



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1206)

78. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 17 listopada 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat diagnostyki i leczenia przewlekłych zapalnych chorób stawów.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 41)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Stanisław Karczewski)

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Pozwólcie państwo, że otworzę siedemdziesiąte ósme posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam pana ministra Marka Habera i osoby towarzyszące. Witam wszystkich zaproszonych gości, witam panią senator i panów senatorów.

Temat naszego posiedzenia to diagnostyka i leczenie przewlekłych zapalnych chorób stawów.

Bardzo proszę pana ministra o wprowadzenie do tematu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jestem w dość trudnej sytuacji, ponieważ mam zastąpić pana ministra Twardowskiego, który w ramach swych kompetencji zajmuje się tego typu problemami. Postaram się w jakiś sposób, wspólnie ze współpracownikami, wprowadzić państwa w przedmiot naszego spotkania.

Jak wszyscy zdajemy sobie sprawę, przewlekłe choroby zapalne stawów, mówiąc ogólnie, schorzenia narządów ruchu, to są problemy interdyscyplinarne. Dotyczą one różnych dyscyplin medycznych. Problemy zdrowotne osób z tymi schorzeniami są przedmiotem świadczeń zdrowotnych realizowanych na różnych piętrach systemu ochrony zdrowia, począwszy od podstawowej opieki zdrowotnej przez ambulatoryjną specjalistyczną opiekę zdrowotną, a kończąc na lecnictwie zamkniętym.

Osobom chorującym na te schorzenia są gwarantowane świadczenia w różnym zakresie, zarówno świadczenia lecznicze, świadczenia diagnostyczne, jak i świadczenia rehabilitacyjne. Zakres tych świadczeń, dostępność do nich regulują obowiązujące akty prawne, a więc ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli tzw. ustawa koszykowa, oraz akty wykonawcze do tej ustawy, rozporządzenia koszykowe, które regulują sposób realizowania i dostęp tych świadczeń. Do innych świadczeń zdrowotnych dla osób, które chorują na schorzenia narządu ruchu, szczególnie na przewlekłe zapalenie stawów, należy zaliczyć między innymi możliwość korzystania z programów przygotowanych i finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a więc leczenie biologiczne, które jest stosowane w reumatoidalnym zapaleniu stawów w młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów w ra-

mach programu „Leczenie reumatoidalne zapalenia stawów i młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów o przebiegu agresywnym”. Można również wymienić świadczenia, które są dostępne w innych zakresach świadczeń, o których mówiliśmy chociażby przed kilkudziesięcioma minutami. Osoby ze schorzeniami narządu ruchu mają na przykład zagwarantowany dostęp do świadczeń w zakresie leczenia uzdrowiskowego.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że problem chorób narządu ruchu, zwłaszcza przewlekłych zapalnych chorób stawów, jest problemem o dużym zasięgu epidemiologicznym. Szacuje się, że ponad dziewięć milionów mieszkańców polskich w chwili obecnej odczuwa dolegliwości reumatyczne. Problem i waga tych schorzeń znalazła swoje odzwierciedlenie w zapisach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, gdzie zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego zostało uznane za jeden z celów strategicznych tego programu.

Może tyle tytułem wstępu. Rozumiem, że dyskusja się rozwinie. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Widzę, że pan się zgłasza. Proszę bardzo.

Bardzo proszę wszystkich o przedstawianie się przed rozpoczęciem wystąpienia.

Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Witold Tlustochowicz:

Dziękuję bardzo.

Profesor Tlustochowicz, prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, zarazem konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii.

Chciałbym jako lekarz praktyk – ten, którego kwestie organizacyjne bolą najbardziej – przedstawić pewne dane uzupełniające wystąpienie pana ministra. Dla nas reumatologów głównym problemem są bowiem przewlekłe zapalenia stawów. Dlaczego? Szacujemy – gdyż dokładnych danych nie mamy – że schorzenie to dotyczy około trzystu do czterystu tysięcy ludzi w Polsce, podczas gdy pan minister mówił o dziewięciu milionach w ogóle cierpiących na choroby reumatyczne. Dlaczego więc zwracamy uwagę na tę pozornie niewielką grupę? Dlatego, że średnia długość zwolnienia lekarskiego w tej grupie wynosi czterdzieści osiem dni. 11% pierwotnych przyczyn przyznania renty to są choroby reumatyczne. Koszty pośrednie – trzy razy większe od kosztów leczenia – to inwalidztwo, niezdolność do pracy.

Dlaczego zapalenia stawów są takie ważne? To, co wszyscy państwo tak potocznie nazywają – choroby reumatyczne, to jest choroba zwyrodnieniowa stawów. Ta, rzeczywistość, dotyka 50–70% populacji, ale osób po sześćdziesiątym roku życia i faktycznie jest to choroba, która dostarcza dolegliwości. Przewlekłe zapalenie stawów to jest raptem 1–1,5% całej populacji i do tego dochodzi jeszcze ułamek, bo mniej niż 0,5%, chorych na tak zwane układowe choroby tkanki łącznej. Dlaczego ma to takie znaczenie? Jak powiedziałem, choroba zwyrodnieniowa dotyka osób po sześćdziesiątym roku życia. Ona jest dokuczliwa, ale da się z nią żyć. Z kolei zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa zaczyna się około osiemnastego, dwudziestego piątego roku życia. To jest okres największej

liczby zachorowań. To bowiem może się zacząć w każdym wieku. Reumatoidalne zapalenie występuje około trzydziestego piątego, czterdziestego roku życia. Są to choroby, które są niezawinione – nie wiemy, co jest przyczyną tej choroby – i trwają do końca życia, a więc oznacza to dwadzieścia, trzydzieści lat ciągłego bólu. To jest to, co ja podkreślam. Największy problem polega na tym, że boli głównie w nocy i rano nie można wstać z łóżka, żeby się rozruszać i, tak to nazwijmy, oporządzić.

Oczywiście, tak jak powiedziałem, to, co najbardziej rzuca się w oczy, to są układowe choroby tkanki łącznej. To jest mała grupa, ale te choroby zaczynają się około dwudziestego, dwudziestego piątego roku życia. Jakie są tego konsekwencje? Jeśli weźmiemy przewlekłe zapalenie stawów, a więc tę łagodniejszą postać, to jest dwadzieścia, trzydzieści lat cierpień, a chorzy tracą pracę po trzech, pięciu latach. Po okresie zwolnień lekarskich, po trzech, pięciu latach tracą pracę. Po dwudziestu latach choroby 60% z nich jest inwalidami. To znaczy, że wymagają opieki drugiej osoby. Żyją krócej o około osiem, dziesięć lat. Można powiedzieć, że to jest dla nich szczęście, bo to jest ulga w cierpieniach... Oczywiście umierają nie z powodu zapalenia stawów, tylko z powodu powikłań. My bowiem mówimy o zapaleniach, ale to jest zajęcie serca, to jest zajęcie płuc, nerek, czyli wszystkiego, co jest w człowieku. A więc w statystykach nie ma informacji, że chorzy umierają z powodu reumatoidalnego zapalenia, mówią, że umierają na zawał. Taka bowiem jest statystyka.

Największą tragedią dla nas są układowe choroby tkanki łącznej. Śmiertelność pięcioletnia to jest 100%. A więc jeżeli weźmiemy, że zachorowała dziewczynka – bo to przeważnie są kobiety – siedemnastoletnia, ryzyko, że umrze w ciągu pięciu lat... To jest wyrok śmierci. To, o czym mówię, to są suche fakty z lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Na szczęście mamy wiek XXI. I po to dziś spotkaliśmy się, żeby ustalić, jak to zmienić.

Pierwsza sprawa – wcześniej zdiagnozować. Wcześniej zdiagnozować to jest wczesne skierowanie do reumatologa, a więc szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. I tu mamy pewne braki. Muszę powiedzieć, że – tu uderzam się w pierś – nie wszystkie uczelnie medyczne wykładają reumatologię. Teraz już zdecydowana większość wyklada. Naszą winą jest jednak to, że za mało docieramy do lekarzy POZ z tymi faktami, o których przed chwilą powiedziałem. Po prostu brak jest poważnej reumatologii w szkoleniu studentów i młodych lekarzy.

