

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 42)
z dnia 7 lipca 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej (nr 42)

7 lipca 2024 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek obrad:

- rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2024 r. (druk nr 1405) w zakresie działania Komisji,
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opieki hospicyjnej i paliatywnej dotyczącej seniorów, z uwzględnieniem obszarów wiejskich.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Ernest Nasternak** zastępca dyrektora Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, **Katarzyna Kaczmarska** główny specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Konrad Kostępski** p.o. dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Bolesław Meluch** wiceprezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Barbara Ruszkowska-Gębka** członek Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Radosław Czosnowski** ordynator Oddziału Medycyny Paliatywnej Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu, **Marek Wleklík** ekspert Pharma Expert oraz **Krystyna Lewkowicz** stały doradca Komisji.

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

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

Dzień dobry.

Otwieram 42. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Witam serdecznie państwa posłów. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam serdecznie zaproszonych gości. Witam przedstawicieli Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia – jest z nami pan Maciej Karaszewski. Witam pana Konrada Kostępskiego, pełniącego obowiązki dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, panią Annę Żarek, pełniącą obowiązki wicedyrektor departamentu, oraz pani Joannę Zowczak-Krajewską.

Jest z nami pani Katarzyna Kaczmarska, główny specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej. Jest z nami również pan Ernest Nasternak, przedstawiciel Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Witam panią Barbarę Ruszkowską-Gębka, członka Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Są z nami także pan Zbigniew Tomczak, Obywatelski Parlament Seniorów, pan Bolesław Meluch, wiceprezes Krajowej Izby Gospodarki Senioralnej, pan Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Jest z nami również pan Radosław Czosnowski, ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu. Bardzo się cieszę z pana obecności. Witam serdecznie stałego doradcę i eksperta Komisji, panią Krystynę Lewkowicz. Dzień dobry, pani Krystyno.

Szanowni państwo, przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Mamy kworum, a do rozpatrzenia mamy dwa punkty: informację ministra zdrowia na temat opieki hospicyjnej i paliatywnej dotyczącej seniorów z uwzględnieniem obszarów wiejskich, a w punkcie

drugim rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli (druk nr 1405) w zakresie działania Komisji.

Mam taką gorącą prośbę do posłów, do Wysokiej Komisji, czy moglibyśmy odwrócić kolejność? Czy ktoś z państwa zgłasza sprzeciw? Nie. W takim razie bardzo dziękuję.

Poproszę zatem przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli o zabranie głosu. Bardzo proszę. Rozumiem, że pan Konrad Kostępski, pełniący obowiązki dyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli. Proszę uprzejmie.

Pełniący obowiązki dyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli Konrad Kostępski:

Dzień dobry.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, na wstępie chyba należy wskazać, że sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w zakresie, którym zajmuje się Komisja Polityki Senioralnej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, zawiera w sobie wyniki jednej kontroli dotyczącej tego zakresu, czyli „Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekłe psychicznie chorych”. Jest to kontrola, która została przeprowadzona i skoordynowana przez delegaturę NIK w Kielcach. Jej wyniki były prezentowane w grudniu ubiegłego roku.

Ponadto, idąc dalej za treścią sprawozdania, wymieniliśmy w nim również kontrole, które rozpoczęły się w roku ubiegłym, ale do końca ubiegłego roku nie zostały zakończone. Są to kontrole, które w pewnym zakresie obejmują obszar zainteresowania czy działalności Komisji Polityki Senioralnej. To kontrola pt. „Zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami wsparcia dziennego i całodobowego w ramach programu «Centra opiekuńczo-mieszkalne»”, o którym przed chwilą z panią przewodniczącą miałem okazję rozmawiać, a także kontrola, która została zainicjowana ze strony Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny jako kontrola doraźna po tym, gdy do departamentu wpłynęło bardzo wiele sygnałów ze strony organizacji prowadzących domy pomocy społecznej, a także ze strony domów pomocy społecznej prowadzonych przez powiaty. Tytuł tej kontroli to „Finansowanie działalności domów pomocy społecznej”. Wyniki tej kontroli będą opublikowane najprawdopodobniej jeszcze w tym miesiącu.

Mogę tutaj dodać, jeśli chodzi o „Finansowanie działalności domów pomocy społecznej”, po rozpoczęciu kontroli doraźnej w czterech województwach nieprawidłowości, na które natrafiiliśmy, sprawiły, że zaimplementowaliśmy badania kontrolne do kontroli wykonania budżetu państwa, w związku z tym przeprowadziliśmy badania w zakresie dotacji u wszystkich wojewodów. Oczywiście o wynikach tej kontroli, mam nadzieję, będę miał możliwość poinformować państwa jeszcze w tym miesiącu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję nad tym punktem.

Pozwolę sobie jako pierwsza zabrać głos. Szanowny panie dyrektorze, moje pytanie jest takie: Jaki był powód niezakończenia kontroli, które – pomimo że nie zostały zakończone – ujęliście państwo w tej informacji? Kiedy ta kontrola się zakończy i jakie województwa zostały objęte tą kontrolą? Trzy pytania z mojej strony.

Czy ktoś z państwa posłów jeszcze chciałby zabrać głos? To poproszę. Na razie zobaczymy, może jeszcze strona społeczna. Bardzo proszę.

Pełniący obowiązki dyrektor departamentu NIK Konrad Kostępski:

Oczywiście. Kontrola „Finansowanie działalności domów pomocy społecznej” wszczęta została tak naprawdę w listopadzie 2024 r. W związku z powyższym czynności kontrolne były czynnościami kontrolnymi przechodzącymi.

Za chwilę oczywiście powiem, dlaczego informacja o tej kontroli znalazła się w sprawozdaniu za rok 2024, ale wcześniej pozwolę sobie odpowiedzieć na pytania pani przewodniczącej, dotyczące województw, które zostały objęte kontrolą. Były to województwo dolnośląskie, województwo małopolskie, województwo świętokrzyskie, a także województwo mazowieckie. Kontrolę realizowali kontrolerzy Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny. Kontrola

ta nie znalazła się w części sprawozdania dotyczącej kontroli zrealizowanych, ale w wykazie prac realizowanych w zakresie polityki społecznej szeroko rozumianej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

A kiedy te kontrole będą zakończone?

Pełniący obowiązki dyrektor departamentu NIK Konrad Kostępski:

A, przepraszam. Te kontrole już się zakończyły. I tak jak wspomniałem, badania z tej kontroli... Może tak: kontrole w jednostkach kontrolowanych zakończyły się w styczniu, czyli u wojewodów, w domach pomocy społecznej działających na zlecenie, a także w jednostkach samorządu powiatowego.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Mówimy o centrach opiekuńczo-mieszkalnych i finansowaniu DPS-ów?

Pełniący obowiązki dyrektor departamentu NIK Konrad Kostępski:

Mówimy o finansowaniu domów pomocy społecznej.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

No dobrze, a centra opiekuńczo-mieszkalne? Ta kontrola jeszcze nie jest zakończona. Tak pan powiedział, tak państwo napisaliście.

Pełniący obowiązki dyrektor departamentu NIK Konrad Kostępski:

Ta kontrola jest zakończona i wyniki były opublikowane w styczniu tego roku. Tak, dokładnie.

Natomiast, wracając do tego, kiedy zakończy się niezakończona, aby uzupełnić odpowiedź, faktycznie, tak jak wspomniałem, czynności kontrolne w ramach kontroli doraźnej D/24/514 zostały zakończone. Natomiast w trakcie badań w Najwyższej Izbie Kontroli doszliśmy do wniosku, że należy zaimplementować część badań u wojewodów w kontroli wykonania budżetu państwa, tak aby mieć całościowy obraz sytuacji w Polsce. W związku z tym kontrolę przyznawania dotacji na działalność mieszkańców przyjętych na tzw. starych zasadach, czyli przed 1 stycznia 2024 r., przeprowadziliśmy u wszystkich wojewodów. Tak jak wspomniałem, dzięki temu będziemy mieli pokrycie w wynikach całego kraju. Oczywiście czynności są zakończone, stany zostały opisane, faktyczne nieprawidłowości zostały opisane. Również w analizie wykonania budżetu państwa można znaleźć informacje na temat wyników tej kontroli oraz wniosku *de lege ferenda*, który został sformułowany na podstawie tej kontroli.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poproszę jako przewodniczącą, abyście państwo z tymi wynikami zapoznali również Komisję, żebyśmy mogli również otrzymać wyniki tej kontroli. Jeśli ona jest zakończona, to żałuję, że nie mamy teraz wyników w tym sprawozdaniu. Czy może strona społeczna chciałaby zabrać głos? Nie. W takim razie proszę państwa... Proszę uprzejmie. Pan Radosław Czosnowski, ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego.

Bardzo proszę, panie ordynatorze.

Ordynator Oddziału Medycyny Paliatywnej Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Jeżeli idzie o politykę senioralną, o to, co się dzieje z seniorami, dyskutujemy, debatujemy nad różnymi rzeczami, natomiast cały czas gdzieś umyka demograficzne tsunami, które właśnie zaczyna się na nas zwać. Czy zdajemy sobie sprawę z tego, że zainteresowanie opieką senioralną będzie dotyczyło wkrótce, czy już zaczyna dotyczyć, ludzi, którzy się urodzili w latach 50. ubiegłego stulecia? To są roczniki liczące po 800 tys. ludzi.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie doktorze, bardzo przepraszam, ale bardzo często w Komisji rozmawiamy na ten temat. Znamy te dane. Każdego roku omawiamy i staramy się też jakoś temu zaradzić. Tak że bardzo panu dziękuję za ten głos. Komisja zajmuje się tym naprawdę dogłębnie. Mamy powołane również podkomisje. Jest jedna podkomisja, która zajmuje się zdrowiem, druga podkomisja – bezpieczeństwem, trzecia – sprawami seniorów z obszarów wiejskich. Proszę mi wierzyć, trzecią kadencję pracuję w tej Komisji i naprawdę omawiamy sprawy seniorów bardzo dogłębnie. Dziękuję za ten głos.

Jeżeli chodzi teraz o kwestie Najwyższej Izby Kontroli... Bo o tym może porozmawiamy za chwilę? Bardzo proszę.

Pełniący obowiązki dyrektor departamentu NIK Konrad Kostępski:

Dziękuję.

Chciałbym tylko, pani przewodnicząca, odnieść się jeszcze do informacji, którą przed chwilą pani przekazała, że ubolewa pani nad tym, że wyniki kontroli centrów opiekuńczo-mieszkalnych nie zostały przekazane.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Ja nie mówiłam o tej kontroli. Pan raczył powiedzieć o tej następnej kontroli. Daruje pan, naprawdę, chodziło o ten inny temat. Pan powiedział przed chwilą, odpowiadając na moje pytanie, że wyniki już są, ale czemu my ich nie mamy w sprawozdaniu?

Szanowni państwo, pozostaje nam w tej chwili przegłosować opinię.

Kto z państwa jest za pozytywną opinią, jeśli chodzi o drugi punkt porządku dziennego, sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli za 2024 r.? Kto z państwa jest za negatywną opinią? Czy ktoś z państwa posłów się wstrzymał? Nie widzę.

Poproszę o przedstawienie wyników głosowania. 4 głosy za pozytywną opinią, 7 głosów przeciwnych. A zatem, szanowni państwo, proponuję, aby Komisja przedstawiła Komisji do Spraw Kontroli Państwowej negatywną opinię na temat sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli za 2024 r. Bardzo dziękuję. Dziękuję państwu przedstawicielom Najwyższej Izby Kontroli.

Przechodzimy teraz do pierwszego punktu: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opieki hospicyjnej i paliatywnej dotyczącej seniorów z uwzględnieniem obszarów wiejskich.

Bardzo proszę, kto z państwa? Pan Maciej Karaszewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia. Proszę o przedstawienie informacji. Dziękuję uprzejmie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dziękuję uprzejmie, pani przewodnicząca. Dzień dobry.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie i szanowni goście, w Polsce opiekę hospicyjno-paliatywną zapewniamy na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dotyczy ona osób, które są chore na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Całą listę chorób, które uprawniają do korzystania z opieki paliatywnej i hospicyjnej, zawiera załącznik do rozporządzenia. Żeby do takiej opieki paliatywnej, hospicyjnej się dostać, potrzebne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Może to być lekarz POZ czy lekarz onkolog, czy inny lekarz, który ma umowę z NFZ. Oczywiście potrzebne są wskazania medyczne określone w rozporządzeniu, a potem za tym idzie też odpowiednia kwalifikacja na miejscu, przy świadczeniodawcy udzielającym świadczeń z zakresu opieki paliatywnej lub hospicyjnej.

