

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 27)
z dnia 3 grudnia 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej (nr 27)

3 grudnia 2024 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, oraz poseł **Alicji Chybickiej (KO)**, zastępcy przewodniczącej, rozpatrzyła:

- informację ministra zdrowia na temat dostępności, skali i zasad korzystania przez osoby starsze z leczenia sanatoryjnego i szpitalno-sanatoryjnego,
- informację przewodniczącej podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych na temat prac podkomisji w zakresie chorób otępiennych z uwzględnieniem prac nad Narodowym Programem Alzheimerowskim.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Dagmara Korbasińska-Chwedczuk** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Małgorzata Michalska** naczelnik w Departamencie Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia, **Melanie Raczek-Żeromska** naczelnik Wydziału Wsparcia Seniorów w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Jerzy Piókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Wojciech Wiśniewski** członek Komitetu ds. Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Marek Wleklík** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Krystyna Lewkowicz** stały doradca Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska**, **Jolanta Szymańska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Joanna Borowiak (PiS)**:

Dzień dobry.

Otwieram 27. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Serdecznie witam państwa posłów. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia. I równie serdecznie witam panie i panów gości reprezentujących Departament Zdrowia Publicznego, Departament Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia, Departament Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Witam także stałego doradcę Komisji w osobie pani Krystyny Lewkowicz.

Szanowni państwo, przystępujemy do realizacji porządku dziennego, w którym mamy dwa punkty: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności, skali i zasad korzystania przez osoby starsze z leczenia sanatoryjnego i szpitalno-sanatoryjnego; informację przewodniczącej podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych na temat prac podkomisji w zakresie chorób otępiennych z uwzględnieniem prac nad Narodowym Programem Alzheimerowskim. Bardzo dziękuję pani przewodniczącej za takie resume; za to, że pani zechce się nim z nami podzielić – zwracam się do pani przewodniczącej poseł Alicji Chybickiej, która również przewodniczy podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych

Szanowni państwo, czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę, zatem stwierdzam, że porządek został przyjęty i proszę uprzejmie o zabranie głosu pana Macieja Karaszewskiego, dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia. Panie dyrektorze, proszę o przedstawienie nam informacji na temat dostępności, skali i zasad korzystania przez osoby starsze z leczenia sanatoryjnego i szpitalno-sanatoryjnego.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, posłanki i posłowie i wszyscy zaproszeni goście, materiał został przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia. Jest dosyć obfity, więc nie będę go czytał w całości, bo szkoda państwa czasu. Pozwolę sobie przeczytać kilka najważniejszych informacji, żebyśmy mogli płynnie przejść do dyskusji.

Jak wszyscy wiedzą, leczenie uzdrowskowe jest to działalność służąca leczeniu, jak również zapobieganiu chorobom, prowadzona przy wykorzystaniu urządzeń lecznictwa uzdrowskowego i naturalnych surowców leczniczych takich jak: wody lecznicze, gazy i peloidy oraz właściwości leczniczych klimatu, mających korzystny wpływ na wyniki świadczeń zapobiegawczych i leczniczych. Najczęściej stanowi kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego i zajmuje się chorobami przewlekłymi oraz rekonwalescencjami, których pobyt w uzdrowsku umożliwi szybszy powrót do zdrowia.

Polska aktualnie posiada 47 uzdrowsk rozmieszczonych na terenie całego kraju w 13 województwach – głównie jest to województwo dolnośląskie – oraz jedno sanatorium uzdrowskowe w podziemnym wyrobisku górniczym, czyli w Kopalni Soli „Wieliczka”. Uzdrowska oferują wysoki standard zabiegów leczniczych, wykwalifikowaną kadrę i opiekę medyczną.

I teraz przechodzimy do clou naszego punktu porządku posiedzenia, czyli dostępności uzdrowsk dla osób 65+. Osoby powyżej 65 roku życia często obciążone są wielochorobowością, na przykład: nadciśnieniem tętniczym, na które niestety choruje 76% osób w tym wieku, zaburzeniem funkcji poznawczych, zaburzeniem wzroku, zaburzeniem słuchu, objawami depresyjnymi, cukrzycą, chorobami płuc i nowotworami. Co trzecia starsza osoba ma ograniczenia w wykonaniu codziennych czynności związanych z samoobsługą. Statystycznie ujmując, osoba po 75 roku życia ma 3–4 choroby przewlekłe, co powoduje, że ma ograniczone możliwości czy to ruchowe, czy uczestniczenia w życiu społecznym i rodzinnym. Dlatego też ważna jest profilaktyka, wczesne wykrycie choroby i skuteczne jej leczenie albo zapobieżenie jej następstwom. W tym obszarze można wykorzystywać potencjał, który oferuje lecznictwo uzdrowskowe.

Ta forma leczenia ma charakter kompleksowy. Z uwagi na wieloczynnikowy charakter stosuje kilka metod terapeutycznych wzajemnie się uzupełniających, co pozwala na zwiększenie efektywności leczenia. W uzdrowsku pacjent jest poddawany terapii złożonej, w tym: kinezyterapii, zabiegom fizykalnym, zabiegom balneologicznym, dietcie, edukacji zdrowotnej, leczeniu klimatycznym i farmakoterapii. Tak wiele czynników zachodzących jednocześnie pozwala na kształtowanie pozytywnych zmian w zakresie zdrowia i postaw prozdrowotnych wśród pacjentów. W lecznictwie uzdrowskowym realizowane są zadania rehabilitacji, co stwarza warunki do szybszego powrotu do sprawności po operacjach czy hospitalizacjach, wpływa na poprawę samodzielności, samoobsługi, poprawia się kondycja fizyczna i zdolności intelektualne.

Pacjenci w wieku 65+ stanowią największy odsetek świadczeniobiorców korzystających z leczenia uzdrowskowego, a z roku na rok liczba seniorów korzystających z tego rodzaju świadczeń wzrasta. Z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że wśród seniorów najczęstszą przyczyną wystawienia skierowania na leczenie uzdrowskowe są choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, choroby układu krążenia i układu nerwowego.

W 2022 r. pacjenci 65+ z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowili 48% ogólnej liczby osób skierowanych, które skorzystały z leczenia uzdrowskowego – to było prawie 145 tys. osób – a w 2023 r. ten odsetek wzrósł do 55% (186,5 tys. osób). Do 31 sierpnia 2024 r. zrealizowano ponad 128 tys. skierowań, co świadczy o tym, że tendencja jest stale rosnąca. Podobnie jest z pacjentami, którzy mają choroby układu krążenia – w 2022 r. było ich 20,5 tys. osób, co stanowiło 60% ogólnej liczby skierowań, a w 2023 r. ponad 22 tys. osób, czyli 68% osób, które zrealizowały skierowania. Do 31 sierpnia tego roku zrealizowano 13 367 skierowań. Ten odsetek wzrasta również w przypadku chorób układu nerwowego: w 2022 r. było to 35%, a w 2023 r. – 42 proc ogólnej liczby zrealizowanych skierowań. W związku z tym trzeba podkreślić, że skoro wzrasta liczba skierowań i korzystających z leczenia

uzdrowiskowego, musiał wzrosnąć udział środków finansowych przeznaczonych w planie finansowym NFZ z 0,9% w 2022 r. do 1,02% w roku 2024.

Jeśli chodzi o czas oczekiwania na leczenie sanatoryjne, to wynosi on średnio 9–10 miesięcy. Najkrótszy jest w województwach warmińsko-mazurskim, lubelskim i kujawsko-pomorskim, gdzie wynosi 3–7 miesięcy. Najdłuższy – 10–11 miesięcy – jest w dużych województwach: mazowieckim, małopolskim i śląskim.

Dziękuję bardzo za głos.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Dziękujemy za wyczerpujący materiał, który ministerstwo przygotowało na posiedzenie Komisji.

Otwieram dyskusję.