Kolejna sprawa – tu też uderzam się w pierś – liczba reumatologów w Polsce. Pozornie duża – tysiąc sześćset osiemnastu lekarzy, ale jeśli weźmiemy lekarzy do sześćdziesiątego roku życia, to jest ich tylko tysiąc siedmiu. To nas sytuuje w Europie dobrze, dlatego że średnia u nas jest 2,6 lekarza na sto tysięcy mieszkańców. Anglia ma na przykład 0,7, a Francja – rekordzista w Europie – ma 4,3. Czyli generalnie taki wynik sytuuje nas dobrze, ale jeśli weźmiemy lekarzy do pięćdziesiątego roku życia, to mamy ich raptem pięćset sześćdziesięciu, w związku z czym na sto tysięcy mieszkańców przypada niespełna jeden lekarz. Jest to więc poniżej standardów, które są zakładane w Unii Europejskiej. Biję się w piersi – musimy coś zrobić, żeby zwiększyć atrakcyjność zawodu, żeby lekarze chcieli do nas przychodzić.

Liczba łóżek szpitalnych wynosi dwa tysiące czterysta czterdzieści. Myślę, że jest wystarczająco dużo. Być może jest nawet ich za dużo w porównaniu z krajami Unii Europejskiej, ale na razie nie chciałbym się do tego odnosić.

Nowe metody diagnostyczne. Najważniejszą rzeczą w reumatologii to jest wiedza i doświadczenie lekarza. Wszystkie pozostałe metody to jest uzupełnienie.

W laboratorium są proste, tanie metody, powszechnie dostępne. Mamy natomiast kłopoty z diagnostyką obrazową. Dzisiaj jest to dla nas ultrasonografia stawów i rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa. Oczywiście, one służą do oceny zapalenia stawów, również do oceny narządów wewnętrznych, gdyż – tak jak powiedziałem – to są choroby narządów wewnętrznych. Trzeba tutaj powiedzieć, że jeśli chodzi o rezonans magnetyczny mamy kłopoty, gdyż wypierają nas inne dyscypliny. Tam jest bardziej potrzebny rezonans. Prawda? Z powodu naszych chorób doraźnie się nie umiera. Jeśli chodzi o ultrasonografię, to w jej zakresie mamy szeroki program szkolenia. Tutaj wsparła nas, nasze towarzystwo, jedna z firm farmaceutycznych i sądzę, że ten problem będzie załatwiony.

Teraz przechodzę do najważniejszego problemu. Powiedziałem bowiem, że dane które są, to są stare dane z lat pięćdziesiątych ubiegłego roku. Celem naszego postępowania jest w tej chwili tak zwana remisja. Co to znaczy remisja? Chory jest bez dolegliwości. Jeśli chory jest bez dolegliwości, to znaczy, że może wrócić do pracy, to znaczy, że może się normalnie realizować. Ta remisja ma jedną wadę – chory musi być, niestety, ciągle na lekach. Tu też biję się w pierś – tej świadomości, że on musi się stale leczyć, wśród Polaków nie ma. Oni wolą jakąś cudowną metodę. Te cudowne metody państwo omawiali, ale ja już do nich nie będę wracał. A więc leki. Na szczęście leki w reumatologii nie są drogie. Lekiem decydującym jest methotrexat, który kosztuje 120 zł rocznie. Ale przeciętny Polak leku za 120 zł nie lubi, bo uważa, że profesor chciał się go pozbyć, a na pewno chciał coś od niego uzyskać. Inną wadą, którą mamy, jest to, że drugim lekiem w standardach europejskich jest leflunomid, który jest u nas w programie lekowym, w związku z czym lek jest trudno dostępny. Na szczęście współpraca z ministerstwem i Narodowym Funduszem Zdrowia doprowadziła do tego – myślę, że to jest kwestia dni, może miesięcy – że lek wejdzie na listę leków refundowanych. No i wreszcie to, co spowodowało przełom w leczeniu chorób na przewlekłe zapalenie stawów – tak zwane leki biologiczne. To leczenie, o którym powiedziałem, pozwala na opanowanie sytuacji około 70% chorych i powinno się je stosować. 30% chorych natomiast nie odpowiada na to leczenie i trzeba im przepisać inne leki. Niestety, droższe. To są tak zwane leki biologiczne. Te leki są skuteczne u połowy tych chorych, którzy nie odpowiadają na tamto leczenie. Czyli łącznie, gdybyśmy mogli mieć pełny dostęp do tych leków, 80–85% chorych powinno być w pełnej remisji. Wadą tych leków jest to, że dzisiaj koszt leczenia chorego to jest około 40 tysięcy zł rocznie. Tak więc jest to olbrzymia suma, której nie uniesie nie tylko budżet ministerstwa, ale i budżet wielu krajów. Tym niemniej w Polsce na reumatoidalne zapalenie stawów leczonych jest raptem 2–3% chorych. Te dane są różne w zależności od liczby chorych. To bowiem jest dwa tysiące czterysta do trzech tysięcy chorych leczonych rocznie. W krajach sąsiednich to jest 4–5%. Mówię o Czechach, Słowacji, Rumunii. W krajach rozwiniętych zachodniej Europy to jest 10–15% rocznie. W związku z tym powinniśmy iść w tym kierunku. To, co dzisiaj najbardziej nas boli, to jest to, że brakuje możliwości leczenia tymi lekami. Tak jak w reumatoidalnym zapaleniu methotrexat jest lekiem pierwszego rzutu, to w innych chorobach są one... W przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa uruchomiliśmy – ministerstwo plus NFZ – program i od dwóch miesięcy chorych można leczyć. Brakuje jeszcze drobnych przepisów wykonawczych. Sądzę, że to jest kwestia dni, mam nadzieję, że nie tygodni. Na pewno rozwiążemy ten problem.

Pozostaje jeszcze spora grupa około tysiąca pięciuset chorych na łuszczycowe zapalenie stawów. Obecnie jesteśmy na etapie akceptacji przez AOTM programu ich leczenia. Z tego, co wiem, tutaj też uzyskaliśmy przychyłność.

Chciałbym teraz przejść do finansów. Panie bowiem będą mówiły o trochę innych finansach. Nakłady NFZ na reumatologię wyniosły w ubiegłym roku 233 miliony zł, prawie 234 miliony zł. Na rok bieżący jest w planie 366 milionów zł. Poczytuję to sobie już jako efekt swojej aktywności. Zwiększyliśmy nakłady o 140 milionów zł. Lecznictwo szpitalne – plan na ten rok – to jest 198 milionów zł. Programy terapeutyczne – 96 milionów zł. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 81 milionów zł. Udało mi się zwiększyć o 50 milionów zł nakłady na ambulatorium, dlatego że to jest ten kierunek. Chodzi bowiem o schorzenia leczone ambulatoryjnie.

NFZ na reumatologię – w kontekście tego, o czym mówiłem, jak to jest ważna dziedzina – przeznaczają raptem 0,7% swojego budżetu, a więc bardzo mało. Nakłady na leczenie szpitalne to jest 0,8% planu NFZ na leczenie szpitalne, na ambulatoryjną opiekę – 1,8%. Średnio to jest 2,2 zł na mieszkańca w Polsce. Wydatki na leki średnio 2,6 zł na jednego mieszkańca. Co my w tej chwili chcieliśmy zwiększyć? O co walczymy? Po pierwsze, z naszej strony robimy wszystko, żeby jak najwięcej chorych nam uwierzyło i chciało się rozsądnie leczyć. Jest bowiem perspektywa, że mogą nie mieć dolegliwości i żyć w miarę normalnie. Z drugiej strony chcielibyśmy uzyskać to, żebyśmy nie byli w tym osamotnieni i żebyśmy mogli rzeczywiście tym chorym służyć, zgodnie z obecnym stanem wiedzy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Kto chciałby zabrać głos?

