

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO

(NR 5)

z dnia 13 czerwca 2024 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 5)

13 czerwca 2024 r.

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

– rozpatrzenie informacji w sprawie długotrwałych zdrowotnych i społecznych skutków COVID-19;

– rozpatrzenie Informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli dostępności i jakości świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Konieczny** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Piotr Miklis** wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Mikołaj Tarasiuk** zastępca dyrektora Departamentu Rynku Pracy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Bogumiła Dertkowska** zastępca dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **prof. Agnieszka Neumann-Podczaska** dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, **prof. Wojciech Naumnik** kierownik I Kliniki Chorób i Gruźlicy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, **dr hab. Renata Głównczyńska** adiunkt I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **dr Joanna Miłkowska-Dymanowska** adiunkt Kliniki Pneumonologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, **dr Małgorzata Gasperowicz** biolog rozwoju Uniwersytetu w Calgary, **Dobrawa Biadun** dyrektor do spraw prawnych i procedur Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Grzegorz Perzyński** prezes Fundacji Transplantacja LIVERstrong, **Mateusz Chmielarz** sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych wraz ze współpracownikami, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich oraz **Zofia Sobczak** przedstawiciel Stowarzyszenia Pacjent Europa.

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

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji w sprawie długotrwałych zdrowotnych i społecznych skutków COVID – i tutaj przedstawiają minister zdrowia oraz minister rodziny, pracy i polityki społecznej – oraz punkt drugi: rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli dostępności i jakości świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 – przedstawia prezes Najwyższej Izby Kontroli.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze na iPadach. Dostępne

są również w formie papierowej tutaj – u pana sekretarza. Proponuję, aby punkt pierwszy i drugi zostały po kolei zreferowane, a następnie przeprowadzimy łączną dyskusję nad tym punktami porządku dziennego.

W związku z tym chciałabym zapytać panie i panów posłów, czy ktoś wnosi uwagi do tej propozycji? Wobec braku sprzeciwu i uwag przechodzimy do rozpatrzenia informacji. Proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Najwyższej Izby Kontroli o przedstawienie w kolejności informacji. W pierwszej kolejności poproszę Ministerstwo Zdrowia. W takiej kolejności: najpierw Ministerstwo Zdrowia, potem Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i na koniec NIK. Zapraszam pana ministra zdrowia.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, długoterminowe zagrożenia zdrowotne, które wynikają z pandemii COVID-19 i z przebytej choroby oczywiście są zmienne w czasie i obserwujemy ich różny stopień nasilenia – w zależności od tego, jak dużo czasu mija od czasu pandemii. Generalnie można przyjąć, że specjalnie dedykowane programy, które miałyby służyć leczeniu następstw COVID-19 siłą rzeczy zostają zastępowane poprzez pewne ogólne działania systemu opieki zdrowotnej, które dotyczą następstw różnych przebytych chorób. Oczywiście COVID-19 ma swoją specyfikę, natomiast w większości pacjenci udają się po porady do specjalistów, którzy reprezentują dane dziedziny medycyny, które leczą dolegliwości związane z akurat tym, a nie innym przebiegiem COVID-19 i objawami tak zwanego long COVID czy następstw po przebytej chorobie. Zgodnie z wytycznymi Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji zalecenia w long COVID i post COVID – jest to wersja z grudnia 2021 – długotrwałe utrzymujące się objawy COVID-19 klasyfikuje się jako long COVID – objawy trwające od 4 do 12 tygodni. Post COVID – objawy COVID 19 trwające dłużej niż 12 tygodni.

Jak wiemy, ostra postać choroby trwa do 4 tygodni po zakażeniu. U większości osób dolegliwości mijają, ale u niektórych mogą utrzymywać się dłużej lub nawracać w krótkim okresie po ustąpieniu. Wówczas rozpoznaje się long COVID czyli długotrwały COVID-19, który prowadzi do szerokiego wachlarza konsekwencji zdrowotnych. Objawy long COVID występują u około 10% pacjentów, którzy mieli różny stopień nasilenia ostrej fazy zakażenia. Stwierdza się go jednak również po łagodnym, nawet bezobjawowym przebiegu infekcji. Z kolei objawy występujące po dwunastym tygodniu choroby nazywamy post COVID. Nadal ograniczona jest wiedza naukowa dotycząca mechanizmu tego stanu chorobowego, ciężkości czasu utrzymywania się objawów oraz odległego wpływu na organizm. Objawy występujące po COVID-19 utrzymujące się dłużej niż kilka tygodni, niosą dla wielu układów i narządów negatywne konsekwencje. Szeroko udokumentowano niekorzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy, oddechowy i nerwowy. W przebiegu choroby może dochodzić do uszkodzenia nerek, naczyń krwionośnych, zmian skórnych oraz zaburzeń psychicznych. Po przebyciu COVID-19 może wystąpić tak zwany wieloukładowy zespół zapalny oraz choroby autoimmunologiczne, w których układ odpornościowy organizmu niszczy własne komórki. Procesy te mogą prowadzić do długotrwałych objawów. Najczęściej występują duszność, kaszel, zmęczenie i osłabienie, upośledzenie funkcjonowania i mobilności, trudności w myśleniu, koncentracji, zapamiętywaniu, tak zwana mgła mózgowa, zaburzenie funkcji poznawczych, orientacji, oceny rzeczywistości i przetwarzania informacji, lęk, obawy, zmartwienie, obniżenia nastroju, utrata zainteresowań, kołatanie serca, odczuwanie nieregularnego bicia serca. Może wystąpić ból w klatce piersiowej, głowy, stawów, mięśni brzucha lub innych okolic, biegunka, drętwienie kończyn, mrowienie, pieczenie lub palenie – czyli to są, mówiąc językiem neurologicznym, parestezje – zaburzenia węchu lub smaku, katar, bezsenność, inne problemy ze snem, gorączka, światłowstręt i inne zaburzenia widzenia, brak apetytu, wysypki skórne, zmiany nastroju, zaburzenia cyklu miesięczkowego. Wymienione objawy mogą powodować także inne, niezwiązane z infekcją SARS-CoV-2 choroby zarówno występujące wcześniej, jak i nowe, które mogą być wynikiem ponownego zakażenia SARS-CoV-2. U niektórych pacjentów mogą pojawić się następujące objawy, świadczące o zagrożeniu życia – utrata przytomności, zaburzenia świadomości

ści, ból uciskający lub dławiący w klatce piersiowej, nasiloną duszność, przyspieszony oddech, sine usta, obniżona saturacja, ogniskowe objawy neurologiczne, czyli niedowład, zaburzenia czucia, mowy, niedowidzenie, objawy wieloukładowego zespołu zapalnego – szczególnie u dzieci – wysoka gorączka, ból brzucha, wysypka, senność, kaszel, duszność, szybka akcja serca, ciężkie objawy psychiatryczne zagrożone samookaleczeniem lub samobójstwem. Jak widać, są to objawy dotyczące bardzo wielu układów i bardzo wielu specjalizacji – wynikające po pierwsze, z przebytej choroby, po drugie, z toczącego się procesu autoimmunologicznego lub zapalnego, który w przypadku objęcia danego organu czy danego układu, jak układ nerwowy, może nawet powodować właśnie objawy czy to zapalenia naczyń, czy zapalenia po prostu tkanki mózgowej, które prowadzą do objawów ogniskowych. Z tym że jest to spotykane oczywiście również w innych chorobach wirusowych, zwłaszcza tych o cięższym przebiegu.

Problemy neurologiczne i psychiatryczne najczęściej zgłaszane przez pacjentów po ostrym COVID to przewlekłe zmęczenie, utrzymujące się zmęczenie, zwłaszcza niewywołane wysiłkiem, nieustępujące po odpoczynku, pogarszające jakość życia, zaburzenia poznawcze, zaburzenia emocji, zaburzenia snu, zespoły bólowe, zaburzenia węchu i smaku. Powyższe problemy mogą utrzymywać się od czasu ostrego zakażenia SARS-CoV-2. Mogą też pojawić się kilka tygodni lub miesięcy po zakażeniu i utrzymywać się od kilku tygodni do kilku miesięcy lub dłużej. Nasilenie wyżej wymienionych objawów może być różne – od niewielkiego do bardzo dużego. Może też zmieniać się w czasie. Większość pacjentów może podejmować codzienne aktywności, ale ponad połowa wskazuje, że neurologiczne objawy long COVID lub post COVID pogarszają codzienne funkcjonowanie w domu i w pracy oraz jakość życia. Wyżej wymienione objawy mogły być wyrazem poważnej choroby neurologicznej występującej z przebytym COVID-19 lub nie mieć z nią związku. Na przykład ból głowy może być objawem zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych albo krwotoku mózgowego. Ból mięśni może być objawem zapalenia mięśni, bóle kończyn objawem zapalenia nerwów, a problemy z pamięcią początkiem choroby otępiennej.

Nie istnieje marker biologiczny, który jednoznacznie świadczy, że wyżej opisane problemy zdrowotne są wywołane zakażeniem SARS-CoV-2. Z tego powodu w przypadku każdego pacjenta, który zgłasza się do lekarza rodzinnego z wyżej opisanymi objawami, należy rozważyć konsultację neurologiczną lub psychiatryczną według potrzeb. Następnie specjalista powinien podjąć decyzję, czy pacjent wymaga dalszej regularnej obserwacji i leczenia czy też potrzebna jest pogłębiona diagnostyka w postaci badań neuropsychologicznych, neuroobrazowych lub elektrofizjologicznych i innych. Należy pamiętać, że przesiewowe badania funkcji poznawczych, na przykład te z mini-mental state examination nie zawsze są wystarczająco czułe do potwierdzenia skarg pacjenta. Dopiero pełne badanie neuropsychologiczne może wykazać nieprawidłowości. Obecnie nie ma badań, które dokumentują skuteczność jakiegokolwiek terapii przyczynowej. Możliwe jest stosowanie tylko leczenia objawowego. Do dyspozycji lekarza pozostają różne leki, w zależności od potrzeb, a także psychoterapia i fizykoterapia. Opisane objawy mogą wystąpić po przebytym COVID-19, ale mogą wynikać z innych przyczyn niezwiązanych z tą infekcją. W tych przypadkach wymagane jest udzielenie natychmiastowej pomocy medycznej. Oczywiście chodzi o to, iż nie jest... Lekarzy nie zwalnia to z obowiązku dokładnego diagnozowania pacjenta – nawet jeżeli on wskazuje, że przebył COVID i źle się czuje. Tutaj nie można też zaniedbać odpowiednik diagnostyki ukierunkowanej w stronę innych chorób, które mogą sugerować, że są następstwem czy objawiać się tak jak następstwa COVID-19, a być zupełnie inną chorobą. Dlatego też tutaj jest konieczna czujność i niemożliwość otworzenia jakiegoś odrębnego systemu opieki, tylko dla pacjentów, którzy są pacjentami pocovidowymi – to jest po prostu niewłaściwe i medycznie nieuzasadnione.

U większości osób dochodzi do spontanicznego powrotu do zdrowia i całkowitego ustąpienia dolegliwości. Niektórzy potrzebują dłuższego odpoczynku, stopniowo wracają do pełnej sprawności. Objawy long COVID występują u około 10% pacjentów, którzy mieli różny stopień nasilenia ostrej fazy zakażenia. Stwierdza się go również po łagodnym, a nawet bezobjawowym przebiegu infekcji. To jest istotne, że jakby stopień przebiegu tej choroby tylko w pewnym stopniu jest skorelowany z tym, czy później będą jakieś

objawy w przyszłości. Długotrwałe dolegliwości występują zwłaszcza u hospitalizowanych, szczególnie leczonych na oddziale intensywnej terapii i u których zastosowano sztuczne oddychanie przy użyciu respiratora. No to wiadomo, że po prostu tutaj stopień uszkodzenia tkanek w czasie ostrej fazy choroby jest większy niż u innych i daje swoje następstwa w późniejszym czasie.