W Polsce mamy generalnie dostępne wszystkie formy opieki hospicyjnej i paliatywnej. Są to świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym – w poradni medycyny paliatywnej, w domach – są hospicja domowe dla dorosłych i hospicja domowe dla dzieci, a także w warunkach stacjonarnych – i są to albo hospicja stacjonarne, albo oddziały medycyny paliatywnej. W ramach tych świadczeń są dostępne dla pacjentów porady lekarskie, wizyty pielęgniarские, leczenie farmakologiczne, oczywiście leczenie bólu, leczenie innych objawów somatycznych, opieka psychologiczna nad pacjentem i rodziną, rehabilitacja w odpowiednim stopniu i natężeniu, zapobieganie powikłaniom, badania, zaopatrzenie w wyroby medyczne. Dodatkowy element, który jest w hospicjach stacjonarnych albo w oddziałach medycyny paliatywnej, jest to tzw. opieka wyręczająca, gdzie pacjent może być przekazany na 10 dni.... To jest opieka wyręczająca, kiedy można odciążyć rodzinę takiego pacjenta, który jest leczony w domu, i na 10 dni w ciągu roku umieścić w takim hospicjum. Jest to finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rodzina, opiekunowie mogą z tego skorzystać.

Podobny zakres oczywiście, oprócz opieki wyręczeniowej, gwarantują świadczenia, które są realizowane w warunkach domowych. Jest to też zarówno opieka lekarska, jak i pielęgniarская. Oczywiście leczenie bólu, opieka psychologiczna, rehabilitacja, leki, oczywiście w formie ordynacji, i wyroby medyczne, które są wypożyczane. Dodatkowo dla tych

pacjentów, którzy są jeszcze w lepszym stanie i mogą dojechać do poradni lub opieka nad nimi może być realizowana tylko w postaci cyklicznych wizyt domowych, są dedykowane poradnie medycyny paliatywnej, które oferują porady i konsultacje lekarskie. Porady psychologa i pielęgniarki odbywają i w domu, i w poradni, w zależności od stanu i potrzeby pacjenta.

Mamy też jeszcze takie jedno świadczenie gwarantowane, którego zakres dotyczy perinatalnej opieki paliatywnej. Dotyczy to rodzin i kobiet w ciąży, kiedy ciąża jest z płodem letalnym, następnie opieki po urodzeniu martwego dziecka czy też kiedy urodzenie nie jest martwe, ale dziecko niestety szybko umiera, bo wada letalna. Przysługują porady lekarskie, porady psychologiczne. Takie porady lekarskie i psychologiczne są zarówno przed urodzeniem dziecka, jak i 28 dni po porodzie i zgonie dziecka.

Co teraz robimy w ramach ministerstwa? Był powołany zespół, który miał za zadanie przygotowanie nowego projektu długoterminowej strategii rozwoju opieki medycyny hospicyjnej. W skład tego zespołu wchodził eksperci, konsultanci krajowi oraz organizacje pacjenckie, a także NFZ i Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Został opracowany nowy projekt rozporządzenia, który zaproponował istotne zmiany w systemie kwalifikowania chorych do opieki paliatywnej. Głównie dotyczyło to modyfikacji wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących, usunięcia określeń wskazujących, że choroba występująca u świadczeniobiorcy nie rokuję nadziei na wyleczenie. To, co się znajduje w rozporządzeniu, jest już trochę nieadekwatne do aktualnej opieki, bo medycyna idzie naprzód. Zmieniono więc to wskazanie na następujące: występowanie u pacjentów objawów o co najmniej umiarkowanym natężeniu, wymagających stałego leczenia, jak również występowanie jednostki chorobowej wymienionej w tym załączniku z uwzględnieniem stopnia jej zaawansowania. Czyli teraz raczej w tym projekcie nie opiera się na rozpoznaniach i bardzo ogólnym opisie, kto powinien być objęty opieką hospicyjno-paliatywną, tylko bardziej jest to określone rozpoznaniem i określonymi stanami klinicznymi w tych rozpoznaniach. Jest również propozycja poszerzenia dostępu do opieki paliatywnej. W poradni medycyny paliatywnej będą mogli być przyjmowani wszyscy skierowani pacjenci, niezależnie od rozpoznania.

Ten projekt w takim eksperckim gronie mamy de facto ustalony. Było sporo uwag do projektu w wyniku prac zespołu do spraw rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, który skończył pracować, wydał swój materiał. Potem powstał projekt, który był konsultowany. Wymagał jeszcze trochę dopracowania, ale wydaje się, że już mamy konsensus ekspercki i będziemy mogli go opublikować do uzgodnień zewnętrznych.

Jeżeli chodzi o finansowanie, to oczywiście świadczenia gwarantowane są płacone przez NFZ. Padło pytanie, co z tym, że rośnie bomba demograficzna, grozi nam, co z tym, dlaczego, jaki jest rozwój naszej opieki paliatywnej i hospicyjnej akurat w tej części, bo nie mówimy o innej opiece długoterminowej. Natomiast znajduje to pewne odzwierciedlenie w nakładach, które są przeznaczane. W ciągu ostatnich 4 lat te nakłady wzrosły dwukrotnie – z prawie 900 mln zł do ponad 2 mld zł. W materiale, który przekazaliśmy, mamy kolejne lata, natomiast nie chciałbym Komisji zanudzać, bo jest to w materiale.

Dodatkowo, wiedząc, jaka jest sytuacja w opiece paliatywnej, w zeszłym roku nastąpiły dwie ważne zmiany w zasadach finansowania. Pierwsza ważna zmiana polegała na tym, że te świadczenia stały się bezlimitowe, tak jak onkologia, zawały czy porody. To są pacjenci, których nie można ustawiać w kolejce, wymagają pomocy, w związku z tym, jeżeli tylko świadczeniodawca, realizator tej opieki ma odpowiednie zasoby kadrowe – bo w opiece czy w opiece domowej głównie to dotyczy zasobów kadrowych i organizacyjnych – może przyjmować pacjentów i te świadczenia zostaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia sfinansowane.

Dodatkowo w zeszłym roku zostały obwieszczone nowe taryfy przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Po pierwsze, nastąpił wzrost wycen. Bo był taki moment, kiedy już po kilku latach te wyceny się zdeaktualizowały. Trzeba je było po prostu uaktualnić i wyliczyć na nowo koszty, które są ponoszone przez świadczeniodawcę. Dodatkowo wprowadzono poradę pierwszorazową w poradni medycyny paliatywnej, która jest udzielana przez zespół: lekarza, psychologa i pielęgniarkę. Czynności są podzielone na każdego z członków personelu. Umożliwiono również rozliczanie porady kwalifikacyjnej.

Cóż możemy powiedzieć o realizacji świadczeń gwarantowanych i dostępności dla osób starszych? Sama medycyna paliatywna i hospicyjna tak naprawdę dotyczy większości seniorów, oczywiście oprócz hospicjów dla dzieci. Natomiast, jeżeli popatrzymy na udziały pacjentów,

którzy są pod opieką poradni, hospicjów domowych czy oddziałów medycyny paliatywnej, to ten udział waha się pomiędzy 80 a 89% w hospicjach domowych. W 2024 r. to byli pacjenci, którzy mieli powyżej 60 lat. W poradni medycyny paliatywnej było to 81%, w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych było to 88% pacjentów.

Rośnie nam również liczba pacjentów zaopiekowanych przez opiekę hospicyjną. Jeżeli chodzi o poradnie, to wzrost był z 10,8 tys. na 11,6 tys. w ciągu ostatnich czterech lat, w hospicjach domowych z 60 tys. na 67 tys. Największy wzrost mamy w hospicjach medycyny paliatywnej – z 32 tys. na 45 tys. zaopiekowanych.

Jeżeli chodzi o politykę Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącą kontraktowania hospicjów i poradni, to zasadniczą metodą, żeby zapewnić dostępność jak największej liczbie pacjentów, jest taka polityka, która zakłada, że świadczenia domowe są kontraktowane na powiaty. To jest przeważające. Wielkość tego typu kontraktowania wynosi 406, więcej niż jeden powiat – 137. Dwa powiaty są mało liczne, wiejskie, w związku z tym to jest 137 umów. Na grupę powiatów już rzadziej jest przyjmowana taka polityka. To są 24 umowy. W sumie mamy 569 hospicjów domowych.

Bardzo byśmy chcieli rozwijać poradnie medycyny paliatywnej. Kontraktowanych jest tu więcej niż jeden powiat przede wszystkim. Tych poradni mamy 160, jednak wydaje nam się, że Narodowy Fundusz Zdrowia, w szczególności, że są prowadzone porady kwalifikacyjne przez zespół, powinien tych poradni zrobić więcej. Wydaje nam się też, że ponieważ te poradnie są dla bardziej mobilnych pacjentów, to bardziej mogłyby skorzystać z nich osoby młodsze leczone onkologicznie przede wszystkim, poradnie takie powinny powstawać.

Jeżeli chodzi o świadczenia dla dzieci, jest ich 74. Głównie kontraktuje się na więcej niż jeden...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję bardzo, ale jesteśmy na Komisji Polityki Senioralnej. Oczywiście są to interesujące dane, ale my zgodnie z ustawą koncentrujemy się na osobach w wieku 60 plus.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dobrze. To już skracam.

Jeszcze tylko powiem, że jeżeli chodzi o wydatki na osoby 60 plus, to aktualnie, w 2024 r., w poradni medycyny paliatywnej było niecałe 8 mln zł, w hospicjum domowym było to 766 mln zł.

To jeszcze raz: poradnia medycyny paliatywnej, pacjenci 60 plus – 2,8 mln zł w 2021r., w 2024 r. – 7, 8 mln zł, w hospicjum domowym – 331 mln zł w 2021 r., 766 mln zł w 2024 r., w opiece stacjonarnej – 362 mln zł. Teraz aktualnie w 2024 r. było 1 mld 097 mln zł.

Na kolejnych stronach mamy rozpisane, jak wygląda sytuacja w poszczególnych województwach. W poszczególnych województwach, powiedzmy sobie szczerze, wygląda różnie. Świętokrzyskie ma liczbę łóżek zakontraktowanych powyżej, jeżeli chodzi o wskazania Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. Są województwa, jak zachodniopomorskie czy wielkopolskie, które są idealnie w normie, a są takie, w których jeszcze trochę brakuje. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze.

Otwieram dyskusję.

Bardzo proszę, zgłosili się pani przewodnicząca Chybicka, pan przewodniczący Berkowicz. Będę udzielała głosu, zaraz zapiszę, ale pozwólcie państwo, że na początek kilka uwag z mojej strony.

Dziękuję za ten materiał, panie dyrektorze, natomiast państwo przedstawiliście tutaj w kilku miejscach dane dotyczące opieki perinatalnej. To nie jest absolutnie adresowane do seniorów. Jeśli chodzi o opiekę hospicyjną, perinatalną opiekę paliatywną, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, to oczywiście jak najbardziej nas to interesuje jako posłów, natomiast chodzi o konkretne dane dotyczące seniorów. Pan przed chwilą powołał się na tabelę ze strony siódmej, natomiast każecie nam państwo liczyć, bo jest liczba świadczeniobiorców wynosząca 139 i jest udział pacjentów 60 plus. Mamy procentowy udział świadczeniodawców.

Dobrze, ale pani przewodnicząca, jak by nie było, to udział 60 plus, jeśli chodzi o świadczeniodawców... To może cała tabela wymaga przeredagowania, bo państwo piszecie o świadczeniach i w liczbie świadczeniodawców, jak słusznie pani przewodnicząca Chybicka zwróciła uwagę, udział 60 plus... To raczej bym oczekiwała świadczeniobiorców.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

W tej części czwarta kolumna, liczba pacjentów, niepowtarzalne numery PESEL. Tutaj są.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Ach, to jest liczba pacjentów. Dobrze, ale udział 60 plus mamy 81% tej liczby, rozumiem?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czyli musimy sobie to wszystko wyliczyć. Dobrze, 79%.

