

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 29)
z dnia 28 maja 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 29)

28 maja 2026 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- **informację na temat opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek oraz organizacji i efektów leczenia nerkozastępczego w systemie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, **Iwona Kasprzak** dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Jarosław Gruszka** kierownik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Magdalena Krajewska** konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii wraz ze współpracownikami, **Danuta Zwolińska** konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Heleniak** członek zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, **Wioletta Jarmużek** zastępca kierownika Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, **Jakub Janiak** przewodniczący Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska, **Rajmund Michalski** prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki wraz ze współpracownikiem, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Marek Wleklik** ekspert w Izbie Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu ds. legislacji w Związku Miast Polskich.

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

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Bardzo serdecznie witam członków podkomisji oraz jeszcze bardziej serdecznie zaproszonych gości. Witam państwa. Miło nam, że przyjęliście państwo zaproszenie.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek oraz organizacji efektów leczenia nerkozastępczego w systemie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję państwa posłów, że materiały zostały wysłane do państwa na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Ministerstwo Zdrowia przygotowało informację, a pani profesor Magdalena Krajewska, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, przygotowała prezentację.

W związku z powyższym przystępujemy już do procedowania. Na początek proponuję, żeby przedstawiciel ministerstwa, pani dyrektor Kajka, przedstawiła informację ministra zdrowia na ten temat, a potem poprosimy panią profesor o przedstawienie prezentacji i rozpoczniemy dyskusję. Bardzo proszę, pani dyrektor.

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

Dzień dobry państwu. Dziękuję, pani przewodnicząca.

Pozwolą państwo, że tak jak zawsze skorzystam ze skrótu, który opracowałam sobie na podstawie informacji, która została przekazana do Komisji.

Przewlekła choroba nerek jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób. Dotyczy około 10% populacji. We wczesnych stadiach przebiega bezobjawowo, co utrudnia jej wykrycie. Nieleczona

proceedzi do niewydolności nerek, powikłań sercowo-naczyniowych i zwiększonej śmiertelności. Kluczowe znaczenie ma wczesna diagnostyka, badania krwi i moczu oraz profilaktyka.

Dobrze, to jeszcze raz zacznę.

Proszę państwa, tytułem wstępu taka skrótowa informacja, bo szersza informacja z ministerstwa została przekazana, ale nie będę jej czytała w całości, bo troszkę szkoda czasu.

Przewlekła choroba nerek jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób. Około 10% populacji. We wczesnych stadiach przebiega bezobjawowo, co utrudnia jej wykrycie. Nieleczona prowadzi do niewydolności nerek, powikłań sercowo-naczyniowych i zwiększonej śmiertelności. Kluczowe znaczenie ma wczesna diagnostyka oraz profilaktyka.

Podstawowa opieka zdrowotna. Jak tu wygląda opieka? W POZ możliwe jest wczesne wykrycie przewlekłej choroby nerek dzięki badaniom moczu i krwi, m.in. kreatynina, mocznik, USG układu moczowego. Od 2023 r. funkcjonuje koordynowana opieka nefrologiczna, obejmująca kompleksowe konsultacje, diagnostykę, na przykład badanie UACR, opiekę specjalistyczną i dietetyczną, indywidualny plan leczenia. Jaka jest skala placówek POZ? Mamy dane za 2025 r. Jest 1300 placówek POZ objętych opieką koordynowaną nefrologiczną i objętych opieką mamy około 70 tys. pacjentów, którzy są pod opieką koordynowanej opieki nefrologicznej.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej posiadamy w systemie poradnie specjalistyczne. Pacjenci korzystający głównie z poradni nefrologicznych oraz innych... W 2025 r. mieliśmy 347 poradni nefrologicznych, udzielono 326 tys. świadczeń. Finansowanie opiewa na kwotę ponad 108 mln zł.

Stacja dializ. Zapewniamy dializoterapię, to jest hemodializa i hemodiafiltracja. W 2025 r. było 356 stacji dializ, 358 mamy w 2026 r. Pod opieką tych stacji znajduje się 30 500 pacjentów. Finansowanie to jest ponad 2 mld zł tego świadczenia. To świadczenie obejmuje m.in. zabieg, badania oraz transport pacjenta.

Na samym szczycie naszej piramidy świadczeń znajduje się oczywiście leczenie szpitalne, które generalnie jest prowadzone w celu leczenia powikłań, przygotowania do przeszczepu. W 2025 r. było około 11 tys. dorosłych objętych hospitalizacją i 2400 hospitalizacji dziecięcych.

W obszarze transplantologii przeszczep nerki to najskuteczniejsza metoda leczenia schyłkowej niewydolności nerek. W 2025 r. były 2404 przeszczepione narządy. Zanotowaliśmy wzrost liczby dawców o około 10–11%. Obecnie na liście oczekujących znajdują się 1844 osoby, w tym 1055 osób w 2026 r. jest na liście oczekujących nerki. W Polsce nadal identyfikowany jest problem niedoboru dawców do przeszczepu.

Jakie mamy ogólne wnioski, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami? Przewlekła choroba nerek to rosnący, dość istotny problem zdrowotny o dużych konsekwencjach społecznych. Kluczowe dla tego schorzenia pozostaje nadal wczesne wykrywanie oraz leczenie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Transplantacja rozwija się, ale ograniczeniem jest oczywiście liczba dawców. Warto też odnotować, że w ostatnich latach zostały poczynione dość duże nakłady finansowe, które są głównie skoncentrowane na dializoterapii i leczeniu specjalistycznym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Myślę, że teraz poprosimy panią profesor o zaprezentowanie przygotowanego materiału, a potem przejdziemy do dyskusji. Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Bardzo dziękuję za możliwość wystąpienia. Przygotowałam prezentację, dlatego że to nie jest mój osobisty pogląd, tylko jest to wynik pracy Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, konsultanta krajowego, czyli mnie, ale także całego środowiska. Myślę, że warto się nad tym wszystkim zastanowić i pochylić, ponieważ my, jako środowisko, mamy jakieś swoje poglądy na te sprawy, mamy swoje spostrzeżenia i chcieliśmy się z państwem podzielić.

Tak jak mówiłam, proszę państwa, wzięłam pod uwagę raport NIK, który ukazał się na początku tego roku, dotyczący właśnie przewlekłej choroby nerek, a także pozwolę sobie państwu pokazać to, co środowisko szykuje. To nie jest jeszcze gotowe. Nazwaliśmy to deklaracją katowicką. Jak tylko będzie gotowe, czyli będziemy jako środowisko identyfikować problemy i podawać pomysły czy propozycje, to może państwo weźmiecie pod uwagę, jak te problemy można rozwiązać. To się oczywiście wpisuje w nurt ogólnoswiatowego działania. W ten sposób działają towarzystwa i konsultanci we wszystkich innych krajach. Powstają takie dokumenty,

być może będzie z tego jakaś wspólna polityka europejska, dlatego że, proszę państwa, to jest naprawdę bardzo poważny problem.

Oczywiście przewlekła choroba nerek to nie jest jedyna choroba, która występuje w nefrologii. Właściwie, prawdę powiedziawszy, to nawet nie jest choroba, tylko to jest stan, do którego dochodzi w przebiegu wielu chorób, zresztą głównie nie w przebiegu chorób nefrologicznych, tylko w przebiegu nadciśnienia, cukrzycy i otyłości. Zobaczcie państwo, to jest 15% populacji dorosłych na świecie, ogromna liczba ludzi, 850 mln. Instytucje, które się tym zajmują, zakładają, że w 2050 r. to będzie piąta przyczyna zgonów na świecie. Proszę państwa, nie zgonów z powodu przewlekłej choroby nerek, nie zgonów z powodu nerek, ale zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych, bo to jest absolutnie niedoceniany czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Można powiedzieć kolokwialnie, że gdyby ta choroba była doceniona, odpowiednio rozpoznana i odpowiednio leczona, a są narzędzia, kardiolodzy mieliby przynajmniej o połowę mniej roboty.

Czemu ona jest, proszę państwa, słabo rozpoznawana? Bo przez długi okres przebiega skąpoobjawowo albo bezobjawowo. Napisałam to na czerwono, żebyście państwo na to popatrzeli i to zapamiętali. Osoba, która będzie dializowana, można powiedzieć, że jest szczęśliwcem, dlatego że ma sześć razy większe ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych, niż że doczeka do dializoterapii. To jest naprawdę niezwykle istotny czynnik i myślę, że to jest element, na który powinniśmy legislacyjnie zwrócić bardzo dużą uwagę.

To ryzyko zgonu jest, proszę państwa, od samego początku, we wszystkich stadiach, nawet w takich, które jeszcze są w ogóle niewyczuwalne przez pacjenta. Pacjent nie wie, że choruje, bo większość nie wie, że choruje. Natomiast, proszę państwa, te końcowe elementy, o których pani była uprzejma powiedzieć – dializoterapia, transplantologia – to, proszę państwa, są straszne pieniądze. Większość pieniędzy, która jest przeznaczana na nefrologię, idzie właśnie na leczenie schyłkowej niewydolności nerek, gdzie jest 20 czy 30 tys. pacjentów. Natomiast chorych w Polsce jest 4,5 mln. Jeśli przestawilibyśmy się na profilaktykę, na rozpoznawanie i leczenie, a mamy narzędzia, to sytuacja zupełnie uległaby zmianie. A nie będzie lepiej, bo wiadomo, że cukrzycy typu drugiego jest coraz więcej i otyłości jest coraz więcej. Zatem na pewno jest to kłopot, którym się trzeba zająć.

Proszę państwa, w Polsce z powodu PChN co roku umiera przedwcześnie 80 tys. osób. W badaniu PolSenior 2, tym, które się ukazało w 2019 r., czyli powyżej 60. roku życia, ten procent to już nie jest 10, 12 czy 15%, tylko ponad 17%. Zobaczcie państwo na te szare słupki po lewej stronie. Jeżeli popatrzymy na rok 2025, to było 4 mln 600 osób, którzy mają przewlekłą chorobę nerek. A popatrzmy sobie za 10 lat, na rok 2034, już mamy ponad 5 mln. To jest choroba cywilizacyjna, taka sama jak nadciśnienie, a nawet, powiedziałabym, częściej występująca, taka sama jak cukrzyca typu drugiego. Tymi chorobami wszyscy się przejmują, a przewlekłą chorobą nerek nie.

Proszę państwa, przede wszystkim to jest choroba, która towarzyszy innej patologii. Zobaczcie państwo, co trzecia osoba chora na cukrzycę typu drugiego ma przewlekłą chorobę nerek, zwykle nierozpoznaną. Jedna osoba na pięć z nadciśnieniem, bardzo powszechnym schorzeniem, ma przewlekłą chorobę nerek, zwykle nierozpoznaną. Wreszcie dwie osoby na pięć mają przewlekłą chorobę nerek, jeśli mają niewydolność serca. Ta choroba jest nierozpoznana i to jest brak świadomości ryzyka sercowo-naczyniowego, czyli zawału, udaru, miażdżycy i tych wszystkich powikłań. Oczywiście również progresji do schyłkowej niewydolności nerek, ale ze znacznie mniejszą szansą niż na powikłania sercowo-naczyniowe.

Dlaczego tak jest? Dlatego że są wspólne czynniki ryzyka, bo cukrzyca, otyłość, przewlekły stan zapalny, nadciśnienie tak samo powodują uszkodzenie nerek, jak i uszkodzenie serca. A poza tym są wspólne mechanizmy patogenetyczne. To są, powiedziałabym, dla lekarzy dobrze znane rzeczy: dysfunkcja śródbłonna, aktywacja układu renina-angiotensyna-aldosteron, zmiany hemodynamiczne, aktywacja współczulna, cały szereg mechanizmów wspólnych dla obu tych narządów.

Popatrzcie państwo na lewą stronę, ile osób choruje. Na dole są stadia: od jedyńki do piątki i potem znowu od jedyńki do piątki. Po jednej stronie macie państwo, jak dużo osób choruje na tę pierwszą postać, trochę mniej na drugą, więcej na третią, bo ona już jest najlepiej rozpoznawalna, bo tu się właśnie zaczynają objawy kliniczne. Wreszcie ta schyłkowa, ostatnie stadia, mało osób. Zobaczcie, jaka jest świadomość choroby – to jest ten drugi słupek. Ci, których jest najwięcej, w ogóle nie wiedzą, że na tę chorobę chorują. W G3, czyli w tym stadium, kiedy zaczynają się pojawiać objawy kliniczne, kiedy na przykład pojawia się niedokrwistość i pacjent trafia do lekarza, szuka przyczyny niedokrwistości, nikt mu nie oznacza kreatyniny i nie wiemy,

że on ma przewlekłą chorobę nerek. Zobaczcie państwo, w każdym roku, jeśli rozpoznamy tę chorobę w G3, czyli już w dość zaawansowanym stadium... Albo może inaczej – jeśli jej nie rozpoznamy, to ryzyko progresji do przewlekłej choroby nerek, tej schyłkowej, wynosi aż 40%, a ryzyko zawału jest 8% większe.

Gdzie są ci pacjenci, o których nie wiemy, że chorują? Oni są, proszę państwa, w POZ. Oni są w POZ, są niezdiagnozowani, w ogóle nie są nigdzie. To jest największa grupa. A zdiagnozowani, przynajmniej częściowo, są w POZ. Dlatego że nefrologów jest mało, poradni nefrologicznych jest mało. Nie wszystkie stadia muszą być leczone u nefrologa – chodzi naprawdę o profilaktykę, o wczesne rozpoznawanie, zadanie dla lekarza, który ma pierwszy kontakt.

Dlatego konsultanci krajowi napisali takie wytyczne – ja też w tym uczestniczyłam – wytyczne dotyczące postępowania dotyczącego PChN w opiece koordynowanej. No i to, powiedzmy, się dzieje. Natomiast pani była uprzejma powiedzieć, że 70 tys. osób jest objętych opieką koordynowaną. Proszę zobaczyć, jaki jest procent wobec tych 4,5 mln. Żaden, można powiedzieć. Niektórzy liczyli, że 3% jest rozpoznane, niektórzy, że 9%, ale to są zawsze ilości, które są naprawdę przerażające.

