



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(905)

110. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 17 września 2003 r.

V kadencja

Znaczenie profilaktyki wobec zagrożenia chorobami układu krążenia w Polsce

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 10)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

...naszych komisji.

Witam senatorów, którzy są członkami Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia oraz znakomitych gości, a wśród nich panią Janet Voute reprezentującą Światową Federację Serca. Jest dla nas dużym zaszczytem gościć na posiedzeniu komisji tak znakomitą światową reprezentantkę. Witam dziennikarzy, pracowników Kancelarii Senatu, którzy zawsze na każdym etapie prac nam towarzyszą.

Posiedzenie, owszem, ma charakter bardzo uroczysty, odbywa się w sali Senatu. Współorganizatorem tego posiedzenia jest zarząd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, bez którego zapewne nie doszłoby do tego spotkania. Posiedzenie jest związane z obchodami Światowego Dnia Serca, w tym roku – serca kobiety. Posiedzenie ma inny charakter niż konferencja, stąd też bardzo proszę państwa, znakomitych profesorów, prelegentów, gości, o to, by nie peszyli się pustymi miejscami na tej sali. Posiedzenie senackiej komisji ma na celu rozpatrzenie problemu i poważne go potraktowanie, czy to poprzez skutki dla budżetu, czy program, w zależności od tego, jakimi wnioskami zakończy się dzisiejsze posiedzenie. Nie jest to konferencja – podczas konferencji zależy nam zwykle na jak największej frekwencji – a zatem to dzisiejsze posiedzenie ma uroczysty, ale jednocześnie roboczy charakter.

Stenogram z dzisiejszego posiedzenia będzie znajdował się w witrynie internetowej Senatu.

(Głos z sali: Przepraszam, mikrofon nie jest włączony.)

Nie był włączony. Czy muszę powtórzyć to wszystko, co mówiłam?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie? Ten mikrofon mnie nawet bardziej teraz peszy, bo słyszę pogłos.

Otóż stenogram z dzisiejszego posiedzenia będzie umieszczony w witrynie internetowej Senatu i również w formie pisanej rozesłany do wszystkich instytucji i agend rządowych. Ponadto zastanowimy się nad nadaniem formy dorobkowi dzisiejszego posiedzenia komisji.

Porządek obrad został wszystkim państwu senatorom doręczony, wszyscy goście mogli również zaopatrzyć się w porządek obrad posiedzenia.

Do państwa senatorów jest taka uwaga, że po zakończeniu proszę państwa o pozostanie na sali, ponieważ będzie kilka komunikatów.

Uwagi porządkowe: informuję państwa, że proszę o okazywanie chęci zabrania głosu w sposób przyjęty, czyli przez podniesienie ręki, a przy zabieraniu głosu proszę

przycisnąć zielony przycisk, przedstawić się imieniem i nazwiskiem i podać nazwę instytucji, którą państwo reprezentujecie, właśnie ze względu na ten stenogram, który będzie przygotowywany.

W naszym dzisiejszym posiedzeniu nie uczestniczy dyrektor Instytutu Matki i Dziecka, z uwagi na inne ważne obowiązki, ale jest reprezentantka Instytutu Matki i Dziecka, pani doktor Maria Olacińska. Również pan profesor Andrzej Januszewicz nie może uczestniczyć w dzisiejszym posiedzeniu senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. Bardzo możliwe, że po wysłuchaniu przedstawiciela Unii Europejskiej w Sejmie dołączy do nas przewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia, pani profesor Błońska-Fajfrowska, ponieważ była na dzisiejsze posiedzenie zaproszona.

Chciałabym zwrócić się teraz do państwa senatorów z pytaniem, czy są uwagi do porządku obrad. Nikt z senatorów nie zgłosił uwag.

W związku z tym za moment przejdziemy do tej ważniejszej części posiedzenia, która nas tutaj zgromadziła, czyli do rozmowy o sercu i chorobach układu krążenia, które są wciąż przyczyną połowy zgonów Polaków. Co piąty z nas ma szansę z tego powodu umrzeć przed sześćdziesiątym piątym rokiem życia. I to jest powód, żeby podyskutować o sercu, które jest siedzibą nie tylko wszelkich uczuć, ale też chorób, ciężkich chorób, będących głównym zagrożeniem naszego zdrowia.

Ponieważ, według mojej skromnej wiedzy, polska kardiologia oferuje pacjentom standardy leczenia zgodne z międzynarodowymi wymaganiami, ale ma swoje problemy i swoje potrzeby, ma konkretne uwarunkowania, w których przychodzi ratować nasze życie i zdrowie, to mam nadzieję, że obecni tutaj senatorowie, panie i panowie, z uwagą i powagą wysłuchają naszych gości.

Bardzo proszę pana profesora Adama Torbickiego, który jest prezesem-elektem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, czyli niebawem będzie prezesem, o przedstawienie celów i możliwości Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w usprawnianiu profilaktyki chorób układu krążenia w Polsce.

Bardzo uprzejmie pana proszę, Panie Profesorze.

Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Adam Torbicki:

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim chciałbym bardzo serdecznie podziękować w imieniu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego za zaproszenie nas na to szczególne posiedzenie. Chciałbym również przeprosić w imieniu pana profesora Andrzeja Cięślińskiego, prezesa naszego towarzystwa, za to, że niestety z powodu pobytu za granicą nie może w nim uczestniczyć.

Chciałbym przedstawić państwu w ciągu dziesięciu minut cele i możliwości Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w usprawnianiu profilaktyki chorób układu krążenia w Polsce, ale chciałbym zacząć od króciutkiego wstępu, żebyśmy wiedzieli, jaka jest skala tego problemu – myślę o chorobach układu krążenia. Jeśli można następane przezrocze poprosić...

Powszechnie wiadomo, że choroby układu krążenia stanowią podstawową przyczynę zgonów w tak zwanych rozwiniętych krajach świata. Polska nie jest tutaj wyjątkiem i według aktualnych statystyk mniej więcej 50% zgonów w Polsce można przypisać chorobom układu krążenia. Następane przezrocze, jeśli można.

Choroby układu krążenia należą do tych, w których bardzo dużą rolę odgrywają czynniki ryzyka poddające się modyfikacji. Czynniki takie są w naszym kraju po-

wszechne. Jak państwo widzą, według najnowszych danych epidemiologicznych programu NATPOL 3 PLUS ogromny procent dorosłej populacji Polski albo choruje na nadciśnienie tętnicze, albo jest nim zagrożone, jest dotknięte nadwagą albo otyłością, wreszcie ma nieprawidłowe stężenie cholesterolu we krwi. Wszystkie te czynniki mogą być korzystnie zmieniane. Poproszę następne przezrocze, które przedstawia trendy umieralności spowodowane chorobami układu krążenia w krajach wysoko rozwiniętych. One wykazują tam od wielu lat tendencję spadkową – to są te krzywe zaznaczone kolorem zielonym. Jest to związane między innymi, a może przede wszystkim, z modyfikacjami czynników ryzyka, które państwu przedstawiałem. Taka tendencja zaczyna się również rysować w naszym kraju, jednak trzeba działać zdecydowanie, żeby ją przyspieszyć. Jak państwo widzą, ona zaczęła się przed kilkanaście laty, ale jeszcze bardzo dużo brakuje nam do tych wskaźników, które znamy z krajów Unii Europejskiej.

Dlatego też jednym z głównych celów statutowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego jest profilaktyka i zwalczanie chorób serca i naczyń, między innymi poprzez modyfikację wspomnianych czynników ryzyka. Warto przypomnieć, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne ma już pięćdziesięcioletnią historię, a obecnie jest aktywnie działającym i nowoczesnie zarządzanym towarzystwem użyteczności publicznej o strukturze i statucie zbliżonych do podobnych towarzystw w Europie Zachodniej. PTK skupia praktycznie wszystkich czołowych kardiologów naszego kraju. Łącznie towarzystwo ma trzy tysiące czterystu sześciu członków w siedemnastu oddziałach PTK działających w większych miastach Polski, tym samym obejmuje ono swym zasięgiem praktycznie cały teren kraju. PTK skupia nie tylko kardiologów, których jest w Polsce około siedmiuset, ale także na przykład specjalistów chorób wewnętrznych, jak również osoby w trakcie realizacji programu specjalizacji. Wśród dwunastu sekcji i jedenastu komisji PTK znajduje się Komisja Profilaktyki PTK, w której aktywnie działają reprezentanci wielu oddziałów terenowych.

Komisja i towarzystwo organizują i śledzą wyniki badań epidemiologicznych dotyczących Polski i innych krajów świata. Bezprecedensowym wydarzeniem w tej dziedzinie jest prowadzone aktualnie przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne badanie Polscreen, polegające na przesiewowych badaniach podstawowych czynników ryzyka, w tym stężenia cholesterolu, u jednego miliona pacjentów w naszym kraju. O tym programie będzie mówił w dalszym ciągu naszego spotkania pan profesor Adamus. Program ten jest tegorocznym laureatem nagrody „Sukces roku 2003 w ochronie zdrowia” za działalność edukacyjno-szkoleniową, współorganizowanym przez czasopismo „Wprost”. Cieszy nas to bardzo, ponieważ pomoże w nagłośnieniu problematyki prewencji w społeczeństwie i jego grupach opiniotwórczych.

Niezwykle ważne jest stowarzyszenie PTK z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym, skupiającym czterdzieści siedem narodowych towarzystw kardiologicznych. Z uwagi na swoje rozmiary i aktywność Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zostało zaproszone do europejskiej grupy G-6, gdzie obok Francji, Niemiec, Włoch, Anglii i Holandii, stanowi trzon Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. O znaczeniu i prestiżu polskiego towarzystwa w towarzystwie europejskim świadczy także wybór na następnego prezesa tego potężnego i opiniotwórczego towarzystwa byłego prezesa PTK, profesora Michała Tendery ze Śląskiej Akademii Medycznej.

Stowarzyszenie z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym daje nam możliwość bezpośredniego współtworzenia i dostępu do wszystkich dokumentów wy-

pracowanych przez ekspertów europejskich, czego przykładem są najnowsze zalecenia postępowania w profilaktyce chorób układu krążenia powstałe z udziałem ekspertów z Polski, a przedstawione przed kilkoma tygodniami podczas kongresu europejskiego w Wiedniu.

Po zaprezentowaniu tej krótkiej wizytówki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – bo chcielibyśmy, żeby państwo wiedzieli, czym dysponujemy – postaram się przez chwilę przedstawić państwu, jakie są możliwości wpływu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na profilaktykę w zakresie chorób układu krążenia.

Przede wszystkim jest to intensywna działalność edukacyjna wobec swoich własnych członków oraz innych pracowników ochrony zdrowia. Odbywa się ona od wielu lat, przede wszystkim w ramach wiosennych konferencji i jesiennych kongresów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które skupiają rocznie od czterech do sześciu tysięcy osób. Towarzystwo wydaje miesięcznik „Kardiologia Polska” i dwumiesięcznik „Folia Cardiologica”, które docierają do ponad pięciu tysięcy lekarzy. Drukowane są również standardy postępowania przygotowywane przez wiodące światowe towarzystwa kardiologiczne, z komentarzem odnoszącym się do realiów polskich, oraz własne standardy PTK przygotowywane przez krajowych ekspertów. Działa strona internetowa zawierająca informacje związane z profilaktyką przydatne lekarzom wszystkich poziomów specjalizacji. PTK konsekwentnie edukuje więc i zachęca swoich członków do wdrażania aktualnie obowiązujących zasad profilaktyki, czy to pierwotnej, zapobiegającej występowaniu, czy wtórnej, zapobiegającej progresji choroby u naszych pacjentów.

Drugim bardzo ważnym kierunkiem działań, rozwijanym szczególnie intensywnie w ostatnim okresie, jest populacyjna promocja zasad profilaktyki chorób układu krążenia. Dotyczy ona zwłaszcza zachowań prozdrowotnych: odpowiedniej diety, wysiłku fizycznego, zwalczania nałogu palenia tytoniu, otyłości, znajomości znaczenia właściwej kontroli ciśnienia tętniczego i stężenia lipidów w surowicy krwi.

Od momentu inauguracji Światowego Dnia Serca, to jest od czterech lat, PTK uczestniczy w corocznych jego obchodach, początkowo w formie konferencji prasowych i wypowiedzi przedstawicieli PTK w mediach, a obecnie – imprez plenerowych z oprawą medialną organizowanych centralnie i przez oddziały terenowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Coraz większe znaczenie towarzystwo przykładła do edukacji medialnej społeczeństwa w zakresie działań prozdrowotnych. Poszukujemy aktualnie we współpracy z telewizją publiczną najbardziej atrakcyjnej formy przekazu informacji sprzyjających korzystnym zmianom stylu życia. Zbiegło się to z kierunkami działań ministerstwa zdrowia w ramach programu POLKARD 2003-2005, o tym będzie mówił pan profesor Opolski. PTK planuje intensyfikację walki o dostęp do wszelkich dróg przekazu informacji dotyczących zagadnień profilaktyki chorób układu krążenia.

Wspomniałem już o stowarzyszeniu PTK z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym. W jego ramach działa komitet do spraw współpracy z Komisją Europejską. Komitet ten przygotował i przedstawił Komisji Europejskiej tak zwany *Heart Plan for Europe*, Plan dla Serca w Europie. Deklaruje on wolę i gotowość Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego we współpracy z Komisją Europejską oraz rządami, a zwłaszcza ministerstwami zdrowia, państw członkowskich, już niedługo dwudziestu pięciu, w zakresie takich działań, które doprowadzą do obniżenia umieralności z powodu chorób układu krążenia o 40% do roku 2020.

Wśród tych działań Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne kładzie przede wszystkim nacisk na konieczność oceny różnic w postępowaniu w chorobach układu krążenia w poszczególnych krajach, zmniejszenie stężenia cholesterolu, wspólne działanie w kierunku osiągnięcia w populacji odpowiednich wskaźników, które będą gwarantowały mniejszą umieralność z powodu chorób układu krążenia, odpowiednią kontrolę ciśnienia, i co bardzo ważne, zmniejszanie o 1% rocznie częstości palenia papierosów w populacji krajów Unii Europejskiej.

Ważną sprawą – i w tym na pewno Polskie Towarzystwo Kardiologiczne będzie musiało pomóc w ramach *Heart Plan for Europe* – jest również ocena wpływu dołączenia nowych państw członkowskich, które charakteryzują się dość wysokimi i niekorzystnymi wskaźnikami, jeśli idzie o czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne chce pełnić tę funkcję z pomocą czterdziestu siedmiu narodowych towarzystw zrzeszonych w towarzystwie europejskim, w tym oczywiście Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kolejne kraje, które przewodniczyły Unii Europejskiej, odniosły się z dużym zainteresowaniem do tych inicjatyw, a w okresie przewodniczenia Irlandii zaplanowano spotkanie liderów towarzystw z ministrami zdrowia dwudziestu pięciu krajów członkowskich Unii, które to spotkanie wytyczy konkretne działania na najbliższą przyszłość.

Kończąc, chciałbym podkreślić, że to zaangażowanie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, jak również Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych narodowych towarzystw kardiologicznych, jest oparte wyłącznie na zasadzie dobrowolnej, honorowej, społecznej aktywności członków tych towarzystw i ich zarządów. Dotyczy to także Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, co ma szczególne znaczenie w kontekście dość trudnej sytuacji w ochronie zdrowia w naszym kraju.