Panie dyrektorze, chciałam pana zapytać, zgodnie z tematem informacji ministra zdrowia, o kwestię opieki hospicyjnej i paliatywnej dotyczącej seniorów z uwzględnieniem obszarów wiejskich. W którym momencie państwo uwzględniliście w tej informacji seniorów z obszarów wiejskich? Ja tego nie widzę. Proszę mi wskazać, gdzie to jest, bo nas to bardzo interesuje. Szczególnie podkomisję, która zajmuje się szeroko pojętym zdrowiem seniorów, i podkomisję zajmującą się sprawami seniorów z obszarów wiejskich.

Wykorzystam okazję i przypomnę państwu posłom, że bezpośrednio po tej Komisji, która w tej chwili pracuje, odbędzie się posiedzenie podkomisji polityki senioralnej do spraw seniorów z obszarów wiejskich, przypominam tylko.

Zatem, panie dyrektorze, ja bym oczekiwała materiału. Pan powiedział przed chwilą, że są województwa, które wymagają jeszcze wsparcia. Brakuje mi właśnie tej informacji. Poza tytułem nie widzę w ogóle odniesienia się, czyli jakby treść jest nieadekwatna do tego, co jest w tytule. Nie mam informacji dotyczącej tego wyszczególnienia – opieki hospicyjnej i paliatywnej dotyczącej seniorów z obszarów wiejskich. Brakuje mi dobrze wyliczonej i przeanalizowanej puli seniorów, panie dyrektorze. Brakuje analizy i wyciągnięcia wniosków. To znaczy dla mnie to jest materiał wymagający doprecyzowania. Zanim ta dyskusja będzie się dalej toczyła, to już pana proszę o to.

Będę pana zapraszała na posiedzenie Komisji raz jeszcze w związku z powyższym, bo nas interesują konkretne dane, żebyście państwo zechcieli dokonać tego podziału. Mamy pewne obserwacje dotyczące dostępności seniorów z obszarów wiejskich do różnego rodzaju wsparcia. I chcemy jako posłowie konkretnej informacji, jak to wsparcie wygląda w porównaniu do seniorów z innych obszarów w kraju. Tego tutaj nie ma. Jest natomiast opieka perinatalna i jest odniesienie, czyli tabela. Rozumiem, że poszło to do Komisji Zdrowia i to samo poszło do Komisji Polityki Senioralnej. To jest moja prośba jako przewodniczącej Komisji, żebyście państwo tę kwestię szeroko opisali.

Brakuje mi też takiego zestawienia – pan wspomniał o tym – gdzie są białe plamy. W przypadku województwa lubelskiego ten zwrot został użyty w informacji. Ale brakuje mi takiego zmapowania. Jak to wygląda, nawet na konturze mapy – chodzi o poszczególne województwa, żebyśmy mieli obraz w sprawie. Bo ja tego obrazu po lekturze tej informacji nie mam, a na pewno nie mam informacji dotyczącej w szczególności sposób seniorów z obszarów wiejskich.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Dzisiaj odbyło się posiedzenie, które dotyczyło opieki wytchnieniowej. To było posiedzenie połączonych dwóch parlamentarnych zespołów. Padło ze strony wielu osób, że aktualnie opieka paliatywna to powinna być głównie opieka domowa. Mówię o grupie dziecięcej, ale także właśnie grupie senioralnej. Wyłączmy z tego środek, czyli osoby, które są w sytuacji paliatywnej w młodym wieku, bo to jest zupełnie inny temat. Natomiast padło takie zdanie, że osobom w sytuacji paliatywnej, kończącego się życia najlepiej jest w domu. A zatem pan tu ładnie mówił o tym, że mamy wyjazdowe hospicja, które docierają do domu, ale pytanie

jest – ja częściowo znam odpowiedź, dzisiaj to padło – czy jest opieka wytchnieniowa dla seniorów? To po pierwsze.

Po drugie, czy jest specjalista krajowy do spraw opieki wytchnieniowej? Bo to jest zupełnie co innego niż opieka paliatywna, to jest niezbędne. Dlaczego? Dlatego, że przy 10 mln osób w wieku podeszłym i olbrzymiej grupie, która znajduje się w takiej sytuacji i wymaga dwudziestoczworgodzinnej opieki, ktoś musi przestać pracować. Jeśli ktoś przestaje pracować, to opieka wytchnieniowa może mu pozwolić na utrzymanie pracy, zdrowego rozsądku i jakiegoś swojego życia. Czy nie powinno się czegoś zrobić? Bo z tego, co mi jest wiadomo, nie ma nikogo takiego. W związku z tym będzie taka propozycja, która wyjdzie na piśmie, ale wyszła dzisiaj w czasie tego posiedzenia, że w świecie jest to już stosowane powszechnie, a w Polsce niestety bardzo, bardzo rzadko.

Jeśli chodzi o ten materiał, który pan przygotował, to jest naprawdę bardzo dobry, bardzo szeroki, ale rzeczywiście potrzebne jest wyodrębnienie obszarów wiejskich. Pan to wyodrębnił w ostatnich akapitach, gdzie po kolei lecą wszystkie województwa, ale tam są raczej podane usługi, natomiast nie ma liczb. A tym, co nas martwi w tej Komisji, jest to, czy każdy senior w każdej małej wiosce może liczyć na pomoc. Czy może ktoś do niego dojechać w formie hospicjum zadaniowego? To nie jest wielka sztuka to zorganizować, tak prawdę powiedziawszy.

Rodzina najczęściej nie pozbywa się takiego kogoś i nie ma kolejek, z tego, co mi jest wiadomo, ale to też nie wynika z tego materiału. Do hospicjów dla dorosłych nie ma kolejek. Nie ma, są wolne łóżka.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:
Jestem szoku.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Jak się chce położyć kogoś do takiego domu, tak zwanego DPS, to są kolejki, ale jak się chce położyć do hospicjum... Być może są regiony... Z tego materiału nie wynika, gdzie to jest, gdzie są te miejsca, czy może być rotacja między miejscami, czy w całej Polsce jest pełno, czy też jest mniej tych osób.

To mniej więcej tyle, bo podał pan w zasadzie liczbę udzielonych świadczeń, ale jak za tymi świadczeniami stoją osoby? Świadczenie mogło być tylko jeden raz w roku? No, to fatalnie. Czy wielokrotnie? Mówię o osobie. Czyli, czy to się przekłada jeden do jednego na osoby, czy też nie, bo tam, gdzie oczywiście z PESEL jest coś zrobione, to też nie wynika, czy to jest jednorazowo, czy nie jednorazowo, bo PESEL-i nie znamy. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, pan przewodniczący Konrad Berkowicz.

Posel Konrad Berkowicz (Konfederacja):

Szanowni państwo, usłyszałem w informacji z ministerstwa mnóstwo liczb podzielonych na kategorię, na tabelki. I oczywiście liczby są też bardzo ważne do rozmaitych analiz, ale wydaje mi się, że nie da się wtłoczyć do tabelki i kategorii powagi tematu, o którym rozmawiamy.

Chciałbym tylko, być może tylko sobie, przypomnieć, że rozmawiamy o opiece hospicyjnej i paliatywnej, czyli o opiece nad ludźmi, którzy umierają, i to często umierają w ogromnych cierpieniach, często w niewyobrażalnych dla nas cierpieniach. Na razie niewyobrażalnych, bo też przypominam, że niedługo będzie nas to prawdopodobnie wszystkich tutaj siedzących dotyczyć. Dlatego wydaje mi się, że poza tymi technicznymi dyskusjami warto posłuchać człowieka, który całe życie zajmuje się bezpośrednio opieką nad takimi ludźmi.

Chciałbym zwrócić uwagę, że przybył do nas taki człowiek, nie byle kto, ale ordynator oddziału paliatywnego, dwukrotny lekarz roku w Krakowie, odznaczony Brązowym Krzyżem Zasługi, odznaczony odznaką honorową Ministerstwa Zdrowia, w tym roku odznaczony złotym medalem za długoletnią służbę przez prezydenta RP. Apeluję tylko, żeby mu pozwolić coś dłużej powiedzieć i wsłuchać się w to. Bo tak jakoś wyszło – nikogo nie obwiniam, ale tak jak wyszło – że w poprzednim punkcie nie udało mu się dokończyć pierwszego zdania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Nie trzeba apelować, panie przewodniczący. Oczywiście pan ordynator będzie miał czas, żeby zabrać głos. Poprzedni punkt dotyczył Najwyższej Izby Kontroli. Bardzo proszę, pani poseł Maria Koźlakiewicz. Przygotuje się do głosu pani poseł Lidia Burzyńska, a potem pani poseł Lidia Czechak.

Posel Maria Joanna Koźlakiewicz (KO):

Panie dyrektorze, najpierw chciałam podziękować, bo dla mnie ten materiał był wystarczający. I przede wszystkim najważniejsze chyba informacje, jakie wszyscy dostali, to że 1 kwietnia 2024 r. zniesiono limity w umowach o udziale świadczeń opieki zdrowotnej oraz nastąpił wzrost wyceny świadczeń. To dużo pomogło hospicjom i sytuacji materialnej.

Muszę podzielić zdanie z panią przewodniczącą Alicją, dlatego że obdzwoniłam swój okręg. Jestem z mazowieckiego. Jest dla nas dobra wiadomość, my nie mamy białych plam, jesteśmy na czele, za co dziękujemy. W hospicjach, w których mamy po 15 łóżek, zazwyczaj jest obłożenie, ale teraz, w obecnej sytuacji, mamy 8–9 osób. Ale to też zależy od osób, które nadzorują dane hospicjum, bo często jest tak, że może zła edukacja ludzi... I to chyba tutaj jest najważniejsze, robiąc hospicjum, przechowalnie dla osób starszych. Chyba należałoby się skupić na tym, abyśmy edukowali. Tak to powiem: moje pokolenie, troszkę starsze, które, jak czasami chce mieć wolne, odpocząć, to chce się wyzbyć swoich rodziców, starszych wujków, których mają pod opieką. Powinniśmy na to zwrócić wielką uwagę. I przede wszystkim mówić, że hospicja to nie jest nic strasznego. To jest pomoc dla osoby, która, tak jak tutaj pan przewodniczący powiedział, jest w ciężkim stanie, jest jej potrzebna empatia. Osoby, które z nią współpracują, chyba powinny kierować się przede wszystkim miłosierdziem, a nie tylko patrzyeniem, jaką jednostką osobową w danym momencie ta osoba tam jest.

Spotkałam się też z pytaniami, jeśli pani przewodnicząca mi jeszcze pozwoli... Niektórzy lekarze mają problem, bo podają żywienie dojelitowe, ale u nich na oddziale nie ma dietetyka. Obawiają się, że w przyszłości może być problem z rozliczeniem takiego żywienia przez NFZ. Może jakby tu było jakieś uproszczenie procedur? W naszym okręgu oczekiwanie jest tylko na hospicja domowe i to jest 2 tygodnie albo 2 miesiące. Ale to jest już bardzo długi okres, bo te osoby nie mają na to czasu. A z czym to się też wiąże? Lekarki, lekarze i pielęgniarki, którzy mają okręg 30–40 km... Lekarz jest dwa razy w miesiącu u takiej osoby, a pielęgniarki dwa razy w tygodniu. Lekarz jest, cytuję, „dosłownie zawałony biurokracją”. Więc jeżeli on jest na oddziale, ma jeszcze jechać w teren i zrobić przysłowiową robotę papierkową, to nie jest w stanie na wszystkim się skupić.

Akurat niedawno rozmawiałam też z jednym z hospicjum w Mławie, gdzie mamy dwie pielęgniarki, panią oddziałową, ale brakuje takiej opiekunki, która by pomogła. Wiadomo, że te osoby załatwiają się w pampersy. Jest ich, powiedzmy, 15, nie są w stanie wszystkiego na czas zrobić. Zatem ta kadra daje radę, ale nie zawsze na czas. Jakieś wsparcie wśród opiekunów by mogło być.

Więc, pani Krystyno, odpowiadam na trochę pytań, które pani zadała w swojej opinii. Mam nadzieję, że to pokaże, jak w województwie mazowieckim to wygląda. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, pani poseł.