To jest, proszę państwa, taka biblia nefrologiczna, czyli taki graf, który pokazuje ryzyko, po pierwsze, chorobowości sercowo-naczyniowej od koloru zielonego, kiedy to ryzyko jest niskie, przez średnie, mocno zaawansowane i wreszcie bardzo, bardzo duże w przypadku czerwonych, w zależności od dwóch kategorii. Ja wiem, że może to nie są rzeczy, które interesują niemedyków, ale muszę to państwu powiedzieć, żeby wytłumaczyć, na czym polega problem.

Pierwszą kategorią są te G. To jest kreatynina, z tego obliczany wskaźnik filtracji kłębuszkowej i to robimy. Wiadomo, każdy sobie robi kreatyninę, patrzy, ile tam ma. Natomiast tak samo ważnym kryterium, równoległym, występującym samoistnie, jest kryterium A, czyli kryterium albuminurii. I to, proszę państwa, nie tylko w Polsce, ale w całym świecie jest wielki problem, bo to w ogóle nie jest oznaczane.

Zobaczcie państwo badanie niemieckie: 1200 niemieckich placówek, ponad 400 tys. pacjentów. Zobaczcie, w jakim procencie było wykonane to badanie, które pozwala wykryć przewlekłą chorobę nerek. Można mieć prawidłowy eGFR, a mając w badaniu albuminurię, macie państwo takie samo ryzyko tych wszystkich powikłań, o których mówię: 0,4%.

To jest, proszę państwa, praca, która się ukazała w dobrej gazecie, w „The Lancet”. To jest rok 2026, ale badania są z roku 2017. Zobaczcie państwo, wyszło im, że mają 9% w populacji przewlekłej choroby nerek, ale stadia G1 i G2, czyli takie, które nie pozwolą na rozpoznanie choroby nerek, jeśli nie macie rozpoznanego kryterium albuminurii, to jest połowa.

A to jest, proszę państwa, nasze badanie, które Polskie Towarzystwo Nefrologiczne zrobiło z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej. Zobaczcie państwo, co nam wyszło. Wyszło nam, że mamy w populacji w POZ 14% pacjentów, którzy mają przewlekłą chorobę nerek, a kryterium albuminurii spełniła połowa. Czyli można powiedzieć tak: nie robiąc tego badania, gubimy połowę chorych.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Czy może pani powtórzyć, co to jest to kryterium albuminurii? Bo tu się, tu się jakby...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bo nie wszyscy są lekarzami.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Od tego momentu przestałam nadążać.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Rozpoznanie przewlekłej choroby nerek według kryteriów diagnostycznych to jest obecność upośledzonej filtracji kłębuszkowej, która objawia się podwyższoną kreatyniną, obniżonym eGFR poniżej 60 i obecnością albuminurii, czyli obecnością albuminy w moczu w określonych wartościach.

Ja może wrócę do tego slajdu, jeśli państwo jesteście tym zainteresowani, i pokażę dokładnie, o co chodzi.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dla województwa małopolskiego Katarzyna Krzanowska:

Sama kreatynina nie wystarczy.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Nie, bo jeżeli oznaczamy tylko kreatyninę, to mamy sytuację, że połowy chorych nie rozpoznajemy, a ryzyko jest dokładnie takie samo. Można mieć prawidłową kreatyninę i albuminurię spełniającą kryteria zaawansowanej, znacznej albuminurii, na przykład między 30 a 300, i macie państwo takie ryzyko, jakby nie mieć albuminurii i mieć GFR G3, czyli powiedzmy, kreatyniny około 2,5 czy 3.

Problem polega na tym, że nie robimy tego badania, a nie robimy tego badania, dlatego że do tej pory to badanie było tylko w opiece koordynowanej. Ta opieka koordynowana weszła niedawno. Jesteśmy szczęśliwi, że ona weszła, mam nadzieję, że się będzie rozwijała, ale nie ulega wątpliwości, że to było pewne ograniczenie. Przecież tylko część POZ-ów to podpisała. Natomiast z tego, co ja wiem nieoficjalnie, a może oficjalnie, ponieważ pan dyrektor Karaszewski powiedział to, że tak powiem, z trybuny kilka miesięcy temu, że jest planowane, że będzie mikroalbuminuria – czy raczej albuminuria, bo mikroalbuminuria to jest złe słowo – albuminuria włączona, przesunięta z koordynowanego do tego. Ale nie wiem. Zobaczmy, czy tak będzie. Pani nam to może poświadczyć.

Słyszałam o tym przed trzema miesiącami i pamiętam, że była mowa o połowie roku. Mam świadków, pan profesor był ze mną i tak słyszeliśmy. I to, proszę państwa, znacznie poprawi sytuację. Nie mam żadnych wątpliwości i to jest jeden z postulatów, o którym mówi środowisko od bardzo dawna. Zobaczcie państwo wytyczne wszystkich towarzystw: diabetologicznych, nadciśnienia tętniczego, nefrologicznych. Wszyscy mówią, że albuminurię trzeba oznaczać.

A zobaczcie państwo, co zrobiła ERA, czyli Europejskie Towarzystwo Nefrologiczne. Właściwie większość pacjentów ma oznaczane cholesterol, cukier czy glikowaną hemoglobinę, ma mierzone nadciśnienie. Żeby to wszystko miało ręce i nogi, jeśli mamy zapobiegać chorobom układu krążenia i żyć dłużej, proszę państwa, musimy zrobić pięć rzeczy. Czyli do cholesterolu, ciśnienia i cukru, które bada się zawsze, trzeba dołożyć albuminurię i eGFR, czyli kreatyninę, którą się przeliczy. Absolutnie wydaje mi się, to jest takie mnemotechniczne, łatwe do zapamiętania, dobre do pokazywania i do wykorzystania również przez nasze ministerstwo.

Natomiast ze smutkiem muszę stwierdzić, że w nowym programie „Moje zdrowie”, który nastąpił po 40 plus, nie ma, proszę państwa, albuminurii. Jest ogólne badanie moczu, ale to nie ułatwia sprawy. Nie, nie ma albuminurii. A my mamy, proszę państwa, możliwości leczenia, jeśli rozpoznamy. W każdej chorobie jest tak, że jeśli mamy leczenie szybciej, to jesteśmy skuteczniejsi. Armamentarium leków, które mają zwalniać progresję... A nawet, powiedziałabym, teraz mówi się wśród nefrologów, że nie mówimy o zwalnianiu progresji, a o zatrzymaniu choroby, mówimy o powrocie do standardowej, wynikającej ze starzenia się utraty funkcji filtracyjnej z wiekiem, czyli mililitr na rok po 40., a nie tak, jak jest w cukrzycy, czy tak jak jest w przewlekłej chorobie nerek, o innym tle, znacznie szybciej.

Zobaczcie państwo, to jest akurat progresja u pacjentów, którzy mają przewlekłą chorobę nerek w przebiegu cukrzycy typu drugiego. Zobaczcie, wprowadzenie w kolejnych latach kolejnych leków zbliża nas do sytuacji, że jesteśmy w stanie zapanować nad tym ubytkiem filtracji, a wiadomo, że im pacjent ma bardziej zaawansowaną przewlekłą chorobę nerek, tym wszystkie powikłania są bardziej wyrażone.

Polskie Towarzystwo Nefrologiczne napisało zalecenia dotyczące nefroprotekcji dla pacjentów, którzy mają przewlekłą chorobę nerek w przebiegu bez cukrzycy, a także w przebiegu cukrzycy. To jest opublikowane w języku angielskim, potem w języku polskim. Jest szeroko rozpropagowane. Myślę, że to jest bardzo ważny, dobry dokument, wiele osób z tego korzysta.

Jak popatrzymy na dane NFZ, to zobaczcie państwo, że między rokiem 2021 a rokiem 2024 liczba pacjentów POZ z rozpoznaniem N18 wzrosła o 12%, a o 5% tych, którzy mają rozpoznane N19. Jak wiadomo, w Polsce to kodowanie nie jest może najlepsze. To N19 to jest nieokreślona niewydolność nerek, ale jest to niewydolność nerek.

NFZ podkreślał, że dostęp do poradni nefrologicznych nie jest równomierny, że jest bardzo różnie w różnych województwach, że wydłużył się w ciągu tych trzech lat czas oczekiwania na poradę nefrologiczną o 30% dla przypadków stabilnych i o 51% dla przypadków pilnych. Również dostęp do leczenia nefrologicznego szpitalnego jest nierównomierny, dlatego że na przykład połowa oddziałów nefrologicznych znajduje się w czterech województwach: w mazowieckim, śląskim, łódzkim i wielkopolskim. Ja wiem, że to są województwa, które mają dużo mieszkańców, ale w przeliczeniu na mieszkańca się tak nie przekłada. Różnice są ogromne. Na jeden oddział nefrologiczny wzrosła liczba osób przypadających procentowo o ponad 1%, urosła liczba

stacji, ale dializowani urosli dwa razy bardziej. Wreszcie wzrost kosztów diagnostyki i leczenia rzeczywiście jest wysoki, bo aż o 6%, programów o 2%, a pieniędzy, jak wiadomo, za dużo nie ma.

Proszę państwa, trochę o programach lekowych. Wiadomo, że w Polsce programy lekowe wprowadza się obwieszczeniem pani minister i to właściwie kończy wprowadzenie programu lekowego ze strony ministerstwa. Natomiast potem wszystko przechodzi do NFZ. Oddziały wojewódzkie zawierają umowy, określają wolumeny, czyli ile pieniędzy na to przeznaczają, harmonogramy konkursów. Wszystko zależy od oddziałów wojewódzkich i to się bardzo różni. Ja sobie pozwoliłam pokazać jeden program dotyczący najczęstszej glomerulopatii, czyli nefropatii IgA. Zobaczcie państwo, program został przez ministerstwo ogłoszony w kwietniu zeszłego roku. Na Dolnym Śląsku jeszcze nie ma realizacji. Planowana jest na wrzesień, czyli minęło półtora roku.

Można by powiedzieć, że w zależności od kodu pocztowego pacjent w Polsce ma różny dostęp do leczenia, które jest przez ministerstwo ogłoszone, obwieszczone. Zobaczcie też państwo, jak bardzo różnią się kwoty przeznaczone na te programy. Ja specjalnie napisałam, podkreśliłam dwa: śląskie i świętokrzyskie. Zobaczcie państwo: 89 tys. i 19 mln zł. Wiem, że w śląskim jest znacznie więcej mieszkańców niż w świętokrzyskim, ale nie tyle razy więcej.

Proszę państwa, chciałam przywołać raport NIK, bo on jest niezwykle istotny, podkreślający rosnącą liczbę chorych, podkreślający to, że na liście priorytetów w naszym kraju nie została lata temu, a zresztą i do tej pory, umieszczona nefrologia, że nie ma uwzględnionych problemów i ograniczeń wczesnej diagnostyki, a także na opiekę nad tymi pacjentami w strategicznych dokumentach Polski... Raport wskazuje, że wydłużył się czas oczekiwania do poradni, że jest nierównomierny dostęp w skali kraju, że nefrolodzy są coraz starsi, że 30% ma powyżej 55 lat, że negatywnie oceniano program pilotażowy i jest za mało programów edukacyjnych. Tak napisał w swoim projekcie NIK.

A to jest, proszę państwa, to, co szykujemy jako środowisko. Nazwaliśmy to deklaracją katowicką, bo pomysł powstał w Katowicach i prezesa PTN mamy z Katowic. W związku z tym, zobaczcie państwo, co wydaje się nam, jako środowisku, najistotniejsze: diagnostyka, która jest wykonywana zbyt późno, i strategia ABCDE absolutnie do rozpowszechnienia. Nie ma dostępu, czyli on jest ograniczony do badania albuminurii, a także do innych rodzajów nowoczesnej diagnostyki. Mamy za mało badań przesiewowych w grupach ryzyka. Uważamy, że trzeba by połączyć to z medycyną pracy, bo przecież są wykonywane te badania. Dlaczego nie zrobić tak, że te badania, które są wykonywane w medycynie pracy, będą wykorzystywane jako badania profilaktyczne, że te badania, które są wykonane w szkołach, bo przecież jak się idzie na studia, to się robi jakieś badania, tak? I te badania ktoś tam gdzieś wrzuca do jakiegoś systemu, nikt z tego nie korzysta, nikt na to nie patrzy i nawet trudno się do nich dostać. Oczywiście trzeba też edukować społeczeństwo.

Najgorsze, proszę państwa, jest to, że nasz system jest skupiony na dializoterapii. Można powiedzieć, że płaci się za procedurę, płaci się za dializoterapię, natomiast nie jest nagradzana profilaktyka. Nie, nikt tego nie liczy, nikt na to nie patrzy. Oczywiście jest również fragmentacja między nefrologią, kardiologią i POZ. Nie ma nefrologów. Niestety, to jest nieinteresująca dla młodych ludzi specjalizacja. Ona jest trudna, trzeba pracować w szpitalu, są ciężkie dyżury, słabo chodzą gabinety, tak można powiedzieć. W związku z tym teraz do egzaminu specjalizacyjnego z nefrologii przystąpiło 30 osób, a potrzeby są ogromne, dlatego że średnio w Europie na 100 tys. mieszkańców przypada 10 nefrologów, a w Polsce nie ma ich nawet 4.