Niewątpliwie więc najważniejszą rolą naszego towarzystwa, pomimo jego ambicji w zakresie bezpośredniego i szerokiego działania na rzecz profilaktyki populacyjnej, pozostanie rola zbiorowego eksperta dbającego o jakość i aktualność zaleceń docierających zarówno do pracowników ochrony zdrowia, jak i do całego społeczeństwa. Skuteczna profilaktyka chorób układu krążenia wymaga jednak współdziałania i koordynacji wielu organizacji w naszym kraju. Bardzo chcielibyśmy uzyskać w tej sprawie życzliwość, zrozumienie i współpracę ze strony parlamentu i rządu Rzeczypospolitej Polskiej. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze, tym bardziej że nie wszyscy spośród senatorów członków komisji są lekarzami, a wśród tych, którzy są lekarzami, kardiologia nie jest reprezentowana, poza jednym znakomitym wyjątkiem. Przybliżył nam pan znakomicie znaczenie współorganizatora dzisiejszego posiedzenia, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Teraz już wiemy, z jak potężnym partnerem komisja połączyła się w przygotowaniu ewentualnych wniosków adresowanych do rządu, obecnego parlamentu i następnych parlamentów.

Teraz chciałabym poprosić znakomitego kolegę, senatora kolejnej kadencji... Ale go nie widzę.

(*Głos z sali: Jest, jest.*)

Ach, jest. Dlatego, że go lubię, to go nie widzę.

...pana profesora Zbigniewa Religę, który przedstawi nam działania mające na celu zapewnienie obywatelom polskim równego dostępu do nowoczesnych metod leczenia w zakresie kardiologii i kardiochirurgii.

Przepraszam, że pana nie dostrzegłam. Bardzo proszę.

Senator Zbigniew Religa:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

To będzie bardzo krótkie i nieoptymistyczne wystąpienie. Zacznę jednak tonem optymistycznym. Obowiązkiem moim jest powiedzieć, że obserwując rozwój kardiologii i kardiochirurgii, chociażby na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat, możemy być dumni i możemy śmiało powiedzieć, że ten rozwój rzeczywiście jest wspaniały. Powstało wiele, wiele nowych ośrodków, znakomitych ośrodków, tak kardiologicznych, jak i kardiochirurgicznych. Z pełną odpowiedzialnością stwierdzam – i chyba wszyscy państwo się ze mną zgodzą – że poziom usług, które my świadczymy naszym pacjentom, jest na najwyższym poziomie i że nie ma tak naprawdę żadnej różnicy pomiędzy tym, co robią polscy lekarze, polscy kardiolodzy i kardiochirurdzy, a tym, co robią koledzy w Niemczech, Francji, Belgii, w Europie Zachodniej. Poziom jest ten sam, nie jesteśmy gorsi. I czasy, kiedy polscy pacjenci musieli wyjeżdżać za granicę, ponieważ nie było możliwości zastosowania wielu metod leczenia w Polsce, minęły dawno, to jest historia. Ja w tej chwili nie znam takiego przypadku, w którym musiałbym się zwrócić do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wysłanie pacjenta na leczenie za granicę. Tego nie ma. Zarówno kardiochirurgia dziecięca, jak i kardiochirurgia dorosłych wykonuje wszystkie możliwe zabiegi. I to samo dotyczy kolegów kardiologów. Nie ma różnic.

Ale jaka jest różnica pomiędzy sytuacją w Polsce i w Europie Zachodniej? Jest ona ogromna i polega na dostępności obywateli do naszych usług. Tej powszechnej dostępności nie ma. I trzeba, Pani Przewodnicząca, Panie i Panowie Senatorowie, o tym pamiętać. Ogromny procent Polaków nie ma szans być leczony w nowoczesny sposób, zarówno jeżeli chodzi o kardiologię, jak i o kardiochirurgię.

To jest związane z kilkoma sprawami. Aby ten stan zmienić, aby każdy obywatel Polski miał szansę na nowoczesne leczenie, muszą powstać i rozwijać się kolejne ośrodki. I dzisiaj otrzymałem informację, że 20 października we Wrocławiu nastąpi otwarcie nowego oddziału kardiochirurgicznego. To jest bardzo dobra wiadomość, ponieważ na Dolnym Śląsku, mimo że jest kilka oddziałów kardiochirurgii, na pewno liczba tych oddziałów nie wystarcza, aby zaspokoić wszystkie potrzeby tego regionu. Tak że jest to dobry kierunek, dobra wiadomość.

Panie Profesorze, gratuluję panu, bo to dzięki pańskiej wytrwałości, zaciętości w realizowaniu idei tworzenia tego oddziału, ten oddział powstanie.

Wiemy również, że prowadzone są prace, które mają na celu powołanie oddziału kardiochirurgii w Olsztynie, to też dobra wiadomość. Wiem, że jest uchwała Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego dotycząca powołania tego oddziału i ten oddział prawdopodobnie w przyszłym roku powstanie. Ale podobne oddziały muszą powstać jeszcze w innych miejscach, jak chociażby w Rzeszowie. Region rzeszowski to ogromny region, są tam ponad dwa miliony ludzi, a nie ma oddziału kardiochirurgicznego. Także świętokrzyskie i jeszcze wiele innych regionów pozbawione są możliwości nowoczesnego leczenia ludzi tam mieszkających.

A więc jedna sprawa to konieczność powołania kolejnych ośrodków kardiologiczno-kardiochirurgicznych w Polsce, a druga niezwykle istotna kwestia, może na dzień dzisiejszy najistotniejsza, to sprawa limitowania naszych usług. I to jest prawdziwy dramat, dlatego że większość instytucji mogłaby świadczyć większą liczbę tych usług. Niestety nie może, bo kontrakty są takie, a nie inne. Te kontrakty ograniczają działalność instytucji. Ograniczają działalność instytucji, to znaczy – ograniczają możliwość leczenia polskich obywateli.

Jest na tej sali pan profesor Rużyłło i najlepiej będzie, jeżeli on powie o sytuacji procedury najprostszej i najważniejszej, bo diagnostycznej: kornarografii. Kolejka w Instytucie Kardiologii do tego badania, które jest w tej chwili w kardiologii badaniem podstawowym, liczy powyżej dwóch tysięcy ludzi. I zgodnie z tym, co wiem od pana profesora Rużyłły, czas czekania na wykonanie kornarografii wynosi w tej chwili około dwóch lat. Inaczej mówiąc, znaczna część tych pacjentów, którzy są w kolejce, prawdopodobnie umrze bez możliwości uzyskania diagnozy, a tym samym bez możliwości poddania się prawidłowemu leczeniu.

Ja się bardzo cieszę, że tu jest na sali dyrektor departamentu Ministerstwa Zdrowia i słucha tego, co mówię. Mogę wyrazić tylko ubolewanie, Pani Przewodnicząca, że nie ma pana ministra. Wydaje mi się, że... To znaczy, mówię z ogromnym żalem, że go dzisiaj nie ma, bo te słowa właściwie powinny być skierowane do niego.

Musimy doprowadzić do sytuacji, w której nie ma limitowania usług, przynajmniej tych podstawowych, takich jak na przykład koronografia. I to jest apel i do ministra zdrowia, i oczywiście również do szefa Narodowego Funduszu Zdrowia. To trzeba zlikwidować.

Następna sprawa to sprawa sprzętu, na którym pracujemy, którym dysponujemy. Ja nie będę mówił o programie POLKARD, bo o tym będzie mówił pan profesor Opolski. Dobrze, że ten program został stworzony i ja się bardzo z tego cieszę, dlatego że to daje szansę na odnowę tego zużytego, często nienadającego się do bezpiecznego używania sprzętu. Ale znowu to nie daje tej możliwości odnowy wszędzie tam, gdzie istnieje taka potrzeba. To też jest bardzo ograniczone działanie. Dobrze, że ten program jest, jakkolwiek ja wolałbym, żeby tych programów w ogóle nie było, żeby była zupełnie inna sytuacja: mianowicie, żeby szpitale, w których pracujemy, były tak finansowane – myślę tu o wielkości kontraktów – żebyśmy nie musieli prosić się i żebrać w Ministerstwie Zdrowia o kolejny aparat, tylko żebyśmy z tego, co wypracujemy, mogli sami odnawiać własny sprzęt. Bo jest to prostsze, nieupokarzające dla nas, po prostu logiczne i właściwe. Tak się dzieje w Niemczech, we Francji i w Anglii. A więc zamiast programów, które stwarzają zawsze wiele problemów... Wiem, że przy podziale tego nowego sprzętu w ramach POLKARD już były zarzuty, dlaczego Instytut Kardiologii dostaje nowy aparat, a jakaś jednostka nie dostaje. Tego typu sytuacje są niepotrzebne i nie byłoby ich, gdyby za nasze usługi płać była przyznawana w sposób właściwy, tak żebyśmy my mogli wypracować pieniądze na odnowę sprzętu.

Proszę państwa, wszyscy musimy to przyjąć i pamiętać: w Polsce nie ma powszechnego dostępu do nowoczesnego leczenia w kardiologii i w kardiochirurgii. Przyczyną tego są limity; powinniśmy doprowadzić do ich likwidacji. Przyczyną tego jest również brak jeszcze wielu ośrodków, które muszą powstać. Kolejną przyczyną jest złe, wadliwe kontraktowanie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nawet część procedur, które w Polsce wykonywane były od wielu, wielu lat, w chwili obecnej nie jest kontrakt-

wanych. Jako przykład podam zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej metodą Amplatzera. Ta procedura nie jest zakontraktowana w Narodowym Funduszu Zdrowia, podobnie jak komisurotomia wykonywana przez kolegów kardiologów drogą, nazwijmy to, nieoperacyjną. Nie wiem, czy uda nam się to zrobić. Ja przewiduję, że przyszły rok będzie trudniejszy finansowo w ochronie zdrowia niż ten obecny.

A zatem kończąc muszę stwierdzić, że mimo iż jestem urodzonym optymistą, moje spojrzenie na najbliższe lata, jeżeli chodzi o finansowanie ochrony zdrowia, o możliwości naszego działania, nie jest optymistyczne.

I jeszcze jest jedna rzecz, Pani Przewodnicząca, z której też warto sobie zdać sprawę. Wiele nowych technologii medycznych, które pojawiają się w krajach Zachodniej Europy i Stanów Zjednoczonych, w chwili obecnej nie jest wprowadzanych w Polsce, ponieważ nie ma na to pieniędzy. O czym mówię? Mówię chociażby o operacjach wykonywanych przy pomocy komputerów, przy pomocy robotów. Zgodnie z moją wiedzą, w Europie sto pięćdziesiąt ośrodków posiada tego typu urządzenia, w tym również ośrodek w Rumunii, w Bukareszcie. Zostało już na podstawie kilkuletniego doświadczenia udowodnione, że operacje przeprowadzone przy pomocy robotów są mało urazowe, mało inwazyjne i tak naprawdę pacjent dzisiaj zoperowany pojutrze może iść do domu. Niestety, są to drogie urządzenia. I na dzień dzisiejszy chyba nie widzę szansy wprowadzenia tej metody w Polsce.

Druga rzecz to możliwość implantacji sztucznych komór wspomaganie serca w przypadkach skrajnej niewydolności, co, proszę państwa, nie jest bajką. To się robi już rutynowo w takich krajach jak Niemcy, Francja, Stany Zjednoczone. Na dzień dzisiejszy również nie widzę szansy, żebyśmy w Polsce tę metodę mogli wprowadzić. Powodem jest barak pieniędzy.

A więc powinniśmy zlikwidować limity, powinny powstać kolejne ośrodki, a w Ministerstwie Zdrowia powinny się znaleźć pieniądze na wprowadzanie nowoczesnych technologii medycznych. Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor senator już sformułował nawet część wniosków, którymi będzie musiało za jakiś czas zakończyć się posiedzenie naszej komisji, bo ono nie może być tylko taką akademią ku czci serca.

A mnie skłonił pan do takiej bardzo bolesnej refleksji, ponieważ to my: pan profesor, pan senator, obecnie, Marek Balicki, świętej pamięci pani senator Zofia Kuratowska i ja byliśmy podczas posiedzenia Zgromadzenia Narodowego autorami poprawki do konstytucji o powszechnym, dostępnym, nowoczesnym, bezpłatnym leczeniu itd. Jest to na dzień dzisiejszy bardzo bolesne i niespełnione autorstwo tego przepisu konstytucyjnego.

Przepraszam jeszcze za komentarz. Pan minister zdrowia uprzedzał o swojej nieobecności, ponieważ jest na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów, jakimś dodatkowym, bo z reguły to wtorki są dniami rutynowych posiedzeń, i zapewniał o obecności pani dyrektor oraz o tym, że otrzyma, niezależnie od sprawozdania, również relację pani dyrektor z tego, co dzisiaj tu będzie się działo.

Bardzo proszę krajowego konsultanta do spraw kardiologii, pana profesora Grzegorza Opolskiego, który przedstawi nam Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003–2005. Proszę uprzejmie.

Krajowy Konsultant w dziedzinie Kardiologii Grzegorz Opolski:

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim chciałbym podziękować za zaproszenie mnie do udziału w dzisiejszym posiedzeniu, które, jak myślę, będzie miało ogromne znaczenie dla przyszłości kardiologii w Polsce.

Ja będę mówił o bardziej optymistycznych sprawach, niż te poruszane przez pana profesora Religę, bo o programie POLKARD, który, jak myślę, pozwoli na dalszy rozwój kardiologii w Polsce. W nawiązaniu do tego, co mówił pan profesor, chciałbym podkreślić, że jakkolwiek jesteśmy przed Światowym Dniem Serca, jesteśmy w 2003 r., to myślimy w tej chwili o roku 2004. I myślę, że warto powiedzieć na tej sali, iż zdajemy sobie sprawę z tego, że najbliższa przyszłość polskiej kardiologii będzie uzależniona od katalogu świadczeń zdrowotnych, konkretnie kardiologicznych, ogłoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, będzie zależała, nie ma żadnej wątpliwości, od wyceny tych świadczeń oraz, co podkreślał pan profesor Religa, od liczby zabiegów. Zwłaszcza boli nas wszystkich to, że zabiegi ratujące życie są limitowane. Sądzę, że to jest jeden z największych problemów w polskiej kardiologii.

Na kształt kardiologii w roku 2004 na pewno będzie miało wpływ dalsze finansowanie programu POLKARD, jak również to, że kardiologia stanie się specjalizacją podstawową i, że tak powiem, dorastanie kardiologa będzie znacznie krótsze, niż to jest w tej chwili.

Proszę państwa, postęp, jaki dokonał się w kardiologii w latach dziewięćdziesiątych, niewątpliwie związany był z Narodowym Programem Ochrony Serca. I w momencie kiedy ten program zakończył się, natychmiast całe środowisko kardiologiczne zaczęło myśleć o następnym takim programie. Przypomnę inicjatywę między innymi pana profesora Religi, spotkania w instytucie onkologii, mające na celu to, żeby tego rodzaju program powstał.

Otóż, proszę państwa, można uznać, że Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego to jest właśnie ten następca narodowego programu ochrony serca. Chciałbym tylko zwrócić państwa uwagę na krótkie odcińki czasu w tym harmonogramie. 25 listopada zostało wydane zarządzenie ministra zdrowia w sprawie powołania zespołu ekspertów do opracowania programu, 27 stycznia zespół ekspertów jednomyślnie zaakceptował dokument i zarekomendował go do szybkiego zatwierdzenia przez ministra zdrowia i w końcu 5 lipca pan minister zdrowia Leszek Sikorski podpisał ten dokument, bardzo istotny, o którym zaraz będę mówił.