Docelowa struktura publicznego systemu ochrony zdrowia dedykowana profilaktyce oraz zwalczaniu długoterminowych skutków COVID-19 – według ekspertów brak jest uzasadnienia dla tworzenia odrębnych struktur w systemie opieki zdrowotnej dla pacjentów po COVID-19. Docelowy model organizacyjno-funkcjonalny dla takiego programu powinien polegać raczej na wydzieleniu dedykowanej ścieżki, czyli algorytmu diagnostycznego dla pacjentów zgłaszających objawy COVID oraz na systemowym zwiększeniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznej świadczeniodawców na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ośrodków specjalistycznych. To właśnie na poziomie ambulatoryjnym podejmowane działania profilaktyczne z zakresu long COVID i post COVID powinny mieć charakter wzmożonej czujności diagnostycznej u pacjentów, którzy przeszli COVID-19. Ponadto większość ekspertów uważa za zasadne wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej programu profilaktyki post COVID i long COVID wskazującej na konieczność podjęcia skoordynowanych działań zapobiegawczych zapewniających z jednej strony przeciwdziałanie występowania objawów long COVID w grupie pacjentów wysokiego ryzyka, z drugiej zaś możliwość szybkiej diagnostyki i optymalnego leczenia pacjentów zgłaszających takie objawy. Eksperci, którzy nie widzą zasadności wprowadzenia takiego programu, uzasadnią swoją opinię bardzo szerokim spektrum objawów klinicznych, które mogą wystąpić po COVID-19, dużymi trudnościami, w wyodrębnieniu grupy, która miałaby się kwalifikować do takiego programu oraz ustalenia zakresu badań diagnostycznych do wykonania w sytuacji braku testowania na szeroką skalę.

Czyli wracamy do tego, co na początku, że zakres objawów oraz mnogość układów, które mogą być uszkodzone czy też dawać objawy w trakcie tej fazy post COVID, jest tak duża, że po prostu lekarze w większości specjalizacji – dotyczy tych bardziej, powiedzmy, dedykowanych, na przykład neurologia – powinni brać pod uwagę i mieć w pamięci, zachowywać tę czujność, że dane objawy mogą być związane właśnie z przebytą chorobą wirusową, w tym przypadku COVID i tutaj tworzenie jakiejś odrębnej ścieżki rzeczywiście nie byłoby uzasadnione.

W celu przetestowania dedykowanego programu rehabilitacji leczniczej i dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 ukierunkowanego na remisję tej choroby, poprawę wydolności wysiłkowej i krążeniowej i sprawności oddechowej, siły mięśniowej, ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego, NFZ wdrożył pilotaż w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytych COVID-19. Przedmiotowy program pilotażowy realizowany był od września 2020 roku do grudnia 2022 roku przez jeden ośrodek z województwa opolskiego – Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głucholazach. Sumaryczna wartość rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych pacjentom w ramach pilotażu w okresie wrzesień 2020 – grudzień 2022 wynosiła 11 587 600 zł. Do końca grudnia 2020 roku do pilotażu zostało włączonych 3090 świadczeniobiorców. Odsetek chorych zakwalifikowanych do programu pilotażowego w stosunku do liczby świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 wyniósł 0,05% pacjenta, więc bardzo mało. W ciągu pierwszych czterech miesięcy realizacji pilotażu do rehabilitacji leczniczej włączono 314 pacjentów. Tutaj można powiedzieć, że z informacji przekazanych przez realizatora wynika, że przyczyną tego, że program nie został zrealizowany dla większej ilości pacjentów, było po prostu niezgłaszanie się pacjentów w wyznaczonym terminie do szpitala, pomimo podejmowanych przez realizatora działań zmierzających do przesunięcia terminów na liście oczekujących na wcześniejszy termin. W zdecydowanej większości przypadków spotykały się one z odmową pacjentów. Czyli nie było dużego zainteresowania, chociaż ankiety, które zostały wykonane w czasie pilotażu, wskazywały zadowolenie z udziału w pilotażu, były pozytywne odpowiedzi na temat poziomu obsługi oraz opieki medycznej. Negatywne opinie stanowiły 1% wypełnionych ankiet.

Oczywiście obserwowano pewną poprawę tolerancji wysiłku, zmniejszenie duszności, zwiększenie sprawności fizycznej pacjentów włączonych do pilotażu. Z uwagi na stale rosnące zapotrzebowanie na rehabilitację leczniczą w dniu 2 kwietnia 2021 r. minister zdrowia wydał prezesowi NFZ polecenia, które umożliwiły uruchomienie rehabilitacji postcovidowej finansowanej przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Tutaj jako cel główny programu fizjoterapii postcovidowej ustalono wspomaganie pewnego powrotu do zdrowia i aktywności, w tym zawodowej, osób po przebytych COVID-19. Cele szczegółowe obejmowały poprawę tolerancji wysiłku fizycznego, zmniejszenia natężenia objawów związanych z przybyciem COVID-19, edukację tak zwanych ozdrowieńców w zakresie samodzielnego radzenia sobie z objawami związanymi z przybyciem COVID-19. Placówkami mogącymi udzielać świadczeń w ramach opieki postcovidowej w warunkach ambulatoryjnych były podmioty wykonujące działalność leczniczą odpowiadającą realizacji świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej wpisane do rejestru określonego w ustawie o działalności leczniczej. Program ten mógł być realizowany przez podmioty spełniające wymagania określone w programie fizjoterapii postcovidowej. Oczywiście również można było ten program stosować w warunkach domowych w określonych zakresach.

Tutaj ważną rzeczą było wprowadzenie rehabilitacji psychiatrycznej pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Świadczenia z tego zakresu mogły być wykonywane przez podmioty lecznicze posiadające podpisaną umowę z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna, leczenie uzależnień. Realizację programu zakończono z dniem 30 czerwca 2022. Program rehabilitacji postcovidowej finansowano ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a koszt oszacowano na 133 900 tys. zł.

Minister zdrowia uznaje, że aktualny system opieki zdrowotnej na poziomie opieki ambulatoryjnej w Polsce zabezpiecza możliwość udzielania świadczeń dla pacjentów zgłaszających się z objawami long COVID. Dowody naukowe oraz uzyskane opinie ekspertów klinicznych sugerują, że zalecane postępowanie diagnostyczne przy bardzo szerokim spektrum objawów klinicznych, które mogą występować po COVID-19, może być efektywnie wdrażane w ramach aktualnego wykazu świadczeń gwarantowanych. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Badanie diagnostyczne dla pacjentów long COVID czy post COVID są finansowane w ramach stawki kapitałowej lub budżetu powierzonego. Konsultacje specjalistyczne najczęściej zlecane pacjentom long i post COVID – to tak zwana konsultacja pulmonologiczno-kardiologiczna – znajdują się w zakresie świadczeń opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej.

Ponadto zakres istniejących programów profilaktycznych – to jest program profilaktyki 40 plus, program profilaktyki chorób układu krążenia – pokrywa się w znacznej części z zakresem świadczeń zalecanych long i post COVID. Z uwagi na powyższe dalsze działania optymalizacyjne opieki nad pacjentami będą wymagały zwiększenia czujności diagnostycznej lekarzy POZ i wdrażania postępowania zgodnego z wytycznymi long COVID. Rehabilitacja pacjentów wymagających dalszego usprawnienia jest efektywnie realizowana w ramach istniejących zakresów świadczeń gwarantowanych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Czyli reasumując i nieco skracając, sytuacja zdrowotna czy sytuacja medyczna związana z epidemią, z tym, co się wydarzyło i co obserwowaliśmy, zmierza w kierunku tego, że jest to jedna z chorób wirusowych, której przebieg może prowadzić do powstania pewnych właśnie zespołów oddalonych w czasie dotyczących różnych układów, różnych systemów ludzkiego organizmu i jako taka powinna być traktowana jako jedna z wielu – tak jak na przykład powikłania pogrypowe czy powikłania po innych infekcjach. Z pewną oczywiście specyfiką, zwróceniem uwagi na najczęstsze występujące objawy. Natomiast przeprowadzone analizy nie wskazują na konieczność utrzymywania odrębnego systemu leczenia diagnostyki czy też postępowania w sensie infrastruktury, budowania specjalnie dedykowanego tej chorobie i tym zespołom, które występują po przebytej chorobie COVID-19. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo serdecznie dziękuję. Teraz zapraszam do zabrania głosu przedstawicieli Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Zastępca dyrektora Departamentu Rynku Pracy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Mikołaj Tarasiuk:

Dzień dobry państwu. Mikołaj Tarasiuk, zastępca dyrektora Departamentu Rynku Pracy.

Ja króciutko odniosę się do sytuacji na rynku pracy w związku z COVID-em. Zacznę od bezrobocia.

W 2020 roku zaobserwowano wzrost bezrobocia. Stopa bezrobocia rejestrowanego zwiększyła się z 5,5% w końcu lutego 2020 do 7,1% na końcu 2021. W 2021 roku sytuacja na rynku pracy zaczęła się poprawiać. W październiku 2021 roku liczba bezrobotnych – około 911 tys. – była niższa niż przed wybuchem pandemii w lutym 2020 roku – ponad 920 tys. osób. Stopa bezrobocia rejestrowanego w końcu roku 2021 spadła do 5,8% , w końcu 2022 roku 5,2% oraz 5,1% w końcu 2023 roku. Według ostatnich szacunków w końcu maja 2024 stopa bezrobocia wyniosła 5%, a liczba bezrobotnych była na historycznie niskim poziomie 778 tys. osób. Poziom bezrobocia rejestrowanego za maj jest mniej więcej o 141 tys. osób niższy niż w pandemii, czyli w roku 2020. Zaobserwowaliśmy także, że COVID miał wpływ na absencję w pracy. Z danych ZUS wynika, że liczba dni absencji chorobowej w 2023 roku związanej z powikłaniami po COVID wzrosła w porównaniu do 2022 roku.

Wpływ na rynek pracy i absencje. Z zaobserwowanych danych, jakie posiadamy, oraz przepisów jakie zostały wprowadzone, można stwierdzić, że w 2023 roku 25% pracowników wykonywało swoje obowiązki w formie zdalnej – jest to wzrost o ponad 15% w stosunku do roku 2019. Niestety mamy też negatywne skutki, czyli na przykład z powodu long COVID częściej są zgłaszane problemy z koncentracją, zmniejszoną wydajnością w pracy, co przekłada się wprost na liczbę dni chorobowych oraz niższą produktywność pracowników. Zaobserwowano także wzrost liczby zwolnień związanych z absencją dotyczącą zwolnień lekarskich wystawianych w związku z zaburzeniami psychicznymi pacjentów.

Zastępca dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Bogumiła Dertkowska:

Bogumiła Dertkowska, zastępca dyrektora w Departamencie Pomocy Społecznej.

Ja jeszcze tylko krótko uzupełnię wypowiedź mojego kolegi w zakresie pomocy społecznej – bo tutaj, jeżeli chodzi o skutki COVID-19, warto wspomnieć, jak pokazały nam doświadczenia w okresie covidowym, iż domy pomocy społecznej i placówki świadczące całodobową opiekę w szczególności sposób również były narażone na transmisję tego wirusa właśnie wśród mieszkańców i personelu. Skutki, jakie są trwałe, to zmiany legislacyjne, które wówczas wprowadziliśmy, które miały na celu głównie umożliwienie pracownikom domów pomocy społecznej tak zwanego rotacyjnego czasu pracy, a także umożliwienie w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii przeniesienia pracowników samorządowych za ich zgodą do pracy w innej jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, a także w tym zakresie uregulowano kwestię, w której poddano kwarantannie pracowników i osoby świadczące pracę właśnie w domach pomocy społecznej.

Jeżeli chodzi o zakres ministerstwa, to tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo serdecznie dziękuję. I teraz zapraszam przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli.

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli Piotr Miklis:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Piotr Miklis, jestem wiceprezesem Najwyższej Izby Kontroli. Wraz ze mną jest obecny zespół – pani radca prezesa NIK Agnieszka Rejmer-Kopania, pani Katarzyna Gradzik, doradca ekonomiczny w delegaturze w Katowicach, która tę kontrolę koordynowała, i pan dyrektor Mariusz Marquardt, dyrektor delegatury NIK w Katowicach.

Szanowni państwo, moja obecność tutaj jest nieprzypadkowa. Ja jako dyrektor delegatury NIK w Katowicach pełniłem funkcję koordynatora tej kontroli, więc w odniesieniu do słów pana ministra pozwolę sobie tylko na taką ogólną uwagę – my mówimy dzisiaj tylko o fragmentach większej, wiele większej układanki. Dlatego że spośród problemów, które zamierzamy dzisiaj poruszyć w naszej prezentacji, problem rehabilitacji pocovidowej jest oczywiście problemem głównym, natomiast cały czas pogłębionej dyskusji wymaga zagadnienie długu zdrowotnego, który pozostał nam szczególnie po pierwszym szoku wywołanym przez COVID i po sparaliżowaniu systemu ochrony zdrowia w pierwszym półroczu trwania epidemii pełnoskalowej. To jest kwestia zamkniętych przychodni. To jest kwestia wstrzymanej diagnostyki, także nowotworowej. To jest kwestia kardiologii. Zatem mówiąc dzisiaj o szczegółach, miejmy tę świadomość, że jest to w zasadzie... Jeżeli spojrzymy na przebieg epidemii w naszym kraju, my zajmujemy się tą fazą, która w zasadzie wieńczyła losy covidowego pacjenta bądź pacjentów, którzy ze względu na COVID i nadmierne asygnowanie zasobów do przeciwdziałania COVID... I zablokowanie systemu ochrony zdrowia spowodowało właśnie zjawisko długu zdrowotnego, i zjawisko, z którym będziemy się borykać, myślę, że jeszcze przez szereg lat.

