

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ (NR 68)

z dnia 17 czerwca 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej (nr 68)

17 czerwca 2026 r.

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

- **informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów”.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Mariusz Haładyj** prezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Aleksander Jakubowski** zastępca dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Anna Bielawska-Jutrzenka** zastępca dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Małgorzata Michalska** naczelnik Wydziału Zdrowotnej Polityki Senioralnej w Departamencie Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia, **Andrzej Łosiewicz** zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, dr hab. **Marta Podhorecka** profesor uczelni w Katedrze Geriatrii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Bydgoszczy i wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów i prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Krystyna Lewkowicz** stały doradca Komisji.

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

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dzień dobry. Otwieram 68. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Serdecznie witam państwa posłów. Witam również przybyłych gości.

Jest z nami pan Mariusz Haładyj, prezes Najwyższej Izby Kontroli. Zechce się pan pokazać? Bardzo dziękuję. Pan Marcin Wesoły pełni obowiązki dyrektora Śląskiej Delegatury NIK w Katowicach. Pani Anna Kępa-Biraga jest doradcą ekonomicznym, a pan Mariusz Krynke głównym specjalistą kontroli państwowej NIK. Bardzo państwu dziękuję. Teraz po prostu wiem, gdzie ktoś z państwa siedzi. O to też chodziło, żeby państwo nam się pokazali. Pani Anna Bielawska-Jutrzenka jest zastępcą dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej, a pan Andrzej Łosiewicz zastępcą dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Pani Małgorzata Michalska to naczelnik wydziału w Departamencie Równości w Zdrowiu w Ministerstwie Zdrowia. Pan Aleksander Jakubowski jest zastępcą dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Jest z nami również pani Krystyna Lewkowicz, stały doradca Komisji. Witam serdecznie pana Zbigniewa Tomczaka, prezesa Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i przewodniczącego Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, oraz pana Jerzego Płókarza, prezesa Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

Szanowni państwo posłowie, stwierdzam przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia obejmuje rozpatrzenie informacji NIK o wynikach kontroli „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów”. Proszę uprzejmie pana prezesa Mariusza Haładyja o zreferowanie wyników kontroli. Otrzymali państwo wydrukowane materiały. Udzielam panu głosu. Bardzo proszę.

Prezes Najwyższej Izby Kontroli Mariusz Haładyj:

Witam panią przewodniczącą. Dzień dobry państwu. Przede wszystkim dziękuję za zaproszenie na posiedzenie Komisji i za możliwość przedstawienia wyników kontroli. Nasz zespół przedstawiła już pani przewodnicząca, więc nie będę tego powtarzał. Wyniki postaram się zaprezentować możliwie syntetycznie, ale też w taki sposób, żeby pokazać rzeczywiście najważniejsze grupy problemów, które ustaliliśmy w ramach tej kontroli.

Dlaczego podjęliśmy temat chorób neurodegeneracyjnych? Ten temat dotyka kilkuset tysięcy osób w Polsce – przy ostrożnych szacunkach 700 tys. Jest to więc powszechne zagadnienie, a jednocześnie problem, który dotyka nie tylko samych chorych, ale również ich najbliższych i rodzin, a często też tych, którzy po sąsiedzku się nimi opiekują czy ich wspierają. Jest to temat na styku ochrony zdrowia, polityki senioralnej i pomocy społecznej, a nawet bezpieczeństwa, co też w ramach naszej kontroli staraliśmy się pokazać. Nie wiem, czy mogę tak powiedzieć, ale naszą ambicją było ukazanie tego problemu nie z punktu widzenia poszczególnych instytucji, tylko osoby dotkniętej chorobą neurodegeneracyjną i tych osób, które się nią opiekują.

Jak wygląda system? Jak wygląda wsparcie z punktu widzenia osób, które w tej sytuacji się znajdują? Szczególnie na posiedzeniu Komisji nie trzeba dodatkowo uzasadniać, do czego prowadzi choroba Parkinsona czy Alzheimer. Prowadzi do utraty samodzielności przez chorych i jednocześnie rezonuje na sposób funkcjonowania ich najbliższych. Często łączy się to z kosztami finansowymi oraz z takimi rzeczami jak stres i wyczerpanie psychiczne. Ma też oddziaływanie na pracę zawodową.

Podczas kontroli staraliśmy się właśnie odpowiedzieć na pytanie o to, czy państwo stworzyło taki system, który potrafi możliwie wcześniej rozpoznać potrzeby osoby chorej i zapewnić jej właściwą opiekę, a jednocześnie wesprzeć jej opiekuna. Ponieważ to jest temat, o którym można powiedzieć, że funkcjonuje w kilku przestrzeniach, staraliśmy się do niego podejść nie od strony kompetencji ministrów, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji społecznych itd., tylko właśnie od strony osoby, która znajduje się w tej sytuacji.

Referując najważniejsze ustalenia kontroli, pozwolimy sobie powiedzieć o ośmiu głównych grupach problemów. Pierwsza jest kwestia rozproszenia wsparcia. Co wyszło w ramach kontroli? System wsparcia jest nie tylko rozproszony, ale też nie jest wystarczająco skoordynowany. Niestety bardzo duży ciężar ustalania kolejnych kroków i możliwych sposobów wsparcia leży na barkach bliskich osoby, która została taką chorobą dotknięta. To one w pewnym sensie muszą na siebie przejmować część takiej koordynacji. Ci, którzy właśnie starali się – mówiąc nieładnie – przedrzeć przez ten system, musieli często samodzielnie rozpoznawać ścieżkę postępowania, a następnie nią przechodzić – od rozpoznania pierwszych objawów, przez diagnozę, leczenie i pomoc środowiskową, aż po opiekę długoterminową. Takim swoistym – że tak powiem – labiryntem instytucji nazwalismy konieczność rozpoznawania ścieżki możliwego wsparcia. Finalnie stwierdzamy, że brakuje jednego czytelnego mechanizmu koordynacji, który pozwalałby prowadzić chorego i rodzinę, która się nim opiekuje, przez cały proces.

Druga grupa problemów wiąże się z kwestią zbyt późnego rozpoznawania chorób i niewykorzystanego potencjału, chociażby w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli w POZ. Wydaje nam się, że bardzo często jest tak właśnie na tym pierwszym etapie, kiedy możliwe jest wczesne rozpoznanie objawów. Może nie zawsze pozwalałoby to zatrzymać chorobę, ale jednak szybciej zaplanować leczenie, opiekę czy rehabilitację. Wyniki kontroli pokazują, że nie było takiego rozpoznania, które umożliwiłoby wdrożenie opieki. Wstępna ocena geriatryczna często też nie była właściwie dokumentowana. System *de facto* reagował przede wszystkim dopiero wtedy, gdy problem już był zaawansowany, a chory wymagał stałej opieki, bo doszło do znacznego pogorszenia stanu zdrowia czy wręcz zagubienia się osoby starszej. Często następowało to już na wyraźne zgłoszenie samej rodziny.

Trzecią grupą problemową jest ograniczona dostępność specjalistów i usług. Osoba starsza, która często mierzy się z wielochorobowością oraz problemami z poruszaniem się i z zaburzeniami pamięci, nie jest w stanie samodzielnie pokonywać barier organizacyjnych. Jeżeli w pobliżu nie ma poradni geriatrycznej, dziennego centrum wsparcia, usług środowiskowych ani pomocy wytchnieniowej, to faktyczny ciężar opieki spada właśnie na rodzinę.

Czwartą grupą, którą zidentyfikowaliśmy, jest brak celowanego wsparcia jednostek samorządu terytorialnego. Działania, które odnotowaliśmy, były skierowane raczej do seniorów jako pewnej grupy społecznej, ale bez takiego właśnie zindywidualizowania czy też wyodrębnienia

pewnych narzędzi, instrumentów i działań w stosunku do osób, które były dotknięte chorobami neurodegeneracyjnymi. Wymagają one często zupełnie innego wsparcia niż to, czego oczekują osoby, które wchodzi w starszy wiek, natomiast nie mają tego typu problemów.

Piąta grupa kwestii dotyczy wymiaru bezpieczeństwa osób z chorobami neurodegeneracyjnymi i to wręcz fizycznego. Tu znowu problem jest oczywisty. Dotknięci tymi chorobami często po wyjściu z miejsca zamieszkania – nie wiem – mają chociażby kłopoty z powrotem do domu. Wydaje nam się, że – mówiąc już bardziej konkretnie – niewystarczające jest przygotowanie służb porządkowych, choćby policjantów, do kontaktu i do pewnej specyfiki rozmowy z takimi osobami, a to jest konieczne do tego, żeby ustalić ich tożsamość, skontaktować się z opiekunami czy chociażby przeciwdziałać zwykłemu zaginięciu.

Szósta grupa problemów wiąże się już z sytuacją samych opiekunów, co do których właśnie – tak jak powiedziałem na początku – wydaje się, że wsparcie jest na tyle niewystarczające, iż to często na ich barkach leżą kwestie związane nie tylko z opieką, ale też z rozpoznawaniem możliwych instrumentów i ścieżek wsparcia oraz z przechodzeniem przez cały proces. Wiadomo, że opiekunowie robią to często kosztem własnej pracy zawodowej, życia rodzinnego czy odpoczynku. Bez zorganizowanej opieki wytechnicznej, poradnictwa, wsparcia psychologicznego i jasnej informacji, to właśnie najbliżsi stają się filarem systemu opieki nad chorymi.

Przedostatnia grupa problemów jest związana z zarządzaniem informacją. Z naszej kontroli wynika potrzeba lepszego zarządzania informacją, żeby rodzina wiedziała, gdzie może się zgłosić, jakie świadczenia jej przysługują, jakie instytucje są odpowiedzialne za pomoc, jakie dokumenty należy przygotować albo kto może wesprzeć ją w sytuacji pogorszenia stanu chorego.

I ostatnią grupą problemów jest brak – powiedziałbym – precyzyjnego monitoringu sytuacji osób z chorobami neurodegeneracyjnymi i efektów wsparcia albo też identyfikowania problemów w sposób możliwie precyzyjny. Chodzi o to, ile osób uzyskało diagnozę i jaki rodzaj pomocy, a ilu opiekunów skorzystało ze wsparcia. Część informacji, które zostały zebrane w czasie, kiedy przeprowadzaliśmy kontrolę, tak naprawdę była pozyskana w zasadzie w wyniku przeprowadzanej kontroli.

Podsumowując, widzimy duże niedoskonałości tego systemu od diagnozy chorych po wsparcie tych, którzy się nimi opiekują. Nie chcielibyśmy, żeby system opieki państwa – jak bym powiedział – traktował to jako rodzaj prywatnego problemu rodzin osób dotkniętych chorobami, tylko żeby maksymalnie starał się pomagać i prowadzić przez ten proces bądź osoby chore, bądź – jeżeli one same nie są w stanie – osoby najbliższe.