Chciałbym w tym momencie wszystkim państwu, zwłaszcza środowisku kardiologicznemu, podziękować za to, że udało nam się wspólnie dokonać tego i opracować ten dokument. W jego opracowaniu brało udział wiele, wiele osób, tych obecnych na tej sali i nie tylko, wielu konsultantów z różnych dziedzin, nie tylko z dziedziny kardiologii, konsultantów wojewódzkich, ekspertów. Chciałbym również podziękować obecnej na sali pani dyrektor Ewie Kacprzak, która od początku nam dzielnie sekundowała i pomagała ze strony Ministerstwa Zdrowia w tym, żeby ten program jak najszybciej został po pierwsze opracowany, a po drugie – zaakceptowany. Bardzo serdecznie dziękujemy pani dyrektor.

Proszę następne przezrocze. To jest grupa ekspertów, która została nominowana do rady programu przez pana ministra zdrowia Leszka Sikorskiego – czternaście osób, które aktualnie tworzą radę tego programu i pracują nad jego dalszym kształtem w latach: 2004, już szczegółowo, i 2005.

Proszę następne przezrocze. To przezrocze przedstawiał pan profesor Torbicki. Jak sądzę, nie ma nie tej sali potrzeby przekonywania kogokolwiek, że sprawy układu krążenia, chorób układu krążenia, są tak istotne, że muszą one mieć charakter narodowy.

Następne proszę. Tutaj jest 48% – widzimy, że ta tendencja spadkowa zgonów z powodu chorób układu krążenia odbiega w sposób istotny od tego, co się dzieje w krajach Unii Europejskiej.

Proszę państwa, myślę, że istotne i warte podkreślenia jest to, że po raz pierwszy znaleźli się w tym programie nie tylko kardiologowie, kardiologowie dziecięcy, kardiochirurdzy, ale również neurologowie. A więc jest bardzo szerokie podejście, odnosi się do dwóch głównych przyczyn zgonów z powodu chorób układu krążenia: udarów mózgu i zawałów serca.

Proszę państwa, o tym obecnym stanie mówił pan profesor Religa.

Dalej proszę. To jest dostępność. Oczywiście możemy się różnić w dostępności – czy to jest rok, czy dwa. Niewątpliwie ta dostępność jest za mała, ten czas oczekiwania na procedury jest zbyt długi.

Stan zagrożenia pod względem czynników ryzyka znamy z programu NATPOL 3. To jest program, którego wyniki przedstawiał pan profesor Torbicki, ale on... Proszę następne przezrocze. Pokazuje ono stan zdrowia Polaków i to, jakie kierunki profilaktyki należy podjąć. A więc byliśmy po NATPOLU 3, kiedy robiliśmy ten dokument, i byliśmy właściwie po remanencie w strukturze sprzętu kardiologicznego w poszczególnych ośrodkach, którego dokonali konsultanci wojewódzcy. Może następne, przejdziemy dalej, dlatego że to przezrocze, obrazujące częstość występowania czynników ryzyka, było już pokazywane. Właściwie każdy z tych czynników u co trzeciego lub co drugiego Polaka występuje.

Co nowego? Jaka jest koncepcja tego programu? Ten program ma integrować, jak mówiłem wcześniej, środowisko nie tylko kardiologiczne, ale też neurologiczne, diabetologiczne, lekarzy rodzinnych. Ma on być zharmonizowany z programem Unii Europejskiej: Plan Serca dla Europy, i wykorzystać dotychczasowe doświadczenia Narodowego Programu Ochrony Serca. To jest z *Heart Plan for Europe*, gdzie głównym, zasadniczym celem jest redukcja śmiertelności o 40% w populacji osób poniżej sześćdziesiątego piątego roku życia do 2020 r.

Jaki my sobie postawiliśmy zasadniczy cel w tym programie? 30% redukcję umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych u osób poniżej sześćdziesiątego piątego roku życia w ciągu dziesięciu lat. Zdajemy sobie sprawę, że to jest niezwykle ambitne zadanie.

Jak państwo widzą, pierwsze trzy punkty są właściwie dokładnie punktami Planu Serca dla Europy. Są to: zmniejszenie częstości palenia papierosów, obniżenie cholesterolu i redukcja ciśnienia tętniczego. Kolejne punkty wynikają ze specyfiki polskiej kardiologii, z sytuacji w polskiej kardiologii – dotyczą zakresu chorób układu sercowo-naczyniowego, podkreślają znaczenie dysproporcji w dostępie do procedur ratujących życie i dekapitalizacji sprzętu, który my uzyskaliśmy głównie z Narodowego Programu Ochrony Serca, jak również w zakresie edukacji.

Skupię się przede wszystkim na kardiologii; mam nadzieję, że wybaczą mi przedstawiciele innych dyscyplin, którzy brali udział w tym programie, ale robę to ze względu na czas. Zdawaliśmy sobie sprawę z potrzeb ośrodków kardiologicznych i neurologicznych. Przez trzy lata praktycznie nie było finansowania ze strony Naro-

dowego Programu Ochrony Serca. Niestety procedury były zbyt nisko wycenione, o czym mówił pan profesor Religa, i nie można było tego sprzętu odtworzyć. Na początku zetknęliśmy się z koniecznością zmniejszenia środków na programy, a zwiększenia środków na sprzęt. Zdawaliśmy sobie sprawę, że może to budzić różnego rodzaju wątpliwości w środowisku, ale myślę, że nie było innego sposobu na to, żeby podjąć się wykonywania procedur wysoko specjalistycznych, na tym samym i wyższym poziomie, jeśli chodzi o ilość, z takim sprzętem, jaki wówczas zastaliśmy.

Następne proszę, pokazujące, że udało nam się poprzez Ministerstwo Finansów i przez Ministerstwo Zdrowia zwiększyć środki na sprzęt do 70%. Jak wygląda budżet? To jest 88 milionów zł na wszystkie dyscypliny ujęte w programie POLKARD, z podziałem na kardiologię, kardiochirurgię i kardiologię dziecięcą. Główne, zasadnicze moduły tego programu to przede wszystkim prewencja, edukacja w szkołach, lobbying – to, co czynimy w tej chwili – edukacja społeczeństwa, przedstawianie w środkach masowego przekazu problematyki związanej z chorobami układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza z prewencją.

To są priorytety tematyczne w zakresie diagnostyki i leczenia: ostre zespoły wieńcowe, niewydolność serca, techniki mało inwazyjne w kardiologii, diagnostyka prenatalna w kardiologii dziecięcej i udary mózgu. Ostre zespoły wieńcowe, proszę państwa, to jest problem ponad dwustu tysięcy ludzi w Polsce. Wiemy, że w tym zakresie procedura nie powinna być limitowana, że powinny być ujednoczone zasady postępowania oparte na rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, że powinien we wszystkich województwach być wprowadzony dwudziestoczterogodzinny dyżur hemodynamiczny.

Następne przezrocze, pokazujące kolejny problem – niewydolność serca. W tym zakresie liczba pacjentów będzie wzrastała, również pozornie, z powodu poprawy w zakresie kardiologii naprawczej.

Jeśli chodzi o kardiochirurgię, to może ja w skrócie tylko powiem, że tym, na czym szczególnie nam zależy, jest rozwój technik mało inwazyjnych, nowych sposobów leczenia – również już wcześniej dzisiaj była o tym mowa – między innymi bez otwierania mostka, bez krążenia pozaustrojowego.

Proszę państwa, w bardzo krótkim okresie, bo na przestrzeni trzech miesięcy te konkursy były ogłaszane, ponieważ te środki musiały być bardzo szybko uruchomione i w sposób otwarty dotrzeć do tych, którzy najbardziej ich potrzebują, następnie oferty były rozpatrywane przez ekspertów, przez fachowców. W tej chwili zostały zakończone konkursy na modernizacje i uzupełnienia aparatury w tej najbardziej bojącej nas dziedzinie – angiokardiografów. Wiemy, że w ciągu trzech lat takich urządzeń powinno być co najmniej dwadzieścia pięć, a żeby mówić o jakimś postępie – trzydzieści pięć. Są to też echokardiografy, systemy monitorujące, zestawy do elektrofizjologii. Jednocześnie trwają, kończą się już, konkursy na programy takie jak rejestr ostrych zespołów wieńcowych, programy niewydolności serca, elektroterapii, podstawowej opieki kardiologicznej. Jest kwestia również programów medialnych i zintegrowanego z medycyną ratunkową systemu leczenia ostrych zespołów wieńcowych.

Następne przezrocze proszę. Tu pewnie powinien się jeszcze pojawić bukiet kwiatów. Chciałbym bardzo serdecznie w imieniu wszystkich ekspertów podziękować pani naczelnik Jolancie Czerbniak z Ministerstwa Zdrowia, która bardzo nam pomogła w tym, że w tak krótkim okresie wszystkie te konkursy zostały przeprowadzone.

Następne proszę. Proszę państwa, to jest moje ostatnie przezrocze. Nie ma wątpliwości, że serce ma swoje potrzeby i myślę, że jedną z takich potrzeb w tym roku udało się zaspokoić. Pozostają jeszcze dwa lata i chciałbym apelować do Wysokiej Komisji, żeby nam w tym zakresie, w zakresie tego programu pomogła, żeby to finansowanie było znacznie wyższe, ale również, żebyśmy za procedury kardiologiczne w Narodowym Funduszu Zdrowia otrzymywali godną zapłatę. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

A teraz poproszę sprawcę naszego dzisiejszego wspólnego posiedzenia, pana profesora Jerzego Adamusa, przewodniczącego Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który przedstawi stan zdrowia Polaków. Pan profesor był siłą sprawczą dzisiejszego posiedzenia.

**Przewodniczący Komisji Profilaktyki
w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym Jerzy Adamus:**

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękuję pani senator za możliwość takiego spotkania, za wysłuchanie naszych problemów. Chciałbym się skupić na przedstawieniu państwu naszych wrogów, trudnych sytuacji w Polsce – moi poprzednicy mówili, jak je rozwiązywać. Ja w tej chwili chciałbym się skupić na tym, z czym mamy do czynienia, jaka jest aktualna sytuacja w Polsce.

Pani senator pozwoli, że podejść tu bliżej, żeby móc poprzeć siłą argumentu przezrociami.

Proszę następne przezrocze. To są nasi wrogowie. Wiemy na pewno, że czynniki ryzyka, których modyfikacja zmniejsza ryzyko incydentu i zgonu sercowo-naczyniowego, są powszechnie znane: palenie tytoniu, podwyższony poziom cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca lub nietolerancja glukozy. Jest jeszcze kilka rzadziej występujących, ale te występują powszechnie i walka z nimi to jest nasz cel.

Proszę państwa, wiemy także na pewno z badania Framingham, że poziom cholesterolu, przy którym zmniejszamy w sposób istotny występowanie choroby wieńcowej na tysiąc mieszkańców, wynosi poniżej 200 mililitrów na decylitr. Wszystko, co jest powyżej, jest większym zagrożeniem; ta krzywa rośnie istotnie.

To się ujawnia tym bardziej, proszę państwa, w takich społeczeństwach, w których nawyki dietetyczne od początku stawiają ich członków w niekorzystnej sytuacji. Tak jest w USA, tak jest w Europie Północnej, a nie jest to tak wyraźnie zaznaczone w takich krajach jak Japonia czy kraje basenu Morza Śródziemnego. Niezależna od wyjściowego poziomu cholesterolu, czy niskiego, czy powyżej normy – bo tu jest gdzieś norma – ta zachorowalność w tych krajach jest istotnie mniejsza niż w tych krajach, gdzie ten wyjściowy poziom cholesterolu ma istotne znaczenie. A my zaliczamy się do tej samej grupy, co Europa Północna.

Proszę o następne przezrocze. Proszę państwa, także ważna bardzo informacja: połączenie tych trzech czynników ryzyka u jednej osoby w sposób istotny zwiększa to ryzyko. Jeżeli ryzyko wystąpienia pojedynczego czynnika będzie czterokrotne, trzykrotne, to przy połączeniu tych dwóch, jak państwo widzicie, kumuluje się i wzrasta istotne zagrożenie.

Czy mamy jakieś pozytywne przykłady ze świata, pokazujące, jak to świat rozwijał? Proszę państwa, Amerykanie pierwsi zwrócili na to uwagę. Od 1968 r. prowadzili rejestr i zauważyli, że przy stosowaniu się do pewnych zaleceń jest wyraźny spadek rocznego wskaźnika zgonów na zawał serca spośród mężczyzn i kobiet od roku 1968 do roku 1988. Jak to tłumaczyć? Jeżeli popatrzymy na średni poziom cholesterolu w populacji amerykańskiej, to widzimy, że zgodnie z kolejnymi rejestracjami w tych latach spadek cholesterolu pokrywa się ze spadkiem umieralności. Jest to wyraźny dowód na to, że likwidacja choćby jednego z czynników ryzyka, czy jego ograniczenie, wpływa na zmniejszenie śmiertelności. Proszę państwa, jednocześnie odnotowujemy, że w tym czasie, jak widzicie, nastąpił spadek spożycia w Stanach Zjednoczonych tłuszczów zwierzęcych, a wyraźny wzrost spożycia tłuszczów roślinnych.

Jak się to przedstawia w Europie? Weźmy za przykład Finlandię, gdzie była wysoka śmiertelność na początku lat siedemdziesiątych, dwukrotnie wyższa niż w Polsce, zwłaszcza u mężczyzn. Ta śmiertelność w ciągu dwudziestu lat spadła znacznie. Proszę następne przezrocze. W ślad za tym, jak widzimy, idzie spadek rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi w Finlandii, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, jak i spadek cholesterolu w surowicy. Wyliczyli oni, że skoro obniżyli palenie, obniżyli ciśnienie krwi oraz obniżyli poziom cholesterolu w populacji, należało się spodziewać takiego spadku zgonów spowodowanych chorobą wieńcową. Rzeczywistość przeszła nawet wszelkie marzenia. Okazało się, że rzeczywisty spadek zgonów z powodu choroby wieńcowej był jeszcze niższy, niż wynikało to z obliczeń dotyczących redukcji tych czynników ryzyka.

Na podstawie badań w Szkocji oraz Nowej Zelandii, a więc na dwóch różnych biegunach, wiemy, że na zmniejszenie umieralności z powodu choroby wieńcowej nie ma wpływu tylko samo leczenie. Ma ono oczywiście i bezdyskusyjnie istotny wpływ, ale, proszę państwa, ma go także i redukcja czynników ryzyka. I udział obu tych elementów rozkłada się mniej więcej po połowie.

Proszę następne przezrocze. Ten slajd już był dzisiaj prezentowany, proszę państwa. Zwróćcie uwagę, że zarówno jeżeli chodzi o populację mężczyzn, jak i kobiet, Polska i Europa startowały w roku 1970 z takich samych pozycji wyjściowych, i to jest ważne. Po czym w Europie był wyraźny, systematyczny i jednolity trend spadkowy do 1995 r. A u nas co? Do roku 1990 wyraźny wzrost zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Dopiero wtedy, kiedy zaczęliśmy sobie zdawać sprawę, gdzie jest wróg, kiedy go zlokalizowaliśmy i zaczęliśmy z nim walczyć, zaczęło być widać efekty, zarówno w postępie w leczeniu, jak i w profilaktyce.