Chciałbym, żebyście państwo potraktowali naszą prezentację dotyczącą programów rehabilitacji postcovidowej jako swego rodzaju studium przypadku. Studium, które mogłoby być zatytułowane jako studium chaosu. Dlatego że, drodzy państwo, tu daty odgrywają kluczową rolę... Dlatego że 2 kwietnia 2021 r. to jest dzień, w którym mieliśmy drugą najwyższą w czasie pandemii liczbę osób zmarłych w szpitalach. Dlatego trudno oprzeć się wrażeniu, że działania ówczesne ministra zdrowia miały charakter pewnej akcji, która miała narastające zaniepokojenie społeczne związane z tym, co działo się wiosną 2021 roku, zaadresować – tak to określię.

Korelacja dat otwarcia i zamknięcia programu pilotażowego. Drodzy państwo, otóż mamy do czynienia z przedziwnym przypadkiem, w którym program pilotażowy, który miał dać podstawy do opracowania programu długofalowego, trwał dłużej niż programy długofalowe. Zaraz w szczegółach się do tego odniesiemy. Jeżeli mógłbym dwoma słowami scharakteryzować to, co działo się na płaszczyźnie rehabilitacji postcovidowej... No trzy słowa – pośpiech, chaos, niemoc. Drodzy państwo, ja dostrzegłem w słowach pana ministra – to jest refleksja wynikająca też z upływu czasu – pewne uzasadnienie tego, że wniosek nr 2 zawarty w informacji Najwyższej Izby Kontroli nie został przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zrealizowany. My tam prosiliśmy o rozważenie możliwości stworzenia takiego dedykowanego produktu dla osób, które dotknięte COVID-em w sposób szczególnie kwalifikowałyby się do pewnej kompleksowej – nazwę to w cudzysłowie wielkim – obsługi jako pacjenci rehabilitacji stacjonarnej. Stacjonarne, bo oczywiście pamiętamy, że my mówimy o warunkach, w których średnio chyba na rehabilitację w systemie stacjonarnym oczekuje się około roku. Mówimy o sytuacji, w której pacjent nie ma pełnej swobody w doborze środków i metod, jakie mogą posłużyć. To jest sytuacja, w której chyba najlepszą ilustracją jest los pacjentów kardiologicznych – że dobrze leczymy zawały, ale pacjenci nam w ciągu roku potem umierają, bo zapisać się do kardiologa jest to swego rodzaju w naszym systemie ciągle wyczyn.

Drodzy państwo, pani przewodnicząca, za pozwoleniem pozwolę sobie przekazać głos i zaprezentujemy szczegółowe ustalenia kontroli. Proszę tylko pamiętać – jeżeli pewien niedosyt będzie państwu towarzyszył – to jest pewien przyczynek do niezbadanej jeszcze historii tej epidemii w Polsce. Pokazujemy tu tylko ułamek tego, o czym warto będzie mówić, i wnioski, które warto będzie wyciągnąć. Ja tylko powiem jedno – drodzy państwo, w innych informacjach Najwyższa Izba Kontroli wskazywała na jeden podstawowy problem – żaden z organów państwa nie pokusił się o kompleksową ocenę doświadczeń, które przyniósł ze sobą COVID w ciągu bez mała trzech lat trwania epidemii. Doświadczeń finansowych, organizacyjnych, doświadczeń związanych z organizacją struktur państwa, z reagowaniem kryzysowym. My apelujemy o to i ciągle czekamy, dlatego że ta analiza została już przez kraje będące na analogicznym poziomie rozwoju do naszego kraju w części bądź w całości dokonana. Tu powołałam się na przykład brytyjski. Powołałam się na przykład niemiecki. To jest coś, co warto analizować także pod kątem odporności kraju na zagrożenia, z którymi mamy do czynienia obecnie. Dlatego

że akurat mechanizm, system ochrony zdrowia, to jest ten system, który w sytuacji zaostrzenia się stanu za naszą wschodnią granicą będzie testowany ponownie – oby nie bardziej boleśnie.

A teraz po tych niepokojących informacjach, mam nadzieję, przeniesiemy się w historię i opowiemy państwu, jak wyglądały sprawy związane z udostępnieniem rehabilitacji postcovidowej. Dziękuję bardzo i przekazuję głos.

Pełniący obowiązki dyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Katowicach Mariusz Marquardt:

Dziękuję bardzo. Niestety mamy pewną trudność techniczną, ponieważ nie potrafimy przedstawić państwu prezentacji, która została przygotowana. Ale może w czasie, kiedy będę prezentował tę informację, uda się pokonać ten problem.

Proszę państwa, dlaczego podjęliśmy tę kontrolę? Ponad 6,4 mln osób zakaziło się koronawirusem SARS-CoV-2 – w związku z tym skala ogromna. Z raportu, jaki w 2021 roku opracował AOTMiT, wynikało, że 19% pacjentów z COVID było narażonych na ciężki przebieg choroby. I w związku z tym pojawiła się kwestia rehabilitacji tych osób, które udało się zachować przy życiu i powoli przywracać do zdrowia. Pan minister wspominał tutaj o programie pilotażowym, który był realizowany od kwietnia 2021 r. Ja wspominam o nim tylko po to, żeby zauważyć, że realizacja tego programu nie była przedmiotem naszej kontroli. Ale zauważamy też fakt, że uruchomienie programów rehabilitacyjnych, które kontrolowaliśmy – to działo się jakby obok.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja bardzo przepraszam, czy mógłby pan odrobinę mikrofon przysunąć? Trochę słabo słychać. Dziękuję bardzo.

Pełniący obowiązki dyrektor Delegatury NIK w Katowicach Mariusz Marquardt:

Mam nadzieję, że będzie lepiej.

Kontrolą, proszę państwa, objęliśmy trzy zasadnicze grupy spraw. Czyli chcieliśmy odpowiedzieć na pytanie: Czy sposób i poziom finansowania rehabilitacji pocovidowej pozwoliły zapewnić odpowiednią jakość i dostępność tych świadczeń, czy proces udzielania tych świadczeń po przebytej chorobie został prawidłowo zorganizowany oraz czy prawidłowo realizowano i rozliczano te świadczenia?

Kogo objęliśmy kontrolę? Kontrola objęła 15 podmiotów. Było to 5 oddziałów wojewódzkich NFZ – w Szczecinie, Wrocławiu, Katowicach, Kielcach i Lublinie – oraz 10 świadczeniodawców, podmiotów leczniczych, które realizowały te świadczenia ambulatoryjne w różnym trybie, zarówno stacjonarnym, jak i uzdrowskowym, jak i ambulatoryjnym.

Co stwierdziliśmy? Uznaliśmy, że programy zostały rozpoczęte bez należytego, rzetelnego określenia, jakie jest potencjalne zapotrzebowanie na objęte nimi świadczenia. Spośród skontrolowanych pięciu oddziałów tylko dwa – i wyłącznie w czasie realizacji programów – przeprowadziły analizy zabezpieczenia świadczeń w tym zakresie, przy czym w obu przypadkach przyjęto różne podejście do oceny dostępnych świadczeń. Kierownicy objętych kontrolą oddziałów NFZ wskazywali na ograniczone możliwości prowadzenia analiz długości czasu oczekiwania na te świadczenia, co wynikało z faktu, iż świadczenia te nie podlegały wpisowi w aplikacji Kolejki Centralne, w której prowadzone są harmonogramy przyjęcie, listy osób oczekujących na świadczenia. Także decyzja o wygaszeniu programów nie została poprzedzona przeprowadzeniem ewaluacji skuteczności ich wdrożenia, gdyż takiego mechanizmu nie przewidziano na etapie konstruowania tych programów. Nie zapewniono także wykorzystania w toku wniosków i doświadczeń z programu pilotażowego, który, tak jak powiedziałem wcześniej, był realizowany równolegle.

Realizacja programów została zakończona bez powiązania z przebiegiem epidemii. Programy zakończono bowiem decyzją wydaną 31 marca, a wystawianie skierowań możliwe było tylko do 4 kwietnia 2022 r. W okresie tym, następującym po kulminacji piątej fali hospitalizacji, w szpitalach pozostawało jeszcze ponad 4 tys. pacjentów z COVID-19.

Na slajdzie, który państwo możecie teraz zobaczyć, pokazane są zarówno środki, jakie zostały przeznaczone na poszczególne rodzaje rehabilitacji – to te dwa górne paski – oraz liczba osób objętych rehabilitacją.

Ponieważ pani przewodnicząca prosiła o skracanie, nie będę państwu tego bliżej przypominał. Ale warto zwrócić uwagę, że w 2021 roku w trybie stacjonarnym rehabilitowanych było 21 290 pacjentów, natomiast w kolejnym 2022 roku tych osób było 5655 na oddziałach szpitalnych. A w odróżnieniu od roku wcześniejszego 7745 w zakładach leczenia uzdrowiskowego, czyli odwróciła się ta proporcja w tych dwóch przypadkach. Mówimy cały czas wyłącznie o tych pięciu województwach, które objęte zostały naszą kontrolą.

Objęte kontrolą oddziały NFZ, odpowiednio do polecenia ministra i zarządzenia prezesa NFZ w sprawie sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń, przeprowadziły nabory świadczeniodawców do udziału w realizacji tych programów. Generalnie poza pojedynczymi przypadkami nie mieliśmy w tej kwestii istotnych zastrzeżeń. Stwierdzono jednak przypadki nierównego traktowania świadczeniodawców przez fundusz polegającego na tym, że w części świadczeniodawcy spełniający warunki nie zostali włączeni do programu. Warto podkreślić, że w poszczególnych regionach objętych właściwością poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ występowały nierówności. Nie było przypadku, w którym świadczenia rehabilitacyjne dostępne byłyby w każdym z powiatów danego województwa. Nie stwierdziliśmy niestety takiego przypadku. Sytuacja wyglądała różnie w różnych województwach.

Poproszę o następny slajd. Tutaj, jak państwo widzicie, najlepsza sytuacja to ten niebieski fragment kółka w województwie lubelskim – świadczenia, które w znakomitej większości zostały udostępnione pacjentom. Natomiast te żółte fragmenty to są te niezaspokojone świadczenia. Mam na myśli liczbę powiatów, w których nie było możliwości dostępu do tych świadczeń.

W trakcie kontroli zweryfikowaliśmy płatności realizowane przez oddziały NFZ-u. Stwierdziliśmy pewne nieprawidłowości. One dotyczyły głównie jednego oddziału i składały się na kwotę 1,8 mln zł środków wypłaconych w nadmiernej wysokości w stosunku do zrealizowanych świadczeń. Dostrzeżliśmy w trakcie kontroli fakt, że ani departament kontroli NFZ ani żaden skontrolowany oddział wojewódzki nie przeprowadzili kontroli udzielania tych świadczeń w trakcie ich realizacji. Z uzyskanych danych wynikało, że spośród 2169 pacjentów, którym termin realizacji świadczeń wyznaczono po 30 czerwca, czyli po zakończeniu tego programu, najwięcej bo 1177 posiadało skierowania na leczenie w zakładach leczenia uzdrowiskowego – 772 w trybie stacjonarnym, 218 w trybie ambulatoryjnym i dwie osoby w trybie domowym. Ten krótki termin, jaki został wyznaczony na realizację już wystawionych skierowań ustalony przez ministra w swojej decyzji z 31 marca 2022 r. spowodował, że tylko część pacjentów, którzy mieli już wystawione skierowania, mogła ostatecznie skorzystać z tego świadczenia.

Nieprawidłowości stwierdziliśmy także w toku kwalifikowania pacjentów do leczenia. Stwierdzono przypadki – na szczęście były to mimo wszystko nieliczne przypadki – pacjentów, którzy wbrew przyjętym założeniom kilkukrotnie uzyskali możliwość objęcia rehabilitacją. Stwierdzono także przypadki w dwóch podmiotach wyznaczenia terminów przyjmowania i leczenia pacjentów niezgodnie z kolejnością zgłoszeń, co oczywiście było niezgodne z przyjętymi zasadami.