Szczególnie jest to istotne dzisiaj, kiedy mamy problem z procesami demograficznymi. Średnia wieku naszego społeczeństwa wyraźnie się podnosi. Mamy dosyć silnie zidentyfikowany problem depopulacji. Opieka nad osobami starszymi, w tym dotkniętymi chociażby chorobami neurodegeneracyjnymi, staje się więc coraz istotniejszym problemem z punktu widzenia powszechności i istotności tego zjawiska, patrząc na to, ilu procent społeczeństwa być może będzie to w najbliższej przyszłości dotyczyło. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. W pierwszej kolejności tradycyjnie głos zabiorą państwo posłowie. Kto z państwa posłów chciałby zabrać głos w temacie przedstawionej przez pana prezesa informacji?

Witamy panią. Szanowni państwo, dołączyła do nas pani doktor habilitowana Marta Podhorecka, profesor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy. Witamy panią profesor. Cieszę się z pani obecności na posiedzeniu Komisji.

Kto z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani przewodnicząca Alicja Chylicka. Poproszę o zgłaszanie się, żebym mogła zapisywać. Kto z państwa jeszcze się zgłasza?

Posel Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, problem chorób otępiennych dotyczy 10-milionowej rzeszy osób starszych. Często jednak choroba rozpoczyna się przed 60. rokiem życia. Gdyby była wcześniej rozpoznana, to osoba w wieku senioralnym może byłaby już w jakiś sposób zaopiekowana.

Komisja Polityki Senioralnej była w ośrodku rozpoznawania, leczenia i prawidłowego prowadzenia różnych chorób otępiennych w Ścinawie. Jest to wzorcowy ośrodek leczenia choroby

Alzheimera, w którym rzeczywiście są wszystkie narzędzia – poczynając od badań genetycznych i obrazowych, poprzez badania substancji, które się odkładają w mózgu w chorobie Alzheimera, po różnicowanie z innymi chorobami. Widzieliśmy tam chorych, którzy wyglądali bardzo dobrze, radzili sobie sami, wychodzili stamtąd podczas naszego pobytu. Jedna pani opuszczała ten ośrodek samodzielnie. Czekala, aż ktoś tam po nią przyjedzie, ale sama się spakowała.

Szybka diagnostyka jest bardzo ważna w prawidłowym prowadzeniu chorób otępiennych. Pani profesor na pewno mnie w tym poprze. Tak naprawdę im szybciej takie schorzenie się rozpozna, tym łatwiej będzie zabezpieczyć byt osoby chorej oraz całej jej rodziny. Musimy popatrzyć na to, że w tej chwili mamy w Polsce 7 mln dzieci do 18. roku życia i 10 mln emerytów. Cała reszta – pod warunkiem, że jest zdrowa – musi pracować, bo te proporcje się zmniejszają. A posiadanie w rodzinie osoby z demencją, szczególnie w ciężkim stopniu, powoduje, że sytuacja staje się podobna do tej, gdy np. dziecko zachoruje na nowotwór i jeden rodzic musi zrezygnować z pracy. Tak naprawdę to samo powinno być w chorobie otępiennej, szczególnie zaawansowanej, a najczęściej tak nie jest. To jest cierpienie i tej osoby, i całej rodziny.

Dlatego ten raport jest bezcenny, aczkolwiek najważniejsze byłyby kroki, ażeby np. ośrodków leczenia Alzheimera i chorób otępiennych w Polsce było dużo więcej, bo liczby wskazują na to, że taka jest potrzeba. To, co w tej chwili mamy, jest kroplą w morzu potrzeb. Zdecydowanie za późno rozpoznajemy choroby, a możliwości są duże. Wystarczy zrobić badania genetyczne, które pokazują prawdopodobieństwo tego, że coś się może rozwinąć. Te osoby można już wtedy wziąć pod lupę. Od razu w POZ można przeprowadzać badania poszerzone. Według mnie tego typu badania w kierunku choroby Alzheimera powinny znaleźć się wśród badań dla osób w wieku senioralnym od lat 60. Nie mówię już o tym, gdy pojawiają się jakieś objawy, ale nawet w okresie bezobjawowym, dlatego że bezcenne byłoby niedopuszczenie do takiej sytuacji, w której sam człowiek sobie kompletnie nie radzi. Mam nadzieję, że wnioski, jakie płyną z tego raportu, zostaną wdrożone.

Zdecydowanie za mało jest edukacji. Nie wiem, ale to chyba pytanie do panów. Czy brali panowie pod uwagę, że tak naprawdę brak jest edukacji skierowanej do nas wszystkich, a więc osób, które jeszcze nie mają demencji, że coś takiego każdego z nas może dotknąć i trzeba to zdiagnozować? Potrzebna jest w tej chwili zmasowana akcja, bo ośrodków, gdzie można oddać chorego, jest za mało. To jest po prostu tragedia i nieszczęście. Można jeszcze iść drugą drogą, czyli budować ośrodek za ośrodkiem, zakładając – z tego, co mówi nauka – ilu będzie chorych, więc jest naprawdę bardzo...

Prowadzę podkomisję do spraw zdrowia osób w wieku senioralnym. Z obrad tej podkomisji wynika, że wśród chorób wieku senioralnego do najgorszych należą choroby otępienne. Można powiedzieć, że w sumie są też najgorzej zaopiekowane *en masse*. To nie znaczy, że nie dokonał się postęp, bo on się dokonał. Jest genetyka i są przeciwciała, chociaż drogie, ale jedno z nich, bodaj lecanemab, jest już refundowane. Tak więc można coś robić, tylko że ludzie tego nie wiedzą, nie idą i nie diagnozują się. O ile wiem, choć pewnie pani mnie poprawi albo i nie, na pierwszej linii nie ma czegoś takiego, żeby przymusić, czyli w jakiś pakiet badań w wieku senioralnym wpiąć badanie w kierunku początków choroby otępiennej czy jakichkolwiek jej sygnałów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Iwona Kozłowska.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, oczywiście powtórzę to, co mówiła pani profesor Chybicka.

Ten raport jest niezmiernie ważny i istotny dla naszej wiedzy w kontekście działań, które posłowie na Sejm powinni rozpocząć czy kontynuować. Natomiast trudno mi analizować raport tylko przez pryzmat Ministerstwa Zdrowia, ponieważ opieka nad osobami starszymi i ich wsparcie dotyczą również polityki społecznej, czyli Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Trudno wspierać starszych, pomagać osobom starszym i ich rodzinom, jeżeli nie jest to aspekt międzyresortowy, na co zresztą często zwracam uwagę i o co proszę, aby doszło do współpracy między jednym i drugim ministerstwem, bo w tej chwili to się bardzo mocno zazębia.

Podam przykład domów pomocy społecznej, które podlegają MRPiPS, natomiast nie podlegają MZ. Jest ogromny problem pod kątem opieki nad mieszkańcami DPS. Mamy różne choroby,

ale mamy również opiekę wspierającą w zakresie żywienia, pobytu, całości życia codziennego i zapewnienia godności tym osobom, które tam przebywają. To jest taki jaskrawy przykład.

Natomiast chciałam zapytać o to, czy badanie zostało przeprowadzone tylko przez MZ, czy kontrolowali państwo również konkretne jednostki, które zgodnie ze swoją działalnością powinny zaopiekować się właśnie osobami starszymi. Myślę tutaj o POZ i o oddziałach geriatrycznych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Są tutaj w materiale...

Posel Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dobrze, ale chciałabym zapytać, czy to były bezpośrednie kontrole, czy przez pryzmat danych, które posiada MZ. Czy to były wyjazdy i zapoznanie się z działalnością konkretnych placówek, a jeżeli tak, to w ilu placówkach kontrola została przeprowadzona?

Czy raport dotyczy również MRPiPS, czyli danych tego resortu? Jak wygląda wsparcie osób starszych? Chodzi o to, co zresztą pan wymieniał – powrót do domu po diagnozie i po pobycie w szpitalu, wsparcie i opieka wytchnieniowa dla rodzin i osób opiekujących się chorymi. Jakie są dane dotyczące opieki formalnej i nieformalnej? Przecież to jest jednocześnie i pomoc społeczna, i zdrowie. Jeżeli chodzi o opiekę nieformalną, to są rodziny, natomiast w przypadku opieki formalnej mamy nie tylko pielęgniarzy środowiskowe, ale również i opiekunów, którzy działają na zlecenie ośrodków pomocy społecznej.

Prosiłabym więc o odpowiedź na nurtujące mnie pytania o połączenie pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję. Czy zgłasza się jeszcze ktoś z państwa posłów? Nie widzę. W takim razie pozwolę sobie na to...

Posel Iwona Maria Kozłowska (KO):

Widzę zgłoszenia.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Ale posłowie najpierw, pani przewodnicząca. Strona społeczna za chwilę.

Pozwolę sobie również zabrać głos. Panie prezesie, bardzo dziękuję za przedstawienie nam raportu. Ten raport jest zasmucający. W mojej ocenie to ogromne wezwanie do podjęcia konkretnych działań. Pan prezes wskazał trzy ważne aspekty. Oczywiście było ich więcej, ale chodzi o takie główne, na które zwróciłam uwagę.

W raporcie jest mowa o rozproszeniu wsparcia i o braku przepływu informacji pomiędzy resortami. Widać to niestety na bieżąco, jeśli chodzi o różne inne zagadnienia i obszary, że nie ma tej współpracy. Przerzucanie wsparcia na osoby najbliższe, czyli na opiekunów nieformalnych, niestety jest dotkliwie. Problemem jest dostęp do diagnozy.

Pani przewodnicząca Chylicka faktycznie mówiła o tych działaniach, ale powiem tak... Pani przewodnicząca, to, o czym pani powiedziała, to jest sfera marzeń. Tak, też bardzo bym tego chciała. Bardzo ważna i cenna była właśnie wizyta w Ścinawie, którą odbyliśmy z Komisją w październiku ubiegłego roku, ale dziś to jest naprawdę obszar – że tak powiem – pobożnych życzeń. Oby one się spełniły, a przynajmniej ich część.

Trochę jestem też zmartwiona podaniem tego pomysłu czy konkluzji o budowaniu ośrodków, do których można oddać chorego. Myślę, że najpierw trzeba bardzo mocno wesprzeć rodzinę, bo nie chodzi o to, żeby budować ośrodki i oddawać bliskich, tylko o to, żeby rodzina jak najdłużej mogła zaopiekować się tym bliskim w miejscu jego zamieszkania.