Pan senator Muchacki, bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Jeśli można, to zadam panu profesorowi pytanie. Jestem lekarzem, ale onkologiem, a więc jestem laikiem, jeśli chodzi o schorzenia reumatologiczne. Proszę mi powiedzieć, Panie Profesorze. Jest niezdiagnozowany pacjent, który, powiedzmy, dostał skierowanie i trafił na oddział reumatologiczny. Ile średnio czasu trzeba na diagnostykę tego pacjenta? Dlaczego o to pytam? Dlatego, że zetknąłem się z niektórymi oddziałami reumatologicznymi, gdzie na przykład średni pobyt pacjenta to jest osiemnaście dni, dwadzieścia dni. Piętnaście dni to było takie minimum. Pytam o to dlatego, gdyż w schorzeniach onkologicznych u pacjenta przychodzącego z ulicy diagnostyka pełna może być wykonana w trzy, cztery dni. Maksimum do tygodnia. Prawda? Byłem natomiast zdziwiony właśnie tą długą diagnostyką choroby reumatologicznej, trwającą co najmniej dwa do trzech tygodni. Czy pan profesor mógłby mi to przybliżyć? Dziękuję.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

Tak, oczywiście, absolutnie się z panem zgadzam. U mnie średni czas pobytu w klinice to jest pięć dni. Z czego to wynika? Otóż mam pełnoprofilowy, dobrze wypo-

szony szpital, w związku z czym u mnie diagnostykę zaczyna już lekarz dyżurny. Generalnie rzecz biorąc, reumatologia jest dziedziną ambulatoryjną, w związku z tym należy poprawić działalność ambulatoriów. To, o czym pan mówił, to my robimy badanie serologiczne i oczekujemy na wynik badania dwa, trzy dni. Nie wiem, po co w tym czasie chory leży w szpitalu. Należy zrobić diagnostykę obrazową, pobrać badania serologiczne i potem to wszystko scalić. Diagnostyka schorzenia reumatologicznego w Europie trwa średnio sześć miesięcy, jeśli zajmuje się nim reumatolog, dwa lata natomiast, jeśli zajmuje się niereumatolog. Ponadto niereumatolog wykonuje całą masę niepotrzebnych badań, które potem są celem samym w sobie. To znaczy szuka się choroby w oparciu o badania. Prawda? Wtedy, kiedy to są badania dodatkowe.

Muszę powiedzieć, że my w Europie się wyróżniamy, dlatego że dla nas takim miernikiem jest okres od momentu, kiedy chory zachoruje, do momentu, kiedy dostanie po raz pierwszy leki. W Polsce są to cztery miesiące. Pięć miesięcy jest w Holandii, która uchodzi za wzór reumatologii, a w Niemczech dwa lata. W związku z tym trzeba przyznać, że polska reumatologia jest dobrze postawiona mimo tych wszystkich bolączek, które mamy. Powiem panu jeszcze, że bardzo zachęcałem podczas dyskusji nad standardami, żeby nie czekać na ustalenie rozpoznania, dlatego że złotym okresem są pierwsze trzy miesiące trwania choroby. W tym czasie można odwrócić przebieg choroby. Na przykład w Austrii istnieje obowiązek skierowania chorego do reumatologa w ciągu tych pierwszych trzech miesięcy. W Polsce tego nie ma. Po to będziemy szkolili w przyszłym roku lekarzy POZ. Im szybciej, tym lepiej. Nawet bez ustalenia rozpoznania powinno się wdrożyć leczenie. Oczywiście, to leczenie jest różne. Jeśli bowiem mamy rozpoznanie, to jest leczenie celowe. Jeśli natomiast nie mamy rozpoznania, to jest to leczenie przeciwzapalne, które jest wspólne dla wszystkich chorób, w związku z czym zdecydowanie to ułatwia leczenie. Stąd standardy, które w ubiegłym roku opracowaliśmy jako towarzystwo, do tego właśnie zachęcają.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Pan profesor wspomniał o wczesnym wykrywaniu choroby. Chcę zapytać o rolę lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny ma dosyć ograniczoną liczbę badań, na które może wysłać pacjenta, zazwyczaj też oszczędza. Czy w związku z tym jest jakaś szansa, żeby zmienić tę sytuację, tak żeby lekarz był zainteresowany tym, aby jak najwcześniej wysłać pacjenta na badania ukierunkowane reumatologicznie? Rozumiem, że to szkolenie byłoby jakimś wyjściem z sytuacji. Ale czy to nie będzie trwało latami? Czy rzeczywiście widzi pan jakiś sposób, żeby to przyspieszyć, żeby było to bardziej racjonalne podejście lekarzy rodzinnych do tego problemu?

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

To jest pytanie raczej nie do mnie, ale do organizatorów służby zdrowia. Zgadzam się natomiast z panią, uważam bowiem, że lekarz pierwszego kontaktu powinien

tylko chorego obejrzyć, zrobić morfologię, OB i jeśli ma podejrzenie, to wysłać do reumatologa, a reumatolog powinien poprowadzić pozostałą diagnostykę. Wtedy jest to diagnostyka sensowna. Teraz chory wykonuje całą masę badań. Taki panel badań serologicznych jest drogi; to kosztuje kilkaset złotych, a do niczego mu nie służy, bo to jest diagnostyka różnicowa, jeśli chory ma w ogóle zapalenie stawów. Ale już reumatolog powinien o tym wiedzieć. Dylemat jest inny. Trzeba zwiększyć nakłady na reumatologię w ambulatoryjnej opiece. Dlatego że dzisiaj punkt w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wynosi od 7 zł w niektórych województwach do 10,50 zł w niektórych rejonach Warszawy. Nie wszyscy bowiem mają tak samo. I to jest dylemat. Tych pieniędzy jest tutaj za mało. Jestem w trakcie rozmów z panem prezesem NFZ, również z ministrem Twardowskim, żeby to zmienić. Sądzę, że jest za dużo oddziałów szpitalnych. W tej chwili jest dwa tysiące czterysta czterdzieści łóżek, które pełnią rolę... Lekarz bowiem kieruje do szpitala, żeby nie płacić za diagnostykę. Diagnostyka szpitalna jest dużo droższa niż diagnostyka ambulatoryjna. To więc trzeba zmienić. Szpital powinien się zajmować jedynie stanami ciężkimi albo trudnymi. Prawda? Ale to wymaga jakiejś reformy. Dzisiaj nie chcę się wypowiadać, dlatego że jestem konsultantem raptem dwa miesiące. Muszę się przyjrzeć strukturze szpitali. Jest dwa tysiące czterdzieści łóżek, podczas gdy w Niemczech tych łóżek jest prawdopodobnie siedemset i to jeszcze nie wszystkie reumatologiczne, w związku z czym należałoby zmienić nakłady. Bardzo się cieszę, że w tym roku już udało się zwiększyć ilość pieniędzy na ambulatoria.

Senator Janina Fetlińska:

Wobec tego mam jeszcze pytanie o poradnie specjalistyczne. Jeżeli jest to wąskie gardło, bo jest długi okres oczekiwania, to nawet jeśli lekarz rodzinny skieruje pacjenta, to on będzie czekał kilka miesięcy. Ten złoty okres zostanie zaprzepaszczone, a koszty będą większe. Czy w związku z tym nie należałoby tutaj walczyć o to, żeby ta dostępność do poradni reumatologicznych, przy tej liczbie lekarzy – nie wiem, na ile to jest możliwe – była większa? A po drugie, żeby środki na diagnostykę były większe, ponieważ w sytuacji, jaka jest, podejrzewam, że lekarz musi przyjąć pięć razy pacjenta w ramach porady, żeby mógł zrealizować wszystkie badania. Czy więc tutaj jest to właściwie ustawione, żeby to wąskie gardło poszerzyć? Można byłoby natomiast przekwalifikować łóżka szpitalne na przykład na opiekę długoterminową, gdzie mamy pewne problemy, czy na inne potrzebne oddziały, a te środki skierować na diagnostykę specjalistyczną. To jest też pytanie do pana ministra, do Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy dyskutujecie nad tym, jak to można byłoby urządzić?

Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Witold Tlustochowicz:

Absolutnie się z panią zgadzam. To jest doskonały pomysł i w tę stronę idziemy dlatego, że lekarz reumatolog – to, co powiedziałem – oznacza oszczędność. Doświadczony lekarz reumatolog oznacza oszczędności w systemie. Na czym polega mój dylemat? Podałem pewne fakty za Eurostatem, ale nie wiem, ilu tych lekarzy pracuje jako reumatodzy, dlatego że lekarze uciekają do POZ. Jeśli bowiem specjalista zarabia mniej niż lekarz pierwszego kontaktu, to jest zrozumiałe, że on pójdzie do POZ. To jest to marnotrawienie pieniędzy. Również zgadzam się z panią, zresztą to wynika z mojego

wystąpienia, że chyba nie ma potrzeby tak dużej liczby łóżek reumatologicznych. Część tych łóżek należy przeznaczyć na rehabilitację. Ona jest potrzebna. Jeśli bowiem mówimy o trzech, czterech miesiącach czekania na dostęp do reumatologa, to w Warszawie na rehabilitację czeka się od pół roku do roku. I dla mnie to jest większy problem.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Profesorze, mówimy cały czas o dorosłych. Jaka natomiast jest sytuacja u młodzieży, u dzieci? Miałem takie zgłoszenie do biura. Wiem, że były problemy z leczeniem dziecka poniżej drugiego roku życia. Nie wiem, jakie były jego losy. Były problemy z umieszczeniem go w jakimś ośrodku. Czy są jakieś z tym problemy? Dziękuję.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

W tej chwili nic na ten temat nie mogę powiedzieć, bo nie wiem, co to był za problem. Tak jak ja oceniam opiekę pediatryczną, ona jest w tej chwili doskonale w Polsce prowadzona. Te problemy wynikały raczej chyba z takich niezyciowych przepisów, że na przykład ustawiano dzieci w pary. Prawda? Z jednej bowiem ampułki dwoje dzieci dostawało lek. Obserwuję kolegów reumatologów dziecięcych. Oni naprawdę uprawiają medycynę na bardzo dobrym poziomie. Tak że nie sądzę, żeby tu był problem. W mojej działalności, a nie jestem pediatrą, uważam, że na kim jak na kim, ale na dzieciach nie wolno oszczędzać. Myślę, że w tej materii jest zupełnie dobrze.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję.