W wyniku kontroli sformułowaliśmy jako NIK następującą ocenę. Organizacja udzielania świadczeń w ramach programów nie pozwoliła na pełne zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów wymagających tych świadczeń, pomimo zapewnienia pełnego ich finansowania z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Programy zostały rozpoczęte bez rzetelnego określenia, jakie jest potencjalne zapotrzebowanie na te świadczenia. Dostępność do świadczeń udzielanych w ramach programów nie była powszechna i równomierna. Brak podmiotów chętnych do udzielania świadczeń wynikał z kolei z tego, że przystąpienie do programów wymagało pewnego przygotowania ze strony potencjalnych świadczeniodawców – a nie wszyscy byli na to gotowi i mieli takie możliwości. W programach nie ujęto mechanizmów służących do dokonywania oceny osiąganych wyników, nie zapewniono też wykorzystania w toku ich realizacji wniosków i doświadczeń wynikających z programu pilotażowego.

Jak wspominałem, wystąpiły przypadki nierównego traktowania świadczeniodawców na etapie naboru do realizacji tych programów bądź zawarcia umowy z podmiotami,

które nie spełniały wszystkich wymogów w zakresie warunków realizacji świadczeń, o których mówimy. Stwierdzono także nieprawidłowości w toku kwalifikowania pacjentów do leczenia u pięciu z dziesięciu świadczeniodawców brak lub niekompletną dokumentację wymaganą do kwalifikowania pacjentów do tego świadczenia. Stwierdziliśmy, o czym już państwu wspominałem, także nadmierną wypłatę środków z NFZ-u w przypadku jednego z oddziałów wojewódzkich, co skutkowało tym 1,8 mln zł wypłaconymi ponad miarę.

W związku z tymi naszymi ustaleniami i dokonaną oceną, Najwyższa Izba Kontroli sformułowała dwa wnioski – oba do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Pierwszy to przeprowadzenie weryfikacji naliczenia i wypłacenia środków wydatkowanych na świadczenia udzielone w ramach programów, w szczególności pod kątem poprawności wykazywania przez świadczeniodawców liczby udzielonych świadczeń, oraz w drugi wniosek – wspomniał o tym pan prezes – rozważenie wprowadzenia nowego produktu rozliczeniowego lub nowego zakresu świadczeń w ramach rodzaju świadczeń rehabilitacja lecznica dla pacjentów po przebytej chorobie COVID w celu umożliwienia im uzyskania kompleksowej rehabilitacji uwzględniającej zarówno leczenie związane z zaburzeniami pulmonologicznymi, kardiologicznymi, neurologicznymi i objawami ze strony narządu ruchu z wykorzystaniem doświadczeń i oceny realizacji programu pilotażowego.

Po zakończonej kontroli – bo jak państwo się zorientowali, mówimy już o sprawach, które miały miejsce rok temu, a nawet więcej – mogę państwa poinformować, że wyniki kontroli, które zostały przedstawione w 15 wystąpieniach pokontrolnych zawierały wnioski. Na dzień dzisiejszy możemy powiedzieć, że praktycznie wszystkie wnioski – te skierowane do podmiotów objętych kontrolą, do świadczeniodawców – zostały zrealizowane. Z odpowiedzi aktualnych, możemy powiedzieć, że wnioski zostały zrealizowane. Pozostaje kwestia jedynie odmiennego stanowiska prezentowanego przez ministra zdrowia względem wniosku formułowanego w kwestii utrzymania takiej ścieżki świadczeń rehabilitacyjnych, które sprzyjałyby leczeniu osób po chorobie COVID-19.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo serdecznie dziękuję za ten raport, który, nie ukrywam, jest po prostu miazdzący w swoim wyrazie i jest jakby trochę niespójny z informacją, jaką mamy od ministerstwa. Bo jeśli się dowiadujemy, że te programy nie są potrzebne, jednocześnie tutaj państwo mówią, że jakby nie została przeprowadzona w sposób rzetelny... znaczy te programy nie zostały rzetelnie przeprowadzone, to coś tutaj się zadziało chyba nie po kolei. Ale to, jak rozumiem, będą wnioski sformułowane – zostały już sformułowane – do Narodowego Funduszu Zdrowia o wyjaśnienie. Więc miejmy nadzieję, że jeszcze jesteśmy w procesie, że ta rehabilitacja jednak będzie przeprowadzana we właściwy sposób i że to nie jest tak, że nie jest potrzebna.

Otwieram dyskusję i zapraszam do głosu koleżankę posłankę.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):

Szanowni państwo, taki jest zwyczaj, że posłowie mają tę możliwość pierwszeństwa, stąd...

Po pierwsze, chciałabym swoje odczucie po tym, co państwo tutaj przedstawili, po tym, co przeczytałam w tych dokumentach, wyrazić – według mnie te przedstawione przez oba ministerstwa, a najbardziej przez Najwyższą Izbę Kontroli, dane wyraziście wskazują, że działania realizowane, by niwelować długotrwałe skutki COVID-19 były PR-owe, szyte pod medialną publiczkę, by wykazać troskę, z której mogli skorzystać nieliczni. Dziękuję panu prezesowi Miklisowi – nie przekreśliłam nazwiska – za te słowa i za zwrócenie uwagi na brak kompleksowej ewaluacji działań i też za potrzebę zwrócenia uwagi na pamięć o tym długu zdrowotnym, który przez pandemię się wzmocnił. Bo tak naprawdę on przez złe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia cały czas i tak narasta, ale w pandemii jednak bardzo mocno.

A do pana ministra zdrowia kieruję pytanie, czy to stwierdzenie że aktualny system opieki zdrowotnej na poziomie opieki ambulatoryjnej w Polsce zapewnia możliwość udzielania świadczeń dla pacjentów zgłaszających się właśnie z objawami long COVID,

obejmuje również dzieci? Bo pan minister przytoczył wsparcie programów profilaktycznych, w tym profilaktyka 40 plus – a to jest program stricte diagnostyczny – i programu profilaktyki chorób układu krążenia – a to są oba programy dedykowane osobom dorosłym. Zatem pytanie jest o dzieci i czy to jest w ogóle jakaś marginalna kwestia w systemie, mimo wszystko że każde dziecko jest na wagę złota? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za to pytanie. Koleżanka mi ukradła pytanie, ale to bardzo dobrze – to znaczy, że obie pomyślałyśmy dokładnie o tym samym. Bo ja pracowałam na oddziale kardiologii przez kilkadziesiąt lat, a w tym okresie właśnie covidowym stykałam się z pacjentami, z tak zwanymi PIMS-ami, które miały powikłania pocovidowe w postaci zapalenia mięśnia sercowego, zapalenia osierdzia. I też chciałabym się właśnie tutaj dopytać, czy te dzieci zostały w tych wnioskach Ministerstwa Zdrowia uwzględnione. I teraz otwieram dyskusję, już rozszerzając na pozostałych gości. I zapraszam do głosu panią Joannę Miłkowską-Dymanowską.

**Adiunkt Kliniki Pneumonologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
dr Joanna Miłkowska-Dymanowska:**

Dzień dobry państwu. Tak jak już mnie pani przewodnicząca przedstawiła... Uściśnię – jestem lekarzem pulmonologiem, przedstawicielem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

I mam takie zapytanie do pana ministra zdrowia – czy w tej chwili w Polsce istnieje możliwość rehabilitacji oddechowej pocovidowej czy oddechowej ambulatoryjnej? Bo mam wrażenie, że kontrakt ma jedno miejsce w Krakowie.

I drugie pytanie odnośnie edukacji. Czy my rzeczywiście mamy prawidłowo wyedukowanych fizjoterapeutów oraz lekarzy rehabilitacji w zakresie rehabilitacji postcovidowej, uwzględniając oddechową?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za to pytanie i do głosu zapraszam teraz pana Wojciecha Naumnika – przepraszam, jeśli przekreśliłam nazwisko, ale trudne... Zapraszam.

**Kierownik I Kliniki Chorób i Gruźlicy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
prof. Wojciech Naumnik:**

Dzień dobry państwu. Szanowni państwo, szanowna pani przewodnicząca, ja jestem kierownikiem kliniki chorób płuc w Białymstoku, konsultantem wojewódzkim, ale również dzisiaj też przedstawicielem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

Ja bardzo się cieszę, że mówimy o długu covidowym. Doskonale wiemy, co było najczęściej zajęтым narządem w COVID – układ oddechowy. No z całym szacunkiem do kolegów moich, wielce szanownych kardiologów, ale proszę państwa, no proszę zwrócić uwagę – nie może być taka sytuacja, że na przykład jeżeli my mówimy o rehabilitacji układu oddechowego w warunkach ambulatoryjnych... Śmiem twierdzić, że ona praktycznie często nie istnieje. Ambulatoryjnie. Bo jeżeli jest taka sytuacja, że oddziały rehabilitacji oddechowej utrzymują się tylko dlatego, że mają obok oddziały kardiologii, kardiologii inwazyjnej czy inne oddziały... Mało tego, jeżeli jest pacjent rehabilitowany oddechowo i na tej samej sali robi te same ćwiczenia, to kwestia finansowania przez organy państwa – rehabilitacja kardiologiczna i oddechowa – to są dwa skrajne bieguny. Więc wiem, że rehabilitacje oddechowe – po prostu nie ma chętnych do tworzenia. Tak jak mówię, osoby które chciałyby stworzyć, nie są w stanie się utrzymać. I to moje zaniepokojenie – kwestia finansowania, rozliczania rehabilitacji oddechowej. Zatem jeżeli my pulmonolodzy słyszymy, że pulmonolodzy przyjęli rehabilitację oddechową, rehabilitowanie w warunkach ambulatoryjnych, śmiem twierdzić, że wielu regionach polski to po prostu nie działa. Drodzy państwo i tu wyrażam moje zaniepokojenie. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za ten głos. I do głosu zapraszam panią Agnieszkę Neumann-Podczaską.

Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji prof. Agnieszka Neumann-Podczaska:

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Profesor Agnieszka Neumann-Podczaska, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.

Szanowni państwo, powiem tak – mam kilka dobrych wieści. Kilka dobrych wieści dotyczących tego, co Narodowy Instytut robi w obszarze post COVID. Troszeczkę odniosę się w tym kontekście również i do wypowiedzi Ministerstwa Zdrowia, ale i także do wypowiedzi Najwyższej Izby Kontroli – bo myślę że mamy dobre informacje. Mianowicie Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, posiadając największe w Polsce centrum wsparcia badań klinicznych, prowadzi obecnie badanie kliniczne. To badanie kliniczne zakończone będzie 30 listopada 2027 r. Jeszcze zatem przed nami chwila, ale mamy już bardzo dobre obserwacje. To jest badanie kliniczne finansowane, niekomercyjne – finansowane ze środków Agencji Badań Medycznych – badanie terapii pregabalina oraz terapii z zastosowaniem kompleksowej rehabilitacji w leczeniu chronicznego zmęczenia związanego z zespołem post COVID. Szanowni państwo, celem tego projektu jest pokazanie efektywności stosowania znanego leku, znanego dotychczas doskonale w neurologii, niedrogiego leku i jego nowe zastosowanie kliniczne. Być może zatem zobaczymy – to jest pierwsze takie badanie na świecie – że pregabalina będzie przynosiła rezultaty u pacjentów z chronicznym zmęczeniem. Być może niepotrzebne będzie zaangażowanie bardzo kosztochłonnej i czasochłonnej rehabilitacji. Celem tego badania jest przede wszystkim wykazanie tej skuteczności, ale myślę, że ważniejsze jest określenie szerokiego panelu cytokin pro- i antyzapalnych. Mamy w tym zakresie bardzo unikatowe badanie i myślę, że to może być przełomowe w tej dyskusji. To może być przełomowe... To jeszcze jest za wcześnie ale ja mam nadzieję, że ja albo mój następca w 2027 roku – na koniec tego roku – będzie miał dla państwa dobre informacje z tego badania niekomercyjnego. To jest badanie niekomercyjne na kwotę 8 milionów złotych z ABM. Myślę, że będą to bardzo dobrze wydane pieniądze. Szanowni państwo, to ma przynieść nowe rozwiązanie terapeutyczne dla pacjentów. Tak jak wspomniałam, lek jest niedrogi, lek jest stosowany w neurologii do leczenia bólu przewlekłego, do leczenia fibromialgii. A jak wiemy, kliniczny obraz przewlekłego zmęczenia, ale i też innych objawów w obszarze post COVID, tutaj w takim klinicznym ujęciu tej substancji czynnej jak najbardziej się mieści – dlatego to jest bardzo obiecujące. Druga rzecz, o której chcę krótko powiedzieć, to jest z kolei dofinansowanie, które Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji otrzymał od Ministerstwa Zdrowia. To było dofinansowanie, które miało służyć wypracowaniu ogólnopolskiego programu kompleksowej opieki i rehabilitacji poznawczo-leczniczej, a także zasad jej finansowania dla świadczeniobiorców – właśnie ukierunkowanego na remisję choroby, poprawę wydolności wysiłkowej, krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej, ogólnej sprawności fizycznej, a także wsparcie zdrowia psychicznego. I tu rzeczywiście mamy już swoje obserwacje. Ten raport będzie niebawem dostępny. To jest duży ośrodek post COVID, który uruchomił Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Tam w czasie pandemii COVID-19 mieliśmy bardzo wiele konsultowanych i rehabilitowanych pacjentów. Mamy ich nadal, mamy nadal z nimi dyskusję. Będziemy prowadzić szeroką analizę tych wyników, będziemy je też publikować. Zachęcam państwa do śledzenia tych publikacji. One już są opublikowane w impaktowanych czasopismach międzynarodowych z wysoką punktacją w bazie PubMed. Tam już znajdziecie państwo wyniki tych badań. NIK mówił o tym, że my nie mamy wyników. My mamy jako naukowcy – ja teraz mówię z poziomu swojego jako naukowca zaangażowanego w prace badawcze, również równolegle na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, gdzie od wielu lat zajmuję się problematyką post COVID. Pokazaliśmy rzeczywiście szeroko, co post COVID przynosi pacjentom, jakiego rodzaju problem, jak bardzo spada sprawność funkcjonalna, która jest kluczowym elementem funkcjonowania społeczeństwa. I w tym obszarze, łącząc te wyniki niedawno opublikowane w największych czasopismach światowych oraz badanie prowadzone przez NIGRiR, mam nadzieję na dobre, bardzo konstruktywne rezultaty, które nas wspomogą w wypracowaniu rekomendacji dla społeczeństwa – i myślę, że przede