Bardzo proszę, pani poseł Lidia Burzyńska.

Posel Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Szanowni państwo, jak na dłoni widać, że troska komisji senioralnej w polskim parlamencie jest oparta o skuteczną pomoc i realizację pomocy dla seniorów, ale nie w teoretycznym tego słowa ujęciu, tylko w praktycznym. Mam tę przyjemność i zaszczyt być przewodniczącą podkomisji stałej do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich.

Statystyki, proszę państwa, to są tylko i wyłącznie liczby. Za tymi liczbami stoją ludzie. Z panią poseł, z panią przewodniczącą, z panią wiceprzewodniczącą zgadzam się w 100%, zgadzam się z tym, co powiedziałyście. Nie mogę z jednym się zgodzić, ale myślę, że to było zdanie powiedziane z przekąsem, że hospicja to nic strasznego. Nie, szanowni państwo. Są to potrzebne instytucje, ale jest to straszne miejsce dla tej osoby, która tam zostaje, jeżeli

jest jeszcze w pełni świadoma czy odrobinę świadoma, że tam jest umieszczona, to po pierwsze, ale po drugie również i dla najbliższych, dla rodziny. Szanowni państwo, w tych wszystkich przedstawionych przez państwa materiałach... Sonda wśród przeprowadzona wśród seniorów pokazuje, że 97% z nich właściwie liczy tylko na pomoc państwa, nie rodziny. Więc ja zachodzę w głowę, co się z naszym społeczeństwem zadziało? Jak rodzi się dziecko, kochamy, cieszymy się, ale każde narodzone dziecko, każda narodzona istota chce żyć, funkcjonować wśród najbliższych. Gdzie tu jest ta empatia?

Proszę państwa, ta empatia w większości... Obym nie wybrzmiała zdecydowanie, że środowiska wielkomiejskie czy miejskie nie są tym zainteresowane, ale właśnie seniorzy mieszkający na terenach wiejskich mniej korzystają. Być może to jest spowodowane tym, że nie ma przedstawionych statystyk. Dlatego że rodziny, bez względu na to, jaki czas poświęcają, są blisko tych ludzi i nie starają się korzystać z wszelkich usług, które są świadczone przez państwo.

Ja mam gorący apel, gorącą prośbę. Działalność tej Komisji idzie w tym kierunku, aby wszelkie nasze funkcjonowanie nie było wyłącznie oparte na przedstawieniu swojej wizji, ale na realnym wspieraniu seniorów. Każdy z nas tym seniorem będzie i każdy z nas będzie chciał jak najmocniej odczuć ciepło, miłość bliskich osób, ale również zaopiekowanie przez państwo. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pani poseł Lidia Czechak.

Poseł Lidia Czechak (PiS):

Ja mam do pana dyrektora dwa pytania i takie spostrzeżenia, ponieważ próbowaliśmy u siebie utworzyć oddział paliatywny. Mieliliśmy problemy tak naprawdę z lekarzami, z kadrą medyczną.

Mam pytanie, bo dzwoniłam po kierownikach i oni są bardzo niechętni na przekazywanie jakiegokolwiek lekarza, bo twierdzą, że młodzi lekarze nie chcą się uczyć tego kierunku. Twierdzili też, że nie ma szkół czy klinik, które by w jakiś sposób zapewniały im tę edukację, aby mogli ewentualnie później zajmować opieką paliatywną. Mam więc pytanie, czy to się zmieniło? Czy tych specjalizacji jest troszeczkę więcej? Czy osób zajmujących się właśnie opieką paliatywną jest trochę więcej?

I drugie pytanie, bo żaliła mi się rodzina w Wielkopolsce. Dość długo, bo kilka tygodni, a tam już była mocno zaawansowana choroba nowotworowa, czekała na hospicjum domowe. Mogła być szybciej skierowana do hospicjum, akurat to dotyczyło Środy, tam jest instytucja, ale ta osoba nie chciała przebywać w tej instytucji. Chciała hospicjum domowe. No i niestety kilka tygodni nie starczyło, w międzyczasie zmarła ta osoba. I mam takie pytanie, czy ma pan jakieś statystyki, jak długo się czeka na hospicjum domowe? Byłam zdziwiona, że na hospicjum domowe czeka się dużo dłużej niż na hospicjum jako instytucji. Więc mam pytanie, czy miałby pan tu jakieś dane?

Pamiętam, że kiedyś napisali do nas pismo, chyba do wszystkich posłów, opiekunowie medyczni zajmujący się też opieką paliatywną. Uważali, że w DPS-ach jest współczynnik 0,52 na pacjenta. Oni tego nie mają. Podobno zwracali się kilkakrotnie do ministerstwa o to, żeby wyznaczyć liczbę osób przypadającą jako opiekun medyczny na osoby chore, paliatywne. Czy w tym zakresie ministerstwo podejmuje jakieś kroki?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, pani poseł.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Iwona Kozłowska.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Panie ministrze, 5 marca tego roku zakończył się proces oceny wniosków na rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym. Na ten cel zostało przeznaczonych 1,3 mld zł środków. To jest opieka długoterminowa w szpitalach powiatowych i geriatrya. Czy według pana wsparcie szpitali powiatowych, a to właśnie szpitale powiatowe przyjmują przecież seniorów głównie z małych miejscowości, z małych miasteczek, ze wsi, z terenów wiejskich, będzie wystarczającą pomocą

dla tych szpitali, aby zabezpieczyć potrzeby wszystkich seniorów, którzy będą trafiali do szpitali powiatowych i będą potrzebowali opieki? Oczywiście mówię o seniorach 65 plus, o osobach, które są już głęboko niepełnosprawne i bardzo chore. Czy taka formuła jest w stanie zabezpieczyć również opiekę nad tymi osobami?

Ja też wielokrotnie w swojej praktyce zawodowej spotykałam się z sytuacjami, kiedy rodzina, owszem, przywoziła chętnie osobę starszą do szpitala, ale potem nie miał jej kto odebrać z tego szpitala. Wielokrotnie działo się, że... Nie chcieli. Oczywiście, że tak. Nawet jeżeli karetka podjeżdżała pod dom, to okazywało się, że w domu nikogo nie ma. Wówczas robiliśmy wszystko, żeby te osoby trafiały do domu pomocy społecznej, bo to było jedyne rozwiązanie dla oddziału internistycznego, aby te osoby po prostu nie przebywały zbyt długo w szpitalu, żeby znalazły swoje miejsce. Proszę mi więc odpowiedzieć na to pytanie, czy państwo podejmowaliście takie próby, żeby sprawdzić, czy dzięki tym środkom i takiemu rozwiązaniu te problemy zostaną w miarę rozwiązane. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Tu poproszę pana dyrektora o odpowiedź na pytanie i za chwilę strona społeczna. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie za uwagi do tego materiału.

To, co jest możliwe do poprawienia, poprawimy. Wydaje mi się, że w tym materiale trochę odnosimy się do terenów wiejskich, ponieważ wskazujemy, na jakie obszary szczególnie domowe hospicja są kontraktowane i że nie są one kontraktowane na grupy powiatów, tylko na pojedyncze powiaty w większości, a nawet w niektórych przypadkach jest więcej hospicjów domowych. Oczywiście w tych większych powiatach jest więcej hospicjów domowych niż powiatów w Polsce. Oczywiście możemy dywagować, czy te wszystkie hospicja domowe dojeżdżają do każdej najmniejszej wsi, do każdego najmniejszego ośrodka. Jest też pytanie, czy personel jest w stanie się tam przemieścić. Jednak obejmując odpowiedzialność terytorialną w danym powiecie, to czy tam są dwa hospicja, czy jedno w danym powiecie, to również przyjmuje obowiązek, jeśli jest zgłoszenie opieki nad pacjentami w małych ośrodkach na obszarach wiejskich.

Wydaje mi się, że oczywiście możemy pokazać mapkę, stworzyć taką pokazującą, gdzie jeszcze, w których powiatach nie ma, czy to są powiaty miejskie, czy wiejskie, ale do zejścia do pojedynczego pacjenta pewnie będzie nam trudno. To jest duża praca analityczna, więc, szanowna Komisjo, oczywiście mogą zlecić to NFZ, ale to pewnie potrwa. Trzeba będzie sprawdzać po wszystkich TERYT-ach pojedynczych pacjentów.

Odnosząc się do opieki wytchnieniowej, to jest 10 dni, o których już wspominałem. Jest to w materiale, że można takiego pacjenta przejąć do hospicjum stacjonarnego i rodzina ma 10 dni odpoczynku w ciągu roku. To oczywiście nie zapewnia tego, że taka osoba będzie mogła pracować, bo to jest za mało, natomiast można się zastanowić nad organizacją. Bardzo się nie zgodzę, że są pacjenci z niewyobrażalnym cierpieniem. Po to mamy fachowców i po to mamy hospicja domowe, po to mamy lekarzy, którzy ustawiają leczenie przeciwbólowe. Być może wszystkiego nie da się znieść, ale generalnie nie jest tak, że wszyscy pacjenci są w cierpieniach, bo wtedy taka opieka nie miałaby sensu i wrócilibyśmy z taką opieką do lat słusznie minionych.

Oczywiście jest liczba oświadczeń na osobę. Mamy taką sytuację, że pacjenci przebywają w hospicjach od momentu zakwalifikowania do momentu śmierci. W związku z tym trudno wyciągnąć średnią. Są pacjenci, którzy są prowadzeni 3 miesiące, inni 6 miesięcy, a inni 2 tygodnie. Możemy to oczywiście przeliczyć na osobodni, natomiast to też będzie tylko statystyka ile jeden pacjent jest średnio pod opieką hospicjum domowego, ile hospicjum stacjonarnego, a ile oddziału paliatywnego czy poradni. Ale to nadal będą tylko statystyki, bo to jest bardzo różnie zależnie od przebiegu choroby, również od momentu kwalifikacji, czy się wcześniej decyduje na opiekę hospicjum domowego czy stacjonarnego, czy też nie.

Kolejne pytanie było o propozycję zapewnienia liczby miejsc stacjonarnych i miejsc domowych. Moim zdaniem trudno orzekać, czy ktoś jest niezainteresowany opieką nad swoimi bliskimi, bo jednak sfera dotycząca hospicjów domowych cały czas się rozwija i tych miejsc przybywa.

W związku z tym wydaje mi się, że to nie jest tak, że możemy powiedzieć, że ktoś jest niezainteresowany. Pewnie część rodzin nie jest zainteresowana, a część rodzin po prostu nie ma takiej możliwości. Pamiętajmy, że mieliśmy bardzo dużą migrację poza granice Polski i tam ludzie są już zasymilowani, dzieci są poza granicami Polski. Często po prostu nie mają takiej możliwości, żeby rzucić pracę w Londynie czy w Holandii i przyjechać do Polski, żeby zaopiekować się swoimi rodzicami czy jednym z rodziców.

Dodatkowo też sprawdziłem, ile było pacjentów 60 plus w 2024 r. w hospicjach domowych – było to prawie 60 tys. osób, dokładnie 59,8 tys. pacjentów. Natomiast w trybie stacjonarnym było to 40 tys. pacjentów. Czyli jednak jest przewaga opieki w domu.

Na pytanie, czy można więcej specjalistów, nie znam odpowiedzi. Przygotujemy taką odpowiedź. Czy jest więcej szkolonych specjalistów? Może pan doktor będzie znał statystyki.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Znam odpowiedź.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Zna odpowiedź. I czy są chętni.

Co do samych kolejek, to też to są statystyki, ale kolejki do hospicjów nie są prowadzone w sposób oficjalny. Co do zasady powinno to być bezkolejkowe, natomiast są one kolejkami wewnętrznymi. Nie będę mógł przedstawić państwu takich statystyk. To jest bardzo zależne od różnych miejsc. Na Mazowszu praktycznie nie mamy kolejek, w innych województwach są kolejki. To jest, myślę, bardziej do zarządzania przez regionalne oddziały wojewódzkie, tak żeby patrzeć, czy kolejki występują, czy nie, jak również, czy w związku z tym nie kupić więcej miejsc.