Problemem jest oczywiście niska świadomość społeczna, głównie dotycząca chorób sercowo-naczyniowych. Wydaje mi się, że w społeczeństwie istnieje strach przed chorobami serca, przed udarami. Natomiast nerki wydają się mało atrakcyjne i mało przekonujące, a to naprawdę jest główny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Co byśmy proponowali? Rozszerzenie badań albuminurii, wczesne rozpoczynanie leczenia, czyli przed tym, kiedy mamy objawową przewlekłą chorobę nerek, z oceną ryzyka sercowo-naczyniowego. Proszę państwa, nie może być tak, że pacjent ma co trzy miesiące wykonany cały lipidogram z trójglicerydami, z HDL i ze wszystkim, a nigdy w życiu nie miał zrobionej kreatyniny i albuminurii. Zresztą badanie moczu to jest również najrzadziej wykonywane w Polsce badanie. Ono kosztuje od 15 do 30 zł na mieście, więc to nie jest badanie, które nie jest możliwe do wykonywania z powodów finansowych.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dla województwa małopolskiego Katarzyna Krzanowska:

Albuminuria – 37 zł 40 gr.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Naprawdę ogólne badanie moczu to około 15 zł, a w bardzo wysublimowanych ośrodkach – 30 zł. Tak że to są tanie badania, powszechnie dostępne, wszyscy je robią. Wszystkie duże sieci je robią.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani profesor, ja mam takie pytanie. Jesteśmy tu laikami. Bo w badaniu moczu jest też poziom białka. Czy to jest to samo, czy nie? No właśnie.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Można to wytłumaczyć w ten sposób, że białkomocz, pojawienie się białka czy albuminy w moczu jest dowodem na istnienie dziur w układzie sączącym. Dziurawa rura, coś ucieka. Na początku uciekają małe białka. Albuminy są malutkie – 50 kDa, a immunoglobulina G ma 150 kDa, czyli jest trzy razy większa.

W związku z tym metoda, którą my oznaczamy ogólne badanie moczu – jest ich kilka, najczęściej stosowana jest biuretowa – jest po prostu zbyt mało czuła, żeby wykryć albuminurię. Albuminuria to nie jest dowód na chorobę nerek. To znaczy to jest też dowód na chorobę nerek, ale to jest dowód na uszkodzenie śródbłonek w całym człowieku, tych, które prowadzą do miażdżycy, do powikłań sercowo-naczyniowych. Badanie albuminurii, niezwykle proste i tanie, daje nam w to wgląd. Ono nam pozwala popatrzeć i stwierdzić, że to jest pacjent, który ma co prawda jeszcze dobrą kreatyninę według kryteriów, bo ma eGFR powyżej 60, ale jest w dużym ryzyku sercowo-naczyniowym.

Tak że naprawdę to jest badanie, o które nefrolodzy bardzo zabiegają. Jeśli obietnice pana dyrektora się sprawdzą, to będziemy naprawdę przeszczeniwi. Chodzi nam też o to...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Przepraszam, czy mogę tak wejść w słowo?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę włączyć mikrofon. Bardzo ciekawe informacje, więc myślę, że polemika...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Proszę bardzo. Zapraszam.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

To znaczy, żadna polemika. Nie będzie polemiki, bo rzeczywiście były wnioski, żeby włączyć do badania „Moje zdrowie”, rozumiem, dwa badania. Jedno to jest po prostu zbadanie moczu pod kątem właśnie...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Ale badanie moczu POZ ma.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Ja wiem.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tylko że nie w opiece koordynowanej, a w swoim normalnym pakiecie. Oni to mają. A myśmy w tej opiece koordynowanej tak naprawdę mieli jedynie albuminurię. I ponieważ tylko 70 tys. ludzi jest objętych opieką koordynowaną, to należy przesunąć tak, żeby ludzie mogli to robić. Dlatego że lekarz POZ ma dostęp do różnych badań. On może sobie zrobić mocznik, może sobie zrobić kreatyninę, może zrobić USG brzucha. Niechby mógł zrobić również albuminurię, bo to nie jest tylko, powiedzmy, dla nas. To jest dla diabetologa, dla kardiologa, dla geriatry. Nie wiem, dla każdej specjalności, dla wszystkich.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dla diabetologa.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tak, dla każdego.

Proszę państwa, kolejnym elementem, o który środowisko wnioskowałoby, jeśli byłaby taka możliwość, to jest to, że mimo tych leków, które stosujemy, bo dochodzą nam nowe leki, doszły floszyny, doszły agoniści GLP-1, antagonisty receptora mineralokortykoidowego... Chodzi o to, żebyśmy tymi lekami mogli zacząć leczyć wcześniej, bo one są wtedy po prostu skuteczniejsze. I wtedy, proszę państwa, nie będzie tyle dializ.

My już obserwujemy, że starsze osoby – a ja już długo pracuję jako nefrolog – wymierają na dializie. A teraz jest jakby mniejszy napór na dializoterapię, bo, proszę państwa, działa nefroprotekcja. To są leki, które działają. One są kardioprotekcyjne i one są nefroprotekcyjne, tylko musimy je dawać, czyli musimy rozpoznać i musimy mieć do nich dostęp. Szczególnie że absolutnie nie ma żadnych wątpliwości, że te leki działają w skojarzeniach. To nie jest tak, że można dać floszyny, a nie dawać finerenonu. Trzeba dać oba te leki, bo wtedy działanie się potęguje. Są na to ogromne badania kliniczne i dowody. Nie ma problemu.

Proszę państwa, teraz choroby rzadkie to też jest taka dziedzina, którą ministerstwo się od paru lat zajmuje. Zostały stworzone centra, rzeczywiście jest duży postęp. Natomiast dostęp do diagnostyki genetycznej, szczególnie do genetyków, którzy umieją to zanalizować, nie jest za dobry. To jest rzeczywiście duże zmartwienie w Polsce. Refundacja badań genetycznych... W niektórych programach lekowych jest tak, że za te badania genetyczne ktoś musi zapłacić. One nie są tanie, ale są konieczne, żeby leczyć pacjenta nowocześnie, w sposób spersonalizowany i uderzać w to miejsce, gdzie jest patologia, czyli musimy ją znać. To, co już powiedziałam – nie mówimy o spowolnieniu przewlekłej choroby nerek. Mówimy o tym, żeby pacjenta z tego wyleczyć. Jesteśmy na zupełnie innym poziomie, ale nie możemy mieć opieki reaktywnej, czyli zaczynać go dializować, jak on jest chory. Musimy, proszę państwa, dojść do profilaktyki.

Kolejnym niezwykle istotnym tematem i wielką bolączką polskiego systemu dotyczącego nefrologii jest za niski odsetek dializ otrzewnowych. To jest niezwykle skuteczna, dobra metoda leczenia, powiedziałabym, że z punktu widzenia medycznego równoznaczna metodzie hemodializy. Niestety za słabo reprezentowana w Polsce. To jest niecałe 4%. W większości krajów to jest 10–20%, a mówi się o tym, że powinno być 50%. Pacjent, który jest leczony w domu, a to jest metoda, którą się leczy w domu, ma znacznie lepszą jakość życia. Nie ma żadnych wątpliwości, są na to dowody. Musimy tę kulturę *home first* wypracować w naszym środowisku i jednak położyć nacisk na dializy otrzewnowe. Na pewno to, że jest tak słabo, wynika z tego, że po prostu zarówno personel, jak i społeczeństwo są za słabo wyedukowane. Musi być edukacja przeddializacyjna, musi być nagłośnienie.

Posel Joanna Mucha (niez.):

A co to jest ta dializa otrzewnowa?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Po pierwsze, w domu.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Ale na czym polega? Bo nie wiemy, co to jest dializa otrzewnowa.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Może powie nam pan profesor, który jest pacjentem.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

My nie jesteśmy medykami, dlatego być może dla państwa te pytania wydają się proste, ale my też chcielibyśmy zrozumieć.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Oczywiście. Proszę uprzejmie. Ja bym chciała tak wszystko państwu wytłumaczyć od początku, ale ta prezentacja trwałaby 14 godzin, więc chciałam wam tego oszczędzić.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ona jest dla nas bardzo interesująca, dlatego bardzo proszę.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki Rajmund Michalski:

Dzień dobry państwu. Rajmund Michalski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Ja jestem pacjentem, który całe życie borykał się i borykam się dalej z przewlekłą chorobą nerek. Aktualnie jestem 13 lat po przeszczepieniu nerki, ale pracuję zawodowo.

Tylko krótko ad vocem à propos właśnie dializy otrzewnowej. Hemodializa – w Polsce mamy prawie 96% pacjentów leczonych tą metodą – to jest dializa, w przypadku której pacjent trzy razy w tygodniu jedzie na stację dializ albo do szpitala, leży 5 godzin, to znaczy 5 godzin jest dializowany, czyli de facto z punktu widzenia pacjenta jest praktycznie niemożliwe, żeby on mógł normalnie pracować, studiować, prowadzić normalne życie.

Natomiast hemodializa otrzewnowa – ja właśnie tak byłem dializowany – to jest cewnik, który jest wszczepiony do brzucha i ja sam sobie wprowadzam płyny cztery razy na dobę, chodzę z tymi płynami, wymieniam to, ale mogę normalnie funkcjonować, czyli na przykład chodzić do pracy, studiować, jechać na wakacje. Z punktu widzenia wolności jest to na pewno metoda bardzo dobra. Szkoda, że to tylko 4% u nas.

Posel Joanna Mucha (niez.):

A koszty?

Prezes OSMN Rajmund Michalski:

Porównywalne. Podobne.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Podobne. Natomiast jest bardzo wiele zalet, dlatego że ci pacjenci zachowują dużą dziurę resztkową, mogą mieć bardziej liberalną dietę, mogą więcej wypić. Bo dla pacjenta hemodializowanego, który ma anurię, konieczność unikania płynów to jest po prostu męka. Szczególnie jak ma jeszcze dodatkowo cukrzycę i jest gorąco. W ogóle jest całe mnóstwo medycznych powodów i tych, które wpływają na jakość życia pacjenta, żeby to naprawdę była metoda, do której pacjenci w naszym kraju mają równy dostęp.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale co jest przyczyną, że preferowana jest akurat hemodializa?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Myślę, że przyczyn jest całe mnóstwo. Wydaje mi się, że jedną z ważniejszych przyczyn... Trzeba mówić o przyczynach rozwiązywalnych, bo edukacja, to będziemy edukować, może kiedyś wyedukujemy, ale... Jednym ze sposobów na rozwiązanie tego jest to, że... W Polsce mamy taki system, że w ośrodku na dializę otrzewnową, na hemodializę i na hemodiafiltrację są osobne kontrakty. W niektórych województwach uzyskanie nowego kontraktu jest bardzo trudne.

Ja osobiście, mimo że jestem konsultantem krajowym w województwie dolnośląskim, o to, żebym mogła otworzyć w nowym ośrodku dializę otrzewnową, zabiegałam prawie rok. Gdyby było to kontraktowane jako jedno zagadnienie, przewlekła choroba nerek ze wszystkimi możliwymi sposobami leczenia, czyli z dializą, dializą otrzewnową i z hemodiafiltracją, byłoby znacznie prościej. To rozwiązanie ma również cały szereg innych zalet: zmniejsza wielkość personelu, który jest potrzebny.

Właśnie, co trzeba powiedzieć o dializie otrzewnowej? Borykamy się, proszę państwa, z niedoborem lekarzy nefrologów, ale przede wszystkim borykamy się z niedoborem pielęgniarek w ogóle, a co do pielęgniarek nefrologicznych dializacyjnych – to jest po prostu katastrofa. Jeśli pacjent ma kontakt ze szpitalem raz na sześć tygodni – zakładamy, że nie ma powikłań – wtedy lekarz i pielęgniarka poświęcają mu pół godziny czy nawet dwie godziny, a co innego jest, jak on trzy razy w tygodniu wymaga stałej opieki. Pani pielęgniarka jest w stanie się zająć pięcioma pacjentami czy czterema, którzy już leżą na łóżku. To jest zupełnie inne wykorzystanie personelu. To też jest element, który trzeba wziąć pod uwagę poza pieniędzmi i poza innymi rzeczami. Dializa otrzewnowa, proszę państwa, to jest naprawdę rzecz, która musi wybrzmieć i musi być rozpropagowana.

Jeśli chodzi o hemodializę...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, ja jeszcze może dopytam, ponieważ rzeczywiście wydaje się to absurdem, że świadczenie, które jest bardziej przyjazne dla pacjenta, nie jest tak rozpowszechnione. Koszt, rozumiem, jest porównywalny, ale w czym jeszcze tkwi problem? Czy tylko w klasyfikacji grupy do świadczenia, które jest finansowane, czy... Bo to trochę niezrozumiałe, skąd się... Rozumiem, że jeżeli chodzi o kwalifikację personelu, zaopatrzenie pacjenta, to nie jest to jakieś wąskie gardło, tylko może jest problem administracyjny. Bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dla województwa małopolskiego Katarzyna Krzanowska:

Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Katarzyna Krzanowska, konsultant wojewódzki z Małopolski.

Proszę państwa, to znówu nie jest takie proste, jeżeli chodzi o wybór metody, dlatego że to, co nasza pani konsultant krajowa powiedziała, w zasadzie większość rzeczy, które są przynajmniej do modyfikacji, powinno się zaczynać jednak już na poziomie edukacji POZ. Jeżeli jest wczesna diagnostyka, wczesne wykrywanie i jest już taka czujność, że eGFR jest poniżej 30 ml na minutę i jest skierowanie do ośrodka nefrologicznego, to w zasadzie, za wyjątkiem dwóch ośrodków, które mają tzw. poradnie niskiego klirensu, gdzie jeszcze w dodatku poświęca się czas na edukowanie tych osób, nie ma w innych miejscach takiej możliwości. To wynika tak samo z niewystarczającego personelu nefrologicznego.

To, co pani konsultant powiedziała – w koszyku dla rezydentów nefrologia nie jest jako deficytowa. Tak, to jest priorytet w tej chwili, żeby przybyło nam nefrologów. A proszę mi wierzyć, że jeżeli młody człowiek ma do wyboru plus 2 tys. zł za korzystniejszą specjalizację, to on wybierze tę specjalizację. Dlaczego ma wybierać specjalizację trudną, ciężką, bardzo absorbującą za mniejsze pieniądze? I ja to słyszę od moich rezydentów. Dlaczego, pani profesor, za to, co robimy, jesteśmy karani, a nie profilowani wyżej? Właśnie, to nie jest specjalizacja, gdzie się zarobi na tzw. mieście, bo naprawdę ludzie nie przyjdą. To są często biedni ludzie, bo to są chorzy z przewlekłą chorobą.

Proszę państwa, edukacja jest niezwykle ważna. Tworzenie poradni edukacyjnych już na tym poziomie, czyli kierowanie chorych do ośrodka, który powinien być referencyjny, jest niezwykle ważne. To, co pani profesor powiedziała na temat tego UACR, czyli tej albuminurii, która jest naprawdę tania, naprawdę, a to jest uszkodzenie narządu – uszkodzenie serca czy uszkodzenie wielu narządów, kiedy albumina pokazuje się w moczu... Naprawdę, proszę państwa, powinna być też w medycynie pracy. Tam nawet nie ma ogólnego moczu, a przecież jesteśmy zmuszeni, żeby robić badania raz na dwa lata. Tam powinien być przynajmniej moc ogólny i albuminuria.

