

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO

(NR 24)

z dnia 11 lutego 2026 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 24)

11 lutego 2026 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Wichy (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie informacji na temat roli profilaktyki, edukacji i prewencji chorób układu krążenia w ograniczaniu czynników ryzyka występowania tych chorób;
- rozpatrzenie informacji na temat możliwości wsparcia i wypracowania standardów ciągłości w leczeniu i opiece nad pacjentami z wrodzoną wadą serca oraz innymi chorobami układu krążenia, po ukończeniu 18. roku życia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Agnieszka Molenda-Wiśniewska** dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. **Piotr Dobrowolski** pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, **Iwona Konfederak** i **Irena Łaba** zastępcy dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. n. med. **Janina Stępińska** przewodnicząca Krajowej Rady do spraw Kardiologii, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. n. med. **Marek Gierlotka** prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Parafianowicz** prezes zarządu i członek Rady Fundacji Serce Dziecka wraz ze współpracownikami, **Ewa Molka** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, prof. dr hab. n. med. **Bożena Werner** konsultant krajowa w dziedzinie kardiologii dziecięcej, dr hab. n. med. **Tomasz Mroczek** prof. UJ, kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii, dr hab. n. med. **Grażyna Brzezińska-Rajszyś** prof. IPCZD, kierownik Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich – ekspert ds. legislacyjnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Joanna Wicha (Lewica)**:

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego.

Witam członków, członkinie, zaproszonych gości, stronę społeczną, ministerstwo.

Proszę państwa, w porządku...

Stwierdzam kworum. Tak, stwierdzam kworum. Po to się ma wiceprzewodniczącą, żeby pilnowała porządku. I o to chodzi.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje w pierwszym punkcie rozpatrzenie informacji na temat roli profilaktyki, edukacji i prewencji chorób układu krążenia w ograniczaniu czynników ryzyka występowania tych chorób – przedstawia Ministerstwo Zdrowia. Drugi punkt: rozpatrzenie informacji na temat możliwości wsparcia i wypracowania standardów ciągłości w leczeniu i opiece nad pacjentami z wrodzoną wadą serca (WWS) oraz innymi chorobami układu krążenia po ukończeniu 18. roku życia – także Ministerstwo Zdrowia.

Proponuję, aby punkty pierwszy i drugi po kolei zostały najpierw zreferowane, a następnie przeprowadzimy łączną dyskusję. Mamy aż cztery prezentacje, to się dosyć rzadko zdarza. Na dodatek jest nieoczekiwane zdarzenie w postaci zwołanego pilnie posiedzenia komisji, na której niestety musimy być – bo to będzie ważny punkt, będziemy procedować SAFE. Niestety obie jesteśmy w tej komisji i musimy tam być, i musimy się spinać.

Póltorej, dwie?

Posel Wioleta Tomczak (Polska2050):

Dwie godziny.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Dwie. Bo do 19.30. A teraz jest 17.30. Dobrze liczę?

To zapraszam. Bardzo proszę – Ministerstwo Zdrowia.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Dzień dobry państwu. Agnieszka Molenda-Wiśniewska, Ministerstwo Zdrowia, Departament Opieki Koordynowanej.

Szanowni państwo, zreferuję w takim razie w krótkich, żołnierskich słowach oba tematy. Zaczę od tematu prewencji i edukacji. Pozwolę państwu, że tak jak zaczęliśmy tutaj rozdaniem materiałów, które w tym zakresie mamy, troszeczkę słów wprowadzenia – bo, jak państwo wiecie, choroby układu krążenia to najczęstsza przyczyna zgonów w Polsce. W związku z tymi danymi, które posiadamy, odnoszącymi się do populacji polskiej, został powołany „Narodowy program chorób układu krążenia”. On jest realizowany w latach od 2022 do 2032.

Główny nacisk oczywiście jest na cały cykl związany z pacjentem w systemie, ale zaczynamy od edukacji i profilaktyki. Żeby zacząć działania w tym zakresie, były przeprowadzone szerokie badania po pierwsze młodych osób, jeśli chodzi o ich wiedzę. Jeśli chodzi o badanie wśród kadry medycznej, diagnoza potrzeb dotyczących POZ i medycyny pracy. Również badanie takie cykliczne, które jest przeprowadzane – Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – to jest kluczowe dla nas tak naprawdę badanie. Ono jest przeprowadzone w całej Polsce, objęte jest 107 gmin, ponad 9 tysięcy osób było w trzeciej edycji tego badania. Jest nam to niezbędne w planowaniu wszystkich działań związanych z edukacją i z prewencją chorób układu krążenia.

Wyniki tych badań wykorzystujemy właśnie w przygotowywaniu takich narzędzi, z którymi też do państwa dzisiaj przyszlśmy, czyli chociażby właśnie tej „10 dla Serca”, gdzie w sposób taki czytelny i prosty promujemy profilaktykę, ale też wskazujemy główne czynniki ryzyka. Zachęcamy wszystkich państwa do wypełnienia właśnie tej ankiety. To jest bardzo proste, ale skuteczne narzędzie, żeby pokazać główne czynniki właśnie ryzyka, ale też ich modyfikowalność. Modyfikowalność taką, którą każdy z nas tak naprawdę może wprowadzić w swoim życiu, a która przekłada się realnie na zmniejszenie zachorowalności, ale zwiększenie też odporności na wszystkie czynniki, które są związane z pojawieniem się chorób układu krążenia.

Oczywiście te działania edukacyjne prowadzimy szeroko w zależności od grupy wiekowej, z którą mamy do czynienia, projektując zarówno to badanie WOBASZ, Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności, dla dzieci i dla dorosłych, projektując właśnie takie proste narzędzie, ale skuteczne – aplikacyjne. Planujemy też otwarcie portalu kardiologia.gov.pl, gdzie każdy z nas będzie mógł znaleźć rzetelną wiedzę o chorobach układu krążenia, ale też o czynnikach ryzyka. Staramy się też docierać przez takie kanały jak telewizja, biorąc udział zarówno w audycjach kierowanych do osób starszych, ale też we wszystkich telewizjach śniadaniowych, a także poprzez pojawianie się wątków związanych z edukacją i prewencją chorób układu krążenia w serialach. Staramy się wybierać wszystkie narzędzia, które pozwalają nam skutecznie dotrzeć do pacjentów i też dopasowywać ten przekaz oczywiście do danej grupy wiekowej. Nie będę państwu mówić o tych zasięgach, bo też szkoda mi w tym momencie na to czasu. Jeśli chodzi o 2026 r., to generalnie to jest kolejny rok, gdzie będziemy kontynuować te działania, wybierając różne kanały.

Z takich nowych działań, które zostały podjęte w tym roku, to już mogę powiedzieć, że to jest współpraca chociażby z PKP Intercity, gdzie promujemy właśnie edukację i prewencję w ramach projektu „Pociąg do zdrowia”. Tam również pojawia się właśnie informacja o „10 dla Serca”, o której pan profesor Dobrowolski, który jest pełnomocnikiem właśnie „Narodowego programu chorób układu krążenia”, powie państwu więcej – bo wydaje się nam na podstawie naszych badań i zasięgów, że faktycznie jest to narzędzie bardzo skuteczne, które też będziemy rozwijać i modyfikować. Także właśnie ten portal, o którym wspomniałam, i cały czas cykliczne badania populacyjne WOBASZ, które pokazują nam trendy, jeśli chodzi o zachowanie pacjentów, o zachorowalność, o te czynniki – dzięki czemu mamy tak naprawdę wiedzę, w którym kierunku pójść, jeśli chodzi o edukację i profilaktykę.

Z mojej strony dziękuję. Jeśli chodzi o ten blok, to już temacie „10 dla Serca” oddałabym głos panu profesorowi.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję. A mogę o jedną rzecz tylko dopytać? A autobusy i metro?

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Jeszcze do tego nie doszliśmy. Ale dopiero zaczęliśmy 2026 r.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To polecam, bo mnóstwo ludzi jeździ – tak że to by było fajne, jakby też tam leciały na ekranach te różne rzeczy. Tak samo wiatki autobusowe czy tramwajowe – też fajna powierzchnia i ludzie spędzają dużo czasu. Gdyby takie rzeczy były... Ja nie jestem pewna, ale wczoraj, wracając z pracy, szłam na piechotę właśnie ze trzy przystanki i wydaje mi się – może mi się przyśniło, nie wiem – że było coś takiego, że nawet 10 minut to dla twojego zdrowia jest coś bardzo ważnego. 10 minut spaceru po pracy. Nie wiem, czy to była jakaś akcja taka właśnie od was, z ministerstwa, czy ktoś inny to wymyślił. Ale naprawdę do mnie to trafiło. To znaczy, ja już byłam akurat w trakcie, ale nagrałam nawet rolkę, żeby ludzie sobie te 10 minut przeszli – powiedzmy te dwa przystanki. To jest super, nie? Dzięki.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę się przedstawić.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw NPChUK prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Piotr Dobrowolski, pracownik Narodowego Instytutu Kardiologii, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, jak również przewodniczący Komisji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego do spraw Parlamentu i Administracji Państwowej.

Jakbym mógł prosić tylko moją prezentację – bo ja mam prezentację...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Myślałam, że panią konsultant krajową pierwszą puszcze, ale skoro pan ma, panie profesorze...

Panie Jakubie, to musimy zmienić kolejność. Halo, sekretariacie kochany, zmieniamy kolejność.

Pan profesor Dobrowolski.

Konsultant krajowa w dziedzinie kardiologii dziecięcej prof. dr hab. n. med. Bożena Werner:

Pan profesor sobie poradzi z moją prezentacją.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw NPChUK prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Ja oczywiście mogę spróbować, pani profesor, ale później będzie moja prezentacja.

W takim razie, drodzy państwo, ja zacznę, zanim będzie moja prezentacja. Myślę, że warto od tego zacząć, że choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu krążenia stanowią nadal główną przyczynę zgonów w Polsce. Z danych z 2023 r. my doskonale wiemy, że za 38% zgonów odpowiadają właśnie choroby układu krążenia, a za 24% choroby onkologiczne.

Musimy sobie zdać sprawę, czego nasi obywatele, nasi pacjenci boją się bardziej – czy chorób onkologicznych, czy chorób układu krążenia i czy mają identyczną świadomość o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia i chorób onkologicznych, żeby odpowiednio do tego podchodzić. My doskonale również zdajemy sobie sprawę, że szereg czynników ryzyka chorób układu krążenia, takich podstawowych, jest również czynnikami chorób nowotworowych, jak również chorób neurologicznych. Oczywiście musimy pamiętać, że neurologia, udary mózgu to również są choroby układu krążenia i powodowane przez choroby układu krążenia, a czynniki mamy różne i powinniśmy w jednym kierunku występować i jedną profilaktykę prowadzić u naszych pacjentów.

Dlaczego jest to ważne, drodzy państwo? Bo chcę zwrócić uwagę, że my mamy dane pokazujące, jaka jest nierówność długości życia. Tu akurat mamy mężczyzn. Zobaczmy, drodzy państwo – od tych najdłużej żyjących do najkrócej żyjących miejsc w Polsce to jest prawie dziewięć lat różnicy. To jest bardzo dużo i my powinniśmy na to zdecydowanie wpłynąć u mężczyzn i u kobiet. Z kobietami jest lepiej – trochę lepiej – ale nadal to jest prawie siedem lat różnicy pomiędzy tymi

ośrodkami życia. Na to trzeba wpłynąć być może – a nawet jesteśmy przekonani, że wpłynąć można – na początku przez eliminację podstawowych czynników ryzyka.

Pani dyrektor wskazała badanie WOBASZ, to wieloośrodkowe, ogólnopolskie, już były dwie edycje, teraz mamy trzecią. Zobaczcie państwo, z tej edycji 2013–2014, jak było prowadzone, dla 23% było tylko kontrolowane nadciśnienie tętnicze, podwyższony cholesterol miało 70% mężczyzn, 64% kobiet, paliło 33% mężczyzn, 24% kobiet, nadwaga – otyłość w zasadzie – u 24% mężczyzn i 23% kobiet. To były dane za lata 2013–2014. My już doskonale wiemy, że w latach 2025–2026, choćby w częstotliwości występowania otyłości, przekroczymy ponad 50% z nadwagą i otyłością – bo trochę podglądaliśmy dane z profesorem Prejbiszem z prowadzonego badania. A więc na pewno te modyfikowalne czynniki ryzyka będą bardzo częste.

Dlaczego ta koncepcja „10 dla Serca”? Dlatego, że musi to być proste, musi to być ogólnodostępne, żeby zaczęli nasi obywatele – bo my to robimy dla obywateli, nie dla pacjentów, bo jak dla pacjentów to już trochę za późno... Dziesięć obszarów chorób układu krążenia. Wzorowane jest to trochę na karcie... Wszyscy znają ósemkę dla zdrowia Stanów Zjednoczonych. My nie możemy być gorsi, więc mamy lepiej, mamy więc 10 obszarów. A zaraz te 10 obszarów pokażę. Podkreślenie konieczności skupienia się nie na jednym czynniku ryzyka, tylko na wszystkich – bo jeśli tylko jeden będziemy eliminować, to nadal ryzyko zdecydowanie będzie wyższe – i możliwość oddziaływania na choroby układu krążenia.

Droży państwo, jak tu siedzimy, 7 na 10 czynników, które za chwilę pokażę, każdy z nas może zacząć tu i teraz. Nie potrzeba żadnych nakładów finansowych, jedynie czasu, być może te 10 minut spaceru się zdecydowanie wpisze. Twoje zdrowie w twoich rękach. I obszary ryzyka ważne dla Polski, dla całej populacji.

Jakie to są? Zobaczmy, droży państwo. Optymalny poziom glukozy...

Jeszcze warto podkreślić, że to narzędzie, „10 dla Serca”, jest takim pozytywnym przekazem. My nie straszmy, w żadnym miejscu nie mamy tu nakazu strachu, tylko mamy tak naprawdę pozytywny przekaz. Optymalne stężenie glukozy, optymalne stężenie cholesterolu, prawidłowa masa ciała, niepalenie tytoniu, niepicie alkoholu, zdrowy sen, optymalne ciśnienie tętnicze, niski poziom stresu, aktywność fizyczna, zbilansowana dieta i prawidłowe nawyki żywieniowe. Dziesięć kluczowych aspektów.