wszystkim sposobu leczenia. Ja pokładam dość duże nadzieje, patrząc na wstępny wynik, który na bieżąco śledzimy w ramach badania klinicznego. Ja mam duże nadzieje co do nowych rekomendacji i co do realnych zmian w charakterystykach produktów leczniczych. Myślę o pregabalinie przede wszystkim. To tyle ode mnie.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję. I teraz zapraszam do głosu panią Małgorzatę Gasperowicz.

Biolog rozwoju Uniwersytetu w Calgary dr Małgorzata Gasperowicz:

Szanowna pani przewodnicząca, drodzy państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie i za okazję podzielenia się państwem informacjami na temat long COVID i projekcjami long COVID na przyszłość. Nazywam się Małgorzata Gasperowicz, jestem biologiem rozwoju, pracuję na Uniwersytecie w Calgary w Kanadzie. Od początku pandemii analizowałam dynamikę rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i prawidłowo przewidziałam wszystkie sześć pierwszych fal, często na tygodnie i miesiące, zanim stały się one oczywiste dla wszystkich. Przewidziałam też, że tak zwany łagodny omikron zabija bardzo wielu ludzi. Już przewidziałam to w grudniu 2021 r. Niestety wszystkie te projekcje się sprawdziły i teraz bardzo jestem wdzięczna, że mogę tu być, bo chciałabym państwa ostrzec przed wzrostem long COVID spowodowanym ciągłymi reinfekcjami, czyli ciągłymi, kolejnymi zakażeniami się COVID-em.

Long COVID są to długoterminowe skutki zakażenia COVID-em, jest to zaburzenie wielosystemowe, mające wpływ na niemal każdy system w organizmie – na serce, na płuca, na układ krążenia, układ nerwowy, mózg i tak dalej. Long COVID może dotknąć każdego. Dotyka dzieci, dotyka dorosłych, mogą na niego zachorować ludzie, którzy są bardzo zdrowi, młodzi, sprawni, na przykład zawodowi sportowcy. Także nie ma na to... nikt nie ma jakichś superwłaściwości chroniących przed long COVID-em. Long COVID najczęściej dotyka ludzi w wieku produkcyjnym. Grupa najbardziej doświadczająca go to 35-64 lata. I to jest naprawdę bardzo ważne – bo to jest grupa, w której mamy doświadczonych pracowników, z wieloletnim stażem, z wieloletnią praktyką zawodową, ludzi, których nie jest łatwo zastąpić – jeżeli stracimy ich z rynku pracowników. I tu long COVID powoduje dwustronny problem. Bo z jednej strony mamy więcej młodych ludzi, którzy potrzebują opieki, a z drugiej strony mamy mniej ludzi, którzy tej opieki są w stanie dostarczyć.

Ilość ludzi cierpiących na long COVID wzrasta. To nie jest niestety tak, że ci to przeszli COVID i mieli pecha i rozwinęli long COVID, no to to mają i teraz musimy sobie z tym poradzić, ale już więcej nie będzie. Ta ilość wzrasta. Pokazują to wyniki badań z Wielkiej Brytanii i Kanady. Z Kanady najbardziej obserwuję, dlatego że mieszkam w Kanadzie – więc jakby analizuję na bieżąco i czytam publikacje tam publikowane. W ciągu roku, od 2022 do 2023 roku, liczba ludzi, którzy deklarowali, że mieli long COVID, podwoiła się. I tutaj też jest to ważne – populacja Kanady jest podobna wielkością do populacji Polski. To jest trochę więcej niż 30 milionów dorosłych. Ostatnie badania Public Health Agency of Canada pokazały że 3,5 mln dorosłych Kanadyjczyków miało lub ma long Covid. Z tego 2 mln ma go teraz. I z tego prawie 500 tys. ma ciężki long COVID. Ciężki, czyli symptomy, które ograniczają codziennie albo bardzo często wykonywanie codziennych czynności. I z nich 100 tys. zadeklarowało, że musiało zrezygnować z pracy albo zrezygnować ze szkoły. I to są tylko dorośli – to nie obejmuje dzieci.

Badania z wielu krajów pokazują że ryzyko rozwinięcia long COVID wzrasta z ilością zakażeń COVID-em, czyli jest to jak rzucanie kostką – czyli im więcej razy rzucamy kostką, tym większe szanse mamy że w końcu wyrzucimy szóstkę. To są wyniki badania Public Health Agency of Canada i Statistics Canada. One pokazują że ludzie, którzy deklarowali że byli raz zakażeni COVID-em – 15% z nich miało long COVID. A już ci, którzy deklarowali że mieli trzy albo więcej razy zakażenie – wśród nich prawie 40% deklaruje, że rozwinęło jakieś symptomy long COVID.

Na podstawie danych opublikowanych w tych raportach wykonałam prognozę na 2026 rok. Jest to bardzo wstępne – chcę od razu zastrzec – jest to bardzo wstępna prognoza, zaledwie na kilku punktach pomiarowych. I jak każda prognoza może się zmienić, gdy będziemy mieli więcej danych. Ale bardzo się chcę nią podzielić, chociaż

jest taką wstępną dopiero prognozą, bo bardzo niepokojące są jej wyniki. Czyli możemy się spodziewać, że jeżeli ten trend się utrzyma, który teraz obserwujemy, i jeżeli ilość reinfekcji, czyli kolejnych zakażeń wielokrotnych, które ludzie mają... Jeżeli ta częstotliwość będzie taka, jak jest teraz – a modele pokazują, że bez używania ochron średnio niezaszczepiony człowiek może zakażać się 1-2 razy w roku COVID-em... I tak przez następne 10-20 lat. Więc jeżeli tego nie powstrzymamy, to możemy się spodziewać, że do 2026 roku w Kanadzie – i znowu populacja jest bardzo podobna wielkością do populacji Polski – 5,5 mln dorosłych będzie miało jakiekolwiek symptomy long COVID, to jest 18% dorosłych, a 1,2 mln, czyli 4% dorosłych będzie miało ten ciężki uniemożliwiający normalne czynności albo utrudniający normalne czynności long COVID. 4% to jest bardzo dużo – to jest jedna dorosła osoba na 25. Mam nadzieję, że to się nie sprawdzi, ale poprzednie moje obliczenia się zawsze sprawdzały. Więc chciałabym przed tym ostrzec.

Na long COVID nie ma lekarstwa. To jest bardzo ważne. Są metody radzenia sobie z symptomami, ale lekarstwa farmakologicznego jako takiego nie ma. Zatem jedynym sposobem, żeby jakoś przeciwdziałać temu wzrostowi long COVID jest przeciwdziałanie zakażeniom COVID-em. Czyli potrzebujemy szczepionek i potrzebujemy czystego powietrza w pomieszczeniach poprzez wentylację i filtrację. Na szczęście – i to jest naprawdę ogromnie ważne – wiemy, że COVID przenosi się drogą powietrzną. To już wiemy bardzo dobrze. Ostatnio została opublikowana wyśmienita praca przez Światową Organizację Zdrowia i CERN dosłownie kilka tygodni temu. Nazywa się ta publikacja ARIA i została zrobiona pod kierownictwem pani profesor Lidii Morawskiej, która pracuje w Australii. Jest Polką.

Na czym polega przenoszenie się drogą powietrzną? Osoba zakażona wdycha aerozole z wirusem, które wypełniają przestrzeń wspólną, tak jak dym papierosowy, mogą się unosić w całym pomieszczeniu, wypełniać go i pozostawać tam nawet przez godzinę. Czyli w sumie jest to wyśmienita wiedza. Bo jeżeli o tym wiemy, to wiemy że jeżeli oczyścimy powietrze przez dobrą wentylację, przez silną filtrację, to usuniemy wirusa ze wspólnego powietrza. Czyli na przykład ja zarażę koleżankę, jeżeli byłabym zakażna – znaczy mam maseczkę, więc bym nie zaraziła, ale założmy że bym nie miała... Zaraziłabym koleżankę, ale już nie zaraziłabym państwa siedzących dalej. Przy złej filtracji bardzo dużo osób się zakażyło w tym pomieszczeniu, gdyby była jedna osoba zakażna. Dlatego bardzo ważne jest oczyszczanie powietrza. I tak jak pozbyliśmy się cholery przez oczyszczenie wody, przez wiedzę, że ona się przenosi przez brudną wodę, tak możemy poradzić sobie z COVID-em i z innymi chorobami przenoszonymi przez powietrze poprzez oczyszczenie powietrza. I właściwie filtracja i wentylacja to jest jedna interwencja, która może rozwiązać wiele problemów. Może rozwiązać COVID, ale też rozprzestrzenianie się innych chorób zakaźnych, które przenoszą się przez powietrze, załatwić alergię, zarodniki pleśni, choroby związane z wdychaniem smogu. Więc jest to może droga na wstępie, interwencja, ale rozwiązuje bardzo wiele problemów. Może nas też uczynić odporniejszymi na... Nie wiem, czy mogę użyć tego – ale na przykład na bioatak albo na nową pandemię, która się zacznie. Po prostu nie rozniesie się ona wszędzie tak szybko, jeżeli będziemy mieli dobrą filtrację.

Podsumowując, long COVID jest poważnym problemem. Liczba ludzi cierpiących na long COVID jest bardzo duża, rośnie i będzie rosła, jeżeli nie powstrzymamy zakażeń. Nie ma lekarstwa na long COVID, ale mamy rozwiązanie. Rozwiązaniem jest wzmożona filtracja i wentylacja we wspólnych pomieszczeniach i zwłaszcza w pierwszej kolejności byłoby ważne wzmocnienie wentylacji i filtracji w pomieszczeniach, które są rozsiwnikami i centrami transmisji – czyli są to szkoły, są to przedszkola, mogą to być szpitale.

Bardzo dziękuję za uwagę i jeżeli mają państwo jakieś pytania, to bardzo chciałabym porozmawiać po tym spotkaniu.

