak jest w POZ, zanim trafi do AOS, i tam to powinno być jednak zrobione, tak żeby to się zmieniło, bo widzicie państwo, różnice są niesamowite po prostu.

Nie ma jeszcze nowych danych, tak? A może już są, bo miały być na koniec marca, ale ja pytałam, wie pan, w przyszłym tygodniu, to jeszcze ich nie było.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Jeszcze końca marca nie mamy, więc...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A czy mamy kogoś z NFZ, kto mógłby nam podać precyzyjne informacje na temat kosztów świadczeń z zakresu nefrologii dla dzieci, dla dorosłych w tym roku i w ostatnich latach, jak wyglądał przyrost, bo to jest istotne też z punktu widzenia obszaru, o którym dyskutujemy.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Adriana Jabłońska:

Dzień dobry, Adriana Jabłońska, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Przygotujemy oczywiście dane. Ja przy sobie ich nie mam. Myślę, że już powinny dać się już wygenerować.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To bardzo prosimy o przedstawienie w takim ujęciu od 2020 r. do końca 2024 r., bo myślę, że już państwo rok macie podsumowany, bo sprawozdania z podmiotów leczniczych już zapewne dotarły o wykonaniu świadczeń, więc bardzo byśmy prosili w takiej perspektywie pięcioletniej, bo lata 2020–2024 i na sekretariat bardzo proszę o przesłanie.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Z danych, które mam za ubiegły rok, to tylko ta różnica, że w 2023 r. tą ścieżką nefrologiczną objętych było około 300 pacjentów, a w 2024 r. – tylko to podsumowanie całego roku już – 9 tys. pacjentów.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale to rozumiem, że w ramach skoordynowanej opieki zdrowotnej w POZ?

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Tej opieki koordynowanej w POZ.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, ale ja też bym prosiła o nakłady na nefrologię ogólne, globalne – na nefrologię i leczenie szpitalne, poradnie itd. w skali NFZ.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Dobrze, oczywiście. Część danych mam, ale to chyba nie ma sensu, żebym czytała z tabelki. Prześlemy gotowe, zagregowane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo proszę. Kto teraz? Może pani profesor?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Myślę, że musimy jakoś ukierunkować tę dyskusję z tego względu, że problemów dotyczących nefrologii jest bardzo dużo i one są jednak bardzo zróżnicowane.

Zupełnie co innego nefrologia dziecięca, zupełnie co innego diagnostyka, zupełnie co innego leczenie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Tych problemów jest naprawdę bardzo dużo. Diagnostyka to jest rzecz pierwsza. Było tu wspomniane, pan dyrektor był uprzejmy powiedzieć o ilości pacjentów hemodializowanych – chciałabym powiedzieć, że dializa otrzewnowa jest ogromnym problemem w Polsce. My odstajemy od całego świata, jeżeli chodzi o ilość pacjentów dializowanych otrzewnowo. Odstajemy również od całego świata, jeśli chodzi o ilość pacjentów zgłaszanych do przeszczepu dawstwa żywego, jest bardzo duży problem z kwalifikacją do przeszczepu, dlatego że średni okres oczekiwania pacjenta, który się nada do przeszczepu, nie ma przeciwwskazań i powinien być wpisany na krajową listę oczekujących, to jest ponad 2 lata w Polsce, a potem okresie oczekiwania rok na przeszczepienie. Co to znaczy? To znaczy, że pacjent nie jest w stanie wykonać badań specjalistycznych. Do przeszczepu trzeba wykonać mnóstwo badań – urolog, mammografia, dentysta, okulista i wygląda to w Polsce w ten sposób, że pacjent dializowany na stacji dostaje skierowanie i musi sobie z tym poradzić; wpisuje się do endokrynologa, ma 150 dni oczekiwania albo 180 dni, nawet nie wiem. Nie jest w stanie po prostu tego załatwić. Dodatkowo te badania się przeterminowują, co oznacza, że zrobi pierwsze, a jak zrobi ostatnie, to już nie ma tego pierwszego. Trwa to ponad 2,5 roku. Tak naprawdę powinno trwać 3 miesiące, więc to jest też bardzo duży problem, czyli dializa otrzewna. Na hemodializie, proszę państwa, dostęp do hemodiafiltracji, który jest absolutnie za mały; problem dostępów naczyniowych – coraz więcej jest w Polsce pacjentów hemodializowanych przy użyciu cewników, znacznie gorszej metody, kosztowniejszej w ogólnym rozrachunku, bo powodującej powikłania, głównie infekcyjne. Nie mamy zorganizowanego tego problemu, jak u pacjentów wykonywać dostęp naczyniowy z tzw. własnych naczyń, ale myślę, że jakby może podzieliśmy to, jak państwo mówicie, na działy, bo nie jesteśmy w stanie rozmawiać o wszystkim naraz jednocześnie.

Natomiast myślę, że główny problem to jest niedoszacowanie procedur nefrologicznych i od tego chyba powinniśmy wyjść, dlatego że dopóki to nie będzie dobrze skalkulowane, to wszystko inne nie będzie się układało, tak jak należy.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ale ja bym może prosił, pani profesor, żeby przedstawiła sygnalizacyjnie wszystkie dziedziny, bo skoro jesteśmy tutaj dzisiaj i jest takie zacne grono, to warto, żeby pani zasygnalizowała, a my też z każdego takiego posiedzenia podkomisji przygotowujemy do ministerstwa zestawienie, jakie problemy były poruszone i przedstawiamy to ministerstwu.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

No to pierwsza rzecz to jest ta diagnostyka, którą należy poprawić, przewlekłej choroby nerek. Ja mówię o dorosłych. Pani profesor będzie mówiła zaraz o dzieciach.

Druga rzecz to jest ilość poradni, których jest absolutnie za mało. Ilość oddziałów nefrologicznych – proszę państwa, od kiedy tak naprawdę przestały istnieć oddziały internistyczne, nefrologia jest zalewana pacjentami internistycznymi i naprawdę dostanie się do specjalistycznego oddziału nefrologicznego jest wielkim kłopotem. Czyli ilość poradni, ilość oddziałów nefrologicznych, dostępność do dializy otrzewnowej przy tych oddziałach. Chodzi o to, żeby oddziały czy te jednostki nefrologiczne zapewniały pacjentowi dostęp do wszystkich metod leczenia, czyli żeby była przy stacji dializ również możliwość leczenia dializą otrzewnową, żeby była możliwość leczenia hemodiafiltracją, tak jak to powinno być, żeby pacjent miał możliwość wykonania dostępu naczyniowego w ramach tego leczenia, no i ta kwalifikacja do przeszczepienia, dlatego że zmiana... Z tym, że muszę powiedzieć, że nad tym Polskie Towarzystwo Nefrologiczne teraz pracuje. Jesteśmy w kontakcie z ministerstwem i ten projekt jest teraz szykowany, dlatego że ta zmiana wymaga takich zmian ustawowo-prawnych troszeczkę,

żeby można było zakwalifikować pacjenta w sposób pomijający jakby trochę te kolejki do specjalistów i żeby to trwało krócej, i żeby były do tego wyspecjalizowane ośrodki, dlatego że wyobrażam sobie, że to powinno być coś takiego, jak działanie karty DILO, czyli to jest grupa pacjentów, która jest wyjęta spoza tych wszystkich oczekiwań, ale nad tym pracujemy i tu jakąś propozycję przedstawimy. Natomiast myślę, że powinny powstać jakieś takie grupy robocze, które się zajmą takimi poszczególnymi problemami, czyli dostępem naczyniowym, dializą otrzewnową, hemodiafiltracją, kwalifikacją do przeszczepu, poprawą diagnostyki, dlatego że to jest tak duża grupa tematów, że jakby razem wszystkim zajmować się nie możemy.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę panią konsultant.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Gdybyśmy chcieli iść tą samą ścieżką, to mogę powiedzieć, że jeszcze raz podkreślam, że dla nas jest najważniejszy fakt, żeby ten czynnik ryzyka wychwycić u dziecka, a więc właśnie zwrócić uwagę na wadę, zwrócić uwagę na podstawowe badania moczu i tutaj jest właśnie apel do lekarzy pierwszego kontaktu, żeby jednak do pierwszego roku życia zrobili to badanie USG, a potem przynajmniej raz w roku podstawowe badanie moczu, jeżeli będą jakieś zmiany, zanim wysła się do lekarza specjalisty, żeby jednak to monitorować.