I może jako pierwsza zapytam pana, panie dyrektorze, jak pan ocenia dostępność leczenia sanatoryjnego dla osób 65+? Bo taki jest podział Światowej Organizacji Zdrowia, która szacuje wczesną starość właśnie nie od 60, a od 65 roku życia. Chodzi mi o to, czy jest jakiś progres? Czy to jest odczuwalne?

I drugie pytanie. Z czego wynika różny czas oczekiwania w poszczególnych województwach? Bo jak patrzyłam w tabelę, to tak to wygląda, to się utrzymuje. Natomiast jak pan sądzi, czy to będzie tendencja stała? Z czego wynikają te różnice, że w jednym województwie oczekuje się 24 miesiące? Czy to jest uzależnione od rodzaju choroby, w związku z którą pacjent udaje się do sanatorium? Bo w tabeli nie mamy go wyszczególnionego, jest to uśrednione. I to tyle, jeśli chodzi o moje pytania.

Ktoś z państwa posłów? Bardzo proszę, pani przewodnicząca Chybicka.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Mam dosyć zasadnicze pytanie. W tym materiale, który otrzymaliśmy, jest napisane, że osoby, które nie potrafią same się obsłużyć, nie są samodzielne, nie mają już dostępu do leczenia sanatoryjnego. Czy nie wydaje się państwu, że to jest błąd? Powinny być albo celowane sanatoria, albo łóżka wyznaczane w takim sanatorium, gdzie państwo sfinansuje pobyt – ewentualnie z opiekunem albo da swojego opiekuna – dlatego że leczenie sanatoryjne jest tak samo potrzebne osobom, które, mówiąc brzydko, są na chodzie i które na chodzie nie są. Każda osoba w wieku senioralnym, z wyjątkiem osób absolutnie tylko leżących... Jest wiele osób, które nie są do końca samodzielne, muszą mieć opiekuna, ale jednak miałyby duży zysk z leczenia sanatoryjnego. Czy jest choćby jedno takie miejsce w Polsce? Albo może – to lepsza koncepcja – przeznaczyć na to fragment każdego sanatorium? I oczywiście musi być wtedy opiekun.

Wiem, że dla dzieci chorych na nowotwory mieliśmy sanatorium Czeremna-Bukowina w Kudowie Zdroju, gdzie dostawały one również chemioterapię i jechali z nimi rodzice. I część dzieci była w stanie, w jakim była. I mimo wszystko wszystkie odnosiły korzyść, bo sam klimat i piękne miejsce swoje robią. To mnie trochę dziwi, że mimo tego, iż gros osób, które w tej chwili są w sanatoriach, to są osoby w wieku senioralnym – co jest oczywiste, bo to jest duża grupa – to tych najbardziej potrzebujących tego dla poprawy jakości życia tam chyba nie ma. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za to pytanie, bo jest naprawdę cenne i ważne. Rzeczywiście nie powinno być tak, że osoby, które są niesamodzielne, nie mają dostępu do leczenia sanatoryjnego. Pan dyrektor na pewno nam za chwilę odpowie.

Proszę państwa, mam dla państwa pozdrowienia od pana doktora Rafała Sapuły, który wcześniej, w poprzednich kadencjach był stałym doradcą Komisji. To lekarz właśnie z obszaru balneologii. Przysłuchuje się naszym obradom, bo to temat, który pana doktora żywotnie interesuje, i państwa pozdrawia. Miał dzisiaj być, ale niestety się nie udało. Jestem jednak przekonana, że w razie czego możemy liczyć na merytoryczne wsparcie ze strony pana doktora.

Kto z państwa posłów chciałby jeszcze zabrać głos? To może proszę odpowiedzieć, panie dyrektorze, a ja wtedy przekazę głos stronie społecznej. Proszę uprzejmie.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie, pani przewodnicząca.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące tendencji wzrostowej odnośnie do osób korzystających z leczenia sanatoryjnego w wieku 65+, czyli od momentu wczesnej starości – tak, ta tendencja jest i myślę, że będzie cały czas się utrzymywać. Wynika to ze struktury naszego społeczeństwa, które się starzeje i mamy coraz więcej osób w wieku podeszłym. Te osoby na pewno będą chętniej korzystać z leczenia uzdrowiskowego i będą miały ku temu wskazania. Zapewne ten trend nam się utrzyma.

Można też powiedzieć o innych formach, które są dostępne w sposób turystyczny. Miejmy nadzieję – chociaż w Ministerstwie Zdrowia nie mamy tego zdiagnozowanego – że młodsze osoby aktualnie nie są jeszcze predysponowane do korzystania z tych usług. Być może – to jest tylko spekulacja – zaczęły stosować profilaktykę zdrowotną w postaci ruchu, podróży i przez to nie korzystają jeszcze z tego typu opieki. Natomiast na pewno potwierdzone jest to, że społeczeństwo jest coraz starsze, w związku z tym więcej osób będzie korzystać.

Jeżeli chodzi o długość oczekiwania w różnych województwach, to to zróżnicowanie spowodowane jest głównie populacją zamieszkującą dane województwo i liczbą miejsc wykupionych w uzdrowiskach przez dany oddział wojewódzki NFZ. Na szczęście po wprowadzeniu skierowań i ich szybszej elektronicznej weryfikacji te czasy oczekiwania zaczynają być krótsze.

Jeżeli chodzi o osoby niepełnosprawne, które nie są w stanie samodzielnie się obsługiwać, to mamy szpitale uzdrowiskowo-rehabilitacyjne, a w nich około 8 tys. miejsc. Pobyt pacjenta jest finansowany przez NFZ, natomiast opiekun musi sfinansować swój pobyt samodzielnie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze.

I bardzo proszę, pani poseł Lidia Burzyńska.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Szanowni państwo, Wysoka Komisjo, mam dwa pytania. Ponieważ nie uczestniczyłam w całości posiedzenia – ale nie dlatego, że nie chciałam przyjść, tylko z innych, nieprzewidywalnych powodów – stąd nie wiem. Chciałam uzyskać informacje, ponieważ w Komisji Polityki Senioralnej jest podkomisja stała do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich. Wiem, że na pewno liczebność seniorów na terenach miejskich jest większa, niemniej jednak, czy jest możliwość wyłonienia takiej informacji, jak wygląda procentowo stosunek seniorów korzystających z sanatorium z terenów wiejskich do tych z terenów miejskich? To jest jedno pytanie.

Moje drugie pytanie jest następujące – cieszę się, że w ten sposób rozwija się bardzo ważna gałąź wspierania seniorów, zresztą nie tylko seniorów, w dochodzeniu do zdrowia, ale czy wspierane są sanatoria na terenach popowodziowych? Bo wiemy, że powódź dotknęła właśnie te tereny, które są charakterystyczne dla uzdrowisk. W jaki sposób te uzdrowiska są wspierane? Czy one funkcjonują? Jeżeli tak, to proszę o krótką informację. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie dyrektorze, bardzo proszę o odpowiedź.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dobrze.

Jeżeli chodzi o pierwsze pytanie, to takich analiz nie prowadziliśmy. Natomiast dostępność jest równa, ponieważ skierowanie wystawia lekarz POZ (podstawowej opieki zdrowotnej) i kolejkovanie nie wiąże się z tym, skąd pochodzi skierowanie, tylko z momentem zgłoszenia i opisanie problemu zdrowotnego. Trudno jednak mi powiedzieć, czy lekarz POZ na terenach wiejskich wystawia skierowania częściej bądź rzadziej niż lekarz miejski.

Posel Lidia Burzyńska (PiS):

Czyli takich statystyk państwo nie prowadzicie? Bo to nie chodzi o to. Wiadomo, że lekarz rodzinny składa skierowanie, natomiast po to jest powołana ta Komisja, aby zwiększać zainteresowanie. Statystyki, cyfry mają to do siebie, że są w ogólnej puli. I przepływ informacji, między innymi świadomość seniorów czy członków rodzin, może być różny. Dlatego też, jeżeli to jest możliwe, to bardzo bym o nie prosiła. Nie teraz, bo państwo nie macie takich materiałów, a ja absolutnie nie zadałam tego pytania, żeby to wykazać, tylko w ramach prośby. Jeżeli to by nie sprawiało kłopotów, to bardzo proszę o przygotowanie takiego zestawienia. Dziękuję. I drugie pytanie, jeżeli pan...