Przejdę teraz do sytuacji w Polsce. Tu specjalne podziękowanie dla pani docent Brody, która na to dzisiejsze nasze spotkanie przygotowała najnowsze dane, jakie istnieją. Proszę państwa, jeżeli popatrzymy na te wykresy, to widzimy, że mamy tu zgony ogółem, zgony z powodu chorób układu krążenia i ten wykres, który pozornie wygląda na płaski... A jeżeli popatrzymy na wyniki, to zgony z powodu choroby wieńcowej od roku 1990 do roku 2001 zmniejszyły się w istotnym stopniu: od dwustu czterdziestu na sto tysięcy mieszkańców u mężczyzn do stu pięćdziesięciu czterech, a więc jest to spadek o 35% w ciągu jedenastu lat. Jest to istotny spadek. Podobnie, proszę państwa, jest u kobiet: od pięćdziesięciu jeden – kobiety startowały z niższego poziomu – do trzydziestu czterech, czyli o około 30% zmniejszyła się liczba zgonów z powodu choroby wieńcowej. Nastąpiła większa redukcja zgonów z powodu chorób

układu krążenia w całości. Zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, nie widać wyraźnego trendu spadkowego z powodu zgonów spowodowanych udarem mózgu.

Teraz bezwzględne liczby, proszę państwa. W roku 2001 z powodu chorób układu krążenia zmarło trzydzieści tysięcy osób – to jest miasto – a z powodu choroby wieńcowej i nagłego zawału serca zmarło około dwudziestu tysięcy osób – to jest także miasto.

Jak Polskie Towarzystwo Kardiologiczne próbuje zwrócić uwagę na te problemy? Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zorganizowało największe dotychczasowe badanie populacyjne w Polsce Polscreen, które obejmuje milion Polaków. W pierwszym etapie mamy przeprowadzić *screening* u miliona Polaków w dwunastu regionach w Polsce poprzez lekarzy pierwszego kontaktu. W drugim etapie, po zakończeniu... W tej chwili mamy trzysta tysięcy zbadanych osób. W drugim etapie mamy skontrolować te wyniki i w czterech regionach przeprowadzić akcję edukacyjną u pacjentów oraz u lekarzy i porównać to z pozostałymi regionami. Czyli innymi słowy chcemy zobaczyć, czy wzmożona edukacja, szkolenie lekarzy i pacjentów, przełoży się na korzystny wynik działań profilaktycznych.

Celem programu jest ocena częstości występowania czynników ryzyka choroby wieńcowej, zwłaszcza hipercholesterolemii, w praktyce lekarzy leczenia podstawowego. Dlatego uznaliśmy, że to lekarz leczenia podstawowego jest tym lekarzem, który zaczyna profilaktykę i w wielu przypadkach decyduje o dalszym postępowaniu profilaktycznym. Jak pacjent trafia do szpitala, do kliniki, to już zazwyczaj jest trochę za późno na reakcję, możemy tylko dokonywać korekty. To lekarz leczenia podstawowego powinien zajmować się problemem profilaktyki.

Kolejna sprawa, to, jak już tu wspomniałem, ocena wpływu prowadzonej edukacji. Zbadaliśmy do tej pory około trzysta tysięcy osób, to są wstępne wyniki. Króciutko – jak to się przedstawia w poszczególnych regionach. Mniej więcej rozkład jest równomierny.

Proszę o następne przezrocze. Tak wygląda cholesterol, proszę państwa. Zaledwie 38% badanych Polaków ma prawidłowy poziom cholesterolu, pozostałych 62% ma poziom cholesterolu powyżej normy, z tego 40% to umiarkowane powiększenia, a 22% bardzo istotne powiększenia, powyżej 250 miligramów na decylitr. Proszę następne przezrocze. Czyli to, co pokazuje to przezrocze, można w skrócie tak przedstawić: 62% Polaków ma nieprawidłowy poziom cholesterolu. To jest około piętnastu milionów ludzi w Polsce. U kobiet wygląda to tak, że większy procent kobiet ma nieprawidłowy poziom w porównaniu z mężczyznami, którzy mają poziom nieco niższy, ale dalej bardzo wysoki. Jak to się przedstawia w poszczególnych grupach wiekowych? Proszę państwa, program obejmuje populację od trzydziestego piątego roku życia, czyli dorosłych Polaków, i niestety zarówno w młodszej populacji, jak i w starszych populacjach, ten poziom jest bardzo wysoki.

Nadciśnienie tętnicze – problem, który nas nieco zaskoczył, bo nie spodziewaliśmy się aż tak dużej częstości występowania nadciśnienia tętniczego. Przypominam, że dotyczy to populacji od trzydziestego piątego roku życia. NATPOL obejmował populację od osiemnastego roku życia i tam był nieco niższy poziom, ale tu jest bardzo wysoki – zaledwie 38% badanych ludzi ma ciśnienie skurczowe poniżej 140 i rozkurczowe poniżej 90, a po przekroczeniu tego poziomu rozpoznajemy nadciśnienie. Podobny rozkład jest u kobiet, jak i mężczyzn. To nadciśnienie tętnicze oczywiście wzrasta wraz

z wiekiem, ale proszę zobaczyć: nawet w najmłodszej grupie 49% mężczyzn i 30% kobiet ma nadciśnienie tętnicze.

Z tego badania rodzą się pytania. Wprawdzie pacjenci zgłaszają, że w dużym procencie są leczeni, wiedzą, że mają się leczyć, ale pytania są takie: jak i czy skutecznie są leczeni pacjenci z hipercholesterolemią oraz pacjenci z nadciśnieniem tętniczym?

Co wynika z badania Polscreen? Proszę państwa, krótko przedstawię szokujące dane, analizy, konsekwencje epidemiologiczne i ekonomiczne. Na podstawie tego badania możemy obliczyć, że w najbliższych dziesięciu latach zachoruje na ostry incydent wieńcowy zawał serca, insult mózgowy lub niestabilną chorobę wieńcową siedemset czterdzieści tysięcy mężczyzn i trzysta tysięcy kobiet, w tym na zawał serca 42%, na dusznicę bolesną niestabilną 45%, na udar mózgu 13%. Ponad milion osób. To są te osoby, których leczenie będzie wymagało hospitalizacji.

Teraz założenia do analizy konsekwencji ekonomicznych. Analiza obejmuje tylko bezpośrednie koszty hospitalizacji z powodu wymienionych schorzeń układu sercowo-naczyniowego i koszty wyliczone na podstawie średnich stawek obowiązujących w kasach chorych w pierwszym kwartale bieżącego roku. A to jest kwota. Przewidywane koszty leczenia szpitalnego z powodu zawału serca, niestabilnej dławicy piersiowej i udaru mózgu w Polsce w ciągu dziesięciu lat to 8 miliardów 300 milionów zł. To są realne koszty tego problemu, który nas czeka, jeżeli nie będziemy aktywnie walczyć o likwidację czynników ryzyka, które są modyfikowalne i które mogą istotnie wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności, a także, jak państwo widzicie, na redukcję kosztów. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Niewyobrażalna kwota.

Poproszę panią doktor Jadwigę Kłóś, przewodniczącą Sekcji „Choroby Serca u Kobiet” w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym o to, by była uprzejma przedstawić, jak wygląda zapadalność na schorzenia układu krążenia wśród kobiet – wyniki badań POLMONICA. Proszę.

**Przewodnicząca Sekcji „Choroby Serca u Kobiet”
w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym Jadwiga Kłóś:**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowna Komisjo! Szanowni Państwo!

Reprezentuję sekcję zajmującą się chorobami serca i układu krążenia u kobiet w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym. Spośród czterdziestu siedmiu towarzystw skupionych w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym jest to jedna z czterech takich sekcji, ponieważ w innych krajach ich nie ma. Muszę powiedzieć, że ten problem również być może nie jest bliski Europejskiemu Towarzystwu Kardiologicznemu, ponieważ także na poziomie tego towarzystwa nie ma podobnej grupy roboczej, więc niezwykle chwała, jak mi się wydaje – mówię to w imieniu kobiet – Polskiemu Towarzystwu Kardiologicznemu za to, że u nas ta sekcja jest.

Dlaczego moi koledzy, moi przedmówcy, mówili o problemach w skali kraju dotyczących kobiet i mężczyzn? Dlaczego w ogóle istnieje potrzeba takiej sekcji? Otóż

w ostatnim okresie, zwłaszcza w ostatnich dziesięciu latach, okazało się, że jednak istnieje różnica w fizjologii i patofizjologii w zakresie rozwoju i przebiegu chorób układu krążenia u kobiet i mężczyzn. I nagle z konsternacją stwierdzono, że w badaniach populacyjnych, szczególnie tych, które wyznaczały terapię, jest bardzo niewielki procent kobiet, a zatem w pewnym sensie, przy wysokiej zapadalności na te schorzenia, okazuje się, że nie do końca mamy wypracowane metody terapeutyczne. Poza tym Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że w 2025 r. ponad dwa miliardy kobiet powyżej pięćdziesiątego roku życia, czyli teoretycznie co druga z nich, będą miały chorobę niedokrwienną.

Bardzo proszę popatrzeć raz jeszcze na to, o czym już przedtem mówili moi koledzy. Pragnę zwrócić uwagę, że nowotwory są reprezentowane w znacznie mniejszym stopniu niż choroby układu krążenia, a przecież jest szereg akcji edukacyjnych i promocyjnych, profilaktyki tym zakresie. A jeśli zwrócimy uwagę, jak dramatycznie wysokie jest ryzyko umieralności wśród kobiet na choroby układu krążenia, to przekonamy się, że ono jest nieporównywalne w stosunku właśnie do nowotworów. Nikt nie zwraca uwagi na to, że od wczesnych lat młodości jest nadwaga, palimy papierosy, nie kontrolujemy ciśnienia, źle się żywimy.

Bardzo proszę o przezrocze. Także według Głównego Urzędu Statystycznego, tu mamy rok bieżący, zechcą państwo zwrócić uwagę – właśnie około pięćdziesiątego, pięćdziesiątego drugiego roku życia taką szeroką ławą narasta epidemia zachorowalności na choroby układu krążenia. A tu proszę, abyście państwo przez ciekawość zechcieli zwrócić uwagę, że jeżeli umierają młode kobiety, to najczęściej jest to spowodowane albo samobójstwami, albo wypadkami komunikacyjnymi. Co więcej, jeżeli kobiety chorują na przykład na zawał, zwłaszcza kobiety starsze, z licznymi czynnikami ryzyka, to aż w 90% przypadków umierają z powodu powikłań w przebiegu chorób układu krążenia. To są dane populacji kieleckiej prezentowane przez panią docent Janion.

I tu raz jeszcze te krzywe, które państwo przede mną prezentowali, ale przy następnym przezroczu proszę zwrócić uwagę, że chociaż roczne tempo spadku u nas jest większe niż w Unii Europejskiej, bo wynosi 4,5%, to jednak aż siedemnastu lat trzeba, żeby w tym zakresie, jeśli chodzi o kobiety, osiągnąć poziom krajów Unii Europejskiej.

Co jest przyczyną tego, że kobiety są tak degradowane w zakresie chorób układu krążenia, niszczenia śródbłonna, niewydolności serca, zawału i udaru? Niewątpliwie najważniejsze jest to, o czym wszyscy państwo przede mną wspominali: modyfikowalne czynniki ryzyka. I tu chcę, abyście państwo zechcieli zwrócić uwagę szczególnie na ten, który powtarza się już od bardzo wczesnych lat. Jest to otyłość. Nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów i towarzyszące otyłości albo zmieniona tolerancja glukozy, albo cukrzyca, czyli czynniki, które niezwykle uszkadzają śródbłonek, wszystko to jest zmorą nie tylko krajów zachodnich, czy – jak państwo wiecie z tego, co widać na ulicy amerykańskiej – również Stanów Zjednoczonych, ale również nas w Polsce. Tworzy się tak zwany zespół metaboliczny, gdzie, można powiedzieć, punktem zapalnym jest tkanka tłuszczowa, która ma swoje określone możliwości endokrynne i ona powoduje właśnie to, że dochodzi do uszkodzenia naczyń.

Według badania POLMONICA autorstwa siedzącej tu pani docent Brody, ostatnio cytowanego przez pana profesora Adamusa... Proszę zwrócić uwagę, że zespół metaboliczny jest naszą podstawową zmorą na przyszłość, bo dotyczy prawie 40% populacji, tak znacząco zwiększającą ryzyko uszkodzenia naczyń i serca.

Przy ostatnim przezroczu chciałabym państwu zwrócić uwagę, że w odniesieniu do kobiet szczególne znaczenie ma wczesna profilaktyka, od młodości. Ma to tak duże znaczenie dlatego, że kobieta, może bardziej niż mężczyzna, musi dźwigać ciężar wyzwań naszych obecnych czasów, szczególnie w Polsce. Musi pogodzić ambicje zawodowe – może nawet nie chodzi o ambicje zawodowe, tylko spełnianie się i funkcjonowanie zawodowe – jednocześnie sprawnie zawiadując rodziną i mając dzieci. I to jest dla niej szczególnie ważne. A więc ważne jest propagowanie prozdrowotnego trybu życia w tej grupie kobiet młodych, właśnie żeby nie dochodziło do wystąpienia czynników ryzyka, żeby nie doprowadzić do tego, że jak kobieta wchodzi w pięćdziesiąty rok życia, to staje się bezbronna, ponieważ nagle okazuje się, że rozwija się u niej choroba wieńcowa.

Co więcej, w tej chwili kobiety utraciły nadzieję w hormonalnej terapii zastępczej. Do niedawna postrzegano hormonalną terapię zastępczą nie tylko jako terapię, która poprawia jakość życia, ale również jako terapię, która pozwala na profilaktykę wielu schorzeń, między innymi myślano, że również chorób układu krążenia, osteoporozy. W tej chwili ta sprawa, powiedziałabym, całkowicie zatrasnęła się przed kobietami z powodu bardzo wysokiego wzrostu ryzyka nowotworu sutka, co wykazało badanie *Million Women Study* przeprowadzone w Wielkiej Brytanii u ponad miliona kobiet, którego wyniki były opublikowane w „Lancecie” w sierpniu bieżącego roku.

A więc istotne jest to, żebyśmy bardzo wcześnie u wszystkich kobiet stworzyli taki system, dzięki któremu można by było identyfikować tych wrogów, jak powiedział pan profesor Adamus, te niszczące czynniki ryzyka, i stworzyć właściwą opiekę ambulatoryjną dla kobiet, a nade wszystko usprawnić hospitalizację. Chodzi o to, że z jednej strony lekarz musi być odpowiednio przygotowany, żeby uszanował niespecyficzne objawy i niespecyficzny przebieg choroby niedokrwiennej, chorób układu krążenia, a z drugiej strony – aby kobieta była uświadamiana, że kiedy nagle się pojawiają te objawy, które, jak się wydaje, są całkiem śmieszne i o charakterze nerwicowym, to nie powinna ona czekać, tylko w odpowiednim czasie zgłosić się do lekarza i do szpitala, ponieważ to jest dla niej szansą. Dziękuję państwu za uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Wysoką cenę przychodzi nam płacić za próbę zrównania statusu płci.

Proszę państwa, jesteśmy wyjątkowo zdyscyplinowani, wyjątkowo zgodnie z czasem przebiega to posiedzenie komisji.

I teraz w końcu tej pierwszej części przypadł mi zaszczyt poproszenia przedstawicielki Światowej Federacji Serca, panią Janet Voute, o przedstawienie zarysu problemów i zadań kardiologii w Europie.

Bardzo uprzejmie zapraszam na miejsce, z którego do tej pory korzystali panowie profesorowie, a z którego na co dzień korzystają senatorowie Rzeczypospolitej. Proszę uprzejmie.

Przedstawicielka Światowej Federacji Serca Janet Voute:

Szanowni Państwo!

