

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 7)
z dnia 12 września 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 7)

12 września 2024 r.

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

- informację w sprawie planów dotyczących objęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia programem „KOS-zawał” wszystkich pacjentów po zawale mięśnia sercowego;
- informację na temat zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie rehabilitacji pacjentów po urazach układu ruchu i czaszkowo-mózgowych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dziegielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Dorota Mańkowska** kierownik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Grażyna Brzuszkiewicz-Kuźmicka** konsultant wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii dla obszaru mazowieckiego, **Izabela Marcewicz-Jendrysik** dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, **Grzegorz Kubiela** naczelnik w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Klaudiusz Komor** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikiem, dr hab. **Przemysław Trzeciak** prof. SUM, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, **Rafał Sapuła** prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, **Tomasz Dybek** prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikiem, **Paweł Adamkiewicz** wiceprezes Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska, **Marcin Trębowski** członek Rady Krajowej Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, **Marta Just** przedstawiciel Polsko-Szwajcarskiej Izby Gospodarczej, **Jerzy Karwowski** przewodniczący Forum Pracodawców Rehabilitacji działającego w ramach Pracodawców RP wraz ze współpracownikiem, **Maciej Ziobro** wiceprzewodniczący sekcji diagnostyki laboratoryjnej Centrum Medycznego POLMED, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia w Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** – 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.

Witam wszystkich członków podkomisji, państwa posłów. Bardzo serdecznie witam też licznie przybyłych zaproszonych gości.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje: rozpatrzenie informacji w sprawie planów dotyczących objęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia programem „KOS-zawał” wszystkich pacjentów po zawale mięśnia sercowego – tutaj informację przedstawi nam przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia. I drugi punkt: rozpatrzenie informacji na temat zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie rehabilitacji pacjentów po urazach układu ruchu i czaszkowo-mózgowych – informację przedstawi również przedstawiciel MZ. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów w formie mailowej. Zamieszczone są w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Przystępujemy w takim razie do realizacji pierwszego punktu, ponieważ mamy dwa dosyć ważne tematy. W związku z tym będę bardzo prosiła, żeby przedstawiciel MZ przedstawił informacje w miarę zwięzłe. Otrzymaliśmy materiały, państwo również macie te materiały, więc w razie konkretnych pytań będzie można odnieść się do nich, natomiast myślę, że bardziej zależy nam na opinii szanownych gości, bo to jest też dla nas bardzo ważne.

Pierwszy temat był zgłoszony przez pana posła Fryderyka Kapinosa. W związku z tym bardzo proszę, panie pośle, może dwa zdania na temat, co pana skłoniło, żebyśmy dzisiaj, jako podkomisja, zajęli się tym tematem. Na jakie elementy powinniśmy zwrócić uwagę? Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, panie dyrektorze, szanowni panowie prezesi, szanowni państwo uczestniczący w podkomisji, choroby układu sercowo-naczyniowego należą do najczęstszych przyczyn zgonu na świecie. W Polsce odpowiadają za 37% wszystkich zgonów. Według danych Towarzystwa Kardiologicznego na nadciśnienie tętnicze choruje ponad 10 mln ludzi w Polsce, a w części przypadków jest to choroba nierozpoznana.

Statystyki ogólnopolskie wskazują, że co roku około 80 tys. Polaków doznaje zawału serca, a umiera około 15 tys. osób. U prawie 2 mln Polaków rozpoznaje się chorobę niedokrwinną serca w różnych postaciach, w tym u ponad 1,2 mln stabilną dusznicę; 600–800 tys. osób ma migotanie w przedsionku w różnych formach; 1 mln Polaków boryka się z niewydolnością serca, a zdaniem kardiologów w ciągu dekady ta liczba zwiększy się o połowę, więc mamy o czym rozmawiać.

Program „KOS-zawał” to bardzo dobry program, który przygotowany był w 2017 r., wszedł przed końcem 2017 r., ale należałoby dzisiaj ten program podsumować. Z interpelacji, którą wystosowałem wspólnie z koleżeństwem do Ministerstwa Zdrowia, otrzymałem te informacje, bo chcielibyśmy, żeby 100% pacjentów po zawale serca zostało objętych tą opieką koordynowaną. Pytanie, jakie należałoby zrobić wspólnie działania – musimy rozpocząć dzisiaj tę dalszą pracę, bo praca już jest, ale jeszcze dalszą pracę zintensyfikować, żeby objąć 100% pacjentów tą opieką koordynowaną po zawale serca.

Wiemy, że są różne trudności, między innymi z rehabilitacją, szczególnie z rehabilitacją dzienną czy stacjonarną, o czym mówią nam środowiska. Tych problemów jest bardzo dużo: rehabilitacja stacjonarna; rygorystyczne kryteria przyjęcia pacjenta; zbyt mała ilość oddziałów rehabilitacji kardiologicznej dziennej; oddziały oddalone od miejsca zamieszkania pacjenta. Na przykład u mnie, w Mielcu, nie ma żadnego oddziału rehabilitacji kardiologicznej dziennej, najbliższy jest w Rzeszowie – dojazd autobusem w jedną stronę to 80 minut. Ponadto: starsze osoby nie radzą sobie z programem telerehabilitacji; na samej rehabilitacji kardiologicznej dziennej „KOS-zawał” ciężko jest utrzymać ośrodek – tak twierdzą fachowcy; ciężko jest pozyskać kontrakt na rehabilitację dzienną kardiologiczną dla pacjentów po zabiegach planowych czy rehabilitację ogólnoustrojową; rehabilitacja stacjonarna kardiologiczna „KOS-zawał” ma rygorystyczne kryteria przyjęcia pacjenta, które są wyższe, niż do przyjęcia pacjenta na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną bez programu „KOS-zawał”; osoby starsze, na przykład w wieku 80 lat i więcej, czasami nie nadają się na rehabilitację stacjonarną ze względu na swój stan zdrowia, przez co tracą możliwość bycia w programie, a mogłyby być objęte chociaż opieką ambulatoryjną; osoby bardzo młode, które przeszły zawał i nie kwalifikują się na rehabilitację stacjonarną, a nie mają dostępu do dziennej rehabilitacji kardiologicznej, również tracą możliwość udziału w programie; ograniczenia co do województwa – rehabilitacja tylko w danym województwie to też jest problem, bo jeżeli ktoś był z Tarnowa i przyjeżdża do Mielca, ma potem problem z rehabilitacją; w rehabilitacji kardiologicznej dziennej „KOS-zawał” są zbyt wysokie wymagania dotyczące otworzenia oddziałów; wymaganie utworzenia jednego stanowiska intensywnej opieki medycznej, co wiąże się z koniecznością zatrudnienia dodatkowego personelu, musi też być dodatkowe, drogie wyposażenie, przez co podmioty nie chcą otwierać rehabilitacji dziennej.

Propozycje, które też zostały przekazane przez środowisko: rehabilitacja dla pacjentów w podeszłym wieku, którzy nie mają możliwości uczestniczyć w innych formach rehabilitacji; mniej rygorystyczne wymogi NFZ w zakresie kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji stacjonarnej, z której mogliby skorzystać ci pacjenci, którzy nie mają dostępu do rehabilitacji dziennej; na oddziałach dziennych mniej rygorystyczne kryteria do uzyskania kontraktu bez szkody dla bezpieczeństwa pacjentów, na przykład likwidacja konieczności posiadania stanowiska intensywnej opieki medycznej – wystarczyłaby wykwalifikowana pielęgniarka, ratownik z odpowiednimi lekami lub możliwość uzyskania dofinansowania do utworzenia takiego stanowiska; finansowanie rehabilitanta na oddziale kardiologii dla pacjentów po zawale serca, którzy mogliby już na oddziale zacząć wczesną rehabilitację, także aby zachęcić ich do dalszej, ponieważ pacjenci nie zawsze chcą się rehabilitować; nieograniczanie się do obszaru województwa; możliwość rehabilitacji w innym województwie przy zachowaniu finansowania „KOS-zawał”. Pacjent dostał zawału na przykład w Augustowie czy Tarnowie, a mieszka w Mielcu i tam wraca po wypisaniu, i tam chciałby się rehabilitować, a musi być dalej w Tarnowie.

Bardzo prosilibyśmy o zwrócenie uwagi na propozycje, które zostały przedstawione.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo panu posłowi.

Teraz bardzo proszę, pan dyrektor Dziegielewski. Proszę przedstawić informację ministra zdrowia i może pokrótce odnieść się też do tych kwestii, o których mówił pan poseł. Dziękuję.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Szanowni państwo, to jest bardzo ciekawy temat – zawał mięśnia sercowego i kardiologia w Polsce. To jest jeden z dwóch obszarów, wobec którego już od dawna prowadzone są specjalne starania. Drugi z takich obszarów to onkologia, gdzie mamy całe duże programy – „Narodowy Program Chorób Układu Krążenia”, „Narodowa Strategia Onkologiczna” to są dwa duże dokumenty, które regulują całość działań z tym związanych.

Natomiast jeśli chodzi o zawał mięśnia sercowego, pamiętają państwo tę sytuację, kiedy wprowadzaliśmy pierwsze dyżury hemodynamiczne, potem te dyżury rozwinęły się dość gwałtownie, a następnie okazało się, że – jeżeli chodzi o Polskę – jesteśmy jednym z krajów, w których wprowadzono modelowe rozwiązania. Śmiertelność okołozawałowa była jedną z najniższych w Europie. Mielśmy fantastyczne rezultaty, które ginęły w ciągu roku od zawału, ponieważ pacjent był ratowany przy bezpośrednim narażeniu życia, a potem zasadniczo nic się z nim nie działo, nikt się nim nie opiekował. Stąd pojawił się pomysł „KOS-zawał”, który nazywam pewną rozpaczliwą próbą wprowadzenia w życie za pomocą rozporządzenia wytycznych, które wynikają z wiedzy lekarskiej. To znaczy, każdy lekarz wie, że po zawale powinno się pacjenta oglądać, czyli to są cztery kontrole w AOS, że po zawale mięśnia sercowego pacjent powinien być rehabilitowany, tym bardziej że istnieją dedykowane ośrodki rehabilitacji kardiologicznej na różnych poziomach. Tylko to wszystko się jakoś nie spinało, ponieważ każdy z tych ośrodków był prowadzony oddzielnie przez niezależnych ludzi – one nie były ze sobą powiązane i nie współpracowały.

Natomiast w samym programie „KOS-zawał” nie ma niczego, co nie znajdowałoby się w dzisiejszych koszykach, może poza pewnego rodzaju nowością, którą jest rehabilitacja hybrydowa, czyli sposób rehabilitacji prowadzonej częściowo za pomocą zdalnego nadzoru nad pacjentem, częściowo pewnego przyuczenia dziennego. Druga rzecz, która jest związana z „KOS-zawał” i nie występuje w normalnych koszykach, to oczywiście dodatkowa premia za pacjenta, którego się przywróci do pracy, którego się zrehabilituje, i stąd wyniki, które za tym szły, i stąd pewnego rodzaju... ośrodki chętnie przystępujące do tego programu, przynajmniej w pierwszej fali.

Jak to w ogóle wygląda statystycznie? W samym leczeniu ostrej fazy, gdzie – jak wszyscy wiemy – są różnorodne techniki zachowywania, wszystko to jest bezlimitowe, ale to jest żadna nowość, bo zawały też były bezlimitowe. Wyciągnięto natomiast z ryczału różnego rodzaju świadczenia elektrofizjologiczne, między innymi rozruszniki,

bajpasy – one są finansowane niezależnie i poza ryczałtem. Włączono w to monitorowanie, czyli wizytę kontrolną do 14 dnia od hospitalizacji – sprawdzenie, co z pacjentem się dzieje, jak wygląda. Włączono w to rehabilitację kardiologiczną, monitorowanie w specjalistycznej opiece kardiologicznej, czyli to są cztery wizyty w ciągu roku od momentu, kiedy pacjent doznał zawału mięśnia sercowego, czyli nie ma tam żadnych specjalnych nowości, które nie byłyby koszykowe. Właściwie jest to gotowe do tego, żeby spać w już istniejących produktach i zagwarantować w pewnym sensie objęcie wszystkich pacjentów.

Kiedy pytałem kardiologów, dlaczego nie prowadzili takiego kompleksowego programu, zanim wszedł ten produkt, powiedzieli, że dopóki nie było produktu, to nie udawało im się zmusić pacjenta, żeby przyjechał na wizytę kardiologiczną w ośrodku. Nie wiem, czemu „KOS-zawał” do tego zachęca, ale rozumiem, że wtedy warto się starać, bo tak naprawdę nic nie stoi na przeszkodzie, żeby pacjent, który wychodzi ze szpitala po zawale mięśnia sercowego, dostał terminy czterech wizyt kontrolnych, a przy najmniej tej jednej najbliższej.