Muszę o tym powiedzieć, odwołując się do własnego przykładu. Na bieżąco opiekuję się dwójką moich rodziców. Tato z rozwijającą się chorobą otępienną – 94 lata, mama – 93 lata. Proszę państwa, nie mamy żadnej pomocy. Żadnej pomocy. Jeśli mam czekać, mając skierowanie na cito... Dzwonię i co słyszę? Nie przedstawiałam się z nazwiska, żeby to było jasne, ani nie mówiłam, że jestem posłem. Zadzwoń i powiedz, że mam skierowanie dla seniora. Podałam numer skierowania. Co usłyszałam? Cytuję: „Kochaniutka, zadzwoń może dopiero gdzieś tak we wrześniu, może w październiku, bo nam się kończy kontrakt i nie wiemy, czy w ogóle będziemy mieli tutaj specjalistę”. Koniec cytatu. Aż chciało się powiedzieć: „Szanowna pani, ale pacjent nie ma czasu”. Rozumiem, że nikt, kto jest chory, nie ma czasu,

ale jeśli do tego się doda się wiek powyżej 90 lat, czyli wiek sędziwy, to ten pacjent naprawdę nie ma czasu. Jeśli mamy diagnozować seniora w tym wieku, przychodzi nam po prostu robić to na własną rękę, więc oczywiście tato jest umówiony na badanie. Całe szczęście, że mogą sobie na to pozwolić. Ale ilu Polaków nie może na to sobie pozwolić? Ile osób pozostaje bez diagnozy? Ile osób leczy się wyłącznie prywatnie?

Szanowni państwo, dostępność diagnozy jest kwestią kluczową, jak i wsparcie rodzin w opiece nad tymi osobami, u których choroba się dopiero rozwija. Rozumiem, że ośrodki są dedykowane osobom, które po prostu stanowią już zagrożenie same dla siebie, bo i takie są objawy choroby otępiennej, z którymi bliscy nie są w stanie poradzić sobie w ciągu doby. Natomiast chodzi o chorych, u których choroba się rozwija, a nie można im pomóc, bo dopóki nie przejdą badań, to nie wiadomo, na jakim to jest etapie.

Proszę państwa, zwracam uwagę na pewien dokument. Na stronie 33 raportu czytamy o „Krajowym programie działań wobec chorób otępiennych, polityce publicznej do roku 2030”, który został uchwalony przez Radę Ministrów 11 grudnia 2025 r. „Przyjęty program zawierał: diagnozę, cel główny, cele szczegółowe, rezultaty” – rozumiem, że prognozowane rezultaty – „oraz działania służące ich realizacji, terminy tych działań, zasady jego monitorowania, podmioty odpowiedzialne za koordynację i wskazywał siedem głównych obszarów działania”. Te obszary działania podali państwo w przypisach. Chcę zwrócić uwagę na obszar pierwszy. Mówiła o tym pani przewodnicząca Chybicka. Chodzi o „zwiększenie świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat chorób otępiennych, w tym ich przyczyn, objawów, znaczenia wczesnej diagnozy, a także kształtowanie wspierających postaw wobec chorych i ich bliskich”. Obszar drugi obejmuje „zmniejszanie ryzyka zachorowania”. Diagnoza musi być wczesna, jeśli mamy zmniejszyć ryzyko zachorowania. Tu w ogóle musi być diagnoza, tak? Wiedzą państwo, jakie są terminy. Trzeci obszar to „wsparcie wczesnej diagnostyki”. Znowu mamy obszar dotyczący diagnozy. Czwarty obszar to „leczenie, opieka i wsparcie dla osób chorych, dla którego celem szczegółowym było zwiększenie dostępu do leczenia i opieki na każdym z etapów chorób otępiennych dla osób chorych”. Nie będę czytała wszystkich. Czytam te, które są najistotniejsze.

Mam pytanie do przedstawiciela Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Na jakim jesteście etapie realizacji tego programu? Rozumiem, że za jego wdrożenie zabrali się państwo błyskawicznie. Chciałabym poznać przede wszystkim działania służące realizacji programu. Bardzo interesują mnie terminy działań. Jak państwo je sobie zaplanowali? Oczywiście oczekuję odpowiedzi dzisiaj, ale także i na piśmie, bo to jest niezwykle istotne. Skoro ten program został uchwalony, to rozumiem, że on funkcjonuje. Na jakim etapie w tej chwili znajduje się jego realizacja? To póki co na tyle.

Jeśli nie ma zgłoszeń ze strony posłów, to bardzo proszę stronę społeczną. Pan Jerzy Piókarz z KSR SSR. Tak, już zapisuję kolejkę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Piókarz:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, mam pytanie do panów z NIK. Czy w ramach kontroli żądają państwo od administracji rządowej pokazania uwag, które płyną choćby z organizacji społecznych, jak i zastrzeżeń co do sposobu wykorzystywania środków?

Podam to na przykładzie. Kontrolą objęli państwo program „Korpus wsparcia seniorów”. W ocenie naszej organizacji treść tego programu rażąco narusza interes społeczny oraz przepisy ustawy o finansach publicznych, m.in. art. 162 i 254, jak i ustawy – Prawo zamówień publicznych, m.in. art. 17 ust. 1 pkt 2, które obligują do racjonalnego wydatkowania środków publicznych i uzyskania najlepszych efektów zamówienia, w tym społecznych, środowiskowych i gospodarczych. Powoduje to istotne straty dla Skarbu Państwa, ale i dla seniorów.

Treść tego programu obliguje gminy chcące z niego korzystać do zakupu urządzeń bezpieczeństwa, koniecznie wraz z systemem obsługi wezwań pomocy. Powszechnie znany jest tymczasem fakt, że zakup urządzeń bezpieczeństwa, o których mowa w przedmiotowym programie, w firmach elektronicznych jest o wiele tańszy niż zakup takich samych urządzeń w firmach tzw. teleopieki. W poprzednich latach takie zapisy programu doprowadziły do tego, że gminy zakupiły tzw. opaski, które były nieprofesjonalne, za cenę śmiesznie ileś razy wyższą.

Dalej zapisy programu uniemożliwiają zlecenie obsługi takim operatorom jak np. organizacje społeczne, które nie prowadzą sprzedaży urządzeń, nie handlują nimi, lecz zajmują się tylko niesieniem pomocy seniorom i reakcją na sygnały wezwania pomocy z różnego rodzaju

urządzeń, nie tylko tych zakupionych w teleopiece za wielokrotnie wyższą cenę niż powszechnie występująca na rynku. Koszt takiego zlecenia jest wielokrotnie niższy. Tym samym programem można byłoby objąć dosłownie setki razy więcej osób, niż to wynika z przeprowadzonej przez państwa kontroli. Stwierdzili państwo, że średnio w gminie około 100 osób jest tym objętych, a my za 1/10 tych kosztów jesteśmy w stanie objąć tysiące osób w każdej gminie. Jest to więc dla mnie zupełny skandal.

Ba, dalej zapisy tego programu wykluczają możliwość objęcia nim olbrzymiej rzeszy – wielu tysięcy, dziesiątek, a nawet setek tysięcy – seniorów, którzy mają własne urządzenia do wzywania pomocy, np. telefon z przyciskiem SOS. Nie trzeba wydawać olbrzymich pieniędzy, bo wystarczy to włączyć do systemu opieki. Jest to kolejna rażąca niegospodarność w sytuacji, gdy senior posiada już swoje urządzenie, więc nie trzeba go kupować. W naszej ocenie seniorzy wiele tracą. Olbrzymie środki publiczne są marnowane i to na dodatek w sposób niebezpieczny dla seniorów, bo zalecenia... Zwracaliśmy uwagę, że z punktu widzenia ratownictwa pewne zalecenia wystawiane przez ministerstwo są wręcz niebezpieczne dla seniorów. Za te pieniądze można by zrobić dla nich dużo dobrego.

To prośba o zainteresowanie się właśnie tego typu aspektami. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani Krystyna Lewkowicz. Przygotuje się pan Zbigniew Tomczak.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, pacjent z chorobami otępiennymi generalnie jest pacjentem bardzo trudnym, ponieważ wymaga on nie tylko fachowej opieki medycznej, ale po prostu zwykłego nadzoru przez 24 godziny na dobę. Mówili o tym zresztą i pani przewodnicząca, i pan prezes. Są to osoby o nieprzewidywalnych reakcjach, bowiem czasem odkręcają gaz albo wodę, czasem uciekają z domu itd. W związku z tym konieczna jest nie tylko opieka, ale przede wszystkim 24-godzinny nadzór.

Rodziny generalnie sobie z tym nie radzą, nawet jeżeli poświęcają na to dużo czasu i empatii. Jednocześnie standardem jest sytuacja, w której osobą starszą z chorobami otępiennymi opiekuje się inna osoba starsza, np. współmałżonek czy dziecko będące już w zaawansowanym wieku – powiedzmy – 70 lat. Zatem po pierwsze, opiekun chorego nie jest profesjonalnym opiekunem, choćby działał z wielkim poświęceniem, a jednocześnie obciążony jest on własnymi dysfunkcjami zdrowotnymi, czasem psychicznymi, w związku z czym jest to opieka absolutnie nieprofesjonalna.

Dlaczego tak się dzieje? Mówimy o tym przy różnych okazjach, dlatego że na rynku nie ma fachowych opiekunów osób starszych, szczególnie właśnie przy takich specjalistycznych chorobach, bowiem jest to zawód bardzo trudny, niewdzięczny, odpowiedzialny, no i niestety słabo płatny. Mówiliśmy o tym przy bonie senioralnym, gdzie stawka dla opiekuna osoby starszej wynosiła 50 zł brutto, a do tego była jeszcze obciążona własnym dojazdem. Mówiliśmy o tym przy asystencji osobistej. Ten temat wciąż jest aktualny.

Przy opiece nad chorymi z chorobami otępiennymi dochodzi jeszcze jeden aspekt. Nie tylko nie ma opiekunów na rynku, ale nie ma w ogóle systemu kształcenia, bo ani szkoły medyczne i pielęgniarские oraz zakłady doskonalenia zawodowego, czyli ZDZ, które mają prawo wydawać tytuły zawodowe, nie prowadzą takich kursów, ani szkoły opiekunów medycznych nie prowadzą takiego fakultetu jak opiekun osoby starszej, zwłaszcza z chorobami otępiennymi. Krótko mówiąc, cały system, który tutaj jest tworzony, choć dobrze, że jest tworzony, gdzieś na etapie realizacji będzie się rozbił o to, że przyznane bony czy świadczenia dla osoby starszej nie będą zrealizowane, dlatego że nie będzie komu ich zlecić i nie będzie miał ich kto wykonywać.

Jednocześnie, proszę państwa, koszty opieki nad chorymi z chorobami otępiennymi w ośrodkach specjalistycznych rosną w sposób niezwykle szybki. To są już kwoty powyżej 10 tys. zł na osobę. W związku z tym, żeby trochę tych pieniędzy ściągnąć z rynku, bardzo nasiliły się działania alimentacyjne. Ośrodki specjalistyczne zwracają się do rodzin z żądaniem partycypowania w kosztach. Na ogół rodziny nie mają takich środków czy też nie chcą partycypować w tych kosztach, stąd problem zatacza koło, bo chory pozostaje bez należytej opieki w domu.

Myślę, proszę państwa, że pan bardzo trafnie przedstawił ten problem, nie przez pryzmat jednostek, co do których zastrzeżenia są sformułowane na prawie wszystkich szczeblach, bo odnoszą się one i do MRPiPS, i do MZ, i do Narodowego Funduszu Zdrowia, i do lekarzy

POZ, a nawet i do organizacji pozarządowych, którym wytykano jakieś niedoskonałości w działaniu, bo one również okazjonalnie były przez państwa kontrolowane.