Pytanie do pana profesora, bo akurat mam oddział reumatologii. Jest mnóstwo problemów, chociaż w województwie opolskim są tylko dwa takie oddziały. Chcę zapytać, czy pan profesor wie, ilu lekarzy się specjalizuje w reumatologii, ilu jest rezydentów. Chodzi o to, o czym pan profesor już mówił – to oczywiście dotyczy też administratorów – że jest tak zwane minimum zatrudnienia lekarzy na oddziale. Przynajmniej trzech reumatologów. Reumatolog to nie jest tylko jedna specjalizacja, bo to z reguły jest internista, a później reumatolog, najczęściej jest to też balneolog itd., itd. Chcę też zapytać przedstawicieli NFZ, czy to minimum trzech lekarzy jest tylko po to, żeby je wykazać w ramach, powiedzmy, kontraktu, czy ewentualnie są też inne możliwości.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

Powiem to, co wiem. Obecnie specjalizuje się stu pięćdziesięciu lekarzy. W reumatologii pięćdziesięciu ośmiu jest poddanych procesowi kwalifikacyjnemu, bo tyle mamy wolnych miejsc. Oceniam, że to za mało. We wtorek mam następne spotkanie z konsultantami regionalnymi. W moim mniemaniu nie może być takiej sytuacji, że jest tylko tyle miejsc, ilu specjalizujących się. Muszą być wolne miejsca na specjalizację. Należy je stworzyć.

Teraz to, co pan poruszył. Niestety, województwo opolskie obniża nam statystyki. Będę w tej chwili podawał dane z pamięci, ale wydaje mi się, że tam jest 1,5–1,6 lekarza reumatologa na sto tysięcy mieszkańców. Wskaźnik 2,6 nie dotyczy województwa opolskiego.

(Senator Norbert Krajczy: Tak mniej więcej będzie. Mieszkańców jest dziewięćset tysięcy.)

Dysponuję dokładnymi danymi. Tak więc mam problem z województwem lubuskim, następnie mam problem z województwem opolskim, następnie, o dziwo, mam olbrzymi problem z województwem pomorskim, zachodniopomorskim i, największy, z wielkopolskim. To są te województwa, które obniżają statystykę. Nie ma problemu na Mazowszu, gdzie jest więcej miejsc specjalizacyjnych, niż chętnych osób. Zaskakuje mnie, że w województwie zachodniopomorskim nie ma chętnych. Są wolne miejsca. I to są te dwa województwa. Jeszcze, przepraszam, warmińsko-mazurskie, gdzie jest bardzo mały wskaźnik – chyba 1,6. Tam również są wolne miejsca na specjalizację. Będę musiał porozmawiać z konsultantami regionalnymi, jak ich wesprzeć, żeby zachęcić lekarzy. Nie ukrywam, że w przyszłym roku kończymy proklamowaną przez WHO dekadę kości i stawów i zamierzałbym tę dekadę wykorzystać właśnie w sposób, nazwijmy to, marketingowy, tak żeby zachęcić lekarzy do zainteresowania się reumatologią.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Proszę bardzo.

Senator Norbert Krajczy:

Jeżeli mogę jeszcze dopytać, Panie Profesorze. Jeżeli bowiem faktycznie mam dwa etaty reumatologów, to ewentualnie grozi mi likwidacja drugiego w województwie oddziału. Ale koncepcja przekształcenia go jako pododdziału oddziału internistycznego jest chyba do przyjęcia?

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

Myślę, że tak. W ogóle to jest chyba dobra koncepcja, dlatego że tu mamy następujący dylemat. Jeśli chory skierowany jest jako chory reumatologiczny, a okaże się, że nie jest reumatologiczny, to już jest problem z rozliczeniem, bo NFZ ma bardzo ścisłe kryteria. Ale na przykład ja jestem również internistą – pytam również z zakresu interny – w związku z czym dla mnie to nie jest problem, bo ja wtedy rozliczam pa-

cjenta w ramach interny. A zatem szedłbym w kierunku właśnie oddziałów wewnętrznych z pododdziałem reumatologii.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Profesorze, pierwsza rzecz to jest to, o czym pan już powiedział, czyli zmniejszenie liczby łóżek reumatologicznych. Mówił pan, że w porównaniu z innymi krajami europejskimi mamy tych miejsc więcej niż inne kraje. Tak? Mówił pan też o rehabilitacji. Czy w związku z tym nie byłoby dobrze, gdyby w jednym szpitalu był oddział i reumatologiczny i oddziały rehabilitacyjne? Prawda? To byłby chyba taki ideał, który może byłby do przyjęcia.

Czy pan zauważył coś takiego, co ma miejsce w innych specjalizacjach? Ja temu się przyglądałem. Otóż na poziomie konsultantów regionalnych była blokada specjalizacji. Zaobserwowałem to w województwie śląskim. Nie mówię o reumatologii, bo nie mam o tym pojęcia, ale w przypadku innych specjalizacji były bariery stwarzane przez konsultantów regionalnych. Teraz dość ostro... To bowiem wojewoda ma wpływ na to, kto jest tym konsultantem, ale oczywiście również konsultanci krajowi. Czy pan już zdążył się temu przyjrzeć? Chodzi o to, żeby po prostu niektórzy konsultanci regionalni nie robili sztucznej blokady, jeśli chodzi o miejsca specjalizacyjne. Tam, gdzie one były, należałoby zmienić konsultantów regionalnych i po prostu pozwolić kształcić się młodym lekarzom. Dziękuję bardzo.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

Mówiłem już o tych faktach. Prawda? Mam spotkanie w przyszłym tygodniu i może się to skończyć takimi konsekwencjami, jak pan sugeruje. Nie może bowiem być tak, że zwalnia się miejsce tylko wtedy, kiedy zda egzamin... Ma być specjalizacja otwarta. I stąd zaskakuje mnie... Nie dziwię się województwu lubuskiemu, bo to małe województwo bez uczelni medycznej. Nie dziwię się województwu opolskiemu, bo tu jest podobnie. Oni powinni korzystać czy to z zasobów województwa dolnośląskiego, czy też wielkopolskiego. Jeśli jednak mam kłopot w województwie wielkopolskim, pomorskim, zachodniopomorskim, to jest to dla mnie zaskakujące. Ale ja w tej chwili nie potrafię na to pytanie odpowiedzieć, gdyż najpierw trzeba problem przeanalizować. Troszkę za wcześnie wypadło to spotkanie w odniesieniu do moich planów.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Generalnie rzecz biorąc, koncepcja jest absolutnie słuszna.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Pani prosiła o głos. Później pan.
Bardzo proszę.

**Kierownik Zakładu Promocji Zdrowia i Epidemiologii
w Instytucie Reumatologii w Warszawie
Bożena Moskalewicz:**

Bożena Moskalewicz. Jestem kierownikiem Zakładu Promocji Zdrowia i Epidemiologii w Instytucie Reumatologii.

Jeśli weźmie się pod uwagę rozmaite fakty z całego świata, to okaże się, że reumatologia przypomina trochę przestwór nieba, mianowicie jednakowo ogarnia cały glob. Nie jesteśmy wybrani, ani u nas nie jest gorzej, ani lepiej, a trzeba się uporać z tym problemem, który jest bardzo powszechny. Dzisiaj właśnie pożegnałam moją dziesięcioletnią kuzynkę Elę, która mieszka w województwie świętokrzyskim. Cierpi ona na zapalną chorobę organizmu, zlokalizowaną w tej chwili w kolanie. W tym roku odbyłam już z tą małą dziewczynką kilka spotkań. Ona za każdym razem przyjeżdża do Instytutu Reumatologii na pobyt szpitalny. To dziecko było niewłaściwie leczone w miejscowości Ostrowiec Świętokrzyski, niewłaściwie leczone w województwie, w Kielcach, i po roku straciło możliwość leczenia, o których mówił pan profesor, mamy w tej chwili dziecko wielokrotnie leczone szpitalnie.