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, oczywiście.

Na terenach powodziowych są dwa uzdrowiska: Łądek-Długopole SA i 23 Wojskowy Szpital Uzdrowskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ. W ramach ogólnych warunków umów umożliwiono tym świadczeniodawcom złożyć rachunki na tak zwaną 1/12, czyli bez realizacji świadczeń otrzymują zaliczkę w postaci wysokości kontraktu, który posiadali – jeden za każdy miesiąc. Uzdrowisko Łądek-Długopole SA aktualnie funkcjonuje normalnie, natomiast 23 Wojskowy Szpital Uzdrowskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ ma zawieszoną działalność do końca roku, ale rusza od 1 stycznia 2025 r.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, panie dyrektorze.

I jeszcze pani przewodnicząca Alicja Chybicka. Proszę.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Mam jeszcze jedno pytanie, bo przeczytałam, że możemy kierować chorych za granicę. Gdzie? Czy wszędzie? Do każdego sanatorium? Za każde pieniądze? Czy wszystko pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pan dyrektor odpowie? Proszę bardzo.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak. Nie za każde pieniądze, tylko do wartości, którą płaci w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast faktycznie pacjenci jeżdżą na Słowację i do Pragi.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję uprzejmie.

I bardzo proszę, pan Jerzy Płókarz.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Szanowna Komisjo, szanowni państwo, mam pytanie do pana dyrektora. Długo poruszaliśmy temat dotyczący seniorów, którzy mają pod opieką seniorów dużo, dużo starszych. I występował problem w momencie, kiedy prosili o ewentualne przełożenie terminu sanatorium z uwagi na to, że w danym terminie nie mieli nikogo do opieki dla swojego starszego rodzica, podopiecznego, ponieważ uznawano to jako okoliczność nieusprawiedliwioną – wypadali z kolejki, ta osoba musiała czekać. Wydawało się to dalece niesprawiedliwe.

Drugim problemem, który poruszaliśmy, było to, gdy dwoje seniorów zwracało się, żeby razem mogli odbyć leczenie. To był konkretny przykład: jedna osoba o kulach miała trudności poruszania się, a druga miała transport. Oboje mieli skierowanie do sanatorium i nie chciano im pozwolić leczyć się w jednym miejscu. A to było właśnie duże ułatwienie dla tych starszych pań. Czy coś w tym kierunku zostało zmienione? I czy macie państwo to na uwadze, żeby jednak z takich przyczyn senior czy seniorka nie wypadali z kolejki? Bo na pewno jest to usprawiedliwiona przyczyna. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z państwa? Bardzo proszę, pani Krystyna Lewkowicz.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Dzień dobry państwu.

Proszę państwa, nie mam zastrzeżeń do samych materiałów. Rzeczywiście są bardzo obszerne. Natomiast zainteresowały mnie następujące tematy i gdyby pan dyrektor zechciał się do tego odnieść, to myślę, że zainteresowałoby to również państwa.

Proszę państwa, z moich osobistych doświadczeń i z tego, co mówią seniorzy, którzy do mnie przychodzą, w sanatorium obowiązuje limit zabiegów. Czy rzeczywiście taki limit istnieje, czy to jest tylko wymysł właścicieli czy też organizatorów? Są to trzy zabiegi wykonywane najwyżej do godz. 15.00, z reguły do godz. 14.00. W związku z tym po południu baza zabiegowa jest całkowicie zamknięta, niewykorzystana. Jednocześnie kuracjusz, który przyjmuje do wiadomości na wiarę, że są to trzy zabiegi – w tym co najmniej jeden najtańszy, łóżko masujące czy coś takiego – i chce wykupić pełnopłatne zabiegi dodatkowe, spotyka się z murem, bo nie ma mocy przerobowych; nie ma miejsca, nie ma personelu i tak dalej, w kontekście tego, że od godz. 14.00 do wieczora ta baza jest całkowicie niewykorzystana.

Równolegle z materiałów wynika, że większość obiektów została sprywatyzowana, czyli, krótko mówiąc, właściciele tych obiektów muszą pokrywać koszty modernizacji bazy, która z reguły pochodzi z lat 80. i lat 90., przez co wymaga znaczących czasem, bardzo kosztownych remontów. Czy tak? Również sanatoria, zwłaszcza te lepsze i położone w ciekawszych miejscach, są zdominowane przez kuracjuszy zagranicznych. Na przykład w Kołobrzegu połowa kuracjuszy to są Niemcy, Skandynawowie, którzy przyjeżdżają z własnymi opiekunami, własnymi autokarami i tak dalej. Teraz uwaga – mają wydzielone miejsca w restauracji i mają zupełnie inne menu niż kuracjusze polscy. Pytanie – czy Ministerstwo Zdrowia ma coś wspólnego z tymi grupami, z tym eksportem usług środowiskowych? Czy to się odbywa za pośrednictwem ministerstwa, czy to jest tylko i wyłącznie biznesowa działalność tychże właścicieli uzdrowiska?

Jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa na przykład koszty utrzymania obiektu uzdrowiskowego, to raczej bardzo trudno jest rozdzielić, co jest na NFZ, a co jest na komercyjne usługi, zwłaszcza w takich obszarach jak energia, utrzymanie obiektu, personel i tak dalej. Czy to nie jest tak, że ministerstwo nie ma żadnego wpływu na przyjmowanie tych grup zagranicznych przez co ogranicza się bazę dla polskich kuracjuszy, a jednocześnie między grupami zagranicznymi i polskimi są jakieś bliżej nieokreślone przepływy finansowe, kosztowe?

Proszę państwa, chciałabym zarazem zwrócić uwagę na to, że w tych materiałach nie mówi się nic ani o nakładach inwestycyjnych, ani o modernizacji tych obiektów – zarówno będących własnością NFZ, jak i tych komercyjnych. Krótko mówiąc, dokładnie nie wiadomo, na kim spoczywa obowiązek modernizacji tej bazy i jaki wpływ ministerstwo ma na jakość tych usług. Jeżeli chodzi o jakość zabiegów, to podam tylko jeden przykład – 20 lat temu, jak lekarz zapisał okłady borowinowe, to była to prawdziwa borowina dowożona do obiektu, grzana w piecu, przywożona kubelkami i nakładana na pacjenta. Dzisiaj w żadnym uzdrowisku nie uświadczą pan usługi okładów borowinowych, a to, co się tak nazywa, jest sztucznym plastrem borowinowym 100 razy odgrzewanym w mikrofalówce i nakładany pacjentowi na plecy czy inne bolące miejsca. Jakość tych zabiegów spada.

Uzdrowiska pokupowały sobie lekkie, łatwe i przyjemne urządzenia jak na przykład łóżko do masażu czy łóżko wodne, które nie jest absorbujące ani w sensie obsługi, ani materiałów, a do tego liczy się już jako jeden zabieg. I jeżeli ktoś ma tylko trzy zabiegi, to dysponenci cyrkują tak, żeby co najmniej jeden zabieg był, nazwijmy to, bezkosztowy czy też niskonakładowy.

W szczególności interesowałaby mnie jednak struktura własności obiektów. Ile z nich jest NFZ, a ile jest sprywatyzowanych? Czy ministerstwo jakoś panuje nad tymi usługami, nad tym eksportem usług uzdrowiskowych, czy to się w ogóle odbywa poza ministerstwem, tylko z inwencji właścicieli obiektów? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani Krystyno.

I poproszę pana dyrektora o udzielenie odpowiedzi.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Serdecznie dziękuję. Trochę narad, bo temat jest trochę szerszy niż temat posiedzenia.