Myślę, że w pewnym sensie, jeśli chodzi o te kolejki do lekarza specjalisty, są jednocześnie spowodowane tym, że zbyt szybko lekarze POZ odsyłają do poradni specjalistycznych. Tak zawsze opowiadamy sobie w skrócie – dwie krwinki białe na krzyż i już lekarz specjalista, a jednak to należy do lekarza pierwszego kontaktu, czyli wydaje mi się, i ja to też podkreślałam w swoich raportach, że ta współpraca, gdyby była jeszcze troszeczkę lepsza i żeby ustalić ściśle kryteria kierowania do lekarza specjalisty w sposób pilny czy w sposób planowy, to na pewno też by rozładowało kolejki w specjalistycę.

Natomiast jeśli chodzi już o dalszy etap, to mogę powiedzieć jedno, że jeżeli chodzi o leczenie szpitalne, to tutaj większych problemów, jeżeli chodzi o dzieci, nie ma. Każde dziecko, które ma ostrą chorobę nerek, jest natychmiast w trybie ostrym przyjmowane. Na planowe w różnych miejscach różnie się czeka, ale nie jest to jakimś większym problemem. Każde dziecko ma też oczywiście zagwarantowane leczenie nerkozastępcze i z tym też nie ma żadnego problemu.

Chciałabym teraz poprosić może pana dr Rubika, żeby dwa słowa powiedział o transplantacji, bo to jest najważniejsza osoba.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Proszę się przedstawić do mikrofonu.

Kierownik Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego Instytutu Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, kierownik Poradni Transplantacji Nerek przy Klinice Nefrologii, Transplantacji i Nadciśnienia Tętniczego IP – CZD w Warszawie Jacek Rubik:

Jacek Rubik, Centrum Zdrowia Dziecka, jestem kierownikiem Poradni Transplantacji Nerek i Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego.

Sprawa kwalifikacji dzieci do przeszczepienia też, moim zdaniem, nie wymaga specjalnej poprawy ze względu na liczby, dlatego że na liście oczekujących, sprawdziłem w tej chwili, jest 1095 pacjentów, z czego dzieci jest tylko 56 – to jest ułamek procenta. Co więcej, na liście oczekujących jest więcej dzieci, niż dzieci dializowanych. To znaczy – biorę pod uwagę chorych, którzy są na aktywnej liście i w trakcie przygotowania – dzieci dializuje się w tej chwili około 100. Również przeszczepianie nerek od dawców żywych też inaczej wygląda, bo mamy około 20–25% przeszczepień od dawców żywych, dlatego że zazwyczaj razem z pacjentem do przeszczepienia zgłasza się również jakiś dawca z rodziny.

Co jeszcze więcej?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Właściwie...

Kierownik Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego Instytutu Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, kierownik Poradni Transplantacji Nerek przy Klinice Nefrologii, Transplantacji i Nadciśnienia Tętniczego IP – CZD w Warszawie Jacek Rubik:

W Polsce jest tak, że opieka transplantacyjna jest scentralizowana. Jest jeden ośrodek, w którym się przeszczepia nerkę i wątrobę. Również scentralizowana jest opieka

później – potransplantacyjna. W tej chwili pod opieką mamy 235 pacjentów. To też jest ułamek tego, ilu jest dorosłych pacjentów.

Ja przyszedłem tutaj dlatego, żeby się specjalnie nic nie zmieniło, bo uważam, że...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli w Polsce mamy jeden ośrodek, gdzie są wykonywane przeszczepy nerek? Jeden w Centrum Zdrowia... Dla dzieci, tak. Mam na myśli dzieci.

Kierownik Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego Instytutu Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, kierownik Poradni Transplantacji Nerek przy Klinice Nefrologii, Transplantacji i Nadciśnienia Tętniczego IP – CZD w Warszawie Jacek Rubik:

W zeszłym roku również pobiliśmy rekord, jeśli chodzi o liczbę przeszczepień wątroby i nerki. W sumie 103 przeszczepienia; 58 nerek. Tak że takiego roku jeszcze nie było.

Tak jak pan dyrektor mówił, wynika to ze zwiększenia ilości zmarłych dawców, choć żywych też mieliśmy 20%.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Ale ja teraz muszę powiedzieć o przykrych sprawach. Mianowicie – i o to już od lat wnioskuję i proszę – finansowanie hemodializy dla dzieci. Wiadomą jest rzeczą, że ta populacja jest bardzo niewielka. Ośrodków dializacyjnych do hemodializ dla dzieci jest w sumie tylko 12. W związku z tym wymusza to transport z niekiedy bardzo odległych miejscowości i niekiedy dzieci jadą ponad 100 km do ośrodka hemodializ. Oczywiście taki transport podraża koszty dializy. Jak zbierałam informacje jeszcze trzy lata temu dokładnie, jak to wygląda, to był ośrodek – konkretnie mogę nawet powiedzieć – w województwie lubelskim, gdzie dializa kosztowała – wychodziło im – 900 zł, podczas gdy finansowanie jest jedno, bo jest łączne z transportem ryczałtowo, co wychodziło 400-parę zł. W związku z tym na każdej dializie tego dziecka traciło się połowę ceny. W związku z tym ja wnioskowałam już wielokrotnie o odrębne finansowanie transportu i odrębne finansowanie samej dializy. Ja bardzo proszę, że jeżeli to nasze spotkanie mogłoby pomóc, to bym była naprawdę zobowiązana.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jest wniosek o wydzielenie jakby kosztów transportu dzieci na dializę od samej procedury. Dziękuję.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Tak na pocieszenie, że to nie jest taki duży problem ilościowy, a jednak dla konkretnego szpitala jest obciążenie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A ja mam jeszcze pytanie odnośnie tych przeszczepów u dzieci. Jak wygląda później opieka nad tymi dziećmi? Bo rozumiem, że one później są wszystkie opiekowane przez Ośrodek Centrum Zdrowia Dziecka, ale w ogóle jak wygląda później, że tak powiem, kwestia funkcjonowania tych przeszczepionych nerek, długość itd.? Czy państwo moglibyście tutaj jakieś dane podać?

Kierownik Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego Instytutu Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, kierownik Poradni Transplantacji Nerek przy Klinice Nefrologii, Transplantacji i Nadciśnienia Tętniczego IP – CZD w Warszawie Jacek Rubik:

W Polsce są dwa ośrodki sprawujące opiekę nad pacjentem tuż po przeszczepieniu.

Centrum Zdrowia Dziecka – główny ośrodek – mamy 235 pacjentów. Drugim ośrodkiem jest Gdańsk, który opiekuje się pacjentami z Pomorza, aczkolwiek sami nie przeszczepiają. Średni czas przeżycia przeszczepu u dziecka teraz wynosi około 15 lat, tak że większość naszych pacjentów przeszczepiamy jako małe dzieci, 2–3 latki. Potem przekazujemy po kilkunastu latach opieki do ośrodka dla dorosłych. Rzadko dziecko traci przeszczep i wtedy wraca do swojego ośrodka dializacyjnego, natomiast częstota wizyt w naszej poradni zależy od czasu po przeszczepieniu. We wczesnym okresie to jest raz na dwa tygodnie, raz na miesiąc, a później wizyty są raz na trzy miesiące, przy czym opieka nad dzieckiem po przeszczepieniu wygląda tak, że poradnia jest takim centrum decyzyjnym. Rodzice pacjentów się z nami kontaktują i w razie jakichś problemów mogą uzyskać natychmiastową pomoc. Wizyty nie są limitowane, tak że wizyta może się odbywać z dnia na dzień, nie ma kolejek oczekujących, jak również współpracujemy na stałe z ośrodkami, które nam zgłosiły dzieci do przeszczepienia, bo jest 13 ośrodków...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

To znaczy 12 hemodializacyjnych, 13, w których zajmują się też dializą otrzewnową.