Zobaczmy, tak jak powiedziałem, 7 z 10 nie wymaga żadnej interwencji, a te 3 pozostałe są również modyfikowalnymi czynnikami – bo mamy odpowiednie leki, bardzo dobre leki, obniżające ciśnienie, obniżające cholesterol czy wpływające na masę ciała, ale zanim dopuścimy do stosowania leków, powinniśmy sami walczyć. Zatem ankieta dla serca, droży państwo, na chwilę obecna tylko w moim IKP, w zakładce profilaktyka do wypełnienia. Co pacjent, co obywatel, respondent otrzymuje? Otrzymuje, o ile ma wyższe ryzyko zdarzeń zgonu w porównaniu do osoby, która ma optymalne 10 obszarów... Nie dalej jak dwie godziny temu byliśmy z panią dyrektorem w Centrum e-Zdrowia (CeZ). Ta aplikacja już się zmieni, będzie zdecydowanie przyjaźniejsza dla osób wypełniających i również będzie pokazywała na przykład wiek serca czy też to, jak wpłynie na przykład zaprzestanie palenia na czynniki ryzyka. Zatem mamy nadzieję, że nam się to uda.

Alkohol też... Każdy z tych czynników – będzie można sobie sprawdzić, jak wpływa to na całkowite ryzyko. Zatem hasło nasze, droży państwo, „10 dla Serca”, dziesiątka dla zdrowia, bo tak naprawdę to jest dla całego zdrowia. Oceń, wyznacz, zmień. Każdy z państwa, mam nadzieję, że także pani przewodnicząca i wszyscy z Komisji już wypełnili tę „10 dla Serca”. Jak nie, to zachęcam bardzo serdecznie. My mamy dane. 162 tys. osób już wypełniło. Mamy nadzieję od tego roku aktywnie promować to narzędzie, które będzie nam pokazywało... Mamy nadzieję, że często będzie wykorzystywane. Zobaczmy... My dobrze wiemy, do kogo trafić. Ale trafiamy do tych pacjentów, do tych osób, które potrzebują najbardziej profilaktyki, czyli do młodych 20–29, 30–39, a najczęściej wypełniającą grupą była grupa 40–49 lat. To jeszcze są właśnie te osoby i te grupy, które wymagają i skorzystają z prewencji. Jeśli wyeliminują te wszystkie czynniki ryzyka, będą żyli długo, ale będą żyli również szczęśliwie. O to nam chodzi w „10 dla Serca”.

Wspomniała pani dyrektor, od 9 lutego „Kolej na miłość. Kolej na serce” w PKP Intercity. Będziemy to rozwijać, mamy nadzieję. Nawet być może się uda w samolotach, żeby był kod QR i „10 dla Serca” – żebyśmy byli wszyscy zdrowi i szczęśliwi. Zatem wypełniamy „10 dla Serca”, patrzymy na te czynniki ryzyka. Bo chcemy podkreślić przez to, że tak naprawdę te czynniki ryzyka są w zasięgu każdego z nas, bardzo szeroko występujące. Dlatego też Polska nadal jest krajem zakwalifikowanym jako kraj *a priori* wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, co, jak

myślę, z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym chcemy również zmienić – żeby po kolejnej reocenie może chociaż była krajem umiarkowanego ryzyka sercowo-naczyniowego. Może troszkę przyczynić się do tego „10 dla Serca”. Mamy taką nadzieję. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję. Może ja nieuważnie słuchałam, ale to jest też dla osób nieletnich?

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw NPChUK prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Nie. Powyżej 18. roku życia.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Jednak... A czemu tak?

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw NPChUK prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Dlatego, że badanie to jest oparte na danych z badania WOBASZ, czyli algorytm zastosowany do wyliczenia tego ryzyka sercowo-naczyniowego pochodzi od pacjentów w wieku podeszłym, czyli 18+. Ale dokładnie...

Dziękuję, pani dyrektor. Za chwilę ruszamy w „Narodowym programie chorób układu krążenia” z badaniem WOBASZ dla dzieci. Jeśli będziemy mieli wszystkie czynniki, dane na temat częstości występowania czynników ryzyka, nic nie stoi na przeszkodzie, żebyśmy wykonali taką aplikację również do wykorzystania dla dzieci.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To super, bo chciałam właśnie zachęcić. Jednak te dzieciaki, to jest ta przyszłość. I im szybciej te różne nawyki zdrowotne wejdą im w krew, tym lepiej. I do serca...

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw NPChUK prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Dokładnie tak, zgadzamy się z tym.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Dobrze, bardzo dziękuję za wspianą prezentację, krótką, treściwą. Bardzo fajnie, że jest właśnie ta grafika. Bardzo mi się to podoba, bo to trafia. Jednak już jesteśmy nauczeni tego, że obraz najlepiej trafia do nas – bardziej niż dużo mądrych słów. Niestety już pokolenia tiktokowe rosną. My się też tego nie jesteśmy w stanie ustrzec, więc to tak trafia...

I teraz, czy jeszcze ktoś? Właśnie, chciałam...

Przewodnicząca Krajowej Rady do spraw Kardiologii, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska:

Dzień dobry. Janina Stępińska, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii.

Chciałam państwu pokazać, jak pięknie pan profesor udekorował Sejm.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Też to chciałam powiedzieć. Pięknie, naprawdę.

Przewodnicząca Krajowej Rady do spraw Kardiologii, dyrektor NIKard prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska:

Dziękuję bardzo.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw NPChUK prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Flagi możemy dostarczyć, jakby co.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To może jest jakiś pomysł. Muszę pogadać z marszałkiem. Słuchajcie, ale serio, możemy zrobić taką akcję. Ja nie mam nic przeciwko temu, czemu nie?

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka:

Tak, właśnie, bo w tym temacie na pewno...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę poczekać chwileczkę. Czy już wszyscy państwo z ministerstwa, którzy chcieli zabrać głos, wypowiedzieli się?

To teraz zapraszam do swojej prezentacji panią profesor, która była druga w kolejności, jeśli chodzi o prezentację – tylko musimy zamienić teraz dla odmiany.

Konsultant krajowa w dziedzinie kardiologii dziecięcej prof. dr hab. n. med. Bożena Werner:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, pani dyrektor, szanowni państwo, ja się nazywam Bożena Werner i ja od września ubiegłego roku pełnię funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej. Natomiast mój staż w kardiologii dziecięcej jest bardzo długi, a przez 23 lata kierowałam Kliniką Kardiologii Dziecięcej w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Ja prezentację nazwałam „Wyzwania w kardiologii dziecięcej”, może trafniej byłoby „Priorytety...”, ale właśnie to się dokładnie wpisuje w te nasze dwa dzisiejsze tematy, które ja tutaj ujęłam łącznie. Jeśli państwo pozwolą, to łącznie je przedstawię w takim telegraficznym, wypunktowanym formacie.

Bo co się dzieje, jeśli chodzi właśnie o kardiologię dziecięcą, o naszą populację od urodzenia do dojrzałości? Mamy mniej urodzeń, mamy mniej pacjentów, mamy mniej noworodków wyjściowo, ale z drugiej strony umieralność noworodków się znacznie zmniejszyła i przeżywalność tych noworodków, które są z wrodzonymi wadami serca – a to są najczęstsze wady serca u dzieci – w tej chwili jest bardzo wysoka. Również możliwość leczenia zabiegowego kardiochirurgicznego, interwencyjnego, leczenia zaawansowanej niewydolności buduje nam zupełnie nową populację. Populację, która niejednokrotnie dawniej nie miała żadnych szans na życie, a w tej chwili walczymy tylko już o jej dobrą jakość życia i o zapewnienie jej ciągłości opieki.

Sprowadza się to po pierwsze do dokładnego planowania kolejnych zabiegów, które mogą być konieczne, żeby poradzić sobie ze zmianami resztkowymi lub powikłaniami tego, co już było wcześniej zrobione w leczeniu niewydolności serca, gdzie są zaostrzenia, a czasem dochodzimy do zaawansowanej niewydolności serca, gdzie już tylko przeszczepienie serca jest możliwe. Mamy teraz bardzo dużą i stale wzrastającą liczbę pacjentów z zaburzeniami rytmu serca, gdyż nasze zabiegi niejednokrotnie też powodują, że tych źródeł arytmii jest więcej i ten problem – jak również problem naszego skutecznego leczenia w postaci elektroterapii – powoduje, że mamy pacjentów, którzy następnie mają problem z funkcją serca. To populacja, w przypadku której z jednej strony my jesteśmy nastawieni na leczenie i na nasze wyzwania lekarskie, ale to jest też populacja, która wymaga wielospecjalistycznego działania, skoordynowania tego działania, uwzględnienia rehabilitacji, uwzględnienia psychologii, uwzględnienia przygotowania tych pacjentów do życia w rodzinie. Bo my leczymy te dzieci nie po to, żeby one były inwalidami, tylko właśnie, żeby one aktywnie żyły i wszystko mogły robić.

Tu są właśnie te dwa szczególne cele, które dzisiaj są naszym tematem. Z jednej strony prewencja chorób układu sercowo-naczyniowego – to jest temat, który dotyczy zarówno tej populacji wyjściowo zdrowej, jak również szczególnie trudnej populacji, która jest już z chorobą przewlekłą. Dla tej drugiej populacji takim kluczowym działaniem jest przejście z okresu dzieciństwa w dorosłość. Jeśli chodzi o działania prewencyjne, to one są najskuteczniejsze w wieku rozwojowym. Tutaj właśnie już pani przewodnicząca słusznie zwróciła uwagę, że myślimy o młodych dorosłych, 22 lata, ale tak naprawdę blaszki miażdżycowe się tworzą do 10. roku życia i wszystkie działania prewencyjne w tym wieku prowadzą do tego, że one są jeszcze odwracalne, że te dzieci, ta młodzież potem może wejść w dorosłość bez żadnych początków miażdżycy.

Dlatego tak ważna jest edukacja – prewencja to jest przede wszystkim prewencja w wieku rozwojowym, co tak trudne czasem jest do uchwycenia. Bo my efekty tej prewencji zobaczymy najwcześniej za 50 lat, czyli wielu z nas już wtedy nie będzie mogło zobaczyć efektów swojego działania. Ale to właśnie musimy zarówno społeczeństwu, rodzicom, dzieciom, jak i lekarzom pokazać – że ten najważniejszy punkt działania to są dzieci i że te działania właśnie, jeżeli wdrożymy je wcześniej, potem skutkują, że te działania możemy wdrożyć dla całej rodziny. Wtedy ten model będzie na całe życie i podjęte są działania...

Przed wszystkim to, co już pokazał pan profesor Dobrowolski, to są przede wszystkim oddziaływania na modyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, podkreślanie i edukowanie o zdrowym stylu życia. Nasze dzieci w tej chwili według zaleceń powinny codziennie mieć 60 do 90 minut wysiłku. Olbrzymi problem otyłości, o którym też już była mowa. Wśród dzieci otyłość najszybciej wzrasta w Polsce. Takie są w tej chwili statystyki. Mamy ten problem, że staliśmy się społeczeństwem dobrobytu i że ten nacisk dobrobytu został w za dużym stopniu

przełożony właśnie na efekt żywienia. Dlatego właśnie ten styl życia, dieta, niepalenie papierosów, regularna aktywność fizyczna, kontrola masy ciała i to, co się już właśnie zadziało w ubiegłym roku, czyli wykrywanie zaburzeń lipidowych... Znowu, jeżeli mamy rodzinną hipercholesterolemię, to bez wykrycia jej odpowiednio wcześniej, bez zastosowania odpowiedniego leczenia, rokowanie jest bardzo niekorzystne.

Stąd ja już w 2013 r. zorganizowałam pierwszą akcję pod hasłem „Sprawdź cholesterol u dziecka”. Druga akcja była w 2014 r. – wtedy też spotykaliśmy się w komisjach w Sejmie. Potem tę pałeczkę przejęli skutecznie też diabetolodzy i właśnie w ubiegłym roku od maja mamy w bilansie sześciolatka kontrolę lipidogramu. Pojawiły się materiały, co z tym dalej zrobić. Pojawiły się również adresy placówek, które mają się tymi pacjentami zająć. Ale proszę zwrócić uwagę, pani profesor Myśliwiec je opublikowała w ostatniej „Medycynie praktycznej” – tam są tylko jednostki diabetologiczne. Tutaj rozmawialiśmy już nawet z panem profesorem Dobrowolskim, że to zagadnienie powinno być skoordynowane pomiędzy właśnie diabetologią, w której problem zaburzeń lipidowych jest też oczywisty, a kardiologią, biorąc pod uwagę ten aspekt kardiologiczny. My jako chyba jedyna jednostka w kraju zgłosiliśmy się do programu lekowego zaburzeń lipidowych, ale właśnie na tej liście nas nie ma – tak że tutaj też będę musiała nad tym popracować.

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na jeden fakt – że do monitorowania tej całej profilaktyki w tej chwili nieocenione usługi może przynieść telemedycyna. Tak że to jest też taki aspekt, nad którym warto się pochylić.

Mamy wreszcie tę naszą populację pacjenta z chorobą przewlekłą, dla którego prewencja jest szczególnie ważna. Tutaj mamy na przykład do przełamania bariery w kwalifikacji do wysiłku fizycznego. Bo istnieje taka tendencja – dziecko chore, nadopiekuńczość rodziców, nadopiekuńczość lekarzy, ci, którzy prowadzą zajęcia ruchowe, też wolą tak troszkę nie szaleć. A my w tej chwili właśnie robimy wszystko, żeby dopuścić do ruchu, żeby ten ruch czasem dobrać odpowiednio do choroby, ale żeby absolutnie nie powodować tego, że poprzez właśnie bezruch, poprzez nieodpowiednie działanie w dzieciństwie doprowadzimy do dodatkowej choroby, jaką jest miażdżyca, jaką potem będzie choroba niedokrwienna, w grupie, która i tak już ma chorobę. Tak że tutaj zwłaszcza edukacja, prewencja różnego rodzaju powikłań, leczenie zaburzeń lipidowych – bo istnieje bardzo duży opór wśród pediatrów, żeby podawać dzieciom statyny. Tutaj jest takie troszkę podejście, że to jest na potem. A tego wszystkiego, czego nie zrobimy u dzieci, potem się odrobić nie da – taka jest prawda. Dlatego musimy starannie ten cały okres dzieciństwa śledzić i starannie wszystkie możliwe działania wdrażać.

Powinniśmy też edukować o chorobie, ale także edukować o tym, co ma podłoże genetyczne – dlatego że często nasi pacjenci nie wiedzą, jakie jest ryzyko powtórzenia się choroby. Czasem to nawet implikują za bardzo i myślą, że oni są ograniczeni w rodzinie, że oni mają ograniczenia, żeby mieć potomstwo. A trzeba o tym wszystkim informować, nie straszyć, i przygotować człowieka, żeby umiał sobie z każdym tym aspektem poradzić. Tutaj właśnie wyłania się ten problem, że w wieku 18 lat przekazujemy dziecko, które trzymaliśmy jednak trochę pod kloszem – bo my kardiolodzy dziecięcy przez te 18 lat to już znamy te dzieci, wiemy, co w domu, po prostu żyjemy ich problemami i wypuszczamy spod naszych skrzydeł. Oni przychodzili zawsze z mamą, z tatą, a teraz muszą decydować sami, więc jest to dla nich stres i trudność.