I to, co pani bardzo pięknie powiedziała w zakresie „Mojego zdrowia”, to powinno być w koszyku, bo to jest wczesne wykrywanie nie tylko choroby nerek, ale też innych chorób i ryzyka sercowo-naczyniowego. Później właśnie to leczymy i mamy wysokie koszty leczenia udarów, leczenia zawałów, leczenia niewydolności krążenia i leczenia nerkozastępczego. To jest bardzo dużo punktów.

Dlaczego ta dializa otrzewnowa jest podobnie droga jak hemodializa? Ona byłaby tańsza, gdyby było jej więcej. Natomiast w tym momencie, jeżeli mamy niecałe 4%, to wiadomo, że koszt tego przedsięwzięcia musi być wyższy. Gdyby było blisko 30% – a tak powinno być, bo to jest dializa domowa, ale mówię, 10–30% minimum, w kierunku 30% – to ona byłaby zdecydowanie tańsza, zdecydowanie mniej angażowałaby personel. No i przede wszystkim – ponieważ to są ludzie zmotywowani – kwalifikacja do transplantacji byłaby szybsza. Bardzo dziękuję.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Jeżeli mogę o jedną rzecz dopytać?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Bo nie bardzo rozumiem. To państwo, jako lekarze, dokonujecie kwalifikacji, jaki sposób leczenia podejmiecie. Rozumiem, że przeszkodą jest brak kontraktu na tę konkretną procedurę? Pacjent nie decyduje, czy będzie miał hemodializę, czy dializę otrzewnową.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

To znaczy powiem panu tak: ze względów medycznych właściwie trzy czwarte, powiedzmy, 75%, nadaje się do tych obu metod leczenia. Pacjent ma prawo wybrać i w każdym ośrodku nefrologicznym powinna być możliwość wyboru. Jeden woli przyjechać do szpitala, odwrócić się, wystawić rękę, czytać książkę, a drugi woli wziąć sprawy w swoje ręce, mieć wolność, mieć lepszą dietę, móc pracować, móc wyjechać. To to są jakby...

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Podsumowując, w ostateczności jest to decyzja pacjenta.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tak. Lekarze mają również zbyt małą świadomość, jest za mało środków, jest za mało personelu. Trzeba jakoś wesprzeć tę dializę.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Pani profesor, to jest zrozumiałe, tylko tak naprawdę... Ja też jestem lekarzem i pani profesor doskonale wie, że siła sugestii lekarza jest przeogromna. Jeżeli ja będę chciał pacjenta przekonać do dializy otrzewnowej... Oczywiście nie każdego, zdaję sobie sprawę z tych ograniczeń, o których pani profesor mówi, wynikających z charakteru pacjenta. Jeden po prostu nie podejmie tego wysiłku, bo to jest jednak jakiś wysiłek, jakaś dyscyplina, samodyscyplina, której to wymaga. Ale wydaje się, że oprócz tego, o czym pani profesor mówi, czyli oprócz dostępności do kontraktu, bo trudno realizować świadczenie, za które nie będzie się miało zapłacone, to w mojej ocenie, wydaje się, że największym elementem, który może wpłynąć na ten pozytywny kierunek, jest jednak lekarz nefrolog, który będzie mobilizował pacjenta do tego, żeby podejmował taką formę.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tak, tylko proszę wziąć pod uwagę, że nefrologów jest bardzo mało, tylko 0,5% populacji nefrologów, których w sumie jest 1500, a nie wszyscy praktykują, na cały kraj, ma poniżej 35 lat. Większość, powiedziałabym, już się starzeje. To jest to, o czym powiedziałam na samym początku: jeśli mamy osobne kontraktowanie tych trzech rodzajów leczenia nerkozastępczego, to jest kluczowe.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

No właśnie, tak. Myślę, że oczywiście, przepraszam, ale pragnę...

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Ale czy nefrologów jest mało czy dużo, to dalej ci sami nefrologowie kwalifikują.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Ale żeby otworzyć ośrodek dializy otrzewnowej, to trzeba mieć lekarza. Teraz są takie wymogi, że trzeba mieć do kontraktu do hemodializy lekarza, do hemodiafiltracji lekarza i do CADO lekarza, do dializy otrzewnowej. Nie ma ich skąd wziąć, dlatego jest tak mało tych ośrodków.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Pani profesor, nie wiem, może ja niewyraźnie mówię, ale dalej mamy tych samych lekarzy w systemie. Zgadza się? I ci lekarze w jakimś sensie decydują czy współdecydują z pacjentem, czy... Bo teraz pani mówi, że są starzy itd.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Ale żeby włączyć leczenie, trzeba mieć ośrodek.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, że przyczyną...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Ale stacja dializ nie ma... Stacja dializ ma umowę na hemodializę, a to nie znaczy, że ma umowę na dializę otrzewnową. Taki jest nasz postulat jako środowiska.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To znaczy wydaje mi się, że problemem jest to, że NFZ zdefiniował oddzielne produkty.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tak, tak.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Do każdego jest potrzebny odrębny potencjał. Gdyby był jeden produkt...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

I to jest jeden z naszych postulatów. Ja nawet w marcu napisałam zarówno do pani minister, jak i do prezesa NFZ takie pisma, gdzie to wszystko bardzo dokładnie, krok po kroku, opisałam.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To jest kwestia naprawdę... Bo to nie niesie za sobą żadnych kosztów prawdopodobnie.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Żadnych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jeżeli są porównywalne koszty dializy...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Wręcz przeciwnie, niesie oszczędności.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Oszczędności. A na pewno dla pacjenta ta procedura będzie bardziej przyjazna. Myślę więc, że gdyby doszło do przededefiniowania po prostu tego produktu kontraktowego, że to może być w formie dializy otrzewnowej, bądź też...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tak. O to chodzi.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Wybór metodologii należałby do lekarza w uzgodnieniu z pacjentem. W tym momencie byłaby możliwość przetransferowania części pacjentów do dializ otrzewnowych, które byłyby realizowane w warunkach domowych. Myślę, że jako Komisja wzmocnimy też ten postulat.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Jeszcze raz przypomnę: 16 marca do pani minister, a także troszkę później do pana prezesa NFZ wysłałam pismo z propozycją zmian. Na czterech stronach wszystko bardzo dokładnie opisałam, co my chcemy, ile lekarzy, jakich lekarzy.

Jest też, proszę państwa, problem – bo brak personelu jest jednym z głównych czy dużych problemów – włączenia do opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek opiekunów medycznych. Proszę państwa, gdyby była możliwość zatrudnienia, mówię o dializie otrzewnowej, opiekuna, który byłby w stanie wyedukować tego pacjenta, albo na hemodializie, na stacji dializ, gdzie jest mało pielęgniarek, gdzie ten opiekun doprowadziłby pacjenta do łóżka, umyłby maszynę, przykryłby go pościelą – to by naprawdę rozwiązało sprawę. A tej regulacji nie mamy. Ja o tej regulacji też napisałam w tym piśmie.

Dobrze, proszę państwa, jeszcze trochę, ale pozwólcie mi powiedzieć, bo jeszcze nefrologia dziecięca by chciała się wypowiedzieć.

Proszę państwa, hemodializa – główny problem, który mamy teraz, to jest zbyt niski odsetek przetok tętniczo-żylnych. Rzeczywiście nie jest to w Polsce rozwiązane i musimy się jakoś do tego przyłożyć. Oczywiście jest jeszcze cały szereg innych problemów, ale pozwolicie, że już nad tym przejdę szybciej.

Transplantacja nerek to też jest, proszę państwa, sytuacja... Pani była uprzejma powiedzieć, że mamy za mało przeszczepiania, bo nie ma dawców, a to jest najlepsza metoda leczenia nerkozastępczego, nie ma dyskusji. Dawców jest coraz więcej, ale problem jest w wykonaniu badań do przeszczepu. Żeby zrobić badania do przeszczepu, trzeba tych badań zrobić kilkanaście, bardzo skomplikowanych. Musi być okulista, ale też angiografia, mammografia u kobiety. Sytuacja wygląda tak: lekarz stacji dializ daje pacjentowi do ręki 14 albo 15 skierowań i pacjent ustawia się w kolejkę do endokrynologa, do kardiologa.

Razem z zespołem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, który w trójkę reprezentujemy, opracowaliśmy taki program, który został złożony do ministerstwa, przeszedł przez AOTMiT, jest poparty przez Krajową Radę Transplantacyjną. Projekt, który nazwaliśmy KAOS, czyli opieką specjalistyczną, tak jak jest, proszę państwa, w HIV, czyli w AIDS. Kiedyś, jak wszyscy państwo pamiętacie, wyrwanie zęba u pacjenta z AIDS czy zoperowanie go to było szaleństwo. Od kiedy działa KAOS? A to jest taka sama populacja, bo to jest mniej więcej 20 tys. osób. Nie ma w ogóle żadnego problemu. Chodzi o to, żeby stworzyć dla pacjenta do przeszczepienia... Bo pacjent czeka 2 lata. Jak zaczyna dializę, to 2 lata robi badania, żeby się dostać na przeszczep. Skandal. Wchodzi w normalną kolejkę. A to by było coś na kształt DiLO, czyli że jest po prostu osobna ścieżka. To nie jest duża grupa chorych.

Proszę państwa, pomijając to, że to będzie taniej, bo ta metoda jest tańsza, to przecież ci ludzie wrócą do pracy, zaczną płacić podatki, nie będą jeździć na dializę, nie trzeba im będzie płacić za transport, nie będzie im trzeba renty płacić. To są zyski, które są w ogóle nie do policzenia. Tak że zdecydowanie uśmiecham się do ministerstwa, bo wiem, że... Proszę bardzo. Tak, proszę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę bardzo, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tylko że, pani profesor, mamy negatywną opinię, rekomendację AOTMiT na KAOS.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tylko że nie wiem, czy pani zna tę opinię AOTMiT. AOTMiT powołał trzech niezależnych konsultantów, których nazwisk nie znam, ale to jest opinia oficjalna. Wszystkie trzy opinie były entuzjastyczne, po czym napisano, że nie.

W związku z tym pan prof. Danielewicz, który jest szefem Krajowej Rady Transplantacyjnej, podjął taką uchwałę razem ze mną i z całym zespołem, który się zajmuje transplantologią, naprawę czołowych transplantologów w Polsce, żeby poprzeć tę inicjatywę, bo przecież nie AOTMiT decyduje, tylko decyduje ministerstwo. On tylko podpowiada. Było obiecanie, że państwo się temu przyjrzą. Pani dyrektor Kramska była na tych spotkaniach. To znowu zmniejszy koszty. To jest rzecz, która musi być jakoś załatwiona, a nie ma innego sposobu. Jak pacjent do przeszczepu ma się dostać do kardiologa, kiedy musi stać w kolejce normalnie ze wszystkimi? Ten pacjent nie może czekać 2 lata, bo 2 lata na dializoterapii to jest 100% pogorszenie zdrowia. Dializoterapia to nie jest metoda, że pacjent się dializuje.

Poza tym, proszę państwa, trzeba robić przeszczepienia wyprzedzające. Dziś wiadomo, że lepiej nie dializować, tylko od razu przeszczepić. Gdzie taki pacjent, który nawet ma dawcę rodzinnego, ma pójść? Ma chodzić po ulicach i pytać? Jak nie będzie tych ośrodków, które będą to scalały, które będą pacjentów kwalifikowały i wezmą pod opiekę pacjentów do przeszczepienia wyprzedzającego, to nic z tego nie będzie.

Dobra. Za długi czas kwalifikowania, już mówiłam. Ostatnia rzecz, o której chcę powiedzieć – i tu widzę oszczędności – to jest leczenie zachowawcze. Starsi pacjenci kierowani są do dializy w sposób nadmierny. Ja jestem już 37 lat nefrologiem, mówię to z pełną odpowiedzialnością. Myślę, że państwo nefrolodzy mnie poprą. Dlaczego? Bo nie ma opieki paliatywnej. Leczenie zachowawcze w przewlekłej chorobie nerek, u osoby starszej, kiedy progresja jest nieduża – są dowody na to, że przy określonej chorobowości, przy określonym wieku, to, że pacjenta dializujemy, nic mu nie daje. On nie żyje dłużej. Żyje gorzej, bo jest bez przerwy w szpitalu. Wielu pacjentów wybiera leczenie zachowawcze, bo przy powolnej progresji to jest rozwiązanie, ale to wymaga opieki, zorganizowania opieki. To się przełoży na ogromne oszczędności, tylko trzeba rzeczywiście stworzyć model opieki konserwatywnej. On, proszę państwa, w innych krajach bardzo dobrze działa. Wtedy nie dializowalibyśmy pacjentów mocno schorowanych, starszych, którzy sobie tak naprawdę tej dializy nie życzą. To jest naprawdę ważne.

Ostatni slajd. Trzeba przejść z modelu leczenia schyłkowego do profilaktyki i personalizacji. Naprawdę proszę, żebyśmy to sobie wszyscy dobrze zapamiętali, że inwestycja w nefrologię oznacza poprawę jakości i ograniczenie kosztów. Najważniejsze rekomendacje to jest wczesna diagnostyka, refundacja nowoczesnych leków, rozwój diagnostyki genetycznej, wzmocnienie opieki koordynowanej.

Jeśli zdarzyłoby się, szanowna pani, że, tak jak obiecał pan dyrektor, albuminuria przejdzie, to opieka koordynowana zostanie pusta. Tam właściwie nic nie będzie poza konsultacją z nefrologiem. Taka prawda. To po cóż ci lekarze POZ mają to podpisywać, jak oni nie mają z tego żadnego interesu? Co oni z tego mają? Tylko mają kłopot, bo muszą umowę podpisać.

Rozwój dializ domowych, głównie mówię o dializie otrzewnowej, transplantologii, edukacja, edukacja, edukacja i tworzenie tych centrów, zarówno KAOS dla leczenia przewlekłej choroby nerek, jak i dla leczenia chorób rzadkich.