Mówię o tym, dlatego że choroby reumatyczne powodują straszliwy drenaż systemu medycznego. Mamy bowiem dziewięć milionów ludzi cierpiących na różne choroby, niekoniecznie uważnie, jak się w praktyce okazuje, zdiagnozowane. Trzeba jednak ludziom dać jakąś pomoc i ta wielokrotna pomoc sumuje się do ogromnych wydatków. Więcej, kiedy przyjdzie etap, że taka Ela będzie już w wieku produkcyjnym, to te zwolnienia lekarskie będą powodowały ogromne straty, a inwalidztwo – jeszcze większe. Wielka szkoda, że między resortem zdrowia a systemem gospodarczym nie ma łączności, nie ma odpowiedzialności. To działania zapobiegające konieczności użycia wózków inwalidzkich byłoby tym zadaniem, które powinno być postawione przed medycyną, a nie problem pomagania osobom niepełnosprawnym. To nieprawda, że musimy mieć miliony niepełnosprawnych z powodu chorób układu ruchu. Można pracować, ale ratujmy ten okres terapeutyczny, którzy Anglicy nazywają oknem terapeutycznym czy złotym okresem ratowania. Na szczęście, jak wspomniał pan minister, mamy Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Jeśli ktoś z państwa wziął drukowany materiał, to widział, że tam są wyimki z Narodowego Programu Zdrowia, w którym mówi się o otwarciu o usprawnieniu wczesnej diagnostyki. To usprawnienie wczesnej diagnostyki byłoby znakomitym rozwiązaniem systemu, odpowiedzią na dryfujący trochę układ między chorym a możliwością pomocy lekarskiej. Na podstawie naszych badań statystycznych, które zostały zrobione z najwyższą, powiedziałabym, statystyczną poprawnością – była to bowiem próba czterech tysięcy osób, wybranych z dwudziestu dziewięciu milionów dorosłych Polaków – wiemy, jaka jest częstość rozmaitych problemów związanych z chorobami reumatycznymi. Wiemy, że 40% osób, które powinny korzystać z pomocy medycznej, w ogóle nie zgłasza się do lekarza. Czyli problem tkwi gdzieś w populacji i tam nie dotrzemy jako system medyczny. Pewna część osób się pojawi i będzie oczekiwała rozwiązania.

Co z tą wczesną diagnostyką? W moim macierzystym Instytucie Reumatologii jest już, proszę państwa, szpitalny oddział wczesnej diagnostyki. Nam bowiem jako szpitalowi opłaca się założyć taki oddział, ale nam jako obywatelom opłaca się założyć centra wczesnej diagnostyki, a nie inaczej. Powinny istnieć. Stwórzmy chociaż modelowe centrum wczesnej diagnostyki ambulatoryjnej. Pan profesor mówi, że jest to

schorzenie ambulatoryjne i rzeczywiście tak jest. Trudno przez całe lata nieustannie wracać na łóżko szpitalne. Jeżeli przesterujemy wysiłki systemu, w którym w tej chwili wydaje się olbrzymie pieniądze na ratowanie ludzi, którzy są już niepełnosprawni... Gdyby te olbrzymie pieniądze przeznaczyć na wczesną diagnostykę i dać możliwie wcześniej te cudowne leki biologiczne, tak wcześniej, ażeby dały rezultat, to będziemy w innej rzeczywistości. Po to jest nam ten wiek XXI, prawda? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

**Prezes Stowarzyszenia Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających
Bartłomiej Kuchta:**

Bartłomiej Kuchta. Jestem prezesem Stowarzyszenia Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających.

To jest jedna z chorób, o których mówił pan profesor. Ja właśnie jestem pacjentem, który bierze lek biologiczny, tak jak kolega, w zasadzie z przerwami w związku z tym, że – niestety, muszę tutaj poruszyć ten problem – dostępność do leków biologicznych z powodu ich ceny jest zła. Ja ją określam jako złą. Tutaj ukłon w kierunku pana profesora, bo rzeczywiście udało się zarządzeniem prezesa NFZ wprowadzić program terapeutyczny. Do tej pory było tragicznie; kilkanaście, może kilkadziesiąt osób w skali kraju było leczonych lekami biologicznymi. A ja powiem tak. Dzięki lekom biologicznym mogę wykonywać swój zawód, zawód adwokata, bo wcześniej byłem blisko rok na zwolnieniu lekarskim. Tak że łatwo sobie wyobrazić, co by się działo, gdybym tych leków nie dostał. Prawdopodobnie dzisiaj byłbym już na rencie i nie mógłbym pracować. Może ktoś by się czasami ucieszył... Niektórzy urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia, gdy się z nimi spieram, mają z nami ciężki orzech do zgryzienia.

Sytuacja jest zła, bo w przypadku ZZSK nie było tego programu. Opierało się to na indywidualnych zgodach dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Z moich kilkuletnich obserwacji wynika, że w przypadku drogich leków dyrektorzy NFZ decydowali o tym, czy ktoś będzie zdrowy, czy ktoś będzie chory. Dyrektor NFZ jednoosobowo kierował strumień pieniędzy czasami w kierunku jednej firmy farmaceutycznej, chociaż tych leków jest kilka. Jednym przyznawał leczenie, drugim nie przyznawał. Różniło się to w skali kraju w sposób zadziwiający. Na przykład na terenie Dolnego Śląska dyrektor nie wyrażał zgody na leczenie biologiczne ZZSK, a w Wielkopolsce wyrażał. W Mazowieckiem, tak jak w przypadku kolegi, zezwolenia były na początku wydawane, a potem nagle z jakiegoś powodu zostały wstrzymane. Pytanie: gdzie są nabyte prawa pacjentów? Oczywiście stanowisko centrali i stanowisko Ministerstwa Zdrowia było pozytywne – prawa nabyte należy honorować. Tylko co z tego, skoro dyrektorzy NFZ nie słuchają centrali i nie słuchają Ministerstwa Zdrowia? Jak Kierowaliśmy pismo do Ministerstwa Zdrowia po to, żeby wszcząć jakieś działania przymuszające i kontrolne, ale Ministerstwo Zdrowia, niestety, wykazuje się opieszałością i sprawy cały czas są w toku. To jest pierwsza moja uwaga. Teraz będzie program. Miejmy nadzieję, że program spowoduje, że dostęp do leków biologicznych zostanie poszerzony.

Powstaje jednak kolejny problem. Nawet w przypadku, kiedy ci ludzie już dostają, tak jak my, leki biologiczne, jest problem z równoległym dostępem do rehabilitacji. Skoro państwo polskie może wydawać na jednego pacjenta, na mnie, 5 tysięcy zł miesięcznie, po to, żebym żył, funkcjonował normalnie, to dlaczego oszczędza 500 zł na dostępie do rehabilitacji. Nie jestem w stanie dostać się na rehabilitację, pomimo że biorę na przykład leki o wartości 5 tysięcy zł. Akurat w tej chwili ich nie biorę, bo jest ten okres przejściowy. Dyrektor NFZ odmawia wydawania zgód. Muszę sobie kupować te leki za własne pieniądze. Nadwreżę to budżet. Oczywiście, będziemy – ci, którzy te leki sobie sami kupują – zwracać się z pozwami o zwrot kosztów. Skoro są to prawa nabyte, to należy, moim zdaniem, je przestrzegać. Dlaczego nie ma dostępu do rehabilitacji? To jest drugi problem.

Żeby nie monopolizować wypowiedzi, może przekaze głos koledze, który też chciałby przekazać swoje uwagi na ten temat, szczególnie te, które dotyczą programu.

**Członek Zarządu
Stowarzyszenia Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających
Jakub Górecki:**

Nazywam się Jakub Górecki. Jestem członkiem Zarządu Stowarzyszenia Chorych na ZZSK.

Chcę się wypowiedzieć właśnie jako chory, który aktualnie jest pozbawiony leczenia, które w moim przypadku i w wielu przypadkach było skuteczne. Statystyki podają, że do 50% chorych bardzo dobrze odpowiada na to leczenie. Jest to sprawdzone. Według niektórych danych, o których słyszałem, to leczenie jest bardziej skuteczne w tej chorobie reumatologicznej niż w innych. Pan profesor, oczywiście, może to potwierdzić. Bardzo się cieszymy, że został w końcu wprowadzony zarządzeniem prezesa NFZ program terapeutyczny, który teoretycznie zapewnia nam leczenie. Jest natomiast wielu pacjentów, którzy byli leczeni, wydawane były zgody indywidualne, które teraz właściwie są wycofywane, trudno je otrzymać. Kiedy będzie ten program, Panie Ministrze? To jest moje pytanie. Chorzy bowiem żyją w zawieszaniu. Pieniądze z budżetu państwa i tak jakoś wypływają. Podobno w roku, z którego mam dane, w 2005r., chorzy na ZZSK dostali sto trzydzieści tysięcy dni zwolnienia z pracy. Tak że to są dosyć wymierne pieniądze. To już nawet nie chodzi o renty. Pytanie jest ciągle gorące, bo tu chodzi nie tylko o nasz ból, ale też i pieniądze podatników. Tak że chciałbym zadać pytanie, kiedy faktycznie ruszy program? Kiedy pierwszy chory dostanie leki? Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję.