Chcę przypomnieć, że poza wizytami, które są bez skierowania czy w trybie nagłym, ratującymi życie, poza wizytami, które są w trybie planowym, gdzie pacjent ustawia się w kolejkę, można też wpisywać wizyty wynikające z planu leczenia, a czym innym jest plan leczenia, jak nie tym, co zapisaliśmy w „KOS-zawał”? Czyli pacjent raz na kwartał powinien odwiedzić ośrodek, w którym go prowadzono, żeby tam sprawdzono, czy dobrze się leczy, czy źle się leczy.

Przez to, że zrobiliśmy z tego rozporządzenie, trochę usztywniliśmy cały program, bo można sobie znakomicie wyobrazić, że wizyta kontrolna pacjenta odbędzie się w tym miejscu, gdzie mieszka, podobnie jak rehabilitacja, ale oczywiście jeżeli mówimy, że kontraktujemy to z jednym ośrodkiem – kontraktujemy „KOS-zawał” z tym ośrodkiem, który prowadzi oddział szpitalny interwencyjny – to trudno nam pozwolić, żeby wtedy dowolny ośrodek... Kontraktujemy kompleksowo pewnego rodzaju umowy porozumienia. Pański szpital nie podpisze umowy na prowadzenie rehabilitacji z każdym ośrodkiem w Polsce w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta, kiedy to ma być jeden ciąg. To powinno wynikać z wytycznych lekarskich.

Rzeczywiście program ruszył w październiku 2017 r. Do końca 2022 r. objął 68 200 pacjentów. Wartość zrefundowanych w nim świadczeń wyniosła ponad 1 mld zł – to był 1 mld 250 mln zł. 70% pacjentów, którzy byli objęci programem „KOS-zawał”, przeszło zawał i byli oni rehabilitowani. To znaczy, że nie każdy. Było to 70%, bo to wymaga albo zgody pacjenta, albo potrzeby, bo są takie zawały, które przechodzą praktycznie bezbólowo.

Można zrehabilitować nawet na miejscu za pomocą personelu, który jest zatrudniony w oddziale kardiologii, bo chcę przypomnieć, że nie ma żadnych przeszkód, żeby rehabilitant pracował w szpitalu i udzielał tych świadczeń w ciągu pierwszych dni. Jak zaczynałem pracę jako lekarz, to z tego, co pamiętam, pacjent leżał plackiem i bez ruchu przez dwa tygodnie. Nie miał prawa nawet ręki podnieść, karmiło się go. Tak było. Pacjent leżał na erce – oglądało się go, właściwie nie było wiadomo, co mu dać. Potem się pojawiły leki lityczne, zaczęto podawać leki lityczne, efekty były cudowne. Teraz pacjent po trzech dniach wychodzi do domu właściwie bez śladu po pokonaniu zawału mięśnia sercowego za pomocą rurki.

W trakcie hospitalizacji ponad 70% pacjentów rozpoczęło rehabilitację już w trakcie pobytu na oddziale, czyli mówimy o tej pierwszej fazie, kiedy pacjent jest już uruchamiany pod nadzorem rehabilitanta w trakcie pobytu na oddziale szpitalnym prowadzącym program „KOS-zawał”, i potem jest przekazywany do dalszego etapu już w zależności od potrzeb – leczenie stacjonarne, dzienne, ambulatoryjne.

W 2022 r. na 70 tys. przypadków zawału serca program „KOS-zawał” objął 27%. Oczywiście terytorialnie jest to bardzo różnorodne zgromadzenie tych wszystkich ośrodków – od ponad 50% w województwie śląskim do śladowych ilości w województwie świętokrzyskim, gdzie, można powiedzieć, program „KOS-zawał” nie do końca się przyjął. Pacjenci, którzy są objęci tym programem, są nieco młodszy niż ci, którzy są poza programem. Podejrzewam, że być może nie zachęca się starszych, poza tym premia jest za tego, który wróci do pracy – on powinien być młody – ale ta różnica wiekowa to jest tak,

że średnia wieku to 66 lat w „KOS-zawał”, 69 lat poza „KOS-zawał”. Populacje różniły się pod względem typu zawału, chorób zawodowych. Nie były to różnice istotne, które wpływałyby na cokolwiek. Tak naprawdę problemem, który mamy do rozwiązania tu i teraz, jest rozpowszechnienie modelu, który – chcę przypomnieć – nie jest niczym innym, niż tylko przestrzeganiem pewnego rodzaju wytycznych, które wynikają z ogólnej wiedzy. I tak naprawdę wydaje się, że można by rozważyć już w tej chwili gotowość.

Problemem do rozwiązania jest dostępność do rehabilitacji kardiologicznej albo uproszczenie pewnych kryteriów, to znaczy, żeby nie upierać się, że program rehabilitacji musi obejmować określony czas, że to musi być pełny pobyt na przykład w zakładzie stacjonarnym. Można sobie wyobrazić tę rehabilitację, gdzie pierwsza, najważniejsza faza jest robiona na przykład w zakładzie stacjonarnym z przeuczeniem rodziny i potem to może przechodzić w formy hybrydowe czy korzystanie z fizjoterapeuty domowego, czy cokolwiek takiego, i też w zależności od postępów. Musimy to przerobić ze środowiskiem. Jesteśmy, co zaraz wyjdzie w kolejnym temacie, który będziemy poruszali, właściwie zdecydowani co do tego, żeby robić jakąś rewolucję w rehabilitacji – nie bać się, proszę – ale to wiąże się z tym, że należy przyjrzeć się rehabilitacji już pod kątem jej użyteczności, dostępności i tego, że mamy właściwie różne grupy i różne potrzeby z nią związane. Coś z tym zrobić trzeba. Trzeba się też przyjrzeć rehabilitacji kardiologicznej. Ona jest i tak o tyle dobrym terenem, że jako jeden z niewielu obszarów obok neurologicznego, bo pozostałe to są dość śladowe formy – pulmonologiczna czy narządu wzroku – to te dwa kawałki są jednak wyspecjalizowane i nastawione na pewną grupę pacjentów.

Na pewno będziemy musieli przegadać ze środowiskiem to, co pan poseł tak podkreślał, czyli te wszystkie wymogi, które są nieco zbyt wysokie, zwłaszcza dla oddziałów dziennych, i zastanowić się po prostu, jakie są potrzeby, i jak to skroić na miarę, tak żeby nie utrudniać dostępu. Z tego, co pamiętam, jak przychodziłem do oddziału mazowieckiego, to wiedziałem, że piętą achillesową Mazowsza była rehabilitacja kardiologiczna, bo akurat na Mazowszu ten dostęp był kiepski, tak że przynajmniej my kontraktowaliśmy wszystkich, którzy byliby chętni zgłosić taki produkt. Myślę, że podobnie powinno być w innych województwach, ale tak, są plany, żeby uczynić z tego nie pilotaż, nie program eksperymentalny, tylko normalny produkt rozliczeniowy, który będzie włączony do katalogu na każdym oddziale kardiologii inwazyjnej.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Już, tak?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Już.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

W takim razie otwieram dyskusję i może zaczniemy od państwa posłów.

Pani poseł Elżbieta Gelert, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Panie dyrektorze, na pewno to, co pan przed chwilą mówił, jest niezmiernie obiecujące, jeżeli ministerstwo faktycznie chce się pochylić na pewnymi zmianami w tym programie, bo zapomnieliśmy tutaj powiedzieć chyba też o tym, że czasami program nie wychodzi nie dlatego, że jest za mało pieniędzy czy – powiedzmy – coś jest tutaj na rzeczy, ale jest źle zorganizowany.

Taka bardzo prosta rzecz – cały czas mówi się o rehabilitacji. Jak coś nie wychodzi, to wiadomo, że chodzi o pieniądze. Jak jest opłacany „KOS-zawał”? „KOS-zawał” jest opłacany, proszę państwa, dopiero po realizacji. To jest cała pięta achillesowa tego programu. Jeżeli to nie zostanie zmienione... Wtedy bardzo często różnego rodzaju zakłady rehabilitacyjne nie chcą przystąpić do programu. Pan powiedział, że ten, który realizuje tę główną procedurę, czyli posiada kardiologię inwazyjną, dostaje kontrakt. Faktycznie, bo wtedy zgłasza się do programu „KOS-zawał”, dostaje program, ale na nim spoczywa teraz podpisanie różnorakich umów z poszczególnymi podwykonawcami, ponieważ

najczęściej szpital, jeżeli jest wielospecjalistyczny, nie posiada rehabilitacji, bo nie jest jego zadaniem. On może posiadać rehabilitację przyłóżkową i powinien ją robić na pewno na wczesnym etapie, i to nie my powinniśmy występować o to, żeby był rehabilitant – on już tam powinien być, i to właściwie chyba nie ulega... Nie wiem, czy nie ma wymogu, że w kardiologii musi być rehabilitant. Nie mam teraz pojęcia, czy w tej procedurze, ale na pewno na oddziale powinien być do wczesnej rehabilitacji.

Natomiast ponieważ na szpitalu ciąży podwykonawstwo do dalszych rzeczy, czyli tak samo do poradni, tak samo do różnych form rehabilitacji, to niestety, proszę państwa, bardzo często z tym głównym wykonawcą „KOS-zawał” podwykonawcy nie chcą podpisywać umów. Nie chcą podpisywać umów, bo oni też mają płacone za tę usługę później, a nie bezpośrednio po wykonaniu. Oni wolą wykonywać... Bo przecież czy stacjonarna, czy dzienna rehabilitacja ma też określone środki na rehabilitację i jak powstawała procedura „KOS-zawał”, to teraz z tych ich środków na rehabilitację były wyjmowane pieniądze, które będą wyjmowane na rehabilitację „KOS-zawał”. Nie były dodatkowo dodawane, tylko wyjmowane, tak samo jak zresztą ze szpitali, z kardiologii, były wyjmowane pieniądze na program „KOS-zawał”. To nie były jakieś dodatkowe środki: „O, proszę bardzo, szpital dodatkowo dostał”. Nie, jak dostawał 100 tys. zł, to się powiedziało: „Teraz dostaniecie 90 tys. zł, a 10 tys. zł jest na program »KOS-zawał«, i macie się w tym zmieścić”, czyli to były te same pieniądze – przekładanie tych samych pieniędzy. „Ale za te pieniądze teraz zorganizujcie całą...” I słusznie, bo tak powinno być. Pacjent powinien być tak prowadzony, ale jeżeli dany szpital nie posiada swojej rehabilitacji, to – tak jak zaczęłam mówić – podpisuje umowy z poszczególnymi podwykonawcami i naprawdę bardzo często oni nie chcą podpisywać tych umów, a szpital nie może zmusić kogoś do wykonywania danej usługi. Tym bardziej – tak jak tutaj było powiedziane – że część pacjentów pochodzi z okolicy, bo przecież ośrodki kardiologiczne, w szczególności inwazyjne, nie powstają co 10 czy co 20 km. One są rozłożone, faktycznie, przynajmniej tak jak w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie jest pięć takich ośrodków. One są bardzo dobrze rozłożone, bo są co 50 km, i dojście do tego jest dobre, ale już do rehabilitacji to jest co innego. Te ośrodki często jej nie posiadają, a pacjenci, którzy przyjeżdżają na kardiologię inwazyjną, w ogóle z zawałem, przyjeżdżają z różnego terenu. Tutaj są takie problemy – żebyście na to zwrócili uwagę w ministerstwie, w jaki sposób pomóc. Bo na przykład dlaczego potem się mówi, że dany szpital czy dany realizator wykonuje bardzo mało usług i – powiedzmy – mógłby wykonywać w „KOS-zawał” więcej, ale mu się nie zalicza tego, bo nie wykonał rehabilitacji albo nie wykonał następnych wizyt kardiologicznych, ponieważ ten pacjent, jak ma te 60 czy 70 km, bo mieszka gdzieś tam, w innej miejscowości, albo ma swojego lekarza, który go prowadził – on chce tam być leczony. To jest jedna sprawa.