Jeszcze jedna rzecz. Tu jest bardzo dobra wentylacja. To jest czujnik stężenia dwutlenku węgla – czyli on pokazuje jak dobra jest wentylacja. Na zewnątrz stężenie dwutlenku węgla jest około 420. Poniżej 600 to jest bardzo dobrze. Tak że jesteśmy tu dosyć bezpieczni. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za ten głos. Muszę powiedzieć, że to jest o tyle ciekawy głos, bo do tej pory głównie rozmawialiśmy o powietrzu, które jest na zewnątrz. A takich głosów o powietrzu wewnątrz w zasadzie nie ma albo są one sporadyczne. A już w taki sposób, w jaki teraz pani doktor nam opowiedziała – kiedy mówimy o zakażeniu się COVID-em czy innymi chorobami, które są przenoszone drogą wziewną – jest to bardzo istotne. Myślę, że bardzo by się to spodobało Rodzicom dla Klimatu, którzy, co prawda, walczą o powietrze na zewnątrz, ale zważywszy na dobro chociażby dzieci, które są w przepełnionych klasach, też komunikacja miejska... No wiele takich miejsc, dużych zbiorowisk ludzkich, można by było wymienić. To jest bardzo ciekawe. Natomiast to, co pani ogólnie mówi, jest niepokojące.

Ale ja mam pytanie, dopytam... Bo pani powiedziała o tej wyszczepialności. Jest to oczywiste. Znaczący o szczepieniach. A jaka jest wyszczepialność w Kanadzie? Bo jestem ciekawa, zważywszy na te dane, które pani podała.

Biolog rozwoju Uniwersytetu w Calgary dr Małgorzata Gasperowicz:

W Kanadzie chyba było 80% z dwiema dawkami. Potem ten bustier trzeci już nie pamiętam, ale wiem, że w tej chwili jest bardzo nisko. No bo szczepionki tracą... Przepraszam... I chyba tylko 20% zostało tą nową szczepionką na jesieni zaszczepionych...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Czyli te dane, ta prognoza dotyczą raczej tych poprzednich procent zaszczepienia czy już tych nowych?

Biolog rozwoju Uniwersytetu w Calgary dr Małgorzata Gasperowicz:

Ta prognoza dotyczy tych nowych. Jest bazowana na tym, że od 2022 roku do 2023 – jak bardzo wzrosła ilość ludzi, którzy deklarowali że mają long COVID oraz tego, że Omikronie... Musiałabym pokazać pani tę publikację. Ale to, że z ilością reinfekcji zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia long COVID-u. Czyli można taki wykres wzrostu prawdopodobieństwa kumulacyjnego wykreślić i przeciągnąć go...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Rozumiem.

Bardzo dziękuję. Tutaj pani jeszcze chce dopytać.

Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji prof. Agnieszka Neumann-Podczaska:

Nie chcę dopytać. Ad vocem. Chcę wspomnieć, ponieważ wspomniała pani rzeczywiście o tym...

Przepraszam, tak siedzimy niefortunnie.

Natomiast wspomniała pani o tym, że nie mamy leku. Rzeczywiście nie mamy. Nie mamy podejścia farmakologicznego, tak jak wspomniałam. My nad nim pracujemy. Natomiast ja myślę że oprócz tego, że powinniśmy oczyszczać powietrze, oczywiście walczyć z przenoszeniem infekcji i wzmóc wyszczepialność – to to jest rzeczywiście absolutnie ważne – nie powinniśmy zapominać o tym, że my już teraz z tymi ludźmi, którzy cierpią na post COVID musimy sobie poradzić. Jakby nie możemy zostawić tego obszaru. I myślę że też szczególnie ważne jest zobaczenie, że w ramach zespołu post COVID, tak jak wspomniałam, przede wszystkim na dużych badaniach polskich opublikowanych w czasopiśmie widzimy, że ci ludzie tracą coś, co nazywamy sprawnością funkcjonalną. Oni tracą zdolność – szczególnie myślę o pacjentach starszych, ale nie tylko – do funkcjonowania w społeczeństwie. To jest bardzo ważne. To jest dużo szersze pojęcie niż stan zdrowia niż stan somatyczny – to zdolność często do wykonywania codziennych czynności złożonych. I to, co jest bardzo ważne w takim podejściu, jeśli rozmawiamy o systemowym rozwiązaniu – jak powinniśmy tych ludzi dziś dźwignąć. Czy potrzebne są – bo o tym była dyskusja – i jakie programy, jak kierunkowane? Czy to ma być ścieżka w obszarze istniejących rozwiązań czy zupełnie nowe ośrodki? Ja myślę, że my przede wszystkim patrzmy na to w ten sposób, że potrzebne jest kompleksowe podejście do tych pacjentów, patrzeć na nich w ramach opieki koordynowanej. I myślę, że rzeczywiście poparcie zespołowe na tych pacjentów... My to szczególnie widzimy w obszarze pacjentów

starszych... O tym dyskutujemy w ramach międzyresortowego zespołu do spraw polityki senioralnej, gdzie... To bardzo ważny zespół powołany przez prezesa Rady Ministrów, ponieważ pierwszy raz patrzymy na nich wieloresortowo. Nie możemy patrzeć tylko z poziomu Ministerstwa Zdrowia. Bo to, że ktoś ma wyregulowane nadciśnienie, cukrzyce czy poziom cholesterolu i jest zabezpieczony somatycznie, nie wystarczy. Tu musi pochylić się nad tym wiele ministerstw i my to już robimy w ramach dyskusji o nowej polityce senioralnej. Ale to się przekłada na tych ludzi z post COVID. My na nich powinniśmy przede wszystkim popatrzeć szeroko, zabezpieczając wiele obszarów funkcjonowania, nie tylko somatycznie, nie tylko rehabilitacja czy fizjoterapia ukierunkowana na konkretny problem zdrowotny – ale popatrzeć, jak zdiagnozować i dźwignąć ich potrzeby socjalne. Bo tylko wtedy, patrząc w ten sposób, jesteśmy w stanie dźwignąć demografię. A w kontekście demografii i tego, o czym pani powiedziała, o tym że te liczby będą nieubłagalne i my sobie z tym zespołem musimy poradzić, to jest niezwykle ważne. Oprócz tego że poszukujemy leku, poszukujemy takiej sytuacji farmakologicznej, która nam pomoże równolegle działać z tym kompleksowym podejściem. Prawdopodobnie sama fizjoterapia to jest za mało. Bo zobaczcie państwo – co z tego, że my wykonamy fizjoterapię czy też podejście somatyczne? Wykonamy jakieś ruchy i doprowadzimy do lepszego stanu somatycznego... Jeśli nie diagnozując potrzeb, nie patrząc międzyresortowo, nie osiągniemy poprawy... Czyli nie wrócimy tego człowieka do sytuacji, w której on jest w stanie wyjść i zrobić zakupy, jest w stanie wyjść i zrobić na tyle zakupy, żeby za chwilę nie być odwodnionym i żeby za chwilę nie trafić do szpitala.

Tak że ja myślę, że tu zielone światła są i myślę, że międzyresortowość jest tym zielonym światłem. Ja o tym mówię – mam legitymację do tego – dlatego że Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji pełni tam rolę doradczą i ja widzę, że to jest zielone światło. Tak trochę bardziej pozytywnie o tym myślę.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję. I teraz zapraszam panią Zofię Sobczak.

Przedstawiciel Stowarzyszenia Pacjent Europa Zofia Sobczak:

Dzień dobry. Zofia Sobczak, Pacjent Europa. Ja tylko chciałam wzmocnić tak naprawdę głos doktor Gasperowicz i powiedzieć, że my jako nasze stowarzyszenie od 2021 roku podnosiliśmy już ten temat jakości powietrza w budynkach. Wtedy też rozmawialiśmy z ministerstwem edukacji – no bo tutaj żeby wszystkim mówimy o placówkach oświatowych, edukacyjnych – rozmawialiśmy z wiceministrami, byliśmy na wysłuchaniu parlamentarnym zespołu do spraw walki z pandemią. Napisaliśmy list do Mateusza Morawieckiego. Natomiast wtedy tak naprawdę nie było woli politycznej. I dzisiaj bardzo się cieszę, i bardzo dziękuję tutaj Komisji, też stronie ministerstwa, stronie NIK, oczywiście pani posłance, że dzisiaj o tym rozmawiamy – dlatego że, tak jak widzimy, wszystkie dane mówią o tym, że tych wzrostów zakażeń będzie więcej. Teraz oczywiście jest lato i nie myślimy za dużo o COVID, natomiast jestem niestety przekonana, że na jesieni ten temat powróci i będzie dotyczył coraz większej ilości osób. I wtedy będzie kolejny czas bardzo gorący na to, żeby działać. Więc ja tylko chciałabym po prostu bardzo mocno podkreślić, że oprócz oczywiście tego leczenia – o tych wszystkich rzeczach, o których państwo mówicie, to jest wszystko bardzo ważne... Ale tych wszystkich rzeczy nie musiałoby być, gdybyśmy mieli rzeczywiście prawidłową prewencję. A dzisiaj ta prewencja, chociaż wspomniana tutaj przez stronę Ministerstwa Zdrowia niezbyt szczegółowo, no rzeczywiście jest, ja bym powiedziała, raczej w powijkach i my na pewno w tym temacie jakości powietrza, zwłaszcza jeżeli chodzi właśnie o zakażanie się dzieci w szkołach i przedszkolach, na pewno jeszcze będziemy mówić.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Szczególnie, że dzieci nam brakuje, więc to jest bardzo ważny temat.

Zapraszam pana Grzegorza Perzyńskiego.

Prezes Fundacji Transplantacja LIVERstrong Grzegorz Perzyński:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Grzegorz Perzyński, Fundacja Transplantacja LIVERstrong.

Jakoś to miałem poukładane w głowie, co mam powiedzieć, ale ta prezentacja pani doktor wywołała niemały szok. Chciałem pogratulować pani naukowych sukcesów, jeśli chodzi o te przewidywania, ale zachęcam, żeby się wreszcie pani pomyliła, jeśli chodzi o te straszne kwestie.

Wiele rzeczy tu jest do powiedzenia. Proszę państwa, ja jestem już prawie 22 lata po przeszczepieniu wątroby. Jestem bratem pacjenta już prawie 23 lata po wszczepieniu dwóch nerek. A dzisiaj po naszym spotkaniu jadę dalej. Z Gdańska przyjechałem tutaj, a dalej jadę do Lublina na ogólnopolskie igrzyska osób po transplantacji. Mówię to z ogromną dumą również jako członek kadry narodowej osób po transplantacji. Ale niestety nie wszyscy doczekali tego choćby nawet long COVID-u. Mówię o osobach okołotransplantacyjnych. Przypomnę tylko, że w tym takim najgroźniejszym, najostrzejszym COVID śmiertelność w naszej populacji sięgała 20%, a pacjentów dializowanych nawet 25%. Właściwie do tej pory ani razu nie wspomniano o pacjentach właśnie tych najbardziej zagrożonych. Ja z racji tego, że jestem po transplantacji wątroby, oczywiście tutaj mówię w imieniu i wstawiam się niejako za osobami okołotransplantacyjnymi, ale jestem również członkiem komitetu sterującego takiej międzynarodowej organizacji pod tytułem International Immunocompromised Advocacy Network. To jest dosyć nowa organizacja. I tu też zachęcam, panią doktor również i w tym zakresie do współpracy. Bardzo sobie wiele obiecuję. Chodzi o to, że od jakiegoś czasu również wstawiam się za pacjentami z niedoborem odporności.

Tutaj do słów pana prezesa chciałbym dodać... Pan prezes wspomniał wcześniej o braku jakby systemowych rozwiązań, o fatalnych programach kilka lat temu, kiedy ten COVID niestety zaczął zbierać straszne żniwo. Ja tylko przypomnę że w ówczesnym narodowym programie szczepień – proszę sobie wyobrazić... My odkryliśmy jako fundacja – że tak powiem dopiero zaczynająca swoją działalność pacjencko-publiczną – że zdanie, w którym było napisane, że narodowy program szczepień przeciw COVID nie zaleca szczepienia dla pacjentów po transplantacjach. Dostaliśmy totalnego osłupienia. Kiedy kraje, zwłaszcza anglosaskie, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, zaczęły szczepić czy rekomendowano szczepienia zwłaszcza właśnie dla pacjentów po transplantacji, niestety u nas przyjęto jakby zupełnie odwrotną logikę. Chcę jeszcze raz wspomnieć o niezrównanej pani profesor Chybickiej, dzięki której też nasza fundacja, ale też inne osoby na kolejnych posiedzeniach parlamentarnego zespołu do spraw transplantacji – jeszcze wtedy w Senacie... Teraz działamy w Sejmie oczywiście. Wysłaliśmy apel. Nasza fundacja wysłała apel, otwarty list właściwie, do wszystkich podmiotów reprezentujących obszar transplantacji o to, aby te rekomendacje po pierwsze, zostały wydane, a potem, żeby uznano nasz jakby priorytet. Bo naszą populację jakby wyrzucono do drugiej grupy szczepień. Nie było priorytetu. Nasze poszczególne kolejne działania doprowadziły wreszcie do wypracowania jakby pewnego schematu i podczas już szczepień drugich, trzecich nasi pacjenci – ale również i pacjenci onkologiczni, pacjenci z oczywistą obniżoną odpornością – już byli w tej grupie priorytetowej. Niestety ostatnie szczepienia tego priorytetu nie uwzględniły. Mówię tutaj o szczepieniach przeciw COVID. Ale też ważną rzeczą jest, aby dla naszej populacji był priorytet również w szczepieniu – i to bezpłatnym szczepieniu – na RSV, na grypę, na półpasiec. Mówimy też o darmowych lekach typu Paxlovid i cały szereg... Znaczący no właśnie, niestety aż takiego długiego szeregu tutaj nie ma tych leków, które są skuteczne. Chodzi tutaj o to, aby pacjenci, którzy mają tę świadomość – chociaż właśnie tutaj też muszę powiedzieć...