Kierownik Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego Instytutu Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, kierownik Poradni Transplantacji Nerek przy Klinice Nefrologii, Transplantacji i Nadciśnienia Tętniczego IP – CZD w Warszawie Jacek Rubik:

W sumie 13. Część zajmuje się hemodializą, wszystkie zajmują się dializą otrzewnową i współpracujemy również w okresie po przeszczepieniu, czyli dziecko zawsze może trafić do ośrodka, który skierował dziecko na przeszczepienie, tak że moim zdaniem tutaj opieka jest dobra; bez żadnych limitów przeszczepień. Czas oczekiwania na przeszczepienie, który tutaj u dorosłych wynosi około 800 dni, u dzieci jest podobny, ale to wszystko zależy od tak naprawdę szczęścia, dlatego że w skrajnych przypadkach czas oczekiwania na przeszczepienie wynosi 1–2 dni, jeśli dawca zmarły ma zgodne antygeny z biorcą, a czasami rzeczywiście wydłuża się do kilku lat.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Jeszcze czas wykonania badań do zgłoszenia, nie czas oczekiwania u dorosłego.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo proszę, bo tam pani jeszcze się zgłosiła.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, konsultant wojewódzki Dorota Drożdż:

Tak, ja jeśli mogę jeszcze prosić o uzupełnienie tych kosztów...

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Proszę się przedstawić.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, konsultant wojewódzki Dorota Drożdż:

Dorota Drożdż, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej.

Jeszcze jest taki problem z kosztami dializoterapii u dzieci, że w tych naszych ośrodkach dializujemy czasami po kilkoro pacjentów. Ta stacja dializ musi być utrzymywana, czyli koszty infrastruktury są dużo większe, niż w ośrodkach, które dializują osoby dorosłe, ponieważ rozkładają się na czasem 8, czasem 10 pacjentów, a nie 50 czy 100. Natomiast to jest tak wysoce specjalistyczna opieka, że nie możemy tych naszych pacjentów przekazać ośrodkom dla dorosłych, stąd te koszty jednostkowe, oprócz transportu, są również bardzo wysokie.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani konsultant.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

W nawiązaniu do tego, co pani profesor przed chwilą powiedziała. W związku z tymi problemami istnieje tendencja, ażeby przekazywać dzieci do ośrodków dla dorosłych i tutaj zacznie być problem tego typu, że jeżeli już by miała być taka sytuacja, to absolutnie musi być w takim ośrodku lekarz, który jest pediatrą i specjalistą z nefrologii. Jednak odrębności u małych dzieci są bardzo duże i to nie może być internista. Tak że to tak przyszłościowo, bo ja jednak mam nadzieję, że do tego gremialnie nie dojdzie i że jednak stacje dializ pediatrycznych pozostaną, i ja za tym optuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani, tam na końcu.

Prezes Fundacji Dbam Iwona Olszewska-Król:

Dzień dobry. Iwona Olszewska-Król. Ja jestem prezesem Fundacji Dbam od dwóch lat, a członkiem Stowarzyszenia Ogólnopolskiego Moje Nerki, z którym też współpracuję, jako pacjentka po transplantacji po wyprzedzającym przeszczepie nerki. Moja choroba trwała przez ponad 20 lat. 5 stadiów do schyłkowej niewydolności, później transplantacja, powrót do pracy, do pełnej sprawności. Chciałabym jeszcze tutaj zwrócić też uwagę właśnie na to, jeżeli państwo mogą też przekazać tę prośbę pacjentów, z którymi mamy do czynienia na różnych grupach pacjenckich, którzy mówią, że kwalifikują się do dializ, są kwalifikowani do dializowania się, a nie mają informacji o tym, że mogą być przeszczepieni wyprzedzająco. Co innego pacjent, który jest rozpoznany nagle przy okazji różnych badań do pracy, dowiaduje się, że jest tak bardzo

chory, że musi już być dializowany, a co innego pacjent, który choruje często na schyłkową niewydolność nerek, przechodzi przez te kilka stadiów i dowiaduje się, że musi być dializowany. Tutaj też właśnie taka prośba, żeby móc informować, że leczenie nerkozastępcze to też jest przeszczep wyprzedzający, który pozwala pacjentowi oszczędzić bardzo dużo utraty własnego zdrowia na dializach, ale też poprawia jakość życia. Ja, proszę państwa, w piątek wróciłam z pracy, w sobotę pojechałam na przeszczep, wyszłam po tygodniu do domu i byłam miesiąc na zwolnieniu. I później wróciłam do pracy bez komplikacji. Jedyna, jaka jest – cukrzyca potransplantacyjna, z którą raczej sobie radzę; staram się doszkalać, jestem w kontakcie z naprawdę super lekarzami; dowiaduję się o swojej chorobie jak najwięcej; staram się też właśnie tutaj wspierać pacjentów, być i przekazywać im wiele cennych informacji i wiem, że przewlekła choroba nerek to jest już, jakby nie było, choroba cywilizacyjna i ta edukacja jest bardzo istotna.

I też, jeżeli chodzi o łóżka nefrologiczne, jako pacjentka po transplantacji nerki jestem często pacjentką oddziału na ul. Banacha w bloku, gdzie jest właśnie połączony oddział internistyczny, nefrologiczny, dializa otrzewnowa i hemodializa, i często się zdarza tak, że pacjenci transplantacyjni, będąc właśnie na immunosupresji, muszą przedłużać swój pobyt w szpitalu ze względu na infekcje, które ich tam dopadają, bo faktycznie zdarza się tak, o czym też była mowa na poprzedniej podkomisji, że obok w sali jest przywożony pacjent prosto z ulicy, bezdomny; rozsiewają się naprawdę różne infekcje. Nie mówię, że oni nie potrzebują, bo to są osoby oczywiście, że potrzebujące, ale żeby zwrócić uwagę na to, żeby jednak pacjenci nefrologiczni po transplantacji mieli tę strefę, żeby nie musieli później leczyć powikłań po pobytach właśnie w takiej strefie wirusów, bakterii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo proszę, panie dyrektorze, o odpowiedź.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie. Tutaj było zaadresowanych wiele problemów i trudności, powiedzmy sobie, do rozwiązania de facto. Wiele wyzwań.

I teraz, tak jak pani konsultant powiedziała, zaczęliśmy prace w MZ nad rozwiązaniem tych kolejnych trudności. Mieliśmy spotkanie.

Pierwszy z tych elementów – jeżeli chodzi o wykrywalność przewlekłej niewydolności nerek, to pierwszy element będzie w tym programie profilaktycznym „Moje zdrowie”, który wczoraj się pojawił do konsultacji publicznych. Powyżej 20. roku życia oznaczenie GFR takiego przesiewowego badania w kierunku niewydolności nerek. Jeżeli on będzie nieprawidłowy w stosunku do normy wieku, to oczywiście na tej wizycie podsumowującej, która jest elementem tego programu, powinna być dalsza decyzja co do przekierowania do lekarza i co dalej. To jest to, jakie działania podejmujemy, jeżeli chodzi o zwiększoną wykrywalność.