Co więcej, przechodzą do szpitala dla dorosłych, gdzie dużo więcej jest takich zdarzeń, których nigdy nie widzieli. Bo u nas w tej chwili przeżywają prawie wszystkie dzieci z chorobami serca – więc to jest troszkę inaczej niż w szpitalu dla dorosłych. Stąd dla nich często to się wiąże z różnego rodzaju buntem, przestają chodzić na kontrole, przestają przyjmować leki, często opuszczają te kontrole, a jak z kolei uważają, że chcieliby porozmawiać, a spotykają obcego człowieka, to wszystko jest trudne. Trudne jest to też z punktu widzenia lekarzy, bo oni muszą starannie zaplanować leczenie i muszą dokładnie wiedzieć, co zostało zrobione. A więc tutaj ta rola tego kardiologa dziecięcego, rola kardiochirurga dziecięcego powinna zostać uwzględniona w opiece młodych dorosłych – tego po prostu nie mamy. To leczenie młodego dorosłego powinno się odbywać w kooperacji z kardiologiem dziecięcym, w kooperacji z kardiochirurgiem dziecięcym – bo tylko takie wspólne działanie, a również dołączenie do tego tej wielospecjalistycznej opieki...

Tu jest jeszcze wiele innych aspektów, bo na przykład my nie mamy skoordynowanego modelu działania dla pacjentów po leczeniu onkologicznym u dzieci. To znakomicie działa u dorosłych, a dzieci na ogół wychodzą z ośrodków hematologicznych i idą tylko do hematologa. A one mają za sobą bardzo często przeszłość leczenia kardiotoksycznego. Tak że tu jest kolejny taki bardzo ważny punkt. Dlatego wszyscy jako kardiolodzy dziecięcy – myślę, że wszyscy, którzy są w tej

grupie, plus kardiochirurdzy, pan profesor Mroczek – będą na pewno optować za tym, żeby ten okres transferowy trwał dłużej, żeby ten okres transferowy był w kooperacji między tym, co się dzieje u dzieci, a tym, co będzie działało się do końca życia. Bo ten pacjent ma chorobę po prostu na całe życie.

Moim mottem zawsze jest to, że wyzwaniem jest pacjent, jego choroba, potrzeby, jakość życia. Natomiast my jako lekarze, my jako system musimy po prostu sprostać tym wyzwaniom i tak to zorganizować, żeby ten pacjent odniósł korzyść. Pacjent z chorobą przewlekłą powinien żyć dokładnie tak samo jak pacjent bez tej choroby. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję, pani profesor. Muszę tutaj posypać głowę popiołem, bo pomieszałam porządki – ponieważ teraz prezentacja dotyczyła w zasadzie drugiego punktu. Ale ja myślę, że to nam nie przeszkadza, bo to są tematy, które się tutaj zająbiają.

A więc w związku z tym może zrobimy tak – czy jeszcze pani dyrektor ma coś, co dotyczyło drugiego punktu? Myślę, że tak. Pani przedstawi i wtedy już będziemy kontynuować po prostu... W zależności, bo jeszcze mamy dwie prezentacje. Bardzo proszę. Dziękuję.

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Dziękuję bardzo.

Bardzo dużo tematów, o których powiedziała już pani profesor, więc nie będę się powtarzać. Natomiast myślę, że istotne rzeczy, o których trzeba powiedzieć – to o czym też mówił pan profesor Dobrowolski – zdając sobie sprawę, jakie mamy obciążenie populacji właśnie chorobami układu krążenia... Zostały wdrożone w tej chwili dla dorosłych rozwiązania, które po pierwsze porządkują tę opiekę kardiologiczną, bo mamy Krajową Sieć Kardiologiczną. W ramach sieci mamy trójstopniowe ośrodki w zależności od specyfiki i referencyjności danego ośrodka – od diagnostyki podstawowej, przez tę koordynację i ciągłość, aż do trzeciego poziomu zabezpieczenia tych najbardziej skomplikowanych procedur kardiochirurgicznych. Cała sieć i ustawa weszły w życie w zeszłym roku.

Mamy w tej chwili – już można by tak z grubsza powiedzieć – około 1300 ośrodków, które są w tej sieci ustrukturyzowanej. To jest sieć kardiologiczna oczywiście dedykowana osobom dorosłym, natomiast mamy już pierwsze doświadczenia, które pozwalają nam ocenić, że ten spójny model opieki kardiologicznej – jednakowy, niezależnie od tego, do którego ośrodka pacjent trafi, oparty właśnie o uniwersalną ścieżkę, która też została wypracowana dla pacjenta, od momentu diagnozy, przez proces leczniczy, do rehabilitacji – pozwala nam tak naprawdę zaopiekować pacjenta wszędzie, niezależnie od miejsca zamieszkania, ale też wprowadzić pewne aspekty dotyczące jakości tego leczenia. Żeby niezależnie od ośrodka pacjent był tak samo na wysokim poziomie zaopiekowany i jakościowo leczony. Właśnie sieć, ta uniwersalna ścieżka, o której powiedziałam, to są takie narzędzia, których efekty widzimy już w tej chwili w ramach tej opieki nad dorosłym pacjentem kardiologicznym. Wprowadzamy też kolejne narzędzia – elektroniczną kartę opieki kardiologicznej, gdzie pozwoli nam to na taką dostępność. Niezależnie od tego, czy pacjent kardiologiczny zmieni ośrodek, w którym się leczy, czy zmieni lekarza, będzie miał jedną historię w jednym miejscu.

Odnosząc się też do sieci kardiologicznej i do tych ośrodków dedykowanych dla dorosłych, trzeba powiedzieć, że w ramach sieci zostały też powołane centra doskonałości kardiologicznej. Te centra są również dedykowane wadom wrodzonym u osób dorosłych. Te wszystkie rozwiązania, które nam zafunkcjonowały i które się sprawdzają, można powiedzieć, mimo że jeszcze nie minął rok od ich wdrożenia... Też tutaj jesteśmy w kontakcie, jeśli chodzi o towarzystwo kardiologiczne, krajową radę. Łączenie tych wszystkich rozwiązań i analizowanie, które z nich można wdrożyć, jeśli chodzi o opiekę nad dziećmi i ten okres przejściowy... Tutaj jesteśmy jeszcze na takim trochę początkowym etapie analizowania koncepcji właśnie we współpracy z panią profesor Stępińską, z panią profesor Werner – co można by z tych rozwiązań, które już nam funkcjonują i które się sprawdzają, przełożyć właśnie na tę populację dziecięcą, bo jest ona niezwykle dla nas istotna.

Natomiast ze względu na liczebność pierwszym etapem była populacja osób dorosłych. Właściwie to, tak szybko podsumowując, przedstawiając państwu to, co zostało zrobione dla dorosłych, nie chcę deklarować, co będziemy robić dokładnie dla dzieci – dlatego że trwają prace koncepcyjne, żeby dopasować te rozwiązania do tej populacji. Są tutaj jednak inne potrzeby i myślę, że w najbliższym czasie też już będziemy mieli konkretne rozwiązania, bo ta potrzeba

jest zaadresowana, trwają rozmowy, ale musimy to na pewno dopasować do wymagań dzieci i wypracować narzędzie właśnie w tym okresie przejściowym w obie strony – nie tylko to, jak przekazać dziecko do ośrodka dorosłego, ale na przykład co zrobić, powiedziałabym, z dziećmi w wieku na przykład 16 lat. To, o czym rozmawiałam nawet z panią profesor Stępińską przed wejściem tutaj – jak podejść do szesnastolatka, który ma 180 cm i waży 80 kg. To też jest istotne w kontekście chociażby zabiegów kardiochirurgicznych, sprzętu, który jest wykorzystywany, żeby płynnie przekazywać tego pacjenta, patrząc przede wszystkim z perspektywy jego dobra, a nie pewnych ograniczeń, które mamy – że ten dzień osiemnastych urodzin właściwie kończy naszą karierę jako dziecka i jesteśmy nagle dorosłymi.

A więc pracujemy nad tym wszystkim. My widzimy te potrzeby i na pewno tutaj będziemy proponować konkretne rozwiązania, rozmawiając, współpracując i z kardiologami dziecięcymi, ale też dorosłymi, żeby zaadresować w każdą stronę te potrzeby. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję, pani dyrektor.

Ja chciałam tylko powiedzieć, że miałam przyjemność w ogóle pracować z panią profesor Werner w Klinice Kardiologii, była moją szefową przez kilkadziesiąt lat. Faktycznie pamiętam, ile razy odbyłam takie rozmowy w swojej pracowni diagnostycznej z mamami czy tatusiami, których dzieci właśnie osiągały wiek pełnoletni. Przychodzili do mnie i mówili: „Pani Joasiu, co by tu wymyśleć? Bo my byśmy tak jeszcze chcieli, jeszcze chociaż rok, chociaż rok”. Oczywiście odsyłałam do pani profesor, która zawsze, mając dobre serce, zwykle się godziła na to – i tak to wyglądało. Ale to tak nie powinno być, tylko to powinno być instytucjonalnie, systemowo rozwiązane. Bo jest to ogromny problem.

Jeszcze, wicie państwo, w dużym ośrodku miejskim to nie jest może aż taki kłopot, ale jak dziecko jest z trochę mniejszej miejscowości, gdzie ta dostępność do specjalisty jest mniejsza i tych ośrodków do leczenia takich bardziej skomplikowanych wad nie ma, to ci rodzice są naprawdę w dosyć trudnej sytuacji. Zwykle zresztą – to pani profesor potwierdzi – to nie było tak, że puszczałyśmy pacjenta ot tak, tylko zawsze był jakiś ośrodek albo umawiany, albo polecany. To nie tak, że taka osoba pozostawała całkiem sama sobie, niemniej ci rodzice byli przerażeni, jak to dalej będzie – również z tego powodu, że dzieci są wtedy w takim dosyć trudnym okresie, też takiego buntu. Różnie tam bywa z tym dojrzewaniem, ale osiemnastolatek – bo teraz trochę nam się ten wiek dojrzewania przesunął – czy osiemnastolatka to jest wciąż taka osoba, która jest krnąbrna i bardzo chce zaznaczyć swoją autonomię. Zmuszenie takiej osoby do kontynuacji leczenia, nie jest jednak proste, szczególnie jak ma 180 cm i 110 kg wagi – już trudno z takim porozmawiać na argumenty inne. W każdym razie bardzo ważny temat.

Teraz chciałabym zaprosić pana profesora Mrocza dla odmiany z jego prezentacją. Bardzo proszę, panie profesorze.

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Dzień dobry. Tomasz Mroczek. Ja jestem kardiochirurgiem, głównie dziecięcym, jestem intensywnistą, jestem konsultantem krajowym w dziedzinie intensywnej terapii. Bardzo dziękuję za możliwość prezentacji.

Mógłbym pointer poprosić od pani profesor Werner? Przepraszam.

Dziękuję. Prezentacja może będzie bardzo prosta, ale chciałbym też w komentarzu odnieść się do kilku stwierdzeń, które tutaj padły.

Polska przeżywa w tej chwili potężny kryzys demograficzny, wszystkie programy polityczno-socjalne nie odwróciły tego trendu, a argumenty typu „mogło być gorzej” nie mają znaczenia, ponieważ Polska jest krajem o najniższym przyroście naturalnym na świecie w tej chwili – jesteśmy poniżej Korei Południowej. W związku z tym stoimy jako system, stoimy...

Na świecie, pani przewodnicząca, na świecie. Zaraz pokażę.

Stoimy przed dylematami... Nie przed dylematami, a przed koniecznością podejmowania decyzji o zamykaniu oddziałów pediatrycznych, położniczych i centralizacji oddziałów wysokospecjalistycznych. Proszę zobaczyć, jak spada ilość urodzeń w Polsce za 2025 r. Porównałem to z sąsiednim krajem, niemieckim, mają wyższy przyrost. W Unii Europejskiej jest ten wskaźnik na poziomie 10, my mamy na poziomie 6, a w Stanach Zjednoczonych jest na poziomie 12. Jeżeli wskaźnik jest na poziomie 12, to gwarantuje zastępowalność pokoleń. A my mamy o połowę za mały ten wskaźnik, więc kryzys demograficzny jest w tej chwili tak niebezpieczny dla państwa

jak wojna obok na Ukrainie albo wręcz wojna w tym kraju. Proszę zobaczyć, co się stanie w 2050 r., gdzie populacja Polski będzie wynosić 28 milionów. 28 milionów – to jest potężny kryzys w tej chwili.

A więc ja okiem kardiochirurga chcę powiedzieć, jakie to ma przełożenie na to, co powinniśmy robić. Otóż choroby wrodzone wady serca, które są rzadkie, staną się jeszcze rzadsze. Ponieważ w tej chwili osiągamy dobre wyniki, to leczenie choroby w postaci wrodzonej wady serca to jest leczenie na całe życie. Jest bardzo mało wad, które można jedną operacją wyleczyć. 90% wad to są wady, które wymagają kolejnych reoperacji, interwencji kardiologicznych i stałej opieki kardiologiczno-pediatryczno-internistycznej. Polska jest jedynym krajem na świecie, gdzie dysponujemy stuprocentowymi danymi odnośnie do leczenia kardiochirurgicznego. Jedynym krajem na świecie. Czyli ja mogę podawać stuprocentowe zwalidowane dane na ten temat. Wykonuje się w Polsce 2500 operacji wrodzonych wad serca rocznie u dzieci. Te liczby są stałe, aczkolwiek – za zeszły rok jeszcze nie mam oficjalnych danych – zaczynają spadać. Co to oznacza? To znaczy, że przeżywalność noworodków dzięki temu, że wszystkie leczymy, jest bardzo dobra, ale też jest informacja szokująca, jak na te warunki.

To są dane skandynawskie. Niebieska linia pokazuje przeżywalność populacji zdrowej, pięćdziesięcioletniej – 90%, a w populacji z wrodzonymi wadami serca – 80%. Bardzo nieduża różnica. To świadczy o tym, na jakim poziomie możemy świadczyć w tej chwili usługi. Czyli ludzie z wrodzonymi wadami serca mogą żyć niemal tyle samo, co bez wady serca.

W Polsce działa dziewięć ośrodków kardiochirurgii wrodzonych wad serca, ale czy pani przewodnicząca wie, ilu w Polsce jest kardiochirurgów, którzy są w stanie operować wady serca? Jak pani przewodnicząca myśli?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Za mało.

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Nie.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Nie?

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Ilu jest? Jakaś liczbę...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

O rety... Pięćdziesięciu?

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Tak... Jest pięciu.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Naprawdę?!

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Jest pięciu.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Wow... Szok.

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Jest pięciu i gdyby tych pięciu postanowiło pracować w Monako albo w Londynie, to mamy kryzys. Ilu jest kardiologów interwencyjnych, którzy są w stanie wykonywać złożone zabiegi interwencyjne?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To już mnie proszę nie pytać, bo się boję...