I druga sprawa to jest to, co pan poseł też tutaj poruszał. Chodzi o województwa – że to jest dedykowane w danym województwie. Co mają zrobić miasta, które są na granicy województw? Powiedzmy, że drugi powiat sąsiaduje z powiatem, który jest – ja wiem – o 10 czy 15 km, i zawsze tam ci pacjenci jeżdżą. My na przykład próbowaliśmy podpisać umowę – bo jest też dobry ośrodek kardiologiczny na Pomorzu – to po pierwsze najpierw próbowaliśmy ich namówić, żeby jednak z nami podpisali, ale ostatecznie nie podpisali. Tymczasem to jest ośrodek, który jest od nas oddalony o 20 km, i to są pacjenci Pomorza, którzy – owszem – u nas się chętnie leczą, ale dalszy proces tej właściwie rocznej opieki nad pacjentem obejmuje już wtedy ktoś inny. To też są duże miasta typu Malbork – to przecież jest duże miasto, które leczy się, powiedzmy, w Elblągu, ale potem już się rehabilituje czy do poradni kardiologicznej woli u siebie chodzić, bo pacjent ma bliżej. I jak to rozwiązać? Jak umożliwić i mieć pełen obraz tego, że pacjent jest faktycznie prowadzony, bo to, co pan powiedział, że na Podkarpaciu się to nie przyjęło, bo Podkarpacie...

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

W świętokrzyskim.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Czy w świętokrzyskim.

To są chyba podobne tereny jak województwo warmińsko-mazurskie, czyli jest mało ośrodków kardiologicznych. To nie znaczy, że nie jest wystarczająco, bo i województwa są małe. To są województwa, jeżeli chodzi o liczbę ludności, małe i w związku z tym na pewno dużo więcej ośrodków nie potrzeba, ale jak zorganizować tę całą opiekę, żeby ten główny wykonawca nie był w kółko strofowany: „Dlaczego tego nie wykonujecie, skoro macie »KOS-zawał«? Wy przecież się z tego nie wywiązujecie, bo tylko taki i taki procent poddawany jest rehabilitacji”.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo ważne uwagi praktyka, bo pani poseł doskonale zna plusy i minusy tego projektu, i bardzo się cieszymy, że przedstawiła pani te podstawowe, może drobne uwagi, ale one są niezwykle ważne, żeby ten program miał szansę powodzenia, i przede wszystkim żebyśmy pomagali pacjentom. Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa posłów... Już momencik, jednak wcześniej posłowie.

Bardzo proszę, pan poseł.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Do tego dodałbym tylko ten element płacenia, bo nie zawsze wszystko zależy od organizatora, ale również od pacjenta. Pacjent może odbyć dwie wizyty i program nie jest zrealizowany, więc trzeba by było się zastanowić nad częściowym finansowaniem każdej procedury, która wchodzi w ramach programu, a nie kompleksowym całego programu, bo – tak jak mówię – wiele elementów nie zależy od nas.

Pacjent po trzech wizytach kardiologicznych poczuje się dobrze i nie ma potrzeby realizowania czwartej albo zrealizuje sobie to – jak Ela mówiła – gdzieś bliżej i wtedy warto by było, żeby te wszystkie elementy były sfinansowane, bo trochę to zniechęca.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

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

To może teraz krótki komentarz, panie dyrektorze, i przejdziemy do państwa gości, bo zapewne państwo mają też bardzo interesujące uwagi i komentarze do tego programu.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Dlatego chciałem zauważyć, proszę państwa, że w tej chwili jest możliwość częściowego płacenia, bo my płacimy oddzielnie za hospitalizację do kardiologii, oddzielnie płacimy za rehabilitację i oddzielnie płacimy za każdą wizytę. Płacimy tylko bez tego rodzaju swoistej premii.

Powiedzmy sobie jasno, w tym wszystkim nie chodzi o to, żeby to było w jednym ośrodku. Nie chodzi o to, żeby to robili ci sami ludzie w ramach umów o współpracy. Chodzi o to, żeby pacjent, który dozna zawału serca, miał zagwarantowany dostęp do rehabilitacji i miał zagwarantowane wizyty kontrolne, które będą wizytami nastawionymi na ocenę tego, co się z nim dzieje po tej całej historii. O to nam chodzi w tym wszystkim, a nie o to, żeby to prowadził jeden szpital – po to, żeby wprowadzić model, który będzie działał zgodnie ze standardami i wytycznymi. Możemy oczywiście rozważyć, jak to wszystko robić, tylko że wtedy, kiedy będziemy mówili, że pacjent powinien mieć zagwarantowaną rehabilitację, wizytę ambulatoryjną w miejscu zamieszkania, to przepraszam, czym to się będzie różniło od obecnego stanu? Tym, że szpital, który będzie prowadził pacjentów kardiologicznych, powinien podpisać takie umowy ze wszystkimi ośrodkami w Polsce, bo nigdy nie wiadomo, skąd mu się pacjent trafi. W związku z tym jest to pewien rodzaj wytycznych i może w tym momencie nie próbujemy robić modelu, w którym każdy będzie z każdym się umawiał i podpisywał umowę, tylko zrobimy model, w którym pacjent zostanie tak dobrze wyedukowany w pierwszym ośrodku, że sam będzie pilnował tego, żeby pójść do kardiologa na wizytę kontrolną. Zrobimy pewną wystarczającą sieć ośrodków rehabilitacji kardiologicznej. Szpital za tę dobrą edukację niech dostanie premię, jeżeli na przykład powyżej 60% czy 70% pacjentów będzie rehabilitowanych, tylko nie mówmy, że to musi być w ośrodku, z którym on podpisze umowę. Czyli zrobimy mniej więcej taki

model, w którym będziemy motywować lekarzy, którzy się zajmują pacjentem w nagłej potrzebie do tego, żeby go przypilnowali. Możemy przypisać koordynatorów z tego POZ, żeby tego pacjenta rozliczali, pilnowali czy zapisywali do AOS. Istnieje wiele różnych możliwości. Niekoniecznie musimy robić na siłę porozumienia kilku różnych zakładów, żeby to prowadziły, bo nam tak naprawdę chodzi o to, żeby pacjent wszedł na pewnego rodzaju ścieżkę, która będzie mu zapewniała realizację wszystkiego, co wynika z naszej lekarskiej wiedzy – tego, że taki pacjent powinien mieć robione i myślę, że w tym kierunku trzeba by próbować iść.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze, myślę, że te cenne uwagi, które tutaj państwo przedstawili, Ministerstwo Zdrowia skonsumuje i wymodeluje ten projekt.

Dobrze, w takim razie oddaję państwu gościom głos i tutaj pierwszy zgłosił się pan Przemysław Trzeciak, profesor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Bardzo proszę.

Specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu prof. SUM dr hab. Przemysław Trzeciak:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję. Przepraszam, że się tak wyrwam do głosu, natomiast zostałem dzisiaj poproszony przez prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prof. Roberta Gila, o dostarczenie pisma i przedstawienie go. To jest pismo środowiska pacjentów, a więc myślę, że bardzo ważny głos. Myślę, że wszyscy państwo mają to pismo. Jeżeli nie, to ograniczę się tylko do czterech najważniejszych punktów, które zostały w jakiś sposób podkreślone przez panią przewodniczącą Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń.

W tym piśmie jest duży apel, aby zabezpieczyć dostęp do programu „KOS-zawał” dla wszystkich pacjentów kardiologicznych, i jest prośba o obowiązkowe włączenie wszystkich placówek realizujących świadczenie do programu „KOS-zawał”. Postulowane jest zmniejszenie opóźnień w zastosowaniu procedur angioplastyki wieńcowej, ale myślę, że to jest realizowane na bieżąco. Ponadto zapewnienie, o czym mówiliśmy przed chwilą, dostępności do rehabilitacji kardiologicznej po zawale dla wszystkich pacjentów, no i wreszcie większa dostępność do udziału w ramach takich produktów jak programy lekowe dla ośrodków, w których realizowany jest program „KOS-zawał”. Nie chcę państwu czytać całego tego pisma, ale to są te najważniejsze elementy, które zostały w nim zawarte.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy to pismo było do wiadomości Ministerstwa Zdrowia? Państwo otrzymaliście ten dokument, czy nie? Jeżeli nie, to prześlemy państwu, bo tam są też – o właśnie, tutaj też sekretariat dostarczy – bardzo cenne uwagi, tak że myślę, że także do wykorzystania.

Bardzo proszę i proszę o przedstawienie się do protokołu.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor:

Dzień dobry, Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, kardiolog z zawodu, tak się składa. Temat bardzo mi bliski i powiem, że to jest rzeczywiście program, który przez tyle lat przynosi bardzo dobre efekty, bo wiemy, że redukcja śmiertelności u pacjentów, którzy weszli do programu, jest istotna. Tam mówi się o 30% redukcji i dlatego najważniejsze jest w tym momencie zastanowić się, dlaczego mamy taką dysproporcję, że w województwie śląskim według raportu 61% pacjentów wchodzi do programu „KOS-zawał”, w świętokrzyskim – 1%, w podkarpackim nie jest tak źle – 20%, a tutaj 1% to jest po prostu dramat.

Myślę, że gdyśmy przeanalizowali dane mówiące na przykład o tej liczbie, ilu pacjentów z zawałem w tych województwach jest poddawanych koronarografii i koronaroplastyce, nie byłoby takich rozbieżności, czyli w świętokrzyskim tej koronarografii wykonuje się równie dużo i w równym procencie. Wydaje się, że tutaj jest kwestia tak naprawdę tego, co pan dyrektor zresztą powiedział – w pewien sposób zachęcenia finansowego, żeby się opłacało pacjenta wciągać do sieci, do „KOS-zawał”, bo wszystkie zawały są nielimitowane, więc tracimy... Nie mamy jeszcze dokładnego pilotażu Krajowej Sieci

Kardiologicznej, ale już wiem po tym, jak to wygląda, że w tej chwili szpitale bardzo chętnie wciągają pacjentów do tej sieci, ponieważ wtedy oni idą poza limitem, a więc można na nich dodatkowo dla ośrodka zarobić. W przypadku zawału to się nie sprawdzi, bo zawały i tak są nielimitowane, więc żeby tego pacjenta wciągnąć do programu „KOS-zawał”, trzeba dodać jakiś element, który będzie finansowo zachęcał do tej w sumie może niewielkiej, ale dodatkowej pracy biurowej, bo jednak ten program wiąże się z pewnymi innymi rozliczeniami itd. I myślę, że tutaj akurat pójście w tę stronę, że płacimy za każdy element programu osobno, nie sprzyja temu, bo jeżeli tak, to nam zapłacą za wizyty zwykle w przyszpitalnych poradniach kardiologicznych.

Mamy taki problem, że nie mamy wolnych terminów, żeby umówić pacjenta na pierwszą wizytę po szpitalu. To niestety często jest kilka miesięcy, a musimy tu pacjentowi zapewnić cztery wizyty w ciągu roku, więc trzeba by tak naprawdę mieć dodatkowego lekarza. To jest problem, żeby ta poradnia mogła przyjmować więcej pacjentów, więc taka premia, która jest za komplet, czyli za całość usługi, powinna być na tyle wyraźna, żeby szpitalom opłacało się do tego „KOS-zawał” w tym świętokrzyskim wciągać przynajmniej 40–50% wszystkich pacjentów. Widocznie w tej chwili ona jest na tyle nieistotna, że szpitale rezygnują z tego łatwiej niż na Śląsku, gdzie ośrodków kardiologicznych – zresztą jak pan profesor wie – jest więcej, ale przede wszystkim bardzo duża część ośrodków kardiologicznych jest prywatna. W tych prywatnych ośrodkach liczy się tak naprawdę każdą złotówkę i nawet ta niewielka premia przy takim zagęszczeniu... Na przykład pracownie hemodynamiki w mojej okolicy, Bielska-Białej, są rozłożone nawet co 15 km, bo mamy w Bielsku, Żywcu, Ustroniu, Cieszynie, zatem – jak popatrzymy – to jest co 15 km pracownia, więc tak naprawdę trochę trzeba o pacjenta walczyć, nawet patrząc na to, ile tych zawałów jest. Dlatego też na Śląsku „KOS-zawał” jest tak bardzo dobrze realizowany. W województwie, gdzie jest mniej pracowni hemodynamicznych, już nie ma takiego parcia, bo i tak zawałów jest dużo, i tak tych koronarografii się zrobi dużo, i tak oddział wyjdzie na swoje.

Pytanie do ministerstwa, czy jest jakiś pomysł, żeby tę premię jeszcze podbudować za całość realizacji programu?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Myślę, że za momencik się pan odniesie, panie dyrektorze.

Bardzo proszę, kolejny głos w dyskusji.

Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji ochrony zdrowia. Tak jak już w sumie powiedzieli moi przedmówcy, wszyscy zdajemy sobie sprawę, że program „KOS-zawał” przynosi dobre rezultaty, a zarazem tylko 27% pacjentów było nim objętych w 2022 r. Patrząc następnie na to, że rehabilitacji poddanych zostało tylko 66% z nich, to tak realnie mniej niż 20% osób po zawale przeszło pełną ścieżkę koordynowanej opieki.