Jeżeli chodzi o liczbę poradni i też za małą liczbę specjalistów nefrologów, to naszym pomysłem, o którym wstępnie rozmawialiśmy tutaj, jest to, że teraz normy wymagane czasu pracy nefrologa w stacji dializ zupełnie odstają od tego, które są przyjęte w Unii Europejskiej, to znaczy w Polsce ten nefrolog musi być cały czas, a jego obecność, tak jak tutaj eksperci mówią, jest całkowicie zbędna, żeby był tam 10 godzin – tyle, co stacja dializ jest otwarta. Bo nie mówimy tutaj o tych stacjach dializ, które są dyżurującymi stacjami dializ, które są najczęściej przy szpitalu, gdzie trafiają się najróżniejsi pacjenci, i gdzie też wymagają dializ w stanie nagłym; mówimy o takich ambulatoryjnych, planowych dializach i wydaje się, że ten ruch mógłby nam potencjał nefrologów uwolnić do tego, żeby oni mogli pracować w poradniach zanim się nowi wykształcą. Wiadomo, że będą jakieś zachęty do tego, żeby się kształcili.

Kolejnym elementem, o którym pani konsultant mówiła, związanym już z dializami, to jest ten dostęp naczyniowy i wydaje nam się, że to jest jeden z trudniejszych problemów do rozwiązania, bo wiemy, że parę lat temu też był z tym problem. Został stworzony specjalny produkt do rozliczania tego, stworzenia dostępu naczyniowego dla chirurgów, ale to nie sprawiło dużej różnicy, ponieważ tych chirurgów, którzy się w tym specjalizują, nie ma za dużo – to po pierwsze – ta procedura dla szpitala. Mimo że ten produkt jest tam specjalnie, ale tak naprawdę, ponieważ jest bardzo czasochłonny i zasobochłonny, samo wytworzenie tego dostępu naczyniowego. W związku z tym nie jest jakoś bardzo wysoko wyceniony w relacji do tego, ile przychodu szpitale mają z innych procedur chirurgicznych. To nie stało się takie i nie jest to takie bardzo popularne. Tutaj zastanawiamy się, jak ten problem rozwiązać – czy powinny być jakieś dedykowane, jednodniowe szpitale chirurgiczne – jednodniówki – które specjalizowałyby się, bo to też jest

ważne, żeby te dostępy tworzył człowiek, który to umie robić i się w tym specjalizuje, i na tej chirurgii naczyń się zna. Nad tym pracujemy.

Podobnie pracujemy nad rozwiązaniem tej sytuacji z kwalifikacją do przeszczepienia, kiedy faktycznie jest to długi okres oczekiwania, ale też dużo, tak jak tutaj pani powiedziała, jest też po stronie samych stacji dializ, które często z dużym opóźnieniem informują pacjentów, że z takiej możliwości można skorzystać i też myślimy, jak zmotywować te stacje dializ do większej aktywności w zakresie zgłoszenia pacjentów do kwalifikacji, ale to też musi być połączone z większą przepustowością tych ośrodków regionalnych kwalifikujących, bo teraz ich przepustowość jest dosyć niska.

Jeżeli chodzi o tę zmianę wyceny dla dzieci, czyli rozumiem, że cena za hemodializę czy hemodiafiltrację, czy dializę otrzewnową byłaby podobna, jak teraz, dla dorosłych, tylko chodzi, że transport wyceniony – to pomyślimy, zastanowimy się. Tutaj pan dr Kołakowski z NFZ i pani dr Mańkowska z AOTMiT, więc myślę, że posiedzimy, zastanowimy się nad tym, jak to rozwiązać, żeby faktycznie te stacje... I to jest taki, myślę, dosyć najprostsza rzecz, którą można zrobić z tych wszystkich, bo tutaj wszystkie inne wymagają współpracy wielu ośrodków i środowisk, bo wiemy, że stacje dializ w Polsce są głównie w rękach właścicieli prywatnych. To jest wiele takich elementów, które musimy... Wielu interesariuszy do tego jest – te dostępne: dializoterapia, oddziały dzienne jednodniowe, więc tutaj pewnie wymaga to więcej pracy, niż ten punkt wyłączenia wyceny dla dzieci. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę panią profesor konsultant krajową.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Jeśli można, odnosząc się do wypowiedzi pana dyrektora, to powiem tak – nie bardzo sobie wyobrażam, żeby nie było lekarza na stacji dializ na dyżurze w szpitalnej stacji dializ.

Natomiast ja myślę, że problem bardziej polega na tym, że ten lekarz w czasie, kiedy bardziej pracuje na dializie, mógłby jednocześnie prowadzić stację dializy otrzewnowej. To nie jest w tej chwili możliwe ze względu na prawne uwarunkowania, a jest potrzebny dodatkowy lekarz, żeby można było prowadzić dializę otrzewnową w tym samym ośrodku w tym samym czasie, a to na pewno jest możliwe, żeby to można było zrobić.

Poza tym powiem tak – to troszkę zabrzmiało, jakby stacje dializ nie informowały pacjenta o możliwości przeszczepienia. To nie jest tak do końca. Tam pracują lekarze nefrologi, oni dobrze wiedzą, że przeszczepienie jest najlepszą metodą leczenia nerkozastępczego. Problem jest naprawdę w dostępie do badań, bo sama edukacja, tak jak była pani sama uprzejma powiedzieć, nie ułatwi sprawy. Musi być ścieżka, która nakieruje pacjenta, bo gdzie ma pójść pacjent preemptive, czyli ten tzw. jeszcze niedializowany? Gdzie on ma pójść, żeby się zgłosić do przeszczepu.

Prezes Fundacji Dbam Iwona Olszewska-Król:

Jeżeli mogę powiedzieć, to też jest tak, że ja sama zgłaszałam mojemu lekarzowi o tym. Ja miałam dawców żywych, którzy...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

No właśnie o to chodzi. ROK, czyli te ośrodki kwalifikujące, są powołane na podstawie ustawy transplantacyjnej. Czyli można powiedzieć tak – w jednym szpitalu powołuje je komendant, jak to jest szpital wojskowy; w jednym powołuje dyrektor; w jednym płaci, w drugim nie płaci. To wszystko jest jakby nie do końca usystematyzowane. W związku z tym wprowadzenie takiej ścieżki, która ułatwi kwalifikację do przeszczepu, obejmie również pacjentów preemptive i obejmie również dawców żywych, bo jeśli będzie miejsce, gdzie będzie koordynator, gdzie będzie wiadomo, że się można zgłosić, to to powinno być ułatwione.

Natomiast z tymi chirurgami to jest trochę tak, że zabieg przeszczepienia dla chirurgów, którzy wykonują duże zabiegi naczyniowe i, powiedzmy, aortę wymieniają na nową, nie jest zabiegiem, którym oni są zainteresowani. To jest zabieg, który w dużym ośrodku specjalistycznym zawsze będzie na końcu i zawsze spadnie, bo te wszystkie poprzednie się przesuwają i zawsze będzie go robił najmłodszy lekarz. Takie jest życie i niestety tak to wygląda, a to jest, słuchajcie, linia życia dla pacjentów. W związku z tym to musi być tak ułatwione, żeby były ośrodki dedykowane, żeby było tak jak pan dyrektor był uprzejmy powiedzieć – żeby robili to ludzie, którzy

umieją to zrobić i którzy chcą to robić; którzy są tym zainteresowani, a nie traktują to jako zło konieczne i między dużymi, ważnymi zabiegami muszą zrobić jakieś zespolenie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Ja, jeśli można jeszcze, bo widzę, że może się zbliżamy do końca i byłabym niezadowolona, gdybym nie powiedziała tej kwestii, a przypomniało mi się właśnie dopiero teraz.