I kolejny bardzo ważny punkt, to jest pytanie do Ministerstwa Zdrowia czy w ogóle do tak zwanego establishmentu... Niestety mam wrażenie że antyszczepionkowcy zwyciężają. Coraz częściej do mnie zwracają się pacjenci – proszę sobie wyobrazić – właśnie ci... Na szczęście nie wszyscy, ale są pacjenci, którzy się do mnie zwracają i mówią – daj sobie spokój, w ogóle my się nie chcemy szczepić. Te osoby, które dały sobie, proszę państwa, że tak powiem, wymienić narząd, one jakby nie ufają dalej swoim transplantologom, swoim prowadzącym lekarzom i po prostu nie chcą się szczepić. Czy jest jakiś przewidziany program edukacji, zachęcający? Oczywiście ja mówię w imieniu i na rzecz pacjentów z obniżoną odpornością. Ale oczywiście taki program zachęcający do szczepień... My teraz oczywiście jesteśmy w momencie jakby... mało jest tych przypadków.

Ale można sobie wyobrazić, że za jakiś czas – mam nadzieję że nie dysponuje pani doktor takimi badaniami, a jeśli tak, to się pomyli – całkiem teoretycznie oczywiście – czy nawet nieteoretycznie – możemy niestety wrócić do tego stanu sprzed kilku lat. A może nawet nastąpi jakaś większa hekatomba. Mówię nie tylko o pandemii COVID-19. Mówię o rzeczach, których może nawet jakby jeszcze w ogóle sobie nie wyobrażamy. O pewnych sytuacjach związanych na przykład z wojną i zagrożeniem właśnie ze strony naszych wschodnich sąsiadów, którzy mogą nam zgotować różne rzeczy. Ja nie jestem specjalistą oczywiście w tym zakresie, ale ja mówię o pewnej... Teraz trochę teoretyzuję, zwracając z państwa szczególną uwagę na szczególne potrzeby osób z niedoborem odporności, które są najbardziej zagrożone tymi kwestiami.

Tak, już pewnie trzeba... Tak... OK.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo przepraszam, ale mamy już niecałe pół godziny, a jeszcze strona ministerialna...

Prezes Fundacji Transplantacja LIVERstrong Grzegorz Perzyński:

Dobrze. No to właściwie kwestia najważniejsza... Jeśli mógłbym wspomnieć o jednym badaniu, pani przewodnicząca. W Wielkiej Brytanii zrobiono w 2023 roku – Uniwersytet Buff wraz z Uniwersytetem w Liverpoolu – badanie. Taka ankieta zachowań grupy immunoniekompentnej versus tak zwane społeczeństwo – w sensie osoby zdrowe. Chodziło tam o stan zdrowia psychicznego, a tak zwany dobrostan, ale też i zaangażowanie w życie polityczne, w życie społeczne. Wiele było tam różnych ciekawych punktów i oczywiście te wszystkich tych punktach osoby w związku z tym COVID-em wykazywały niestety oczywiście najgorsze parametry. To badanie również było przeprowadzone przez mojego kolegę z tej międzynarodowej organizacji i my zamierzamy takie badanie również, bardzo podobne, zbliżone, przeprowadzić w Polsce. Zachęcam wszelkie podmioty, które będą zainteresowanych, które będą mogły również pomóc nam jakby niejako dystrybucji tego badania. Bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję. I teraz jeszcze pani. Przepraszam, bo nie znam nazwiska... Ale tutaj pani się zgłasza. Zapraszam.

Dyrektor do spraw prawnych i procedur Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów Dobrawa Biadun:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Dobrawa Biadun, radca prawny, Krajowa Izba Fizjoterapeutów.

Ja chciałam się odnieść do paru słów, które zostały tutaj wypowiedziane właśnie w kontekście szeroko rozumianej rehabilitacji, ale przede wszystkim odnoszących się do fizjoterapeutów. W pierwszej kolejności chciałam zwrócić uwagę, że fizjoterapeuci to jest grupa zawodowa, która kończy pięcioletnie studia stacjonarne, są samodzielnym zawodem medycznym, są przygotowani do tego, żeby pracować z pacjentem w każdych warunkach, również pacjentami pulmonologicznymi. Tutaj nie ma żadnych przepisów, które by wskazywały na to, że fizjoterapeuci nie są przygotowani do tego, żeby z takimi pacjentami pracować. Pracujemy też z ministerstwem nad tym, żeby zwiększyć kształcenie po studiach. W związku z tym fizjoterapeuci są zobowiązani do tego, żeby cały czas tę wiedzę swoją pogłębiać. Jedyna rzecz, na którą mogę zwrócić uwagę, to jest kwestia taka, że jeśli chodzi o koszyki świadczeń gwarantowanych, to w warunkach szpitalnych nie ma tak naprawdę obowiązku tego, żeby na oddziałach był przewidziany przy każdym oddziale fizjoterapeuta. W związku z tym jest część placówek, jak nie większość, gdzie fizjoterapeuci są brygadą lotną, że tak powiem i w związku z tym obsługują większość pacjentów, którzy się znajdują w szpitalu – co na pewno nie pozwala na to, żeby podejść kompleksowo do fizjoterapii.

Chciałabym też, jeżeli mogę, pani przewodnicząca, odnieść się do słów, które powiedziała pani dyrektor narodowego instytutu. Nie mogę się zgodzić w wielu rzeczach. Pierwsza rzecz – nie zgadzam się z tym, żeby mówić wprost, że leki mogą zastąpić rehabilitację czy też fizjoterapię. One muszą być kompleksowe i iść łącznie w parze.

Druga rzecz, z którą chciałabym się tutaj nie zgodzić, jeżeli mogę – fizjoterapeuci są niewykorzystywani w systemie ochrony zdrowia. Fizjoterapeuta jest przygotowany do tego, żeby kompleksowo zająć się pacjentem i nie tylko go rehabilitować w kontekście jednostki chorobowej, ale przede wszystkim przygotować pacjenta do tego, żeby pacjent mógł wyjść ze szpitala albo z miejsca, w którym jest rehabilitowany, i wrócić do systemu jak najlepiej jest to możliwe. W związku z tym my od dawna już apelujemy o to, żeby fizjoterapia następowała w ogóle przed objęciem pacjenta leczeniem, trwała w trakcie leczenia i potem po leczeniu też, powiedzmy, szpitalnym, jakichś zabiegach, cały czas pacjent podlegał właśnie fizjoterapii. W związku z tym fizjoterapeuta ma możliwość również tego, żeby wejść do domu i zweryfikować czy pacjent przy zmienionym stanie ruchowym czy wszelkich dysfunkcjach, które ma w związku z chorobą, jest w stanie funkcjonować w swojej przestrzeni prywatnej. Tylko, że tego system nie wykorzystuje. I to nie jest tak, że fizjoterapeuta wyłącznie pracuje z pacjentem w szpitalu.

W związku z tym druga rzecz, którą, mam nadzieję, że z Ministerstwem Zdrowia uda się w pewnym momencie wypracować, to jest kwestia właśnie fizjoterapeuty pierwszego kontaktu, czyli fizjoterapeuty który wspiera pacjentów, ale również bada te osoby, które mogą być pacjentami. Czyli osoby, które nie przedstawiają żadnych jednostek, nie mają choroby przewlekłej, natomiast warto ze względu na to, co tutaj już pani doktor mówiła, że mogą podlegać pewnym ograniczeniom albo może coś się wydarzyć – żeby zwrócić uwagę tym osobom, które są zdrowe na to, żeby jednak pamiętały o tym że aktywność fizyczna i dbanie o siebie jest bardzo istotne.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za ten głos. Nie, pani profesor, nie mogę...

Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji prof. Agnieszka Neumann-Podczaska:

Znaczący ja tylko ad vocem. Chcę powiedzieć, że być może...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Nie, przepraszam. Ale jest jeszcze pani, która pierwszy raz. A mamy jeszcze ministrów.

Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji prof. Agnieszka Neumann-Podczaska:

Jest pewna dezinformacja w tej wypowiedzi.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To potem panie to sobie wyjaśnią.

Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji prof. Agnieszka Neumann-Podczaska:

OK. Jasne.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Albo jeżeli wystarczy czasu, pani profesor. Zobaczymy.

Zapraszam teraz panią profesor Głównczyńską.

Adiunkt I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dr hab. Renata Głównczyńska:

Dzień dobry państwu. Reprezentuję Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. I chciałam nawiązać w swojej wypowiedzi do słów pana prezesa NIK odnośnie długu zdrowotnego i jednocześnie powiedzieć o gotowym programie, który funkcjonuje, również w oparciu o rehabilitację. Jest to kompleksowa opieka specjalistyczna po zawale serca, która udowodniła swoją skuteczność i dane są zatrważające, ale pozytywnie – dlatego że na przestrzeni lat... Program był wprowadzany w 2017 roku, w 2022 już we wszystkich województwach, aczkolwiek oczywiście z pewnymi nierównościami. Co się okazało? Wprowadzenie tego programu opartego na leczeniu szpitalnym zawału serca... Bardzo ważny, kluczowy jest moduł rehabilitacji kardiologicznej, zarówno ambulatoryjnej czy stacjonarnej, który może być rozpoczynamy w ciągu 14 dni od zawału serca. A więc bardzo szybko. Jednocześnie z pełną kompleksową opieką specjalistyczną i dostę-

pem do porady kardiologicznej tak naprawdę nawet procentuje to finansowo dla ośrodków, które w tym uczestniczą – szybkie włączenie pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nawet już dwa tygodnie od wypisu ze szpitala. Proszę zwrócić uwagę, jaka to jest kompleksowa opieka. Jednocześnie to trwa przez rok. Pięć wizyt kardiologicznych w ciągu roku. I co się okazuje? Program działa w tej chwili we wszystkich województwach, dostępność do tego programu niestety ciągle... Znacząco wzrasta i to jest pozytywny aspekt. Natomiast w tej chwili dostępność tego programu dla pacjentów szacuje się na około 27%. Czyli 27% pacjentów z zawałem serca jest objętych tym programem. Takie są dane z NFZ, z raportu NFZ, który został opublikowany jesienią ubiegłego roku. Ale myślę, że to, co przemawia do wszystkich, to jest fakt poprawy rokowania pacjentów. Mowa o długu społecznym i zdrowotnym po roku czasu...

Inaczej, roczna śmiertelność pacjentów z zawałem serca leczonych świetnie dzięki nowoczesnym technikom z zakresu kardiologii inwazyjnej po roku przekracza 20%. Czyli co piąty pacjent leczony rewelacyjnie z powodu zawału serca niestety umiera. W programie KOS zawał śmiertelność wynosi 6%. Jest różnica nie kilku procent, jest różnica kilkukrotna. Myślę że to są dane, które mocno biją w oczy i zwracają uwagę.

Jest więc gotowy program. Oczywiście dostępność powinna być zwiększona, dostępność przede wszystkim do rehabilitacji. Do rehabilitacji z udziałem fizjoterapeutów. I tutaj rzeczywiście przychylam się do tych słów, które pani wspomniała. Nie tylko lekarze, ale to jest cała opieka specjalistyczna, kompleksowa – z udziałem zarówno fizjoterapeutów, z ich wiedzą i doświadczeniem w zakresie fizjoterapii, ale też zakresie edukacji, co jest niezwykle ważne. Wsparcie psychologiczne, wsparcie dietetyczne... Bo fizjoterapeuci mają na to czas, mają umiejętności i mają wiedzę. I są już takie gotowe programy. A więc może warto pomyśleć o takich rozwiązaniach, a jednocześnie wzmocnić te programy, które już działają i wykazują takie dobre wyniki, mocne dane? Nie czekajmy na kolejne lata na wyniki kolejnych projektów naukowych – mamy już konkretne dane. Myślę, że to jest rozwiązanie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo pani profesor dziękuję. I teraz zapraszam pana ministra zdrowia do odniesienia się.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Może najpierw odniosę się do słów pani przewodniczącej. To jest pozorna sprzeczność w tym, co ja mówiłem i co przedstawia raport NIK. Jak najbardziej raport NIK jest prawdziwy, prawidłowy i wskazuje na to, co się działo, na to, co się nie działo, na to, co się działo nie tak, jak powinno. I tutaj z tym absolutnie nie polemizuję.