Te liczby są na pewno niezadowolające i jest wiele powodów, o których już pan dyrektor też wspominał, które sprawiają, że jesteśmy daleko od objęcia 100% pacjentów tą pełną opieką. Natomiast myślę, że bardzo ciekawe i ważne także dla realizacji tego celu objęcia 100% pacjentów opieką jest, żebyśmy zrozumieli, jaka jest prognozowana ścieżka dojścia do tych 100%. Kiedy spodziewamy się objąć wszystkich pacjentów i rozwiązać te problemy, te wąskie gardła, które – jak rozumiem – są już w dużej mierze zdiagnozowane, i w jakim horyzoncie czasowym możemy zapewnić 100% pacjentów po zawale tę lepszą, dającą większą szansę na przeżycie opiekę?

Dodatkowo chciałbym zapytać – ponieważ dane, które mamy, kończą się tak naprawdę na 2022 r. – jak to wyglądało później, i czy w tym roku przy obecnych zawirowaniach finansowych nadal notujemy wzrost tego trendu. Czy nie napotykali państwo jakichś problemów, czy realizacja i dalsze wdrażanie tego programu nie jest zagrożone? I finalnie – w jaki sposób premiovane są i mogą być jeszcze bardziej te ośrodki, które realizują w pełni program opieki koordynowanej.

I tutaj też może à propos tego częściowego rozliczania – pamiętajmy, że jednak wartość tego programu jest w tym, żeby ta opieka była skoordynowana, żeby wszystkie jego elementy doszły do skutku. Pytanie, czy zawsze powinien tę koordynację realizować szpital, czy lekarz POZ, czy może – jako płatnik na końcu jednak też odnoszący korzyści z tego, że pacjenci są w lepszym zdrowiu – NFZ powinien w niektórych sytuacjach wejść w te buty koordynatora.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos, bo mamy jeszcze drugi temat do omówienia, więc czy ktoś z państwa gości?

Jeżeli nie, to bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Bardzo ciekawe tezy tutaj padły. Marzy mi się taka chwila, kiedy powiemy, że dyrektor publicznego szpitala tak samo ogląda każdą złotówkę jak dyrektor prywatnego, bo zupełnie nie rozumiem, czemu w publicznym nie można oglądać każdej złotówki i starać się zwiększyć przychodów. Potem jęczymy, że szpitale się nie utrzymują.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie dyrektorze, mamy tutaj dyrektorów publicznych szpitali, więc...

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Przepraszam bardzo, ale to wyraźnie nie ja rzuciłem tę tezę. Prywatne szpitale na Śląsku świetnie działają, ponieważ tam zarządzający oglądają każdą złotówkę i wchodzi do „KOS-zawał”, natomiast tam, gdzie są publiczne – w domyśle świętokrzyskie, przepraszam – tego nie robią. Przepraszam, ale taka teza padła stąd.

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor:

Stąd jest pytanie, czy to jest powód.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Zatem mi się marzy taki moment, kiedy nie będziemy zastanawiali się i będziemy uważali, że każdy zarządzający placówką prowadzi dobrą politykę, ale to oczywiście jest drobiazg.

Proszę państwa, zastanówmy się jeszcze raz nad tym, co powiedziałem na samym początku – czy nam chodzi o to, żeby każdego pacjenta wtłoczyć w program pod tytułem „KOS-zawał”? Czy raczej powinno nam chodzić o to, żeby pacjent był rehabilitowany po zawale mięśnia sercowego i był pod nadzorem kardiologicznym, bo to są dwie zupełnie różne rzeczy. Oczywiście można sobie wyobrazić koordynację za pomocą NFZ, tylko ja ostatnio przerabiam słowo „koordynator” przez wszystkie zakresy świadczeń opieki zdrowotnej. Powołaliśmy koordynatorów w onkologii, w POZ, w programie „KOS-zawał”. Powołujemy koordynatorów do leczenia otyłości, mówimy o koordynatorach powiatowych, mówimy o koordynatorach programów. Proszę państwa, będziemy zaraz powoływać koordynatorów do koordynowania koordynatorów w różnych programach, bo oni wszyscy pracują nad tym samym człowiekiem.

Zastanówmy się nad tym, gdzie jest rola... kto powinien sprawować tę bieżącą opiekę nad pacjentem i oczywiście tu się sam narzuca POZ w funkcji naturalnego koordynatora pilnującego pacjenta, tylko musimy zmusić pacjentów jeszcze do jednego – do tego, żeby uważali lekarza POZ za swojego guru, za specjalistę, który tak naprawdę w rzadkich sytuacjach... Wiem, że patrzysz na mnie, jakbym opowiadał herezję, ale jeżeli do tego nie dojdziemy, to nigdy nie będziemy mieli dość specjalistów, bo lekarz POZ póki co jest tym lekarzem, który może wypisać skierowanie, żebym się leczył u tego lekarza, który zna się na mojej chorobie, co nie jest prawdą.

Dlaczego pacjenci nie idą do poradni kardiologicznej? Bo poradnia kardiologiczna leczy nadciśnienie. Czy powinna? Nie, zdecydowanie nie powinna, bo miejsce nadciśnienia jest w POZ, ale 40% wizyt w poradni kardiologicznej to jest nadciśnienie tętnicze i potem rzeczywiście trudno znaleźć miejsce dla pacjenta po zawale na cztery wizyty

co kwartał, ponieważ kalendarzyk jest szczelnie wypełniony rzeczami, które tam się znaleźć nie powinny, więc jeżeli mówimy o odwracaniu piramidy, to nie jest proces szybki. Nie ma magicznych ruchów, które powiedzą: „Zadekretujemy wszystkich, wszystkich wciągniemy i od tej pory będziemy mieli miejsce”. Nie będziemy mieli miejsca. Trzeba zorganizować system, który będzie chętnie zajmował się takim pacjentem po zawale mięśnia sercowego, ponieważ kardiolog nie powinien zajmować się rzeczami banalnymi, prostymi, powszechnymi. Tym powinien zajmować się kto inny i wtedy rzeczywiście kardiologowie będą potrzebowali tych pacjentów i będą się o nich troszczyć, ale to przed nami chyba jeszcze trochę drogi.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan profesor jeszcze? To bardzo proszę.

Specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog w SCCS prof. SUM dr hab. Przemysław Trzeciak:

Tak, chciałbym się w jakiś sposób odnieść, bo wiele mówimy o województwie śląskim. Chciałbym może troszkę nieskromnie powiedzieć, że właściwie program „KOS-zawał” na terenie województwa śląskiego jest realizowany od ponad 30 lat, bo to jest – można powiedzieć – taki model, który jest stosowany już bardzo wiele... Można powiedzieć, że przykleiliśmy „KOS-zawał” do tego, co robimy od ponad 30 lat. Natomiast wydaje mi się, że będzie trudno zaimplementować te wszystkie rozwiązania z dnia na dzień w województwach, w których nie ma takich tradycji, żeby chorzy byli kierowani na rehabilitację pozawałową, tak że być może trzeba się zastanowić nad jakimiś rozwiązaniami pośrednimi i jakąś formą dostępności rehabilitacji.

Natomiast chciałbym powiedzieć, że zanim program „KOS-zawał” był wprowadzony, to według naszych obliczeń średnia liczba wizyt u kardiologa wynosiła niespełna jedną wizytę na rok u pacjenta po zawale serca, natomiast program „KOS-zawał” dramatycznie poprawił tę sytuację. To moje odniesienie do tego, co zostało powiedziane.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Nie widzę.

Już, momencik. Zanim oddam głos na kilka zdań podsumowania panu posłowi Kapinosowi, chciałabym też parę swoich zdań dołożyć.

Nie ulega wątpliwości – bo państwo podkreślali wielokrotnie – że to jest dobry program i przynosi konkretne efekty. Efekty w postaci poprawy zdrowia osób, które były dotknięte tą chorobą cywilizacyjną, i przede wszystkim to, że one wracają do pełnej sprawności, co zresztą z wypowiedzi pana dyrektora wynikało – że ten sposób leczenia, który też pamiętam, bo tak się składa, że pracowałam w ochronie zdrowia sporo lat, i pamiętam tych pacjentów, którzy plackiem leżeli przez trzy, cztery tygodnie, a potem wychodzili... Tak więc myślę, że w ogóle to jest rewolucja, i bardzo się cieszymy, że w naszym kraju taki projekt został zrealizowany. Przyglądają się też temu specjaliści z innych krajów i też pewne wnioski z tego wyciągają, ale tak jak każdy projekt wymaga on modelowania. Myślę, że te uwagi, które państwo dzisiaj zgłosili, właśnie temu będą służyć – że państwo się przyjrzy, co w świętokrzyskim, czy rzeczywiście tam nie ma tych ośrodków rehabilitacyjnych, co się dzieje. Myślę, że prosty podział na publiczne, niepubliczne i prywatne, państwowe nie do końca wyczerpuje powody tych różnic. Myślę, że warto się temu przyjrzeć, i taka sugestia do Ministerstwa Zdrowia, żebyście państwo przeanalizowali, bo skoro w jednych obszarach się udaje, to uważam, że to może pomóc powiedzieć, jak to zrealizować. To ja tyle.

Teraz oddaję głos panu posłowi Kapinosowi.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję za tę dzisiejszą dyskusję, za to spotkanie, za tę podkomisję. Wiemy, że dużo zostało zrobione, dużo jest jeszcze do zrobienia, i oczywiście to, co pani przewodnicząca powiedziała.

Może warto zrobić jakąś wymianę doświadczeń w tych województwach, bo – jak to mówi stare przysłowie – po co drzwi wyważać, jak już zostały wyważone, więc w związku z powyższym może warto byłoby powołać jakąś grupę roboczą, żeby podyskutować i przenieść te rozwiązania na inne województwa. I oczywiście, tak jak tu już zostało powiedziane, 27% – nie wiemy, jaki jest wynik na lipiec czy czerwiec tego roku, ile w tym roku skorzystało właśnie z... Z tego roku są, tak?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Z tego roku i z 2023 r.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale takie drobiazgowo to sprawozdanie.

Posel Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ale wolelibyśmy, żeby...

Dobrze, to poprosimy jeszcze i oczywiście może dalibyśmy sobie jakiś czas, rok, żebyśmy znowu podyskutowali, co udało się nam zrobić przez ten czas. Dajmy sobie jakiś czas na to, że osiągniemy następny wskaźnik, że z tych 27% będziemy mieli na przykład 40%. Nie róbmy już wskaźnika 100%, ale zróbmy jakiś krok, żeby w tym świętokrzyskim z 20% było 40% objętych „KOS-zawał”, w podkarpackim – z 20% do 40%, a niech będzie 70% czy 80% w śląskim. Tak że to nam się marzy, żeby te wskaźniki wszędzie były podwyższane. Oczywiście wiemy, że skoro 30% więcej ludzi przeżywa... które jest objęte „KOS-zawał”, to znaczy, że warto ten program realizować.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję panu posłowi za zgłoszenie tego tematu, bo jest bardzo ważny. Mam nadzieję, panie dyrektorze, że pan przekaże kierownictwu, że takie są też sugestie, oczekiwania, żeby zmodelować ten projekt, bo skoro on przynosi konkretne efekty, to żeby go jeszcze bardziej udoskonalić. Dziękuję państwu.

Teraz przechodzimy do kolejnego punktu. To jest rozpatrzenie informacji na temat zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie rehabilitacji pacjentów po urazach układu ruchu i czaszkowo-mózgowych.

O informację na ten temat wnioskował pan poseł Patryk Wicher. Może oddam na chwilę głos, dwa zdania, i później też poprosimy pana dyrektora o przedstawienie informacji.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Szanowni państwo, pani przewodnicząca, temat szeroko rozumianych urazów – czy to układu ruchu, czaszkowo-mózgowych, czy też innych powstałych w wyniku różnych nieszczęśliwych wypadków, sytuacji kryzysowych – jest tematem morze.

W ogóle temat rehabilitacji, reformy całego tego procesu w Polsce jest przed nami. Z panem dyrektorem na posiedzeniach różnych zespołów wielokrotnie na ten temat dyskutowaliśmy i rozmawialiśmy też o tym, jak połączyć to z potencjałem lecznictwa uzdrowiskowego, żeby częściowo rozładować szczególnie te długotrwałe rehabilitacje – te już nieostre stany, które muszą być rehabilitowane. Państwo też wiecie, jakie są kolejki, jakie są terminy, jak również, że bardzo często rehabilitacje są wieloletnie – mówimy jeszcze o sytuacjach pierwszej rehabilitacji.