Mianowicie u dzieci bardzo ważna rzecz – proces tranzykcji. Mówimy o tym od bardzo wielu lat. W Polsce jest ten problem nierozwiązany. Punkt odcięcia to jest 18. rok życia i nagle dzieci, które były pod opieką pediatry, gdzie były z rodzicami zaopiekowane... Przyznacie państwo, że opieka pediatryczna jest troszeczkę taka bardziej familijna i potem nagle ten pacjent trafia do ośrodka dorosłych, gdzie już nie może być teoretycznie z mamusią. Wiadomą jest rzeczą, że jeżeli to są dzieci z przewlekłą chorobą nerek i niejednokrotnie troszeczkę opóźnione intelektualnie; na różnym tle oczywiście tak jest i w związku z tym one wymagają specjalnego podejścia. One nie potrafią same ocenić swoich potrzeb. Nie potrafią same jeszcze pilnować swoich leków. Są zresztą naukowe badania, które pokazują, że jeżeli dziecko przechodzi tak bezpośrednio bez okresu przygotowawczego, to wyniki leczenia czy potransplantacyjne, czy po hemodializie, są dużo gorsze. Tak że ja apeluję, żebyśmy zrobili chociaż jakiś wstępny krok ku temu, żeby takie rozwiązania, jak to jest w Wielkiej Brytanii czy w wielu krajach Europy są... Przecież możemy powielić ten program, który jest, tylko myślę, że wszystko się rozbija niestety o finanse, ale jest to bardzo ważny element w prowadzeniu pacjenta z przewlekłą chorobą nerek.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, bo pan tutaj się zgłaszał. Bardzo proszę się przedstawić.

Profesor w Sekcji Nefrologicznej NEFRON Izby Gospodarczej „Medycyna Polska” Szymon Brzóska:

Szymon Brzóska, NEFRON Izba Gospodarcza. Ja chciałem tutaj jeszcze również kilka słów komentarza, absolutnie zgadzając się z moimi przedmówcami, ale chciałbym zwrócić państwa uwagę w kwestii transplantacji, to co jest ważne.

Pani, która zabierała głos o przeszczepieniu wyprzedzającym – chciałbym uświadomić, że dzisiaj dostęp do rejestrów transplantacyjnych mają stacje dializ, więc proszę zobaczyć, że jak mówimy o dostępie do poradni nefrologicznej w mniejszym miasteczku, poradnia nefrologiczna może funkcjonować bez stacji dializ. To jest oczywiście realna bariera.

Ja też adresuję à propos tego, o czym pan dyrektor powiedział. Mam na myśli całą masę niedomówień à propos zgłaszalności przez stacje dializ, a nie naprawdę niechęci lekarzy nefrologów, bądź też jakichś innych, i to jest bardzo ważne, żebyśmy tutaj na tym forum prostowali te kwestie. To są naprawdę obiektywne bariery, które mogą tutaj stanowić przeszkodę.

Jednocześnie proste rozwiązania à propos rzeczywiście zadbania o informowanie. W środowisku stwórzmy jasny, nie wiem, taki list on-boardingowy do pacjenta, który każdy pacjent w każdej stacji dializ Rzeczypospolitej ma otrzymać na pierwszej dializie, jeśli jest pacjentem ze schyłkową niewydolnością nerek. W organizacji, w której pracuję, my taki newsletter stworzyliśmy. U nas każdy pacjent dostał fizycznie na fotel dializacyjny informację, że istnieje metoda leczenia przeszczepieniem nerki. Naprawdę dużo więcej nie trzeba. Te rozwiązania są. Chcę państwu jeszcze raz uświadomić, że w opisie procedury hemodializy nie ma słowa transplantacja, a stacje dializ ambulatoryjne, których jest ogromna większość, są zamknięte w nocy. Nierzadko przeszczepienie odbywa się w nocy i zwyczaj polski, bo to nie jest tak, że to jest wymóg medyczny, polega na tym, że koordynator transplantacyjny, często chirurg albo osoba współpracująca z chirurgiem, telefonuje do stacji dializ i w stacji dializ nikt telefonu nie odbiera. To generuje nierówny dostęp do transplantacji dla pacjentów, którzy nie są dializowani w ośrodku, w którym stacja dializ ma 24-godzinny kontrakt. To jest realny problem, który jest naprawdę rozwiązywalny.

Wreszcie kwestia, o której pan dyrektor wspominał, dostępu naczyniowego i tego pozornego rozwiązania, które było wprowadzone, bo rzeczywiście to wpadło na listę nielimitowanych zabiegów, niemniej nadal jest to oparte o posiadanie kontraktu z NFZ. Mogę podać przykłady, pisałem o tym do wojewódzkich konsultantów, gdzie NFZ jasno daje uwagę do ośrodka, który wytwarza dostęp naczyniowy, że państwo przekroczyli, nie można, nie zapłacimy, natomiast jest to linia życia.

Wreszcie kolejna rzecz – posiadamy odpowiedź MZ w kwestii organizacji dializy otrzewnowej, która jest metoda domową, naprawdę świetną, i jest dzisiaj bariera organizacyjna w takiej postaci, że również jest to limitowane pełnym etatem nefrologa w stacji dializ, która udziela tego rodzaju świadczenia. Ta metoda zawsze jest metodą domową. Natomiast proszę sobie wyobrazić, że MZ interpretuje fakt dializy domowej, rozdziela dializę otrzewnową jako dializę domową dopiero wtedy, kiedy lekarz i pielęgniarka na zdefiniowane w procesie wizyty procedury raz na sześć tygodni wysyła zespół, czyli lekarz i pielęgniarka, do domu pacjenta. Nikt tak nie robi, więc żyjemy w pewnym dysonansie. Myślę, że ministerstwo nie ma świadomości tego, że nikt tak nie leczy. Oczywiście taka procedura może mieć miejsce, natomiast nie jest nigdy tak rozliczona. Za każdym razem ta hemodializa również wiąże się z tym, że to jest zespół stacji dializ, więc to tutaj też jest do rozwiązania, a zwracam państwa uwagę na to, że samo MZ dopuszcza kwestię wtedy, gdy tego lekarza zatrudniamy na takim etacie, ile potrzeba na wykonanie tej wizyty w domu, ale ona nie jest potrzebna, bo bezpieczniej i lepiej jest, żeby ten pacjent rzeczywiście dojechał do nas do stacji dializ i w taki sposób rozliczyć, i wtedy ja nie potrzebuję 106 godzin, czyli pełnego etatu nefrologa w stacji dializ, tylko rzeczywiście tyłu, ile realnie potrzeba na zaopiekowanie 10 czy 15 chorych.