Bardzo dziękuję. Przepraszam, że tak długo, proszę państwa, ale nefrologia jest niezwykle skomplikowana, ma wiele aspektów i musiałam tyle państwa czasu zająć.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Ma pani bardzo zainteresowanych studentów na tej sali.

Przewodnicząca posel Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak. Chciałam właśnie to samo powiedzieć, że bardzo interesujące informacje pani profesor nam przekazała i ta nasza ciekawość wynika właśnie z tego, w jaki sposób pani o tym mówiła. Tak że bardzo serdecznie za to dziękuję. Myślę, że na pewno nasza świadomość uległa zmianie, jeżeli chodzi o postrzeganie chorób, o których pani mówi. Bardzo serdecznie dziękuję.

Teraz przechodzimy do dyskusji. Dobrze, pani, a później, bo pani tam też prosiła o głos, ale tu może pierwsza pani.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Może ja się przedstawię. Danuta Zwolińska, jestem konsultantem krajowym w dziedzinie nefrologii dziecięcej. Ta nowa dziedzina, nefrologia dziecięca, została wyodrębniona w 2013 r. nie bez przyczyny, bo wprawdzie choroby mamy takie same, ale one zupełnie inaczej przebiegają w populacji ludzi dorosłych, a inaczej u dziecka. Poza tym jest dużo innych odrębności w ramach naszej specjalizacji pod tytułem nefrologia.

Pani profesor Krajewska już dużo rzeczy powiedziała, wobec tego ja się skupię na tych różnicach. Mianowicie, zaczniemy od epidemiologii i od etiologii.

Jeśli chodzi o epidemiologię, to takich bardzo dokładnych danych nie mamy, ile dzieci wchodzi rocznie. Szacuje się mniej więcej, że to jest 15–16 na milion populacji pediatrycznej, ale wiemy dokładnie, że jeśli chodzi o populację dzieci dializowanych, czyli dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek, to jest około 2% populacji dializowanych dorosłych, czyli jest to zdecydowanie mniejsza pula. Ale to nie znaczy, że w schyłkowej niewydolności nerek choroba przebiega inaczej. Tutaj też mamy powikłania sercowo-naczyniowe, zaburzenia gospodarki mineralnej i kostnej oraz wszystkie te problemy, o których mówiła pani profesor Krajewska, które wymagają bardzo solidnej opieki i leczenia, szybkiego przeszczepu, jeśli pacjent już jest na dializie. Ale najważniejsza jest, tak jak tu było podkreślane, profilaktyka.

Dwa słowa o etiologii, bo to jest też bardzo istotne. Podczas gdy u dorosłych na schyłkową niewydolność nerek wchodzi pacjentów głównie z cukrzycą czy z nadciśnieniem tętniczym, to u dzieci jest zgoła inaczej. U dzieci to są przede wszystkim wrodzone wady układu nerek i układu moczowego. W mniejszych odsetkach choroby rzadkie, które są odrębnością pediatryczną, dziecięcą, można powiedzieć, nic nie ujmując dużym nefrologom, że to my się na tym najlepiej znamy. Natomiast jeśli chodzi o choroby nabyte, takie jak glomerulopatie, to też jest to spora pula, mniej więcej jedna trzecia pacjentów. Można powiedzieć, że ci pacjenci to są szczególnie pacjenci, którzy szybciej wchodzi w okres dializy, ponieważ progresja tego schorzenia, tej glomerulopatii, do schyłkowej niewydolności nerek jest zdecydowanie szybsza. Wobec tego z całą pewnością trzeba powiedzieć, że profilaktyka jest bardzo, bardzo ważna.

Badań profilaktycznych nie było robionych na tak dużą skalę jak u dorosłych. Niemniej jednak jest jedno stare badanie, które pokazuje – to było badanie, które było przeprowadzone w szkołach, w klasach gimnazjalnych w Sopocie – że już nawet w tej małej puli, która była przebadana, bo to było niecałe 300 dzieci, wykazano, że około 1,2% dzieci miało obniżone przesączanie kłębuszkowe, czyli już upośledzoną funkcję nerek, że już u 10% dzieci był krwinkomocz, u nieco mniejszego procenta białkomocz i albuminuria, o której tutaj tak dużo mówimy. Wobec tego od razu możemy powiedzieć, że również u dzieci warto się skupić na profilaktyce, żeby one jak najpóźniej trafiały albo właśnie w ogóle nie trafiały na stację dializ i nie wymagały przeszczepu.

Jak to wygląda w pediatrii? Usłyszeliśmy tu, że opieka koordynowana wprawdzie nie jest w 100% zapewniona, ale w jakimś tam odsetku jest. Tymczasem u dzieci absolutnie jej nie ma. A przecież w 2019 i 2020 r. przygotowywaliśmy wspólnie z kolegami tzw. ścieżkę pediatryczną, bo, proszę państwa, tak naprawdę choroba nerek u dzieci zaczyna się niekiedy w łonie matki. Już badania prenatalne pokazują, że niektóre z dzieci urodzą się chore i będą miały od razu rozpoznaną przewlekłą chorobę nerek, a nawet i schyłkową, jeżeli jest to na przykład ciężkie strukturalne zaburzenie, takie jak wielotorbielowatość typu tzw. niemowlęcego. Tak że to są dzieci bardzo poszkodowane, bardzo chore od początku.

Zatem była opracowana taka ścieżka, co robić z tymi dziećmi, które już prenatalnie mają wadę. Było m.in. takie zalecenie, żeby te wszystkie dzieci tuż po urodzeniu w oddziale noworodkowym miały ponownie wykonane badanie USG. Myślę, że to jest naprawdę takie minimum. W dużych ośrodkach akademickich to badanie USG jak najbardziej jest możliwe do wykonania, może w niektórych większych specjalistycznych szpitalach również, ale w tych różnych ośrodkach, gdzie mamy porodówki i oddziały noworodkowe, tego po prostu nie ma i te dzieci nie zawsze trafiają. Było też zalecane, żeby u tych dzieci – oczywiście już w kolejnych dobach, bo do drugiej doby niczego nie możemy robić, bo to jest jeszcze krew matczyna – wykonać parametry funkcji nerek. Tak samo, jeśli chodzi o dzieci w późniejszym etapie, dzieci z ryzyka, do których m.in. należą takie dzieci, gdzie w rodzinie jest jakaś choroba nerek czy rodzeństwo ma wadę układu moczowego albo same już chorowały na nerki.

Wytyczyliśmy również taką ścieżkę dla lekarzy POZ, którzy mieli podobnie jak u dorosłych wykonywać najprostsze badania, a więc badanie moczu, badanie albuminurii, stężenie kreatyniny i obliczenie przesączania kłębuszkowego, czyli tego eGFR. Niestety tak się nie stało, tego

praktycznie rzecz biorąc nie ma i tego nam brakuje. Oczywiście te dzieci na tym etapie już byłyby wszystkie wspaniale wyłapane i prawdopodobnie byłoby możliwe wyleczenie przynajmniej trzech czwartych z nich z chorób, które dałoby się wyleczyć, jeżeli się je uchwyci w pierwszym stadium. Niestety tego nie ma i ja bym bardzo apelowała, żebyście państwo, że tak powiem, tę sprawę jeszcze uruchomili, bo to wszystko jest przecież przygotowane. To jest tylko do wdrożenia.

Jedyna, można powiedzieć, ścieżka transplantologiczna, która była opracowywana, działa bardzo wspaniale, ale może dlatego, że mamy jako ośrodek pediatryczny jedno centrum przeszczepiania. Jest to Centrum Zdrowia Dziecka, które reprezentuje pani doktor Wioletta Jarmużek. Tam rzeczywiście to wszystko idzie bardzo ładnie, więc nie będę tego rozwijać.

Jest coraz więcej przeszczepów rodzinnych, mniej więcej jedna czwarta. Koledzy robią 50 albo czasami ponad 50 przeszczepów rocznie. Chwała im za to i gratulacje, że przeszczepiają coraz młodsze dzieci. Już słyszę, że dawniej mieliśmy taki punkt odcięcia 8 kg, w tej chwili przeszczepiane są dzieci 7-kilogramowe. Czyli naprawdę, można powiedzieć, że duży wysiłek lekarzy... Jako nefrolodzy dziecięcy bardzo byśmy chcieli, żeby...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, ile jest rocznie przeszczepów dzieci?

Zastępca kierownika Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Wioletta Jarmużek:

W ubiegłym roku to było 58 przeszczepień u dzieci, z czego 10% to były przeszczepy rodzinne.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Ale też tutaj to, co pani profesor Krajewska podkreślała, że dobrze byłoby, żeby były przeszczepy wyprzedzające. One w pediatrii, myślę, odbywają się nawet w większym zakresie niż u dorosłych. To są przeszczepy, co chciałam też podkreślić, nie tylko od dawców żywych, ale również od dawców zmarłych, ale to tak na marginesie.

Teraz chciałam się skupić nad tym, co jest, bo myślę, że pani profesor Krajewska już bardzo naświetliła potrzebę profilaktyki i my również prosimy o wdrożenie tej ścieżki pediatrycznej, która jest naprawdę wspaniale opracowana.

Teraz przejdźmy do realiów. Też mamy różne odrębności. Jeśli chodzi o leczenie szpitalne i stany nagłe, nie ma żadnych problemów – wszyscy są przyjmowani na bieżąco, wszystkie dzieci mogą uzyskać świadczenia na najwyższym poziomie, nie ma problemów. Poprawiła się również diagnostyka genetyczna. W tej chwili w Gdańsku powstało centrum diagnostyczne dotyczące diagnostyki zaburzeń układu dopełniacza. Możemy również wykonywać badania innych genów związanych z chorobami nerek w laboratorium hematologii i genetyki w Gdańsku. Tak że tutaj mamy zabezpieczone.

Kwestia jest tylko, niestety, jeśli chodzi o badania genetyczne, finansowania, zwłaszcza finansowania z poziomu ambulatoryjnej opieki. To jest bardzo ważne, dlatego że naprawdę nie ma potrzeby hospitalizacji i wyciągania pieniędzy ze szpitali, jeśli można to skrócić i nie hospitalizować pacjenta, więc już chociażby na hotelowych opłatach jest oszczędzanie pieniędzy. Dużo rzeczy się poprawiło.

Była tu też już mowa o chorobach rzadkich i bardzo się cieszę, że jest narodowy program chorób rzadkich. Dużo się rzeczywiście w tej materii zadziało. Mamy dużo nowych programów terapeutycznych i z tego się bardzo cieszymy. Natomiast niestety jest podobna historia, nie będę tu niczego nowego odkrywać, zarówno u dorosłych, jak i u nas – populacja nefrologów dziecięcych się starzeje, pielęgniarek nam brakuje, zwłaszcza tych dializacyjnych pielęgniarek. Gdyby nie fakt, że możemy uprosić nasze stare pielęgniarki, które są już dawno na emeryturze, to naprawdę nie mielibyśmy kim pracować, już nie mówiąc o losowych przypadkach, jak jakaś choroba itd.

Ale jeżeli już jesteśmy przy dializach, to bardzo bym chciała położyć nacisk... Chciałabym państwu przedstawić i uświadomić, że w przypadku dializy dziecięcej, zarówno hemodializy, jak i dializy otrzewnowej, powinno być zupełnie inne podejście. Te dializy w stosunku do dorosłych są absolutnie za mało wycenione, bo są wycenione tak samo, czyli około 700 zł, podczas gdy na przykład w ośrodku w lubelskim jedna dializa, jak mi koledzy obliczyli, kosztuje 1150 zł. Różnica kolosalna. Z czego to wynika?

Proszę państwa, tak jak już słyszeliście państwo ode mnie, jest to mała populacja, w związku z tym liczba pacjentów jest niewielka. Stacji dializ w Polsce, właściwie hemodializ dla dzieci,

też jest dużo mniej i więcej nie potrzeba. Jednak one wymagają zupełnie innego podejścia, jeśli chodzi o finansowanie. Po pierwsze – mówię to od kilkunastu lat – jeśli chodzi o transport, on musi być rozdzielony, ponieważ jest rzadkie rozmieszczenie stacji dializ i nie potrzeba więcej, bo tak wynika z epidemiologii, to pacjenci czasami dojeżdżają po 200 km. Czyli to powinno być zupełnie odrębne finansowanie.

Dlaczego dializa, hemodializa i dializa otrzewnowa powinny być droższe u dzieci niż u dorosłych? Przede wszystkim są droższe i zminiaturyzowane sprzęty. Mniejsze są zdecydowanie droższe. Poza tym opieka według wszystkich rekomendacji i zaleceń nad dzieckiem dializowanym jest inna niż nad dorosłym. Na dwoje dzieci powinna przypadać jedna pielęgniarka lub, jeśli dziecko jest małe i bardzo wymagające indywidualnie, to nawet stosunek jeden do jednego. To wszystko kosztuje. W związku z tym bardzo silnie apeluję o pomoc w rozwiązaniu tej sprawy, której nie mogę jako konsultant ruszyć, tak jak mówię, od kilkunastu lat. To jest naszą największą bolączką.

Tak samo mamy problem z zakupem... Nie możemy hemodializować dzieci najmłodszych, poniżej 3 czy 2 kg, bo nie ma woli kupna takiego zminiaturyzowanego sprzętu. Jest to o tyle ważne, że wprowadzić, w przeciwieństwie do tego, co pani prof. Krajewska mówiła, dializy dziecięce odbywają się mniej więcej pół na pół... To znaczy, metoda dializy otrzewnowej jest zarezerwowana głównie dla małych dzieci, u których dostęp naczyniowy jest po prostu niemożliwy. Nie mamy z tym problemu. Nie powiedziałabym, żeby tu był jakiś problem, bo to jest, że tak powiem, pierwsza opcja terapeutyczna dla dzieci małych, ale ona też jest trochę droższa niż u dorosłych i to też trzeba rozważyć.

Ale dlaczego tak zabiegamy o to, żeby jednak była możliwość hemodializowania dzieci najmłodszych? Na przykład we Francji to już noworodki czasami są podłączane. Wyczerpują się możliwości medyczne otrzewnej. Ona już nie spełnia swojej roli jako błona filtracyjna i wtedy musimy przejść na inną metodę leczenia, na metodę leczenia hemodializami.

