

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ZDROWIA OSÓB STARSZYCH
(NR 11)
z dnia 24 września 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej – podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych (nr 11)

24 września 2025 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia osób starszych, obradująca pod przewodnictwem poseł **Alicji Chybickiej (KO)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat leczenia osteoporozy u osób starszych;
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opieki neurologicznej dla osób starszych;
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności do diagnostyki i leczenia okulistycznego osób starszych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Małgorzata Michalska** naczelnik wydziału w Departamencie Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia, prof. dr hab. n. med. **Piotr Głuszko** specjalista chorób wewnętrznych i reumatologii, **Małgorzata Pacholec** prezes zarządu stowarzyszenia Retina AMD Polska wraz ze współpracownikiem, **Bolesław Meluch** wiceprezes zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Barbara Ruszkowska-Gębka** członek zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów oraz **Anna Jasińska** rzecznik Medycznej Racji Stanu.

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

Przewodnicząca poseł **Alicja Chybicka (KO)**:

Szanowni państwo, witam państwa bardzo serdecznie na 11. posiedzeniu podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych.

Otwieram posiedzenie tej podkomisji.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam wszystkie panie i panów posłów oraz wszystkich zaproszonych gości.

Do tej pory przeszliśmy już pewne części ciała, bo chcemy przyjrzeć się osobie w wieku senioralnym i jej specjalnym potrzebom, dlatego że to jest całkiem inaczej u seniorów aniżeli w pozostałych grupach wiekowych. Dziś mamy trzy punkty porządku dziennego: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat leczenia osteoporozy u osób starszych; opieki neurologicznej dla osób starszych oraz dostępności do diagnostyki i leczenia okulistycznego osób starszych. Czy ktoś z Ministerstwa Zdrowia jest, bo zapowiedziane są: pani Dagmara Korbańska-Chwedczuk, dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu MZ, pani Dominika Janiszewska-Kajka, ale ja panie znam i nie widzę ich.

Naczelnik wydziału w Departamencie Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia **Małgorzata Michalska**:

Przepraszam, pani przewodnicząca, pani dyrektor Janiszewska biegła już do Biura Przepustek. Mijałyśmy się, więc za sekundkę będzie.

Przewodnicząca poseł **Alicja Chybicka (KO)**:

Przyjdzie. Wspaniale.

I pani Małgorzata Michalska, naczelnik wydziału – to pani. Bardzo mi jest miło. Proponuję, żebyśmy przeszli do realizacji tego programu... Jest pani dyrektor. Witam panią serdecznie i proszę w krótkich słowach o przedstawienie informacji ministra zdrowia na temat

leczenia po kolei wszystkich trzech punktów, a potem otworzę dyskusję. Każdy z państwa będzie mógł w tej dyskusji zadać pytanie, zabrać głos, czy też coś ewentualnie dopowiedzieć, bo to są naprawdę problemy, które nękają osoby starsze. Z tego, co już przeczytałam w materiale, osteoporoza występuje w milionach przypadków. Choroby neurologiczne – już mieliśmy okazję wcześniej mówić o Alzheimerze i innych demencjach. Natomiast okulistyka to – szczerze mówiąc, wyobrażam sobie – też jest olbrzymim problemem w wieku senioralnym, natomiast tutaj akurat znam tylko dane z tego materiału.

Musimy skończyć to posiedzenie w miarę energicznie, dlatego że dzisiaj jest spotkanie z nową panią minister i jej całym zespołem, poświęcone planom do 2027 r. W tym samym budynku, tylko w sali nr 412U, 4 piętra wyżej i zaczyna się o 16.30, więc trzeba tam być trochę wcześniej, bo na pewno zainteresowanie jest olbrzymie i będzie mnóstwo osób oprócz posłów, którzy są w Komisji Zdrowia. Każdy poseł może przyjść na każdą komisję, więc myślę, że będzie mnóstwo osób z tego, co słyszałam. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Bardzo przepraszam za chwilkę spóźnienia.

Proszę państwa, rzeczywiście materiał dotyczy spraw zdrowia osób starszych i podzielony jest na trzy główne części. Pierwsza to jest leczenie osteoporozy. Ja nie będę, pani przewodnicząca, przytaczać wszystkich informacji, ale najważniejsze. Przede wszystkim wartość refundacji świadczeń udzielonych z powodu osteoporozy w 2024 r. wyniosła 126 mln zł dla 270 tys. pacjentów. Jeśli chodzi o recepty, które zostały zrefundowane na leki w leczeniu osteoporozy, to realizowało je 197 tys. pacjentów. Wartość refundacji wyniosła 108 mln zł. Przy tak małej liczbie pacjentów realizujących recepty na leki bardzo istotne jest to, że tylko 40% przyjmuje te leki zgodnie z zaleceniami. Ten problem adherencji jest bardzo ważny. Mamy zresztą taki Zespół ds. Adherencji, który pokazuje nam dane dotyczące tego, że mimo zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych, mimo dostępnych środków, produktów leczniczych, które są na rynku, pacjenci nie stosują się do tych zaleceń. To też wymaga ze strony organizatora systemu, ale nie tylko, bardzo oddolnie ze strony POZ, znacznej edukacji i takiego ciągłego wpajania pacjentom, że należy te leki przyjmować zgodnie z zaleceniami lekarza.