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Od razu odpowiem – sześciu – bo nie mamy czasu. W związku z tym, na czym polega problem? Pracujemy na małych liczbach, bardzo brzydko mówiąc, upraszczając sprawę. Szkolenie kardiochirurga dziecięcego trwa 15 do 20 lat. Ja często słyszę, dlaczego ty nie szkolisz kardiochirurga? Ja szkole, tylko z tych dziesięciu, których szkole, może jeden się będzie nadawał i będzie wykonywał kiedyś operacje. To jest tak, jakby ktoś mówił – proszę szkolić Roberta Lewandowskiego.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To prawie jak z pilotami F-16.

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

To jest dokładnie ten sam problem. W związku z tym dlatego mamy pięciu kardiochirurgów dziecięcych i sześciu kardiologów interwencyjnych w tym kraju. Czyli to jest coś, o co musimy zadbać. Nie chodzi mi o finanse w tej chwili – nie o to chodzi. Chodzi o to, że musimy się skupić, że musimy mieć tych ludzi. Dlaczego? Dlatego, że – jeszcze raz podkreślam – wyszkolić taką osobę jest bardzo trudno, a w tej chwili nikt nie chce być kardiochirurgiem dziecięcym. A to dlatego, że musi pracować 12–16 godzin na dobę, dlatego, że ponosi bardzo dużą odpowiedzialność, dlatego, że nie może wejść do „10 dla Serca”, ponieważ zawsze jest w stresie. A już jeden czynnik niespełniony przekreśla możliwość osiągnięcia sukcesu. W związku z tym...

Teraz następna sprawa. To są oficjalne wyniki, oczywiście zanonimizowane. Proszę zobaczyć, mamy dziewięć ośrodków w Polsce. Są ośrodki, gdzie śmiertelność w noworodkach wynosi 50%, czyli co drugi noworodek przeżywa. Ale są ośrodki, które wykonują większość skomplikowanych operacji ze śmiertelnością 2 lub 3%. I teraz, jeżeli pani przewodnicząca mówi o tym, że mamy w każdej wsi mieć komisariat policji i kardiologa dziecięcego specjalizującego się we wszystkich wrodzonych wadach serca, to niestety nie damy rady. Oczywiście ja tutaj przerysowuję pewne rzeczy, natomiast do czego zmierzam? Wobec faktu, że to są tak rzadkie problemy, jedyną szansą, żeby osiągać bardzo dobre wyniki, niestety w tej chwili jest centralizacja. Ja bardzo nie lubię centralizacji czy jakichś odgórnych zarządzeń. Jestem liberałem, jeśli chodzi o poglądy – nie polityczne, ale życiowe. Niestety w tym przypadku, żeby osiągać sukces, musimy scentralizować opiekę. Jeżeli będzie w danym ośrodku wykonywana mała ilość operacji, to nie wyszkolimy kardiochirurga albo wyszkolimy byle jakiego, który będzie miał pięćdziesięcioprocentową śmiertelność.

Następna sprawa. Żeby osiągać bardzo dobre efekty, musimy mieć ośrodki, które wykonują dużą ilość operacji. To są prace z Polski, z Europy, ze Stanów Zjednoczonych. Wiadomo, że jeżeli ośrodek wykonuje małą ilość operacji, wyniki są beznadziejne. Dlatego musimy stworzyć raptem kilka ośrodków w Polsce, czyli nie w każdej wsi – przerysowuję – tylko raptem kilka. Trzy, cztery, pięć ośrodków i w nich zaoferować polskim dzieciom opiekę na najwyższym światowym poziomie – a na to nas stać. Zaraz powiem dlaczego. Od dwóch czy trzech lat nie wysyłamy żadnego polskiego dziecka za granicę na leczenie. Była taka moda czy tendencja – wysyłanie do Niemiec, to była kompletna patologia. Natomiast jeśli chodzi o Stany Zjednoczone, są pewne wybrane, bardzo rzadkie wady, które do niedawna jeszcze wysyłaliśmy do Stanów Zjednoczonych. Rok temu uczestniczyłem w operacji w Stanford, gdzie państwo polskie zapłaciło 11 mln zł za operację. 11 mln zł. A my w tym czasie jesteśmy w stanie wykonać za tę kwotę 10 do 100 operacji u polskich dzieci. A więc to wszystko ma znaczenie – jak organizujemy opiekę nad dziećmi z wrodzonymi wadami serca.

W tej chwili pojawia się nowy problem, ponieważ jesteśmy ofiarami sukcesu – mówię o lekarzach. Dzieci przeżywają, wchodzą w okres dorosły i nie ma takich ośrodków. Pani dyrektor mówi o wprowadzeniu systemu. Ten system nie działa – system centrów doskonałości. Ten system nie działa – co więcej, nie będzie działał. Dlatego, że nie da budować systemu, ponieważ nie ma wystarczających kadr w Polsce, żeby stworzyć taki system. Co więcej, nie ma takiej konieczności, pani dyrektor. Dlatego, że mniej więcej potrzebujemy ośrodków, w których wykona się 100 operacji rocznie u dorosłych z wrodzonymi wadami serca. Nie może być tak, że chirurg robi ich 5 rocznie, bo trzy czwarte pacjentów mu umrze.

Dlaczego kardiochirurg dorosły ma potężny problem z leczeniem wrodzonych wad serca? Bo to jest zupełnie inna działka medycyny. Kardiochirurg dorośli to nie są gorsi kardiochirurdzy, to są znakomici kardiochirurdzy – ale niemający żadnego doświadczenia. W kardiochirurgii wrodzonych wad serca mamy 143 podstawowe procedury. W dorosłej to jest

cztery czy pięć głównych. W związku z tym ktoś, kto nie widział danej wady, nie zna się, nie ma orientacji, jeśli chodzi o anatomię, o zmienność, nie osiągnie sukcesu. Ja nie chcę tu negatywnie oceniać dorosłych kardiochirurgów, bo to w ogóle nie ma nic z tym wspólnego. Chodzi o to, że dorośli kardiochirurdzy nie osiągną sukcesu i oni to wiedzą – to są moi koledzy. W związku z tym pacjenci nie mają gdzie udać się na leczenie. I to już w tej chwili nie chodzi o sprzęt i nie chodzi o pieniądze. Chodzi głównie o ludzi i o zespoły. Bo to nie tylko kardiochirurg. Równie istotne jest – i to mówię jako intensywnista, jako konsultant krajowy – budowanie całych zespołów. Bo to już nie jest teatr jednego aktora. To nie te czasy, że przychodził gwiazdor, robił operację. Te czasy już mamy dawno za sobą. Chodzi o to, żeby tworzyć cały system, również z intensywną terapią. Bo intensywna terapia po operacji w przypadku wrodzonych wad serca to jest co najmniej 50% sukcesu.

Ja już kończę.

W związku z tym istnieje, uważam, konieczność wydłużenia tego okresu, gdzie ośrodki czy tzw. kardiochirurdzy dziecięcy, kardiochirurdzy lecący wrodzone wady serca, kardiologzy powinni być przez dłuższy czas wkomponowani w opiekę nad pacjentami w tym okresie przejściowym. Mówię o drugiej czy trzeciej dekadzie życia, a nawet początku czwartej dekady.

W Stanach Zjednoczonych byłem 15 lat temu. Zapytano mnie, jak byłem w Filadelfii: „Słuchaj, Tomasz, jak tam w Europie wygląda wasz system?” Po pierwsze byłem tak dumny, że wreszcie Polska jest w Europie – bo przywitali mnie: „Cześć, Tomasz z Europy”. Ale nie umiałem powiedzieć, jaki mamy system, bo my do dzisiaj go nie mamy. W Stanach Zjednoczonych większość operacji wrodzonych wad serca u dorosłych wykonują kardiochirurdzy dziecięcy. Czasami w ośrodku pediatrycznym, czasami w dorosłym.

W związku z tym mój wniosek – i to jest wniosek, myślę, chyba całej tej grupy, ogólny – powinniśmy dążyć do zniesienia limitu wieku dla pacjentów z wrodzonymi wadami serca leczonych w ośrodkach pediatrycznych. To nie jest tak, jak pani dyrektor mówi, że jak pacjent ma 180 cm wzrostu i 80 kg wagi – czy masy ciała, przepraszam – to nie poradzimy sobie w ośrodku pediatrycznym. Bo jak ma 15 lat i ma 100 kg masy ciała, to my sobie poradzimy. Tu nie ma żadnego problemu. Natomiast my potrafimy leczyć takie wady.

W związku z tym to jest jeden z głównych wniosków, że powinniśmy zlikwidować administracyjne ograniczenie leczenia pacjentów z wrodzonymi wadami serca w centrach pediatrycznych. Tym bardziej, że są ośrodki, gdzie są równocześnie ośrodek kardiochirurgii dorosłej i dziecięcej, i prawdopodobnie w takich ośrodkach mogą powstać centra – kiedyś – doskonałości. Albo w zasadzie nie tyle centra, tylko ośrodki skupione wokół dwóch lub trzech liderów, kardiochirurgów, kardiologów.

Należy w tej chwili zapanować nad powstawaniem nowych ośrodków kardiochirurgii dziecięcej, bo te ośrodki nie będą nigdy w stanie zbudować doświadczenia. Czyli będziemy mieć w każdej wsi kardiochirurga dziecięcego – przerysowuję oczywiście – który nie będzie potrafił operować, bo będzie wykonywał 10 operacji rocznie. A ta dostępność... W tej chwili, jeżeli rodzi się noworodek z wrodzoną wadą serca, to w dziewięćdziesięciu paru procentach my już posiadamy wiedzę, że będzie miał wadę serca, bo jest wspianiale rozwinięta diagnostyka prenatalna. Kardiologzy prenatalni, diagności kierują pacjentów – już wiedzą, do którego ośrodka, bo ośrodki się specjalizują w leczeniu poszczególnych wrodzonych wad serca. Czyli nie chodzi o to, żeby było blisko, tylko żeby było bardzo dobrze.

Te wnioski nie wiążą się ze wzrostem poziomu finansowania, czyli nie domagamy się dodatkowych pieniędzy, pani dyrektor – więc nie ma obawy – bo wiemy, jaka jest luka budżetowa akurat... Na tym powstrzymam się... Ale tu sytuacja jest bardzo trudna, pani dyrektor, bo tu siedzą rodzice dzieci z wadami serca i oni w tej chwili nie wiedzą, gdzie mogą je skierować. Co więcej, te ośrodki nawet czasem nie wiedzą, że są centrami doskonałości – te, które są na papierze. Mówię to z pełną odpowiedzialnością.

W związku z tym jeszcze raz, jeżeli nie scentralizujemy tej opieki, nie będziemy szkolić kadr – ja za chwilę umrę, mój kolega umrze – zostanie trzech kardiochirurgów. Być może trzeba będzie tworzyć już w obrębie Europy jakieś konsorcja. Ja na przykład tworzę z Hamburgiem konsorcjum. W Hamburgu wykonują jakąś tam ilość operacji, w Krakowie również – i możemy rywalizować wtedy na przykład z ośrodkiem w Bostonie. Przede wszystkim trzeba się skupić na zasobach kadrowych, a nie administracyjnych decyzjach – bo to nie przyniesie efektu.

Teraz proszę zobaczyć, to jest dwudziestopięcioletnia kobieta – nie została zdyskwalifikowana, ale niezakwalifikowana do leczenia w ośmiu polskich ośrodkach dla dorosłych. Przyjechała na wózku inwalidzkim, bo już nie miała siły funkcjonować. Użyłem bardzo brzydkiego szantażu

w stosunku do pani dyrektor NFZ. Wyrażenie zgody przez NFZ zajęło dziewięć miesięcy. Jest po operacji – to jest zdjęcie z zeszłego tygodnia w ośrodku pediatrycznym. Tylko tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za tę mocną prezentację. Tak jak kolory prezentacji mocne, tak i treść. Muszę powiedzieć, że... Do przemyślenia mocno faktycznie, jak myślę.

Przedstawiciel Fundacji Serce Dziecka Agnieszka Sołtys-Czech:

Przepraszam, gdybym mogła powiedzieć, coś jako...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Już, już, momencik, sekundczkę. Ja mam taką propozycję. Rzeczywiście może... Ponieważ jeszcze nam została jedna prezentacja, ale z czasem też nie jest źle, może zostawmy, jeśli państwo się zgodzą... Gdzie jest autorka lub autor czwartej prezentacji? Jest zgoda, żebyśmy teraz dyskusję odbyli?

Głos z sali:

Może lepiej po prezentacji?

Prezes zarządu i członek Rady Fundacji Serce Dziecka Katarzyna Parafianowicz:

Ona jest bardzo krótka.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Dobrze. To ja tylko dam jednak mamie głos, a potem zrobimy prezentację. Bardzo panią proszę. Tylko proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Fundacji Serce Dziecka Agnieszka Sołtys-Czech:

Agnieszka Sołtys-Czech. Jestem mamą dwunastoletka ze złożoną wadą serca. Tu chciałabym przede wszystkim powiedzieć, o czym rozmawiamy i w gronie rodziców, z naszymi lekarzami, kardiologami, kardiologami, kardiologami dziecięcymi. Też próbujemy wypracować wspólne zdanie, wspólną jakąś drogę przejścia z kardiologii dziecięcej do kardiologii dla dorosłych. Ale to, co chcę podkreślić – dzieci ze złożonymi wadami serca, z sercami jednokomorowymi, nie mają czasu na przejście z klinik dziecięcych przez rok czy dwa lata, gdzie zostaną wciągnięte do systemu kardiologii dla dorosłych. Kontrole powinny się odbywać tak, jak się odbywały – co pół roku, co kilka miesięcy. Tak mamy napisane w kartach, w wypisach. Zatem my jesteśmy tu po to jako mamy, żeby przekonać państwa i naświetlić problem, że my nie mamy czasu. Te dzieciaki nie mogą czekać na uregulowanie prawne w systemie, pisanie kolejnych rozporządzeń czy coś. Po prostu nie mamy czasu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo pani dziękuję.
Zapraszam do czwartej prezentacji.

Prezes zarządu i członek Rady Fundacji Serce Dziecka Katarzyna Parafianowicz:

Dzień dobry państwu. Katarzyna Parafianowicz, Fundacja Serce Dziecka, również mama młodej pacjentki z wrodzoną wadą serca.

Pan profesor Mroczek oczywiście powiedział wspaniale i ze wszystkim się zgadzam. Grupa młodych dorosłych to bardzo zróżnicowana grupa i ma różne doświadczenia związane ze swoją chorobą. Wada serca to problem, który trwa przez całe życie. Są to pacjenci z ciężkimi, złożonymi wadami serca po wielu zabiegach kardiologicznych, wymagający stałej opieki medycznej, nie tylko kardiologa, ale także lekarzy innych specjalizacji. Szczególną grupą są pacjenci z sercem jednokomorowym, u których w wyniku operacji dochodzi do powstania całkowicie innego krążenia, tzw. krążenia fontanowskiego, obciążonego wieloma poważnymi powikłaniami powstającymi wraz z upływem czasu. Właśnie tacy pacjenci powinni pozostawać pod opieką kardiologów dziecięcych. Dorosłych pacjentów z WWS jest około 120 tys. w Polsce i grupa ta z roku na rok będzie rosła.