Jeszcze jedna uwaga na końcu – nie wiem, czy to jest à propos tego profilaktycznego, tu proszę panią profesor o wsparcie. Sam GFR, jeżeli miałby być naprawdę screeningowym testem u ludzi dorosłych, nie jest naprawdę optymalnym rozwiązaniem. Najpierw pojawiają się zmiany albo w osadzie moczu, albo niewielki białkomocz, bo często, jak jest GFR, jest już za późno albo już będziemy narażeni na pewną fałszywą nadrozpoznawalność, bo wiemy, że GFR się waha, więc to jest bardzo ważny też element, który warto byłoby złapać przed systemowym wdrożeniem sprawy. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa? Bardzo proszę. Bardzo proszę się przedstawić.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Adriana Jabłońska, NFZ. Ja tylko chciałam się odnieść do tego, co pani profesor mówiła, że pacjent dostaje do stacji dializ skierowanie i gdzie on ma się udać na badania związane z kwalifikacją do przeszczepu? W AOS w poradni nefrologicznej jest wydzielony nawet zakres na takie świadczenie „kwalifikacja do przeszczepienia nerki”. Płacimy za ten produkt około 2 tys. zł z kawałkiem, mniej więcej 2,2 tys. zł i w zakres tego produktu wchodzi badania i ewentualnie konsultacje specjalistyczne, jeśli są potrzebne. Powinna to zorganizować poradnia nefrologiczna. I może to oczywiście również rozliczyć dla pacjenta zanim on będzie dializowany. Tutaj trochę nie rozumiemy, dlaczego ten pacjent tą ścieżką nie idzie. Realizacja świadczenia i organizacja leży po stronie poradni nefrologicznej.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Przypomnę, że to świadczenie jest raz na życie dla pacjenta. To oczywiście nie rozwiązuje sprawy, dlatego że pacjent może iść do drugiego przeszczepu. Dodatkowo rozmawialiśmy już o tym. Jest bardzo mało poradni nefrologicznych. Poradnie nefrologiczne nie są w stanie wziąć na siebie takiego obciążenia, ponieważ jest ich po prostu za mało. Są za długie okresy oczekiwania. Poza tym część badań, które są przewidywane do przeszczepu, nie tych obligatoryjnych, ale zdarza się sytuacja nierzadko, że pacjent musi mieć wykonaną koronarografię; społeczeństwo się starzeje. Żeby mieć wykonaną koronarografię, poradnia tego nie załatwi; musi to załatwić oddział szpitalny. Dostanie się do oddziału szpitalnego kardiologicznego takiego pacjenta przedłuża tę ścieżkę, tak że to wszystko tak w praktyce wygląda zupełnie inaczej, niż jest naprawdę, dlatego że ta jednorazowa porada musi być po pierwsze wielorazowa. Nie może być tak, że pacjent tylko raz w życiu może być zakwalifikowany do przeszczepu.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Później jest to świadczenie uzupełniające z określeniem pilności przeszczepu.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Ale ono kosztuje, proszę powiedzieć, ile? Grosze.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Tak, 350 zł.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Właśnie i na tym polega problem. Natomiast chodzi głównie o dostępność, bo niewykluczone, że gdyby była dostateczna ilość lekarzy i dostateczna ilość poradni, to to by się w tych poradniach robiło, tylko że jest za mało poradni, długie okresy oczekiwania plus dostęp do oddziałów specjalistycznych. Czasem temu pacjentowi trzeba usunąć gruczolaka przy tarczycy; czasem temu pacjentowi trzeba zrobić koronarografię; czasem trzeba zrobić jakąś naprawę wady układu moczowego i to jest rzecz, która jest po prostu na dzień dzisiejszy nie do przejścia.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo proszę, panie profesorze.

Profesor w Sekcji Nefrologicznej NEFRON Izby Gospodarczej „Medycyna Polska” Szymon Brzóska:

Dziękuję. Jeśli jeszcze tylko mogę uzupełnić, bo rzeczywiście to nawet nie szpital, tylko właśnie konsultacja specjalistyczna do kardiologa i ten człowiek staje w kolejce specjalistycznej. Proszę pozwolić, że jeszcze – realia pokazują, że to nie jest wykorzystywane i właśnie to jest ta bariera, to jest to podłoże, a super, żeby ambulatoryjnie załatwić tę sprawę, bo podłoże jest dobre, tylko stwórzmy do tego dodatek, że jeśli to idzie z tej procedury, to wchodzi w ścieżkę jak DIŁO, że ten kardiolog jest zobowiązany tego pacjenta priorytetowo przyjąć i wtedy to będzie jakieś rozwiązanie, łącznie oczywiście z usługami szpitalnymi gwarantowanymi.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Ale to nie na tym polega. To trochę tak jak w tej opiece koordynowanej w POZ. To nie to, że pacjent ma być skierowany do kardiologa i poczekać sobie w kolejce do kardiologa, do endokrynologa. To w ramach tego produktu powinna być ta konsultacja, czyli...

Profesor w Sekcji Nefrologicznej NEFRON Izby Gospodarczej „Medycyna Polska” Szymon Brzóska:

Chyba nie sposób to udźwignąć.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

Ale organizacyjnie czy finansowo? Bo finansowo to ja rozumiem, że Agencja może nam wycenić na nowo. Ten produkt był kiedyś...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Finansowo i organizacyjnie.

Główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Adriana Jabłońska:

No właśnie, bo finansowo to był produkt wyceniany przez AOTMiT, ale wiadomo, że realia się zmieniają. Wycena może być ponowiona, natomiast właśnie czy organizacyjnie państwo są w stanie...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Wszystko zależy od dostępności do poradni nefrologicznej i dostępności dla tego konkretnego pacjenta do specjalisty generalnie, czyli zarówno do poradni specjalistycznych innych, endokrynologicznej, nawet stomatologicznej, bo tam jest cały szereg badań, które muszą być obligatoryjnie, ale także oddziałów i na tym polega problem.

To jest też, proszę, państwa, problem tych kontraktów, o których mówił tu już pan profesor, bo to się okazuje, że kardiologzy do kwalifikacji do przeszczepu nie będą chętnie przyjmować pacjentów do koronarografii takiej, że tak powiem, sprawdzającej przed przeszczepem, bo mają jakieś ograniczone kontrakty, tak że to jest sprawa organizacji.

To trzeba jakoś rozwiązać, ale tak jak już państwu mówiłam, pochylił się nad tym eksperci nefrologzy – Polskie Towarzystwo Nefrologiczne – i proponujemy naprawę na dniach, a może

na paru tygodniach, program rozwiązania tego problemu. Natomiast jest jeszcze szereg innych problemów, w związku z tym może myślę, że przejdźmy do pozostałych.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciał zabrać głos z państwa, czy już zaczynamy podsumować? Bardzo proszę.

Ordynator Oddziału Internistyczno-Nefrologicznego SPZOZ w Makowie Mazowieckim Janusz Grochowski:

Ja się nazywam Janusz Grochowski i kieruję stacją dializ bardzo dużą, i oddziałem nefrologicznym. To jest dla nas jakiś komfort, ale chciałem podzielić się problemami, które nie są zależne ode mnie, tylko od naszych urzędów.

Otóż w chwili obecnej coś takiego, co się nazywa hemodializa, to jest taka procedura, w której skład wchodzi również transport. W ostatnich czasach bardzo wzrosły koszty benzyny, koszty pracy, tak samo wzrosły koszty dializatorów, koszty płynów dializacyjnych i to niestety dializę bardzo podrożyło, tak że istnieje obawa, że to będzie niestety procedura deficytowa, a my, żeby utrzymać życie naszych pacjentów, musimy ich stale leczyć, wobec czego może być tak, że te szpitale, które mają stacje dializ, bo ja pracuję w szpitalu publicznym – nasza stacja nie jest sprywatyzowana – to po prostu może być taka kula u nogi dla tych szpitali, która może doprowadzić do katastrofy finansowej takich szpitali.

Druga sprawa to bardzo słaba wycena hospitalizacji nefrologicznej. Mogę tak w skrócie powiedzieć, że przez parę lat dostawałem takie podsumowanie, ile mój oddział zarabia, ile traci, więc takie straty były, że w końcu poprosiłem, żeby mnie panie z kadry nie denerwowały i przestały to przysyłać. Przynajmniej w moim przypadku, jakich my mamy pacjentów, to są tacy pacjenci, którzy są leczeni na różne choroby i w końcu, jak już pacjent jest taki umierający i ma niewydolność nerek, to wtedy dzwonią do nas i my tego pacjenta staramy się leczyć i taki pacjent, pierwsze, długo leży, bardzo dużo kosztuje i dializatory, cewniki dializacyjne, i po prostu to jest sprawa niestety bardzo deficytowa, tak że oddział nefrologiczny w tej chwili to jest na pewno taka kula u nogi. Jak już mówiłem o dializach, to może jeszcze nie, natomiast oddział nefrologiczny, gdzie hospitalizuje się pacjentów dorosłych, to tak niestety jest. To są bardzo ciężko chorzy, na których szpital traci.

Trzecią sprawą to jest to, że w takich szpitalach niepołożonych w dużych aglomeracjach bardzo brakuje lekarzy. Ja, pracując 35 lat w stacji dializ i oddziale nefrologicznym, prawie te 35 lat przesiedziałem w szpitalu. To jest niestety bardzo smutne i chciałbym, żeby to... Znaczą teraz jest trochę lepiej, muszę powiedzieć, bo jest więcej lekarzy, natomiast zainteresowanie nefrologią takie wielkie nie jest, jak na przykład zainteresowanie kardiologią, ale teraz w tym roku jest troszkę lepiej. Mam nadzieję, że to się poprawi, ale jak będzie dalej, trudno mi powiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Główny specjalista w Wydziale Świadczeń Kompleksowych i Pilotażu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Tomasz Kołakowski:

Dzień dobry, Tomasz Kołakowski, również NFZ, chociaż inny zakres zainteresowań i działań. Ja chciałem się odnieść do dwóch tematów, które były poruszone, dotyczące dializ.