Co do świadczeń, to nie ma limitów, więc świadczeń być może nie trzeba kupować. Można kupić więcej, ale też rozbija się trochę o zasoby. Wspominaliśmy też o tym, że lekarzy nie jest tak dużo, nie wszyscy są chętni do jeżdżenia. Jest to dosyć trudny zawód, dużo wymaga od lekarzy. Często lekarze są przyzwyczajeni do odnoszenia sukcesów w postaci wyleczenia lub też przedłużenia życia, natomiast tutaj sukcesem jest to, że pozwalamy ludziom w dobrych warunkach i komfortowej, dobrej jakości życia odejść.

Ostatnie pytanie dotyczyło pieniędzy.

Słucham? Jeszcze opiekunowie medyczni, tak. Trochę myślę... Czy są normy dla opiekunów? Rozumiem, że chodzi o hospicja stacjonarne? Bo nie mówimy o domowych, bo tam opiekunów... Rozumiem, że takiej czynności jak zmienienie pampersa pielęgniarka, która przyjeżdża do domu i zajmuje się pacjentem, nie wykonuje, tylko uczy opiekuna domowego, który wykonuje czynności higieniczne. Zdajemy sobie z tego sprawę, że nie ma takiego obowiązku, żeby ma nauczyć opiekuna.

Natomiast jeżeli chodzi o hospicja stacjonarne, to nie mamy takiego przelicznika. Nie mamy na opiekunów medycznych. Czy będziemy wprowadzać taki przelicznik? Myślę, że na pewno bardziej chcielibyśmy zrobić w przyszłości takie zespoły terapeutyczne opiekunów, również w opiece długoterminowej. Rozmawiamy ze środowiskiem na ten temat, żeby to był zespół pielęgniarek, opiekunów i fizjoterapeutów, którzy będą działali wspólnie na rzecz dobra pacjenta.

Ostatnie chyba pytanie, bo ostatnie w tej turze było à propos finansów z KPO i ZOL. Trochę to nie jest temat naszej Komisji, bo to zakłady opiekuńczo-lecznicze. Natomiast tak, te środki zostały uruchomione. Nie chcę z głowy mówić, ile łóżek zostało kupionych, stworzonych dodatkowo, bo po prostu wiem. Wiem, że to jest grubo ponad 1 tys. W ramach tego w zakładach jest 1400 nowych łóżek. Szpitale powiatowe dostały pieniądze. Chyba dostały pieniądze na 1400 łóżek. Ale nie chcę mówić, wolę odpowiedzieć pisemnie. Słucham? To jest na przekształcenie łóżek.

Posel Iwona Maria Kozłowska (KO):

Ale jest też na budowę, na infrastrukturę.

Posel Lidia Czechak (PiS):

Czyli konkretnie pod miejsca, pod liczbę łóżek.

Przewodnicząca posel Joanna Borowiak (PiS):

Szanowni państwo, postaram się pokierować dyskusją.

Pani posel Iwona Kozłowska.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

To nie jest tylko zmiana oddziału, ale to jest również budowa nowej infrastruktury.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Poproszę pana dyrektora o odniesienie się.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, to prawda, ale pod liczbę konkretnych łóżek w szpitalach powiatowych. Tak jest. Dlatego nie chcę teraz z głowy brać, bo nie byłem przygotowany.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Prosimy o przygotowanie odpowiedzi na piśmie dla Komisji.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Po prostu muszę... To nie jest opieka paliatywna, hospicyjna, tylko długoterminowa, dlatego na to szczegółowe pytanie nie znam odpowiedzi.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poprosimy pana dyrektora, żeby pan taką odpowiedź przygotował dla nas, dla członków Komisji. Poprosimy o przesłanie na adres mailowy Komisji Polityki Senioralnej.

Kolejna tura. Bardzo proszę. Oczywiście jako pierwsza stała doradczyni Komisji, czyli pani Krystyna Lewkowicz, a zaraz po pani Krystynie Lewkowicz pan doktor Radosław Czarnowski. Czosnowski, przepraszam, i to jeszcze w okularach. Przepraszam, panie doktorze.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, pierwsza sprawa, którą się chciałam z państwem podzielić, to to, że mamy stały kontakt z seniorami, zwłaszcza tymi starszymi. W związku z tym mamy zarówno bezpośrednie wywiady z tymi osobami, jak i prowadzimy badania ankietowe.

Ciekawe są badania ankietowe, ponieważ wśród licznych pytań na początku większość zeznaje, że ma dzieci lub współmałżonków, później są inne pytania. Jedno z głównych pytań jest o to, kto się będzie tobą opiekował, kiedy będziesz niepełnosprawny, niesamodzielny i będziesz wymagał w codzienności pomocy osób trzecich. I tu trochę zaskakującą odpowiedzią jest, że zdecydowana większość, prawie 97%, odpowiedziała, że liczy na jakieś formy instytucjonalne państwa, samorządu, sąsiadów, Caritasu, Kościoła itd. Z czego to wynika? Składa się na to wiele czynników, nie tylko brak empatii. Bo dzieci albo są daleko, albo mieszkają za granicą, albo mają własne problemy i dzieci, nie mają czasu. Składa się na to cały szereg różnych czynników. Jednocześnie tym osobom trzeba w związku z tym coś zaoferować.

Z bardzo wielką satysfakcją przeczytałam materiały przedstawione przez ministerstwo, że zarówno bardzo wyraźnie przybywa podmiotów, jak i bardzo wyraźnie wzrastają nakłady na te usługi. Tylko że podzielę się z państwem również takimi osobistymi doświadczeniami. W okresie kilkunastu ostatnich miesięcy byłam niejako zmuszona opiekować się czy też pomagać w opiece nad osobą nieuleczalnie chorą, o której wiadomo było, że umrze. Było to tylko kwestią czasu i tak się też zresztą stało. W związku z tym w pomocy udzielanej tej osobie zaliczyłam kilka SOR-ów, kilka szpitali i kilka hospicjów.

Proszę państwa, poziom świadczonych usług był niezwykle zróżnicowany. Z jednych placówek wychodziłam porażona, bo to, co tam zastałam, wyglądało jak obóz przetrwania dla komandosów, a już dla osoby chorej, starej i nieuleczalnie chorej to masakra. W innych poziom był średnio zadowalający, a w kolejnych bardzo dobry. Z czego to wynika? Wszystkie te podmioty pracują w oparciu o te same stawki, bo pracują na zlecenie NFZ, mają podobny zestaw personelu. Pan kiwa głową, to może się dowiem dlaczego. W każdym razie, z czego wynika tak zróżnicowana jakość tych usług?

Moje pytanie zarówno do pana dyrektora, jak i innych osób znających się na rzeczy: Czy istnieje jakiś systemowy sposób kontroli jakości tych usług? Czy Ministerstwo Zdrowia ma jakiś ranking? Czy Ministerstwo Zdrowia prowadzi systemowe kontrole tych podmiotów? Może kontrole spowodowałyby przynajmniej częściową poprawę jakości usług, nie chodzi, jak widać, o liczbę podmiotów i ich dostępność, bo w większości rzeczywiście spotkałam się z tym, że te usługi były świadczone w miarę szybko. Przyjęcie do szpitala czy przyjęcie do hospicjum

następowało w miarę szybko, w ciągu kilku czy kilkunastu dni. Natomiast to, co się tam zastało, było naprawdę przerażające.

Należę do tych roczników, które niektórzy nazywają tsunami, a ja przeciwko temu bardzo ostro protestuję, bo my nie jesteśmy żadnym tsunami, które ma wyłącznie pejoratywne konotacje, tylko jesteśmy normalnym zjawiskiem demograficznym, które występuje na całym świecie. Proces starzenia się społeczeństw jest czymś zupełnie normalnym, przewidywalnym na wiele lat i w związku z tym zarówno służba zdrowia, jak i inne jednostki – rząd, samorząd terytorialny – powinny temu wyzwaniu w jakiś sposób sprostać. Zatem ponawiam tylko to pytanie, czy ktoś kontroluje te jednostki, zarówno te, które są w samorządach, jak i te, które są w zarządzie prywatnych podmiotów? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pan Radosław Czosnowski, ordynator Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Witam państwa. Jeszcze nie szpitala, tylko oddziału.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak jest pan zapisany. Czytam to, co mam zapisane przez sekretariat Komisji. Nomen omen może tak będzie.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Być może.

Natomiast odpowiadam na pytania, skąd różnice w jakości. Różnice w jakości są dopustem Bożym. Od kilkunastu lat trwa dyskusja z ministerstwem na temat nowelizacji rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych. Obecnie obowiązujące rozporządzenie pochodzi z roku 2013. Po drodze było parę drobnych modyfikacji, a tak naprawdę jest to kopia ustaleń, które zapadły, bo brałem w tym udział w latach 2005–2007 z Ministerstwem Zdrowia, kiedy powstała w 2002 r. specjalizacja medyczna. Tam były różne ustalenia, że tak powiem, form przejściowych, kto może tym zarządzać, kto może prowadzić nadzór specjalistyczny itd. To miała być przejściówka na 3 lata. Potem miał być specjalista.

Medycyna paliatywna to jest specjalność zarówno lekarska, jak i pielęgnarska. Są do tego specjaliści. Natomiast, ponieważ prowizorka jest najtrwalszą formą bytu, NFZ w dniu dzisiejszym dopuszcza, żeby oddział medycyny paliatywnej, hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne były prowadzone przez lekarza po kursie przygotowawczym trwającym 40 godzin. W tej chwili w formie wirtualnej się to odbywa. Ma pani odpowiedź na pytanie o jakość. I żeby było całkiem śmiesznie, z punktu widzenia NFZ wymogi formalne do prowadzenia oddziału medycyny paliatywnej – bardzo trudni pacjenci, skomplikowani, z wielochorobowością – spełnia lekarz stażysta po studiach, który zrobił wirtualnie 40-godzinny kurs. Czy są jeszcze jakieś pytania odnośnie do jakości? Tyle.

Druga rzecz. Mamy wyliczone, bardzo fajnie, mamy dużą liczbę jednostek opieki paliatywnej. Dane za zeszły rok: 398 hospicjów domowych, 230 stacjonarnych i 152 poradnie. Dlaczego tak mało jest poradni? Bo tylko w poradni musi być specjalista. W pozostałych nie. Teraz w Polsce mamy około 700 specjalistów medycyny paliatywnej. Niech ktoś liczy na palcach. Mamy około 700 specjalistów medycyny paliatywnej, z tego w medycynie paliatywnej pracuje około połowa, czyli mniej więcej 350. Optymistycznie, powiedzmy, 400 pracuje w medycynie paliatywnej. Jednostek, jakby policzyć, mamy 600, 700, 800. A specjalistów 400, czyli po pół specjalisty na jednostkę. U mnie w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym jest nas trójka specjalistów, czyli już, że tak powiem, wydoiliśmy specjalistów z sześciu jednostek. Tak mówiąc brzydko.

Nie może być jakości. Czy ktoś przy zdrowych zmysłach wyobraża sobie oddział kardiologiczny bez kardiologa, oddział pulmonologiczny bez pulmonologa i neurologiczny, który prowadzi stażysta po przeszkoleniu? Nikt przy zdrowych zmysłach czegoś takiego sobie nie wyobraża. Natomiast ministerstwo to dopuszcza. Ustalenia na nowe rozporządzenie są, bo był zespół, który pracował. Zaczęło się to jeszcze za kadencji poprzedniego rządu i te

ustalenia są z przełomu roku 2003 i roku 2004. Tam było to dograne, dogadane. I co? Mija półtora roku i nic. Są dyskusje, są debaty, bo wszystkim jest wygodnie.

Kwestia nadzoru nad jakością. Też od kilkunastu lat te kwestie są mówione przez ludzi tym się zajmujących. Mówione przez polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, mówione przez specjalistów regionalnych i specjalistę krajowego: nadzór specjalistyczny w danej dziedzinie powinien być prowadzony przez specjalistów w tej dziedzinie. Czyli mamy specjalistę krajowego, mamy specjalistę wojewódzkiego i on powinien mieć najwięcej do powiedzenia o jednostkach na swoim terenie. Tymczasem on nie ma do powiedzenia kompletnie nic. O ocenie jakościowej decyduje kontrola z NFZ, która ocenia tylko i wyłącznie dokumenty. Jeżeli będę dobrze prowadził dokumentację, a pacjenci będą wyc z bólu, to jest OK, natomiast jeżeli będą pacjenci w świetnym stanie, ale będą braki w dokumentacji, to ja leżę. Tak to wygląda, jeżeli idzie o jakość.