Czego oczekują młodzi pacjenci? Coraz częściej zgłaszają się do nas jako organizacji – wyrażają głęboki niepokój i dezorientację związaną właśnie z przejściem z opieki pediatrycznej do systemu leczenia dorosłych. Pacjenci i ich rodziny czują się zagubieni, nie wiedzą, kto obecnie odpowiada za ich leczenie, jakie obowiązują procedury, gdzie mają uzyskać pomoc w sytuacji nagłej.

Powstałe centra doskonałości kardiologicznej WWS dorosłych budzą niepokój ze względu na to, że kontrakty otrzymują szpitale – albo są do tego dedykowane – w których brak jest odpowiedniej

kadry medycznej i zaplecza sprzętowego, aby dać bezpieczeństwo tej grupie pacjentów. Współpraca kardiologów dziecięcych i dorosłych to jest warunek bezpieczeństwa. Pacjenci ci to są osoby interdyscyplinarne, tak jak mówiłam, wielochorobowe i wymagają unikalnej wiedzy i doświadczenia. Kardiolodzy dziecięcy znają te dzieci od urodzenia, wiedzą, jak reagowały na wcześniejsze leczenie, jakie komplikacje występowały. Brak ciągłej współpracy między oddziałami pediatrycznymi i dorosłymi to ryzyko błędnych decyzji.

Ciągłość opieki nad tą grupą pacjentów to bardzo ważna sprawa. Zmienność lekarzy prowadzących sprawia, że pacjenci stają się jedynie historią medyczną. Dla pacjentów z wrodzoną wadą serca ciągłość opieki to nie luksus, to warunek bezpieczeństwa. Pacjent potrzebuje jednego lekarza, który zna jego historię, decyzje terapeutyczne, może patrzeć na proces leczenia w dłuższej perspektywie. W ocenie młodych dorosłych zasadne jest, aby ta grupa pacjentów pozostawała pod aktywną opieką kardiologów dziecięcych. Komfort psychiczny jest równie ważny jak leczenie. Choroba serca to nie tylko objawy somatyczne, to także codzienny lęk, niepewność, życie w ciągłym ryzyku. Każda zmiana lekarza prowadzącego to początek, od nowa zapoznanie się z wieloletnią dokumentacją, podejmowanie nowego, brak ciągłości... Dla pacjenta to frustracja, to poczucie zagrożenia. Pacjenci oczekują jasnych procedur w przypadku operacji. Pacjent ma prawo wiedzieć, gdzie zostanie skierowany i jakich będzie wymagał operacji kardiologicznych, także w trybie pilnym.

Płynność badań i wizyt – dzięki postępowi medycyny coraz więcej pacjentów z wadami serca wchodzi w życie dorosłe. To ogromny sukces, ale i wyzwanie dla systemu. Potrzeba jest płynności badań, regularności wizyt i większej liczby specjalistów. Bez tego ciągłość opieki będzie zagrożona.

Podsumowując, najważniejsze postulaty młodych dorosłych – zachowanie opieki kardiologów dziecięcych nad najcięższymi wadami, jasne procedury dla zabiegów i operacji, zwiększenie liczby specjalistów i podjęcie działań systemowych, które zapewnią im prawo do bezpieczeństwa i ciągłości leczenia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za tę prezentację.

Teraz, proszę państwa, przejdziemy do dyskusji. Myślę, że to już będzie dyskusja łącznie nad obydwoma tematami, bo one się, tak czy siak, zazębiają.

Tutaj bardzo przepraszam, pan po stronie pana profesora Dobrowolskiego, trzeci z rzędu – bo ja panu przerwałam, jak zaczęliśmy prezentację... Ale pamiętam, bardzo proszę, oddaję w związku z tym głos.

Prezes PTK prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka:

Bardzo dziękuję. Myślę, że tematy poruszane w ostatnich prezentacjach są szalenie ważne...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę się przedstawić, przepraszam.

Prezes PTK prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka:

Marek Gierlotka, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, prezes.

Są szalenie ważne, szalenie istotne i tak czuję wewnętrznie, że tutaj zdominują naszą dyskusję.

Natomiast wracając do „10 dla Serca” i tego, co chciałem wtedy powiedzieć – rzeczywiście to, żeby znajdować kolejne miejsca na to, żeby promować „10 dla Serca” czy profilaktykę, jest bardzo ważne. Wszystkie pomysły były świetne i rzeczywiście też myślimy o tym, tak jak pani przewodnicząca powiedziała, żeby włączyć państwa i jednocześnie w pewnym sensie spróbować promować „10 dla Serca” w Sejmie. Takie pomysły mamy, takie koncepcje chcielibyśmy też państwu zaproponować, żebyśmy wspólnie razem w ramach „10 dla Serca” mogli zrobić po pierwsze profilaktykę w Sejmie dla państwa, dla nas, a jednocześnie spróbować z tym wyjść szerzej i jeszcze mocniej to nagłaśniać.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Miałam coś w głowie do powiedzenia, ale niestety mi umknęło... A, już wiem, bo już państwo zrobiliście jedną akcję – należy się pochwalić. Była akcja w Senacie. Był spacer i było naprawdę bardzo sympatycznie. Ledwie przeżyłam ten spacer, co prawda, ale było fajnie – było dosyć szybko.

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka:

Tak, było w Senacie i teraz chcielibyśmy zrobić w Sejmie.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Rok profilaktyki, tak. Bardzo dziękuję.

Teraz proszę się zgłaszać. Pani tutaj podnosiła... Pani, proszę bardzo.

Kierownik Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” prof. IPCZD dr hab. n. med. Grażyna Brzezińska-Rajszyś:

Dzień dobry państwu. Ja się nazywam Grażyna Brzezińska-Rajszyś. Jestem kardiologiem dziecięcym, pracuję od ponad 50 lat. Pracuję praktycznie, jeśli chodzi o to, co robię na co dzień, przede wszystkim w kardiologii interwencyjnej. Wykonuję niezliczoną w tej chwili już liczbę zabiegów – nie umiem powiedzieć ile – u pacjentów, zaczynając od doby pierwszej, kończąc na dorosłych, na których jesteśmy w stanie dostać zezwolenie z NFZ na to, żeby wykonywać dane zabiegi. Populacja tych pacjentów dorosłych wzrasta i mamy pełną tego świadomość w środowisku kardiologów, zarówno dziecięcych, jak i dorosłych od wielu lat. Od wielu lat – od kiedy stworzyliśmy sekcję kardiologii wad wrodzonych u dorosłych w ramach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – co roku na wszystkich konferencjach, na wszystkich spotkaniach, na wszystkich forach, w komisjach sejmowych, w komisjach senackich, na konferencji, którą organizowaliśmy w Senacie, jak pani pamięta, pani Kasiu, zawsze ten temat wychodzi.

To nie jest tak, że środowisko o to nie walczy. Zresztą inicjatywy rodziców i fundacji doprowadziły do powstania petycji do pani minister Leszczyzny, która była wtedy ministrem, podpisanej przez ponad tysiąc rodziców i pacjentów. To chyba spowodowało, a może jeszcze wzmocniło przekaz i konieczność tego, żeby zająć się tym tematem. Dzięki temu myślę, że zarówno jeśli chodzi o „Narodowy program chorób układu krążenia”, jak i o Krajową Radę do spraw Kardiologii, te tematy wróciły w takiej formie, która musiała ostatecznie zakończyć się powstaniem pewnych dokumentów. Jednym z dokumentów jest w „Narodowym programie chorób układu krążenia” opracowany system, w jakim mają być przekazywani pacjenci do opieki dorosłych, jak też w jaki sposób ma być prowadzona dalej opieka w poszczególnych ośrodkach na poziomach referencyjności wtórnej do tego, co jest zaproponowane w ustawie dotyczącej krajowej sieci.

W związku z tym dla pewnej takiej świadomości ogólnej – dlatego że wszyscy mówimy o pewnych sprawach, które nas dotyczą, ale dobrze jest odnieść się do faktów – jeśli chodzi o narodowy program, to ten pakiet związany z wadami wrodzonymi u dorosłych był pod przywództwem, jeśli tak można powiedzieć, mentalnym i odpowiedzialnością pana profesora Hoffmana, osoby, której chyba nie muszę w tym gronie przedstawiać, bo jest to osoba, która znowu od wielu lat – była zresztą inicjatorem powstania sekcji kardiologii dorosłych z wadami serca w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym – jest niewątpliwym ekspertem w tej sprawie i zawsze walczyła o to, żeby te sprawy były załatwione.

Udało nam się w tym programie ustalić, że okres przejściowy, który w wielu krajach wygląda bardzo różnie, jeśli chodzi o wiek, może być mniej więcej od 16., powiedzmy, do 20. roku życia, z zastrzeżeniem, że jest to okres, który zależy też od tego, czy pacjent potrafi sam stanowić o sobie, m.in. o swoim zdrowiu. Bo nie do końca tak jest. Są to pacjenci, których szeroko pojęty rozwój, nie tylko fizyczny, społeczny – tysiące tych elementów, które ostatecznie wchodzi w to, żeby tego typu człowiek mógł funkcjonować w społeczeństwie, wykonywać jakiś zawód, zakładać rodzinę itd. – może wyglądać bardzo różnie. W związku z tym to 16–20 jako pewna liczba, która pewnie musi paść zawsze, natomiast z zastrzeżeniem, że nie zawsze tak jest.

Chcieliśmy też – zaproponowaliśmy i to jest też napisane – żeby przechodzenie do ośrodka dorosłego, a to i decyzja o tym, na który poziom referencyjności ten pacjent ma być przekazany, było na podstawie spotkania takiego typu konsylium między ośrodkiem dziecięcym a ośrodkiem dorosłym, do którego pacjent ma być kierowany – z udziałem ewentualnie specjalistów, którzy są potrzebni jako dodatki istotne dla dobrego przekazania pacjenta pod opiekę kardiologiczną tam, gdzie ten ośrodek uważa, że ten pacjent powinien przejść. Nie ma czegoś takiego jak przypisywanie ośrodków, które później – przejdę za chwilę do centrów doskonałości... Nie ma czegoś takiego, że ośrodek kardiologiczny dziecięcy musi pacjenta wysłać do ośrodka X bądź Y. Nie ma tutaj żadnej rejonizacji, nie ma niczego takiego, a wręcz odwrotnie.

Odnosząc się do tego, co powiedział profesor Mroczek, ważne jest, żeby – my znamy siebie, wiemy jaką mamy specyfikę zawodową – takiego pacjenta przekazać tam, gdzie wiemy, że on będzie najlepiej prowadzony, m.in. pod kątem tego, jaki rodzaj operacji ewentualnie go czeka. Dlatego, że nie do końca opieka kardiologiczna równa się opiece kardiochirurgicznej. Ja rozumiem, że opieka kardiochirurgiczna czy interwencyjna – czyli wtedy, kiedy musimy coś poprawić

w tym pacjencie dorosłym – to jest nieprawdopodobnie ważne, natomiast to jest pewien element tej opieki. Ta opieka kardiologiczna musi być prowadzona przez kardiologów, którzy znają się na kardiologii wad wrodzonych u dorosłych. To nie jest to samo, co znajomość kardiologii dziecięcej czy wad wrodzonych – u pediatrów. W związku z tym ja nie dawałabym takiego równania, że jeżeli pacjent chce być u kardiologa dziecięcego, bo go zna... Ja wolę odnosić się do poziomu wiedzy i do kompetencji, do tego, co on może dostać. Dlatego, że my wszyscy się przyzwyczajamy do czegoś, co jest dobre. Jeżeli lubimy swojego doktora – a to wiem z kontaktów rodzinnych, z tego jak byli prowadzeni moi rodzice, jak są prowadzeni, jak ja czasami mogę się dać uwieść komuś, ponieważ ma taki sympatyczny sposób traktowania mnie... Natomiast potem idę do kogoś innego i się okazuje, że nie do końca na tym to wszystko polega.

Jeśli chodzi natomiast o centra, istniała konieczność wyodrębnienia w sieci takich sytuacji, które nie wpisują się w standardowy schemat sieci kardiologicznej. Wady wrodzone są na tyle specyficzne, populacja jest na tyle niewielka i na tyle wymagająca, że koncepcja stworzenia centrów, moim zdaniem, jest koncepcją bardzo dobrą. Państwo są niezadowoleni z tego, że powstały centra, dlatego że uważacie, że one nie powinny powstać w miejscach, które dostały tę nazwę, tę plaketkę.

Natomiast ta nazwa nie została przypisana dlatego, że ktoś kogoś lubi, tylko dlatego, że w NFZ w ciągu ostatnich trzech lat – bo to było podstawą przyznawania decyzji o centrum – były dane, które upoważniały do tego, żeby taki ośrodek taki tytuł dostał. Ale to jest tytuł, który obliguje ośrodek do tego, żeby on zabezpieczał konkretną populację pacjentów na konkretnym poziomie. To będzie na pewno weryfikowane. Tak jest zapisane w ustawie. Ważne jest może, żeby ten okres weryfikacji skrócić, dlatego że jest niepokój dotyczący tego, że ośrodki, których państwo się nie spodziewali – ja zresztą też – mogą być centrami doskonałości w tym zakresie, akurat taki tytuł dostały. Tak że to niewątpliwie jest do weryfikacji.

Jest szereg rzeczy, które zostały tutaj wypunktowane. I ja, szczerze mówiąc, mogłabym praktycznie do każdego się odnieść. Jedno jest pewne, jeśli chodzi o ten system, który zaczął powstawać – my mamy ścieżki, my wiemy, co powinniśmy robić, my wiemy, kto powinien to robić. Nie nazywam tego centrum lub nie-centrum. Wiemy tylko, że to powinno być robione. Nie mamy wycen tego wszystkiego. A to jest nieprawdopodobnie ważne. To, co powiedział pan profesor Mroczek – to jest medycyna, która jest medycyną drogą. Ale to jest medycyna, która nie jest medycyną bez nadzieję – dlatego że ci ludzie tak naprawdę w znakomitej większości wracają do społeczeństwa, wracają do pracy itd. W związku z tym nie patrzmy na to wszystko pod kątem najtrudniejszej grupy pacjentów z sercem jednokomorowym, dlatego że to jest tylko pewna grupa. Oni wymagają szczególnej opieki i na świecie są po prostu powołane centra, w których ci pacjenci właśnie tam są od początku do końca leczenia – w żadnym innym ośrodku o innym stopniu referencyjności.