Pierwsza sprawa, to znaczy to, co było mówione odnośnie pracy lekarza w dializie otrzewnowej. To jakby bezpośrednio nie jest wymóg funduszy, tylko wynika to bezpośrednio z koszyka, gdzie jest napisane – tu zacytuję – że w przypadku realizacji świadczenia w warunkach domowych kontrolne wizyty domowe, więc jakby z natury rzeczy kontrolne wizyty domowe nie odbywają się w stacji dializ, ale z drugiej strony trzeba zauważyć, że te wizyty są raz na sześć tygodni, więc pytanie, czy to jest znowu aż tak bardzo absorbujące pod względem czasowym dla nefrologa. To jakby kwestia dializy otrzewnowej.

Drugi problem, o którym mówiła pani profesor, odnośnie dializy dzieci, ponieważ do nas wpływały pewne sygnały z oddziałów, a my próbowaliśmy się tej kwestii przyjrzeć. Generalnie problem polega na tym, że wyceny dializ, jeżeli chodzi o hemodiafiltrację i hemodializy, są robione przez AOTMiT i tu być może, tak jak wcześniej mówiła koleżanka, AOTMiT powinien się pochylić nad retaryfikacją, natomiast dializa otrzewnowa rzeczywiście nigdy nie była wyceniana. Być może należałoby to staryfikować.

Natomiast jeszcze wracając do tematu tych dzieci – problem, z tego, czego dowiedzieliśmy się z oddziałów, polega na tym, że tych dzieci jest po prostu bardzo mało, a żeby zrobić jakąś sensowną wycenę, trzeba mieć jakąś populację, bo jeżeli mamy jedno dziecko, powiedzmy, na stacji, to możemy wycenić to jedno dziecko, ale w momencie, w którym ono zostanie przeszczepione, to nagle się okazuje, że inne dziecko będzie miało inną wycenę, bo mieszka gdzie indziej i to jest pewien problem, z którym zapewne także i Agencja będzie musiała się zmagać, próbując robić osobną wycenę dla dzieci. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

To może tak ad vocem, że być może przyjmijmy tam w jakichś kilometrach odtąd dotąd itd. Myślę, że to jest jakieś wyjście. Odnosnie tego – byłam w kontakcie z AOTMiT i tu koledzy potwierdzają, że robiliśmy dla właśnie potrzeb tej instytucji bardzo dokładne wyceny i z tego się nic specjalnie nie urodziło.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan profesor.

Profesor w Sekcji Nefrologicznej NEFRON Izby Gospodarczej „Medycyna Polska” Szymon Brzóska:

Panie dyrektorze, w odpowiedzi na tę dializę otrzewnową – ideą szczególnie w pediatrii jest to, że pacjenci z regionu, często z odległych miejsc od ośrodka dializ, się dializują i wtedy niestety odwrócilibyśmy tę kwestię, że tak naprawdę personel medyczny spędzałby więcej czasu, żeby objechać region i dojechać do pacjenta, gdzie 40, 50, 60 minut spędzi na samej wizycie, a będzie jechał dwie godziny w tę i z powrotem, więc tutaj jest taka niegospodarność takiego rozwiązania.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę panią profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Ja chciałam panu dyrektorowi zadać pytanie, Czy istnieje możliwość zmienienia tego w tym koszyku, czy to już tak musi być, jak wiosna po zimie nastaje, czy to są rzeczy zmienialne?

Główny specjalista w Wydziale Świadczeń Kompleksowych i Pilotażu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Tomasz Kołakowski:

Koszyk jest rozporządzeniem ministra zdrowia i...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

No ja rozumiem, ale czy w ogóle możemy myśleć chociaż, marzyć, o zmianie?

Główny specjalista w Wydziale Świadczeń Kompleksowych i Pilotażu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ Tomasz Kołakowski:

...myślę, że skoro minister wydał takie rozporządzenie, to jest też władny, żeby je zmienić.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Ależ oczywiście. Po to pracujemy, żeby wymyśleć jakiś... Tylko to jest takie pytanie – skoro tutaj Towarzystwo pracuje, pani konsultant z nami pracuje, to czy mamy zrobić punktową taką zmianę w tym rozporządzeniu, że tam wykreślimy słowo „domowe” i zastąpimy po prostu „porada kontrola”, realizowana przez lekarza nefrologa w ramach tego i to będzie jedyna zmiana, którą zrobimy, czy dążymy do tego, o czym tutaj rozmawiamy, żeby chociaż tę część dializ idzie uporządkować odnośnie wymagań ze strony personelu – jeżeli teraz mówimy o tym – i połączyć to z kwalifikacją pacjentów do przeszczepienia. Jeżeli tak mamy, tak jak rozmawialiśmy, czyli stacja dializ całodobowa, nefrolog jest cały czas; stacja dializ ambulatoryjna, nefrolog nie musi być, ale możemy leczyć cały czas, natomiast możemy mu dać inne zadania w tym czasie. Może być przy tej stacji dializ poradnia nefrologiczna. Poradnia nefrologiczna, która będzie realizowała kwalifikacje. Oczywiście może to być jakiś produkt większy do przeszczepienia, jeżeli ten jest niewystarczający, więc może być on większy. Ja słyszę generalnie takie elementy, że tutaj jest coś nie tak, albo tutaj jest coś nie tak. OK, przyjmuję to wszystko ze zrozumieniem, ale ponieważ też są państwo ekspertami, no to też bym chciał usłyszeć, jakie są proponowane

rozwiązania, a nie tylko, że wszystko jest złe, a tak nie jest; tutaj pan doktor od dzieci mówi, że chociaż przeszczepienia dla dzieci są super. To jest dobra informacja.

Też tak rozumiem, że po to pracujemy wspólnie, żeby to zmienić, żeby było lepiej. Mi też trudno powiedzieć, że jest wszystko złe, bo nie jest tak, że pacjenci generalnie umierają na niewydolność krążenia, nie przeszczepiamy itd., tylko po prostu wymaga to poprawy, żeby było lepiej. Dążmy do lepszego, a nie mówmy, że jest wszystko niedobrze.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Pani profesor, ja jeszcze się tutaj włączę na słówko. Oczywiście bardzo dobrym pomysłem jest propozycja pani profesor tych grup roboczych, w których by był przedstawiciel ministerstwa, AOTMiT, przedstawiciele NFZ – oczywiście państwo przedstawiciele. Takie już szczegóły należałoby przedyskutować już na takich grupach roboczych i oczywiście o tych, co pani zasygnalizowała, żeby takie grupy robocze powstały i na tych grupach roboczych przedyskutować, jak te problemy rozwiązać. Bo my tutaj jesteśmy, żebyśmy zasygnalizowali i oczywiście ja się bardzo cieszę z tej pięknej dyskusji, która się toczy, i oczywiście tych pieniędzy brakuje. Może nie brakuje, może oczywiście trzeba szukać jakichś rozwiązań, ulepszeń, poprawić itd. Przede wszystkim widzimy tutaj jednak, że bardzo mało osób wybiera tę specjalizację z nefrologii; jakie zachęty należy zrobić? Ja jestem z Podkarpacia i tam marszałek, samorząd województwa jakieś stypendia funduje przyszłym lekarzom, żeby oczywiście te specjalizacje deficytowe wybierali. Oczywiście tutaj może faktycznie jest to, żeby w wykazie specjalizacji priorytetowych znalazła się nefrologia. Oczywiście warto by też przygotować, zmapować poszczególne województwa, gdzie jest ten największy deficyt nefrologów, bo to też jest ważne, bo można z samorządami wojewódzkimi na ten temat rozmawiać, że oczywiście w tym województwie są bardzo wielkie potrzeby, jeżeli chodzi o lekarzy nefrologów. U nas na Podkarpaciu na 100 tys. mieszkańców jest o połowę mniej lekarzy niż w województwie mazowieckim. Oczywiście to też, jak jest mało lekarzy w ogóle, to na te specjalizacje deficytowe idzie też mało. W związku z powyższym trzeba te działania wszystkie realizować.