Bardzo gorąco dziękuję państwu za zaproszenie i za umożliwienie mi jako przedstawicielce Światowej Federacji Serca spotkania z państwem, a także tego,

w pewnym sensie również wniesienia pewnego swojego wkładu do państwa dyskusji na te tak ważne tematy, poruszone przez przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Jeżeli państwo pozwolicie, to przedstawię taki krótki porządek mojego wystąpienia. Przede wszystkim chciałabym zaprezentować naszą organizację, Światową Federację Serca, to, kim jesteśmy, czym się zajmujemy. Chciałabym również przedstawić w taki bardzo ogólny sposób, jakie są wyzwania globalne, jeżeli chodzi o choroby układu krążenia, a także ten temat, który wielu przedmówców poruszało, mianowicie czynniki ryzyka, które również rzutują na występowanie chorób układu krążenia. Ostatnia część, ta, którą przede wszystkim chciałabym w moim wystąpieniu podkreślić, dotyczy programów prewencyjnych, zapobiegania występowaniu chorób układów krążenia. W pewnym sensie będzie to spojrzenie na doświadczenia innych krajów z działań, które zostały tam podjęte i rozwiązań, które zostały z powodzeniem wdrożone.

Jeżeli chodzi o naszą misję, to przede wszystkim chcę powiedzieć, że Światowa Organizacja Serca jest organizacją pozarządową. Istniejemy po to, żeby zapewnić dłuższe i lepsze życie społeczeństwu poprzez prewencję i poprzez profilaktykę, a także kontrolę zarówno chorób serca i udaru. I podkreślam, że to są połączone działania – nie tylko prewencja, nie tylko profilaktyka, ale także kontrola chorób serca i udaru.

Jeżeli chodzi o naszą organizację, to działa ona w ponad stu krajach na całym świecie. Na dobrą sprawę zrzesza zarówno organizacje członkowskie, medyczne, osoby, które zawodowo zajmują się chorobami układu krążenia, jak i organizacje pozarządowe, takie jak stowarzyszenia i fundacje, które zajmują się ochroną serca. Przede wszystkim te organizacje mają bardziej bezpośredni kontakt z opinią publiczną, ze społeczeństwem i tym samym niekiedy łatwiej im dotrzeć do opinii publicznej. W Polsce również współpracujemy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym i cieszymy się bardzo z tego. Mamy też nadzieję, że niebawem będziemy mogli także współpracować z polską fundacją serca. Myślę, że dzięki tej współpracy możemy również dzielić się swoim doświadczeniem i współpracować, tak żeby osiągnąć szybsze i bardziej konkretne rezultaty.

Przyznam, że oczywiście bardzo ważne jest dla nas to, żeby budować świadomość społeczeństwa co do czynników ryzyka i to jest rzeczywiście ta podstawa naszej działalności jako federacji. Bardzo ważnym działaniem, które podejmujemy we wszystkich krajach, jest Światowy Dzień Serca. I tutaj dziękuję od razu Polskiemu Towarzystwu Kardiologicznemu za współpracę za i to wszystko, co zostało zrobione w Polsce w tym celu, żeby faktycznie budować w społeczeństwie świadomość czynników ryzyka. Myślę, że może ciekawe dla państwa będzie to, że Światowy Dzień Serca odbywa się równolegle, w tym samym czasie, w dziewięćdziesięciu krajach na całym świecie, takich jak te, które były przedstawiane, jak Mozambik, Tajlandia, ale również w wielu, czy, można powiedzieć, wszystkich krajach europejskich, takich jak Irlandia, Wielka Brytania, Holandia, Niemcy czy też w Stanach Zjednoczonych i naprawdę wielu, wielu innych. Te działania, Światowy Dzień Serca, są przede wszystkim po to, żeby budować świadomość ryzyka i czynników ryzyka, które wiążą się z chorobami układu krążenia, i tego, że rzeczywiście modyfikowanie tych sposobów zachowania związanych z czynnikami ryzyka czyni różnicę i naprawdę może poprawić stan zdrowia.

Myślę, że ważne jest to, że tegoroczny dzień serca poświęcony jest sprawie, o której mówiła moja przedmówczyni, mianowicie występowaniu chorób układu krą-

żenia wśród kobiet. Kobiety często nie zdają sobie sprawy z tego, że rzeczywiście są zagrożone, że czynniki ryzyka u nich również występują, w związku z czym zapominają, że mogą podjąć skuteczne działania, żeby zmniejszyć te czynniki ryzyka.

Jesteśmy również organizacją partnerską, która współpracuje ze Światową Organizacją Zdrowia. Współpracujemy przy programach związanych ze zmniejszeniem palenia tytoniu, zmianami nawyków żywieniowych, jak również zwiększeniem aktywności fizycznej. My, jako Światowa Federacja Serca, możemy również podejmować działania, tak żeby te rekomendacje WHO rzeczywiście były przekładane na praktykę w poszczególnych krajach.

Tutaj w pewnym sensie najważniejsze zagadnieniem są te wyzwania globalne, wobec których stajemy. Żeby lepiej to uzmysłowić, podam kilka liczb. Liczba zgonów w ciągu jednego roku na całym świecie to pięćdziesiąt cztery miliony. Z tego siedemnaście milionów to zgony z powodu chorób układu krążenia. Można tym samym powiedzieć, że na trzy zgony jeden jest spowodowany chorobami układu krążenia. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej te wskaźniki są gorsze, bo można by rzec, oczywiście w pewnym zaokrągleniu, że co drugi zgon jest spowodowany chorobami układu krążenia. Mimo iż, jak widzieliśmy na przezroczach, sytuacja ta ulega poprawie, to i tak wskaźniki te w krajach Europy Środkowo-Wschodniej są jednak znacznie gorsze, niż wskaźniki dla krajów członkowskich Unii Europejskiej. Dane z Wielkiej Brytanii wskazują, że 43% zgonów to zgony z powodu choroby układów krążenia, w Holandii jest to 38%, a rzeczywiście duże wrażenie robi Francja, gdzie 32% zgonów jest spowodowanych chorobami układu krążenia. Myślę, że to jest też pewną wskazówką, że jeszcze sporo można zrobić, żeby poprawić sytuację.

Powtórzę to, co już było wielokrotnie na tej sali powtarzane, mianowicie, że trzeba zwracać uwagę na czynniki ryzyka. To jest to, co możemy zmienić. Te działania można rzeczywiście prowadzić i przy w miarę niewysokich kosztach można osiągnąć znaczące wyniki. To jest pewna lekcja, która została wyciągnięta z doświadczeń innych krajów. Doświadczenia tych krajów wskazują, że rzeczywiście można te działania prowadzić i że można je prowadzić skutecznie. Czyli raz jeszcze: pamiętajmy o czynnikach ryzyka, które naprawdę można zmienić jak również o profilaktyce, która jest bardzo istotna. Powtarzam to, co było wielokrotnie mówione na tej sali.

Myślę, że bardzo ważne jest, żebyśmy pamiętali o tym, że na dobrą sprawę podejście powinno być dwuczłonowe, dwuelementowe. Właściwie chodzi o dwa wzajemnie uzupełniające się podejścia, a działania z nich wynikające powinny być podejmowane w tym samym czasie. Nie wystarczy robić tylko jednego, te działania muszą rzeczywiście być prowadzone równolegle. Oczywiście jeden z tych elementów to indywidualna opieka medyczna nad pacjentem, czyli tak zwany model medyczny, a więc to, co w tej chwili jest robione i rzeczywiście również rekomendacje, tak jak było to przedstawione, proponowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne... Ale bardzo ważne jest, żeby równolegle z tym podczas wizyt u lekarza również starać się prowadzić w pewnym sensie konsultacje związane ze stylem życia i z modyfikacją zachowania pacjenta. Podczas takiej wizyty lekarz powinien zwrócić pacjentowi uwagę, że jeżeli pali, to powinien rzucić palenie, dlatego że rzeczywiście przekłada się to na zmianę czynników ryzyka. Zanim podejmie się interwencję medyczną, można także po prostu zmienić zachowanie, styl życia w wielu innych obszarach, a przełoży się to na niższe tętnicze ciśnienie krwi czy na obniżenie poziomu stężenia cholesterolu, czy na

przykład bardziej aktywny styl życia. To wszystko są działania prewencyjne, które mogą być realizowane właśnie w formie konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu, z pielęgniarką, którzy...

(Brak nagrania)

...wyrobów tytoniowych, jak również kwestie rozwiązań podatkowych obciążających wyroby tytoniowe. Wszystko to się przekłada na spadek palenia tytoniu w społeczeństwie.

Tutaj rząd może odegrać również bardzo znaczącą rolę, jeżeli chodzi o inne rozstrzygnięcia. Bardzo ważne jest na przykład zaznaczanie poziomu soli w produktach spożywczych, tak żeby obniżać zawartość soli. Bardzo ważna jest również edukacja zdrowotna, edukacja propagująca zdrowy, aktywny styl życia, jak również kwestie dotyczące cholesterolu, na przykład związane ze zmianą spożycia tłuszczów – odchodzenie od tłuszczów zwierzęcych, zastępowanie ich tłuszczami roślinnymi, promowanie częstszego spożywania owoców i warzyw. To są wszystkie działania, które rzeczywiście mogą być promowane przez...

(Brak nagrania)

...organizacjami medycznymi, a także mediami i fundacjami, organizacjami pozarządowymi, może przełożyć się na istotną pomoc dla środowiska medycznego w zwalczaniu tak licznych jednak przypadków schorzeń układu krążenia.

I jeszcze bardzo istotna sprawa: odpowiednie znakowanie żywności. Z całą pewnością jeżeli żywność będzie odpowiednio znakowana, z czasem będzie przyczyniało się to do coraz to lepszych nawyków żywieniowych w społeczeństwie.

I myślę, że tutaj taką ilustracją, która potwierdza to, że rzeczywiście działania rządu mogą być bardzo skuteczne i mogą rzeczywiście modyfikować i pozytywnie zmieniać styl zachowania, jest wskaźnik używania wyrobów tytoniowych przez osoby młode, między trzynastym a piętnastym rokiem życia. W Polsce 30% młodzieży deklaruje, że próbowało palić wyroby tytoniowe. Oczywiście nie jest to wskaźnik idealny, ale na pewno jest znacznie lepszy, niż wskaźniki dla krajów ościennych, zresztą tutaj państwo macie w tej tabeli podane wyniki, które wskazują, że jednak spożycie wyrobów tytoniowych w tamtych krajach jest znacznie wyższe.

Co może w tej sytuacji zrobić polityk? Oczywiście podejmować działania zorientowane zarówno na zdrową dietę, jak i na promowanie aktywności fizycznej. Jeżeli chodzi o tę zdrową dietę, to ważne jest wprowadzenie programu edukacji publicznej, tak żeby zmniejszyć spożycie tłuszczu zwierzęcego i zastępować je wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi, żeby faktycznie spowodować większe spożycie owoców, warzyw, żeby kontrolować poziom soli spożywanej w produktach żywnościowych. Jeżeli chodzi o szkołę czy miejsce pracy, to można wpływać na to, co oferują stołówki, tak żeby dania tam podawane były zdrowsze.

Bardzo ważne również jest to, żeby produkty żywnościowe były właściwie znakowane co do składu, co do ich zawartości, tak się stało w Stanach Zjednoczonych – aby kupując produkt można było sprawdzić, czy rzeczywiście wiemy, co kupujemy i czy wiemy, co jemy, czy jest to tak zdrowe, jak nam się początkowo wydawało.

Jeżeli chodzi o aktywność fizyczną, to ważne jest to, żeby odpowiednio planować rozwój miast, żeby przewidywać powstawanie parków, ścieżek rowerowych, takich rozwiązań, które wspierają aktywność ruchową. Również ważne są programy wy-

chowania fizycznego w szkołach, no i programy typu: ruszaj się dla zdrowia, czyli sport dla wszystkich. Nie chodzi tutaj o jakieś elitarne rozwiązania, ale zwrócenie uwagi na to, czy kobiety są aktywne fizycznie, czy są programy oferowane dla ludzi starszych. Chodzi tutaj oczywiście nie o jakieś sporty na poziomie olimpijskim, tylko o spacerowanie czy jakąkolwiek aktywność ruchową, którą można by zaoferować ludziom starszym. Przede wszystkim powinny być to programy, które są preferowane przez lokalną społeczność. I te ruchy sąsiedzkie czy tworzone przez lokalną społeczność odnośzą największy i najlepszy skutek. Czyli pamiętajmy o tym również, że edukacja publiczna jest ważna i że rzeczywiście bardzo wiele leży w naszych własnych rękach. A zatem samemu można w dużej mierze decydować o stanie swego zdrowia. I myślę, że chyba to jest najważniejsze przesłanie.

W podsumowaniu chciałabym powiedzieć, że rzeczywiście możemy pomóc w pracy kardiologów, kardiochirurgów, prowadząc tego rodzaju działania. Profilaktyka, zmiana stylu życia, może zmniejszyć o 50% umieralność z powodu chorób układu krążenia. I warto o tym pamiętać, bo rzeczywiście to są dane liczbowe, które robią wrażenie.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Ja jestem pod wrażeniem i widzę po twarzach koleżanek i kolegów, że oni też.

Jesteśmy po blisko dwóch godzinach intensywnej pracy. Chciałabym państwu teraz zaproponować kwadrans przerwy na refleksję, na relaks, ale również na kawę i herbatę. W związku z tym zapraszam państwa – po wyjściu z sali Senatu po prawej stronie jest taki nasz barek, z którego na co dzień korzystamy, gdzie będzie na państwa czekał niewielki poczęstunek. I za kwadrans, czyli o 12.05, spotkamy się ponownie w tej sali. Dziękuję.

(Przerwa w obradach)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Minął czas przewidziany na przerwę.

Kto ma ochotę, to proszę wrócić.

Po przerwie, podczas której spożywaliliśmy niezbyt zdrowe czy dobre dla serca produkty, powracamy do drugiej części posiedzenia, w której przewidzieliśmy dyskusję, ewentualnie pytania. Albo, jeżeli tak będzie wygodniej, to po prostu będą to pytania połączone z dyskusją – nie ma ściśle regulaminowego wymogu przy tego typu posiedzeniach. Inaczej jest, jeżeli dotyczy to legislacji, bo wtedy obowiązuje już pewna kolejność zdarzeń.

W tym momencie mam tylko jeno zgłoszenie do dyskusji. Zgłosił się pan profesor Wiktor Szostak, za moment pana profesora poproszę o głos.

Proszę naciskać zielony przycisk, to jest przycisk od mikrofonu, i przedstawiać się imieniem, nazwiskiem i podać nazwę instytucji, którą państwo reprezentujecie, ponieważ jest to niezbędne do dokumentacji posiedzenia.

Następnych z państwa, którzy będą chętni do zabrania głosu, czy zadania pytania, proszę również o awizowanie tego.

A teraz proszę pana profesora Szostaka.

**Kierownik Zakładu Profilaktyki Chorób Cywilizacyjnych
w Instytucie Żywności i Żywienia Wiktor Szostak:**

Szanowna Pani Przewodnicząca, Państwo Senatorowie, Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy!

75% zgonów z powodu chorób układu krążenia daje się wytłumaczyć dwoma czynnikami ryzyka: paleniem tytoniu i wadliwym żywieniem.

Chciałbym zwrócić państwu uwagę na bardzo znamieny fakt: że spośród pięciu polskich referentów, wybitnych kardiologów, żaden nie mówił o żywieniu. Mówiono o wszystkich innych czynnikach ryzyka, a ta sprawa została całkowicie pominięta. Natomiast nasz znakomity gość, pani Voute ze Światowej Federacji Serca, na każdym prawie przeżroczu miała elementy dotyczące diety i podkreślała wielką rolę tego zagadnienia.