Tych ośrodków wysokospecjalistycznych jest trochę w naszym kraju, natomiast jest też kwestia terminu rehabilitacji osoby po nieszczęśliwym zdarzeniu. Przypominam, że jednak mamy pewne ograniczenia czasowe, terminowe, finansowe, organizacyjne i bardzo często jest tak, że rodziny z często młodymi ludźmi albo też w różnym wieku w zależności – przykład, który będę chciał omówić za chwilę, dotyczy młodego chłopaka, dwudziestokilkuletniego – zostają w pewnym momencie bez wsparcia systemu. Ten człowiek kończy rehabilitację w systemie, w szpitalu, kończą się wszystkie terminy. W pewnym momencie dowiaduje się, że pora szukać prywatnej rehabilitacji albo już kombinować, albo dawać sobie radę.

Mówię o chłopaku, który skończył studia medyczne, obronił egzamin lekarski. Miał nieszczęśliwy wypadek – potrąciło go auto. Będąc bodajże – z tego, co pamiętam – w Poznaniu, w jednym z ośrodków, nieważne, jakie miasto czy jaki ośrodek, ale w tym

przypadku tak było, w pewnym momencie od profesora prowadzącego usłyszał, że już tak naprawdę nie są mu w stanie pomóc, ale są ośrodki prywatne. I faktycznie trafił do ośrodka prywatnego pod Krakowem, który doskonale się takimi neurologicznymi, ale także urazowymi rzeczami zajmuje, tylko problem jest w tym, że pobyt w takim ośrodku, moi drodzy państwo, to jest od 30 do 50 tys. zł miesięcznie. Oczywiście mówimy też o zakresie czynności rehabilitacji. Faktycznie efekt jest, chłopak tam przebywa. Zaczął ruszać rękoma, już widać efekty rehabilitacji, natomiast rodzina musi w tym momencie tak naprawdę ponosić gigantyczne koszty, ale rodzina usłyszała też, że w Szwajcarii jest jeszcze lepiej. Tylko problem jest taki, że w Szwajcarii miesiąc kosztuje 150 tys. w przeliczeniu na polskie złote. Tak więc takie sugestie ze strony lekarzy – z jednej chcą pomóc tym rodzinom, żeby móc uratować tego młodego człowieka, bo widzą możliwość jego – w cudzysłowie – postawienia, żeby mógł częściowo funkcjonować prawidłowo, nawet wykonując swój zawód, a z drugiej strony to są trudne sytuacje, gdy rodziny nie stać na takie comiesięczne kwoty leczenia. Rozpoczyna się termin zbiórki w różnych systemach zrzutkowych i nie tylko.

Wydaje mi się, że nie tak to powinno wyglądać. Mamy wybitnych specjalistów, dobre ośrodki. Oczywiście wszystko opiera się o pieniądze i terminy, i o pewne ograniczenia czasowe. W związku z tym dzisiaj oczywiście dziękuję ministerstwu za tę informację, która jest informacją mocno ogólną. Natomiast ja bym chciał, jeśli nawet nie dzisiaj, bo dzisiaj – powiedzmy – wywołujemy ten temat, ale jednak aby pomyśleć o tym, że tam, gdzie są rokowania, gdzie widać, że pacjent jest w stanie – szczególnie ten przykład dwudziestokilkulatka, gdy lekarz mówi, że jest go w stanie postawić do ruchu, do pracy, przywrócić go społeczeństwu, do normalnego funkcjonowania, tylko wymaga to dłuższego czasu na oddziale, a on go musi wypisać, bo już się kończą te terminy, nie może go dalej prowadzić – żeby jednak te terminy znieść, tak jak było w leczeniu biologicznym, że było te magiczne 90 tygodni. Nie wiadomo, dlaczego przy łuszczycy odbieraliśmy nagle pacjentom możliwość podawania leku, oczywiście bez żadnej oceny lekarskiej, ale to się udało już...

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Nikommu nie odebraliśmy.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Tak, ale generalnie po 90 tygodniach było tak, że się zabierało leczenie. Trzeba było znowu przejść weryfikację, ale bardzo często, kiedy ten pacjent z łuszczycą wracał do tego samego leku, lek już nie działał, bo przerwana terapia czasami nie dawała takich samych rezultatów. Mieliliśmy później depresję, powroty do stanów chorobowych. Musiał się znowu wysypać – w cudzysłowie – żeby w ogóle zacząć procedurę powrotu. Nikt nie wiedział, skąd się wziął tak naprawdę nieuzasadniony termin, i myślę, że tak samo tu, w rehabilitacji, szczególnie tam, gdzie widzimy tę jaskółkę nadziei, że ta rehabilitacja może przynieść bardzo dobre rezultaty, też nie wiem, czy nie powinniśmy się nad tym zastanowić. Oczywiście – kończąc tę część mojej wypowiedzi – tego też dzisiaj nie rozwiążemy.

Jestem także w kontakcie z panią konsultant krajową do spraw rehabilitacji i z panią konsultant do spraw balneologii, ponieważ musimy też te inne stany – lekkie, długotrwałe, przewlekłe – jakoś odesłać do innego systemu, żeby nie obciążały oddziałów rehabilitacyjnych, oraz zmienić wyceny, bo niestety rehabilitacja również powinna być trochę lepiej wyceniona, choćby na przykład w lecznictwie uzdrowiskowym itd., żeby zachęcać te ośrodki do funkcjonowania.

Tak więc to chyba tyle tytułem wstępu. Mam nadzieję, że będzie dyskusja, ale dzisiaj pewnie będzie tylko otwarcie tej dyskusji, bo nie widzę pani konsultant, a więc też pewnie trzeba byłoby podjąć troszeczkę szersze dyskusje.

Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję za to wprowadzenie i tradycyjnie oddaję głos panu dyrektorowi.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Dziękuję też, panie pośle, bo zwolnił mnie pan z czytania tego wstępu, który – jak pan przyznał – pana nie zadowala. Mnie też nie.

Ogólnie rzecz biorąc, jest to pewnego rodzaju przedstawienie statystyki problemu, ale też zarysowanie problemu znacznie poważniejszego, chociaż on nie jest wprost zapisany. Jak wygląda rehabilitacja? Oczywiście mamy trzy tryby rehabilitacji, bo mamy rehabilitację ambulatoryjną, rehabilitację dzienną i rehabilitację stacjonarną. Można do tego dołożyć jeszcze domowe świadczenia, można dołożyć występujący gdzieś tryb hybrydowy. Jeżeli chodzi o zakres działań, czyli o pacjenta, którym się zajmuje ta rehabilitacja, to mamy wyspecjalizowaną rehabilitację neurologiczną, mamy wyspecjalizowaną rehabilitację kardiologiczną, rehabilitację narządu wzroku, która gdzieś się pojawia, rehabilitację narządu słuchu, rehabilitację pulmonologiczną i na tym nam się kończą zaadresowane specjalistyczne rodzaje rehabilitacji, a cała reszta jest wrzucona do czegoś, co się nazywa rehabilitacją ogólnoustrojową.

Co to powoduje? Wszyscy pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów tego, że mieli świeżo udar, zawał czy cokolwiek takiego, trafiają do jednej kolejki oczekujących, do jednego ośrodka. Stoją tam osoby zarówno po świeżych urazach, które odniosłyby skutek... Już nie mówię nawet o urazach czaszkowych, w których mamy do czynienia z bardzo specyficznymi pacjentami i z bardzo specjalistyczną rehabilitacją, ale nawet endoprotezoplastyka czy tego typu świadczenia muszą stać w tej samej kolejce, co pacjenci z chorobami przewlekłymi, którzy zamiennie to traktują z uzdrowiskami jako rodzaj usprawniania podejścia w chorobie przewlekłej.

Problem, o którym mówił pan poseł, jest w dużej mierze problemem także etycznym. Zdajemy sobie sprawę z tego, że nie może to być leczenie adresowane do wszystkich, czyli powinno być adresowane do tych, którym da korzyści, czyli którzy rokują. Musi to być leczenie elitarne, bo nie wyobrażam sobie, że powstanie taki ośrodek rehabilitacji, nawet w każdym województwie, bo mówimy jednak o koncentracji środków, sprzętu, umiejętności, ludzi, którzy mają niemalże boskie moce. Siłą rzeczy, prawdę powiedziawszy, wydaje się, że takie ośrodki nie powinny móc przyjmować każdego pacjenta, który spełnia czyste, proste kryterium, że ma określonego typu uraz. Tu się zaczynają problemy etyczne.

Pamiętam swojego czasu, jak próbowano wprowadzać programy lekowe, określając granicę wieku, do której przysługuje program. Pamiętacie, co się wtedy działo – to była jedna wielka burza, naruszenie praw pacjentów. Oczywiście to tylko z ChPL powinna wynikać granica wiekowa, ale tutaj będziemy mieli tę samą historię. Będziemy mieli ośrodek, który będzie robił rzeczy wspaniałe, ale o tym trzeba rozmawiać. To jest coś, co jest przed nami. Wymaga to rzeczywiście dużej rewolucji w samej rehabilitacji, bo musimy ją uporządkować. Musimy oddzielić – tak jak mówi pan poseł – rehabilitację w stanach przewlekłych od rehabilitacji w stanach ostrych. To jest najważniejsze zadanie, które mamy na dzisiaj – żeby to były jednak rozdzielone strumienie ludzi – a wtedy możemy zacząć się zastanawiać nad powoływaniem ośrodków, w których będzie można robić cuda, ale powiedzmy sobie od razu, że to nie będą ośrodki dla wszystkich. To będą ośrodki dla ludzi, którzy rzeczywiście odniosą z tego korzyści. Żeby nie było tak, że spełniamy pewne kryteria i w prawdzie postępu nie będzie, ale zrobiliśmy numerkę – to jest kwestia, z którą najtrudniej będzie się uporać, układając pewnego rodzaju zasady przyjmowania do takich ośrodków. To tyle tytułem wstępu do dyskusji, bo te dane, które są, są nudne.

Mogę powiedzieć – zwiększyliśmy dostępność od 160 do 188 tys. w fizjoterapii ambulatoryjnej, która jest podstawową metodą rehabilitacji pacjentów po urazach. Około 5–6 tys. jest w stacjonarnych dziennych, odpowiednio ogólnoustrojowych, przy poziomie tych urazów kilkaset, około 900 tys., tak że rehabilitujemy jakieś 20% – założmy w porywach – 25% pacjentów, głównie w trybie ambulatoryjnym. Temat poruszony przez pana posła mówił jednak raczej, że chcemy się zająć ułamkiem pacjentów, którzy mają zupełnie inne skutki, czyli tych osławionych skoczków na główkę do wody, bo oni są przysłowiowym pacjentem.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że temat jest bardzo trudny, ale myślę, że warto jednak mimo wszystko się nad tym pochylić. Rzeczywiście pozostawienie takiej osoby, w którą tak naprawdę zainwestowano – sorry za to słowo – ale dużo, jeżeli chodzi o ratowanie jego zdrowia,

i później, po tym okresie rehabilitacji, który jest określony różnymi kryteriami i terminy są konkretne wskazane, pozostaje sam... i to wszystko, co do tej pory zostało zrobione, idzie w niwecz i przepada. Tak więc myślę, że tutaj jest przykład może takiego pojedynczego, konkretnego pacjenta, ale sądzę, że w skali kraju – pan dyrektor najlepiej wie – takich pacjentów jest zapewne więcej i może warto się... Wiem, że ustalenie kryteriów wejścia do systemu jest bardzo trudne i zawsze będzie rodziło jakieś kontrowersje, bo ktoś znajdzie się poza systemem, ale może warto od czegoś zacząć, i żeby jednak dawać szansę tym ludziom, którzy rzeczywiście rokują jakąś nadzieję, a nie każdego stać na tę prywatną rehabilitację, o której tutaj pan poseł mówił. Tak że bardzo serdecznie dziękuję.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Państwo posłowie, ewentualnie państwo goście. Bardzo proszę i proszę się przedstawić.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Rafał Sapała:

Dzień dobry.

Rafał Sapała, prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Chciałbym bardzo serdecznie podziękować panu posłowi Patrykowi Wichrowi za zainicjowanie tej dyskusji, bo rzeczywiście sytuacja, szczególnie w oddziałach rehabilitacji, jest w tej chwili tragiczna.

Obserwujemy zmniejszanie się liczby łóżek, próby likwidacji oddziałów rehabilitacji, chociażby bardzo spektakularne zamknięcie oddziału rehabilitacji u śp. pana prof. Majchera w szpitalu wojskowym, bo się po prostu nie opłacało. Dlaczego się nie opłacało? Bo przyjmował ciężkich, kosztochłonnych, trudnych pacjentów. Poprosiłem moich kolegów z Polski, żeby przestali mi takie wyliczenia, ile kosztuje średnio ich pacjent po urazie czaszkowo-mózgowym. Sama doba hotelowa w szpitalu to w zależności od szpitala, od lokalizacji jest od 350 do 400 zł. To jest sama doba hotelowa. Musimy wziąć jeszcze pod uwagę oczywiście leki, badania dodatkowe i personel. Personel jednak bardzo specjalistyczny – to są lekarze, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, psycholodzy, bo mówimy tutaj o kompleksowej rehabilitacji pacjenta, przynajmniej po urazie czaszkowo-mózgowym.