I to jest z takich rzeczy... Ja wiem, że pani doktor Mroczek chce – to nie jest rodzina, o ile wiem – coś powiedzieć. A ponieważ koleżanka ma kolosalne doświadczenie, to ja może na tym skończę. Jestem przekonana, że inicjatywa fundacji, inicjatywa państwa to jest inicjatywa, która wzmocniona przez opinię Komisji może pewne rzeczy przyspieszyć, może pewne rzeczy ukierunkować. Natomiast proponuję nie skreślać tego, co jest pewną już podstawą i co można wykorzystać, co można modyfikować na poziomie formalnym. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Proszę bardzo.

Przewodnicząca zarządu Sekcji Wad Wrodzonych Serca u Młodocianych i Dorosłych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dr n. med. Ewa Mroczek:

Dzień dobry. Nazywam się Ewa Mroczek, pracuję w Szpitalu Uniwersyteckim we Wrocławiu i reprezentuję Sekcję Wad Wrodzonych Serca u Młodocianych i Dorosłych, jestem aktualną przewodniczącą. Tu jest pani profesor Lipczyńska, która jest była przewodniczącą.

Od ponad 15 lat zajmuję się pacjentami z wrodzonymi wadami serca, młodocianymi, przekazywanymi z różnych ośrodków i nie wyobrażam sobie tej pracy bez współudziału kardiologów dziecięcych – zarówno w zakresie kardiochirurgii, jak i kardiologii interwencyjnej. Tak jak pan profesor Mroczek pokazał – i kardiochirurgów, i kardiologów interwencyjnych jest mało. Ja jestem kardiologiem interwencyjnym i wszystkie zabiegi strukturalne u pacjentów z wadami przeprowadzamy wspólnie z kardiologiem dziecięcym. Ich doświadczenie jest kolosalne. Kardiolodzy interwencyjni dorośli nabywają doświadczenie w chorobie wieńcowej – tych pacjentów jest mnóstwo.

Każdy pacjent z wrodzoną wadą, nawet z tym samym rozpoznaniem, jest inny. Choruje inaczej, ma inne konsekwencje leczenia chirurgicznego. Bez kardiologa interwencyjnego dziecięcego, bez współpracy kardiologa dziecięcego i dorosłego centrum doskonałości nie ma sensu. W związku z tym powstały centra, które są dobrą podstawą do budowania tych centrów o najwyższym stopniu referencyjności.

W dokumencie NPChUK pisaliśmy o różnych stopniach, po to aby każdy pacjent z wadą serca, nawet prostą, był kierowany do centrum. Centrum ma określić, do jakiego poziomu referencyjności pacjent ma później trafić. W związku z tym każdy pacjent z rozpoznaniem wady wrodzonej powinien trafić do ośrodka referencyjnego, który zajmuje się wszystkimi wadami serca – od pacjentów z prostą wadą przeciekową, po pacjentów z sercem jednokomorowym. Ośrodek decyduje, czy pacjent może być kontrolowany na poziomie podstawowej opieki kardiologicznej – jak po zamknięciu prostej przeciekowej wady serca w dzieciństwie – i decyduje również o częstotliwości kontroli w ośrodku referencyjnym. W związku z tym, jeżeli mamy pacjenta, który mieszka bardzo daleko, ma problem z dojazdem, ośrodek referencyjny ma ustalać częstotliwość kontroli.

Postulowaliśmy stworzenie systemu e-Konsylium dla tych pacjentów, aby centrum, które kontroluje pacjenta, może lekarz, który się nim zajmuje w miejscu zamieszkania... To są pacjenci z różnymi problemami socjalnymi, z problemem z dojazdem, z problemem z opieką, często zajmują się nimi samotni rodzice, bo to są pacjenci z problemami genetycznymi. W związku z tym ten lekarz, który znajduje się w miejscu zamieszkania, kardiolog, który może nie mieć doświadczenia z wadą wrodzoną, ale który jest na miejscu, miałby prawo i możliwość skontaktować się z centrum referencyjnym.

Mieliśmy w ośrodku wrocławskim taki pilotażowy program e-Konsylium, który w przypadku dorosłych pacjentów z innymi chorobami świetnie się sprawdzał. Bardzo byłoby świetnie, gdyby udało się do tego systemu wrócić właśnie dla tej bardzo wąskiej grupy, dla chorób rzadkich. Bo to nie chodzi o... Pacjenci z chorobą niedokrwienną – świetnie, mieliśmy przekazywanych z różnych miejsc do Wrocławia. Natomiast najbardziej by na tym skorzystali pacjenci z wrodzonymi wadami. Również na poziomie tego e-Konsylium moglibyśmy się kontaktować z tymi pięcioma kardiochirurgami dziecięcymi, którzy mieliby szansę zdecydować, do którego ośrodka pacjent trafi.

Tak jak pan profesor pokazywał tę pacjentkę – kardiochirurg dziecięcy, kardiolog dziecięcy ma pomysł na pacjenta. Jeżeli to leczenie nie jest zakończone, jeżeli są możliwości, kardiochirurg dziecięcy powinien mieć szansę, by to leczenie dokończyć. Ale nie skreślamy tych kardiologów dorosłych. My się czasami przydajemy, ponieważ zajmujemy się właśnie chorobami wieku dorosłego. A pacjent z wadą wrodzoną serca rośnie i nawet jeżeli jego podstawowym problemem jest wada serca, nabywa chorób wieku dorosłego, w których mamy naprawdę kolosalne doświadczenie. Tak jak kardiolog dziecięcy – którzy tworzą sieć współpracy z pediatrami w różnych aspektach, hepatologami, diabetologami – tak samo my jako kardiolog dorośli mamy wypracowane ścieżki współpracy z osobami, które zajmują się chorobami rzadkimi u osób dorosłych. W związku z tym jest nam dużo łatwiej pokierować pacjenta z wadą wrodzoną, który ma inną chorobę, na którą jesteśmy bardziej wyczuleni – czy to chorobę niedokrwienną, czy to choroby z gatunku reumatologicznych, czy hepatologicznych. Po prostu to jest nasze doświadczenie budowane latami.

Tak więc, podsumowując, uważam, że ma sens takie centrum doskonałości, o którym my mówimy, jeśli jest to centrum oparte na kardiologach i kardiochirurgach dziecięcych i dorosłych. Bo część operacji kardiochirurgicznych z różnych wad prostszych wykonują kardiolog dorośli. Ważne by było, aby dać szansę współpracy w danych ośrodkach i kardiologom dziecięcym, i dorosłym na zasadzie, że kardiochirurg dziecięcy będzie mógł operować w ośrodku dorosłym i *vice versa* – przy współpracy.

Poza tym my nie mamy dobrego systemu raportowania tych pacjentów. Mówimy o tym, że pacjenci się gubią. Ale część pacjentów już mamy zagubionych – gdzieś są w poradniach kardiologicznych w małych miejscowościach. Uważam, że byłoby istotne, aby w przypadku każdego pacjenta z rozpoznaniem przypisanymi do wad – to są procedury Q – był wymóg, aby taki pacjent... Wymóg jakby finansowy... Bo to jest jedyne, co tak naprawdę jest jakimś takim bitem i działą.

Chodzi o to, aby opieka czy konsultacja w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), poradni kardiologicznej pacjenta z rozpoznaniem Q, była finansowana wtedy, jeżeli będzie pacjent skonsultowany w ośrodku specjalistycznym. My nie mówimy o tysiącach czy dziesiątkach

tysięcy pacjentów, my mówimy o małej grupie, ale dla tej małej grupy pacjentów, którzy są leczeni, którzy... To jest tak, tak jak pan profesor Mroczek mówił, pokazywał pacjentkę – ja miałam sytuację sprzed trzech tygodni, gdzie pacjentka od skończenia 18. roku życia była prowadzona przez poradnię rejonową, pacjentka z sinicą – i nie została nigdzie przekazana. Dopiero gdy jej stan się bardzo pogorszył. Po prostu była w AOS, wizyta była prowadzona, pacjentka się czuła dobrze, OK – jest sina, była sina, wyszła z opieki dziecięcej jako pacjentka z wadą siniczą. Nie było ciągu dalszego. Dlaczego?

Mówimy bardzo dużo... Państwo tutaj pokazywali program profilaktyki. My na wszystkich konferencjach staramy się, na konferencjach towarzystwa kardiologicznego, mówić o tych pacjentach. To są tematy niszowe, ale staramy się wszędzie mówić o tych pacjentach. Tak więc ważne by było, aby finansowanie w takich sytuacjach było powiązane z skierowaniem pacjenta do ośrodka referencyjnego i tak naprawdę żebyśmy stworzyli tę sieć e-Konsyliów, i rozpropagowali to. To pozwoliłoby nam w dużym stopniu tę opiekę poprawić.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Zapraszam panią.

Członek Sekcji Wad Wrodzonych Serca u Młodocianych i Dorosłych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. dr hab. n. med. Magdalena Lipczyńska:

Szanowni państwo, Magdalena Lipczyńska, ja reprezentuję Warszawski Uniwersytet Medyczny, od 25 lat zajmuję się pacjentami z wadami wrodzonymi serca.

Ośrodek, który reprezentuję, należy do unikalnych ośrodków, dlatego że mieści w sobie zarówno oddział kardiologii dziecięcej, kardiochirurgii dziecięcej, jak i kardiologii dorosłych z wybitnym specjalistą leczącym wady wrodzone serca, panem profesorem Mariuszem Kuśmierczykiem. Ja ten ośrodek reprezentuję od roku. Nie jesteśmy centrum doskonałości kardiologicznej w dziedzinie wad wrodzonych serca, mimo że spełniamy te kryteria.

Ja bym wróciła jednak do ustalenia nowych zasad, definicji ośrodka centrum doskonałości kardiologicznej w dziedzinie – wady wrodzone serca. My wszyscy, kardiolodzy, czy dorośli, czy pediatryczni, zajmujący się pacjentami z wadami wrodzonymi, znamy się. Znamy się z imienia, nazwiska, wiemy konkretnie, czym się zajmujemy i najlepiej potrafimy określić, który ośrodek leczy rzeczywiście pacjentów z wadami wrodzonymi, a który takimi pacjentami się nie zajmuje.

Ja jeszcze chciałam podkreślić jedną rzecz. Od bardzo wielu lat prowadzę kardiologicznie ciężarne pacjentki z różnymi wadami strukturalnymi. Takich kardiologów też jest bardzo niewiele i świadomość kardiologów ogólnych na temat tego, czy pacjentka z wadą wrodzoną, czy z inną strukturalną wadą serca, może być w ciąży, czy też nie i gdzie ta ciąża ma być prowadzona, również jest znikoma. W związku z tym należy pamiętać, że przy okazji tych pacjentów z wadami wrodzonymi mamy także konieczność prowadzenia takiej opieki. Pan profesor pokazał doskonałe przykłady tego, jak bardzo spada dzietność w naszym kraju, a te pacjentki bardzo często, mimo że chcą być matkami, uzyskują informację, że matkami być nie mogą. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję...

Kierownik pracowni w IPCZD prof. IPCZD dr hab. n. med. Grażyna Brzezińska-Rajszyś:

Szereg rzeczy – przepraszam, ale muszę to powiedzieć – zostało... Tutaj Magda powiedziała hasłowo – i to jest ważne – to, że ośrodek WUM nie ma takiego tytułu, wynika wyłącznie z tego, że przez trzy lata z tego ośrodka takie procedury, nie będąc wykonywane, nie były w NFZ dostępne. W związku z tym za chwilę, w momencie, kiedy pani dyrektor będzie łaskawa, żeby zwrócić uwagę na to, że należy uszczegółowić czy zmienić pewne zasady... To jest to, co mówiłam – rewizja tych zasad jest konieczna.

Natomiast poruszyła pani problem edukacji. Ja nie chciałabym mówić na temat edukacji, dlatego że to jest cholerycznie trudny temat – czy my mamy kompetentne zespoły lekarskie, pielęgniarские, generalnie medyczne, czy też nie, ile od nich wymagamy, jakie mamy zasady edukacji, jakie mamy zasady egzekwowania tego, jak my się zachowujemy na egzaminach i czego wymagamy w trakcie szkoleń. Później wynika z tego właśnie to, co pani mówi – że ktoś nie ma pojęcia, że kobieta w ciąży z wadą wrodzoną musi mieć zupełnie inne zasady. To jest po prostu dodatkowy temat, który wychodzi zawsze przy naszych dyskusjach – czyli poziom edukacji i profesjonalizmu. Dziękuję i przepraszam.

Przewodnicząca zarządu sekcji PTK dr n. med. Ewa Mroczek:

Ja tylko jedno chcę powiedzieć, że właśnie to centrum doskonałości powinno zawierać... Przepraszam. Ale powinno zawierać...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja bardzo przepraszam, ale ja w zasadzie prowadzę posiedzenie i powinnam przydzielać głos – takie są wymogi formalne. Robi się trochę bałagan.

Od pewnego czasu moja koleżanka posłanka czeka na głos – więc teraz ją pozwolę sobie wpuścić. Bardzo cię proszę.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca, a zwłaszcza dziękuję szanownemu gronu. Naprawdę ubolewam, że inni parlamentarzyści już musieli udać się do innych obowiązków, ale mam tę nadzieję, że to dobrodziejstwo XXI wieku, możliwość zapisu tego posiedzenia, stenogramu z niego oraz osobistych kontaktów z tak zacnymi ekspertami pozwoli nam, parlamentarzystom, pomóc państwu.

Dzisiaj mamy dwa tematy tego posiedzenia. Z jednej strony kwestia profilaktyki i tego, co możemy zrobić dla osób, które jeszcze nie weszły w chorobę – wiemy, że rozwój cywilizacyjny nieuchronnie niestety prowadzi nas także do tego, że w te choroby wchodzi coraz więcej osób – a z drugiej strony ta kwestia dotycząca właśnie rozwoju medycyny, państwa umiejętności i doskonałości. Naprawdę serdeczne *chapeau bas*, że państwo po prostu non stop się kształcą i są w stanie pomagać kolejnym osobom. Bo gdybyśmy się cofnęli, przypuszczam, o 20–30 lat, to bardzo wielu z tych pacjentów, którzy są przez państwa zaopiekowani, po prostu by z nami nie mogło dalej być i żyć na tym świecie. Taka jest niestety okrutna prawda. A dzisiaj jest wielka nadzieja na to, że mogą być.

Całkowicie rozumiem państwa frustrację dotyczącą tego, że już mamy jakieś zasoby, umiejętności, możliwości, ale chyba brakuje dialogu. I mam nadzieję... Tutaj apel do Ministerstwa Zdrowia. Wiem, że pani jedna w tej roli, a tutaj tyle zostało powiedziane, ale my także będziemy z przewodniczącą Wichą, jak przypuszczam, jak i z innymi parlamentarzystami apelować do ministerstwa – bo to jest akurat ta jednostka, która powinna z państwem rozmawiać, uczyć się od państwa też, jakie są oczekiwania i możliwości. Bo ja przypuszczam, że to nie jest kwestia złej woli, tylko być może braku wiedzy, że w ogóle tak to powinno być skonstruowane. To, że będzie się rozwijał plan dla chorób rzadkich i to, że będą powstawały ośrodki, i to, że państwo też mają swoje przemyślenia, pomysły i tym podobne, powinno być jak najbardziej wykorzystane. Tutaj deklaruje wsparcie, żeby ministerstwo ten głos także usłyszało i odpowiedziało na niego – bo to jest najważniejsze.