Natomiast oprócz negatywnych przykładów, które należy punktować, wzywając do poprawy, trzeba również szukać rozwiązań kompleksowych. Takim rozwiązaniem na wszystkich szczeblach, począwszy od przedszkola, byłyby kampanie społeczne uczące empatii i wyrozumiałości dla osób starszych. Tego nie ma.

Proszę państwa, znamy przykłady organizacji pozarządowych, które nawiązywały kontakty z zakładami karnymi, gdzie przestępcy skazani za jakieś tam drobne przewinienia – czy drogowe, czy jakieś inne – w ramach resocjalizacji pełnili dyżury w domach ludzi dotkniętych obowiązkiem opieki nad osobami starszymi. Oczywiście to nie muszą być od razu medycy. Nie muszą mieć kwalifikacji. Wystarczy, że ktoś będzie w domu. Może pójdzie na spacer z osobą starszą, zagra z nią w chińczyka albo zrobi cokolwiek innego, co umie i może, a już to będzie znakiem oddechem czy wytchnieniem dla osoby, która na co dzień musi się opiekować chorym.

Z własnego doświadczenia również mogę powiedzieć, że osoba chora na chorobę otępienną czasem staje się niezwykle uciążliwym pacjentem, bo nie tylko wymaga stałej opieki, ale np. wzywa wszelkie możliwe służby – straż pożarną, policjantów, opiekę społeczną – twierdząc, że dzieje jej się krzywda, że jest bita, głodzona itd. Przez dom przetaczają się niezliczone kontrole i inspekcje. Dochodzi do spisywania protokołów i badania dokumentacji medycznej. To jest dla rodziny po prostu niezwykle dotkliwe – nie tylko sama opieka, ale i te uboczne następstwa.

W związku z tym myślę, że tutaj naprawdę potrzebne są jakieś zmasowane działania na wszystkich szczeblach. Chodzi zarówno o działania w zakresie edukacji, począwszy już od bardzo młodych ludzi, a skończywszy na seniorach, jak również o sięganie po wszystkie dobre przykłady przynajmniej częściowych rozwiązań, choćby w zakresie ulgi dla tych osób, które muszą się opiekować chorymi.

Natomiast po zapoznaniu się z tym raportem sugerowałabym Komisji, żeby jednak za jakiś czas poprosiła o informację, jak zalecenia pokontrolne NIK zostały wykonane. Oczywiście pan przedstawił to bardzo trafnie przez pryzmat problemów, ale raport dotyczy kontroli w konkretnych jednostkach – w MZ, w MRPiPS itd. Po każdej kontroli NIK pojawiają się zalecenia pokontrolne, na które dana jednostka ma obowiązek zareagować i poinformować izbę o podjętych działaniach czy też jakichś procesach naprawczych, prawda? Tak więc myślę, że za jakiś czas dobrze byłoby spotkać się jeszcze z przedstawicielami NIK, żeby nam powiedzieli, co się zmieniło i jak na państwa zalecenia zareagowały te jednostki, które były kontrolowane. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pan Zbigniew Tomczak, a za chwilę pani Marta Podhorecka.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, dziękuję panu prezesowi za bardzo trafne wprowadzenie. Pamiętam raport sprzed 10 lat. Miałem przyjemność być u państwa wtedy, gdy omawialiśmy raport z 2016 r. Ciągnąc myśl pani Krystyny Lewkowicz, powiem, że z mojego punktu widzenia – a przez lata byłem również opiekunem osoby z chorobą Alzheimera – od tamtego raportu bardzo niewiele się zmieniło. Przybył nam krajowy program, ale jest on w tej chwili na papierze, bo jeszcze nie afektuje na życie codzienne opiekunów.

Na poparcie tego, co mówił pan prezes, przeczytałem trzy krótkie maile od pacjentów, a w zasadzie od ich opiekunów, którzy przysłali swoje zapytania do mojej organizacji.

Pierwsza wiadomość: „Moja teściowa ma prawdopodobnie niezdiagnozowanego Alzheimera. Nie wiem, od czego zacząć, żeby ją zdiagnozować. Mąż i teść średnio się angażują, muszę więc sama się tym zainteresować. Proszę o wskazanie kierunku, w jakim powinnam się udać”.

Drugi mail: „Bardzo proszę o wskazówki, gdzie i w jaki sposób mogę skorzystać z praktycznej pomocy w przypadku rodzica z głęboką demencją. Czy istnieje możliwość szybszego uzyskania opieki ze strony DPS lub innych form pomocy?”.

Trzeci mail: „Od około 5 lat zmagam się z chorobą mojej mamy. Wszystkie objawy wskazują na demencję. Nie jestem lekarzem. Oficjalna diagnoza nie została postawiona ze względu na upór mamy”. Tu zauważę, że przypadki, gdy chorzy nie chcą dać sobie pomóc i się zdiagnozować, są bardzo częste. „Mama nie zgadza się na interwencję lekarza, bo uważa, że wszystko jest w porządku. Czy są państwo w stanie nakierować mnie na odpowiednie działania lub polecić, do kogo lub do jakiej instytucji zwrócić się z tym problemem? Chcę pomóc mamie,

bo wiem, że jest chora, a przez to swojemu rodzeństwu i sobie samej. Nie wiem, od czego zacząć”. Tego typu maile bardzo często się powtarzają.

Poprzedni raport z 2016 r. wskazywał, że brak jest dostatecznego wsparcia ze strony państwa. Według 60% ankietowanych chorzy i ich opiekunowie byli pozostawieni samym sobie. Dzisiaj jest to samo. Nic się nie zmieniło. Oświadczam to państwu. „W ramach funkcjonującego w Polsce systemu opieki zdrowotnej nie stworzono narzędzi do skutecznego rozwiązywania problemów chorych”. To jest wniosek z poprzedniego raportu sprzed 10 lat. Nic się nie zmieniło. W ramach systemu opieki społecznej chorzy korzystali ze standardowych narzędzi, a nie specyficznych, dedykowanych im, tak jak państwo zwracali na to uwagę. W tym zakresie też nic się nie zmieniło. Tak więc mamy tu jasne stanowisko. Chorzy i opiekunowie nadal są zdani na własne siły w poszukiwaniu adekwatnej opieki zdrowotnej oraz socjalnej.

Chciałem tutaj nawiązać do przypadku Ścinawy. Proszę państwa, w Ścinawie mamy około 120 pacjentów. Na chorobę Alzheimera według różnych źródeł może chorować ponad 400 tys. osób. O czym tu mówimy? Większość naszych chorych przebywa w domu. To domom powinna być dedykowana energia wszystkich państwa, tzn. resortów zdrowia i rodziny, samorządów, wszystkich udziałowców itd.

Działania MRPiPS nie uwzględniały rozwiązań specyficznych dla chorych na chorobę Alzheimera. Lekarze POZ nie dokonywali oceny stanu funkcji poznawczych. Jest to wielka plama. Brak współpracy...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam. Jeśli mogę tylko wejść w słowo, to powiem, że oceny funkcji poznawczych danej osoby może dokonać psycholog. To jest ogromny problem, dlatego że trzeba poszukać psychologa, który wykonuje krótką skalę oceny stanu umysłowego, czyli test *MMSE*. Natomiast bardzo mało osób wykonuje tego typu badania u osób starszych, w tym chorych na choroby otępienne, bo generalnie psychologowie w zdecydowanej większości, właściwie miazdzącej, są ukierunkowani na terapię dzieci i młodzieży. Dlatego jest to duży problem. Nawet jeśli posiada się skierowanie z NFZ, to nie ma takiej możliwości, bo to są badania wykonywane w gabinetach prywatnych. Konia z rzędem temu, kto potrafi znaleźć taką osobę, a potem po prostu trzeba zapłacić. Jeśli kogoś nie stać, to tego nie robi. Przepraszam, panie Zbigniewie.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Dodam do tego, że *mini-mental state examination* jest testem nadzwyczaj prostym i możliwym do wdrożenia, tylko trzeba chcieć.

Ocena, że chorzy i ich opiekunowie są pozostawieni bez wsparcia, w 2016 r. była na poziomie 59%, a w 2024 r. to jest 76%, więc jedziemy w dół.

W 2018 r. Rada Ministrów zobowiązała resorty zdrowia i rodziny do opracowania programu dla osób starszych. Nie wykonano tych działań. Dopiero w grudniu 2025 r. ukazał się krajowy program. W konsekwencji osoby starsze z chorobą Alzheimera i chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunowie powinni... Przepraszam. „Instrumenty w zakresie pomocy społecznej nie miały charakteru systemowego” itd.

Porównując badania NIK z lat 2016 i 2024, widzimy, że w 2016 r. szereg wskaźników był korzystniejszy. W 2016 r. 67% ankietowanych uważało, że choroba Alzheimera jest poważnym problemem, a w 2024 r. było ich 83%, więc to nam się pogarsza. Wydłużył się również proces diagnozy, do czego pani przewodnicząca już tutaj nawiązywała. Sytuacja materialna też pogorszyła się o 8 punktów procentowych. Prośba o poprawę, bo według mnie jest błąd na stronie 36. Koszt jednostkowy wynosi 2048 zł, a nie 2 000 048 zł.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nie opracowało rozwiązań systemowych skierowanych do osób starszych. Zdaniem tego ministerstwa nie znajduje to uzasadnienia. Wspieranie przez państwo następuje dopiero wtedy, gdy rodziny wykorzystają własne zasoby.

Mam pytanie do MZ. Na jakim etapie jest praktyczne wdrożenie krajowego programu? Jaki jest przewidziany udział organizacji alzheimerowskich?

Chciałbym dodać, że ustawa o asystencji osobistej całkowicie pominęła osoby z chorobą Alzheimera, ponieważ zwykle diagnoza dokonywana jest za późno, to znaczy po 65. roku życia, a takie przypadki nie kwalifikują się do asystencji osobistej. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie Zbigniewie, ustawa o asystencji osób z niepełnosprawnościami pominęła seniorów powyżej 65. roku życia. Nie wiem, czy państwo wiedzą o tym, że jutro rozpoczynamy kolejny dzień procedowania projektu ustawy. Przez 6 miesięcy pracowała nad nim podkomisja. To był zespół składający się z posłów wszystkich formacji zasiadających w Komisji Polityki Społecznej i Rodziny. Na poprzednim posiedzeniu Sejmu sprawozdanie z półrocznej pracy tego zespołu zostało skierowane do Komisji. Na 122 artykuły, bo tyle liczy projekt ustawy, w dniu rozpoczęcia prac przyniesiono druk zawierający 105 poprawek, więc tak naprawdę po półrocznej pracy podkomisji jest to na nowo napisany projekt. Nie wiemy też dokładnie, czego jutro możemy się spodziewać, bo być może będzie bardzo podobna sytuacja. Mimo wielokrotnych próśb posłów, także moich, jak i zwracania uwagi przeze mnie jako przewodniczącą Komisji, niestety ten zapis, który pomija seniorów w wieku powyżej 65 lat, czyli wyklucza ich z dostępu do asystencji dla osób z niepełnosprawnościami, nie został zmieniony. Ten aspekt, na który pan zwrócił uwagę, jest niezwykle istotny.