W związku z powyższym jest tu następny punkt, bardzo silny i z ogromną prośbą. Następny punkt, o czym już częściowo było mówione i to się pokrywa – kadra jest mała. Jeśli chodzi o leczenie ambulatoryjne, są kłopoty, dlatego że nie mogą powstawać nowe poradnie, zwłaszcza w miastach ościennych. Wojewódzkie miasta są dobrze zaopatrzone, nie możemy narzekać. Natomiast jeśli chodzi resztę województwa, to niestety, praktycznie rzecz biorąc, tych poradni brakuje. Jest ich jak na lekarstwo. Dzieci dojeżdżają po 200–300 km. Jest to bardzo niekomfortowa sytuacja, m.in. wydłużają się kolejki do opieki ambulatoryjnej. Wnioskowaliśmy już wielokrotnie. Bo tak: nasza specjalizacja, tak samo jak i nefrologów, jest niezbyt chętnie wybierana przez młodych, nie są zainteresowani. U pani prof. Krajewskiej zdawało 30 osób. Ja chciałam powiedzieć, że u nas w ostatniej sesji do egzaminu podeszły tylko 2 osoby, a już nie pamiętam, żeby było więcej niż 8–9 osób. Nie wiem, co będzie za parę lat.

Wnioskowałam od wielu lat o to, żeby nefrologia dziecięca była włączona jako dziedzina priorytetowa. Jest dla mnie niezrozumiałe, że pediatria jest dziedziną priorytetową, a nefrologia dziecięca nie. A to w końcu też jest pediatria. To są takie moje sprawy, w przypadku których najbardziej chciałabym się zwrócić do państwa o pomoc. Mam nadzieję, że to nasze dzisiejsze spotkanie sprawi, że jednak może coś się ruszy, coś drgnie, na to liczę. Liczę na państwa.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Mam nadzieję. Dziękuję bardzo. A ile średnio rocznie dzieci jest dializowanych w jednej czy w drugiej formie? Tak mniej więcej.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

W ostatnich latach na szczęście ta liczba się zmniejszyła. Dzięki ośrodkowi to jest między 60 a 80 dzieci na dializie każdego roku.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

I wycena tego świadczenia u dzieci jest porównywalna z dorosłymi?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Dostajemy za hemodializę takie same pieniądze. A tu, tak jak mówię...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani dyrektor już ma informacje.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

A jeszcze jedna rzecz, jeśli można powiedzieć, bo tego nie poruszyliśmy, a u dzieci jest to ważne – opieka nad dzieckiem z przewlekłą chorobą nerek powinna być wielospecjalistyczna. Zresztą u dorosłych też, ale tutaj duży nacisk powinniśmy jeszcze położyć na psychologa i na dietetyka, bo reszta to jest mniej więcej to samo. To są medyczne specjalności.

Muszę przyznać, że nie mamy takich problemów jak dorośli, żeby skierować dziecko, które potrzebuje badań do przeszczepu. Tutaj idzie dobrze, przynajmniej tyle. Natomiast apelowałabym, jeśli chodzi o dietetyka, psychologa czy psychiatrę, bo to jest bolączka w każdym szpitalu. Ja pracuję w bardzo dużym szpitalu akademickim we Wrocławiu, na ulicy Borowskiej. To jest ponoć największy szpital. A my nie mamy własnego psychologa. Psychologów na cały ten olbrzymi szpital jest bodajże czterech czy pięciu, góra. Nie wiem, czy to wynika po prostu z braku lekarzy tych specjalności, czyli psychologów konkretnie, bo o psychiatrach już nie mówię, bo wiadomo, sprawa jest od dawna. Ale w opiece jest ważne, żeby to rozszerzyć.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani dyrektor, bo pani dyrektor miała uwagę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, bo chciałam dopowiedzieć, że rzeczywiście prace nad zmianą warunków realizacji dla tych trzech świadczeń, które zostały wymienione, czyli dializa otrzewnowa, hemodializa, zapewnienie 24-godzinnego dyżuru i hemodiafiltracja – to są te, które są w załączniku nr 5. Mamy już projekt i będziemy z tym startować mniej więcej po wakacjach. Będzie zmiana warunków realizacji, ale też pewna regulacja.

Wychodząc naprzeciw temu, co państwo mówicie, trzeba trochę obniżyć wymagania formalne w zakresie personelu, czyli zaangażowanie opiekunów medycznych. Mamy już określone przez samych pielęgniarzy czynności, które mogą być wykonywane przez opiekunów medycznych. Pewnie będziemy z państwem w kontakcie. Tylko z uwagi na to, że mamy pewien harmonogram prac i musimy zakończyć rozporządzenia, które są obecnie w toku, to mamy to zaplanowane na sierpień tego roku. Myślę, że w tym czasie skierujemy pewnie projekt do konsultacji publicznych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Może od razu przy okazji państwo spróbujecie coś zrobić z tym ujednoliceniem dializ, tak żeby nie były to produkty odrębne, tylko jeden. Rzeczywiście, żeby tego potencjału nie dopisywać oddzielnie i do tego świadczenia, i do tego. Dziękuję.

Jeszcze teraz pani na końcu. Bardzo proszę.

Poseł Renata Rak (KO) – spoza składu podkomisji:

Dzień dobry. Renata Rak. Reprezentuję województwo zachodniopomorskie. Jestem posłanką ze Szczecinka.

Mamy w Szczecinku ośrodek nefrologiczny, który przyjmuje pacjentów z dużej części północnej Polski. Największym problemem, z którym się boryka, są nadwykonania, ponieważ NFZ oczywiście nie płaci za nie w terminie. Jak wiele placówek medycznych, muszą kredytować nadwykonania. Natomiast właśnie ten ośrodek zgłasza mi problem, że Szczecinek leży na granicy trzech województw, natomiast NFZ chce płacić tylko za pacjentów z Pomorza Zachodniego, przy czym do granicy pomorskiego czy wielkopolskiego mamy 23–30 km. Nasz ośrodek zgłasza mi dokładnie takie problemy z NFZ.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

To jest niemożliwe. Ktoś wprowadził w błąd.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani poseł Gelert jest dyrektorem szpitala, więc pewnie zna sytuację.

Poseł Renata Rak (KO) – spoza składu podkomisji:

Ale to nie jest ktoś, tylko to jest właściciel. Jeżeli mi przekazuje takie informacje, to chciałabym tu uzyskać wyjaśnienie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale ja myślę, że skoro pani poseł przekazuje taką informację, to trzeba to zweryfikować, bo na pewno to nie były celowo przekształcone informacje.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Właściciel zarządzający podmiotem powinien po prostu złożyć odpowiednie pismo do oddziału wojewódzkiego, z zaznaczeniem, że do wiadomości centrali. My tu jesteśmy, również pani dyrektor z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, więc po prostu zaopiekujemy się tą sprawą i wyjaśnimy. Bo, tak jak mówią państwo posłowie, raczej jest to niespotykana i nieprawdopodobna sytuacja.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Dziękuję za poruszenie tego tematu, bo może się gdzieś pojawia i rzeczywiście trzeba to od razu wyjaśnić. Bardzo proszę.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintal-Ślimak:

Dzień dobry, szanowni państwo, pani przewodnicząca, jestem prezesem Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, czyli diagnostą laboratoryjnym. Mam specjalizację z laboratoryjnej diagnostyki medycznej. Jestem tutaj głosem właśnie tych osób, które...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Nazwisko i imię, bardzo proszę.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintal-Ślimak:

Monika Pintal-Ślimak.

Jestem głosem osób, które wykonują badania diagnostyczne moczu, ale nie tylko moczu. Oczywiście z pełną świadomością popieramy wszystkie postulaty, które państwo klinicyści zgłaszacie. My, jako środowisko, również zgłaszaliśmy potrzebę wykorzystania badania UACR w programie „Moje zdrowie”, ale i wcześniej, we wszystkich programach profilaktycznych.

Szanowni państwo, to badanie razem z eGFR kosztuje w tej chwili 30–40 zł. Czytam, że jest ograniczony dostęp do UACR – to może to nie jest kwestia ograniczonego dostępu, bo laboratoria medyczne mogą wykonywać to badanie. Nie jest to kwestia dostępu, tylko zlecenia tych badań, możliwości finansowania i rozpowszechnienia tej wiedzy.

Z naszej strony, czyli od strony diagnostów laboratoryjnych, podejmujemy działania wspierające, nakierowane na większe zrozumienie tych parametrów. Jako środowisko wnioskujemy o wprowadzenie laboratoryjnej porady diagnostycznej, gdzie diagnosta laboratoryjny będzie widział, że w badaniach ogólnych moczu i biochemicznych są parametry, które mogą wskazywać na niewydolność nerek, na uszkodzenie śródłonka. Wtedy można by było dodatkowo zlecić to badanie.

Jeszcze powiem, że poza ceną, co jest szczególnie ważne, to badanie może się państwu kojarzyć z uciążliwością dobowej zbiórki moczu. Teraz już ta uciążliwość nie występuje, bo już nie musimy tego badania oznaczać w dobowej zbiórce moczu. Można go zrobić w przypadkowej zbiórce i nawet niekoniecznie w porannej próbce moczu. Stąd też naprawdę to jest badanie, które jest dostępne, może być wykonywane przez laboratoria.

Deklarujemy, że będziemy opisywać te parametry, nie tylko interpretację wskaźników eGFR, ale może jeszcze właśnie opisy mikroalbuminy w moczu, gdzie jest wykrywana, te wszystkie wskaźniki, które wskazują na ryzyka. Może w postaci laboratoryjnych komentarzy do wyniku.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

To z pewnością będzie element, który pacjenta skłoni do tego, żeby z tym wynikiem gdzieś dalej pójść. Jak państwo wiecie, program 40 plus był wykorzystany w 19%, tak że społeczeństwo nie jest szczególnie zainteresowane badaniem się. W związku z tym myślę sobie, że to połączenie z medycyną pracy, czyli jakby przymuszenie... Przecież to jest tak, że ludzie się nie badają, ale potem wszyscy za to płacimy. Dziękuję.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintal-Ślimak:

We wszystkich akcjach profilaktycznych, które by były zaproponowane, też chętnie weźmiemy udział. Ja nawet sama osobiście, bo ten problem naprawdę leży mi na sercu. Widzimy tę potrzebę i niewykorzystanie zasobów.

Szanowni państwo, już w 2017 r. był raport NIK pod tytułem „Dostępność i wykorzystanie diagnostyki laboratoryjnej”. Już 10 lat temu wskazywał, że jeżeli wdrożylibyśmy zalecenia płynące z tego raportu, czyli wykorzystali badania laboratoryjne w kierunku diagnostyki chorób nerek, to już mielibyśmy realne oszczędności. Nie mówię o tym, że pewnie uratowalibyśmy

życie pacjentów, ale mielibyśmy realne oszczędności w systemie, bo ten raport na to wskazywał. Był jeszcze raport Medtech Polska. To był taki raport „Efektywność kosztowa wykorzystania diagnostyki laboratoryjnej”.

Tak że jak najbardziej deklarujemy wsparcie i chętnie się pod tą katowicką deklaracją podpiszemy razem z Polskim Towarzystwem Diagnostyki Laboratoryjnej. Prosimy o nas pamiętać, bo w końcu to my też będziemy wykorzystywać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Cieszę się, że powstają nowe pomysły i zawiązuje się współpraca, która może zaowocować naprawdę nową jakością. Dziękuję.

Bardzo proszę. Po kolei.

Członek zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego Zbigniew Heleniak:

Dzień dobry. Zbigniew Heleniak.

Dziękuję bardzo za te słowa odnośnie do medycyny laboratoryjnej. Jako członkowie zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego też mamy dalekosiężne plany na najbliższe lata współpracy z medycyną laboratoryjną. Osobiście reprezentuję ośrodek gdański, bo tam pracuję na co dzień. Mocno, mocno zacieśniamy współpracę w kontekście tego, co pani powiedziała, wartości albuminurii i interpretacji na wyniku laboratoryjnym. Tak jak mamy cholesterol – zły wynik, taki czy owaki, ryzyko, to tak samo i tutaj w systemie elektronicznym prosimy, aby coś takiego się pojawiło.

Natomiast może jeszcze jedna rzecz odnośnie do albuminurii. Pani prof. Krajewska i większość mówców powiedziała, że OK, pacjent ma tę albuminurię, ma zły wynik, czyta, że jest źle. Do kogo ma się udać? Kto robi albuminurię: kardiolog, diabetolog? Po prostu chodzi o koordynację tego pacjenta holistycznie. Tak że to na pewno jest to bardzo ważne. Natomiast z drugiej strony – co na początku było mówione – jeżeli albuminuria by była badaniem, które może robić lekarz POZ bez włączania w opiekę koordynowaną, to pewnie oszczędzałoby to też troszeczkę biurokracji i dokumentacji w związku z tym. A jak doskonale wiemy, jesteśmy obciążeni coraz większymi dokumentami.

Natomiast trzecia informacja czy taka refleksja z mojej strony. Mam przyjemność pracować z młodymi ludźmi na co dzień, podobnie jak pani profesor z mojej lewej strony. Taki postulat, co się już mówi od lat – wiemy, że są rezydentury i wiemy, że jest też plan współpracy z konsultantem krajowym z chorób wewnętrznych – kolejnej rezydentury, na przykład po internie, po chorobach wewnętrznych, z nefrologii. Myślę, że jest też troszeczkę niepokój, ponieważ akurat w zeszłym roku nowi rezydenci, którzy przyszli do nas, pół to choroby wewnętrzne, pół to nefrologia. Pytam: „dlaczego od razu nefrologia?” „Bo może potem nie będzie tych rezydentów” – słyszę w odpowiedzi. Jest obawa jakiegoś zahamowania czy braku możliwości dalszego kształcenia. To może takie uzupełnienie jako głos oddolny od młodych współpracowników. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze? To bardzo proszę, pani. Później pan jeszcze.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dziecięcej dla województwa mazowieckiego Małgorzata Mizerska-Wasiak:

Dzień dobry państwu. Małgorzata Mizerska-Wasiak. Jestem konsultantem województwa mazowieckiego w dziedzinie nefrologii dziecięcej.