Pierwszy element – tak, trzeba powiedzieć, że to jest problem i to bardziej systemu, nie tylko uzdrowisk. To znaczy, że nie ma w Polsce takiej instytucji jak opieka wytchnieniowa. Gdybyśmy ją mieli, a na razie się nie dorobiliśmy, to cała trudność w postaci wyjechania do uzdrowiska czy nawet na urlop... Te osoby, które się opiekują przewlekłe, na stałe osobami niepełnosprawnymi w domu, członkami swoich rodzin, też podlegają wypaleniu i są osobami często wymagającymi odpoczynku. Myślę, że ten problem jest na tyle złożony, że teraz nie znajdziemy na to rozwiązania.

Natomiast jeżeli chodzi o możliwość przekładania terminu sanatorium, to zgodnie z przepisami zwalnia tylko choroba osoby jadącej – musiałaby mieć zaświadczenie od lekarza, że to ona choruje, a nie osoba, dla której jest opiekunem. Ale myślę, że to jest uwaga do całego naszego systemu, również pomocy społecznej czy wsparcia społecznego, bo opieka wytchnieniowa nie musi być organizowana w warunkach opieki zdrowotnej.

Drugi element to było pytanie o to, czy pacjenci mogą jeździć razem. Jest tak, że jeżeli skierowanie jest z tego samego powodu zdrowotnego, z tej samej grupy schorzeń, to wtedy Narodowy Fundusz Zdrowia najczęściej idzie na rękę i puszcza razem. Natomiast jeżeli skierowanie jest z dwóch różnych przyczyn zdrowotnych i lekarz kierujący decyduje na przykład, że małżonka powinna być w jednym uzdrowisku ze względu na profil swojej choroby, a małżonek w drugim, to trudno to złączyć. Ale myślę, że to jest bardziej decyzja lekarza – zarówno kierującego, jak i oceniającego skierowanie balneologa – niż samego NFZ. Czyli mamy taką sytuację, że jeżeli oboje pacjentów ma problem z zakresu chorób mięśni czy stawowych, to najczęściej NFZ idzie na rękę i mogą jechać razem. Jeśli jednak u jednego jest to choroba krążenia, a u drugiego zwyrodnienie stawów, to wtedy trudno połączyć ten wyjazd w jeden.

Jeżeli chodzi o pytania pani, to limit zabiegów jest zapisany w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych. Tam jest określone, ile przysługuje dziennie zabiegów finansowanych przez NFZ. Są to trzy zabiegi. Natomiast jeśli chodzi o to, czy zabiegi są do godz. 14.00 i że po godz. 14.00 nie można już nawet zapewnić ich komercyjnie, to bardziej wynika z tego, jak organizują prace sami właściciele i dyrektorzy tych uzdrowisk. Z mojego doświadczenia wynika, że oni bardzo chętnie udzielają zabiegów po godz. 14.00, jeżeli kuracjusze płacą. Być może są jednak tacy, którzy uznają, że to jest niepotrzebne, a przychód z NFZ jest wystarczający dla utrzymania uzdrowiska

NFZ nie jest właścicielem żadnego uzdrowiska. Są przeważnie prywatne. W dwóch uzdrowiskach w Polsce jest właścicielstwo spółek Skarbu Państwa i – nie powiem teraz dokładnie z głowy – kilka jest własnością Ministerstwa Obrony Narodowej. Wszystkie pozostałe są komercyjne. Ministerstwo Zdrowia określa warunki realizacji usług środowiskowych, zaś NFZ kupuje, płaci, kontroluje. Tak mamy podzielone role w naszym systemie.

Pytanie było też o na przykład Kołobrzeg i kuracjuszy zagranicznych. Skoro uzdrowisko jest podmiotem prywatnym, a NFZ – nie wiem, ile w tym przykładowym Kołobrzegu jest pokoi i miejsc uzdrowiskowych – kupił, dajmy na to, 300 z 1000 pokoi, to de facto 700 jest na działalność komercyjną. Jeżeli NFZ kupiłby ich 800, to zostały na nią 200. Poruszamy się w ramach ograniczonych zasobów finansowych NFZ.

Odnosząc się do części dotyczącej zabiegów – tam jest lekarz, balneolog albo rehabilitacji, i zgodnie z etyką nie powinien kierować pacjentów na nieskuteczne zabiegi.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Przepraszam, czy dobrze zrozumiałam, że Ministerstwo Zdrowia nie ma nic wspólnego z grupami zagranicznymi, nie pośredniczy i to jest tylko inwencja biznesowa właścicieli uzdrowiska? Tak. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

I pani przewodnicząca Iwona Kozłowska. Bardzo proszę.

Posel Iwona Maria Kozłowska (KO):

Szanowny panie dyrektorze, właściwie powinnam tutaj poprosić też o wypowiedź pana ministra Szweda, ponieważ mamy opiekę wytnieniową od 2019 r. Ona działa, pracowaliśmy nad tym wspólnie, panie ministrze. Między innymi jest to rozwiązane systemowo poprzez udostępnianie pomieszczeń dla starszych, niesamodzielnych osób w domach pomocy społecznej. Oprócz tego jest też program „Opieka wytnieniowa”, więc takie możliwości są. Może informacja o takiej formie pomocy rodzinom, gdzie są zarówno starsze już dzieci, jak i rodzice w starszym wieku, nie jest dostępna dla wszystkich, nie wszyscy się tym specjalnie interesują. Ale takie możliwości zaopiekowania się osobą starszą w celu poprawy zdrowia własnego, czy nawet po prostu urlopu, wyjazdu bądź zajęcia się swoimi sprawami – bo tu nie ma żadnych warunków co do tego, z jakiego powodu rodzina chciałaby skorzystać z opieki wytnieniowej dla swojego bliskiego, starszego członka rodziny – są, trzeba je po prostu rozpowszechnić i się zainteresować. Wystarczy wejść na stronę Google i jest informacja o opiece wytnieniowej i tym, jak to wygląda w Polsce. Takie uzupełnienie, warto to wiedzieć. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

I bardzo proszę, pan Jerzy Płókarz, ale króciutko, bo chcę przejść do kolejnego punktu. Proszę uprzejmie.

Prezes KSR SSR Jerzy Płókarz:

Bardzo króciutko, po prostu buntuje się moja dusza społecznika walczącego od kilkudziesięciu lat o prawa człowieka i prawa obywatelskie. Panie dyrektorze, uważam, że jeżeli dana starsza osoba ma dużo starszą od siebie osobę pod opieką i nie jest w stanie w tym terminie pojechać, prosi o przełożenie, bo w innym terminie może znaleźć choćby na przykład opiekę wytnieniową, to nie może być tak, żeby była to okoliczność nieusprawiedliwiona. Powinna być bezwzględnie usprawiedliwiona. Nie można w ten sposób, bezdusznie traktować seniorów tylko dlatego, że muszą się zaopiekować starszym ojcem czy starszą matką. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję bardzo, panie Jerzy.

Szanowni państwo, przechodzimy do kolejnego punktu – informacji przewodniczącej podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych na temat prac podkomisji w zakresie chorób otępiennych z uwzględnieniem prac nad Narodowym Programem Alzheimerowskim. A ja jeszcze tylko wygłoszę formułę, że Komisja przed chwilą zapoznała się materiałem Ministerstwa Zdrowia, bo tego zabrakło.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Alicja Chybicka.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Szanowni państwo, podkomisja stała do spraw zdrowia osób starszych zebrała się 10 października 2024 r. i tematem posiedzenia była między innymi diagnoza chorób demencyjnych wśród osób starszych – prewencja, programy profilaktyki i opieka długoterminowa. Nie rozmawialiśmy na tym posiedzeniu w szczególności o chorobie Alzheimera, ale może od niej zacząć.

Mianowicie z inicjatywy Europy, a tak naprawdę z inicjatywy międzynarodowego stowarzyszenia Alzheimer Europe, w 2006 r. powstała deklaracja o uczynieniu choroby Alzheimera priorytetem polityki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej. W 2009 r. powstał zaś dokument, który nakazywał krajom przygotowanie krajowych programów alzheimerowskich. Choroba Alzheimera należy tak naprawdę do najtrudniejszych chorób otępiennych, a mamy ich bardzo wiele: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroba Picka, płasawica Huntingtona, choroba Creutzfeldta-Jacoba, neuroborelioza. Również Hiponatremia może dać objawy podobne do choroby Alzheimera objawy.