Bardzo proszę, bo o głos prosiła pani profesor Marta Podhorecka. Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Marta Podhorecka:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję za podzielenie się raportem i za dzisiejsze spotkanie. Raport ten potwierdza obserwacje wielu medyków. Będę mówiła dzisiaj z poziomu jakby kilku stron czy widzów tego systemu.

Po pierwsze pani profesor powiedziała o diagnozie. Właśnie ona jest pierwszym i najtrudniejszym momentem dla pacjenta. Można powiedzieć, że człowiek i jego rodzina bardzo często stają przed wyrokiem. Niestety nie mamy efektywnej, kompleksowej opieki od początku choroby i od diagnozy. Myślę tutaj o profilaktyce wtórnej i o spowolnieniu tych chorób, bo mamy narzędzia, żeby je spowolnić, a przede wszystkim o wsparciu pacjenta i jego rodziny.

Drugą kwestią jest brak badań przesiewowych. Oczywiście marzeniem jest to, aby cała populacja powyżej 60. roku życia była przebadana, ale chodzi o to, byśmy mogli zacząć chociażby od osób z grupy ryzyka. Jest na to pomysł, ponieważ w ramach leczenia szpitalnego na oddziałach geriatry przeprowadza się tzw. kompleksową ocenę geriatryczną. Na razie jest ona wykonywana wyłącznie w warunkach szpitalnych, ale według mnie ocenę psychologiczną czy fizjoterapeutyczną bez problemu można byłoby włączyć w działania ambulatorium lub POZ.

Teraz trzecia rzecz. Szanowni państwo, wydaje mi się, że powinniśmy też zmienić cel opieki nad osobami z chorobami neurodegeneracyjnymi, ponieważ w dyskusji bardzo często mówimy od razu o świadczeniach opiekuńczych i o organizacji systemu. Tymczasem z perspektywy pacjenta i jego rodziny najważniejsze jest to, przez jaki czas chory zachowa samodzielność.

Dziś mam również możliwość reprezentowania Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Jest to samorząd zawodowy, który zrzesza 80 tys. fizjoterapeutów. Od dwóch tygodni mogę do państwa mówić w jej imieniu, ponieważ jestem wiceprezesem tego samorządu.

Chciałabym podkreślić, że dla chorego ogromne znaczenie mają właśnie możliwości samodzielnego poruszania się, wykonywania codziennych czynności, kontaktu z bliskimi i funkcjonowania w swoim środowisku. Dlatego wydaje mi się, że nadrzędnym celem systemu powinno być włączenie w organizowanie opieki i w działania opiekuńcze pracy nad tym, żeby jak najdłużej utrzymać samodzielność chorego. Jednym z takich działań jest np. fizjoterapia.

Proszę państwa, chciałabym też podkreślić, że fizjoterapia w leczeniu chorób neurodegeneracyjnych to nie jest wyłącznie terapia ruchowa. Światowa Organizacja Zdrowia i wiele wytycznych wskazują, że świadczenia fizjoterapeutyczne są jednymi z najważniejszych elementów, które zmniejszają ryzyko pogorszenia funkcji poznawczych i rozwoju chorób demencyjnych. Jest bardzo duże spektrum badań, które pokazują, że aktywność ruchowa wpływa korzystnie na pamięć i uwagę, funkcje wykonawcze i codzienne funkcjonowanie.

Mogę też powiedzieć, szanowni państwo, że my jako medycy bardzo byśmy chcieli działać zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Uważamy, że każda osoba, która ma rozpoznaną chorobę neurodegeneracyjną, powinna mieć zapewniony dostęp do ciągłej i kompleksowej fizjoterapii od momentu postawienia diagnozy.

Czwarta rzecz. Fizjoterapia domowa ma tu ogromne znaczenie, ponieważ pacjent w toku całej choroby zaczyna coraz więcej czasu spędzać w warunkach domowych. Najczęściej właśnie tam dochodzi do utraty sprawności, do upadków i do ograniczenia aktywności, ale też

i do narastania zależności od opiekunów. Dla wielu osób z chorobami demencyjnymi możliwość dotarcia do placówki rehabilitacyjnej staje się niemożliwa. Fizjoterapeuci właśnie w warunkach domowych mogą najskuteczniej wspierać utrzymanie samodzielności chorego. W wielu przypadkach to fizjoterapia czy generalnie opieka domowa może wydłużyć okres bezpiecznego funkcjonowania pacjenta we własnym środowisku, opóźniając konieczność korzystania z placówki całodobowej. Dlatego fizjoterapia domowa powinna być również postrzegana nie jako koszt, ale jako inwestycja w system.

I ostatnia myśl. Nie ma dobrej opieki bez ludzi, którzy ją realizują. Myśląc o opiece długoterminowej, chciałabym tutaj wspomnieć o zawodach medycznych, których przedstawiciele wykonują świadczenia zdrowotne w domach pomocy społecznej i innych placówkach opiekuńczych. Chciałabym podkreślić, że fizjoterapeuta pracujący w DPS nadal realizuje świadczenie zdrowotne w systemie państwowym. Medyk w DPS nie przestaje być medykiem tylko dlatego, że zmienił się resort, który jest odpowiedzialny za jego wynagrodzenie. Widzimy już bardzo duży odpływ kadry medyków z systemu pomocy społecznej właśnie na skutek braku regulacji systemowych np. w zakresie wynagrodzenia.

Jeszcze tylko coś dopowiem odnośnie do informacji pani przewodniczącej. Tak, w Polsce wykorzystujemy głównie test *mini-mental*, czyli MMSE. Jest to bardzo dobry test. Szanowni państwo, ale są też skale, które coraz szerzej wchodzi do praktyki na Zachodzie. To jest np. montrealaska skala oceny funkcji poznawczych, czyli test *MoCA*, który większość z państw zaczyna uznawać za standard.

Odnosnie do testów powiem jednak, że w innych krajach medycy zaczynają być szkoleni, aby umieli wykonać testy przesiewowe. Chodzi właśnie o to, aby skrócić drogę diagnozy pacjenta. Myślę, że dla nas byłoby to też dobre rozwiązanie. Swoich studentów uczę robienia tych testów, choć na razie im je pokazuję, wiedząc, że może kiedyś będą zobligowani do tego, aby np. w gabinecie fizjoterapeutycznym wykonywać przesiewowy test na ocenę funkcji poznawczych i odesłać pacjenta po diagnozę.

Szanowni państwo, jako Krajowa Izba Fizjoterapeutów deklarujemy też wsparcie w wypracowaniu dobrych rozwiązań, które byłyby również oszczędnością dla całego systemu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani profesor, to jest ważne, aby np. fizjoterapeuci nauczyli się wykonywania tego testu, ale żeby mogli go wykonywać i żeby było to wiążące, muszą zostać wyposażeni w takie możliwości. Jeżeli ich nie mają, to samo zrobienie testu niestety nic nie da, bo trzeba postawić diagnozę i opatrzyć to pieczęcią. To musi mieć rangę dokumentu, tak? To faktycznie dobry pomysł, żeby również medycy, którzy mają kontakt z osobami starszymi czy chorymi na choroby neurodegeneracyjne, byli wyposażeni w taką umiejętność i w możliwość wykonywania testu. Bardzo dziękuję.

Wiceprezes KRF Marta Podhorecka:

Tak. Mówię o testach przesiewowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Jasne. Bardzo dziękuję.

Teraz nadszedł czas na odpowiedzi, ale mam jeszcze jedno krótkie pytanie do pana prezesa NIK. Panie prezesie, na stronie 37 przedstawili państwo infografikę nr 9 „Koszty leczenia chorych na choroby neurodegeneracyjne”. Mamy tutaj koszty leczenia w latach 2022 i 2023. Poproszę o przedstawienie kwoty ogólnej kosztów leczenia w 2024 r., bo ten rok jest zawarty w okresie badań. Chciałabym wiedzieć, czy ta kwota wzrosła. Na jakim ona jest poziomie? Bardzo dziękuję.

Poproszę NIK o udzielenie odpowiedzi. Kto z państwa odpowie pierwszy? Bardzo proszę, pan prezes Haładyj.

Prezes NIK Mariusz Haładyj:

Króciutko zacznę, a później pan dyrektor i pani doradca będą odpowiadali na dalsze pytania.

Zwrócili państwo uwagę na diagnostykę. Mówili o tym i pani przewodnicząca, i pani profesor, i następne osoby zadające pytania. Pozwalam sobie zabrać głos, bo to rzeczywiście jest kwestia, którą widzimy nie tylko w tej kontroli, ale także i w innych, że gdzieś ten pierwszy poziom kontaktu z osobami, które przychodzą do POZ, czasami jest właśnie – że tak

powiem kolokwialnie – niewykorzystany. Szczególnie osoby starsze badamy pod kątem nadciśnienia, cukrzycy i innych chorób, natomiast bardzo rzadko pojawiają się nawet takie proste sygnały, żeby sprawdzić, czy ich możliwości poznawcze nie są zaburzone, chociażby poprzez test funkcji poznawczych.

Nie chodzi oczywiście o to, żeby każdy lekarz rodzinny diagnozował chorobę Alzheimera, ale żeby wylapywać pierwsze sygnały. Przypominam sobie teraz np. kontrolę dotyczącą przemocy wobec najbliższych. Jak spojrzymy w statystyki POZ, to w zasadzie z tej strony – że tak powiem – jest bardzo mało sygnalizacji. Naszym zdaniem rzeczywiście jest to trafna obserwacja, przy czym... Nie mówiliśmy o tym, natomiast w informacji zwracamy też uwagę na problem specjalizacji pod kątem geriatry, bo osoby kierowane głównie do lekarzy neurologów były do nich wysyłane właśnie z uwagi na to, że brakuje geriatrów. Zdaje się, że w tej chwili młodzi lekarze – mówiąc może niezbyt elegancko i kolokwialnie – też nie bardzo garną się do tego, żeby akurat tę specjalizację zdobywać.

Pani przewodnicząca Chybicka pytała o edukację. Może jakoś aż tak bardzo szczegółowo tego nie badaliśmy, ale wskazujemy, że naszym zdaniem ona nie była wystarczająca, a ma tutaj pewien niewykorzystany potencjał, szczególnie w połączeniu z zarządzaniem informacją. Nawet osoby, które jakby zaczynają szukać problemu, też nie zawsze te informacje mają podane w przejrzysty, logiczny i prosty sposób.

Króciutko odniosę się jeszcze do jednej rzeczy. Rzeczywiście także i w tej kontroli powtórzyliśmy badania ankietowe, oczywiście z całym zastrzeżeniem, że w tego typu badaniach podawane są pewnie subiektywne opinie osób. Zawsze trzeba na nie patrzeć z pewną ostrożnością. Odsetek osób, które oceniają, że są zdane na siebie, z 60% zarejestrowanych w 2016 r. wzrósł w tej chwili do 75%. Jest to subiektywne odczuwanie tych, którzy opiekują się osobami z chorobami.