To, co pan minister przedstawił – fajnie, ale to są wszystko dane historyczne, włącznie z definicją medycyny paliatywnej, która właściwie od ćwierć wieku jest nieaktualna. W tej chwili Europejskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej i Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiają to inaczej. Przedmiotem zainteresowania medycyny paliatywnej jest nie tylko pacjent w schyłkowej fazie choroby, umierający, ale to jest też szerokie leczenie wspierające. My leczymy całą masę powikłań onkologicznych.

Z mojego podwórka. Jest oddział chemioterapii dziennej. Oni nam masowo dostarczają pacjentów z ciężkimi powikłaniami po chemioterapii. Koledzy z Nowego Sącza dostarczają nam pacjentów poparzonych, z powikłaniami po radioterapii. My to leczymy, to jest nasz zakres działania. Ale większość ludzi sobie tego nie uświadamia. Następną rzecz: brak kadry. Będzie brak kadry, bo od czasu, kiedy Fenicjanie wymyślili pieniądze, nie ma lepszego środka motywującego ludzi do działania. AOTMiT pracuje i ocenia, ustala nowe stawki co jakiś czas, ale to jest wszystko na danych historycznych, a te dane historyczne ciągną się za nami, jak nie powiem co po czym, od przełomu wieków, gdzie medycyna paliatywna była w dużej części oparta na wolontariacie, w związku z czym te stawki są niskie. Stawki, które są u mnie na oddziale, na przykład kontraktowe, to są jedne z niższych w szpitalu. W związku z tym, powiem wprost, jeżeli my mamy stawkę kontraktową dla lekarza 160 zł za godzinę na kontrakcie, to jakie ja mam szanse z lekarzem, który może wziąć SOR za 270 zł albo wewnętrzny za 220 zł? Nie mam żadnych szans. I tyle, jeżeli idzie o kadrę.

Kolejna rzecz to opieka pielęgnarska. W rozporządzeniu znajduje się, ilu powinno być lekarzy. Jest mowa o jednym etacie przeliczeniowym na 10 pacjentów. Mówimy o stacjonarnym. W opiece domowej to jest jeden lekarz na 30 pacjentów. Jest powiedziane, ilu ma być psychologów, jest powiedziane, ilu ma być fizjoterapeutów, ale pielęgniarzka może być jedna. Może być jedna na 20 pacjentów, bo w rozporządzeniu nie jest określona liczba pielęgniarek, nie jest określona liczba opiekunów, czyli wystarczy po jednym etacie przeliczeniowym i fajno jest.

To są też rzeczy, o których się mówi. Ja jestem zamieszany w medycynę paliatywną od 30 lat, praktycznie większość życia, prawie całe życie zawodowe. Te rzeczy, o których rozmawiamy, te problemy, o których mówimy, to są rzeczy, które środowisko przedstawia, atakując zarówno ministerstwo, jak i NFZ od co najmniej 15 lat. I co? No i nic.

Jest też nieprawdą, że w zasadzie wszystkie rodzaje świadczeń są kontraktowane, płacone. Nie ma czego? Nie ma płaconej na przykład opieki dziennej, co też byłoby dobrym rozwiązaniem, jakby odblokowaniem systemu. Często jest tak, że rodzina chce i może opiekować się swoim seniorem, swoim chorym w domu, ale muszą iść do pracy, bo muszą z czegoś żyć. Gdyby się tak dało na tę dniówkę podrzucić gdzieś tego tatę, babcię itd. Ale tego nie ma. Tam, gdzie to działa, to działa w oparciu o wolontariat. NFZ tego nie finansuje, podobnie jak NFZ nie finansuje szpitalnych zespołów konsultacyjnych w medycynie paliatywnej, bo po co? Przecież wszyscy sobie umieją z tym poradzić. Każdy umie przepisać morfinę, prawda? Nie, tak nie jest. Nie ma szpitalnych zespołów. To, co pan minister powiedział, to jest prawda. To są te jednostki, te elementy są finansowane, ale inne nie. Tak to wygląda.

Było powiedziane o świadczeniach nielimitowanych. No fajnie, tylko że jest pułapka w potencjale kadrowym, bo jeżeli ja wykonam świadczenia, ale nie mam na przykład odpowiedniej liczby etatów przeliczeniowych lekarzy, to nie zapłacę. Po prostu zwyczajnie nie zapłacę. A w momencie, kiedy jesteśmy w ogniu stawek, to sorry.

Nasz pan minister się chwalił, że jest wzrost nakładów itd. No, fajnie, bardzo fajnie, dobrze, że mam dobrego dyrektora, który dopłaca do interesu, bo z tego, jakie tutaj są stawki... Już mówię: osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej to jest 798,38 zł. OK. Dane od naszej księgowej za rok zeszły to jest już 822,89 zł osobodzień. Czyli w swej łaskawości mój dyrektor dopłaca mi 25 zł dziennie do pacjenta, bo inaczej się to nie spina.

Było, że poprawiła się wycena świadczeń w poradni. Podam bilans mojej poradni za zeszły rok: minus 11 412 zł. Kwotę 11 412 zł dyrektor nam dołożył. Są ogromne koszty, rośnie płaca minimalna. W lipcu zgodnie z ustawą teraz znowu skoczyły zarobki w systemie ochrony zdrowia. Jak na jesieni dostanę z księgowości, że tak powiem, co się podziało w drugim półroczu, to się okaże, że dyrektor nie dopłaca 25 zł, tylko 50 zł albo 60 zł. Tak że to wygląda.

Niestety cały problem polega na tym, że to wszystko funkcjonuje według zasady wypowiedzianej swego czasu przez jednego z rzeczników: nie zatrudniamy ekspertów, bo oni nie podzielają naszego zdania. Jestem w tym siedzę od lat. Mówi się, mówi się, mówi się, ale urzędnik z ministerstwa, z NFZ wie lepiej, jak to ma być, dlatego to tak wygląda, jak wygląda.

Co do oczekiwania – w kolejkach do opieki paliatywnej w różnych miejscach w Polsce umiera 30–40% osób, nie doczekawszy. Jedna trzecia nie doczekała. Tak że to nie jest tak, że nie ma kolejek. Jest duża część takich, powiedzmy, ukrytych kolejek, gdzie ci pacjenci na przykład... U nas w szpitalu czeka pacjent na neurochirurgii po nieudanej operacji głębia, czeka pacjent na neurologii po zdiagnozowaniu wielu ognisk przerzutowych mózgowych, neurochirurdzy mówią, że nic z tym nie robią, radioterapeuci też itd. Więc oni czekają. Niektórzy nie doczekają. I tak to wygląda.

Kwestia opieki senioralnej, kwestia zorganizowania tego całego systemu. Mamy bardzo dobrze zorganizowany system ratownictwa medycznego, który jest plasterkiem na wszystko. Jest duża klasa pacjentów bumerangów. My to tak nazywamy żargonowo. To są przeważnie osoby właśnie 65, 70 plus z wielochorobowością, które trafiają do szpitala, które są podleczone, wyleczone, zaleczone, jadą do domu. Często zdarza się – nawet na Podhalu to jest ewenement, tego nigdy nie było, ale w ostatnim czasie się zdarza – że seniora do domu trzeba wprowadzić z pomocą. To się zdarza. W Krakowie było to już wcześniej. No i co się dalej dzieje? Mija 24–48 godzin, rodzina wzywa karetkę, przyjeżdża karetka, przywozi pacjenta na SOR i zabawa zaczyna się od nowa.

Ministerstwo Zdrowia tego nie rozwiąże, oczywiście. Natomiast jest kwestia stworzenia odpowiedniego zaplecza. My cały czas debatujemy, mówimy o leczeniu, o diagnozowaniu, o szpitalach. Natomiast tak naprawdę my nie potrzebujemy bazy szpitalnej, diagnostycznej, ratowniczej. Ta, która jest, jest zupełnie wystarczająca. Dramatycznie potrzebujemy za to bazy opiekuńczej. Pan minister powiedział, że 1400 łóżek będzie stworzonych, dofinansowanych itd. Śmiech na sali. Jest 300 szpitali powiatowych. To oznacza 4 miejsca na powiat, to jest śmiech na sali.

Zaspokojenie potrzeb opiekuńczych seniorów różnie w różnych regionach wygląda. Fajnie to wygląda w statystyce, ale w realu to jest na poziomie 20–25% tego, co rzeczywiście by było potrzebne. Kwestia jest taka, że rodziny chcą, nie chcą, nie mogą. To nie jest żadne pejoratywne określenie. To jest określenie zjawiska. Tsunami to coś, co uderza. I ta demografia w nas uderza. Nie jesteśmy przygotowani w żaden sposób na to, co się zbliża, co się zaczyna. Te 800-tysięczne roczniki nie mają, generalnie rzecz biorąc, zaplecza opiekuńczego. Osoby, które urodziły się w latach 50., są w tej chwili dziadkami. Te 800 tys. osób, babć i dziadków, ma w tej chwili około 250 tys. wnuków, które się nimi będą mogły zaopiekować. Nie ma szans.

W zeszłym roku urodziło się w Polsce 252 tys. dzieci. Część tych dzieci to nie są Polacy. Nie mówię tego w żaden sposób pejoratywnie, natomiast te 800 tys. to są praktycznie wyłącznie Polacy. I na tym polega to tsunami. Na tym polega uderzenie tej fali, na którą jesteśmy absolutnie nieprzygotowani. Musimy się zastanowić, co z tym zrobić. Musimy tworzyć miejsca opieki, miejsca leczenia tych osób, dlatego że rodziny, generalnie rzecz biorąc, są niewydolne opiekuńczo, bo młodzi właśnie wyjechali, jest ich mało, muszą pracować. Oni mają jeszcze też swoje dzieci, swoje różne obowiązki, różne zobowiązania. No i tak to niestety wygląda.

Pani wspominała o kwestii jakości, pytając, co stoi na przeszkodzie, żeby dać formalne uprawnienia specjalistom regionalnym i specjalistom krajowemu. No co stoi na przeszkodzie? Ale z tego nic nie wynika, on sobie może gadać.

Małopolska – były różne zastrzeżenia. W innych ośrodkach też są różne zastrzeżenia ze strony specjalistów i specjalista sobie może. Pisz pan do mnie na Berdyczów – tak to mniej więcej wygląda. Bo ma wnioski pokontrolne, czasem NFZ też to skontroluje, ale NFZ stwierdza, że w papierach jest w porządku, więc o co chodzi? Kryteria związane z listą rozpoznanych spełnionych, wszystko się zgadza itd. Zatem tu jest problem. Tu chodzi o to, żeby rzeczywiście na przykład specjalista regionalny, który widzi, co się dzieje u niego w regionie, widzi, że hospicjum domowe jest wydmuszką, mógł zawnieść do NFZ i żeby NFZ odebrał kontrakt takiej jednostce. Ale to się nie dzieje. I tak to po prostu wygląda.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ordynatorze, za ten głos i za przedstawienie sytuacji z perspektywy praktyka z doświadczeniem. Prosiła o odniesienie się do tego jeszcze pani przewodnicząca Iwona Kozłowska i za chwilę pan Zbigniew Tomczak. Bardzo proszę.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Panie ordynatorze, mam jedno pytanie. Określił pan pacjentów, którzy wracają do szpitala, bumerangami. Proszę mi powiedzieć, skąd się te bumerangi – przepraszam, użyję tego określenia, którego pan użył – biorą? Dlaczego ci pacjenci wracają?