Co to w ogóle są choroby otępienne? To jest spadek sprawności poznawczej seniorów. Zmiany osobowościowe, emocjonalne oraz psychiczne. Częstość tych chorób zdecydowanie

w Polsce wzrasta wraz z wiekiem – są badania, które wykazują, że ponad 50% osób powyżej 80 roku życia ma chorobę otępienną. I bardzo ważną rzeczą jest oczywiście diagnostyka, tak żebyśmy wiedzieli, z czym mamy do czynienia, dlatego że inne jest rokowanie, inne jest leczenie w chorobie Alzheimera, a inne na przykład w chorobie Parkinsona czy Picka. Każda z tych chorób ma w tej chwili cały panel nowoczesnych środków, które potrafią ją zatrzymać i dać człowiekowi godnie żyć, nie wyłączać się.

W bardzo złym scenariuszu choroba Alzheimera doprowadza w efekcie do tego, że otępienie jest tak głębokie, iż osoba dotknięta tą chorobą – obojętnie, czy to kobieta, czy mężczyzna – nie rozpoznaje swoich bliskich, ma napady agresji, często jest niebezpieczna dla siebie i otoczenia, ale miewa okresy przejaśnienia. Dlatego w Alzheimer Europe toczy się dyskusja, czy te osoby muszą być w ośrodkach opieki, czy jednak jest dla nich lepiej, kiedy ktoś opiekuje się nimi w domu. Oczywiście rodzina, która pracuje, jeśli ma pieniądze – a znam wiele takich rodzin – zamawia sobie kogoś do domu.

Zatem, co w tym Narodowym Programie Alzheimerowskim jest? Mówiła o tym pani Dagmara Korbaśińska – potem ją poproszę, żeby to powtórzyła, bo powiedziała pięknie. To naprawdę szeroki, świetnie napisany materiał. Tylko – jak mówię – on nie dotyczy wyłącznie choroby Alzheimera.

Zrobimy i takie posiedzenie. Już mówiłam pani przewodniczącej – Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu zorganizował w Ścinawie pod Wrocławiem wzorcowy ośrodek alzheimerowski. Jest tam wszystko. Trudno tam się dostać, bo takich ośrodków jest w Polsce mało, ale poproszę szefostwo z tego miejsca, ażeby pomogli nam zorganizować tam wyjazdowe posiedzenie Komisji. Jeżeli nie będzie się dało tego zrobić, nie będzie pomieszczeń takich, gdzie moglibyśmy usiąść i obradować – a nie mogę tego obiecać, bo nie wiem, jakie są w Ścinawie warunki do organizacji samego posiedzenia – to na pewno uda się w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, choćby w klinice Przylądek Nadziei, gdzie mamy salę dydaktyczną. Stamtąd będzie można do Ścinawy pojechać i już tylko ją zwiedzić.

Obiecałam to Michałowi Szczerbie, bo choroby otępienne w naszym wspólnym zespole to był jego pomysł. I będę to kontynuowała dla dobra chorych, bo grupa senioralna się zwiększa i z materiału, który dostaliśmy wtedy w październiku, wynika, że chorych z różnych powodów będzie coraz więcej i że tak naprawdę – powiem w skrócie – najważniejsza jest profilaktyka. Od młodości trzeba nauczyć Polaków, że trzeba się ruszać, zdrowo odżywiać, leczyć choroby, nie uciekać od badań, by je wykrywać, dlatego że choroby nowotworowe, choroby serca i inne bardzo często generują to, co dzieje się w głowie, w pierwszym etapie doprowadzając do depresji, a w drugim właśnie do otępienia.

Choroba Alzheimera jest chorobą biologiczną, gdzie substancje patologiczne odkładają się w mózgu. W związku z tym jest ona stosunkowo łatwa do rozpoznania, bo złogi wychodzą w rezonansie magnetycznym, który jest kosztowny. W Polsce zaczyna się jednak od tego, że... Na początku chory na chorobę Alzheimera ma zaburzenia funkcji poznawczych: pamięci i orientacji: na przykład gubi klucze lub ubożeje mu słownictwo, pyta „jak to się nazywa?”. To się zdarza przy wszystkich typach otępienia.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam...

Poseł Alicja Chylicka (KO):

Jak ktoś jest zajęty tak jak my... Powiem szczerze, że ja też ciągle czegoś szukam.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

No właśnie. Jeśli mogę, pani przewodnicząca, bo trochę się przeraziłam.

Poseł Alicja Chylicka (KO):

Czytam tutaj materiał o chorobie Alzheimera.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Naturalnie. Rozumiem. Tylko proszę odpowiedzieć na pytanie, czy to jest też tak, że zwykle zmęczenie może to powodować?

Posel Alicja Chybicka (KO):

Może, ale jeśli to jest nagminne, jeśli to się powtarza, to warto jest rozpocząć wczesną diagnostykę, dlatego że nawet w tej piekielnej chorobie Alzheimera mamy leki, które ją zatrzymają. Jeśli lekarz specjalista od choroby Alzheimera rozpozna ją wcześniej, na etapie gubienia kluczy i tego typu rzeczy, to jednak zapobiegnie temu, co czeka nas w przyszłości z taką osobą. W mojej klinice moja zastępczyni miała właśnie taki problem z mamą, która potem już do końca nie rozpoznawała jej ani jej siostry. I to jest coś, czego nikt z nas nie chciałby przeżyć, tylko chciałby swojej mamie czy tacie pomóc.

Zatem trzeba bardzo szybko zmierzać do rozpoznania. Jak tylko pojawiają się wczesne objawy – które są tak naprawdę nijakie, bo jak człowiek jest zmęczony, to gdzieś coś rzuci i zapomni, gdzie położył... Ale jeśli one wydają się młodszemu pokoleniu podejrzone, to – jak w każdej profilaktyce – lepiej jest dmuchać na zimne. I zrobić tę diagnostykę.

Druga rzecz to jest edukacja, również profilaktyczna. Jeśli chodzi o ośrodki, które się tym zajmują, to poproszę... Mamy to w materiale, mamy tam tabelę i napisane, ile tego mamy. Poproszę panią Dagmarę Korbasińską, żeby o tym powiedziała, bo ma to w jednym palcu i bardzo ładnie powie, czym w Polsce dysponujemy, bo nie jest źle. Chyba nie mamy tego na piśmie – ale proszę mnie w razie co poprawić, pani Dagmaro – bo, jak mówiłam, wtedy nie zajmowaliśmy się chorobą Alzheimera.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Już mamy.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Już mamy. To dobrze.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Mamy. To cudownie. Właśnie oddają głos.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Za chwilę oddam głos pani dyrektor, tylko mam jedno krótkie pytanie, bo pani przewodnicząca Chybicka mówiła o profilaktyce. Proszę odpowiedzieć na pytanie, czy mamy program profilaktyki chorób otępiennych? Bo skoro można te choroby zatrzymać na wczesnym etapie albo je spowolnić, to jak wygląda kwestia programu? Bardzo proszę panią o głos.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Szanowna pani przewodnicząca, na początku spieszę panią uspokoić, że wiele problemów zdrowotnych, zaburzeń czy też zmęczenie może powodować te objawy, ale to też jest problem, z którym się mierzymy. To jest tak, że zarówno zaburzenia elektrolityczne, zmęczenie, przebycie różnych chorób może powodować, że pojawiają się pewne objawy. Bardzo istotna jest wówczas diagnoza różnicująca – czy te objawy, które mamy, to objawy problemów otępiennych? Czy są to objawy związane z innymi problemami zdrowotnymi? I faktycznie w tej chwili to też jest ujęte w planie. Pracujemy nad zwiększeniem kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i daniem im lepszych narzędzi, żeby można to było szybciej zdiagnozować. Zdecydowanie problemem jest diagnozowanie.