Pełniący obowiązki dyrektor Śląskiej Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Katowicach Marcin Wesoły:

Dzień dobry. Szanowna pani przewodnicząca, wypowiem się jeszcze uzupełniając co do kosztów. Nie podawaliśmy tutaj kosztów za rok 2024 z tego względu, że nie mieliśmy jeszcze zweryfikowanych danych. Po prostu ewidencje księgowe nie były zamknięte. Nie mieliśmy – powiedzmy – pewności, że te dane, którymi dysponujemy, są właściwe. Dlatego zapadła decyzja, żeby ich nie pokazywać w informacji.

Odnosząc się do pozostałych kwestii, powiem, że jeżeli chodzi o kontrolę dotyczącą choroby Alzheimera sprzed 10 lat, w tym monitorowanie efektów i wniosków pokontrolnych wtedy sformułowanych, to oczywiście nam jako pracownikom NIK bardzo zależy na realizacji tych wniosków. Dbaliśmy o to, żeby gdzieś te informacje były pozyskiwane i analizowane. Niestety okazało się, że deklarowane przez ministrów działania czasami nawet były podejmowane, ale potem z nich rezygnowano. Przykładem jest chociażby pilotaż, jeżeli chodzi o wczesną diagnostykę, gdzie działania zostały podjęte, ale się z nich ostatecznie wycofano.

Generalnie jako NIK cieszymy się, że udało się uchwalić krajowy program, natomiast na pewno będziemy monitorować jego realizację, bo niestety doświadczenia z poprzedniej kontroli faktycznie pokazują, że w ciągu 10 lat było wiele działań, które nawet nie były deklarowane, bo one wynikały z dokumentów i z polityki społecznej, czyli ministrowie mieli obowiązek ich realizacji, czego nie robili... Część z tych działań została przeniesiona do tego programu. Pozostaje pytanie. Czy faktycznie ten program będzie wdrażany skutecznie? Na pewno więc będziemy się tej sprawie przyglądać.

Tak jak pan prezes i państwo tutaj podkreślali, temat jest istotny i jednocześnie wielowymiarowy. Dlatego też – powiem szczerze – została przeprowadzona nasza kontrola w tym zakresie, bo właśnie chcieliśmy się przyjrzeć temu, jak państwo funkcjonuje w sytuacji, kiedy ma do czynienia nie tylko z jednym obszarem medycznym, ale i socjalnym, społecznym, a nawet obszarem bezpieczeństwa. Oczywiście tutaj rodzi się wiele problemów, zwłaszcza jeżeli chodzi o kwestię koordynacji tego wszystkiego.

Generalnie ze swojej strony chcielibyśmy, żeby nie wyglądało to tak, że pacjent i opiekun są operatorami systemu. Uważamy, że to państwo powinno pełnić rolę operatora. Chodzi mi o to, że nie powinno być takiej sytuacji, w której pacjent czy jego opiekun, kiedy chory dostaje diagnozę, zaczyna szukać i idzie się najpierw zapytać do fundacji, jakiegoś specjalisty

albo ośrodka pomocy społecznej, czy może tam jest jakieś wsparcie. To nie powinno tak działać. Wydaje nam się, że jednak funkcją państwa powinno być przejęcie pewnej koordynacji i określenie jasnej ścieżki, bo ludzie i tak mają – powiedzmy – wystarczająco dużo emocji i problemów związanych z diagnozą. Moim zdaniem nie jest to jakiś większy problem, żeby zastanowić się nad tym, jak to stworzyć, a więc w jaki sposób połączyć systemy opieki zdrowotnej i usług społecznych, żeby mogło to funkcjonować łącznie, a nie obok siebie. Powiedzmy, że to było przesłanką naszej kontroli, żeby właśnie gdzieś informacje zweryfikować i zwrócić uwagę na to, jak ważna w tym wielowymiarowym problemie jest rola koordynacji na poziomie instytucjonalnym.

Można powiedzieć, że krajowy program, przynajmniej jeśli chodzi o zapisy, spełnia nasze oczekiwania. Myślę, że elementem, którego jeszcze brakuje, jest koordynacja – powiedzmy – już na poziomie pojedynczego pacjenta. To powinien być temat, który w ramach realizacji tego programu i wdrażania polityk przez obydwu ministrów będzie już realizowany.

Odpowiadając jeszcze na pytanie, zauważę, że oczywiście w związku z tym, że dostrzegamy wielowymiarowość problemu, realizowaliśmy kontrolę w wielu jednostkach – i u ministra zdrowia, i u ministra rodziny, pracy i polityki społecznej, i w POZ, i w OPS, i w organizacjach społecznych. Zbieraliśmy dane służb porządkowych, czyli straży miejskich, straży pożarnej i jednostek Policji. Celowo więc przeprowadzaliśmy tę kontrolę bardzo szeroko i tak też staraliśmy się zebrać dane, żeby ująć całą skalę tego problemu, by spróbować na to spojrzeć i ocenić właśnie pod kątem tego wzajemnego oddziaływania bądź nie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, panie dyrektorze. A co z tą kwotą za rok 2024?

Jeszcze taka sugestia czy uwaga. Mówi pan o koordynacji, jeśli chodzi o pacjenta indywidualnego. Jak można koordynować wsparcie i diagnozę, gdy są tak surowe limity i taki czas oczekiwania, a badanie jest np. dwukrotnie przekładane? Tak jak powiedziałam, to wszystko naprawdę jest w sferze marzeń.

Interesowałaby mnie kwota ogólna za 2024 r. Chcę państwu serdecznie podziękować. Przekazuję prowadzenie obrad Komisji pani przewodniczącej Alicji Chybickiej. Przepraszam, ale niestety muszę już iść, bo obowiązki mnie wzywają. Tak więc przekazuję prowadzenie obrad Komisji. Oczywiście zapoznam się ze wszystkimi odpowiedziami, chyba że pan dyrektor może w tej chwili podać mi kwotę, to jeszcze ją sobie zapiszę.

Pełniący obowiązki dyrektor delegatury NIK Marcin Wesoły:

Nie, pani poseł, bo niestety nie dysponuję kwotą właśnie z tych względów, o których mówiłem. Natomiast oczywiście jest to do ustalenia. My te dane szczegółowe...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Badali państwo rok 2024, więc poproszę jeszcze w takim razie o uzupełnienie tej odpowiedzi i przesłanie kwoty na adres mailowy Komisji, tak jak to jest podane za lata 2022 i 2023.

Pełniący obowiązki dyrektor delegatury NIK Marcin Wesoły:

Tak. Dobrze.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo państwu dziękuję. Przekazuję prowadzenie obrad.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciał jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Aleksander Jakubowski:

Zgłaszam się w związku z pytaniem pani przewodniczącej, za które chciałem podziękować. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, krótko postaram się na nie odpowiedzieć.

Rzeczywiście głównym dokumentem jest obecnie „Krajowy program działań wobec chorób otępiennych, polityka publiczna do roku 2030”, przyjęty przez Radę Ministrów 11 grudnia 2025 r., który 17 grudnia został opublikowany w Monitorze Polskim. To uchwała nr 173. Program określa poszczególne działania. Struktura dokumentu jest taka, że wyróżnia działania, wskazuje organ odpowiedzialny za koordynację i organy odpowiedzialne za współpracę, jak i określa, co jest treścią działania, a także zawiera terminarz. Rok 2026 jest rokiem inauguracyjnym. Działania są ujęte w całym horyzoncie czasowym programu.

W odpowiedzi na pytanie czy też wskazanie pani poseł Chybickiej chciałbym wspomnieć, że działania związane z podnoszeniem świadomości społecznej, jeśli chodzi o choroby neurodegeneracyjne czy otępienne, są w tym programie pierwszorzędne. Ta pierwszorzędność wyraża się nawet w systematyce, ponieważ już działanie 1.1.1 dotyczy właśnie podnoszenia świadomości. Być może pani naczelnik Małgorzata Michalska z MZ będzie chciała podać szczegółowe informacje.

Ze swojej strony chciałbym złożyć podziękowania na ręce pana prezesa Haładyja i zespołu NIK za odnotowanie działań związanych z programem KPRM, ponieważ rzeczywiście przy międzyresortowym zespole do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi powołana została grupa robocza, w której pracowaliśmy z naszymi partnerami z MZ i z MRPiPS, ale także z ekspertami ze środowiska naukowego. Można by powiedzieć, że te prace przyczyniły się do przyjęcia programu, a na pewno zintensyfikowania działań. Na stronie 45 informacji zostało to odnotowane, za co bardzo serdecznie dziękuję.

Oczywiście cały czas działamy w tym obszarze. Pani Marlena Muszyńska, dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej, 22 maja brała udział w konferencji „Geriatrya w systemie i w praktyce”, która odbywała się w Lipowym Moście. To też był istotny element dyskusji. Chodziło właśnie o wyzwania, jakie niosą choroby neurodegeneracyjne, jak też świadomość tych wyzwań.

Jeśli chodzi o działania naszego departamentu, dodam także, że tam, gdzie to jest oczywiście przedmiotowe, wszystkie nasze działania staramy się nasycać kwestią uwzględniania wyzwań związanych z chorobami otępiennymi. Wyrazem tego jest chociażby program „Aktywni Seniorzy – ASY”, który – jak państwo doskonale wiedzą – ruszył w tym roku. Tam w ramach ostatniego z pięciu priorytetów, który jest największy finansowo, związanego z dofinansowywaniem klubów i domów dziennych, wprost zawarto konieczność szczególnego uwzględnienia przeciwdziałania chorobom otępiennym. To nie jest tylko deklaracja, ponieważ w przypadku oceny wniosków, które były składane, za uwzględnienie perspektywy przeciwdziałania chorobom otępiennym wnioskodawca uzyskiwał dodatkowy punkt. Ogłoszono już wyniki tego priorytetu, które są publicznie dostępne.

W dalszych działaniach oczywiście też będziemy tę przestrzeń uwzględniać. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Czy pani dyrektor chce do tego jeszcze coś dodać? Proszę bardzo.

Naczelnik Wydziału Zdrowotnej Polityki Senioralnej w Departamencie Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia Małgorzata Michalska:

Dzień dobry. Małgorzata Michalska z MZ.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo, zacznę może nawet trochę zaskakująco dla mnie samej, ale też chciałabym podziękować NIK za przeprowadzoną kontrolę. Dosyć długo państwo nam towarzyszyli w naszych działaniach. Ta kontrola była wielowątkowa. Nie dotyczyła wyłącznie chorób neurodegeneracyjnych.

Myślę, że tym, co jest dla nas ważne, a znajduje też odzwierciedlenie w programie, który opracowaliśmy, jest właśnie kwestia tego, że jednak jest potrzeba wyodrębnienia dokumentu strategicznego, który dotyczy chorób otępiennych, mimo że po drodze pojawiały się wątpliwości z różnych stron. My też nie do końca byliśmy w stanie zaangażować inne podmioty i resorty, które widzieliśmy jako właściwe do współpracy w tym zakresie.