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

To jest takie żargonowe określenie. Bumerang to jest takie urządzenie, które jak się wyrzuci, to wróci.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Rozumiem.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Skąd się biorą? Rodziny nie chcą, nie mogą, nie potrafią, brakuje zaplecza opiekuńczego w środowisku itd. To nie jest kwestia, że pacjent jest źle ustawiony z leczeniem czy coś. Nie, ci pacjenci wymagają opieki, której dom często nie jest w stanie zapewnić. I dom widzi rozwiązanie w postaci wysłania tego pacjenta ponownie do szpitala.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Być może w wielu przypadkach tak jest, ale w wielu przypadkach jest również inaczej, co mówię z własnego doświadczenia, bo miałam bliską osobę, którą zawoziłam na pododdział kardiologiczny, na internę, do szpitala powiatowego. Odebrałam w takim stanie, ale musiałam z powrotem ją zawieźć. Wie pan dlaczego? A dlatego, że lekarz skupił się tylko i wyłącznie na sercu, natomiast nie zauważył, że jest problem ze stopą cukrzycową i należy przeprowadzić zabieg.

Zatem nie ma leczenia wielospecjalistycznego i skoordynowanego, dlatego również pacjenci wracają. Rozumiem sytuację rodzin, bo są różne. Tak, nie zawsze ta opieka jest właściwa w domu, jak najbardziej. Ale ja tego doświadczyłam osobiście. Moja mama regularnie co dwa tygodnie znajdowała się w szpitalu, ponieważ co chwilę pojawiały się nowe choroby, których lekarz prowadzący nie zauważył i nie zadbał o to. Jakie było wytłumaczenie? Takie, że zajmują się tylko taką chorobą, która daje lepsze finansowanie, a pozostałe już niestety nie są w gestii zainteresowania lekarza, który prowadzi danego pacjenta. I myślę, że to jest jeden z problemów takich osób, które wracają do szpitala.

Proszę mi wierzyć, naprawdę, dla rodziny to nie jest komfort, żeby co chwilę – co dwa, trzy tygodnie – przywozić swoją bliską osobę do szpitala, po kilku dniach odbierać i znowu martwić się o to, co tym razem się stanie, jakiej znowu będę musiała szukać pomocy w szpitalu bo – w przypadku takich starszych osób – o opiece ambulatoryjnej to już trudno rozmawiać.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Absolutnie się z panią zgadzam. To jest jeden z elementów i problemów, ale wynika to z tego, że znowu są procedury specjalistyczne. Przy kontrolach sprawdzane jest, czy nie wykraczamy poza naszą specjalistykę, poza procedury. Niestety system rzeczywiście jest organizowany fatalnie, ale tutaj jakby – to jest przynajmniej moje wrażenie – jesteśmy w miejscu, gdzie są osoby, które mają realny wpływ na legislację.

Znana sprawa. Szpital, oddział, w cudzysłowie, nie leczy tego, co jest, tylko to, co się dobrze rozlicza. I wspomniana stopa cukrzycowa. Sorry, ale to jest znowu kwestia rozliczeń

NFZ. Wiecie państwo, co jest najbardziej opłacalną terapią w stopie cukrzycowej? Tak jest, amputacja. Ale dlaczego?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pani poseł, sekundkę, chwileczkę.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Ale dlaczego? Bo to jest dobrze rozliczone.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie dyrektorze, bardzo dziękuję.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Wejdę w słowo, przepraszam.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pani poseł, sekundeczkę.

Już, momencik. Ja wiem, że te tematy, jak widać, słysząc, to jest oczywiste, wywołują wiele emocji. Natomiast, panie doktorze, ja się nie zgodzę z jedną rzeczą. Proszę mi wskazać jakikolwiek zapis legislacyjny, który nie pozwala lekarzowi na opiekę holistyczną i na holistyczne podejście do pacjenta. To, co pan przed chwilą zrobił... Tak jak naprawdę jestem pod wrażeniem pana wystąpienia, to przed chwilą chyba pan jednak próbował bronić swoich kolegów i koleżanki. Zgadza się w całej rozciągłości z panią przewodniczącą Iwoną Kozłowską – nie może być tak, że pacjent bez względu na wiek trafia do placówki specjalistycznej, do szpitala, a lekarz leczy tylko jakąś działkę, bo jest jakiś zapis czy kontrola. Nie, panie dyrektorze, nie ma takiego przepisu. To się wszystko rozbija o czynnik ludzki. Może rzeczywiście warto byłoby, aby zacytować lekarzy, o wyjątkowej wrażliwości, o wyjątkowej pozycji w środowisku, zaczęli o tym mówić głośno i zwracać uwagę koleżankom i kolegom, a nie ich bronić w tym zakresie. Bo to jest dla mnie niesłychane.

Ja mam pod opieką dwójkę rodziców. Państwo z Komisji wiedzą o tym, pan dyrektor tego nie wie, więc powiem. Są w wieku sędziwym, nie senioralnym – 92 i 93 lata. Oboje bardzo chorzy. Bardzo często jeżdżę z nimi do lekarzy. Jeden pacjent jest aktualnie chory onkologicznie, tata mój, mama wyszła zwycięsko wiele lat temu z podwójnej choroby nowotworowej. Dwa nowotwory złośliwe. Wiem, jak to wygląda. Spotykam się z seniorami, seniorzy do mnie przychodzą. I ja akurat nie mam takich obserwacji, jeśli chodzi o te szpitale, w których przebywał mój tata, ale słyszę bardzo często właśnie to, co powiedziała przed chwilą pani przewodnicząca. Państwo powinniście w środowisku sami zacząć takie sprawy załatwiać, mówić o tym głośno, bo to działa na szkodę lekarzy.

Mówi pan, że jest pan w miejscu, w którym tworzy się prawo. Nikt nie stworzył takiego prawa, żeby pacjenta traktować w sposób wycinkowy. Obowiązuje nas podejście holistyczne do pacjenta i bardzo proszę tego po prostu nie bronić.

Bardzo proszę, pani Iwona Kozłowska króciutko, potem pani poseł Ewa Kołodziej.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Ja w jednym zdaniu tylko, panie ordynatorze.

Celowo o to zapytałam, bo w każdej sytuacji, kiedy o tym mówię – a mówiłam na tej Komisji, jak również na Komisji Zdrowia – usłyszałam... I dlatego pana o to pytałam, dlaczego są te tak zwane bumerangi, dlaczego te osoby wracają. Za każdym razem słyszę odpowiedź: bo to rodzina, bo wina jest w rodzinie, bo wracają do domu i nie ma właściwej opieki. I to, wie pan, też może być. Ja mówiłam, że mogą być takie sytuacje, ale to uderza w te rodziny, które rzeczywiście starają się opiekę sprawować jak najlepiej dla swojej bliskiej osoby.

Kiedy moja mama umierała, w momencie, kiedy już nie wiedziałam, do kogo mam się udać, żeby moja mama była pod stałą, jak to pani przewodnicząca powiedziała, opieką holistyczną, na Komisji usłyszałam, tak mi ktoś powiedział, jeden z przedstawicieli, powiedzmy sobie, opieki zdrowia, że to rodzina jest winna. Proszę mi wierzyć, krwawiło mi serce, naprawdę. Mówię tak, bo moja mama już nie żyje, a dla mnie to są bardzo przykre wspomnienia. Przepraszam, że tak w tej chwili mówię o swojej prywatności, ale dla rodzin, które naprawdę starają się opiekować swoimi bliskimi, jest to strasznie przykre, kiedy państwo tak mówicie: to wina rodziny.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Nie, tu się nie zgodzę, bo to jest...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam, panie ordynatorze, jeszcze pani poseł Ewa Kołodziej. Bardzo proszę. Ja będę udzielała głosu. Bardzo proszę.

Posel Ewa Kołodziej (KO):

Dziękuję.

Pan ordynator wywołał temat stopy cukrzycowej. Szanowni państwo, jestem wiele lat szefową Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy. Zespół stopy cukrzycowej to jest najcięższe, uważam, i najbardziej zaniedbane powikłanie w cukrzycy. To znaczy najmniej poświęcono mu czasu przez ostatnie lata.

Przez wiele, wiele lat walczyłam o to, żeby stworzono w Polsce taką sieć szpitali z prawdziwego zdarzenia, które będą leczyć to bardzo skomplikowane powikłanie w cukrzycy. Doprowadziłam w tym roku, po wielu latach pracy i naprawdę bardzo dużego zaangażowania, w końcu do tego, że do tej sieci weszło 6 szpitali w całej Polsce. Dopóki nie powstała ta sieć, to leczyli tylko pasjonaci. To znaczy ja też mam swoje emocje, ponieważ jest mi przykro słyszeć, jak moja koleżanka mówi o tej tragedii rodzinnej. Jest wiele osób w Polsce, które boryka się z tym bardzo przykrym powikłaniem. Jeżeli mówimy o długo gojących się ranach, to w Polsce jest około miliona osób, które mają z różnych powodów, m.in. z powodu stopy cukrzycowej, długo gojące się, przewlekłe rany, które absolutnie wymagają bardzo interdyscyplinarnego podejścia, specjalnych zespołów terapeutycznych.

Ale jeżeli mówimy o powikłaniu strictly cukrzycy, w końcu po raz pierwszy w życiu mnie osobiście, Ewie Kołodziej, udało się po sześciu latach pracy stworzyć minisieć szpitali. Bardzo serdecznie państwa proszę z tego miejsca, skoro na naszej Komisji został poruszony ten temat, zrobmy wszystko, żeby z nowym rokiem dedykować specjalne środki na rozszerzenie tej sieci, żeby to nie było 6 szpitali, ale żeby to było może 16, a na koniec kadencji, żeby było 20 lub 24. Chodzi o to, żebyśmy mogli obsieciować całą Polskę, żeby w każdym województwie był przynajmniej 1 szpital, a w tych dużych przynajmniej po 2–3 szpitale. To jest mój cel na tę kadencję.

Jest mi przykro słyszeć, że w Polsce opłaca się amputować stopę. Szanowni państwo, amputacja stopy to jest wyrok śmierci dla pacjenta, dlatego że to jest skrócenie życia temu pacjentowi średnio statystycznie o wiele, wiele lat. Nie wiem, w jakim wieku są ci pacjenci, ale każda amputacja, czy większa, czy mniejsza, to jest zaburzenie całego organizmu. Po mniejszej amputacji zawsze jest większa, z płytkiej – głęboka. Mówi się, że po pierwszej takiej większej amputacji pacjent dożywa maksymalnie do 5 lat. I teraz, w zależności od tego, w jakim wieku cukrzyca zostanie już tak rozwinięta, że będzie powikłanie, to potem to jest wyrok śmierci. To jest nieuchronne zmierzanie w kierunku śmierci.

Więc bardzo gorąca prośba, żeby nie było takiej sytuacji, że będziemy mówić, że pacjent nie jest holistycznie leczony i że jedyne, co się opłaca, to amputacja, to wyjdźmy naprzeciw, żeby zaczęło się opłacać leczyć te stopy. Bo koszty społeczne są ordynarne, są okrutne. To są dramaty całych rodzin. Człowiek wyłącza się z pracy zawodowej, ale koszt jest w postaci wyłączenia się w ogóle z życia, bo to są depresje, to są różnego rodzaju stany, które później temu pacjentowi niestety towarzyszą do końca życia.

Jeżeli mogę prosić, żebyśmy jako cała Komisja zintensyfikowali swoje działania i uczynili wszystko, wspierając Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy, który działa ponad politycznymi podziałami od wielu, wielu lat, działa bardzo intensywnie i bardzo sprawnie. Proszę, żebyśmy nigdy więcej nie mówili o tym, że amputacja jest czymś normalnym. Ja uważam, że amputacja to jest absolutnie ostateczność, uważam, że ratowanie kończyn nie ma ceny. Każda uratowana kończyna to jest absolutnie sukces całego zespołu, całej rodziny i tego pacjenta.

Przepraszam za moje emocjonalne, przydługie przemówienie, ale potraktowałam to dość osobiście.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pani poseł, ale to jest oczywiste. Każdy z nas ma jakieś doświadczenia, każdy z nas ma swoje emocje i to dobrze, że dzielimy się nimi, ponieważ my też reprezentujemy pewne środowiska senioralne. To jest cenny głos. Bardzo dziękuję za ten głos.

Udzielam głosu panu Zbigniewowi Tomczakowi, Obywatelski Parlament Seniorów. Bardzo dziękuję, panie Zbigniewie, za ogromną cierpliwość i oczekiwanie. Proszę bardzo.

Przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów Zbigniew Tomczak:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, dziękuję za udzielenie głosu.