Mnie z kolei bliższe, z racji również wykształcenia, jest to zdrowie publiczne i kwestia tej profilaktyki. Tutaj bym chciała jeszcze właśnie dowiedzieć się od pani dyrektor... Bo, koniec końców, w tych materiałach, które nam zostały udostępnione, tego nie wyszukałam, pani też powiedziała, że nie chce nas zasypywać tymi liczbami. Z dużym prawdopodobieństwem mogę wnioskować, że one nie są spektakularne. Tak? Aż szkoda, że pani o nich nie powiedziała. Dlatego były te moje przypuszczenia dotyczące nakładów na profilaktykę i tego, ile tego typu działań akcyjnych bardziej... Tak sobie je raczej wyobrażam, patrząc na to, co do tej pory zostało przez Ministerstwo Zdrowia zrobione w różnych aspektach profilaktyki, nie tylko kardiologii. Po prostu myślałam, że one jednak nie są spektakularne. I o to bym raczej apelowała... Oczywiście, to jest świetnie wydane, ale jeżeli dowiemy się, że to są dziesiątki tysięcy egzemplarzy, a nie miliony, to to niekoniecznie musi się przełożyć.

Wiedzą państwo, my trochę jako politycy możemy ewentualnie tylko odnieść się do tego, że mamy doświadczenie związane z kampanią wyborczą, tak? Ale, bądź co bądź, przy tego typu akcjach profilaktycznych jednak można jakoś to przy sobie zestawić. Jeżeli nie zainwestujemy w to, żeby to było wychodzone, żeby to było zauważone, żeby były te rozmowy, żeby były te spotkania, żeby były te prelekcje, żeby były uruchomione różnego rodzaju nośniki, czyli tzw. dywersyfikacja dotarcia, to efektu nie będzie. Pani mówi, że jest jakaś akcja w PKP – super, tylko ja widzę, jak puste są stosunkowo pociągi PKP, bo nimi jeżdżą. Koleżanka powiedziała o innych nośnikach.

Mnie tylko chodzi o to, czy państwo naprawdę mają holistyczny plan na to, żeby coś, co zostało merytorycznie opracowane, w co zaangażowały się dziesiątki ekspertów – państwa czas, nauka, wiedza, doświadczenie – po prostu nie poszło w piach. Bo to by była wielka szkoda. Już nie mówiąc

o tym, ilu ludzi by się dało faktycznie uratować, a z drugiej strony odciążyć system – bo on jest finansowo, organizacyjnie potrzebny właśnie po to, żeby móc pomagać osobom, które nie miały wyboru, takie się urodziły. Każda złotówka zainwestowana mądrze w profilaktykę da możliwość zaoszczędzenia kilkudziesięciu, jak nie kilkuset złotych, w terapię. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To ja teraz bezczelnie sobie pozwolę też zabrać głos, bo też mi się trochę pytań uzbierało.

Takie jedno krótkie pytanie. Na początku tutaj, jak chyba pan profesor przedstawiał swoją prezentację, padło pytanie – a może nie pan, nie pamiętam – czy bardziej się boimy nowotworów... To pan. Czy bardziej się boimy nowotworów, czy chorób układu krążenia? I zdaje się, że nie padła odpowiedź, czego się bardziej boimy. To jest moje pierwsze pytanie. Bo to za sobą niesie pewne też konsekwencje w tym, jak postępujemy. Podejrzewam, że bardziej się boimy jednak chorób nowotworowych, nie zdając sobie sprawy z tego, jak bardzo mogą być groźne choroby układu krążenia. To jest jedno.

Dwa. Nie do końca rozumiem, na czym by miała polegać ta zmiana w zaopiekowaniu się pacjentami, którzy wchodzi w wiek dorosły. Czy to miałyby być tak, że ci pacjenci zostaną nadal na tych samych oddziałach kardiologiczno-pediatrycznych, czy raczej mają powstać zupełnie inne jednostki? Jakies takie, nie wiem, oddziały przejścia między dorosłością...

Widzę, że państwo kręcicie głowami. To już ja nie będę brnęła w to swoje pytanie. Bo chciałabym, żeby to było uściśnione, jak to ma wyglądać i do jakiego wieku ma być ten pacjent. Słyszałam między 16 a 20. Pani Parafianowicz, jak była na prezydium, coś mówiła nawet, zdaje się, o 26 latach. Chciałabym to uściślić – i to jest drugie moje pytanie.

Trzecie pytanie. Widzę tutaj, a wręcz wyczuwam, pewną taką, jakby to powiedzieć... Coś gdzieś się zadziało niedobrego, zdaje się, w przydzielaniu tych... Jak to tam się mówi? Doskonałości. I ja bym bardzo chciała, żeby to jednak wybrzmiało, gdzie się zrobił ten problem i kto przydzielał? Jakby można było wrócić do tego. Bo rozumiem z tego, co państwo tutaj mówicie, że nie do końca – już powiem to wprost – te ośrodki, które dostały, zasługują na to, żeby dostać tę nazwę centrów doskonałości.

Pozwolę tutaj najpierw odpowiedzieć pani minister... Pani dyrektor. Ale to w przyszłości... Pani dyrektor, a potem państwa poproszę. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Bardzo dziękuję. Odniosę się szybko do pytań.

Jeśli chodzi o działania profilaktyczne, to te liczby są faktycznie... Ja podam kilka. Ale założmy, jak robiliśmy „Pytanie na śniadanie”, to mieliśmy zasięgi rzędu 500 tys. osób. To nie jest mało. Jak robiliśmy audycję w Telewizji Polskiej, to było półtora miliona. Jak robimy akcję, jeśli chodzi o „10 dla Serca”, to my widzimy te piki, my monitorujemy, który kanał jest najlepszy. Właśnie jak pan profesor był w audycji „Dzień Dobry TVN” i mówił o „dziesiątce”, to od razu nam się przełożyło tak naprawdę na 140 tys. otwarć tej ankiety. A więc, wprowadzając to, też monitorujemy, szukając najlepszego rozwiązania.

To PKP to jest pierwsze działanie, które będzie w tym roku – ale to nie znaczy, że to jest ostatnie. Powiedziałam o tym dlatego, że to już się zadziało na początku tego roku. To, że zmieniamy aplikację, żeby była bardziej dostępna i że wprowadzamy pewne narzędzia, żeby tego pacjenta zachęcić, jest właśnie po to, żeby to żyło i żeby z tymi zasięgami pójść trochę dalej. Myślę, że za kilka miesięcy będziemy w stanie już pokazać państwu też konkretne działania, które my planujemy – bo to jest cały cykl. Powiedziałam tylko o tym, co zostało zrealizowane w tej chwili.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050):

Super.

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

A jeszcze nie wiemy, jak to w PKP nam się przełoży – bo to dopiero badamy.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050):

Super, ja to rozumiem. Ale czy państwo... To faktycznie robi wrażenie, tylko państwo są Ministerstwem Zdrowia i to jest kwestia, że to może robić wrażenie na skromnym debutującym polityku, który sam wstawia posta i jak ma taki zasięg, to faktycznie może się ucieszyć. Ale nie w przypadku ważnej kampanii informacyjnej dla Polek i Polaków. To powinien być dzień w dzień

taki zasięg. Może faktycznie zmonitorowanie, który kanał informacji jest najlepszy, ale później akcja taka, że tydzień w tydzień mamy coś, co da nam pik na poziomie kilku milionów. Ja się bardzo cieszę z każdego ludzkiego życia uratowanego i z tego, że ktoś wejdzie w tę profilaktykę. Tylko jako parlamentarzystka oczekuję, żebyśmy naprawdę wrócili do takich kampanii społecznych przygotowywanych przez Ministerstwo Zdrowia – zwłaszcza we współpracy z wybitnymi ekspertami, którzy poświęcają na to swój czas i swoją wiedzę – żebyśmy osiągnęli zasięgi, które będą obejmowały co najmniej połowę naszej populacji.

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Proszę mi wierzyć, że to jest nasz cel i mam nadzieję, że następnym razem będę mogła powiedzieć...

Posel Wioleta Tomczak (Polska2050):

Kibicuję i trzymam kciuki.

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Ale ja tylko się odniosę jeszcze przez sekundkę do... Jeśli chodzi o e-Konsylium, bo ten temat był poruszony. To jest narzędzie, które będzie wdrożone. To nie jest tak, że my to porzuciliśmy. Bardziej od strony informatycznej dopracowujemy i ono będzie dostępne jak najbardziej, bo jest bardzo potrzebne.

Jeśli chodzi jeszcze o CDK, Centra Doskonałości Kardiologicznej – tam były konkretne kryteria. Jeżeli opieramy się na konkretnych kryteriach, a któryś z ośrodków nie spełnia, to nie mamy takiej możliwości dla centrów doskonałości, nawet jeżeli zdajemy sobie sprawę, że dany ośrodek powinien być... Nie mamy ścieżki odwoławczej. Natomiast to jak gdyby nie zamyka ścieżki faktycznie – to, co powiedziała pani profesor – żeby jeszcze raz się przyjrzeć, dlatego że to nie jest tytuł dany raz na zawsze. To jest proces na podstawie kryteriów, który będziemy robić też cyklicznie.

To tak w skrócie, odpowiadając na te wszystkie rzeczy. Ale już oddaję głos panu profesorowi.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

A nie. Tutaj pan się zgłaszał, a nie zabierał jeszcze głosu – ja pana wpuszczę pierwszego, a potem pana profesora Mrocza.

Sekretarz zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz:

Aleksander Prejbisz, Narodowy Instytut Kardiologii.

Ja chciałem zwrócić uwagę, że mądra profilaktyka to niekoniecznie są zasięgi. Bo to, co jest realizowane przez nas w ramach „Narodowego programu chorób układu Krążenia”, to również jest badanie tego, co jest potrzebne. I mówiąc: „Zostańmy przy nastolatkach i młodzieży”, mamy raport, który został przygotowany przez nas, pokazujący, że na przykład u młodych dziewczyn w wieku 18 lat spada aktywność fizyczna o połowę w okresie zimowym. Co z tego wynika? Być może to, że nie powinniśmy produkować kolejnych orlików, tylko produkować miejsca, gdzie jest możliwość aktywności fizycznej w okresie zimowym, i zachęcać do tej aktywności.

Widzimy, że nie jest problemem u młodych dorosłych ich wiedza, że nie wolno palić tytoniu. Nie możemy po raz kolejny straszyć, robić reklam z trumnami – bo one nie działają po prostu. Tylko tam problemem jest na przykład jakość snu, długość czasu spędzanego przed ekranem. Czyli to, co jest realizowane... Proszę pamiętać też, że „Narodowy program chorób układu krążenia” jest programem na ileś lat. Na to również zwracała uwagę wcześniej Naczelna Izba Kontroli – najpierw trzeba zbadać, co jest potrzebne. I my zaczynamy, badamy, jakie są potrzeby. Też wyniki badania WOBASZ będą nam mówić, które czynniki ryzyka w tej chwili są największym problemem. My się oczywiście domyślamy, co jest największym problemem. Mamy jakieś badania ankietowe, kwestionariusze tysięcy Polaków, Medonet etc., ale to nie są badania epidemiologiczne. One nie mówią nam prawdy, skąd się bierze to, co Piotr pokazywał – dziewięć lat różnicy w przeżywalności pomiędzy poszczególnymi powiatami. To jest w tak homogenicznej populacji nie do zrozumienia – dlaczego jest dziewięć lat różnicy życia pomiędzy mężczyznami? Wszystko zależy od tego, czy żyje w Katowicach, czy w Opolu. To jest paradoks. A więc ta profilaktyka, mądra profilaktyka przynosi olbrzymie zyski.

A łącząc nas z dziećmi, pokazanie tej katastrofy demograficznej – bo to jest katastrofa demograficzna w tej chwili... Ona pokazuje, że jeżeli my nie zadbamy o profilaktykę w tym momencie,

będziemy mieli za kilkanaście lat chorych emerytów, na których nie będzie miał kto pracować. To jest ważny element, to jest ważniejsze być może niż inne elementy bezpieczeństwa narodowego – przepraszam, że tak powiem – bo to za kilkanaście lat spowoduje, że staniemy się niefunkcjonalnym narodem, biednym narodem, podczas gdy jesteśmy w tej chwili dwudziestą gospodarką świata. To też jest kwestia popatrzenia na profilaktykę.

Oczywiście można przesiewać różne rzeczy. Były poprzednie programy, „Profilaktyka 40 PLUS”, etc. Można wszystko zbadać, tylko musi iść reakcja. Teraz w programie „Moje zdrowie” badamy czynniki ryzyka, ale potem jest konsultacja lekarska i podjęte są działania. I my wiemy z różnych badań naukowych, że to jest element, który my powinniśmy również włączyć. Czyli nie tylko przesiewamy, ale dajemy pewne reakcje. Stąd również rozwój w „10 dla Serca” działań mających na celu zwiększanie świadomości. Także – pani dyrektor wspomniała o tym – rozwinęta będzie strona kardiologia.gov.pl w zakresie profilaktyki, która będzie nośnikiem informacji. Bo też jest problem taki, że nasi współobywatele mają po prostu nieprawdziwe informacje z internetu, również dotyczące profilaktyki. My jesteśmy trochę tutaj jak Don Kichot. Nie dość, że jest lobbing firm czy lobbing biznesu, który powoduje, że ludzie żyją niezdrowo – zaczynając od tego, że żywność niezdrowa jest tańsza i jest powszechnie reklamowana, alkohol jest powszechnie reklamowany – to jeszcze jest nam bardzo trudno przebić się z informacją o zdrowym stylu życia. A chcemy o tym mówić pozytywnie.

Kończąc, profilaktyka jest sexy – i to powinno być naszym przesłaniem.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Zabrakło mi tego hasła – było poprzednio, jak się spotykaliśmy.

Panie profesorze?

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

Podsumowując – jeśli mogę się zwrócić do pani dyrektor – chodzi o to, że jesteśmy w tym okresie przejściowym. Tworzą się centra doskonałości, one muszą tworzyć się wokół garstki ludzi – dlatego że, jak pokazałem, zasoby są bardzo ograniczone – wokół garstki ludzi o największych możliwościach. W zasadzie chodzi tylko o pewną elastyczność. Z jednej strony o zniesienie limitu wiekowego dla operacji wykonywanej w ośrodkach pediatrycznych. Wydaje mi się, że nie powinniśmy tworzyć limitu 20 czy 22 – bo pokazałem pacjentkę dwudziestopięcioletnią o masie 45 kg. To nie ma sensu. To nie jest tak, że kardiolog dziecięcy i kardiochirurg będą chcieli prowadzić pacjentów do późnej starości – bo tego nie potrafią i nie będą chcieli.