Ja jeszcze, jak pani profesor się wypowie, bym poprosił, żeby jednak ktoś z AOTMiT też się wypowiedział, bo tutaj NFZ się wypowiadał, ministerstwo. Bardzo proszę też o zabranie głosu z Agencji, jak państwo to widzicie. Teraz pani profesor. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Ja tylko chciałam podkreślić, że broń Boże nie mamy zamiaru narzekać ani mówić, że jest złe, tylko podjąć działania.

Myślę, sobie, że zróżnicowanie tych problemów jest takie duże; że właśnie problem stworzenia takich grup, które będą pracowały i wypracują ten taki pogląd ekspercki, i potem spotkają się z ministerstwem, ale podzieleni. My już rozmawialiśmy wielokrotnie na ten temat, ale podzielimy się. Ja się osobiście teraz zajęłam tą kwalifikacją do przeszczepu i nie jestem w stanie się zająć hemodiafiltracją, dializą otrzewnową i wszystkim, więc ja myślę, że może w naszym środowisku spotkamy się, ustalimy sobie takich liderów, bo musi być lider takiej grupy i ja, jako ten konsultant nowo powołany, mogę zmobilizować środowiska do tego i wtedy będziemy pomалу nad tym pracować i myślę, że poszczególne tematy po prostu rozwiązywać.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z Agencji? Bardzo proszę.

Kierownik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Dorota Mańkowska:

Dzień dobry, Dorota Mańkowska, jestem kierownikiem w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Agencji,

Mogę powiedzieć ze swojej strony, czyli z Wydziału Świadczeń, realizowaliśmy w 2020 r. na zlecenie ministra zdrowia i opracowaliśmy pewne założenia dotyczące organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek. Tak jak się przysłuchuję państwu dzisiaj, to widzę, że nasze rozwiązania, które były tam zaproponowane, pokrywają się. Czyli jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, o dodanie tego Parathormonu, jeśli chodzi o opiekę specjalistyczną, AOS, dotyczącą między innymi też opieki nad pacjentem dializowanym, czyli możliwość rozliczania i hemodializy i dializy otrzewnowej.

Jeśli chodzi o zwiększenie dostępu do tych wytwarzania dostępow naczyniowych, też to podkreślaliśmy, że to jest konieczne do zrobienia. Wskazywaliśmy na ten problem.

Wskazywaliśmy na problem z transportem medycznym i propozycję uprawnień kwalifikacji, i usprawnienie ścieżki tej kwalifikacji, więc widzę, że jakby te problemy się powtarzają. Mamy tutaj zaproponowane rozwiązania.

Jeśli chodzi o współpracę, o której pani profesor mówiła, w zespołach roboczych, to oczywiście my jesteśmy gotowi, żeby kontynuować, bo być może ten raport z 2022 r. i te rozwiązania będą wymagały jakichś zmian, modyfikacji, tak że ze swojej strony chciałam tylko podkreślić, że znamy te problemy i jeśli jest potrzeba, to chętnie będziemy współpracować.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję.

Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Mam zaszczyt przewodniczyć współpracom Trójstronnego Zespołu do spraw Ochrony Zdrowia przy Ministrze Zdrowia.

Sprawa ogólna, ale widzę, że środowisko formułuje oczekiwania wobec NFZ, AOTMiT. Chciałbym zwrócić się, i być może jest to apel do członków tej podkomisji, abyśmy zadbali o te instytucje, wobec których to środowisko i wiele innych formułuje swoje oczekiwania. Według dokumentu, który dostałem w trybie dostępu do informacji publicznej, okazuje się, że AOTMiT dostała 0 zł odpisu w tym roku na funkcjonowanie. Są gigantyczne kłopoty, jeżeli chodzi o etaty, dlatego że minister finansów nie chce się zgodzić na zatrudnienie dodatkowych osób, bez których realizacja tych wszystkich słuszych oczekiwań najzwyczajniej w świecie nie będzie możliwa, a wydaje się, że od kiedy mam przyjemność uczestniczyć w posiedzeniach tej podkomisji, czy dużej sejmowej Komisji Zdrowia, jest pewnym politycznym, ponadpartyjnym konsensusem, że należy poprawić warunki finansowe w NFZ. W oddziałach wojewódzkich – też to jest skutek przyjęcia ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego – trwa exodus pracowników do placówek, które z kontraktów z NFZ korzystają, więc jeżeli mogę do pana posła, do członków podkomisji zwrócić się z gorącym apelem, żeby skruszyć serce ministra finansów, żeby zgodził się na zatrudnienie osób w AOTMiT. Na dzień dobry pewnie trzeba by z kilkadziesiąt osób i żeby zrealizować wolę chyba wszystkich stron albo prawie wszystkich stron debaty politycznej w Polsce, żeby NFZ przestał być najtańszym płatnikiem w Europie, bo to naprawdę nie jest powód do chluby. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo dziękuję. Będziemy zmierzać do końca. Bardzo dziękuję wszystkim za te wypowiedzi. Oczywiście, tak jak już tutaj pani profesor powiedziała o zróżnicowanych problemach i o tych grupach roboczych, więc bardzo byśmy prosili pana dyrektora, żeby przekazał pani minister i żeby takie grupy też powstały, bo to jest bardzo istotne.

Też bardzo bym prosił o te dane, których część była nieaktualna, żeby były już z 2023 r., żeby nam przesłać i oczywiście czas oczekiwania na poradę pilną i stabilną, żebyśmy też to mieli jako członkowie podkomisji.

Oczywiście tutaj też ważne jest to co wybrzmiało, że jest słaba wycena, że należałoby też się nad tym pochylić; wprowadzenie ścieżki do kwalifikacji przeszczepów – to, co państwo mówiliście. Oczywiście za mało lekarzy specjalistów. Tutaj też pójdzie jako wniosek podkomisji jako specjalizacja deficytowa i priorytetowa, żeby była przez ministerstwo uznana; zwiększenie środków na nefrologię z NFZ; oczywiście diagnostyka przed przeszczepem; oczywiście dzieci USG w pierwszym roku życia dziecka i oczywiście w pierwszym roku badanie moczu – to, co państwo tutaj mówiliście.

Tak jak czytamy, że WHO prognozuje, że w 2030 r. będzie 2 razy więcej osób na dializach, no to jest bardzo mocno nad czym myśleć i nad czym pracować, bo też w opinii profesorów w Polsce 80 tys. osób przedwcześnie umiera i oczywiście skraca się długość życia o 2 lata właśnie przez zbyt późne wykrywanie chorób nerek. To też jest bardzo ważne i bardzo państwu dziękuję. Te wszystkie propozycje rozwiązań zostaną przekazane do Ministerstwa.

Ja jeszcze mam ogromną prośbę, żeby pan dyrektor też przedstawił pani minister zdrowia te wszystkie propozycje rozwiązań. To ważne jest, żebyśmy tutaj ponad wszelkimi podziałami politycznymi pracowali dla dobra pacjenta, bo to jest najważniejsze, żeby był dobrze zaopiekowany, bo jak będzie dobrze zaopiekowany, będzie zdrowy i będzie pracował. Tak jak pani wróciła po miesiącu do pracy i oczywiście pracuje. To też jest taki dobry przykład do pokazania.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Dziękuję państwu.