Natomiast chciałabym zwrócić państwa uwagę na to, że jeżeli chodzi o problem z chorobą Alzheimera, to będzie on u nas narastał, dlatego że liczba osób, które dożywają późnej starości zwiększa się u nas z dwóch powodów: zarówno większej przeżywalności, jak i naturalnego demograficznego starzenia się naszego społeczeństwa, które obserwujemy. To starzenie się jednocześnie jest podwójne, bo nie dość, że zwiększy nam się liczba osób starszych, to zwiększa się nam liczba osób sędziwych powyżej 80 roku życia, czyli problem chorób otępiennych narasta.

Program chorób otępiennych był zapowiadany w Ministerstwie Zdrowia dość dawno. W tej chwili mocno zintensyfikowaliśmy prace nad nim. Czekamy na decyzję o wpisaniu programu do wykazu pracy Rady Ministrów. I w momencie, kiedy zostanie on wpisany, będzie skierowany do konsultacji międzyresortowych i przyjęty przez Radę Ministrów.

Faktycznie jesteśmy na takim etapie pracy, że ten dokument przyjął pewien kształt i czekamy na jego akceptację przez Radę Ministrów.

To jest istotne dlatego, że chcemy do działań w tym zakresie – przede wszystkim o charakterze profilaktycznym i informacyjnym – zaangażować inne resorty, bo tam się dzieje dużo rzeczy, które mogą być bardzo dobre i istotne z punktu widzenia zdrowego starzenia się i zdrowego mózgu. Taki element, na który ciągle zwracamy uwagę i na którym się skupiamy, to jest to, żeby starzeć się zdrowo, dlatego że to chroni nas przed konsekwencjami wieku starszego i problemami życia z chorobami wieku starszego, a przede wszystkim chorobami otępiennymi. Szczególnie w sytuacji, kiedy mamy coraz większą liczbę osób, które będą wymagały opieki.

Jeżeli chodzi o sam Narodowy Program Alzheimerowski, to tak naprawdę skupiliśmy się tutaj na pogrupowaniu zaproponowanych działań w pewne bloki. Pierwszy blok to jest podniesienie świadomości społecznej i to jest dla nas istotne, żeby po pierwsze...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam na sekundkę. Musimy wyjść z panią przewodniczącą Kozłowską na posiedzenie kolejnej Komisji, gdzie będziemy pracować nad ustawą o rehabilitacji. Tak że przekazuję prowadzenie Komisji pani przewodniczącej Chybickiej. Państwu dziękuję, bardzo proszę panią dyrektora o kontynuowanie.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Dziękuję bardzo.

Pierwszy element, na którym się skupiliśmy, to podniesienie świadomości społecznej – zarówno na temat chorób otępiennych, które mogą nas dotknąć, jak i przede wszystkim szkolenia dla zawodów niemedycznych, w tym przedstawicieli służb mundurowych, na temat chorób otępiennych tak, żeby wobec osób z pewnymi zaburzeniami spotykającymi przez nas w środowisku od razu było wdrażane właściwie działanie specjalnych grup przygotowanych do pomocy i żeby źródło problemu było szybko rozpoznawane; ale również szkolenia i wytyczne dla samorządów terytorialnych dotyczące tworzenia przestrzeni przyjaznych dla osób z problemami otępiennymi.

Zmniejszenie ryzyka zachorowania – to jest bardzo duży element, gdzie chcemy współpracować z Ministerstwem Sportu i Turystyki, Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, jak i Ministerstwem Kultury i Dziedzictwa Narodowego. A to dlatego, że wiemy o tym, iż 45% przypadków chorób otępiennych możemy zapobiec. Część tych przypadków, jest takich, że nam się to nie uda, ale 45% to jest bardzo duża grupa, gdzie właściwa higiena życia, zaangażowanie w życie społeczne, sport, właściwe odżywianie, diagnozowanie problemów i dbanie o swój stan zdrowia może zapobiec wystąpieniu tych chorób.

Bardzo istotne jest to, co pani profesor Chybicka podniosła w trakcie naszego spotkania. Przy czym zdrowie fizycznie na zasadzie zdrowego odżywiania się i właściwego dbania na przykład o krążenie, przeciwdziałanie cukrzycy, to jest jeden element. Innym elementem jest aktywność fizyczna i duża aktywność społeczna; umysł, codzienne czytanie, ale również właściwe relacje społeczne są tym elementem, który jest szczególnie istotny dla profilaktyki chorób otępiennych.

Wiemy, że 14 czynników wykazywanych jako modyfikowalne źródła chorób otępiennych to: niższy poziom wykształcenia, brak aktywności fizycznej, nadmierne spożycie alkoholu, otyłość, depresja, zanieczyszczenie powietrza, utrata wzroku – czyli fakt, że mamy okulary i możemy dalej korzystać z tego, w czym nas one wspierają, też jest bardzo istotny – urazy głowy, palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, rzadkie kontakty społeczne, o których mówiłam, utrata słuchu (znowuż ma znaczenie w kontaktach społecznych), wysoki poziom cholesterolu. Istotna w zmniejszeniu liczby zachorowań jest edukacja w zakresie tych czynników i wspieranie działań istotnych z punktu widzenia zdrowego starzenia się: zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacja aktywności na poziomie lokalnym, jak również wytyczne dla placówek dziennego pobytu osób starszych dotyczące zajęć aktywizujących, zmniejszających ryzyko wystąpienia otępień.

Kolejny element to jest wczesna diagnostyka i tu zamierzamy współpracować przede wszystkim z POZ, tak żeby wzmocnić narzędzia w tym zakresie i wypracować takie sposoby identyfikowania tych objawów, które mogą wpłynąć na wczesne wykrywanie. Tutaj pan doktor wskazuje na to, że są takie sposoby, jak kwestia rozpoznawania godzin na zegarze; jest szereg takich elementów, który pomaga zidentyfikować to, że zaczyna się ryzyko otępienia, że coś zaczyna się dziać w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o następne działanie, to jest nim zwiększenie dostępności opieki długoterminowej dla osób z zaburzeniami otępiennymi i pilotaż w zakresie wsparcia centrów pamięci. Chcielibyśmy tutaj wykorzystać środki europejskie, żeby wypracować mechanizm działania w ośrodkach, które zapewniają dzienną opiekę, tak żeby móc wspierać zarówno osoby bezpośrednio po wczesnej diagnozie, jak i ich opiekunów; przygotować ich do życia z chorobą, działań spowalniających proces chorobowy, a jednocześnie wesprzeć rodzinę, żeby akceptowała ten proces, który zacznie się dziać, często bardzo dla niej dotkliwy – to, że pacjent z chorobą może być wobec rodziny agresywny, co jest elementem choroby, jak reagować i jak takim pacjentem się opiekować, w jaki sposób mu pomagać.

Wsparcie dla opiekunów jest bardzo dużym elementem naszego planu. To jest uruchomienie infolinii dotyczącej otępień, adaptacja kursu online opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia *iSupport for Dementia* – w tej chwili jesteśmy już w trakcie rozmów na temat uruchomienia tego narzędzia i potrzebujemy wsparcia Narodowego Funduszu Zdrowia. Trwają już prace. To jest zapewnienie wsparcia psychologicznego i edukacji nieformalnym opiekunom osób starszych oraz opracowanie rozwiązań sprzyjających zwiększeniu dostępu do opieki wytchnieniowej.

Kolejny element to jest budowanie systemu gromadzenia danych, dlatego że widzimy, iż nie mamy takich narzędzi, które nam pozwolą na lepszy postęp w zakresie naukowym, w zakresie opieki na osobami z demencją. I wsparcie w gromadzeniu danych z systemu, zbierania informacji w jednym miejscu, to są elementy, które przy wykorzystaniu najnowszych narzędzi cyfrowych pozwalają później odpowiednio gromadzić dane, wyciągać wnioski i w związku z tym wypracowywać nowe metody działania. Również dlatego w ramach programu chcemy wykazać badania naukowe i innowacje. Rozmawialiśmy w tym zakresie z Agencją Badań Medycznych, tak żeby udało się wypracować badania nakierowane na rozwój medycyny w zakresie chorób otępiennych.