Nim odpowie, Panie Profesorze, pan minister, zgłaszała się pani... Już byłem przed chwilą posądzany o dyskryminację.

Bardzo proszę, żeby pani odpowiedziała. Proszę bardzo.

**Prezes Stowarzyszenia Reumatyków i Ich Sympatyków
Jolanta Grygielska:**

Jolanta Grygielska, Ogólnopolska Federacja Stowarzyszenia Reumatyków „REF”. Jestem ekonomistką zatrudnioną w Zakładzie Promocji Zdrowia i Epidemiolo-

gii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii w Warszawie. Zajmują się społeczno-ekonomicznymi aspektami chorób reumatycznych.

Proszę państwa, możemy tu bardzo długo jeszcze rozmawiać o tym, jakie są braki, czego potrzebujemy. Nie stać nas na to, żeby pieniądze wypływały z budżetu bez sensu, bez pewnego założenia na dłuższy okres. Wiadomo, że najważniejsze jest wczesne rozpoznanie chorób. W momencie, kiedy te choroby są związane z młodym wiekiem, wielu lekarzom nie przychodzi do głowy, że może to być zapalna choroba stawów. Stąd też tracimy czas. Potem są renty. Sprawdziłam to wczoraj – przeciętna renta to 42% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, czyli to jest ogromna strata dla młodego człowieka, który nie może kontynuować pracy zawodowej.

Naszym największym marzeniem jest to – mam nadzieję, że dożyję tego momentu, że nastąpi to stosunkowo szybko – że zostanie stworzony przy naszej wspólnej współpracy i przy współpracy konsultanta krajowego, przy współpracy Instytutu, Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Federacji Stowarzyszeń Osób Chorych na Schorzenia Reumatyczne program zwalczania chorób reumatycznych, podobny do tego, który jest w przypadku chorób onkologicznych. To bowiem pozwala na ustalenie strumienia wydatków społecznych i ekonomicznych we właściwym kierunku. I wtedy będzie łatwiej leczyć i dzieci, i dorosłych, i rozpoznawać te choroby, które po prostu przez pewien okres są nierozpoznawalne nawet na poziomie doświadczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor się zgłaszał. Później poprosimy pana ministra.

Bardzo proszę.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

Leki są drogie, w związku z tym należy zracjonalizować wydawanie pieniędzy. Mimo że one są drogie, to niestety nie są tak skuteczne, żeby pomogły każdemu choremu, należy więc leczyć tylko tych, którym rzeczywiście pomagają. W przypadku programów lekowych utworzyliśmy zespół koordynacyjny, który to leczenie koordynuje. No i tu państwo są członkami tego zespołu, któremu ja przewodzę. Z czym mamy dzisiaj problem? Otóż mamy problem doboru chorych. Ja uważam, że nie ma powodów, żeby polski chory był leczony inaczej niż w Europie. W związku z tym standardy europejskie mają obowiązywać w Polsce.

Szwedzi szacują, że w Polsce jest sto trzydzieści tysięcy chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Myślałem, że jest więcej. Ale z kolei my z danych z aptek wiemy, że jest około dziewięćdziesiąt pięć do stu tysięcy chorych, czyli około trzydziestu tysięcy chorych w najlepszym razie w ogóle nie bierze leków. Ale ci chorzy, jak się dowiadują z internetu, że jest lek biologiczny, to chcą leki biologiczne. No, nie jest to zgodne ze standardami przyjętymi w świecie, każdy bowiem stara się to ograniczyć. Jest więc ten zespół, który stara się jakoś tam ukierunkować ten strumień pieniędzy, tak żeby były wydane racjonalnie.

Mnie się udało wprowadzić program. Oficjalnie ten program obowiązuje i ja daję zgody, ale brakuje mi tutaj – i tu prosba do pana ministra, jakkolwiek z panem ministrem Twardowskim na ten temat już rozmawiam – jednej rzeczy. Brakuje jednego rozporządzenia – nie wiem czy ministerstwa, bo program jest prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – dotyczącego tego, jakie leki mają być stosowane. Jeśli ja dostanę to zarządzenie, to od następnego dnia rusza aplikacja komputerowa. W tej chwili bowiem lekarze się boją, bo nie ma tej aplikacji. Jak zlecą leczenie, to ja daję im zgody, które przesyłam faksem. Prawda? Boją się, bo z kolei w programie lekowym jest zapis, że chory wprowadzony do aplikacji komputerowej po uzyskaniu zgody zespołu może dostać lek. Mamy to więc w zawieszeniu. Ten stan trwa już dwa miesiące i nie bardzo wiem, jak ten problem rozwiązać. I tu moja prosba do pana ministra, żeby napisać to pismo. Ja wiem, że przy problemach NFZ i ministerstwa jest to jakiś margines, ale dla chorych i dla nas jest to bardzo ważna sprawa.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, czy chciałby pan odpowiedzieć?

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber:

Powinienem, chociaż, tak jak wspomniałem, w niektórych zakresach ciężko mi będzie zająć stanowisko ze względu na to, że tak jak pan profesor wspomniał, tę sprawę i dotyczące jej rozmowy prowadził minister Twardowski.

Przede wszystkim zgadzam się całkowicie z pewną koncepcją, która przewijała się tutaj przez dyskusję, z koncepcją pewnego racjonalizowania kosztów związanych z opieką nad osobami chorymi i taką organizacją systemu, która pozwalałaby wydać środki finansowe w jak najbardziej racjonalny sposób. Myślę, że tutaj sprawa jest otwarta. Między innymi poprzez fakt, że została znowelizowana ustawa koszykowa, poprzez fakt, że mamy w tym momencie możliwość kreowania zasad dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez rozporządzenie koszykowe. Mówiąc potocznie, daje to nam szansę na to, żeby tę organizację zmienić. Oczywiście, tu jest bezwzględnie konieczna współpraca z nadzorem krajowym i z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale z wypowiedzi pana profesora wnoszę, że będzie można to wszystko poukładać bardzo racjonalnie i rozsądnie, biorąc właśnie pod uwagę pewną konieczność alokowania tych nakładów. Prawda?

Pojawił się tutaj wątek centrów wczesnej diagnostyki, czyli ambulatoryjnej możliwości diagnozowania pacjentów bez obciążania systemu kosztami hospitalizacji. Mówię w tym momencie w imieniu pana ministra Twardowskiego, ale również w imieniu swoim, jako osoby, która nadzoruje prace Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia. Możemy tutaj taką koncepcję spróbować zrealizować, po to, żeby jak najwcześniej rozpoznać chorobę, po to, żeby móc zrobić maksimum diagnostyki w trybie ambulatoryjnym, jak również zrealizować maksymalną liczbę świadczeń w trybie ambulatoryjnym bez angażowania łóżek.

Myślę również, że koncepcja wspólnego funkcjonowania oddziałów reumatologicznych i rehabilitacyjnych jest jak najbardziej słuszna i tak powinny być kupowane

świadczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie wiem, czy mamy tutaj przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia...

(Głos z sali: Nie ma.)

(Głos z sali: Przypilnujemy.)

To proszę o pomoc, dlatego że... Oczywiście, żartuję. Sądzę, że jesteśmy po prostu w stanie z Narodowym Funduszem Zdrowia dokładnie taką filozofię myślenia zaprezentować.

Na jedną rzecz zwrócę uwagę, bo mnie to też boli. Obecnie mamy taki stan prawny, że nie ma połączonego systemu zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia. Nie są to naczynia połączone i tym samym ciężko jest wprowadzać pewne rozwiązania, które logicznie są jak najbardziej zasadne. Koszty bowiem, jakie ponosi w tym momencie zabezpieczenie społeczne z tytułu nieobecności w pracy, z tytułu wypłaty zasiłków czy rent, mogłyby być mniejsze, gdyby część tych środków została zainwestowana w działania ochrony zdrowia. Obecnie mamy taką sytuację, że są to rozdzielne fundusze.