Oprócz organizacji Obywatelski Parlament Seniorów... Nawiążę również do mojej działalności w stowarzyszeniu alzheimerowskim. I w tym kontekście mam pytanie do pana dyrektora. Na str. 2 są wymienione jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia, a taką główną jednostką chorobową, pewnie ilościowo największą, są nowotwory. Z drugiej strony czytam, że zakończone są prace zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii i mają być istotne zmiany w systemie kwalifikowania chorych do opieki paliatywnej, polegające na modyfikacji wykazu jednostek chorobowych. O tę modyfikację jednostek chorobowych mam właśnie szczegółowe pytanie.

Czy w zakresie prac tej komisji i modyfikacji jednostek chorobowych znalazły się choroby demencyjne, szczególnie choroba Alzheimera? Choroba Alzheimera trwa 14–16 lat, z tym że krytyczny jest okres ostatniego roku, a 95% chorych przebywa w domu. Dodam, że w domowym hospicjum, z tym że takim nieoficjalnym hospicjum. Sam mam takie doświadczenia. Oczywiście na pewnym etapie choroby brakowało, powiedzmy, pomocy instytucjonalnej, jaką ewentualnie mogłaby dostać moja chora żona, natomiast z tymi problemami opiekunowie, z którymi współpracuję, oczywiście muszą sobie radzić sami. Powtarzam, czy jest rozważane rozszerzenie o te choroby?

Drugie moje spostrzeżenie dotyczy tabelki nr 7, czyli liczby pacjentów zaopiekowanych. Zwróciłem uwagę, że bardzo mało mamy porad w poradni medycyny paliatywnej. Pan doktor nawiązał do tego, mówiąc, że jest mało lekarzy. Ale jeśli porównuję sobie wzrost pomiędzy rokiem 2021 a rokiem 2024, to największy wzrost w świadczeniach jest zanotowany na oddziale medycyny paliatywnej w hospicjum stacjonarnym – ponad 14%, natomiast jeśli chodzi o świadczenia w hospicjum domowym, to jest dużo mniejszy, bo 10,7%.

Z czego to wynika? Wcześniej mówiliśmy tutaj – i ja się z tym zgadzam – że hospicjum domowe jest przyjaźniejszym środowiskiem dla pacjenta, raczej do tego rozwiązania powinniśmy dążyć. A tymczasem ta tabelka wskazuje, że trochę w inną stronę idziemy, powiedziałbym, w droższą stronę. Ja sobie tak przeliczyłem, podzieliłem wartość jednostek rozliczeniowych na liczbę pacjentów. W hospicjum stacjonarnym wyszło 24 tys. zł, a w hospicjum domowym – 11 tys. zł. Zatem również mamy przewagę hospicjum domowego.

Jeszcze taka uwaga do tej tabelki, że ciekawe by było rozdzielenie tej struktury tam, gdzie jest udział 60 plus. To jest tylko jedna cyfra. Natomiast gdybyśmy podzielili ten udział 60 plus na 3–4 przedziały wiekowe, można by było zaobserwować, jakie tendencje nam się kroją. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie Zbigniewie.

Rozumiem, że nie ma więcej głosów w dyskusji. Bardzo poproszę pana dyrektora o udzielenie odpowiedzi. Jeśli pan doktor również będzie chciał się odnieść, to za chwileczkę. Najpierw pan dyrektor, który reprezentuje Ministerstwo Zdrowia.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie, pani przewodnicząca.

Nie dziwię się, że słowa pana ordynatora wzbudziły na tej Komisji tyle emocji. Słuchałem tego i trochę, mówiąc szczerze, poczułem niepokój i dyskomfort. Nie dlatego, że pan doktor przedstawiał dużo faktów, tylko raczej dużo sytuacji, które być może mają miejsce w jego regionie, może mają miejsce określenia typu bumerang... To nie jest dobre określenie dla pacjenta, niezależnie od przyczyn – czy z powodu naszego lekarskiego niedbalstwa, czy tego, że w domu nie ma dobrej opieki.

Teraz bym się odniósł, bo pan posługiwał się takimi liczbami, że 25% potrzeb opiekunów jest zaspokajanych w Polsce. Chciałem zapytać, skąd są te dane? Bo to jest ciekawe.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie dyrektorze, mam prośbę, aby najpierw odniósł się pan do pytań, a zechciał nie oceniać gościa i strony społecznej. Proszę się tylko odnieść do pytań, które padły do pana od posłów i od przedstawicieli strony społecznej. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Wydaje mi się, że na wszystkie pytania posłów już odpowiedziałam. Była dyskusja na ten temat.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Jeszcze strona społeczna. Panie poseł również zabierały głos, więc proszę uprzejmie.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dobrze.

Zatem, jeżeli mogę odpowiedzieć na pytania, to pytanie było... Nieprawdziwa jest informacja na temat tego, że amputacja jest lepiej wyceniona niż leczenie. Jest gorzej wyceniona, natomiast jest dużo wygodniejsza dla szpitala do wykonania. Tak to powiedzmy.

Jeżeli chodzi o modyfikację jednostek chorobowych i włączenie zaawansowanego stopnia klinicznego chorób otępiennych, to jest to rozważane.

Jeżeli chodzi o pytanie, dlaczego szybciej wzrosła liczba miejsc stacjonarnych niż miejsc domowych, to odpowiadam, że dlatego, że faktycznie byliśmy dosyć nisko, jeżeli chodzi w ogóle o zaspokojenie potrzeb stacjonarnej opieki hospicyjnej. Ten wskaźnik jest określany na ok. 80–100 miejsc na 1 mln mieszkańców w związku z tym do tego wskaźnika staraliśmy się, w szczególności NFZ, dążyć, żeby osiągnąć go w całej Polsce. Nie w każdym miejscu jest to osiągnięte. Natomiast niewątpliwie przyszłością będzie rozwój medycyny i hospicjów domowych, jeżeli te wskaźniki dotyczące opieki stacjonarnej zostaną zrealizowane.

Pytanie o choroby otępienne zaawansowane – to tak, jak najbardziej. I bardzo słusznie pan zauważył, że opieka hospicyjna domowa jest formą tańszą i wydaje się też bardziej długofalową, przyjazną pacjentowi, bo jest we własnym domu. Myślę więc, że w kolejnym etapie będziemy rozwijać właśnie tę formę. Rozumiem, że do treści pana ordynatora nie będę się odnosił.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Szanowny panie dyrektorze, jeżeli pan ordynator zadał panu jakieś pytanie, to tak.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Nie zadał. Dokonał oceny.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Ale bardzo proszę nie oceniać głosu strony społecznej. Dziękuję uprzejmie.

Czy pan ordynator jeszcze chciałby coś dodać? Króciutko, bardzo proszę.

Ordynator oddziału Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego Radosław Czosnowski:

Tutaj taka może nieformalna podpowiedź, bo choroba Alzheimera jest chorobą neurodegeneracyjną. Przy odrobinie dobrej woli neurolog może to rozpoznać jako G13 – choroby znikowe obejmujące pierwotnie układ nerwowy. G13 wchodzi.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dobrze. Bardzo dziękuję. Poproszę o wyłączenie mikrofonu, panie doktorze. Bardzo dziękuję.

Szanowni państwo, zanim zakończę posiedzenie Komisji, to jeszcze chcę państwa posłów serdecznie zachęcić do udziału w Komisji wyjazdowej 14–15 maja. 15 maja jest posiedzenie, 14 maja... Lipca. Przepraszam, skąd ten maj mi się wziął? Przepraszam, to chyba przemęczenie. W przyszłym roku na pewno w takim razie musimy zaplanować coś na maj. Dziękuję bardzo.

14 i 15 lipca oczywiście, rzecz jasna 2025 r. 15 lipca mamy posiedzenie Komisji w Ścinawie, w ośrodku badawczym i leczniczym dotyczącym chorób otępiennych, a dokładnie choroby Alzheimera. Bardzo państwa serdecznie zachęcam do tego, byście państwo posłowie zechcieli wziąć udział w tej Komisji. To naprawdę ciekawy temat. Pani przewodnicząca Alicja Chybicka zna ten ośrodek bardzo dobrze i myślę, że właśnie w kontekście bardzo wielu tematów Komisji, w których poruszamy problem chorób otępiennych, dobrze, żebyśmy się zapoznali z tą tematyką tak bardziej namacalnie i dogłębnie. Oczywiście wyjazd

jest organizowany. Wyjeżdżamy o 9.00 w poniedziałek, wracamy do Warszawy, jeśli ktoś chce z Warszawy wyjechać. Bo to Wrocław i Ścinawa. Ja bardzo serdecznie państwa proszę. Gorąca prośba jeszcze, gdybyście państwo posłowie zechcieli się zadeklarować, może jeszcze do jutra, do sekretariatu Komisji Polityki Senioralnej, to będę wdzięczna.

Jeszcze jedna informacja. Szanowni państwo posłowie, na poprzednim posiedzeniu Komisji, kiedy dyskutowaliśmy niezwykle ważny temat dla seniorów, dotyczący renty wdowiej, jej dostępności, a właściwie braku dostępności i tych ograniczeń, które są w ustawie, strona społeczna wyrażała swoje opinie i były to opinie naprawdę smutne i krytyczne. Wiecie państwo doskonale, że nie było z nami przedstawiciela Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ani Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Panie pośle, przepraszam, ale przeszkadza mi to.

Nie było przedstawicieli tych dwóch niezwykle ważnych instytucji, które powinny zabrać głos w tej sprawie, bo uwagi były przede wszystkim do ZUS i do KRUS. Pozwoliłam sobie, zgodnie z tym, co deklarowałam na Komisji, napisać pismo. Otrzymałam odpowiedź z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Nie będę państwu tej odpowiedzi czytać. Pewnie państwo ją otrzymali, jeśli nie, to poproszę panią Elżbietę Przybylską, aby wysłała państwu posłom tę odpowiedź. Oczywiście ZUS się tłumaczy – w skrócie powiem – spiętrzeniem aktywności. Ale państwo z ZUS byli poinformowani dużo wcześniej o tym, że jest to posiedzenie Komisji i myślę, że doskonale wiedzą, jaki jest odbiór społeczny.

Natomiast muszę państwu powiedzieć, że zasmucona jestem jednym. Nie było przedstawiciela Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ale za to rzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych był uprzejmy krytycznie odnieść się w mediach do tego, co mówiliśmy na temat renty wdowiej na posiedzeniu Komisji. Ja oczywiście tak tego nie zostawię, możecie państwo być pewni. Bardzo nieładnie. Jeśli ktoś ZUS nas słyszy, to uważam, że jest to wysoce niestosowne. Nie przyjąć, nie przysłać nikogo na posiedzenie, uniknąć odpowiedzi na pytania, a potem skrytykować ustami rzecznika w mediach społecznościowych, na dwóch portalach, których nazw w tej chwili nie wymieniam, ale być może wymienię. Będzie taki moment

Zatem po raz kolejny Zakład Ubezpieczeń Społecznych bardzo nieładnie się zachowuje. Do tematu na pewno wrócimy, bo to było powiedziane. Wiem, że ZUS się chwali 1 mln złożonych wniosków, ale czymże jest 1 mln złożonych wniosków w stosunku do tej liczby, o której się nie dowiemy? Wnioski bowiem nie wpłynęły, ponieważ odradzano, zniechęcano osoby, które potencjalnie mogłyby skorzystać z tego rozwiązania, do tego, by składały wnioski. Słyszały od razu, że to nie ma sensu. Powtórzę raz jeszcze, żeby mnie dobrze usłyszano – że nie ma sensu składać wniosku, ponieważ panu czy pani niestety nie uda się zostać beneficjentem tego rozwiązania.

Zatem, proszę państwa, chcę, żebyście państwo pracujący w Komisji, ale również państwo, którzy reprezentują stronę społeczną i zabierali głos na ostatnim posiedzeniu, wiedzieli, jak to wygląda.

Szanowni państwo, wobec wyczerpania tematu posiedzenia dzisiejszej Komisji stwierdzam, że Komisja zapoznała się z informacją ministra zdrowia na temat opieki hospicyjnej i paliatywnej dotyczącej seniorów. Komisja wnosi o uzupełnienie materiału dotyczącego uwzględnienia seniorów z obszarów wiejskich.

Wobec wyczerpania tematów dzisiejszego posiedzenia zamykam posiedzenie i bardzo dziękuję.