Proszę państwa, polska kardiologia choruje na straszną chorobę – lekceważenie podstawowego czynnika ryzyka rozwoju miażdżycy. Jeżeli się z tej choroby nie wyleczymy, to nasze wysiłki na rzecz rzeczywistego zmniejszenia umieralności na choroby układu krążenia pozostaną tylko na papierze. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan doktor Lucjan Szponar, proszę uprzejmie.

Zastępca Dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia Lucjan Szponar:

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Chciałbym po pierwsze poprzeć bardzo stanowisko pana profesora Szostaka, a po drugie chciałbym powiedzieć, dlaczego występują te różnice między Polską a Unią Europejską. One występują właśnie dlatego, że w Unii Europejskiej tego typu działaniom towarzyszą programy żywieniowe, które są realizowane na drodze legislacyjnej i na wszystkich innych możliwych drogach.

Moje propozycje są więc takie, aby podobnie, jak w nowym programie wspólnej polityki rolnej Unii Europejskiej, i w Polsce znalazły się zapisy, że oto będziemy wspierać poprzez stosowne subsydiowanie produktów i przetworów mlecznych przez dzieci, jeżeli chodzi o posiłki szkolne niskotłuszczowe. To po pierwsze. Po drugie – że upowszechnimy spożycie warzyw i owoców, również wśród dzieci i młodzieży szkolnej, poprzez stosowną politykę cenową. I oczywiście, co jest aktualne zapewne i u nas, po trzecie – nie popierać, albo racjonalnie zmniejszać dotacje do produkcji wyrobów tytoniowych, a więc zmniejszać ilość produkowanego tytoniu i zaangażowanie w to przemysłu i nie subsydiować w Unii Europejskiej – dotyczy to głównie krajów południowych – produkcji wina.

Na drodze legislacji od niedawna, od ubiegłego roku, pan minister zdrowia ma stosowne możliwości, ponieważ jest koordynatorem strategii bezpieczeństwa żywności w ujęciu międzysektorowym. Wydaje się, że nigdy wcześniej nie miał takich możliwości, a teraz je ma i wykorzystuje. I to jest niezmiernie pozytywne zjawisko z punktu widzenia możliwości działań prewencyjnych. To jest jedna kwestia.

Drugą kwestią jest jednak... Chciałbym zwrócić uwagę na fakt, który nie zdarza się w innych krajach; nie znam ani jednego kraju Unii Europejskiej, w którym

poważne instytucje naukowe czy społeczne, czy to towarzystwa, czy inne instytucje, promowałyby produkty, które są zaprzeczeniem racjonalnego żywienia, a w Polsce to ma miejsce. W związku z powyższym, poprzez odpowiednie znakowanie, poprzez odpowiednie napisy... Jest to też sprzeczne z art. 63 kodeksu etyki lekarskiej, jeżeli tam ukazuje się na przykład nazwisko. Nie dotyczy to jednak, tak jak już powiedziałem, instytucji.

Chciałbym więc powiedzieć, że możliwości oddziaływania państwa, rządu, są, w moim przekonaniu, znacznie większe te dotychczas realizowane. Chodzi więc o wspieranie takich programów polityki żywienia narodu, które będą miały istotnie charakter prozdrowotny. Jak już to było powiedziane i wielokrotnie podkreślone w raporcie przedstawicielki Światowej Federacji Serca, ważne jest obniżenie spożycia soli kuchennej. Proszę pamiętać, że przeciętny Polak spożywa 12–15 g soli. Holandia poprzez odpowiednie programy żywieniowe polegające na obniżaniu użycia soli na poziomie przemysłowym, dodawanej do pieczywa, serów, mięs, obniżyła spożycie soli kuchennej o 9 g.

Inaczej mówiąc, nasze powodzenie leży z jednej strony we wspieraniu tych wszystkich działań polskiej kardiologii, które tu zostały zaprezentowane, ale z drugiej strony przede wszystkim musi się odnosić do całej populacji. Musi to być wspieranie prawidłowego modelu żywienia na drodze... Dzisiaj, na szczęście, mamy już legislację analogiczną z punktu widzenia znakowania żywności do tej, która jest w Unii Europejskiej, i nowe rozwiązania co do znakowania odnośnie do tak zwanych *health claims*, one także będą temu sprzyjały.

Dlatego też wbrew pewnej takiej tonacji pesymizmu, ja osobiście jestem optymistą co do możliwości rozwiązań prewencyjnych i chcę powiedzieć, że to właśnie teraz ten rząd zdecydował o tym, że istnieje strategia bezpieczeństwa żywności, że to minister zdrowia jest jej koordynatorem. Zostały dokonane zmiany w zapisach podstawowych ustaw, między innymi w ustawie o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ustawie o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia, za co pani senator bardzo dziękuję, bo się pani do tego bardzo przyczyniła. Rozporządzenia wykonawcze – one na pewno ułatwią nam realizację prozdrowotnej polityki żywienia. To będzie najlepszym rozwiązaniem tych problemów, które trapią współczesne społeczeństwo, jeżeli chodzi o wysoką umieralność z powodu chorób układu krążenia i nie tylko, bo to dotyczy także nowotworów. Dzisiaj już wiemy, że ryzyko występowania każdego z nowotworów zwiększa się, jeżeli występuje zjawisko otyłości. Dziękuję za uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

(*Głos z sali: Jeżeli można...*)

Tak, już.

Łatwiej mi walczyć o dobre przepisy dotyczące warunków zdrowotnych żywności i żywienia, niż stosować je do siebie, o czym akurat świadczyły dzisiejsze ciastka. Na przyszłość postaramy się przy tego typu okazjach, żeby to były warzywa, owoce lub soki owocowe.

Bardzo poproszę panią, a następnie pana.

**Kierownik II Kliniki Neurologicznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii
Anna Członkowska:**

Anna Członkowska, jestem profesorem neurologii, pracuję w Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Bardzo dziękuję, że znalazłam się tutaj w tym gronie, na tej konferencji dotyczącej chorób układu krążenia, gdyż ja zajmuję się udarem, a połowa zgonów z powodu chorób krążenia jest spowodowana udarami mózgu. My troszeczkę o tym zapominamy, gdyż udary mózgu są chorobą ludzi starych. Jednak ja ze zdziwieniem zobaczyłam na slajdzie pana profesora Adamusa, że udary mózgu pochłaniają jedną dziesiątą kosztów związanych z chorobami krążenia. Tam szło to w miliardy, a u nas to było pół miliarda. Proszę państwa, jest to oczywiście... Nie wiem, na czym to się opierało, ale udary pociągają za sobą olbrzymie koszty społeczne, gdyż połowa chorych po udarze wymaga wieloletniej opieki, i to bardzo kosztownej, i pociąga to za sobą duże koszty społeczne.

Udarowi mózgu, wbrew temu, co się powszechnie uważa, można zapobiegać i zapobiega się takimi samymi metodami, jak chorobom serca. Dlatego bardzo się cieszymy, że w programie POLKARD znalazła się też neurologia. Chciałabym również podkreślić, że udar mózgu można bardzo skutecznie leczyć i przed kilkoma laty powstał Narodowy Program Profilaktyki Leczenia Udaru, który wprowadził w Polsce w ostatnich latach bardziej nowoczesne metody leczenia udaru. Powstały bardzo wyspecjalizowane ośrodki udarowe i jest udowodnione, że one przynoszą korzyści. Tak że ja chciałabym powiedzieć, że my się przyłączyliśmy do POLKARD i że on powstał nie tylko z Narodowego Programu Ochrony Serca, ale też z Narodowego Programu Profilaktyki Leczenia Udaru.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, proszę uprzejmie. Pan się zgłaszał.

**Kierownik Kliniki i Zakładu Rehabilitacji Kardiologicznej
i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej
w Instytucie Kardiologii Ryszard Piotrowicz:**

Ryszard Piotrowicz, Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Nie mogę nie wspomnieć o takim czynniku ryzyka, zresztą wspomnianym tu dosyć szeroko, jak aktywność fizyczna, czyli ruch. Ruch niedostosowany do aktualnej sytuacji klinicznej został uznany przez Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne za niezależny czynnik ryzyka zgonu sercowego, w tym nagłego zgonu sercowego. Ruch jest elementem rehabilitacji kardiologicznej, w której Polska ma niezaprzeczone osiągnięcia, bo czterdzieści lat temu powstała w Polsce jedna z nielicznych klinik rehabilitacji ruchowej, założona przez profesora Askanasa. Świadomość naszych lekarzy też jest wystarczająca. Niemniej chciałem zwrócić uwagę na fakt, że systemy organizacyjne i systemy finansowania procedur rehabilitacji kardiologicznej praktycznie uniemożliwiają wdrożenie tej procedury w praktyce, co w konsekwencji powoduje, że 8–9% pacjentów w Polsce jest rehabilitowanych. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję uprzejmie.
Bardzo proszę.

**Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nauk Żywnościowych
Anna Gronowska-Senger:**

Gronowska-Senger, Polskie Towarzystwo Nauk Żywnościowych.

Proszę państwa, ja chciałam zwrócić uwagę na może nieco inny aspekt tej sprawy, o której tutaj dzisiaj mówimy.

Wydaje mi się, że nawet najlepsze programy prewencji, jeśli chodzi o choroby układu krążenia, nie znajdują powodzenia w praktyce, jeżeli nie będziemy tego rozpatrywać w trochę szerszym kontekście. Dlaczego? Dlatego, że obok niewątpliwie wszystkich tych czynników ryzyka, o których tutaj dzisiaj mówiono, wśród których niewątpliwie bardzo ważną rolę, może nawet i dominującą, odgrywa żywienie, jest jeszcze czynnik, o którym nie można zapominać, a który też odgrywa bardzo istotną rolę, mianowicie stres. Te różnice, które występują pomiędzy Polską a innymi krajami, jeśli chodzi o umieralność z powodu chorób układu krążenia, w moim przekonaniu są również wynikiem warunków, w jakich żyje nasze społeczeństwo.

Możemy stworzyć najlepsze programy żywieniowe jako programy prewencji chorób układu krążenia, ale musimy jednocześnie zdawać sobie sprawę z faktu, że one nie znajdują możliwości realizacji w praktyce, jeżeli rząd nie będzie prowadził odpowiedniej polityki socjalnej. Co tu mówić o prawidłowym żywieniu, jeżeli spora część naszego społeczeństwa nie dojada.

Proszę państwa, katedra, w której pracuję na SGGW, Katedra Żywienia Człowieka, prowadziła badania na temat żywienia dzieci w szkołach, niedaleko, 40 km od Warszawy. Dzieci w gminnej szkole wiejskiej za jedyny posiłek w ciągu dnia, nawet nie w szkole, a w domu, mają kromkę chleba posypaną cukrem. To są realia, proszę państwa.

I jeżeli nie będzie prowadzona odpowiednia polityka, to co tutaj mówić o prewencji chorób układu krążenia. Musi się to zmienić w tym kraju. Jeżeli nie będzie właściwej polityki w tym zakresie, to będziemy mieć bardzo marne społeczeństwo, jeśli chodzi o następne pokolenia. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.
Bardzo proszę.

**Kierownik Zakładu Upowszechniania Wiedzy o Żywności i Żywieniu
w Instytucie Żywności i Żywienia
Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska:**

Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska z Instytutu Żywności i Żywienia.

Proszę państwa, ja muszę powiedzieć o takiej sprawie. Mówimy o tym, co się działo przed transformacją naszego kraju, mówimy o tym, co się dzieje w tej chwili.

Nie możemy zapominać o tym, że to są mimo wszystko dwa różne okresy w życiu tego narodu, szczególnie jeżeli spojrzymy na profilaktykę.

Pan profesor Adamus słusznie zauważył, że w pewnych kwestiach myśmy jakby zbliżyli się do tego, co się działo w innych krajach, dopiero w latach dziewięćdziesiątych. I, proszę państwa, teraz dokonania, jakie obserwujemy – mimo wszystko zmniejszanie się zapadalności na choroby układu krążenia, jak również śmiertelności z powodu tych chorób, są związane z tym, że ten kraj się zmienia. Zmienia się również dostęp ludzi do takich czy innych możliwości przeciwdziałania ryzyku zachorowania na choroby układu krążenia, choroby związane ze stylem życia.

Proszę państwa, zmieniała się również edukacja. Tutaj pan doktor Szponar powiedział o prawie. No, wszystkiego prawem nie da się uregulować w państwie. Prawo naturalnie musi regulować państwo i moim zdaniem musi jakby stanowić trzon działania państwa. Natomiast bardzo ważne są działania, które służą ludziom. I uważam, że właśnie takie organizacje, jak towarzystwa naukowe, jak inicjatywy różnych programów, czy to, co przed chwilą powiedziała pani profesor Gronowska – również zwracanie uwagi na to, co jest faktycznie problemem w dniu dzisiejszym... Bo proszę państwa, mówi się, że nie ma niedożywienia w Polsce. To jest nieprawda, niedożywienie jest. My nie możemy tylko mówić o jakichś wybranych badaniach. Faktycznie są dzieci, które są głodne, one są i niestety będą.

I teraz jest kwestia, dlaczego tak się dzieje. Proszę państwa, głód nie jest związany, jak wiemy dobrze, tylko i wyłącznie z ubogim uposażeniem domu czy rodziny. To jest jeden z wielu różnych czynników, z których ten głód może wypływać, szczególnie w odniesieniu do dzieci. To są problemy społeczne. Myślę, że ważne jest takie globalne spojrzenie, stworzenie tego typu programów. Przyznam szczerze, że absolutnie je popieram i jestem za, dlatego że mimo wszystko raz zasiane ziarno będzie dawało plon. Takich przykładów, Pani Senator, mamy przecież wiele. No, te działania, które były prowadzone pod pani kierunkiem, dotyczące AIDS, były bardzo trudne na początku, a potem przyniosły jednak niezwykle korzystne efekty.

Współdziałanie. Proszę państwa, nie można patrzeć na problem zdrowia społecznego, zdrowia publicznego, poprzez jeden pryzmat. Myślę, że współdziałanie wielu różnych organizacji, wielu różnych instytucji, czy to rządowych, czy pozarządowych, jest niezwykle ważne. I nikt nikomu nie powinien wchodzić w kompetencje, tylko powinno się dać pole do działania tym, którzy się na tym czy na tamtym znają. Nie można mówić, że tylko ja mam rację, proszę państwa. I to jest chyba ważne. Każdy z nas ma do wykonania jakieś zadanie. A to, że można te zadania wykonać, że one przynoszą jednak pozytywne efekty, mimo wszystko na przestrzeni tych czternastu lat już się dało zaobserwować. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Najuniżej i po trzykroć przepraszam pana profesora Rużyłłę. Bardzo przepraszam i proszę o zabranie głosu. A potem w kolejności: pan profesor senator Bielawski i pani.

**Kierownik I Kliniki Choroby Wieńcowej
i Samodzielnej Pracowni Hemodynamiki
w Instytucie Kardiologii Witold Rużyło:**

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Chciałbym przede wszystkim powiedzieć, że byłem prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 1998–2001 i są mi bardzo bliskie sprawy prewencji pierwotnej i wtórnej. Myślę, że my w kardiologii mamy bardzo duże sukcesy, jeśli chodzi o prewencję wtórną, ale wszystko przed nami, jeśli chodzi o prewencję pierwotną. I tutaj było bardzo dużo na ten temat mówione. Wszyscy państwo, którzy przed chwileczką przedstawiali swoje wypowiedzi, w tym również przedstawicielka Światowej Organizacji Serca, wypowiadali się w tym duchu. Jest dużo do zrobienia dla nas wszystkich, dla mediów, dla lekarzy.