Kwestia programów terapeutycznych. Zanim oddam głos przedstawicielom Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, którzy przedstawiają informację na temat tego, jak zaawansowana jest praca nad programami lekowymi, powiem, że moim zdaniem zmiany związane z ustawą i rozporządzeniami koszykowymi w pewnym sensie tę dowolność interpretacyjną po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia zablokują, gdyż na pewno nie może to być decyzja administracyjna. To musi być decyzja, która jest decyzją merytoryczną, podpartą wiedzą nadzoru krajowego i nadzoru wojewódzkiego. Temu też ma służyć wzmocnienie rangi Agencji Oceny Technologii Medycznych. Tutaj pewnie jest wada, że ten proces – ze względu na jego rozległość uznawania, czyli sporządzania raportów, wydawania opinii, stanowiska, dotyczących określonych terapii – jest długi, jednak podejmujemy decyzje, które mają kolosalne znaczenie finansowe i medyczne. Przede wszystkim medyczne, a w drugiej kolejności finansowe. Może tak to powinienem powiedzieć. Musimy wybierać to, co jest najbardziej racjonalne. Ten proces ruszył. On na pewno będzie nabierał tempa i znaczenia. W związku z tym sądzę, że ta dowolność administracyjna będzie ograniczona na rzecz racjonalnych, merytorycznie uzasadnionych decyzji systemowych.

Co do naszej kontroli, dotyczącej funkcjonowania oddziałów i praw nabytych – próbowaliśmy zasięgnąć informacji, gdyż nie miałem wiedzy w tym zakresie. Z tego, co się orientuję, to jesteśmy na drodze sądowej. Jeśli ta informacja, którą uzyskałem...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Być może znowu nie...

Prezes Stowarzyszenia Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających Bartłomiej Kuchta:

Pacjentom, którzy byli leczeni, odebrano leki. Nagle dyrektor oddziału wojewódzkiego stwierdził, że on przyjmuje inną interpretację przepisów w trakcie leczenia. Taka jest moja sytuacja. Taka jest sytuacja kolegi. To dotyczy wielu osób. Są przypadki indywidualne z oddziałów onkologii, Panie Senatorze. Tam też tak jest. W trakcie leczenia, kiedy pacjentowi się podaje lek, dyrektor nagle stwierdza, że nie będzie szpitalowi, który ten lek podawał, finansował to w procedurze zgody indywidualnej, ponieważ on ma nagle inną interpretację przepisów.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Zwracamy się w tym momencie do ministerstwa, żeby skorygowało to. Ministerstwo odsyła pismo, że owszem, oni się nie zgadzają z taką procedurą, z taką praktyką, ale nic z tym nie robi. Tak więc kawałek papieru, z którego wynika, że ministerstwo zgadza się ze mną, nie wystarczy, bo to nie spowoduje, że pacjent dostanie lek. W związku z tym jedyną drogą było złożenie skargi na bezczynność ministra zdrowia, którą w każdej chwili można cofnąć, jeżeli Ministerstwo Zdrowia podejmie w tym kierunku jakieś działania. Życzyłbym sobie tego, byłoby świetnie, gdyby tak się udało zrobić, żeby tę skargę cofnąć. Takich przypadków będzie więcej, bo akurat ZZSK weszło do programu dzięki staraniom pana profesora, ale są nowe leki, które wchodzi... Znowu będzie problem zgód indywidualnych. Może zamiast dyrektorów wojewódzkich oddziałów NFZ, którzy de facto decydują o życiu i śmierci, tak jak powiedziałem, przekazać ich kompetencje w ręce komisji, której przewodniczy pan profesor, gdzie spotykają się i członkowie Narodowego Funduszu Zdrowia, i członkowie ministerstwa, i gdzie mogą być zapraszane osoby z AOTM, ze środowisk pacjentów i przede wszystkim ze środowisk lekarzy. Takie gremium może wspólnie podejmować decyzje. Dla mnie jako prawnika i adwokata dyrektor NFZ jest jednak bardziej newralgiczną i niebezpieczną instytucją... Może ulegać wpływom, tak bym powiedział.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dobrze.

Panie Ministrze, chce pan się odnieść...

(Prezes Stowarzyszenia Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających Bartłomiej Kuchta: Tam są też członkowie Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia.)

**Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Witold Tlustochowicz:**

Tak, ale to jest ten dylemat, o którym mówił pan senator. To, że my podjęliśmy decyzję, nie powoduje, że szpital dostanie pieniądze. To jest właśnie ten dylemat, który będziemy starali się jakoś rozwiązać. Ten zespół jest tworem w miarę nowym. On powstał raptem w marcu tego roku i trzeba go jakoś usytuować. Prawda? To jest niewątpliwie organ doradczy. No, ale to się będzie przekładało na działalność konsultanta. Problem jest jeden. Ja naprawdę w tej chwili widzę dużą chęć – zarówno po stronie ministerstwa, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia – wyprowadzenia reumatologii na szerokie wody. Problem jest innego typu. Ja jestem wojskowym, dla mnie rozkaz to jest rozkaz. Dziś załatwiliśmy, jutro zapominamy. Wykonane. A tymczasem my to wałkujemy, wałkujemy, wałkujemy. Piszę kolejne pisma, one jakoś przechodzą. Zdaję sobie sprawę, że reumatologia jest mało nośną dziedziną, bo na to się nie umiera od razu, tylko dopiero po paru latach. Tak jak mówię, generalnie rzecz biorąc, myślę, że to są problemy, które uda nam się do końca tego roku wyprowadzić na czysto.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, bardzo proszę.

Później pan senator Krajczy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Próbując zakończyć problem tej opieszałości, jeżeli jest taka potrzeba, to możemy...

(Głos z sali: Bezczynności.)

OK, bezczynności.

(Głos z sali: Byłby problem rozwiązany.)

Trudno mi jest zająć jednoznaczne stanowisko ze względu na to, że tak jak mówię, nie znam problemu, nie byłem przygotowany na to, żeby na ten temat dzisiaj dyskutować. Podejrzewam, że jest to kwestia stwierdzenia, czy my jesteśmy kompetentni do tego, żeby zobowiązać fundusz czy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia do określonego postępowania. Zastrzegam się, że to jest...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

No tak, tylko że to jest nasze oddziaływanie na prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i na instytucję jako całość. Nie wiem natomiast, czy mamy bezpośrednie przełożenie na oddziały. Zastrzegam się, że to jest moja diagnoza. Nie daję za nią głowy. Jeśli państwo będziecie oczekiwali, to takie stanowisko jestem w stanie przygotować, przekazać ministrowi Twardowskiemu.

Jeszcze jedno zdanie przedstawicieli departamentu, gdybym mógł prosić, o tym programie lekowym.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Bardzo proszę panią o zabranie głosu.

Później pan senator Krajczy.

**Główny Specjalista w Wydziale Refundacji i Cen
w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia**

Edyta Matusik:

Edyta Matusik z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

Na ostatnim posiedzeniu nadzwyczajnego zebrania komisji AOTM zostały przedstawione przez departament wszystkie programy. Prace są już bardzo zaawansowane. W poniedziałek będzie kolejne posiedzenie, kolejne spotkanie. Programy zostały stworzone i zaakceptowane przez pana profesora. Tak jak pan profesor mówił, jesteśmy w ścisłym kontakcie. W porozumieniu z panem profesorem cały czas trwają prace nad tymi programami. Tak jak pan profesor powiedział, do końca roku te prace powinny się zakończyć.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Krajczy.

Bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję.

Panie Senatorze, to jest kolejne posiedzenie komisji, na którym nie ma przedstawiciela NFZ, w związku z tym nie podzielam optymizmu pana profesora, że będzie dobrze. Panie Profesorze, nie będzie dobrze. Pan nie reprezentuje takiej nośnej specjalizacji, jak kardiologia inwazyjna. Dzisiaj bez NFZ, który jednak kreuje politykę zdrowotną... To nie pan, nie samorządy województwa, tylko NFZ, patrząc, ile dostaje pieniędzy, wie, że ciąć można w reumatologii. Oczywiście, jeżeli w tej chwili jeszcze wiemy, że może być opieka ambulatoryjna, to proszę się nie dziwić, że w województwach lubuskim, opolskim znikną oddziały stacjonarne. Ze względu na brak specjalistów i na potrzeby okaże się też, że akurat Dolny Śląsk może przejąć opolskie, że lubuskie może przejść do wielkopolskiego itd., itd.