Natomiast państwa kontrola i wskazania są jednak dla nas pomocne na tym polu. Na pewno też można powiedzieć, że przydały nam się w procesie opracowywania tego dokumentu.

Cóż, mam nadzieję, że kolejny program – oprócz tego, że więcej instytucji się zaangażuje w jego realizację – będzie już przynajmniej miał jakieś swoje dodatkowe środki na realizację poszczególnych działań, bo niestety ten pierwszy program nie ma takich dedykowanych środków. W związku z tym musimy bazować na środkach dostępnych w różnych programach i inicjatywach czy po prostu zawartych w budżetach poszczególnych instytucji, żeby zakładane działania realizować.

Uchwałą, którą opracowaliśmy, obejmuje tak naprawdę działania nie dwóch ministerstw, tylko większej liczby instytucji, chociażby wskazanych przez KPRM. Chciałabym bardzo, żeby właśnie jeszcze więcej aspektów się tam pojawiło.

Pozwolę sobie odnieść się do wielu wątków, które się tu dzisiaj pojawiły. Nie wiem, czy wszystkie zapisałam, ale rzeczywiście są tam m.in. właśnie działania edukacyjne na poziomie szkół. W tym zakresie nawiązaliśmy współpracę z Ministerstwem Edukacji Narodowej. Na pewno ten aspekt wymaga jeszcze rozwijania w kolejnych latach.

Natomiast rzeczywiście ważna jest struktura tego dokumentu, o którym mówiła też pani przewodnicząca. W MZ ułożyliśmy ją w taki – a nie inny – sposób na podstawie współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, która opracowuje wytyczne odnośnie do opracowywania takich dokumentów przez poszczególne państwa. Zresztą to WHO czuwało nad tym i monitorowało proces opracowywania krajowych planów wobec demencji, bo tak to jest sformułowane w ich dokumentach. Właśnie 2025 r. był rokiem granicznym, choć teraz ze względu na opóźnienia w innych państwach *deadline* przesunął się na 2030 r. Wypełniliśmy wskazania WHO, ale też naszych dokumentów strategicznych, bo rok 2025 był wskazany m.in. w „Polityce społecznej wobec osób starszych 2030 – bezpieczeństwo, uczestnictwo, solidarność” jako termin opracowania tego dokumentu.

Z jednej strony cały program opracowaliśmy we współpracy z innymi podmiotami, natomiast wcześniej też były już prowadzone pewne działania dedykowane osobom z chorobami otępiennymi. W latach 2022–2023 przez ministra zdrowia była prowadzona kampania informacyjna, przede wszystkim ukierunkowana na świadomość wagi wczesnej diagnostyki.

Sytuacja jest o tyle trudna, że nadal mamy do czynienia z chorobą nieuleczalną. W związku z tym ludzie bardzo boją się diagnozy, co jest oczywiście zrozumiałe. Nie wiedzą jednak o jakichś zaletach wczesnej diagnozy, które można wskazać, a one jak najbardziej istnieją, co chcieliśmy właśnie uświadomić. Chociażby diagnostyka różnicowa jest bardzo ważna. Może się okazać, że objawy, które wskazują na chorobę otępienną, nie są jednak jej objawami, więc jak najbardziej można podjąć leczenie i działania zapobiegawcze.

Natomiast mamy nadzieję, że w przyszłym roku uda nam się pozyskać środki na kolejną kampanię, przede wszystkim antystygmatyzacyjną, bo to jest coś, o czym też mówiła pani przewodnicząca Chybicka.

Teraz przejdę do diagnostyki, bo z jednej strony są już rozwiązania, które ją wspierają, natomiast nie tylko dostępność specjalistów i systemowa możliwość przeprowadzenia diagnozy wpływają na to, że diagnoza zapada dość późno w przypadku chorych w naszym społeczeństwie. Chodzi też właśnie o ten brak świadomości społecznej, ale i niechęć do zgłoszenia się po diagnozę, lekceważenie objawów albo przypisywanie ich po prostu procesowi starzenia się. W związku z tym w naszych działaniach staramy się na to zwracać uwagę.

Od października 2025 r. funkcjonuje infolinia prowadzona przez rzecznika praw pacjenta, dedykowana właśnie osobom z chorobami otępiennymi, a także ich opiekunom, przede wszystkim nieformalnym, ale nie tylko. Co było naszą intencją? Praktycznie przez 2 lata walczyliśmy o ten projekt. Długo trwała procedura przyjmowania środków unijnych. Pod numerem infolinii 800 201 801 dyżurują przede wszystkim psycholodzy, którzy są w stanie wesprzeć opiekunów w kontekście pewnego zarządzania zachowaniami osoby chorej. Chodzi też po prostu o wsparcie ich w trudnościach, których sami doświadczają ze względu na proces opieki. Pod tym numerem jest też prawnik, ale i osoby, które są w stanie wskazać, gdzie w systemie można pozyskać wsparcie. Bardzo się cieszymy, że udało się uruchomić infolinię, która działa już od października zeszłego roku. Myślę, że to właśnie bardzo ważne, aby to wybrzmiało, żebyśmy tę informację nieśli dalej.

Do przyszłego roku trwa pilotaż grup wsparcia dla opiekunów nieformalnych, w tym opiekunów osób z demencją, który także jest finansowany ze środków unijnych. Mamy nadzieję, że to będzie rozwiązanie, które się uda systemowo wprowadzić. Mamy świadomość, że grupa opiekunów jest równie ważna jak osoby chore, bo rzeczywiście jest tak, że choruje nie tylko osoba dotknięta chorobą, ale też jej otoczenie jest bardzo obciążone opieką i wyzwaniami, które się z nią wiążą.

W tej chwili jesteśmy już na etapie ogłaszania konkursu, który dotyczy dziennego wsparcia podiagnostycznego dla osób z diagnozą choroby otępiennej. Mamy nadzieję, że tutaj też znajdziemy pewne rozwiązania, które później będą mogły się przełożyć na włączenie ich do koszyka świadczeń gwarantowanych właśnie jako tego rodzaju świadczeń.

W tym roku ogłosiliśmy też dwa konkursy. Trzeci jest – że tak powiem – w drodze. Chodzi o środki z „Narodowego programu zdrowia” dedykowane osobom z demencją.

Jeden z konkursów dotyczy adaptacji narzędzia edukacyjnego WHO *iSupport for dementia carers* dla nieformalnych opiekunów osób z chorobami otępiennymi. Jesteśmy już na etapie wyboru ofert. Chcemy przeprowadzić w Polsce adaptację tego narzędzia. Myślę, że to właśnie będzie wsparcie dla opiekunów nieformalnych, którym często, o czym tu już dzisiaj była mowa, brakuje informacji o przebiegu choroby i o tym, jak sobie radzić z jej skutkami, także tymi, które obciążają osoby podejmujące się opieki.

Myślę, że bardzo ważna jest kwestia, o której mówiła pani przewodnicząca. Tak, to kwestia diagnozy, do której już raz nawiązałam, ale teraz wracam do niej ponownie. W wynikach kontroli NIK było to zresztą poruszone. Chodzi o pilotaż, z którego zrezygnowaliśmy, a zrobiliśmy to dlatego, że po opracowaniach i po konsultacjach założeń tego pilotażu zauważyliśmy, że jest możliwość szybszego wprowadzenia pewnych rozwiązań systemowych, które byłyby dostępne dla wszystkich pacjentów. Są to właśnie rozwiązania wspierające diagnozę chorób otępiennych na jak najwcześniejszym etapie. Od zeszłego roku są one dostępne w ramach programu „Moje zdrowie” dla osób, które zgłoszą taką potrzebę. To jest identyfikowalne na poziomie trzech pytań, które lekarz formułuje. Problemy poznawcze jak najbardziej mogą być też zgłaszane przez otoczenie pacjenta.

W programie „Moje zdrowie” dostępna jest diagnostyka przesiewowa w postaci krótkiego testu funkcji poznawczych *mini-cog*. To bezpłatny test, który został zaadaptowany do warunków polskich. Przede wszystkim jest testem, który pozwala na przeprowadzenie go w warunkach POZ, bo – jak wiemy – lekarze POZ nie mają zbyt wiele czasu na jednego pacjenta. Jest to krótki test, ale pozwalający skierować pacjenta do dalszej diagnostyki, realizowany w ramach programu „Moje zdrowie” ze względu na jego powtarzalność. To badania bilansowe, które co określony czas da się powtarzać, więc też jak najbardziej można ponownie podchodzić do tego testu.

Pani profesor mówiła o innych testach, takich jak *mini-mental* czy *MoCA*. Zresztą ich nazwy padały z różnych stron. Należy jednak zwrócić uwagę, że są to testy dłuższe, które przeprowadza się bardziej na etapie opieki specjalistycznej, żeby pogłębić diagnostykę, jak i oczywiście ukierunkować dalej prowadzone leczenie. Natomiast zgodnie z moją wiedzą są to testy, których licencje są płatne, w związku z czym nie zdecydowaliśmy się na ich szersze wykorzystanie w warunkach POZ.

Pani przewodnicząca mówiła też o jednym z rozdziałów naszego programu, który dotyczy ryzyka, ale sądziła, że dotyczy on także diagnostyki. Nie, bo akurat te ryzyka wynikają z działań, które prowadzimy w związku z zapobieganiem chorobom otępiennym. Oczywiście nie wszystkiemu można zapobiec, natomiast zgodnie z ostatnimi badaniami naukowymi około 45% ryzyka chorób otępiennych zależy od 14 konkretnie określonych czynników ryzyka. Część z nich jest zbieżna z ryzykami, które są identyfikowane dla innych chorób cywilizacyjnych. Tutaj więc działania profilaktyczne są tym bardziej ułatwione.

Co jeszcze? Mówiłam o kampanii.

Aha, była mowa o tym, że lekarz rodzinny powinien diagnozować chorobę. Na pewno proces diagnostyki zaczyna się w POZ. Chcielibyśmy, żeby właśnie tam jak najszerzej się on zaczynał. Natomiast nie będzie tak, że to lekarz POZ ostatecznie postawi diagnozę. Nadal są nam potrzebni specjaliści i to nie tylko geriatrzy. Rzeczywiście tutaj mamy bardzo duże wsparcie neurologów, także tych, którzy wspierają ministra zdrowia w Krajowej Radzie do spraw Neurologii.

Chciałabym powiedzieć, że Polskie Towarzystwo Neurologiczne wraz z sekcją alzheimerską opracowało w tym roku rekomendacje. Jest świeży dokument w postaci wytycznych, które dotyczą ścieżki pacjenta w diagnostyce chorób otępiennych. To są rekomendacje PTN, które wskazują właśnie na to, że diagnostyka chorób otępiennych powinna rozpoczynać się co do zasady w POZ. Dokument zawiera też dalsze wskazania, które – jak myślę – po analizie będą też w miarę możliwości wprowadzane do systemu. W programie założyliśmy też, że będzie wydana ścieżka diagnostyczna w postaci obwieszczenia ministra zdrowia.