Chciałabym jeszcze wzmocnić ten piękny wykład, który wygłosiła pani prof. Zwolińska na temat potrzeb nefrologii dziecięcej. Otóż, niedawno przygotowaliśmy taką pracę, która pokazuje, jak bardzo potrzebne jest zwykłe USG jamy brzusznej u dzieci, szczególnie nie tuż po urodzeniu, tylko w późniejszym okresie życia. Okazało się bowiem, że w okresie przedszkolnym i szkolnym widocznych jest dziesięć razy więcej wad układu moczowego, niż można wykryć prenatalnie. USG prenatalne nie wystarcza, żeby rozpoznać wadę układu moczowego u dziecka. A jak wiemy, wady układu moczowego są pierwszą przyczyną przewlekłej choroby nerek i potem schyłkowej choroby nerek u dzieci. To jest jeden taki mój postulat do wzmocnienia.

A drugi: druga przyczyna przewlekłej choroby nerek u dzieci to są kłębuszkowe zapalenia nerek. One bardzo często przebiegają niemo. Nie widzimy żadnych objawów. Objawy są tylko w badaniu moczu. Duża część glomerulopatii objawia się w wieku około 10–11 lat.

Screening badania ogólnego moczu i mikroalbuminuria u dzieci w wieku szkolnym pomogłyby we wczesnym wykryciu glomerulopatii u dzieci. Te glomerulopatie są wielokrotnie wykrywane za późno. Dzieci mają już przewlekłą chorobę nerek w zaawansowanych stadiach i wtedy jest nam trudniej te dzieci leczyć, trudniej jest zapobiegać przewlekłej chorobie nerek u dzieci.

Takie dwa moje wzmocnienia do wypowiedzi pani prof. Zwolińskiej. Bardzo dziękuję.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Ja bym chciała tylko dodać do tego, co pani profesor powiedziała, że takie badania screeningowe w wieku szkolnym są wykonywane zarówno w krajach skandynawskich, jak i w krajach azjatyckich. Pani profesor jest specjalistką od nefropatii IgA. Najlepiej mogę powiedzieć, że właśnie dzięki temu screeningowi tę chorobę łatwo jest wychwycić już na bardzo wczesnym etapie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A czy takie badania przesiewowe USG nerek u dzieci w innych krajach w Europie czy w innych krajach na świecie są też wykonywane jako standard przesiewowy w jakichś procedurach?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej Danuta Zwolińska:

Myślę, że takiego standardowego nie ma, ale właśnie dzięki temu, że jest standard badania moczu, to też szybciej się wykryje. Aczkolwiek jestem też tego zdania, co pani profesor, że... Zresztą w opiece koordynowanej, która była planowana, jest badanie USG również u dzieci, które są wytypowane do przesiewowego, zwłaszcza tych z czynnikami szeroko pojętego ryzyka.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dziecięcej dla województwa mazowieckiego Małgorzata Mizerska-Wasiak:

Ja też powiedziałam o tym screeningu, ponieważ praca ta powstała na bazie „NIE nowotworom u dzieci”. Badanie USG pozwala wykryć nie tylko wady układu moczowego, bo to jest poboczna rzecz, natomiast również poważne choroby, które są zagrożeniem życia dla dzieci.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani profesor.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dla województwa małopolskiego Katarzyna Krzanowska:

Bardzo dziękuję. Katarzyna Krzanowska, konsultant małopolski.

Ogromnie się cieszę, że zostało zauważone, że walczymy o kompleksową opiekę nefrologiczną. Kompleksową, czyli o KAOS. Jest to już zauważone przez państwa, z czego ogromnie się cieszę. Zaczynamy od jednego koszyka świadczeń i od wczesnej prewencji do późniejszych wyborów leczenia nerkozastępczego. Walczymy o to, żeby opieka była kompleksowa, o włączenie wszystkich wskaźników, później z naciskiem na dializoterapię domową, czyli dializoterapię otrzewnową. Hemodializoterapii domowej jeszcze w Polsce nie mamy, a ona też powinna być później rozwijana. Nie tylko dializoterapia pod postacią stacji dializ, ale również hemodializoterapia domowa w różnych projektach.

Natomiast chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na ten slajd, który pokazała pani profesor Krajewska, dotyczący nierównego dostępu do programów lekowych w województwach. Proszę państwa, dla mnie to jest absolutnie... Jako szef kliniki, jako konsultant, nie mogę się pogodzić z tym, że mamy różną możliwość dostępu do leczenia, mimo że jesteśmy Polakami w tej samej Polsce.

Proszę państwa, naprawdę ja już mam nadwykonania w każdym programie. I ja już na pewno nie będę miała... A mam ogromną populację chorych, ponieważ jeszcze częściowo zabezpieczam transplantacje. To znaczy, praktycznie całkowicie jako transplantologia Podkarpacie. Proszę państwa, naprawdę, proszę mi wierzyć, że stoję na głowie, żeby tym chorym pomóc, szczególnie na przykład w takich programach jak zespół hemolityczno-mocznicowy, gdzie wczesne leczenie to jest życie tych pacjentów. A ja już mam stratę na minus 3 mln zł tylko i wyłącznie z programów lekowych. Nie wiem, co mam robić z tymi chorymi, bo jednak ministerialnie powinny być rozdzielone środki i każdy powinien mieć taki sam procentowy dostęp do świadczeń, w zależności od przeliczenia na liczbę mieszkańców. Proszę mi wierzyć, dzwonię do zaprzyjaźnionych kolegów z innych ośrodków, czy oni jeszcze w programach lekowych mają jakieś środki. Ale ten chory nie pojedzie do Gdańska, bo to jest bardzo ciężko chory człowiek.

Nie tylko powinniśmy myśleć o tym, żeby zaopiekować się na wczesnym etapie, później równomiernie tych chorych leczyć z naciskiem na dializoterapię domową, ale jeszcze naprawdę świadczenia i dostęp powinny być równe, bo nie mogę powiedzieć, że w śląskim jest inny Polak niż w małopolskim. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja myślę, że to pytanie do przedstawiciela NFZ, do pani dyrektor. Jakiś komentarz.

Rzeczywiście ja miałam wrócić właśnie do tego zestawienia, bo dysproporcje są szokujące. Tak jak panie tu podajecie, pani profesor podaje, to rzeczywiście nie bardzo jest uzasadnienie. No właśnie, ale śląskie 19 mln zł, a lubelskie... Tak, ale lubelskie, trzy ośrodki – 28 tys. zł, a na Śląsku, dwa ośrodki – 19 mln zł. Więc ogromne różnice. Gdyby pani dyrektor nam w jakiś sposób spróbowała skomentować, dlaczego to tak wygląda.

Dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Iwona Kasprzak:

Dzień dobry, Iwona Kasprzak, Departament Gospodarki Lekami, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mówiąc szczerze, jak ta prezentacja była wyświetlana, to zapoznałam się z tymi informacjami. Nie mam w tej chwili szczegółowego zestawienia, jak się kształtuje ta sytuacja w poszczególnych oddziałach wojewódzkich, ale poziom zakontraktowania, tak jak państwo tu przedstawiali, różnych programów lekowych zależy od wielu wypadkowych, chociażby od istnienia ośrodka i specjalistów nefrologów, którzy podjęliby się realizacji danych świadczeń.

Jeśli chodzi o programy lekowe dla chorób rzadkich, o czym w ostatniej wypowiedzi pani profesor wspominała, to jest większy problem, bo jednak tych ośrodków jest ograniczona liczba.

Jeśli chodzi o finanse, to, mówiąc szczerze, nie mam przy sobie takich szczegółowych informacji. Mogę ewentualnie przesłać takie zestawienie do zespołu, jeśli zbierzemy szczegółowe dane z oddziałów wojewódzkich, jak wygląda poziom zabezpieczenia we wszystkie programy w nefrologii. Tych programów jest chyba siedem, o ile udało mi się takie zestawienie zrobić. Wysokość kontraktów, w ogóle jak wygląda w Polsce rozkład administracyjny ze szczegółowymi okolicznościami, które by miały wpływ na to, że tych ośrodków w niektórych województwach jest mniej, a w niektórych więcej... Pewnie te czynniki będą uzależnione od poszczególnych regionów i one mogą się nieco różnić między sobą.

Z tym że, tak jak mówię, nie dysponuję teraz takimi szczegółowymi informacjami i nie jestem w stanie się do tego odnieść w taki sposób, żeby rozstrzygnąć te wątpliwości, które były pokazane na slajdach.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Ale będziemy jednak prosić panią dyrektor o wystąpienie do wojewódzkich oddziałów, bo to trzeba wyjaśnić. Państwo, jako centrala NFZ, w planie finansowo-rzeczowym przeznaczacie jakąś kwotę, ale potem poszczególne oddziały same przedstawiają tę propozycję. Dlaczego na przykład dyrektor lubelskiego NFZ wystąpił o takie środki czy zabezpieczył takie środki?

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Prawdopodobnie przyczyna jest inna. To znaczy, dyrektorzy NFZ układają swój roczny budżet i jest podobnie jak w przypadku diagnostyki. Mielśmy tak z endoskopią. Dostajemy kontrakt na – przepraszam, powiem – pięć badań, a i tak wie, że nam zapłaci więcej. Więc na początku roku sobie... Trzeba by było tak naprawdę zobaczyć, jaka jest skala, ile było świadczeń faktycznie sfinansowanych w poszczególnych województwach, bo to by dopiero pokazało, jakie było wykonanie. To by pokazało skalę tego, jak to wygląda w każdym województwie. Tak jak mówię...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale w ubiegłym roku państwo realizowali też te programy lekowe, tak?

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

I one... Bo ja chciałem dopytać panią profesor, bo przekaz był taki, że programy lekowe są w stu procentach płacone.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dla województwa małopolskiego Katarzyna Krzanowska:

Nie, niestety nie są w stu procentach płacone, dlatego że, proszę państwa, niestety ilość środków w każdym województwie na poszczególne programy jest różna.

Jeżeli chodzi o mój ośrodek, który naprawdę jest ogromnym ośrodkiem, jeżeli chodzi o nefrologię, dostaję na programy lekowe tak bardzo mało pieniędzy, że praktycznie mój szpital kredytuje wszystkie programy lekowe. Za tamten rok również nie dostaliśmy żadnych pieniędzy z tych, co zrobiliśmy nadwykonania, mimo że, szczególnie w programach z zagrożeniem życia, czyli w zespole hemolityczno-mocznicowym, ja napisałam cztery pisma. Spotykaliśmy się z NFZ – nie ma pieniędzy, nie da się. A ja nie wiem, co mam zrobić z tymi chorymi. Zapytałam w takim razie, gdzie mam przekazać tych chorych, bo niestety mam coraz większe długi z uwagi na leczenie chorych w zagrożeniu życia.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Ale wielokrotnie dyrektorzy z NFZ...

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Za same leki są pieniądze, natomiast na podanie nie płacą.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Tak, na tę opiekuńczą część nie ma.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dla województwa małopolskiego Katarzyna Krzanowska:

U mnie nawet nie płacą za leki.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Jeszcze tylko chciałam zwrócić państwu uwagę na taką rzecz, że sytuacja w tej chwili w naszym kraju wygląda tak, że nawet jeśli jest dostępność do programów lekowych, to – przykład Krakowa i województwa małopolskiego – są zrobione nadwykonania i dyrektorzy samodzielnie podejmują decyzje, które nie są decyzjami medycznymi, tylko zarządczymi. W Polsce bowiem nie ma mechanizmu, który ukaze dyrektora za to, że nie realizuje programu, na który ma podpisaną umowę. Natomiast każe go za to, że jeśli robi nadwykonania i nie dostaje pieniędzy, to stwarza problem ekonomiczny.

Pan był uprzejmy powiedzieć, że trzeba popatrzeć na wykonania. W wielu programach jest mnóstwo osób, które nie są włączone do programów, dlatego że mimo tego, że dany ośrodek ma podpisaną umowę, to jest decyzja zarządcza dyrektora i na przykład trzeba osobiście napisać o każdego pacjenta pytanie do dyrektora, czy możemy włączyć go do tego programu.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Do dyrektora jednostki, szpitala?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Szpitala. On się zwykle nie zgadza. Taką podejmuje decyzję, on odpowiada za finanse szpitala i koniec.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale czy jest jeszcze kontrakt do wykorzystania?

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

Nie szkodzi. Nie szkodzi. Państwo możecie to potwierdzić – tak jest w większości szpitali w Polsce.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Myślę, że pani dyrektor z Ministerstwa Zdrowia powie.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Magdalena Krajewska:

A część tych programów to są programy ratujące życie, jak na przykład program na typowy zespół hemolityczno-mocznicowy czy program na leczenie odpornej cytomegalii po przeszczepieniu, bo na to można umrzeć.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Pani profesor, my na pewno spytamy, bo ja też jestem dyrektorem szpitala, Ela też jest dyrektorem szpitala. Nigdy u mnie nie było takiej sytuacji, żeby którykolwiek lekarz składał jakieś podanie na indywidualnego pacjenta. Są programy lekowe, oni kwalifikują. To jest dla mnie w ogóle jakieś bardzo dziwne działanie. Tak że spróbujemy gdzieś to poruszyć na pewno.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To znaczy, rozumiem, że to się dzieje w ramach kontraktu, który jest gwarantowany, tak? W ramach limitu kontraktowego? Bo jeżeli...

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Ponad limit.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A, to ponad limit to może być. Dobrze. W takim razie... Pewnie będziemy jeszcze chwilę rozmawiać o innych aspektach.

Pani dyrektor, bardzo proszę, żeby przedstawić nam do podkomisji pisemną informację, skąd się biorą takie poziomy finansowania programów lekowych, takie dysproporcje w nefrologii. Konkretnie pytamy o te programy, o których pani profesor mówiła. Szczególnie nas interesuje lubelskie. A właściwie to wszystkie.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Pani dyrektor, z informacją, ile faktycznie sfinansowano i jaki jest poziom sfinansowania. Czy faktycznie jest sytuacja taka, że są programy niezapłacone?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A czy listę oczekujących państwo też monitorujecie, przekazujecie do NFZ?