Jest jeszcze jeden bardzo ważny problem. Polega on na tym, że wszędzie są kolejki. Jeżeli pacjenta po wypisie z oddziału zabiegowego neurochirurgii czy neurologii przyjmujemy w ciągu 14 dni – ciężkiego pacjenta – to on się wtedy kwalifikuje do tzw. pierwszej lub drugiej grupy i jeszcze względnie może nie będzie nam generował dużej straty. Jednak w związku z tym, że kolejki są dłuższe, często musimy wypisać pacjenta, bo oddziały zabiegowe są już zniecierpliwione – musimy wypisać pacjenta z takiego oddziału do domu i on oczekuje. Jeżeli ten czas przekroczy 14 dni, to ten pacjent trafia do trzeciej czy czwartej grupy, która jest już zdecydowanie gorzej wyceniona. Tutaj zdecydowanie, moim zdaniem, należy ten czasokres od przyjęcia... Bo ten pacjent się wręcz raczej pogorszy w tym czasie, niż polepszy. Nie opłaca się po prostu leczyć pacjentów ciężko chorych, niepełnosprawnych. To jest jeden problem i myślę, że nad tym AOTMiT, która w tej chwili podjęła pracę nad wyceną, też się pochyli, bo niedługo – za rok – może się okazać, że nie będziemy naprawdę mieli, gdzie tych pacjentów leczyć.

Chciałbym też jeszcze zaapelować do ministerstwa w osobie pana dyrektora, ponieważ trwają prace nad rozporządzeniem, które ma być rewolucją. Dla mnie zaskoczeniem jest to, że my – jako środowisko naukowe czy Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, czy Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, czy Fizjoterapia Polska – nie zostaliśmy zaproszeni do uczestniczenia w kształtowaniu tegoż rozporządzenia, chociażby w postaci minizespołu eksperckiego. To samo dotyczy zmian w wycenie...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, o jakim rozporządzeniu pan mówi? O projekcie?

Prezes ZG PTReh Rafał Sapała:

O projekcie nowego rozporządzenia...

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

To jeszcze nie jest ta rewolucja, o której marzyliśmy. To jest tylko kontynuacja prac, które jeszcze za poprzedniej kadencji się zaczęły. Okazało się, że będzie prościej zrobić jedno nowe rozporządzenie, więc będzie wyglądało, że jest to rewolucja.

Tam jest trochę rzeczy porządkujących, między innymi kodowanie stanów przed, w trakcie, po rehabilitacji, rzeczy w miarę oczywistych. Natomiast nie mówimy jeszcze o rewolucji w rehabilitacji jako takiej. Czyli nie porządkujemy tego, o czym mówiłem i o czym marzę. Porządkujemy tylko na razie te rzeczy związane z samym określaniem celów rehabilitacji – takie rzeczy ogólnowojskowe. Jeżeli będziemy mieli zgodę na to, żeby wreszcie się zabrać za porządne zmiany w rehabilitacji, to wtedy oczywiście będziemy to robili ze środowiskiem. Natomiast w tych pracach uczestniczyli niektórzy ludzie, chodzili za tym, próbowali, i chyba wreszcie się ziści.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ważne, żeby był dialog. Dziękuję bardzo.

Proszę kontynuować.

Prezes ZG PTReh Rafał Sapuła:

Dziękuję bardzo.

To w zasadzie jest moja główna petycja – żeby po prostu jak najszybciej przystąpić do prac porządkujących przede wszystkim finansowanie. Mamy świetne kadry, jest zaplecze.

Jeszcze tylko podam państwu przykład – jestem też konsultantem wojewódzkim w dziedzinie rehabilitacji w województwie lubelskim – często dochodzi do sytuacji, że pacjenci, którzy ulegli urazom, wypadkom, udarom za granicą, w Wielkiej Brytanii, w Szwajcarii, w Niemczech, są przenoszeni na dalszą rehabilitację do Polski. Narodowy Fundusz Zdrowia z wiadomych względów stara się zrobić to jak najszybciej, ponieważ ponosi koszty leczenia tych pacjentów za granicą. Koszty leczenia w tych wszystkich krajach, koszty rehabilitacji są 10 razy większe niż u nas. Z czegoś to wynika. Pan poseł zwrócił uwagę na to, że w ośrodku prywatnym trzeba zapłacić 30 tys. zł miesięcznie. Tak, bo realny koszt leczenia na naszych oddziałach takiego pacjenta, który często po pobycie w OIOM wymaga antybiotykoterapii, zorganizowania mu izolátky, wynosi około 1 tys. zł. To jest realny koszt minimum dziennie – to jest minimalny koszt tak naprawdę leczenia takiego pacjenta.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Tylko żeby nie obciążać tym pacjenta.

Prezes ZG PTReh Rafał Sapuła:

Tak, oczywiście. Ale tutaj mamy też taką możliwość, panie pośle, że w wyjątkowych sytuacjach zawsze możemy napisać do NFZ prośbę o prolongatę – przedłużenie – i często też opiniuję takie sytuacje...

Tak, ale jeżeli się to dobrze uzasadni... NFZ zawsze się też podpira opinią konsultantów wojewódzkich i jakoś tak staramy się wtedy pomagać.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te cenne uwagi.

Bardzo proszę.

Już, moment, panie pośle.

Członek Rady Krajowej Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii Marcin Trębowicz:

Dzień dobry państwu.

Marcin Trębowicz, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii. Z jednej strony bardzo cieszę się, że Ministerstwo Zdrowia po wielu latach zauważyło, że sposób kolejgowania pacjentów jest niezasadny, i próbuje dzisiaj zmienić sposób kolejgowania pacjentów w kontekście pacjentów niepilnych, i tylko – mimo wszystko – pourazowych i przewlekłych, co powoduje, że szybkie podjęcie procesu rehabilitacji, w tym fizjoterapii, na pewno będzie skuteczniejsze, a finalnie na pewno tańsze, co wydaje się dla budżetu państwa nie bez znaczenia.

Natomiast chciałbym podjąć jeden temat dotyczący wysokospecjalistycznych ośrodków rehabilitacji. Proszę państwa, w zeszłym roku kilkadziesiąt ośrodków zostało dofinansowanych z budżetu państwa na kwotę 200 mln zł w urządzenia robotyczne do rehabilitacji. Wydaje się, że ta kwota... Oczywiście pewnie nie pokrywa całości zapotrzebowania, natomiast jest kwotą dość znaczną.

Pierwsze pytanie, które się – że tak powiem – nasuwa: jak te ośrodki dostały dofinansowanie na wykorzystywanie tego sprzętu? Proszę państwa, posiadanie dzisiaj wysokospecjalistycznego sprzętu w postaci lokomatu, egzoszkieleatów, które kosztują 1 mln zł i więcej, w żaden sposób dodatkowo nie jest płacone, a utrzymanie tych urządzeń jest bardzo kosztowne.

W związku z powyższym wydaje się, że w dużej mierze już istnieją takie ośrodki, które mogłyby świadczyć specjalistyczne usługi, chociażby w urazach czaszkowo-mózgowych, o których pan poseł mówi, natomiast nie są dofinansowane. Za pobyt w tym ośrodku – tak jak pan prezes Sapuła wspominał – i wykorzystanie specjalistycznego sprzętu płatnik, NFZ, płaci dokładnie tak samo jak za pobyt w ośrodku, w którym takiego sprzętu i takiej specjalistycznej opieki nie ma. Tutaj też należałoby podjąć... Może nie tyle, że wprowadzać, bo wielu ośrodków po prostu nie stać na zakup takiego sprzętu – jako wymóg formalny. Natomiast na pewno dodatkowo w jakiś sposób finansować te ośrodki czy dawać bonus, o którym wspominaliśmy przy zawale – że ośrodki, które będą miały ciągłość, mają bonus finansowy. Tak więc ośrodki, które są wyposażone w taki sprzęt, też powinny mieć jakiś bonus, bo jednak jakość procesu leczenia pacjenta jest niewspółmiernie większa.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, tutaj pani.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii dla obszaru mazowieckiego Grażyna Brzuszkiewicz-Kuźmicka:

Szanowni państwo, dziękuję bardzo za zaproszenie. Nazywam się Grażyna Brzuszkiewicz-Kuźmicka. Jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie fizjoterapii dla obszaru mazowieckiego, ale chciałabym zająć stanowisko jako fizjoterapeutka, która 38 lat pracuje na oddziale neurochirurgii i ma do czynienia z tego typu chorymi.

Bardzo się cieszę, że państwo macie takie perspektywy, tylko proszę mi pokazać w Polsce co najmniej 10 ośrodków, które przyjmą pacjenta na rehabilitację po urazie czaszkowo-mózgowym. Nikt tych pacjentów nie chce. Ci pacjenci zalegają na oddziałach neurochirurgii, blokują miejsca dla pacjentów, którzy wymagają pilnych operacji często ratujących życie. To są guzy mózgu, to są choroby naczyniowo-mózgowe, tętniaki.

Urazy czaszkowo-mózgowe dotyczą w 90% osób młodych. I nic dziwnego, że jak przychodzi do mnie zrozpaczony rodzic, który nagle staje przed tragedią... On nie miał możliwości czasu... Przystosowania się, oswojenia, jakichś takich realnych perspektywicznych planów, żeby pomóc. I na siłę lekarze muszą wypisać. I jedyne co, ja to też robię. Jak widzę łzy matki, ojca zrozpaczonego, co ja mam powiedzieć? Jaki ośrodek mam wskazać? Wskazuję prywatne, bo tam w ciągu tygodnia pacjent rzeczywiście jest w stanie się dostać. Na tym etapie uważam, że ta dostępność do świadczeń jest dużo ważniejsza. Na tym etapie nie jesteśmy w stanie ocenić, jakie jest rokowanie. Trzeba dać szansę każdemu młodemu człowiekowi.

Tu mam zapytanie do państwa, do ministerstwa, jaka jest możliwość zwiększenia liczby ośrodków, gdzie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym – gdy leczenie neurochirurgiczne jest zakończone – można by tego pacjenta odesłać. Jeszcze jest mniejszy problem, jak to jest izolowany uraz głowy, ale często są to urazy wielonarządowe, i tu jest problem, gdzie umieścić tych chorych.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

I jeszcze ktoś z państwa?

Tutaj wcześniej, bardzo proszę.

Wiceprezes Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska Paweł Adamkiewicz:

Dzień dobry.

Paweł Adamkiewicz, Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska. Oczywiście bardzo się przychyliam do głosu koleżanki ze względu na to, że od ponad 20 lat prowadzę zarówno ośrodek prywatny, jak i świadczenia w ramach funduszu zdrowia dotyczące pacjentów w śpiączce, czyli ten program zdrowotny.

Największym kuriozum tak naprawdę całej tej sytuacji jest to, że do zakładu rehabilitacji przyjmujemy, choćby nawet do ośrodków prywatnych, pacjentów bezpośrednio z intensywnej terapii, czyli nie do szpitala, nie do miejsca, gdzie jest zabezpieczenie oddziału intensywnej terapii, tylko po prostu do zakładu rehabilitacji i, co ciekawe, pomimo tego radzimy sobie z tym pacjentami, dajemy sobie radę. Myślę, że tu jest też ten kierunek, na który można by było popatrzeć – że tych ośrodków jest naprawdę dużo, tylko one oczywiście nie będą nigdy kontraktować z NFZ, bo w żaden sposób nie będzie to po prostu dla nich opłacalne.

Natomiast patrząc na program zdrowotny pacjentów w śpiączce, mamy taką sytuację – większość pacjentów oczywiście po urazach czaszkowo-mózgowych – pacjent, którego wybudzimy w programie, może być w programie tylko miesiąc i musimy go wypisać do domu, czyli nie ma żadnej ścieżki dla tego pacjenta, gdzie mógłby trafić. Musimy go po prostu z miejsca, w którym jest, zwieźć do domu. Wiemy wszyscy, że to nie są pacjenci, którzy wstają na własne nogi, mówią „dzień dobry” i po prostu wychodzą.

Tak że bardzo dziękuję panu posłowi, że w ogóle zajmujemy się dzisiaj tym tematem i rzeczywiście, jeżeli jest zwrócenie uwagi na tę długoterminowość, bo dlatego pacjenci wybierają ośrodki prywatne, że tam po prostu te świadczenia mają nielimitowane, to znaczy limituje ich wyłącznie pieniądź... I rzeczywiście dzięki wielu zbiórkom, które się realizuje, czy fundacjom, które zbierają pieniądze, czy eventom, które się toczą dla tych pacjentów, mają oni szansę na powrót do sprawności. Bardzo ważne jest to, żebyśmy patrzyli też przez pryzmat tego, że zwłaszcza ci pacjenci po urazie czaszkowo-mózgowym, teraz naprawdę już wielonarządowi, wymagają rehabilitacji w dłuższym terminie.