Jedynie mogę polemizować z wnioskami końcowymi, ponieważ raport powstawał w pewnym czasie, obejmował pewien okres. I tutaj sytuacja medyczna, sytuacja epidemiologiczna i całego systemu ochrony zdrowia się zmienia. Podobnie jak inne były zadania systemu szpitalnego w okresie pandemii i w okresie tuż po pandemii – to się zmienia w czasie – tak samo się zmienia podejście do systemu rehabilitacji, do systemu leczenia long COVID, post COVID. To się po prostu w czasie zmienia. I może też byłem źle zrozumiany że nasz system opieki rehabilitacyjnej jest na tyle wydolny że obejmie chorych na post COVID czy long COVID... Powinien objąć i nie ma przesłanek, żeby budować osobny system rehabilitacji dla pacjentów post COVID. To nie oznacza że nie należy wzmacniać rehabilitacji pulmonologicznej jako takiej oraz nie tylko pulmonologicznej... Bo jak wskazywałem, skupiamy się na jednych następstwach ale tych następstw jest więcej. Tak jak mówię, do rehabilitacji neurologicznej będzie potrzeba więcej... Generalnie również ogólnoustrojowej. Więc jest to niedobór ogólnopolski. Gdyby przebadać – no może poza właśnie rehabilitacją w kompleksowej opiece nad chorymi po zawałach serca – to raczej byśmy tutaj wskazali wszędzie na niedobory i niewłaściwe podejście do problemu. I tutaj jak najbardziej jestem zgodny z treścią kontroli i raportu. Może właśnie mniej z zaleceniami...

Tutaj oczywiście, jeżeli chodzi o dzieci, nie ma specjalnej rehabilitacji dedykowanej dzieciom post COVID czy po przebytym COVID. Jest to ta rehabilitacja ogólnodostępna

na zasadach standardowych umów zawieranych z NFZ. Nie przewiduje się jakiegos specjalnie odmiennego trybu rehabilitacji.

Jeśli chodzi o rehabilitację oddechową, ambulatoryjną, rzeczywiście jest jeden ośrodek w Polsce, który prowadzi taką rehabilitację. Jeżeli rozpatrujemy część szpitalną, to mamy 12 takich ośrodków, z których 5 jest w województwie śląskim. Więc jest ich bardzo mało i niewątpliwie są tutaj duże niedobory – zarówno dotyczy to pacjentów z post COVID, jak i innych pacjentów chorych na choroby układu oddechowego. Tak, tak sytuacja wygląda. Tu są potrzebne zwiększone nakłady i to też długofalowo, aby poprawić poziom rehabilitacji w tym zakresie. Tutaj nadmieniam, że generalnie nasz kraj, jeśli chodzi o poziom rehabilitacji, odstaje od państw o zbliżonym czy lepszym statusie ekonomicznym i jest tutaj sporo do nadrobienia – ale też nakłady na ochronę zdrowia są znacznie mniejsze niż w tych krajach ogólnie.

Jeśli rozpatrujemy sprawę pregabaliny, to oczywiście bardzo dobrze że takie badania się odbywają. Jest to lek, który również pomaga w różnych schorzeniach neurologicznych, nie tylko w tych, do których jest dedykowany, ale również w różnych stanach psychicznych, które wymagają pewnej stabilizacji. I rzeczywiście jest to lek, który ma w sobie potencjał i cieszę się, że takie badania są przeprowadzane i dają dobre rezultaty.

Tutaj co do wypowiedzi na temat antyszczepionkowców i tego całego zagadnienia, no to nie jest to dzisiaj tematem naszej Komisji, chociaż rzeczywiście należy wskazać że ta propaganda antyszczepionkowa ma się bardzo dobrze. My z tym oczywiście będziemy walczyć. Mamy przewidziane różne programy, gdyż dotyczy to oczywiście nie tylko szczepień przeciwko COVID. Niestety HPV nie jest tak popularne, jak powinno być – są kraje które właściwie zlikwidowały niektóre problemy nowotworowe dzięki tym szczepieniom. W Polsce mimo dostępności szczepionek, tego, że zwiększamy zakres wiekowy, trudno się przebić z tą wiedzą medyczną. I ruchy antyszczepionkowe – co również widzimy po wyborach, po wynikach wyborów – gdzie przedstawiciele czy ugrupowania, których nie można nazwać entuzjastami nowoczesnych rozwiązań w zakresie szczepień i społeczeństwa, uzyskują coraz większe poparcie. Więc to rzeczywiście jest wielowątkowy problem i tutaj należy go jak najbardziej likwidować – ale jest to trudne zadanie. Również inne szczepienia... Szczepienia przeciwko odrze. Jak wiemy odra stanowić będzie prawdopodobnie coraz większe zagrożenie w naszym społeczeństwie, gdyż poziom wyszczepialności spada poniżej akceptowalnego poziomu. Więc tak, to jest problem, o którym wiemy i również oczywiście COVID w to wchodzi. Ale jest to zjawisko, które niestety istnieje narasta i musimy się temu przeciwstawiać w różny sposób, nie tak jak dotychczas. Dotychczasowe próby standardowych programów edukacyjnych, innych no najwyraźniej nie przynoszą efektów. Stąd musimy zintensyfikować te działania i nowe programy wprowadzić.

Tutaj jeszcze same te dane, które pani doktor przedstawiała – kanadyjskie, które są tak mocno niepokojące – również wskazują na to, że takie krótkotrwałe patrzenie na szczepienie, że zapobiega ostrej fazie choroby i tak dalej, jest niewłaściwe. I tak jak z tą chorobą musimy nauczyć się żyć i rzeczywiście wdrożyć leczenie, postępowanie w całym systemie opieki zdrowotnej z uwzględnieniem istnienia po prostu tej choroby wśród nas, tak powinniśmy profilaktycznie ją zwalczać, tak jak próbujemy zwalczać inne choroby. I tutaj to zadanie zapewne jest na lata przed nami.

Tak że, reasumując, dziękuję za wszystkie głosy, które dzisiaj usłyszeliśmy. Ja uważam, że jak najbardziej czeka nas wiele lat wysiłków, aby zarówno z tą chorobą, jak i z innymi radzić sobie w różnych aspektach, które dzisiaj były poruszone. To znaczy od profilaktyki, od szczepień poprzez leczenie, które oczywiście jest w tym przypadku bardzo trudne, po rehabilitację, która ogólnie powinna być prowadzona w oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej lub pulmonologicznej, a nie w oddziałach dedykowanych jakichś specjalnie, poradniach czy ambulatoriach fizjoterapii, które by były dedykowane specjalnie dla pacjentów na COVID chorych czy będących w okresie post COVID. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Panie dyrektorze, czy pan ze swojej strony chciałby? Dziękuję. To proszę przedstawiciela NIK.

Wiceprezes NIK Piotr Miklis:

Serdecznie dziękuję. Szanowni państwo, króciutko. Rola audytora narodowego, audytora publicznych pieniędzy jest taka, żeby wskazywać, jak narzędzia polityk publicznych są finansowane, jak są wdrażane. Szanowni państwo, nie rościmy sobie prawa do tego, żeby rozstrzygać co do tego, która z terapii jest skuteczniejsza. Ja króciutko tylko chciałem nawiązać do naszego bardzo skromnego wniosku. My nie nawoływaliśmy do tworzenia odrębnej infrastruktury. My chcieliśmy tylko, żeby NFZ sfinansował produkt pod tytułem kompleksowa rehabilitacja pocovidowa – taki, który by zapewniał rehabilitację wszelkich sfer dotkniętych tymi schorzeniami. Dlatego bardzo proszę nie przypisywać nam intencji, które absolutnie w naszym raporcie nie znalazły odzwierciedlenia. Ale to jest przeszłość.

Na przyszłość to ja chciałbym tylko, żeby z tego naszego raportu państwo wynieśli taką ocenę pilotażu jako narzędzia.

Jest mój szef...

Szanowni państwo, krótko, pilotaż jako narzędzie, bo jest bardzo popularny – zachęcamy do ostrożności. Bo te pilotaże... Jak byśmy krótko podsumowali? To mamy do czynienia z pilotażem, który zaczął się w nieokreślonym miejscu, w czasie, a skończył później niż program, który teoretycznie powinien na podstawie wyników tego pilotażu funkcjonować – pół roku. Mamy zatem do czynienia z pilotażem, którego efekty zostały pełni zignorowane przez ministerstwo, któremu ten pilotaż miał służyć. Ja pozwolę sobie posłużyć się autorytetem pełnomocnika ministra zdrowia, profesora Jana Szczegielniaka, który wskazywał na wnioski z pilotażu wskazujące na to, że trzeba taki produkt wdrożyć i trzeba taką rehabilitację zapewnić. I tu nie chodzi o to, kto miał rację. Chodzi tylko o to, jak my wykorzystujemy takie narzędzie, jakim jest pilotaż. Bo po co był ten pilotaż, skoro zignorowaliśmy wnioski, które z niego płynęły?

Droży państwo, ja to mówię tylko na podsumowanie tego – bo wiele programów pilotażowych jest w toku. One kosztują sporo pieniędzy. Za moment przyjdziemy do państwa z wynikami kontroli programu pilotażowego leczenia inwazyjnego udarów. Przyjdziemy i pokażemy kolejne ryzyka, które się ujawniają – nie jako specjaliści, bo tej roli nigdy państwu nie odbierzemy, ale jako osoby, które oceniają sposób wydatkowania publicznych pieniędzy na tego typu przedsięwzięcia. Bo dla nas – państwo wybaczenie – zawsze będzie ten grosz publiczny stał na pierwszym miejscu, a przy okazji, jeżeli jesteśmy w stanie państwu zwrócić uwagę na to, że można było coś zrobić efektywniej, to zawsze będziemy czuli, że nasza misja jest spełniona. Tak że na to chciałem zwrócić uwagę. My nie od strony terapii i jej skuteczności, ale od strony stosowania pewnych narzędzi w zarządzaniu molochem, jakim jest system ochrony zdrowia... Serdecznie panu ministrowi współczuję udziału i dźwigania na swoich barkach tego zagadnienia – ale tam, gdzie możemy się okazać przydatni, służymy radą i wynikami naszych kontroli.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ostatnie zdanie, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Tak. Ja całkowicie zgadzam się z tymi słowami – to znaczy z mojej bytności w Ministerstwie Zdrowia, z oceny tych wszystkich pilotaży wynika, że jest to pewien sposób radzenia sobie z jakimiś problemami. Na problemy pilotaż... Trochę tak to wyglądało. I jest duże oczekiwanie również innych pilotaży wśród świadczeniodawców. Tutaj jest przekonanie o tym, że kiedy powołamy pilotaż dla jakiejś innej dziedziny medycyny, to to będzie dobre rozwiązanie, bo inne pilotaże to dostają pieniądze... Ale ewaluacja tych pilotaży przez ostatnie lata była bardzo słaba. To znaczy właściwie nawet czasami nie była zamierzona. Czasami nawet nie wiadomo, kiedy ta ewaluacja miała się odbywać. Więc właściwie to tak było tak nazywane pilotażem. Był to inny sposób wdrażania jakichś procedur medycznych czy jakichś technologii medycznych, czy czasami leków w przypadku leków... Jak najbardziej mamy takie zjawisko, musimy z niego wychodzić,

aczkolwiek nie jest to takie proste, ponieważ te pilotaże zapewniają pewne świadczenia, które musimy zapewnić w inny sposób – a nie mamy ewaluacji, nie mamy podstaw do tego, żeby czasami ten pilotaż skończyć. Tak że to chwilę potrwa. Ale zgadzam się. Na pewno w Ministerstwie Zdrowia obserwowany jest dzisiaj nadmiar pilotaży. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo serdecznie dziękuję. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny naszego posiedzenia.

Bardzo państwu wszystkim dziękuję za tę dyskusję i do zobaczenia. Do widzenia. Dziękuję.