Pan profesor Gierlotka na pewno lepiej zrobi interwencję u pacjenta trzydziestoparoletniego w zakresie naczyń wieńcowych, zastawek czy innych wad niż kardiolog interwencyjny dziecięcy. Tak więc w pewnym momencie nastąpi naturalne przekazanie tych pacjentów, a równocześnie zbuduje się większa grupa ludzi o bardzo dużym doświadczeniu.

Chodzi o to, że mamy potężny potencjał, bardzo dobre wyniki, chodzi o to w kardiologii, kardiochirurgii dziecięcej, żeby kardiolog dorośli dorównali do tego poziomu – nie chodzi o obrażanie kogokolwiek. Tu chodzi o to, że świetni kardiolog dorośli muszą się też wejść w ten obszar. Zatem chodzi o pewną elastyczność – tak jak mówiła pani profesor – o przegląd centrów. Bo to były pewne decyzje administracyjne w oparciu o jakieś arbitralne kryteria. Wiemy – pani przewodnicząca słusznie spuentowała – że jest jakiś problem. Jest ten problem, więc pewnie trzeba będzie się przyglądać temu. Ale jest okres przejściowy – tu siedzą mamy – pacjenci już potrzebują opieki. Jeżeli podejmiemy nie tak restrykcyjnie – bo nic z tej restrykcji nie wynika, że pacjent osiemnastoletni nie może być leczony w tym szpitalu, ale po drugiej stronie ulicy już może być... Nic z tego nie wynika.

To nie generuje kosztów dla systemu, więc tu nie ma obawy, że będą inne pieniądze. Nie. Poza tym to są w ogóle małe pieniądze, bo to są małe grupy ludzi. Chodzi o to, żeby w tej chwili uelastyczyć system, po to żeby zyskali na tym pacjenci i żebyśmy dali sobie czas na budowę centrów. Zresztą na przykład w ośrodkach w Stanach Zjednoczonych w oparciu o właśnie takie elastyczne podejście tworzą się centra, gdzie współpracują dorośli i dziecięcy kardiolog dorośli i kardiochirurg dorośli – i takie ośrodki osiągają najlepsze wyniki.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Ja widzę osoby, które chcą zabrać głos. Mamy naprawdę pięć minut do końca. Wiem, to jest bardzo mało. Mogę się co najwyżej pięć minut spóźnić, ale mamy tam głosowania i musimy niestety z koleżanką pójść. Tak że panią bardzo teraz...

A nie, przepraszam – pan profesor, tak?

Dobrze, to proszę.

Przewodnicząca Krajowej Rady do spraw Kardiologii, dyrektor NIKard prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska:

Zażartowałam w pewnym momencie, ale to nie było zabranie głosu.

Chcę powiedzieć, że poza tym, że jestem dyrektorem Narodowego Instytutu Kardiologii, pełnię funkcję przewodniczącej Krajowej Rady do Spraw Kardiologii i to ta krajowa rada jeszcze w poprzednim składzie pracowała nad wypracowaniem dość ważnego elementu, jakim było powstanie Krajowej Sieci Kardiologicznej i stworzenie centrów doskonałości. W tej chwili pracujemy w nieco innym składzie, w nieco inny sposób. I chcę państwu powiedzieć, że mieliśmy w dużej części... Pani profesor Brzezińska-Rajszyś reprezentowała w tym zespole kardiologię dziecięcą, był również kardiochirurg.

Chcę powiedzieć, że już wiedzieliśmy o tym, że sama nazwa centrów doskonałości będzie budziła bardzo duże emocje, bo każdy chce być doskonały. Wiedzieliśmy, że jakiegokolwiek kryteria będą przyjęte, będą kryteriami złymi. Mieliśmy tę świadomość, niemniej powstało coś, co ma sens w połączeniu z „Narodowym programem chorób układu krążenia” i tym pomysłem na tzw. *transition*, czyli przekazywanie tych pacjentów, uwzględniając dwa lata wcześniej, dwa lata później.

I tu się chcę na chwileczkę odnieść do tego szesnastolatka. To nie jest tak, że ja, rozmawiając z panią dyrektor, myślałam o tym, że kardiochirurg dziecięcy sobie nie poradzi z dużym młodym mężczyzną, tylko mówiliśmy o interwencjach w obszarze zaburzeń rytmu serca, gdzie my mamy wyjątkowy sprzęt w Narodowym Instytucie Kardiologii i musimy prosić o specjalne zezwolenie, żeby leczyć tych młodych ludzi – a powinniśmy móc leczyć. A więc o to raczej szło.

Kardiochirurg, konsultant krajowy do spraw intensywnej terapii prof. UJ dr hab. n. med. Tomasz Mroczek:

O elastyczność.

Przewodnicząca Krajowej Rady do spraw Kardiologii, dyrektor NIKard prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska:

O elastyczność – i stąd był ten przytoczony przykład. Ale wracając do tej sieci, my mamy świadomość, że te kryteria, które były podane, nie zostały spełnione przez Warszawski Uniwersytet Medyczny i że kardiochirurg świetnie wykształcony w Narodowym Instytucie Kardiologii, razem z panią doktor Lipczyńską – która również reprezentowała do ubiegłego roku i też tam została wykształcona – nie zostali uznani za centrum doskonałości. Nie zostali uznani, bo zostały stworzone kryteria. Jak państwo wiecie, nie ma nic gorszego, niż robić wyjątki w kryteriach, bo wtedy dochodzimy do niczego. Otóż w założeniu jest tak, że my będziemy przeglądali te kryteria i na pewno niektóre centra przestaną być centrami doskonałości, inne zaczną nimi być.

Czy to coś oznacza dla dzieci, które mają wady serca? One nadal mogą być leczone w każdym z tych ośrodków. To nie jest tak, że jest jakieś kierowanie tylko do tych ośrodków. Niemniej pamiętajmy o tym, że na te kryteria się składało raportowanie – my nad tym staraliśmy się troszeczkę zapanować i Narodowy Fundusz Zdrowia porządkuje to raportowanie. Bo tam szło o to, jakiego typu procedury w jakiej ilości były wykonywane. Za tym kryteria dotyczące kompetencji zespołów – też nie wszyscy to spełniali – i kryteria dotyczące sprzętu, wyposażenia itd. Kryteria powinny być, jest czas na dostosowanie się do tych wymogów. Nikt nie ma wątpliwości, że ośrodek WUM powinien być zakwalifikowany – ale w momencie, w którym była kwalifikacja, ja już nie pamiętam, którego kryterium, ale chyba jakiegoś kryterium...

Członek Sekcji Wad Wrodzonych Serca u Młodocianych i Dorosłych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. dr hab. n. med. Magdalena Lipczyńska:

Wszystkie spełniliśmy.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę państwa, nie wchodźmy w te szczegóły, bo ja jeszcze bym chciała oddać głos mamom na koniec.

Przewodnicząca Krajowej Rady do spraw Kardiologii, dyrektor NIKard prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska:

Nie wchodźmy, tylko chcę powiedzieć jedną rzecz – moim zdaniem najważniejszym postulatem byłby postulat dotyczący legislacji, żebyśmy byli elastyczni. Bo jeżeli jest czterech czy pięciu kardiochirurgów, którzy mogą operować wady, to po pierwsze umiemy współpracować ze sobą... I ci kardiochirurdzy, tak jak w Bostonie czy gdziekolwiek indziej... Powinno być tak, że tworzymy te grupy eksperckie w różnych miejscach, tak żeby dla tego pacjenta było jak najlepiej – to jest jedna rzecz. Ale musi być prawne przyzwolenie na to, żeby dziecięcy kardiochirurdzy operowali dorosłych. Myślę, że to powinno być naszym celem – czyli ułatwienie legislacyjne i rozliczeniowe. Dlatego że każda taka procedura... Jak powiedział pan profesor Moczek – my mamy te same problemy – dziewięć miesięcy trwa ten proces legislacyjny. I zrobmy to, co możemy. A myślę, że już się nauczyliśmy troszkę współpracy i w takich poważnych ośrodkach jest możliwość, żeby ekspert przyjechał czy też jakaś grupa dokąds pojechała. Tych dzieci jest na szczęście nie bardzo dużo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pani profesor, ja mam pomysł. Zróbcie sobie państwo okrągły stół, naprawdę widzę tutaj potencjał do tego, żeby się dogadać. Ja tylko tutaj dałam taką platformę do tego, żebyście się spotkali – wszystkie tęgie głowy kardiologiczne. Naprawdę myślę, że można fajne rzeczy zrobić.

Ale teraz ja bym chciała jeszcze oddać głos mamie.

Przedstawiciel Fundacji Serce Dziecka Ewa Redzik:

Ewa Redzik, ja jestem mamą dwudziestodwulatki z wrodzoną wadą serca – i teraz serduszko ma jednokomorowe. Jesteśmy tutaj przedstawicielkami naszych dzieci, jednokomorowców, które nie wyglądają inaczej, nie zachowują się inaczej, to są bardzo mądre dzieci. To, co przeszły, to, że my tu jesteśmy, a nie one, wynika tylko z tej nadopiekuńczości, dlatego że chcemy je chronić, żeby one mogły zająć się wreszcie tym normalnym życiem. Niemniej jednak, znając się od urodzenia, oni, tworząc grupy, rozmawiają ze sobą. I to jest tak, że córa po 18. roku życia została wystawiona poza oddział dziecięcy. I my musimy sobie radzić z tym wszystkim. Te dzieciaki naprawdę bardzo się boją.

Przywiozłam ze sobą dokumentację medyczną mojej córki – to jest tylko dokumentacja kardiologiczna. Posiadam jeszcze siedem tomów, bo mamy jeszcze siedmiu specjalistów. Serce jednokomorowe to jest zespół naczyń połączonych – to nie jest tylko jedno serce, to jest wiele naczyń. Bo nasze dzieciaki nie są przystosowane do tego, żeby żyć na takim krążeniu, krążeniu fontanowskim. To jest zupełnie coś innego, one muszą funkcjonować w tym.

Chapeau bas dla naszych lekarzy, bo to, co oni robią, to jest po prostu kosmos i to jest nasze największe dobro narodowe. To, co my obserwujemy na konferencjach kardiologicznych, to jest po prostu nie do opowiedzenia – co się dzieje u nas w kraju. Nasze dzieciaki dorosłe obserwują to – bo przecież doniesienia płyną też z telewizji – i są pełne uznania, że idziemy do przodu. Nasze dzieciaki są leczone paliatywnie, więc zdają sobie sprawę, że ten rozwój medycyny rzutuje też na ich życie, żeby po prostu one mogły żyć jak najdłużej. Ale w tej chwili boją się, jak długo to jeszcze potrwa – bo fajnie to wygląda w dziecięcej kardiologii, ale potem one mają naprawdę ogromny strach.

I to jest tak – te dwa tomy plus te kolejne siedem... To nie jest tak, że my przeskakujemy i ktoś się z tym wszystkim zapozna. My potrzebujemy rozwiązań tu i teraz, nasze dzieci potrzebują, nie mają czasu. Bo my znamy przypadki, które są tak powikłane... Koleżankę tutaj mieliśmy, że mąż z krwiopluciem między ośrodkami woził taksówką. Nie możemy dopuszczać do czegoś takiego, bo to jest być albo nie być naszych dzieci teraz. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za ten głos.

Czy jeszcze któraś z pań chciałaby zabrać głos – któraś z mam?

Dobrze. Proszę państwa, przekroczyliśmy czas, ale jeśli ktoś bardzo jeszcze chce coś powiedzieć, to ja jestem gotowa dać jeden głos i potem już naprawdę kończymy. Nie widzę.

To jak to jest, panie profesorze, z tymi obawami? Kto się czego bardziej boi?

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw NPChUK prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Dobrowolski:

Pani przewodnicząca, zdecydowanie chorób onkologicznych niż kardiologicznych, więc...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Czyli potwierdziłam tylko to, co sobie pomyślałam. A naprawdę, słuchajcie, to jest też wasza rola, jeśli chodzi o tę właśnie profilaktykę i oświatę, żeby o tym mówić. Bo my się boimy tego, co nas według naszego mniemania zabije natychmiast. Bo takie mamy wciąż przekonanie o chorobach nowotworowych – chociaż to też jest nieprawda. Wiadomo, że onkologia też poszła bardzo mocno do przodu. Jest kwestia tylko tego, żeby szybko wykryć i wiele tych nowotworów można wyleczyć. A jeśli chodzi o serce, to nam się wydaje, że na serce i w ogóle na choroby układu krążenia chorują tylko starsze osoby. Tak młodzi ludzie myślą naprawdę – że to ich zupełnie nie dotyczy, że oni mogą balować do rana, mogą nie spać, pić, palić papierosy i w ogóle oni są poza zasięgiem tych wszystkich chorób. Tylko nie myślą o tym, jak to się bardzo nawarstwia. I jeszcze jedzenie słodkiego i tłustego.

À propos tłustego czwartku, tak...

Proszę państwa, bardzo serdecznie dziękuję za to spotkanie. Myślę, że ono było potrzebne i owocne. Naprawdę polecam państwu spotkać się i porozmawiać jeszcze o tych wszystkich rozwiązaniach, żeby wszystkie te sprawy, o których tutaj dzisiaj mówiliśmy, rozwiązać dla dobra tych naszych dzieciaków i potem dorosłych. Bo ja tutaj nie widzę w ogóle żadnego sporu między wami tak naprawdę. Tutaj spokojnie można się dogadać. To nie są jakieś straszne zmiany.

To tak naprawdę mi się wydaje, że to jest – tak tutaj patrzę na panią... Pani dyrektor kiwa głową i ja myślę, że tutaj pani dobrze wie, że to nie są jakieś bardzo fundamentalne zmiany, tylko kwestia kilku drobnych jakichś posunięć w tę czy w tamtą stronę i można wiele rzeczy naprawdę zrobić dla dobra tych dzieciaków i osób dorosłych z chorobami serca.

Tak jak tutaj pan profesor powiedział – co mnie strasznie ucieszyło, bo to jednak rzadko się słyszy – że pieniądze nie są potrzebne, bo wszyscy raczej mówimy o tym, że są potrzebne... Ale okazuje się, że po prostu strategia i odpowiednie zadziałanie też może dużo zrobić. Tak że jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję.

Zamykam posiedzenie.

Tutaj muszę formułkę jeszcze wygłosić, że wszystkie materiały będą dostępne. Posiedzenie było nagrywane, tak że jak ktoś będzie chciał jeszcze zajrzeć, to zapraszam. Bardzo serdecznie dziękuję.