Jeszcze ostatnia kwestia. Program śpiączkowy realizowaliśmy z AOTMiT – przez półtora roku zeznawaliśmy koszty. Proszę państwa, w tym momencie okazuje się, że w ramach funduszu zdrowia można prowadzić i podejmować próby rehabilitacji pacjenta i jego powrotu do sprawności ruchowej w wyższej kwocie aniżeli w komercji. To tylko tyle.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Tu, bardzo proszę.

Ekspert NRL do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Krzysztof Zdobylak:

Chciałbym zadać dwa pytania do tego opracowania, które otrzymaliśmy. Wiem, że pan dyrektor na początku powiedział, że także nie jest z niego do końca zadowolony, natomiast pojawiły się tu troszkę – powiedziałbym – kontrowersyjne stwierdzenia i chciałbym o nie dopytać, tym bardziej w kontekście tego, co usłyszeliśmy od innych profesjonalistów, lekarzy, którzy zajmują się problemem, i wskazywali na szereg problemów w organizacji systemu rehabilitacji i brak odpowiednich placówek.

Tymczasem w opracowaniu możemy przeczytać, że głównym problemem w dostępie do świadczeń jest nadmiarowość wystawiania skierowań, które nie zawsze korelują z rzeczywistymi potrzebami. Chciałbym zapytać, jakie jest źródło, na podstawie jakich danych Ministerstwo Zdrowia doszło do tego wniosku oraz jaka jest skala tej nadmiarowości.

Drugie pytanie odnośnie do proponowanego rozwiązania tego problemu, czyli wdrożenia oceny stanu klinicznego lub funkcjonowania świadczeniobiorców przed, w trakcie i zakończeniu rehabilitacji, i dalej, także podkreślonej, możliwości przerwania rehabilitacji przed realizacją pełnego zlecenia, jeśli nastąpiła wystarczająca poprawa. Na ile rzeczywiście pozwoli to zwiększyć tę dostępność, a na ile będzie to po prostu dodatkowa

biurokracja, dodatkowy wymóg, który będzie zajmował czas profesjonalistom, którzy nie będą mogli go wtedy poświęcać pacjentom?

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Tutaj myślę, że to chyba już ostatni głos w dyskusji. Bardzo proszę.

Przewodniczący Forum Pracodawców Rehabilitacji działającego w ramach Pracodawców RP Jerzy Karwowski:

Jerzy Karwowski, Pracodawcy RP, CKR Konstancin. Jest to wspaniała dyskusja, pani przewodnicząca. Z przyjemnością słuchałem również pana dyrektora, który mówił bardzo trafnie o diagnozie, tylko my oczekujemy na konkretne decyzje. Tu koledzy bardzo trafnie powiedzieli praktycznie wszystko, ale mamy jeszcze jedną barierę – nie mamy lekarzy rehabilitacji – i to jest problem, który powoduje brak dostępności do świadczeń.

Teraz zastanówmy się, co zrobić, bo tych lekarzy naprawdę jest mało. Fizjoterapeuci mają bardzo szerokie uprawnienia w ambulatorium, ale już nie mają w oddziale dziennym i nie mają w oddziałach stacjonarnych. Być może, panie dyrektorze, dobrze by było, gdyby pod nadzorem lekarza fizjoterapeuci mieli większe uprawnienia i w związku z tym lekarz nie miałby 24 pacjentów stacjonarnie pod opieką, tylko może 30, jeżeli współpracowałby z fizjoterapeutą. Może to by również rozwiązało sprawę – na pewno częściowo.

Oczekujemy bardzo szybko na to, żeby przy dobrej rehabilitacji, kiedy pacjent rzeczywiście potrzebuje rehabilitacji pilnej, żeby on się na tę rehabilitację mógł dostać, a AP-KOLCE go po prostu do tego nie dopuszczają. Wydaje mi się, że w takich sytuacjach, o których tu koledzy mówili, dobrze by było, żeby była oddzielna kolejka.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te cenne uwagi.

Szanowni państwo, myślę, że dzisiaj też po to rozmawiamy na ten temat, żebyśmy mogli udoskonalać, tak jak mówiliśmy poprzednio o KOS-zaś, tak samo w tej chwili o rehabilitacji. Wiemy doskonale, że ona wymaga gruntownej przebudowy, i to, o czym panowie między sobą zaczęli dyskutować, to pewnie – mam nadzieję – w najbliższych latach stanie się faktem. Rzeczywiście konserwowanie starej struktury rehabilitacji doprowadza do tego, że pacjenci niestety nie mają szans uzyskania odpowiedniego poziomu świadczenia w chwili, kiedy tego rzeczywiście potrzebują, i w momencie, kiedy będzie to warunkowało ich przyszłość, więc myślę, że wywołanie tego tematu ma sens.

Wierzę w to, że pan dyrektor przekaże wszystkie nasze uwagi. Zresztą po zakończeniu podkomisji też sformułujemy wnioski, wystąpimy do Ministerstwa Zdrowia i mam nadzieję, że zmiana w rehabilitacji, która była zapowiadana już parę lat temu, musi w pewnym momencie nastąpić. Myślę, że państwo też mówiliście o ograniczonej dostępności i o korzystaniu ze świadczeń rehabilitacyjnych, szczególnie tych ogólnoustrojowych, przez pacjentów, którzy niekoniecznie musieliby w takiej formie być rehabilitowani. Ponieważ też mam własne doświadczenia, bo kiedyś prowadziłam szpital, w którym był oddział rehabilitacyjny, i znam tę specyfikę, wiem, że nie wszyscy pacjenci, którzy w takim trybie są rehabilitowani, musieliby być tam prowadzeni z powodów merytorycznych, zdrowotnych. Myślę, że to jest też taki kierunek dla MZ, żeby przeanalizować, czy może tych zakładów opiekuńczo-leczniczych nie powinno być więcej – gdzie też pewne elementy rehabilitacji utrzymującej sprawność się przeprowadza po to, żeby część strumienia pacjentów przekierować właśnie tam, a oddziały rehabilitacyjne powinny być rzeczywiście oddziałami, które są odpowiednie dla poszczególnych problemów zdrowotnych wymagających konieczności odpowiedniego postępowania.

Już, panie dyrektorze.

Nie wiem, czy pan poseł Wicher teraz chciał, czy po komentarzu pana dyrektora.

Jeszcze pan poseł, bardzo proszę.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Jeżeli można. Przysłuchuję się tej dyskusji. Też prowadzę szpital, w którym jest rehabilitacja, i wydaje mi się, że troszkę się nie zgodzę z koleżanką – że to nie jest kwestia doskonalenia systemu, tylko chyba zbudowania nowego systemu. Niestety, doskonalenie tego już się nie da.

Ten system rehabilitacji w Polsce, moim zdaniem, jest obciążony dokładnie tymi samymi wadami, co cały system ochrony zdrowia, czyli w wielu miejscach marnujemy zasoby w sposób niewyobrażalny, a w innych miejscach nie mamy środków, aby właśnie tworzyć takie rozwiązania, które będą maksymalnie efektywne i które będą z korzyścią dla pacjenta. Mamy sporą ilość oddziałów stacjonarnych, w których rehabilitacja ogólnoustrojowa ma charakter rehabilitacji sanatoryjnej – ona nie ma nic wspólnego z procesem leczenia. To jest rehabilitacja, która często poprawia tylko samopoczucie, tak powiem. Przepraszam, może mówię ogólnie i skrzywdzę w tym momencie kogoś, kto ciężko tę pracę wykonuje, ale to jest poprawianie samopoczucia. W jednym worku mamy duże grupy pacjentów i w tym momencie blokujemy dostęp tym, którzy potrzebują tej rehabilitacji.

Przepraszam państwa, pójdźmy na pierwszy lepszy powiatowy oddział rehabilitacji stacjonarnej – tam wszyscy pacjenci są chodzący. Pytam, co oni robią w oddziale stacjonarnym? Dlaczego nie są w oddziale dziennym czy w świadczeniach ambulatoryjnych? Może nam nie trzeba tylu oddziałów stacjonarnych ogólnoustrojowych rehabilitacyjnych, a właśnie trzeba takich specjalistycznych oddziałów i wtedy dopiero wejdźmy z procesem właściwej wyceny świadczeń, bo jeżeli mamy płacić duże pieniądze – jestem za tym – to płacimy za taką rehabilitację, a nie za rehabilitację sanatoryjną.

Jest wiele innych rzeczy. Mówił pan słusznie o problemie lekarzy rehabilitacji, ale z kolei w rozwiązaniach NFZ wrzucamy te rehabilitacje w każdą czynność tego doktora. On musi być wszędzie, w każdym miejscu i po tysiąc razy zupełnie niepotrzebnie. Mamy lekarzy ortopedów, mamy innych lekarzy, którzy z fizjoterapeutami potrafiliby świetnie ustawić leczenie i proces leczenia tych pacjentów, i ten lekarz specjalista rehabilitacji powinien być właśnie w takich ośrodkach, wysokospecjalistycznych, nie w zwykłych oddziałach. To jest jedna rzecz.

Wprowadzono takie – muszę państwu powiedzieć – dla mnie kuriozalne rozwiązanie: lekarz POZ wypisuje zabiegi do rehabilitacji. Ja u siebie miałem dramat, bo po pierwsze lekarz POZ, z całym szacunkiem dla tych lekarzy, wiedzę ma bliską zeru. Po drugie ulegał presji pacjenta, który wypisywał... W ogóle masaż to był magiczny środek do funkcjonowania w procesie rehabilitacji i kończyło się na tym, że kolejka nie wynikała z tego, że było bardzo dużo pacjentów, tylko aby dać im ten masaż, zatrudniłem już chyba sześciu masażystów – nie byłem w stanie w nieskończoność do tego zatrudniać, miałem moce, miałem możliwość rehabilitować tego pacjenta wcześniej, ale żaden nie chciał zrezygnować z masażu. Oczywiście fizjoterapeuta może korygować, ale zaczynała się później znowu awantura. Jak fizjoterapeuta proponował korygowanie, no to: „Pan się zna lepiej od doktora? O czym pan w ogóle mówi?”.

Robi się tysiąc takich różnych problemów, więc uważam, że proste zwiększenie wycen nie jest rozwiązaniem służącym do naprawy tego systemu, tylko ten system wymaga gruntownej przebudowy z państwa udziałem, bo wy najlepiej wiecie i znacie – ja znam tylko wycineczek tej rehabilitacji, ale faktycznie z państwa udziałem skierujemy duże pieniądze tam, gdzie rehabilitacja jest najbardziej potrzebna, najbardziej efektywna.

Jeszcze jedną rzecz powiem – to rozwiązanie dla niepełnosprawnych. Proszę państwa, OK, tylko spora grupa osób niepełnosprawnych to nie są osoby z określoną niepełnosprawnością wymagającą rehabilitacji, tylko to są osoby starsze i one wchodziły znowu w kolejkę przed. Każdy szpital, który ma w większości świadczenia rehabilitacyjne limitowane tak jak mój – to co ja mówiłem swoim pracownikom? „Tutaj do limitu, a tu mi robcie niepełnosprawnych”. Przecież muszę prowadzić szpital racjonalnie, prawda? Tak więc oprócz tych wszystkich problemów, o których mówiłem, jest szereg idiotycznych – przepraszam, że to powiem – zapisów, zarządzeń, rozporządzeń, które po prostu zamiast ten system prostować, to komplikują, więc wydaje mi się, że tu już naprawdę nie ma co naprawiać. Tutaj naprawdę trzeba usiąść w gronie takich specjalistów jak

państwo, zbudować to na nowo, zracjonalizować. Spowodować, żeby ta rehabilitacja była bardzo dobrze wyceniona, bo ona jest droga, ale w tych miejscach, gdzie ona jest efektywna, a nie w tych miejscach, gdzie ona jest tylko turnusem sanatoryjnym dla kogoś, kto, moim zdaniem, w ogóle nie powinien trafiać na łóżko stacjonarne.

Ja się śmieję, też jestem z województwa lubelskiego...