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dla województwa małopolskiego Katarzyna Krzanowska:

Tak, oczywiście, że tak. Mamy teraz coraz większą listę kolejki. Jestem po prostu przerażona, bo wiem, że ci chorzy powinni być włączeni jak najszybciej.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. To proszę o tym. I jeszcze bardzo proszę.

Przewodniczący Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska Jakub Janiak:

Dzień dobry. Jakub Janiak, jestem przewodniczącym Sekcji Nefrologicznej NEFRON przy Izbie Gospodarczej w Medycynie Polskiej.

Dziękuję za udzielenie głosu. Chciałem powiedzieć, że jako NEFRON też w stu procentach podpisujemy się pod wszystkimi postulatami z deklaracji katowickiej. Pani prof. Krajewska bardzo trafnie wskazała wszystkie problemy, z którymi dzisiaj się jako środowisko mierzymy.

Ja chciałem zwrócić uwagę, podkreślić ze swojej strony, ze strony operatorów, czyli stacji dializ, kwestie, które dzisiaj są mocną przeszkodą w codziennym życiu personelu i przede wszystkim utrudnieniem dla pacjentów. Szybka ścieżka badań do przeszczepu, czyli projekt, który właściwie jest gotowy, rozwiązanie, które, proszę wybaczyć, ale uważam, jest bardzo proste do wdrożenia, zostało tutaj przez panią profesor wskazane na wzór karty DiLO. Rozmawialiśmy tu też o oszczędnościach. To jest przede wszystkim uratowanie życia pacjenta. A w tej podróży od okienka do okienka przez dwa lata, jeżeli pacjent dociera do ostatniego okienka, to niejednokrotnie jest tak, że musi wrócić do pierwszego okienka, bo to badanie z pierwszego się przeterminowało.

Tak że to jest rzecz, którą, tak jak powiedziałem, uważam za prostą do załatwienia, nie umniejszając wysiłkowi, który został włożony w przygotowanie tego projektu. Systemowo naprawdę nie rozumiem, na czym polega problem.

Profilaktyka. Wszyscy, zakładam, zgadzamy się, że jest bardzo ważna. Pani profesor wyjaśniła i powiedziała, jakie dzisiaj narzędzie mają nefrologi do tego, żeby odroczyć, a może nawet skutecznie zatrzymać postęp choroby i nie doprowadzać w ogóle do sytuacji, kiedy pacjent nie tyle trafia do stacji dializ, ale musi się ubiegać czy starać o przeszczep swojego narządu i w najlepszym przypadku wyprzedzający. Profilaktyka będzie się rozwijać, jeżeli będą nefrologi. Ja wiem, powtarzam się, natomiast to jest coś, z czym mój zespół na co dzień walczy.

Proszę sobie wyobrazić, że przez ostatnie trzy, cztery lata jest standardem, że w okresie wakacyjnym lekarz nefrolog i operator stacji dializ, który prowadzi stację dializ i poradnię nefrologiczną, jeżeli ma wybrać, czy będzie rozwijał profilaktykę, czy stanie przy pacjencie i będzie wykonywał leczenie nerkozastępcze, wybierze oczywiście leczenie nerkozastępcze. Nie dlatego, że tak woli, tylko dlatego, że pacjent bez tego leczenia nerkozastępczego po prostu umrze.

Dzisiaj, w 2026 r., już nie tylko w okresie wakacyjnym, ale w trakcie roku poradnie nefrologiczne są albo przygaszane, albo czasowo wyłączane, ponieważ nie ma rąk do pracy. To jest naprawdę duża rzecz i wysiłek, którego może nie widać z poziomu Ministerstwa Zdrowia, natomiast liczby nie kłamią. Dwa i pół – pani profesor, tak? – razy mniej nefrologów w Polsce w porównaniu do krajów europejskich. To tłumaczy te problemy. Są miejsca w Polsce, gdzie nefrologów po prostu nie ma. I to nie jest element jakichś negocjacji płacowych, tylko po prostu nie ma z kim rozmawiać. A w tych miejscach w Polsce są pacjenci i są potrzeby tych pacjentów, które trzeba zagospodarować.

Dializa otrzewnowa. Cieszę się, że pani profesor Krzanowska wspomniała i rozszerzyła trochę temat nie tylko dializy otrzewnowej, ale generalnie dializy domowej, bo faktycznie poza dializą otrzewnową jest również hemodializa domowa, która z sukcesem jest wykonywana właściwie w krajach ościennych: Słowacja, Czechy, Niemcy. Myślę, że dodając metodę leczenia nerkozastępczego do możliwości w naszym kraju – uważam, że niczym nie odbiegamy od sąsiednich krajów – tylko i wyłącznie zwiększymy szansę na większy odsetek pacjentów leczonych nerkozastępczo w warunkach domowych. Bez wątplenia dla umysłu, dla możliwości pacjenta realizowania swoich pasji itd., a przede wszystkim aktywności zawodowej, o czym mówił pan profesor i pan prezes OSMN, to jest absolutnie bardzo, bardzo ważne.

To było powiedziane, było wyjaśnione, ale chciałbym też ze swojej strony powtórzyć. Przepasram, ale uważam, że to jest ważne. Chodzi o faktycznie jedno świadczenie kompleksowe, taki produkt na rynku, który da możliwość lekarzowi prowadzącemu wybór najlepszej metody dla pacjenta. Nie powinniśmy być ograniczeni kontraktem takim czy takim. Często, jeżeli postulujemy o uzyskanie kontraktu, to wydaje się, że to jest zwiększenie środków na daną kategorię czy obszar. Natomiast to jest tak naprawdę zamiana jednej metody na drugą. Zatem bardzo trudno zrozumieć, dlaczego takie ograniczenie istnieje.

Kwestia personelu medycznego pracującego w stacjach dializ. Pani prof. Krajewska też wspomniała o opiece medycznej. Uważam, że wiele krajów europejskich i na świecie korzysta z takiej roli czy funkcji w zespołach medycznych. W Polsce dzisiaj, rok do roku, mamy coraz więcej absolwentów półtorarocznego kursu. To jest grupa, która jest bardzo chętna, żeby dołączyć i pracować w stacji dializ, a przede wszystkim stanowi realne wsparcie i wzmocnienie zespołów pielęgniarskich, które dzisiaj są ograniczone i których średnia wieku jest bardzo wysoka.

Odwołując się wyłącznie do danych raportu Izby Pielęgniarek i Położnych, na grubych liczbach zaokrągłe – na dzień dzisiejszy na polskim rynku aktywnych zawodowo pielęgniarek, o czym państwo pewnie w większości wiecie, jest 300 tysięcy. 35% z tej grupy osiągnęło już dzisiaj wiek emerytalny, co oznacza, że w pewnym momencie na rynku zostanie 200 tys. Dane, które pokazują rok do roku liczbę absolwentów pielęgniarstwa w zestawieniu z osobami, które z tego zawodu rezygnują, przechodzą na emeryturę, różne powody, pokazują, że nie mamy żadnego wzrostu. Tak że opiekun medyczny to jest realne wzmocnienie i zaadresowanie problemu, który jest przed nami.

I ostatnia rzecz. Myślę tu tak jak pani poseł Renata Rak, głos ze Szczecinka. Rzecz taka, która mi osobiście bardzo leży na sercu, bo uważam, że to jest kwestia fundamentalna. Leczenie nerkozastępcze jest leczeniem ratującym życie. Nie da się tego leczenia odłożyć na jutro. No, może na jutro tak, ale nie da się tego leczenia odłożyć na za tydzień. Nie da się tego leczenia odłożyć na kolejny kwartał, bo na przykład wyczerpany jest limit. To leczenie musi być świadczone i udzielane pacjentom, którzy tego potrzebują. Nie da się nikogo namówić do tego leczenia, czyli nie ma ryzyka nadużyć w tym obszarze. Absolutnie nie rozumiem... Bardzo proszę też, żeby ten głos przekazać i załatwić tę sprawę. Jestem przekonany, wszyscy, jak tu siedzimy, że zgadzamy się. Ten głos wielokrotnie był przekazywany do NFZ. Dwa tygodnie temu też miałem okazję przekazania tego postulatu panu prezesowi NFZ. Wspomniał, że zna sprawę oczywiście i wyraził opinię, że absolutnie popiera. Natomiast decyzja jest po stronie Ministerstwa Zdrowia i dzisiaj, będąc tutaj, chciałem skorzystać z tej okazji, żeby to powtórzyć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze tutaj, bardzo proszę.

Prezes OSMN Rajmund Michalski:

Szanowni państwo, chciałem powiedzieć, że bardzo się cieszę z tego, że mogę tu z państwem być, a mogę tylko dlatego, że 35 lat temu podczas badań okresowych w Instytucie PAN, w którym

pracuję, znaleziono u mnie to białko. Tak się zaczęła moja historia. Ja miałem to szczęście, bo gdyby nie to, dołączyłbym bardzo szybko do grupy 80 tys. osób umierających z powodu chorób nerek.

Ale jeżeli chodzi o stowarzyszenie, które reprezentuję – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki – mamy około 8 tys. nieformalnych członków. Mówię nieformalnych, ponieważ to są osoby, które są aktywne, z racji choroby, głównie w internecie, na naszych różnych social mediach. Mamy grupę „Kocham swoje nerki”. Oni codziennie piszą tam o swoich problemach. Króciutko opowiem tylko o takich trzech tematach, które były dzisiaj poruszane.

To, co najbardziej pacjentów boli, to jest przede wszystkim nierówność dostępu do informacji, do świadczeń. Mówiliśmy na przykład o dializie otrzewnowej, hemodializie. Pacjenci często się skarżą na forach, że lekarz im nie powiedział, że w ogóle taka opcja istnieje. Pacjent byłby w stanie pojechać dalej, bo jest to młody człowiek, który chciałby pracować, kontynuować studia, naukę, ale nie wiedział, że w ogóle jest taka inna opcja.

Temat drugi, też oczywiście dzisiaj poruszany, kwestia przeszczepu, ścieżki do przeszczepu. Bardzo dziękuję za tę informację, o której była mowa. Ta nadzieja jest, ale mówiąc brutalnie, językiem pacjentów, prostych ludzi, często biednych ludzi: jak on jest biedny i z małego ośrodka, to go nie stać, żeby zdążyć zrobić te wszystkie badania w tym czasie. To jest ogromny problem.

I kwestia – bo mógłbym bardzo długo, ale obiecałem, że będzie krótko – programów lekowych. Proszę państwa, ja sam jestem beneficjentem jednego z programów lekowych. Wczoraj akurat byłem na wizycie. Przypadki, o których była mowa – ja jestem ze Śląska, akurat było to wczoraj w Katowicach – są takie, że są podpisane programy, ale nie są realizowane. Ja osobiście akurat podziękowałem mojej pani doktor wczoraj w imieniu pacjentów, tych kilku, których ma, za to, że ona w ogóle chce to wykonywać, bo robi to za darmo. Poświęca swój czas, wypełniając różne informacje. A są takie przypadki mi znane, właśnie w Katowicach, gdzie program oficjalnie jest, ale nie ma pacjentów, bo się to tak nie do końca opłaca.

Podsumowując, to, co mówiła pani prof. Krajewska, choroby nerek są mało spektakularne, ale my naprawdę mamy narzędzia i wiemy, jak to zmienić, żeby było lepiej. Nie chodzi o pieniądze, nie tylko o pieniądze. Naprawdę zrobimy wszystko. O to pacjenci apelują, żeby było lepiej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa posłów chciałby zabrać głos?

Posel Joanna Mucha (niez.):

Ja tylko chciałam bardzo serdecznie podziękować, bo to było naprawdę bardzo dobre posiedzenie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Ja też bardzo serdecznie państwu dziękuję. Dziękuję, że państwo przyjechali, przyjęli zaproszenie. Myślę, że posiedzenie było nie tylko interesujące, ale też będzie dla nas taką wskazówką, w jakim kierunku powinniśmy iść jako posłowie. Myślę też, że skoro jest tu przewaga posłów koalicji rządzącej, to jest jakaś moc sprawcza. Myślę, że akurat w tym przypadku nie mamy wątpliwości, nie ma różnic.

Widzimy, że jest wiele problemów, które są problemami strategicznymi i będą wymagały jeszcze dłuższej pracy, na pewno dłuższego pochylenia się i współpracy z ministerstwem czy z NFZ, ale państwo pokazaliście też problemy, które naprawdę można rozwiązać i ułatwi to życie. Dlatego też adresujemy te problemy i do pani dyrektor, i do pani dyrektor z NFZ, żeby jednak przejrzeć te niektóre rzeczy, bo bezkosztowo można naprawdę dużo dobrego zrobić. Liczymy na to, bo z doświadczenia wiem, bo różne tematy omawiamy na posiedzeniach podkomisji, że po takich spotkaniach są robione pewne korekty, może nieduże, małymi krokami, ale zawsze trochę do przodu.

Poza tym to spotkanie ma też wartość edukacyjną, dlatego że posiedzenie jest transmitowane, nagrywane, potem wracają różni pacjenci, ale też i różne inne osoby, które są zainteresowane tematem, więc jest to też taka wartość, która jest cenna. Wiedzy, jaką państwo dzisiaj nam przedstawili, to musielibyśmy długo szukać gdzieś w dokumentach, w literaturze. A to jest takie żywe doświadczenie państwa, co jest dla nas bardzo cenne. Myślę, że nie tylko dla nas, ale też i dla wielu osób, które zajmują się zawodowo tym tematem.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję. Mam nadzieję, że tematy, które były tu poruszone, poprzez to, że zostały zaadresowane do przedstawicieli instytucji, które mają moc sprawczą, zostaną odpowiednio potraktowane. Myślę, że kiedyś, a może nie kiedyś, ale wrócimy jeszcze do tematu, bo taka jest formuła naszych spotkań, że omawiamy pewien temat, identyfikujemy problemy, adresujemy do właściwych instytucji, a potem próbujemy zweryfikować, co się udało zrobić. Mam nadzieję, że będzie efekt.

Tak że jeszcze raz bardzo, bardzo serdecznie państwu dziękuję i do zobaczenia. Dziękujemy. Zamykam posiedzenie.