Ze względu na pierwszy rok inauguracyjny jesteśmy teraz w trakcie opracowywania programu i powoływania zespołu, który będzie monitorował realizację działań. W tym zespole jak najbardziej będą przedstawiciele instytucji zaangażowanych w realizację programu, a także organizacji pozarządowych, bo o to pytał pan prezes Tomczak. Cieszę się właśnie, że pan Tomczak wskazał pojawiające się pytania, które są kierowane do organizacji pozarządowych, bo jest to grupa podmiotów, które zajmują się też wspieraniem osób z chorobami otępiennymi

i ich opiekunów. Jak najbardziej są właśnie w tym całym systemie, który powinien działać i wspierać osoby chore, chociażby poprzez popularyzację informacji i upowszechnianie wiedzy o chorobie czy też wskazywanie tego wsparcia, które już jest dostępne i z którego można skorzystać, żeby jakoś znaleźć się adekwatnie do sytuacji. Tak więc myślę, że nie jest prawdą to, co pan prezes powiedział, że chorzy są zdani tylko na siebie, bo jednak są instytucje, które mogą ich wspierać. Oby tak było jak najczęściej.

Była mowa o działaniu służb, jak i o uświadamianiu tego, w jaki sposób możemy wesprzeć osoby chore, chociażby spotkanie na ulicy. Chciałabym wskazać, że Policja organizowała już takie kampanie. Przykładem jednej z nich była kampania „Jestem tu. Czekam”. Myślę, że różne służby dalej będą się angażować w tego typu działania, które jak najbardziej zostały zapisane w krajowym programie działań wobec chorób otępiennych. Nie dotyczą one jedynie Policji, ale także innych służb czy chociażby pracowników służby zdrowia i to nie tylko medycznych.

Myślę, że sporo już mówię. Nie wiem, czy do wszystkich pytań i aspektów się odniosłam. Tymczasem bardzo dziękuję. Jeżeli o czymś jeszcze zapomniałam, to proszę oczywiście o pytania.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję bardzo. Pomału musimy zmierzać do końca. Kto jeszcze z państwa chce zabrać głos oprócz pani? To bardzo proszę o ten ostatni głos.

Zastępca dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Anna Bielawska-Jutrzenka:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni panie i panowie posłowie, drodzy państwo, wypowiem się bardzo króciutko. Reprezentuję Departament Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, który został już tutaj kilkakrotnie wymieniony.

Nie będę oryginalna, panie prezesie i drodzy państwo, więc również podziękuję za ten raport dotyczący funkcjonowania opieki nad osobami starszymi z chorobami – trudne słowo – neurodegeneracyjnymi, ale też w aspekcie wsparcia opiekunów tychże osób.

Oczywiście moi szanowni współpracownicy z Departamentu Pomocy Społecznej odpowiadali na wszelkie państwa zapytania i pisma, jednocześnie za każdym razem wskazując, że te osoby, o których mowa w raporcie, czyli z chorobami neurodegeneracyjnymi, nie stanowią jakby odrębnej grupy osób w systemie pomocy społecznej. System pomocy społecznej jest uniwersalny. To wygląda w ten sposób, że mamy wszelkie przesłanki, czyli są to osoby z niepełnosprawnością, osoby z długotrwałą chorobą itd., w tym oczywiście i te, które są ukazane w raporcie.

Nie będę teraz wymieniała państwu wszystkich zadań, które są w wachlarzu zadań *stricto* pomocy społecznej. Chciałabym jednak, drodzy państwo, powiedzieć troszeczkę o tym, co robimy, choć bardzo krótko. Jednym z obowiązkowych zadań własnych gmin są świadczone usługi opiekuńcze, które tutaj też zostały wymienione. Mamy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, ale też usługi sąsiedzkie, które są elementem czy formą tych usług opiekuńczych. Mamy także wsparcie instytucjonalne, które docelowo mówi o kierowaniu osób do domów pomocy społecznej.

Bardzo się cieszę z tego, co tutaj padło z ust pani przewodniczącej, która powiedziała, że generalnie to wsparcie instytucjonalne powinno być na końcu tej ścieżki. Chodzi przede wszystkim o wsparcie środowiskowe, czyli deinstytucjonalizację. Muszę państwu powiedzieć o pewnej rzeczy *à propos* usług opiekuńczych. Okazuje się, że nadal mamy zdiagnozowanych około 300 samorządów, które nie realizują tegoż obowiązkowego zadania własnego, czyli usług opiekuńczych. Mówię, że około, bo czasami dane pokazują ponad 290, a później po jakimś czasie ponad 300 samorządów. Usługi opiekuńcze są przeznaczone nie tylko dla osób starszych, ale co do zasady kierowane do osób niesamodzielnych. Co środę mamy spotkania z wydziałami polityki społecznej. Odkąd pracuję, to takie spotkania się odbywają. Rozmawiamy i diagnozujemy. Chcemy się też spotykać z przedstawicielami tych samorządów, żeby poznać przyczynę, aby wiedzieć, dlaczego takie usługi nie są realizowane.

Ale jeszcze co do usług... Co robimy? Standaryzujemy usługi opiekuńcze. Bardzo byśmy chcieli, żeby faktycznie opiekunki środowiskowe przede wszystkim posiadały podstawowe przeszkolenie, chociażby w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

W kontekście tego, co dzisiaj zostało tu powiedziane, muszę też państwu wspomnieć o pewnym projekcie. W jednym z projektów unijnych mamy zapisane przeprowadzenie szkolenia pilotażowego na podstawie wypracowanych wytycznych. Będzie to robił jeden z naszych

partnerów. Co jest ważne? Chodzi o szkolenie w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ze szczególnym uwzględnieniem właśnie osób z zaburzeniami otępiennymi. Nie mam tutaj danych, ale wydaje mi się, że ten wskaźnik będzie chyba dobry. O ile pamiętam, chcemy dotrzeć do 4 tys. opiekunów środowiskowych, z czego 3 tys. to będą opiekunki środowiskowe na co dzień wykonujące tę pracę, a wskaźnik tzw. opiekunów nieformalnych wyniesie 1 tys. osób. To będzie się działo.

Mówiliśmy tutaj o tym, co pokazuje raport, że kontrolę – bardzo nie lubię tego słowa – czy też audyt albo badanie przeprowadzono bodaj w trzech ośrodkach pomocy społecznej. Muszę państwu powiedzieć, że od 1 stycznia 2020 r., czyli już od 6 lat, obowiązuje ustawa o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych. Ciekawa jestem, jak to by wyglądało, gdyby faktycznie przyjrzeć się chociaż jednemu takiemu centrum. Co do zasady mamy ich nadal bardzo mało, bo około 200 w kraju, ale właśnie tam centra nie koordynują już działań *stricte* pomocy społecznej, bo pomoc społeczna jest tylko elementem jednego z 14 obszarów. Centra zajmują się usługami społecznymi m.in. w obszarach promocji i ochrony zdrowia oraz wspierania osób z niepełnosprawnościami, czyli te aspekty można ze sobą łączyć. Teraz – uwaga – dokonujemy nowelizacji tej ustawy. W ramach publicznych konsultacji zewnętrznych wskazano nam również, żeby dopisać tam politykę senioralną, co się spotkało ze zgodą kierownictwa. Proszę bardzo, to też pokazuje, że współpracujemy.

I ostatnia już rzecz, którą chciałabym powiedzieć. Pani profesor mówiła o czymś bardzo ważnym. To jest kontakt z otoczeniem. Szanowni państwo, w ustawie o pomocy społecznej od wielu lat w zakresie usług opiekuńczych jest taki zapis, że w miarę możliwości zapewnia się kontakt z otoczeniem. No i my to zmieniamy. Zawsze zapewnia się kontakt z otoczeniem. Myślę sobie, że to jest aspekt niezmiernie ważny.

Oczywiście jesteśmy do dyspozycji. Jeżeli państwo będą mieli jakieś pytania, to zapraszamy do kontaktu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Dziękuję za całą dyskusję i za świetne wypowiedzi.

Od lat stoję jednak na pewnym stanowisku. Od 50 lat lecząc dzieci chore na nowotwory, które miały 15-procentową wyleczalność, a teraz mają 85-procentową, uważam, że w chorobach degeneracyjnych można zrobić to samo. Proszę państwa, są takie badania jak białko tau i beta-amyloid. Znamy geny, które można złapać u osoby totalnie bezobjawowej, a wtedy już wiadomo, że zapadnie na daną chorobę. Mamy leki, o których mówi się, że one nie wyleczą, ale zatrzymają chorobę. Jeśli bezobjawowo zaczniemy stosować te leki, to znaczy, że choroba w ogóle nie wystąpi. Tak by się chciało, a żeby doszło do tego...

Nie chodzi mi o to, o czym pani mówiła, że trzeba pomóc z taką czy siaką opieką albo budować takie domy jak w Ścinawie, gdzie na każdym etapie jest profesjonalna pomoc, tylko o to, żeby społeczeństwo było uświadomione i miało dostęp do badań, najlepiej refundowanych przez NFZ, bo część tych badań jest refundowana, ale nie wszystkie. To samo dotyczy choroby Parkinsona. To są dwa największe killery degeneracyjne.

Gdyby pójść choćby w tym kierunku, to ilu nieszczęść można by uniknąć przy tak dużej populacji senioralnej? A my wkraczamy wtedy, kiedy już dzieje się dramat i gdy nawet ręk jest za mało, żeby to wszystko po prostu ogarnąć.

Dlatego mówiłam o edukacji, bo jest dostępność, dlatego że w tej chwili laboratoria robią wszystkie badania i mają swoje cenniki. Tak by się chciało, żeby państwo też to sponsorowało. W programie alzheimerowskim to już się znajduje. Natomiast z realizacją jeszcze nie idzie tak dobrze, dlatego że POZ musi to wziąć na siebie. Kto inaczej to zrobi? Neurologzy tego nie udźwigną, choćby najbardziej chcieli, bo po prostu sami nie dadzą rady. Muszą zająć się tymi, którzy są już chorzy.

Jeszcze raz bardzo dziękujemy NIK, która zawsze, podsumowując różne dziedziny naszego życia, wyciąga takie problemy, które trzeba rozwiązać. Szanowni państwo, myślę, że dotarliśmy do końca. Przyjmujemy tę informację NIK. Trudno powiedzieć, że robimy to z przyjemnością, bo byłoby najlepiej, gdyby nie było żadnych uwag, a wszystko wyglądało znakomicie. Dziękujemy za tę ciężką pracę.

Zamykam dyskusję, a także posiedzenie.

Chciałam jeszcze coś powiedzieć państwu posłom. W związku z pismem marszałka Sejmu, który prosi o przygotowanie projektu planu pracy Komisji, bardzo proszę o zgłaszanie propozycji do sekretariatu Komisji.

Teraz już naprawdę zamykam posiedzenie. Gorąco państwu dziękuję.