W tej chwili propozycja programu była konsultowana z różnymi resortami, przede wszystkim dzięki wsparciu kolegów z Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i pani minister Okły-Drewnowicz, również w innych ciałach i gremiach. W tej chwili ta propozycja jest już na ścieżce legislacyjnej i liczymy, że pierwszy kwartał przyszłego roku to jest moment, w którym uda nam się zakończyć proces legislacyjny, przyjmiemy ten program i będziemy mogli realizować go razem z innymi resortami.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję.

Jeśli mogę zapytać, to chciałabym o to, jaka jest dostępność do nowoczesnych terapii.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbańska-Chwedczuk:

Nie jest z tym dobrze.

Generalnie w tej chwili mamy informację, że w Stanach Zjednoczonych prowadzone są badania nad jakąś metodą wykrywania samej choroby Alzheimera, natomiast to jest jeszcze w trakcie. Jeżeli zaś chodzi o terapię, to w przypadku choroby Alzheimera mamy jedynie działania spowalniające.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ktoś z państwa chciałby zadać jakieś pytanie?

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Jak najbardziej zgadzam się z panią, że wczesne wykrywanie, wczesna diagnostyka, podejmowanie działań spowalniających rozwój choroby... Przepraszam, tylko kto ma to robić, skoro na wizytę u psychiatry czeka się dwa lata?

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbańska-Chwedczuk:

Właśnie nie psychiatra. Dlatego chcemy wypracować takie narzędzia i dać takie kompetencje lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, które pozwolą wyodrębnić spośród grupy starszych osób, którymi się opiekują, te wymagające dalszej diagnostyki, a odsiać te, u których pewne zaburzenia są związane z tym, że za mało piją – wody, nie alkoholu, bo już mówiłam, że alkohol zwiększa ryzyko – i mają po prostu zaburzenia elektrolitowe. Tak naprawdę więc to jest kwestia tego, że pracujemy w tej chwili z grupą lekarzy geriatrów i neurologów, żeby wypracować narzędzia dla POZ; opierając się na tym, wyróżnić tylko tę grupę, gdzie faktycznie należałoby wprowadzić pogłębioną diagnostykę. To zwiększy nam dostępność i pozwoli na szybsze różnicowanie, wydzielenie tej grupy, która wymaga pogłębionej diagnozy.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ktoś z państwa chciałby zadać pytanie?

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbańska-Chwedczuk:

Jest z nami dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, więc w tym zakresie na pewno...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak. Dziękuję serdecznie za udzielenie głosu.

Co do zasady nie ma potrzeby, żeby testy przesiewowe robił psychiatra, neurolog czy nawet lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Test zegara, rysowania zegara jest bardzo prostym testem – mówi się pacjentowi, żeby narysował zegar z numerkami i odpowiednio przeszkolona osoba potrafi rozpoznać charakterystyczny sposób rysowania i zaznaczania cyfer. U chorych pojawiają się problemy z planowaniem przestrzennym i te cyferki nie są równo rozłożone tak jak na cyferblacie, tylko zjeżdżają się chociażby w spiralę – to zależy. Następnym etapem testu zegara jest zaznaczenie wskazówkami odpowiedniej godziny. Wydawałoby się, że to banalny element, ale tak naprawdę bardzo często używany jako przez psychiatrów i neurologów jako przesiew. Opracowana jest również *Mini-Mental Scale Examination* (MMSE), 20-punktowa skala, która pozwala lekarzom wstępną diagnozę.

Mówiliśmy tutaj o strukturach, złoгах betaamyloidów w układzie nerwowym – jak to będzie już widoczne na rezonansie czy tomografii komputerowej, to już jest późno. Lepsza jest wcześniejsza diagnostyka, aktualnie opierająca się głównie de facto na testach i na wywiadzie. Postęp choroby możemy zahamować. Im wcześniej go wychwycimy, tym jest lepiej – mamy leki w trzech grupach terapeutycznych o trochę podobnych mechanizmach działania. Nie leczą, ale hamują postęp, pozwalają dłużej cieszyć się życiem w dobrym komforcie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję.

Ale jeśli chodzi o wczesną diagnostykę, to są badania, które są bardzo kosztowne, ale również bardzo konkretne. Jeśli wykonamy badanie pozytonowej tomografii emisyjnej PET z użyciem FDG (fluorodeoksyglukozy) na amyloid alzheimerowski, to to wyjdzie bardzo szybko, bardzo wcześnie. Jak państwo wiedzą, w nowotworach, jak szukamy nowotworu, jeżeli na przykład wyselekcjonujemy w raku stercza, zrobimy PET z oznakowaniem PSMA, to zaświeci jedna komórka.

Można to zrobić i nawet są prywatne jednostki, które robią to bardzo chętnie. Ogłaszają się i robią po prostu wszystko: TK (tomografię komputerową), rezonans magnetyczny – ale żeby w TK czy rezonansie to było widać, to tych złoży musi być więcej, natomiast w tomografii PET nie potrzeba ich tak dużo – EKG, badania laboratoryjne moczu. W późniejszym etapie można badać biomarkery z krwi oraz z płynu mózgowo-rdzeniowego, Beta -Amyloid, białko Tau, białko pTau.

Są kompleksowe badania genetyczne. Zapytała mnie o to koleżanka – generalnie początki choroby Alzheimera były takie, że to jest choroba nabyta właśnie na skutek

złego trybu życia, czynników środowiskowych. Ona może się dziedziczyć, stąd ten wiek zjechał trochę do 40 czy 50 lat. Zdarzają się przypadki, gdzie chory ginie w młodym wieku i okazuje się wtedy, że było to uwarunkowane genetycznie. Te geny również można zbadać

I oczywiście są też programy terapeutyczne. Chodziło mi o nie, kiedy pytałam o nowocześniejszą terapię. To są badania kliniczne z nowymi terapiami dla chorych z chorobą Alzheimera i otępieniem czołowo-skroniowym. W Polsce ta dostępność jest, jaka jest, a konkretnie to prywatne Centrum Medyczne NeuroProtect, które to wszystko robi. I znowu mamy prawdopodobnie do czynienia – prawdę powiedziawszy, tego się obawiam – z taką sytuacją, że ten, kto ma pieniądze, tę diagnostykę może sobie szybko zrobić, bo stać go na zapłacenie prywatnego PET czy też badania amyloidów w moczu, które na pewno nie jest tak drogie jak PET. I stać go na opłacenie innowacyjnych badań w trakcie ich trwania, terapii. Czy my zmierzamy do tego, żeby za to wszystko płacić?

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbaśńska-Chwedeć:

Pani profesor, nie jest tak, że jesteśmy w stanie objąć całą populację tak skomplikowaną diagnostyką. Konieczne jest różnicowanie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Przepraszam, obejmowanie całej populacji w ogóle nie ma sensu.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbaśńska-Chwedeć:

Dokładnie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

To, tak jak pan powiedział – tych, co nie poradzą sobie z zegarem.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbaśńska-Chwedeć:

Dlatego tak istotna jest dla nas praca z podstawową opieką zdrowotną.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ale nawet dla takich nie ma tej możliwości. Czy źle mówię?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Nie, pani profesor dobrze mówi. Nie ma aktualnie finansowanego ze środków publicznych PET na Beta-Amyloid. Badać wszystkich, całą populację w kierunku nowotworu, czy zaświeci jakaś komóreczka, to by było bez sensu. Wiemy, że to jest to kompletnie bezcelowe – nie mówię o kosztach, tylko z punktu widzenia medycznego. Natomiast na razie nie finansujemy tego badania. Ale jeżeli chodzi o białko Tau i Beta-Amyloid z płynu mózgowo-rdzeniowego – tak.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Sfinansowane.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, one są finansowane. Ale – tak jak pani profesor mówiła – to jest trochę późniejszy etap. I niewątpliwie jest używany w diagnostyce właśnie tych wczesnych zaburzeń otępiennych, alzheimerowskich. To – oceniam też z perspektywy psychiatry – są dwie różne choroby, mimo że o podobnym przebiegu. Jedna jest bardziej związana z podłożem genetycznym – to jest ta wczesna. I ta, która rozwija się klasycznie, gdzie czynnikiem...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