Prezes ZG PTReh Rafał Sapała:

Wiem, bo nawet mieliśmy przyjemność z panem posłem się spotkać.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

No właśnie. Ja się śmieję, że bardzo często... Kiedyś się zetknąłem z czymś takim: kiedy potrzebowałem – jeszcze nie miałem rehabilitacji – przenieść jakiegoś pacjenta po urazie na oddział rehabilitacyjny w naszym województwie, pierwsze pytanie brzmiało, czy on chodzi, czy on ma zdolność do samoopieki. No jak ma, to po co ma tam iść? Ludzie! Tak więc system trzeba naprawdę stworzyć na nowo. Nie próbować go pudrować, naprawiać w drobnych miejscach.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo i cieszę się z tego stanowiska pana posła. Macie szansę, ale myślę, że wszyscy jesteśmy tutaj po to, żeby wspierać, i wszyscy mamy szansę. Jeżeli tylko będzie otwartość w Ministerstwie Zdrowia i NFZ, bo wiem, że po stronie państwa gości ona jest, to może warto w końcu usiąść i – tak jak pan mówił – zbudować ten system od nowa, bo my też mamy pełną świadomość, że on w wielu obszarach jest niewydolny. Tak że dziękuję.

Teraz poproszę pana posła.

Posel Patryk Wicher (PiS):

A ja przed panem dyrektorem jeszcze domknę. Panie pośle, zgadzam się w pełni, w 100%, jako dyrektor sanatorium z oddziałem szpitalnym. Oddziały szpitalne w sanatoriach służą temu, żeby lekarz znalazł pacjenta wysokopunktowego powikłanego, ale chodzącego, przy którym trzeba jak najmniej zrobić, a wpisać mu 200 punktów. Tak więc, generalnie rzecz ujmując, moi drodzy, tak to wygląda. Po prostu dyrektorzy placówek szukają takiego pacjenta, żeby został dobrze opisany, żeby uratować budżet jednostek, który jest niedofinansowany w innych zakresach. Taka jest prawda, takie jest polowanie w systemie i patologię, bo to jest w pewnym sensie patologia, do której zmusza nas system.

To nie tylko w tym miejscu – system jest dziurawy w wielu punktach. Dlatego, tak jak pan dyrektor powiedział... Dałem kiedyś słowo – powiem prywatnie – śp. prof. Piotrowi Majcherowi, który zaskoczył nas swoim dość szybkim odejściem... Natomiast pamiętam, że pan profesor jeździł na nasze konferencje – z panem dyrektorem jeździliśmy, bo zajmowałem się w tamtej kadencji reformą lecznictwa uzdrowiskowego. My to kontynuujemy, tylko w formie zarządzeń teraz, a nie dużej reformy. I obiecałem mu kiedyś, że jak tylko skończymy z lecznictwem uzdrowiskowym, z tej podstawy, to weźmiemy się za rehabilitację.

Rozmawiałem z panią prof. Małgorzatą Łukomską, panią konsultant, że chcielibyśmy z końcem tego roku, z początkiem przyszłego, bo prowadzę Parlamentarny Zespół ds. Lecznictwa Uzdrowiskowego, Mundurowej Służby Zdrowia, Rehabilitacji i Gmin Uzdrowiskowych... Tak więc chciałbym od nowego roku – jeśli pan dyrektor zechce, jeśli będzie wola ministerstwa, i zapraszam pana posła i kolegów do tego zespołu – żebyśmy razem to podjęli, ponieważ w lecznictwie uzdrowiskowym, to, co się dało, już prawie kończymy, i myślę, że od grudniowego posiedzenia moglibyśmy rozpocząć pracę nad reformą rehabilitacji.

Jeśli państwo tutaj zgromadzeni zechcecie nas, z panią konsultant też oczywiście, wesprzeć – tutaj kolega poseł i koledzy, którzy byliby zainteresowani – zapraszam do dopisania się do zespołu i moglibyśmy rozpocząć ten drugi... Bo my cały czas robiliśmy z panią konsultant ds. balneologii pewne wtyczki z lecznictwa uzdrowiskowego pod zmiany w rehabilitacji, ale nie mogliśmy tego zrobić punktowo, bo rozwalilibyśmy system, ponieważ tam trzeba zmienić i ambulatoryjną od razu, i wszystko. W związku z tym trzeba podejść i dopracować całą rehabilitację, żeby to później wpiąć do siebie.

Dlatego też, nie zagadując tematu, bo wiem, że państwo jesteście zmęczeni – ten głos praktyka był w pełni idealny. Mogę się podpisać pod prawie każdym aspektem, natomiast też w pełni się zgadzam, że mamy świetnych fizjoterapeutów, genialnych ludzi, którzy są wykształceni, teraz jeszcze mają możliwość szerszej specjalizacji. Mamy też coraz więcej specjalistów i to oni powinni się zajmować, a nie lekarze. Nie zaprzęgajmy lekarzy do stanów prostych, banalnych, gdy mamy świetnych rehabilitantów fizjoterapeutów, którzy są genialni w tym, co robią, i naprawdę w Polsce możemy się szczycić tą kadrą, która jest na bardzo wysokim poziomie.

Moi drodzy państwo, trzeba też zauważyć taką patologię, jak o tych śpiączkach pan powiedział – że 30 dni po wybudzeniu de facto system zamyka drogę i nie ma ścieżki dochodzenia, co dalej. Myślę, że w jeden miesiąc – 30 dni – po śpiączce, w zależności od długości, trudno kogoś dobrze spionizować, przywrócić do funkcjonowania. To musi chyba trochę dłużej trwać, tak mi się wydawało, a później jeszcze znaleźć mu ścieżkę do innych ośrodków, mniej referencyjnych, które go będą dalej doprowadzały do stanu w miarę – przepraszam, że tak powiem – użytkowego... Albo utrzymywanie go w tym stanie prawidłowym przez całe życie. Generalnie, żeby ta ścieżka istniała.

Wiedziałem, że temat jest ciężki. Wiedziałem, że to jest temat rzeka. Specjalnie go trochę z premedytacją wywołałem tutaj na podkomisji, ponieważ na dużej Komisji nie ma czasu, aby tak podyskutować szczerze i uczciwie, mówmy sobie wprost. Tu podyskutowaliśmy dzisiaj merytorycznie i za to państwu dziękuję – że ponad podziałami rozpoczynamy pewną klauzulę – dlatego też zapraszam do zespołu koleżanki i kolegów, bo chciałbym, żebyśmy ponadpolitycznie, z ministerstwem, z państwem ekspertami tu zgromadzonymi, rozpoczęli... Sugeruję, żebyśmy od grudnia zaczęli ten temat realizować. Jeśli państwo się zgodzicie, to zapraszam serdecznie do współpracy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy pan dyrektor? Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dziegielewski:

Bardzo chętnie. Po tak zgodnym oświadczeniu ponad podziałami już chyba nie muszę mówić, skąd mój pogląd, że są pacjenci rehabilitowani w niektórych miejscach niepotrzebnie, bo wydaje się, że to wybrzmiało ze zgodnego stanowiska zarówno ze strony partii zarządzającej, jak i partii opozycyjnej, które niedawno zamieniły się miejscami. Patryk jest dla mnie symbolem w ogóle człowieka ponad podziałami – w życiu nie widziałem, żeby on się z kimś kłócił.

Wszystko jest OK. Natomiast jeżeli nazywamy biurokracją ocenę postępów u pacjenta, to znaczy, żeby sprawdzić, jak pacjent jest przed rehabilitacją i jak pacjent jest po rehabilitacji, to wydaje mi się, że to jest istota tego, co powinniśmy wiedzieć, bo powinniśmy wiedzieć, czy to, za co płacimy, w ogóle działa. Cały problem polega na tym, że płacimy za rehabilitację niezależnie od tego, czy ona daje jakiegokolwiek efekty, czy nie daje, więc wydaje mi się, że to jest zmiana, która nie będzie wyłącznie prostą biurokracją. Wydaje mi się, że to będzie naprawdę istotny pożytek z tego wszystkiego. Wszyscy wiemy, że pacjentów bierze się po to, żeby na nich zarobić. To, co się dzieje w tej chwili z pacjentami niepełnosprawnymi i dodatkowo pewnego rodzaju spółdzielniami, które uczyniły z tego zawód – szkoda gadać. Wiedzmy po prostu, czy to działa, czy nie działa – będziemy w domu.

Co do wyceny, co do całej reszty, padło tutaj... Zawsze byłem uważany za marzyciela, bo mówiłem to, co pan poseł, tylko w odniesieniu do całego systemu opieki zdrowotnej, że powinniśmy go napisać od nowa. Wszyscy mówili, że to jest wariactwo. To jest wariactwo, nie da się tego zrobić. Podejrzewam, że rehabilitacji też od nowa nie napiszemy, ale tutaj już przymiarki i połączenie na linii uzdrowiska i ośrodki rehabilitacyjne, zastanowienie się, co jest podstawową fizjoterapią, przybliżenie jej do POZ, bo w dalszym ciągu jestem gorącym zwolennikiem zespołu POZ, w skład którego nie powinni wchodzić tylko lekarz, pielęgniarka, położna. Tam jest miejsce dla przedstawicieli wielu różnych zawodów medycznych. Tam jest miejsce, gdzie powinno się pracować nad pacjentem, nie ograniczając się do skierowań i limitów, tylko kierując się samymi potrzebami pacjenta. To jest ta rewolucja, od której powinniśmy zacząć. To, żeby zacząć na samym dole,

na podstawowym piętrze – tam, gdzie każdy powinien trafiać i gdzie każdy powinien mieć zaufanie. Znowu marzycielstwo – lekarz, który budzi zaufanie u pacjentów. Takie rzeczy w małych ośrodkach się zdarzają, w dużych o to trudniej, ale od tego musimy zacząć rewolucję, od dołu.

Niestety jest to proces kompleksowy, to znaczy nie możemy wybrać sobie kawałków, bo zburzymy cały układ. Musimy jednak popatrzeć na to całościowo i zastanowić się. Oddzielić tych wszystkich pacjentów przewlekłych z tymi schorzeniami, których... Nie odniosą korzyści. Nie waham się tego powiedzieć – jest to pewnego rodzaju usprawnienie. Zastępujemy w ten sposób opiekę wytchnieniową, zastępujemy w ten sposób wszystkie inne możliwe zakłady opieki długoterminowej, natomiast porządnie skonstruowana rehabilitacja jest za drogą, żeby zastępować tamte produkty. Potrzebujemy produktów szytych na miarę tam, gdzie rzeczywiście korzyść będzie szybka, czyli tak naprawdę musimy wyizolować grupę pacjentów ostrych, którzy potrzebują opieki tu i teraz, i wtedy warto za nią zapłacić. To jest to, co powiedział pan poseł. Czyli potrzebujemy wyciągnąć z tego wszystkiego te kawałki, w których rzeczywiście zupełnie inaczej będzie można do tego podejść, natomiast zastanowić się, jak w ogóle zapanować nad tym wszystkim.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że jeszcze pan chciał, tak? Krótki komentarz, bo będziemy zmierzać do końca.

Prezes ZG PTReh Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła, Polskie Towarzystwo Rehabilitacji. Chciałbym jeszcze tylko na jedną rzecz zwrócić uwagę w kontekście wypowiedzi pana dyrektora, bo często nasze działania są... Wiadomo, że nie osiągniemy sukcesu, ale możemy spowolnić proces pogłębiania się niepełnosprawności, i o tym też musimy pamiętać. Nie każdemu jesteśmy w stanie pomóc, ale rozumiemy, że to jest ten kontekst.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, bardzo serdecznie państwu dziękuję za tę merytoryczną rozmowę.

Właśnie myślę, że podkomisja jest miejscem, gdzie możemy rzeczywiście rozmawiać o problemach merytorycznie i też wskazywać ministerstwu... Bo wiem, że tam pracują najlepsi fachowcy, ale myślę, że ten głos ze strony i posłów, i państwa, którzy są tutaj na sali, ale również tych, którzy nas oglądają... Bo muszę państwu powiedzieć, że posiedzenia podkomisji cieszą się dużym zainteresowaniem. Oglądają nas też przedstawiciele różnych redakcji zajmujących się zdrowiem, jak również po prostu mieszkańcy Polski. Myślę, że właśnie taka rozmowa wnosi bardzo dużo, poprawia też świadomość niektórych osób, które korzystają z systemu bądź w ogóle interesują się systemem.

Tak jak powiedziałam, dziękuję państwu za tę debatę – państwu posłom, panom posłom za wnioskowanie o te bardzo ważne tematy. Spróbujemy jeszcze... Rozumiem, że pan dyrektor słuchał nas uważnie i kodował te wszystkie uwagi, ale mimo wszystko przygotujemy informację do Ministerstwa Zdrowia – prześlemy oficjalne stanowisko i to stanowisko też będzie do zapoznania się, jeśli państwo będziecie zainteresowani. Mam nadzieję, że to jest początek prac nad przebudową systemu – tak jak pan poseł powiedział – i będziemy wszyscy starali się wspierać to, żeby te prace mogły być sfinalizowane.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję za udział i do zobaczenia.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję pani przewodniczącej.