Pan minister może w jakiś sposób wpłynąć na pana prezesa. Chyba tam nie jest za mało urzędników? Być może znów są kolejne roszady – z tego, co wiem – w NFZ. Ale chyba to jest to minimum, żeby piąty, dziesiąty przedstawiciel NFZ tutaj usiadł i nam powiedział, jaka polityka będzie kreowana w dziedzinie, którą omawiamy. My sobie możemy pogadać, możemy wysłuchać, możemy mieć plany i na tym się kończy. Przepraszam, ale dzisiaj państwo nie macie takiej siły przebicia – mówię to z bólem jako ginekolog położnik – jak kardiologia inwazyjna i jeszcze parę innych dyscyplin. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Ja też zgadzam się z panem senatorem, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinien kreować polityki zdrowotnej. Od tego są inne instytucje, między innymi my.

Pan senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Nie jestem takim pesymistą jak pan senator Krajczy. Mam tylko do państwa jedną prośbę. Powstał bowiem tutaj taki fajny pomysł, bodajże to pani o tym mówiła. Jest Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. On, można powiedzieć, nieźle funkcjonuje. Oczywiście są różne przeszkody, ale to jest realizowane. Bardzo bym państwa prosił i zachęcał, abyście państwo stworzyli zarys narodowego programu zwalczania chorób reumatologicznych. Proszę go nazwać tak, jak będziecie państwo uważali za stosowne, my jako senatorowie postaramy się... Być może uda nam się wdrożyć ten program. Jeżeli nie będziemy próbowali tego zrobić, to tego programu nie będzie. Próbujmy, a mam nadzieję, że to się uda stworzyć, zwłaszcza w kontekście tych potężnych nakładów, które są potrzebne do leczenia. Późne stadium rozpoczęcia leczenia powoduje skutki finansowe, społeczne w postaci wczesnych rent, zgonów itd., tak więc bardzo bym o to prosił. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Bardzo proszę panią.

**Prezes Stowarzyszenia Reumatyków i Ich Sympatyków
Jolanta Grygielska:**

Panie Senatorze, czy będziemy mogli prosić o pana wsparcie przy przygotowywaniu takiego programu? Wiem, że pani senator Fetlińska jest jak najbardziej za, już nam obiecała takie wsparcie. Czy możemy liczyć również na pana? Wiem, że pan jest włączony w działania w ramach programu onkologicznego i wie, jak to działa, jak to zrobić i jak się nie wykołować na trasie.

(Senator Rafał Muchacki: NIK też wie.)

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

(Senator Rafał Muchacki: Bardzo chętnie się w to włączę...)

Pan senator Muchacki, proszę bardzo.

Senator Rafał Muchacki:

Ad vocem. Bardzo chętnie się w to włączę. Z panią senator Fetlińską na pewno będziemy współpracować. Tylko ja się nie znam na reumatologii, znam się za to w miarę na samym systemie działania Narodowego Programu Chorób Nowotworowych. Tak że jestem do dyspozycji. Dziękuję.

(Prezes Stowarzyszenia Reumatyków i Ich Sympatyków Jolanta Grygielska: Dziękuję bardzo.)

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś chciałby jeszcze zabrać głos? Nie ma już zgłoszeń.

Spróbuję podsumować dyskusję i podzielić się z państwem swoimi odczuciami. Proszę państwa, reumatologia i każda inna dziedzina, o której byśmy rozmawiali, mają swoją specyfikę, wiadomo, ale widać tutaj sytuację ochrony zdrowia w całości. Bardzo ładnie pani powiedziała, że należy przesterować system. Ja się z tym zgadzam. Chciałbym, żeby piramida wydatków na opiekę zdrowotną wyglądała w Polsce tak, jak wygląda na całym świecie, żeby lekarz rodzinny szybko rozpoznawał chorobę, żeby był dobrze przeszkolony, żeby wiedział, jak to robić i żeby miał na to środki, żeby nie wydawać niepotrzebnych pieniędzy na oddziały reumatologiczne. Rozumiem, że pan profesor wielokrotnie bijąc się w pierś... Niepotrzebnie chyba. Skoro pan profesor odpowiada za oddziały reumatologii od kilku miesięcy, to nie musi pan tego robić. Poza tym pan nie kreuje całej polityki zdrowotnej ani całej polityki finansowania opieki zdrowotnej. Chciałbym więc, żeby to przesterowanie było coraz bardziej wyraźne. Cieszę się, że ten temat wzbudził duże zainteresowanie państwa. Może podchodziłem do tego tematu trochę sceptycznie, ale usłyszałem bardzo wiele ciekawych, interesujących rzeczy. Ja akurat jestem chirurgiem i zupełnie się nie orientuję w specyfice tej dyscypliny, natomiast polityk muszę powiedzieć, że padło tu wiele bardzo ciekawych uwag i wiele spostrzeżeń.

Powiem tak trochę prowokacyjnie, że byłbym przeciwny narodowemu programowi zwalczania chorób reumatycznych. Myślę, że lepiej byłoby, gdybyśmy po prostu normalnie,

zwyczajnie leczyli wszystkie choroby, nie na zasadzie narodowych programów, tylko normalnie leczyli – jak lekarze. Nie angażowali się w jakieś hurraprogramy, myślę bowiem, że nie tędy droga. Gdybyśmy rozmawiali o diabetologii, gdybyśmy rozmawiali o każdej innej dziedzinie, moglibyśmy powiedzieć, że jeśli nie ma tam jeszcze tego narodowego programu, to należy go stworzyć. Pan profesor w jakiejś części już stworzył, jeśli pan uzyskał... Cóż bowiem mają takie programy? Właściwie głównym założeniem jest dofinansowanie dziedziny. Jeśli panu udało się zwiększyć finansowanie o 140 milionów zł w porównaniu z rokiem ubiegłym, to już jest olbrzymi sukces. Życzę państwu dalszych sukcesów. Jeśli chodzi o problemy profilaktyki, wczesnego rozpoznania można byłoby mówić o wszystkich chorobach. Dotyczy to również i chorób reumatycznych.

Cieszę się natomiast, że pan minister zwrócił uwagę – to już tak politycznie powiem, ale tak politycznie też muszę się wypowiedzieć – że wpływ ministra na prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jest potrzebny i jest konieczny. Zresztą nasza nowelizacja ustawy w poprzedniej kadencji między innymi temu służyła. Między innymi. Oczywiście, minister nie może ingerować w każdą decyzję dyrektora oddziału. Na te decyzje może mieć wpływ prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, a na prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pewnymi działaniami może mieć wpływ również minister zdrowia.

Cieszę się, że pan minister zauważył też... Muszę powiedzieć nieskromnie, że to był nasz program. W programie Prawa i Sprawiedliwości był taki punkt, często zapominany, mianowicie, żeby fundusz chorobowy był włączony w środki na system opieki zdrowotnej. To jest dobry pomysł. Tutaj bowiem często mówimy właśnie o zależnościach finansowych. Dobrze byłoby, gdybyśmy mieli – i lekarze, i politycy – większą świadomość finansową. Widzimy tutaj 5 tysięcy zł wydawanych na jeden lek, nie widzimy natomiast tych pieniędzy, które wydaje system... Chyba bardziej zwracalibyśmy na to uwagę, gdyby ten system wiedział, żebyśmy my wiedzieli, ile z tego systemu wydajemy na rehabilitację, zwolnienia i renty.

Będę już zamykał posiedzenie...

Zgłasza się jeszcze pani senator Fetlińska.

Bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący, chciałabym dodać tylko jedno zdanie do tego podsumowania. Wydaje mi się, że takie programy jak narodowy program zwalczania chorób reumatologicznych czy reumatycznych są potrzebne w sytuacjach, kiedy dana choroba stanowi wielki problem i medyczny, i społeczny. Zdrowotny i społeczny. Reumatologia jest takim problemem. Stąd też obstawałabym za tym, żeby jednak taki program powstał – oczywiście, dobrze przygotowany, przemyślany – on bowiem może tylko ułatwić prowadzenie właściwej opieki, może też pewne rzeczy zrationalizować, choćby wydatki. Chodzi właśnie o ujęcie systemowe. Tak że warto jednak o tym pomyśleć. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Będę się upierał i będę stał na swoim stanowisku. Życzyłbym, żeby za ten punkt państwo otrzymywali 15 zł, a nie 7, czy 10 zł. To byłoby chyba lepsze rozwiązanie.

Bądźmy optymistami. Ja również, podobnie jak senator Muchacki, jestem optymistą i myślę, że państwo też odniesiecie sukces w swojej działalności. Dziękuję bardzo.

Zamykam siedemdziesiąte ósme posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 56)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851