Ale ja tu chcę dwa słowa powiedzieć o kardiologii interwencyjnej. Ja kiedyś tę dyscyplinę w Polsce tworzyłem. To jest dyscyplina, która jest czymś pośrednim między kardiochirurgią a kardiologią zachowawczą. I chcę państwu powiedzieć, że w Europie w tej chwili wykonuje się ponad sześćset tysięcy zabiegów kardiologii interwencyjnej w ciągu roku i ta liczba wzrasta 15% do 25% rocznie. To są zabiegi, które pozwalają chorym być w szpitalu jedną lub dwie doby, są one o wiele tańsze niż zabiegi kardiochirurgiczne, stąd też ich rola rośnie.

Chcę powiedzieć, że w Polsce myśmy przez ostatnie cztery–pięć lat stale zwiększali właśnie o 15 do 20%, a nawet przed dwoma laty skokowo, liczbę tych zabiegów. Mamy dobrzy wyszkoloną kadrę kardiologów interwencyjnych i nad tym czuwa właśnie Polskie Towarzystwo Kardiologiczne – Sekcja Kardiologii Inwazyjnej. Myślę, że nas jest około czterystu osób, które w tej chwili pracują w tych prawie sześćdziesięciu ośrodkach kardiologii interwencyjnej.

Do nas, do Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, należy przeszkolenie nowych lekarzy w tej trudnej dziedzinie kardiologii. Do państwa, do samorządu, do ministerstwa, do Narodowego Funduszu Zdrowia, należy zapewnienie w tych miejscach, gdzie są jeszcze białe plamy, jeżeli chodzi o aparaturę i te ośrodki. Chcę państwu powiedzieć, że wbrew pozorom, jeżeli chodzi o kardiologię interwencyjną, to nie ma tak dużo białych plam. Jest natomiast olbrzymi problem limitowania środków na te procedury. I my byśmy sobie jako grupa, jako kardiolodzy, poradzili, gdyby nie było limitowania środków na te procedury. Ja się bardzo boję, że w 2003 r. my gdzieś w tych najbliższych miesiącach zakończymy wykonywanie tych procedur, ponieważ zabraknie pieniędzy. Jak ten problem rozwiązać, to jest osobna sprawa.

Chciałbym powiedzieć państwu, że jestem członkiem rady programowej POLKARD i chcę powiedzieć, że bardzo wysoko sobie cenię to, że tam się znalazłem i bardzo wysoko oceniam POLKARD. To jest pierwszy program po tej półtorarocznej przerwie, po Narodowym Programie Ochrony Serca, który rzeczywiście ruszył, który rzeczywiście ma perspektywy i który rzeczywiście już coś zrobił. Bo myśmy już jedenastu placówkom zapewnili aparaturę do wykonywania kardiologii interwencyjnej i nie tylko kardiologii interwencyjnej. Są perspektywy, są jasno przewidziane miejsca, gdzie prawdopodobnie będzie przydzielana następna aparatura i ja na to patrzę z dużym optymizmem. To jednak nie są małe pieniądze, to są istotne pieniądze. Jest to organizacyjnie świetnie zrobione i dlatego widzę takie małe światło w tunelu. I ciągle wracam do tego, że warunkiem jest to, żeby nie było limitowania środków na procedury wysoko specjalistyczne.

Nie chciałbym tutaj państwa zamięczać tym tematem zbyt długo, ale pan senator Religa wywołał mnie. Chcę powiedzieć, że mam przed sobą listę świadczeń zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia. Na niej znajduję z wielką przyjemnością najbardziej nowoczesne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca ze stentami antyproliferacyjnymi, a więc tymi stentami, które nie dają nawrotu zwężenia, system CARTO do ablacji, leczenia zaburzeń rytmu. Jesteśmy w czołówce europejskiej. I z wielkim smutkiem, nie mogę zrozumieć dlaczego, nie znajduję tutaj części kardiologii interwencyjnej, która nazywa się: kardiologia interwencyjna wad serca. To jest, proszę państwa, czterysta–pięćset procedur rocznie. To są procedury zamykania otworów wewnątrz- i zewnątrzsercowych, to są tak zwane walwuloplastyki, czyli nieoperacyjne poszerzanie zwężonych zastawek, przy których pacjent przebywa w szpitalu jedną lub dwie doby. Komfort pacjenta jest tu olbrzymi, czeka na to ponad sto osób, bo wszyscy wiedzą, że tak można to zrobić. I ja tego nie znajduję w tym tekście, który dzisiaj otrzymałem. Mam nadzieję, że jest to nieporozumienie i że to zostanie w ciągu najbliższych dni wyjaśnione, bo wiem, że kontraktacje tych świadczeń niedługo się zaczną. Bardzo dziękuję za uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Bielawski, a następnie pani. Potem pani senator Krzyżanowska, a później poproszę pana profesora.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca, za udzielenie głosu.

Panie i Panowie!

Dzisiejsze posiedzenie uważam za udane, uważam, że przybliżyło ono wiele problemów nękających obecnie kardiologię i kardiochirurgię.

Pragnę zauważyć, że sytuacja w kardiologii i w kardiochirurgii jest prostym odbiciem tego, co gnębi pozostałe specjalności medyczne. To wszystko nie wzięło się z powietrza. 20 lutego odbyło się posiedzenie senackiej komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, poświęcone głównie zasadom, a na dobrą sprawę krachowi, finansowania ochrony zdrowia, właściwie w całej Polsce, na tle katastrofalnego stanu na Dolnym Śląsku. W czasie tego posiedzenia komisji zwrócono uwagę, że należy uznać, iż załamanie systemu finansowania ochrony zdrowia było spowodowane zmniejszeniem składki zdrowotnej z 10% na 7,5% w ubezpieczeniu zdrowotnym w czasie radykalnej zmiany ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1998 r. Ważną przyczyną był również brak komputerowego systemu identyfikacji płatników i składek w 1 stycznia 1999 r. Tego systemu identyfikacji w dalszym ciągu, można powiedzieć, że go nie ma, a jeżeli nawet optymistycznie uznamy, że on jest, to stwierdzimy, że on bardzo kuleje.

Żeby zrozumieć aktualną sytuację, trzeba przypomnieć kilka faktów z okresu, kiedy reforma służby zdrowia była wprowadzana. Bez wątplenia promotorem obniżenia składki na opiekę zdrowotną był Leszek Balcerowicz, ówczesny wicepremier. Uzasadniał to w swoim wystąpieniu na dwudziestym dziewiątym posiedzeniu Senatu IV kadencji i w artykule ogłoszonym we „Wprost”, nr 5 1999 r.; jeszcze była taka publi-

kacja w „Polityce” w tym czasie. Artykuł we „Wprost” miał znamienity tytuł: „Worek bez dna”. Z wystąpienia tutaj, na sali Senatu, i z artykułu wynika węższymi obsesyjne przekonanie, że przyczyną rosnącego zadłużenia i deficytu w ochronie zdrowia jest olbrzymie marnotrawstwo, a nakłady na służbę zdrowia są wystarczające. Dla udowodnienia tej tezy Leszek Balcerowicz stwierdza, że nie jest tak źle, bo rozmiar szarej strefy w usługach medycznych oszacowano w 1997 r. na 3,4% PKB. Jeżeli zsumujemy te nieoficjalne nakłady z wydatkami budżetu – tak twierdzi profesor Balcerowicz – to okaże się, że na służbę zdrowia przeznaczamy 7,74% PKB, więcej niż w Danii i Wielkiej Brytanii. Jak z tego wynika, jest byczo. Trzeba tutaj stwierdzić, że pan premier się zagalopował, bo w tym czasie nakłady na zdrowie w krajach Unii Europejskiej wyniosły średnio 8,9% PKB. Na jakiej podstawie oszacowano, że wielkość nieoficjalnych nakładów na zdrowie wynosi akurat 3,4% PKB, nie bardzo wiadomo. Czy na zasadzie, że jest takie powszechne przekonanie, czy też pod każdym biurkiem lekarza siedzi wywiadowca z Ministerstwa Finansów?

Po usłyszeniu tych rewelacji, na następnym posiedzeniu Senatu IV kadencji złożyłem oświadczenie senatorskie – tak się tutaj technicznie w Senacie nazywa interpelację – w którym zapytałem między innymi, jak zostało obliczone to, że koszty ponoszone przez pacjentów ubezpieczonych dodatkowo wynoszą te 3,4% PKB. Na to pytanie nie uzyskałem żadnej odpowiedzi, ale problem opłat nieformalnych i łapówek tkwi głęboko w świadomości przede wszystkim osób związanych z Ministerstwem Finansów i kręgów, które postrzegają prywatyzację wszystkiego, co się da, jako jedyny sposób na rozwiązanie wszystkich bolączek służby zdrowia.

Ta sprawa się ciągnie. W numerze trzydziestym „Newsweeka” z bieżącego roku ukazał się artykuł autorstwa Piotra Bratkowskiego, Izabeli Leszczyńskiej i Dariusza Stasiaka pod tytułem „Szpital Polska”, w którym jest przytoczona opinia profesora Romualda Holly z Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, który szacuje opłaty nieformalne i łapówki u nas na kwotę 5–8 miliardów zł rocznie. Autorzy wyżej cytowanego artykułu uważają, że taka suma jest wystarczająca na oddłużenie szpitali i przychodni. Należy tutaj dodać, że obecne zadłużenie nagromadziło się w ciągu czterech lat funkcjonowania reformy zdrowia, a tu jednoroczne nakłady osiągnęte nieformalnie załatwiłyby problem długów. Tylko że tych 5 czy 8 miliardów zł to są pieniądze wirtualne, funkcjonujące w wyobrażeniu pana Holly, a cała konstrukcja myślowa służy jednemu celowi – przeprowadzeniu prywatyzacji służby zdrowia. Jak autorzy artykułu stwierdzają w podtytule, bez niej czeka nas agonia lecznictwa.

No i cóż, uważam, że często lekarstwo bywa gorsze o choroby. Ale, proszę państwa, coś jest na czasie, bo składając oświadczenie – ja w tej chwili mówię z pamięci, to był albo lipiec, albo czerwiec – z zapytaniem do aktualnego ministra zdrowia i do prezesa funduszu dowiedziałem się, że trwają prace nad taką nowelizacją ustawy o powszechnych zakładach opieki zdrowotnej, żeby można było ogłaszać w razie wielkiego zadłużenia ich upadłość. No i idziemy w tym kierunku. Z tym, że ta myśl w resorcie zdrowia kołata się jeszcze od czasów minister Cegielskiej. Był taki doradca, nie wiem, czy nie przekręcę nazwiska, pan Mika, który mówił, że należy przez upadłość likwidować nierentowne placówki służby zdrowia. No cóż, jeżeli tu ogłosimy upadłość, tu sprywatyzujemy, osiągniemy wieczne zadowolenie. Nie wiem tylko czyje, bo na pewno nie pacjentów. I te wszystkie zapędy zmierzają w jednym kierunku – ograniczenia dostępności świadczeń medycznych nie tylko w kardiologii, ale wszędzie po kolei.

Kiedys, będąc w charakterze gościa na takim zebraniu, które się odbywało w sejmiku województwa dolnośląskiego, zadałem wręcz pytanie, jak ma się zachować lekarz. Nośnym przykładem są te wszystkie przypadki z dziedziny kardiologii interwencyjnej. Ma możliwość wykonania, powiedzmy, jednego zabiegu konoranoplastyki, a fizycznie na drugi nie ma, bo nie ma stentów, bo nie zostało to zrefundowane. I wobec tego patrząc na pacjentów ma powiedzieć: tobie zrobię konoranoplastykę, a tobie nie. Czy taki lekarz ma ponosić odpowiedzialność za poziom finansowania tego wszystkiego? Te dylematy stały się powszechne. One rzadko, na całe szczęście, są tak dramatyczne, ale tym niemniej te dramatyczne decyzje lekarze muszą również podejmować na co dzień.

Co do tego, że się doszukujemy różnych sensacji, ja tutaj przytoczę artykuł z ostatnich czasów, zamieszczony w „Trybunie” z 10 września bieżącego roku pod tytułem: „Sens życia według ordynatora”, z nadtytułem: „Radom – znieczulenia w służbie zdrowia”. Pominę tutaj sprawę, która miała zaistnieć w związku z pobytem w szpitalu w Radomiu poszkodowanego w wypadku Pawła S. Tam wszystko było opisane: i kradzieże przez personel szpitala, i niemalże jeszcze pobicie tego młodego człowieka. Sądzę, że te rzeczy powinien wyjaśniać prokurator. Ale moje zdziwienie budzi wzburzenie autora artykułu, że mimo tylu obrażeń poszkodowany po tygodniu został wypisany do domu. Autor dodaje, że pewnie znaczenie ma tu fakt, że chłopak nie jest ubezpieczony. No i w tym miejscu chciałoby się zawołać: Panie Redaktorze! Gdzie pan żyje, że nie widzi pan tego, że służba zdrowia również podlega mechanizmom rynkowym, czy my tego chcemy, czy nie!

Wydaje mi się, że trzeba stworzyć społeczny nacisk, bo ze świadomości ludzi decydujących o poziomie finansowania służby zdrowia powinno takie myślenie jak wredny zabobon zniknąć.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.
Proszę bardzo.

**Kierownik Pracowni Metod Profilaktyki Chorób Dietozależnych
w Instytucie Żywności i Żywnienia Barbara Cybulska:**

Barbara Cybulska, profesor chorób wewnętrznych i znawca problematyki zaburzeń gospodarki lipidowej, jednocześnie żywieniowiec. Pracuję w Instytucie Żywności i Żywnienia.

Chciałabym się ustosunkować do dwóch spraw.

Po pierwsze, nie zaczynamy teraz profilaktyki kardiologicznej od początku. Był tu pokazywany kilkakrotnie przez kolegów na przezroczach spadek zgonów na choroby układu krążenia w ciągu ostatnich dziesięciu lat. I jest on niemały, bo wynosi 30% u mężczyzn i 33% u kobiet, czyli 1/3.

Oczywiście, że przyczyny tego są złożone. Osiągnięciem kardiologii interwencyjnej jest to, o czym mówił pan profesor Rużyło – że ta liczba procedur kardiologicznych w Polsce z roku na rok wzrasta, szczególnie wzrosła właśnie w ciągu tych czterech lat, na co pan profesor zwrócił uwagę. Ale również trzeba powiedzieć, że zaszły korzystne zmiany, i to bardzo duże, w żywieniu się populacji. Spadło spożycie tłuszczów zwię-

rzęcych, czyli nasyconych kwasów tłuszczowych, które głównie odpowiadają za zwiększone stężenie cholesterolu i za zwiększoną gotowość zakrzepową, a wzrosło spożycie tłuszczów roślinnych, drobiu, owoców, które są bogate w przeciwzmiażdżycowe flawonoidy i witaminy. I muszę tu nieskromnie powiedzieć, że te korzystne zmiany w żywieniu to nie jest niewidzialna ręka rynku, tylko że to są zasługi mojego instytutu, bo do tej pory właściwie, jeśli chodzi o szerzenie wiedzy w społeczeństwie na temat zdrowego żywienia, mój Instytut Żywności i Żywienia to właśnie robił.

I chcę tu również zgłosić akces do programu POLKARD. My możemy być państwu dalej bardzo w tym pomocni, bo myślę, że państwo takiej naszej fachowej pomocy potrzebują. To po pierwsze.

A po drugie, nie wiem, może nie znalazłam tego, ale wydaje mi się, że w programie POLKARD nie położono nacisku na kształcenie umiejętności lekarzy w prowadzeniu profilaktyki u swoich pacjentów. Dotyczy to szczególnie lekarzy pierwszego kontaktu.