W materiałach piszą o tym – pan pewnie wie lepiej ode mnie – że paradontoza może wywołać chorobę Alzheimera.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Powiem szczerze, że mocno się zdziwiłam.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

I ta druga, gdzie tak naprawdę głównym czynnikiem ryzyka jest wiek i potem to kilkanaście czynników ryzyka, które jest związane ze stylem życia albo środowiskiem, w którym się żyje.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze o coś dopytać, czegoś się dowiedzieć? Tak jak powiedziałam, będziemy to kontynuować. Pojedziemy do Ścinawy, zobaczymy – z tego, co wiem, w Polsce raczej wzorcowy – ośrodek, który poczynawszy od szybkiego... o ile dostanie pacjenta, bo tam chyba są kolejki, żeby umieścić chorego. Tam są stosowane metody nowoczesnej terapii, rehabilitacji, bo można czasem wyciągnąć mózg z tak zwanej mgły.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Czasem. Bez tych drogich metod.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Właśnie mówię, bez nich, przy pomocy rehabilitacji mózgowej. To nie jest taka rehabilitacja, jak wtedy, gdy złamie się nogę. To jest inna rehabilitacja, do której... Bieda polega na tym... Miałam tu przygotować, zaczęłam robić taką prezentację, bo mam takie koło, na którym widać, że większość naszych seniorów jest samotna, czyli jako poruszenie mózgu ma krzyżówki i oglądanie telewizji – dobrze, jak to robi, jak już jest kompletnie sama. Ale nie ma wymiany myśli, zajęcia, grania w brydża czy cegokolwiek ze swoimi rówieśnikami. Dlatego bezcenne są te wszystkie ośrodki dzienne, do których można dowieźć seniora.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Pani profesor, na przykład Warszawa jest miastem, które dofinansowuje w kawiarniach herbatę dla seniorów.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Super.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

I to jest tak, że osoby starsze mogą przyjść i wspólnie w kawiarniach usiąść, napić się tej herbaty.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

I pogadać.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Jest tańsza w dzielnicach, gdzie są starsze osoby. Dlatego chcemy pracować z jednostkami samorządu terytorialnego, żeby uczulać na tworzenie tych miejsc, gdzie osoby starsze będą mogły się spotykać, wspólnie rozmawiać, razem ze sobą przebywać, spędzać wspólnie czas.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Może u nas we Wrocławiu nie ma tej herbaty, bo o tym nie słyszałam, ale – oprócz uniwersytetów trzeciego wieku, które są przy wszystkich naszych wyższych uczelniach: medycznej, ekonomicznej, politechnice – jest mnóstwo miejsc, gdzie seniorzy mogą się udać. Tylko że znam niestety takich seniorów, którzy, mając nawet dwa kroki na drugą stronę ulicy, mówią: nie pójdę, nie będę, nie chcę żyć. Albo coś w tym stylu. To jest coś najgorszego, z czym psychiatra też sobie nie bardzo radzi. Często nawet pod opieką psychiatry takie osoby nie wracają do tego, żeby chcieć żyć i cokolwiek robić, szczególnie po utracie drugiej osoby. Tu też powinien być ogólnopolski plan.

Tutaj pani pytała o wieś – wiem, że na wsi jest jeszcze gorzej. Bo w takim mieście jak Wrocław, to jednak co któryś senior gdzieś pójdzie. Co któryś nie pójdzie. A na wsi, to może nawet nie dostać takiej propozycji. Wiem, że są koła gospodyń wiejskich, które się tym zajmują. Są miejsca przy kościołach, gdzie mogą pójść. Ale to nie jest aż tak szeroki panel. A dojazd do miasta dla takiego seniora najczęściej nie jest możliwy, bo nie ma tego jak zrobić.

Posel Lidia Burzyńska (PiS):

Jeszcze jedno, pani przewodnicząca. Jest bardzo znikoma informacja wśród seniorów, bo – wielokrotnie podnosiłam tę kwestię – GOPS (gminne ośrodki pomocy społecznej) i inne ośrodki umieszczają tę informację na temat różnych programów skierowanych do seniorów tylko i wyłącznie w internecie, który, umówmy się, nie jest jedyną formą. Albo inaczej – dla seniorów z terenów wiejskich nie jest formą uzyskania potrzebnej informacji. Musimy wspólnie pracować, żeby jak najlepiej...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Trzeba wyłożyć pieniądze na kolorową, papierową informację dla seniorów na wsiach. Koniecznie. Bo jak taki senior zobaczy obrazowo, że jest miejsce, gdzie właśnie tę herbatę dostanie i będą inni seniorzy, to może się wtedy ruszyć. Tylko jeszcze musi być to miejsce.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Myślę, że na terenach wiejskich pomogłoby zaangażowanie sołtysów, którzy mogą po prostu pójść do trzech senierek i powiedzieć: proszę, zapraszamy, przyjdźcie, bo trzeba dzieciakom pokazać, jak szydełkować. Można takich rzeczy zrobić tysiące i później te dwie panie przyjdą, wyściskają się jak my dzisiaj na początku naszego spotkania i powiedzą: Aaa, Kaśka, nie widziałam cię tyle lat. Później okaże się, że będą się spotykały częściej, że będzie ku temu jakiś powód.

Po prostu trzeba je zaktywizować. Do tego trzeba zaangażować jednostki samorządu terytorialnego każdego poziomu.

Posel Lidia Burzyńska (PiS):

Oj, szanowna pani, dotknęła pani bardzo ważnej, istotnej informacji i przekazu. Tak, muszą być. Tylko, słuchajcie państwo, to musi podjąć samorząd. Samorządy – mimo, że są programy skierowane do GOPS – nie informują. Mówię o swojej gminie, w której mieszkam a że opiekuję się prywatnie dwoma seniorami, nie oddaję ich do żadnej instytucji i staram się sama zapewnić im życie, to wiem. Papier przyjmuje wszystko. Są informacje w internecie, że będą konsultacje, spotkania. Tylko pytam się – kto do tej oddalonej o 8 km, o 10 km gminy przyjedzie z informacją, żeby ją przekazać?

Pani przewodnicząca, jeżeli chodzi o lokum, to są: przy ochotniczej straży pożarnej (OSP) środowiskowe świetlice, popołudniami szkoły – tam, gdzie jeszcze funkcjonują i nie zostały zamknięte. Tylko musi być chęć. Dla mnie, wieloletniego dyrektora z terenów wiejskich, szkoły, gdzie współpracowałam między innym z GOPS, dbając o dzieci, które były z rodzin wychowawczo niewydolnych... Określam pracowników GOPS jako misjonarzy. To nie może być urzędnik, który pracuje tak jak sekretarka czy inny referat, od godz. 7.00 do godz. 14.00 czy 15.00 i koniec.

Są takie przykłady. Jeżeli jest rodzina, która była niewydolna i ktoś napisał, zawiadomił, że będzie spotkanie pracownika o godz. 14.00 w piątek, to proszę państwa... Papier przyjmie wszystko, na nim będzie wszystko w porządku. Natomiast musi być chęć, muszą być osoby, które między innymi będą przekazywać sołtysom kolorowe gazety. Sołtys to jest dla danej społeczności najbliższa osoba. Wie, że tutaj pani Zosia nie wyjdzie, ale sobie przeczyta gazetę w domu, a pani Krysia bardzo chętnie przyjdzie. Tylko musi być przepływ informacji. To nie kosztuje wiele. To jest tylko zaangażowanie i chęć pomocy seniorowi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś chciał coś powiedzieć? Jeżeli nie, to bardzo gorąco dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Jeszcze chciałam tylko powiedzieć przed zamknięciem, że szefowa prosiła, ażeby przesyłać do sekretariatu Komisji propozycje tematów, plany pracy na pierwsze półrocze przyszłego roku. Bardzo dziękuję wszystkim państwu za dyskusję.