Mamy w Polsce około miliona chorych na chorobę niedokrwienną serca. Nie ułatwią tego przecież tylko kardiolodzy. Ci chorzy trafiają również do podstawowej opieki zdrowotnej. Te umiejętności trzeba kształtować, więc to szkolenie jest bardzo ważne. I to jest zadanie i dla PTK, i dla realizatorów programu POLKARD, bo niestety, jak dzisiaj widzimy, to szkolenie nam się wymyka. Wymyka się niezależnym instytucjom, towarzystwom naukowym. Często jest organizowane przez kompanie farmaceutyczne, co, niestety, ma pewien wpływ na obiektywność przekazywanej wiedzy.

I jeżeli chodzi o profilaktykę pierwotną, to na pewno nie ułatwimy jej przy pomocy cudownych leków, rzeczywiście dobrych, ale nie dla profilaktyki pierwotnej, chyba że dla tej dużego ryzyka, jakimi są statyny. Tu przede wszystkim ważne są: zmiana modelu żywienia, palenie papierosów i ruch. Dziękuję uprzejmie.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.

Teraz mam dwa zgłoszenia, trzecia jest pani.

Pani senator Olga Krzyżanowska, pan profesor Wojtyniak, a następnie poproszę panią.

Proszę, Pani Senator.

Senator Olga Krzyżanowska:

Dziękuję bardzo.

Ja chciałabym może krótko powiedzieć, że właściwie dzisiejsze spotkanie ma jakby dwa nurty. Jeden, powiedziałbym, bardzo optymistyczny, a drugi bardzo pesymistyczny.

Ten optymistyczny, to jest działalność Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, to, że mimo tych wszystkich trudności, które mają wszyscy lekarze, cała służba zdrowia, jednak są programy, są badania niesłychanie przydatne, nie tylko przekonujące, bo to z tego wynika, ale też niesłychanie przydatne. I wydaje mi się, że właściwie powinniśmy gorąco podziękować wszystkim, którzy się do powstania tego programu przyczynili. Był on szybko, sprawnie przeprowadzony, nie ciągnął się latami i wnioski są, jak myślę, niesłychanie istotne.

Istotne w jakim sensie? Chodzi o to, co było poruszone w dzisiejszej dyskusji: współdziałanie wszystkich dziedzin. To nie jest tylko tak, że tworzą go lekarze kardiolodzy. To są, jak pani profesor była uprzejma powiedzieć, lekarze pierwszego kontaktu, to są sprawy społeczne, które dramatycznie jednak wpływają na stan naszego życia. To jest też uświadomienie społeczeństwa. Pan senator przede mną mówił o różnych artykułach w prasie. Ja myślę, że prasy też można użyć w większym stopniu, niż to dotychczas robimy my wszyscy, właśnie do profilaktyki polegającej na uświadamianiu. Nie pal, zażywaj ruchu – to jest często powtarzane, ale moim zdaniem to właśnie prawie codziennie trzeba powtarzać. Te badania są wspaniałym, powiedziałabym, argumentem naukowym, ale to trzeba przełożyć na język, który by trafił do ludzi.

A ta druga sprawa, muszę powiedzieć: pesymistyczna, która była poruszona zresztą przez pana profesora Religę, pana profesora Rużyłłę, to jest kwestia dostępu do badań wysoko specjalistycznych lub procedur wysoko specjalistycznych.

Ja jestem byłym lekarzem, bo już nie pracuję w tym zawodzie ostatnio, ale muszę powiedzieć, że mogą opaść ręce lekarzowi, który prowadzi profilaktykę, wcześniej rozpoznaje chorobę, a pacjent potem się natyka na dramatyczną barierę, że nie można jego leczenia w właściwy sposób prowadzić. To dotyczy nie tylko kardiologii, ale w tej chwili mówimy właśnie o kardiologii. Ja myślę, że istnieje konieczność – nie wiem, czy nam się to uda osiągnąć w czasie prac budżetowych – żeby jednak procedury wysoko specjalistyczne były osobno finansowane.

Jeżeli zostawimy procedury wysoko specjalistyczne tylko w tym nurcie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia... Nie dlatego, że ten fundusz jest im niechętny, tylko dlatego że po prostu będzie myślał o tych pierwszych potrzebach. I myślę, że – nie wiem, to jest moje osobiste zdanie – będziemy próbowali do tego Ministerstwo Zdrowia, a właściwie Ministerstwo Finansów i Narodowy Fundusz Zdrowia, przekonać. Bo bez tego, wydaje mi się, wielu lekarzy będzie miało takie poczucie: zapobiegamy, wcześniej rozpoznajemy, a potem pacjent, który powinien pójść dalej w leczeniu, staje przed dramatyczną barierą. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję, Pani Senator.

Proszę bardzo, pan profesor Wojtyniak.

**Członek Rady Naukowej Państwowego Zakładu Higieny
Instytutu Naukowo-Badawczego Bogdan Wojtyniak:**

Bogdan Wojtyniak, Państwowy Zakład Higieny.

Pozwalam sobie zabrać głos, ponieważ pewne dane z przygotowanego przez nas ostatnio opracowania na temat stanu zdrowia ludności Polski były prezentowane tutaj przez przedmówców. Gwoli uzupełnienia i zwrócenia uwagi na pewne sprawy chciałbym powiedzieć, że generalnie stan zdrowia ludności Polski jest bardzo zły. I to, że źle jest w dziedzinie chorób układu krążenia, to jest tylko jedna działka. W pozostałych jest może nie aż tak źle, ale też niedobrze i dlatego ten problem powinien być postrzegany w relacji do całości zagadnień. To, że Polacy żyją krócej niż mieszkańcy Unii Europejskiej, jest truizmem, wszyscy państwo o tym doskonale wiedzą. Ale to, że ten poziom, jaki my mamy obecnie, Unia Europejska miała dwadzieścia jeden lat temu... Dwadzie-

ścia jeden lat temu mieszkańcy Unii Europejskiej żyli przeciętnie tyle, ile obecnie żyją mieszkańcy Polski. To jest jedna sprawa. A taką długość trwania życia, jaka jest obecnie w Unii Europejskiej, jeżeli sytuacja będzie się poprawiała w takim tempie, w jakim się poprawia – bo po 1991 r. poprawia się – osiągniemy za dwanaście lat. W tym czasie oczywiście Unia pójdzie dalej do przodu. Imy musimy dbać o to, żebyśmy nie stali się pariasami w Unii Europejskiej. To jest niesłychanie ważna sprawa.

Jak to się przekłada na konkretne liczby? Może taka informacja, bardzo medialna. Otóż, proszę państwa, gdyby poziom umieralności w Polsce był taki, jak przeciętny w Unii Europejskiej, to w roku 2001 zmarłoby o dziewięćdziesiąt sześć tysięcy Polaków mniej. Z tego – na co warto zwrócić uwagę – 3/4 przypada na choroby układu krążenia. Gdybyśmy zrównali się w poziomie umieralności z powodu chorób układu krążenia z przeciętną sytuacją w Unii Europejskiej, mielibyśmy o siedemdziesiąt dwa tysiące zgonów mniej. To są rzeczywiście liczby alarmujące.

I teraz niewątpliwie gonimy Unię Europejską, jeśli chodzi o umieralność z powodu chorób układu krążenia i sytuacja u nas poprawia się, zmienia się na korzyść szybciej, niż to ma miejsce w Unii, ale, jak już wspomniano na podstawie naszych danych, wciąż potrzeba siedemnastu lat, żeby poziom umieralności wśród osób w wieku produkcyjnym, a więc w wieku dwadzieścia pięć lat–sześćdziesiąt cztery lata był taki, jaki jest obecnie w Unii Europejskiej. Za siedemnaście lat może ten poziom osiągniemy. Jest tak z powodu chorób układu krążenia. Niewątpliwie trzeba wzmocnić działania w tym zakresie, bo jest niedobrze.

Wypada życzyć nowemu programowi, żeby był chyba jednak bardziej skuteczny, niż poprzedni, Narodowy Program Ochrony Serca. Przypisuje się zasługi spadku umieralności z powodu chorób układu krążenia po 1991 r. temu programowi. Myślę, że to nie całkiem jest prawda, proszę państwa. I tutaj niewątpliwie mocne podstawy ma hipoteza, że dużą zasługę mają tu zmiany w żywieniu, w modelu żywieniowym. Nie wiem, czy państwo wiecie, ale ten program ochrony serca został wprowadzony w zasadzie w 1994r., a już po 1991 r. sytuacja zaczęła się poprawiać i po wprowadzeniu tego programu w zasadzie nie nastąpiło przyspieszenie spadku umieralności, więc jak gdyby była to kontynuacja tego trendu.

Ale niewątpliwie ten nowy program, POLKARD, jest niesłychanie ważny i bardzo nam potrzebny, bo tutaj w tej dziedzinie, chorób układu krążenia, sytuacja jest rzeczywiście chyba najbardziej zaniedbana.

Jeszcze jedna uwaga. Myślę że źle się stało, że jeśli chodzi kobiety, ta sytuacja była porównana z sytuacją w dziedzinie nowotworów. Nowotwory w przypadku kobiet mają jednak szczególne znaczenie, nie wolno tego deprecjonować, bo są one główną przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet. Nowotwory, nie choroby układu krążenia. I one są odpowiedzialne w większym stopniu za te potencjalnie utracone lata życia. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Panią proszę.

**Kierownik II Kliniki Choroby Wieńcowej w Instytucie Kardiologii
Hanna Szwed:**

Hanna Szwed, pracuję w Instytucie Kardiologii w Warszawie. Jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie kardiologii.

Chciałabym zwrócić uwagę na ambulatoryjną opiekę kardiologiczną, która ma zapewnić poza leczeniem także wczesne rozpoznanie choroby celem podjęcia właściwych działań, i profilaktykę wtórną. Tymczasem jest dramatycznie niska dostępność do kardiologa w rejonie. Nie wszystkich stać na płatną wizytę, a wizyta u kardiologa rejonowego wiąże się z co najmniej trzymiesięcznym okresem oczekiwania. Jest tak nie tylko w województwie mazowieckim, ale także na terenie kraju. Na to zwracali uwagę konsultanci wojewódzcy podczas ostatniego spotkania nadzoru kardiologicznego. Po odbyciu wizyty często pacjent nie ma możliwości wykonania badań, na przykład próby wysiłkowej, której praktycznie nie można wykonać w warunkach ambulatoryjnych. I ten problem na pewno również wymaga rozwiązania. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

W Narodowym Funduszu Zdrowia, w jego poszczególnych oddziałach i w centrali, dokonano takich cięć. W przypadku mojego kujawsko-pomorskiego województwa dokonano takiego, powiedziałabym, cięcia po sercu, ponieważ w stosunku do planu przygotowanego przez zarząd województwa o 39% obniżono liczbę porad kardiologicznych, onkologicznych, o 13,5% porad dotyczących chorób płuc, gruźlicy – o 12% itd. No więc nie tylko nie będzie ze strony pacjenta satysfakcji, że uzyskał poradę, bo jej nie uzyska, lecz także nie będzie jej ze strony lekarza, bo nie zaopiekował się on swoim potrzebującym pomocy pacjentem.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos?

Oczywiście, bardzo proszę o wypowiedź.

Kierownik Kliniki Kardiologii

w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu Waldemar Banasiak:

Waldemar Banasiak, Klinika Kardiologii, wojskowy szpital we Wrocławiu.

Użyto tutaj słów profesora Rużyły, który zawsze mówił, że prewencji nigdy dość. Ja jak najbardziej popieram wszystkie głosy zgłaszane na tej sali, jeśli chodzi o prewencję. Ale, proszę państwa, jeśli spojrzeć na to ze społecznego punktu widzenia, to wydaje mi się, że na dzień dzisiejszy zdecydowanie ważniejsza dla tego pokolenia lekarzy, które aktualnie zajmuje się chorobami układu sercowo-naczyniowego w naszym kraju, jest walka z olbrzymią liczbą powikłań miażdżycy, zaawansowanej miażdżycy, bo tego na dzień dzisiejszy oczekuje od nas społeczeństwo. Kwestia prewencji pierwotnej jest liczona w perspektywie wielu lat i na efekty przyjdzie nam rzeczywiście bardzo długo poczekać. Ale póki co, póki nie opanujemy tej epidemii powikłań, to będziemy w sposób bezwzględny przez społeczeństwo rozliczani. I dlatego uważam, że taki program, jak POLKARD, trzeba w pełni popierać i rozwijać, bowiem to może spowodować, że poradzimy sobie w ciągu najbliższych lat z tą epidemią powikłań.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo. Zapewne program POLKARD uzyska wsparcie Senatu – i naszej komisji, in gremio; o tym mogłabym już tak awansem zapewnić państwa.

Jeszcze mam pytanie, czy ktoś spośród obecnych chciałby się wypowiedzieć. Nie widzę zgłoszeń.

Była to niezwykle bogata, wielowątkowa, merytoryczna debata, po której trudno sformułować nam na poczekaniu jakiegokolwiek wnioski. Wymaga ona bardzo poważnego potraktowania, tym bardziej że adresaci również byłiby bardzo poważni, a jeszcze oprócz tego jest oczekiwanie na efekty, czy więc przymus uzyskania efektów, z takiego sformułowania wniosków, czy posumowania tej dyskusji.

Zatem już wewnętrzną sprawą Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia będzie moment, kiedy przystąpimy do podsumowania dzisiejszego posiedzenia komisji, poświęconego, najogólniej mówiąc, kardiologii, poświęconego znaczeniu profilaktyki wobec zagrożenia ze strony chorób układu krążenia w Polsce, ale na pewno nie sporządzimy tego naszego dokumentu bez udziału Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Ja w tej sprawie na pewno nie poczynię niczego bez pomocy pana profesora Jerzego Adamusa i już z góry o tę pomoc bardzo proszę.

Podobnie jak inspirował pan to dzisiejsze posiedzenie komisji, tak zapewne będzie pan wśród głównych ekspertów wspomagających nas w przygotowaniu takiego dokumentu.

Zaś państwu wszystkim, wszystkim znakomitym profesorom, wszystkim znakomitym doktorom – z zawodu doktorom – wszystkim państwu, którzy uczestniczyli, pani Janet Voute, wszystkim senatorom, którzy mogli jeszcze do tej pory dotrzeć – a wszyscy pozostali zostaną dokładnie zapoznani z przebiegiem dzisiejszego posiedzenia – bardzo, bardzo dziękuję.

Zanim się rozstaniemy, proszę senatorów Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia o pozostanie na drugą część posiedzenia.

A wszystkim państwu bardzo dziękuję.

Proszę pana profesora Adamusa o zabranie głosu.

Przewodniczący Komisji Profilaktyki w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym Jerzy Adamus:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Proszę włączyć mikrofon, bo to będzie udokumentowane.)

Zbliża się Światowy Dzień Serca. To jest okazja, żeby spotkać się, żeby te problemy poruszyć. 28 września, w ostatnią niedzielę września, tak jak w zeszłym roku, na Nowym Świecie odbędą się uroczyste obchody Światowego Dnia Serca, na które serdecznie wszystkich zapraszam. Mniej więcej o godzinie jedenastej będą atrakcje, spotkania z autorami, naszymi popularnymi profesorami, którzy tu tak licznie dzisiaj występowali.

A nasza telewizja i środki masowego przekazu... Żeby realizować, symbolizować pewne prozdrowotne zachowania zapraszam zwłaszcza kobiety; o godzinie 11.45 ruszy spod Sejmu marsz na Nowy Świat, symbolizujący aktywność fizyczną.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

W imieniu organizatorów serdecznie wszystkich zapraszam na Nowy Świat.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję państwu bardzo.

Senatorów proszę o pozostanie.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 07)

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Ewa Maciejewska-Mroczek

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851