Dostępność do leków jest dosyć szeroka. W 2024 r. objęto refundacją pierwszy lek anaboliczny, to jest Romosozumab – to dotyczy leczenia oczywiście tych najcięższych przypadków osteoporozy. Aktualnie w Polsce jest leczonych około 200 pacjentów. To wynika akurat z małego kontraktu w wielu ośrodkach na ten program lekowy, bo to lek dostępny w programie lekowym. I teraz, ten lek jest zarejestrowany w zasadzie tylko do leczenia tej osteoporozy pomenopauzalnej, a więc nie jest refundowany u mężczyzn. Myślimy, że to jest tylko kwestia przyszłości. Aktualnie trwa proces refundacyjny. Tutaj duży udział bierze konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii, który jest bardzo zaangażowany w ten proces, tak żeby rozszerzyć dostępność leczenia.

Mamy również dla tych osób, u których potrzebna jest diagnostyka, taki program profilaktyki dla wykrywania osteoporozy. On jest oczywiście dla samorządów lokalnych. To jest finansowane, w 2024 r. wykonano specjalne badanie – około 22 tys. badań – i postawiono rozpoznanie w wymiarze 10% przypadków, więc mamy dosyć spory odsetek w ramach tego przesiewu.

Prowadzimy dialog we współudziale z panią konsultant krajową do spraw reumatologii, która jest bardzo aktywnym konsultantem, jeśli chodzi o leczenie w ogóle, ale też i leczenie tej choroby. Pani konsultant przedstawiła wnioski, które będą podlegały rozpoznaniu. Oczywiście są analizowane przez ministerstwo. To są wnioski, które dotyczą rozwiązań w dziedzinie reumatologii, czyli konieczności włączenia do badań lekarzy z POZ poprzez obowiązkowy pomiar wzrostu pacjentów co roku w grupie 50 plus i kierowanie do poradni chorób reumatologicznych wszystkich chorych, u których wzrost zmniejszył się powyżej 4%, co wskazuje, zdaniem pani konsulent, na osteoporozę. Następnie pani profesor opracowuje wraz z Polskim Towarzystwem Reumatologicznym, które również bardzo aktywnie wspiera ministerstwo, „Polski program diagnostyki osteoporozy”, który po uzyskaniu akceptacji ministerstwa, ale również Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która w następnej kolejności będzie to oceniać, ma poprawić wykrywalność osteoporozy poprzez wprowadzenie screeningu. Też mamy takie działania w planach.

Poza tym wprowadzenie konieczności wystawiania skierowania przez lekarza ortopedę do poradni osteoporozy w przypadku każdego złamaniaiskoenergetycznego. Kolejnym postulatem jest zwiększenie dostępności diagnostyki osteoporozy. To są działania, które podejmujemy we współpracy ze środowiskiem klinicystów w tym obszarze.

I teraz, jak przedstawiają się, proszę państwa, dane z Narodowego Funduszu Zdrowia, które wskazują na liczbę świadczeń, rozliczonych porad? Proszę państwa, nie będę tego przytaczała. To są dane, które obejmują lata od 2022 r. do pierwszego półrocza 2025 r. Myślę, że w styczniu będziemy mieć dane za cały 2025 r. i te dane będą bardziej miarodajne. Będziemy mogli prześledzić ten czteroletni okres. Leki też są szeroko dostępne. W tej informacji też macie państwo dane dotyczące dostępności takich leków, co bierzemy pod uwagę w procesie refundacyjnym.

Drugim naszym tematem jest opieka neurologiczna dla osób starszych. Tutaj mamy oczywiście strategię na przyszłość. Te strategię są inspirowane przez WHO, która w 2022 r. przyjęła taki międzysektorowy globalny plan działania w sprawie padaczki i innych zaburzeń neurologicznych. To jest bardzo długi czasokres, bo to są lata 2022–2031. To są takie ogólne kierunki działań, które powinny wykonać państwa w zakresie profilaktyki, wczesnej identyfikacji, leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami neurologicznymi.

W Polsce, w naszym ministerstwie, podjęto działania w celu określenia strategii w przypadku chorób otępiennych. Trwają analizy po konsultacjach publicznych „Krajowego programu działań wobec chorób otępiennych”. Ten program jest zapewne państwu doskonale znany, dlatego że on już troszkę funkcjonuje w naszej przestrzeni publicznej. Generalnie takie opracowanie planu ma za zadanie usystematyzowanie koordynacji działań na rzecz osób z chorobami otępiennymi, ich bliskich i wypracowanie takich nowych rozwiązań, których nie ma teraz w systemie, a które w ogóle mają na celu poprawę jakości życia tych osób. Biorąc pod uwagę naszą sytuację demograficzną – zwiększonej liczby osób, które mają niską jakość życia z powodu chorób otępiennych. Przede wszystkim chodzi też o dotarcie do tych terenów wykluczonych, ale także wsparcie rodzin osób chorych i ich opiekunów. Takie informacje dotyczące sytuacji neurologii znajdują się w raporcie, który został opublikowany przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne w 2024 r., i tam zostały wskazane główne choroby, które dotyczą osoby w zakresie chorób otępiennych – są głównie cztery. Proszę państwa, mamy dane na temat liczby pacjentów, którzy zostali objęci opieką, liczbę rozpoznań. Dane dotyczą choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych: Parkinsona, udaru niedokrwinnego mózgu i krwotoku śródczaszkowego.

Dostęp do świadczeń – w 2022 r. w Polsce było około 208 oddziałów neurologicznych, zostało przyjętych 223 tys. pacjentów w ramach hospitalizacji. Najwięcej placówek znajduje się w województwach: śląskim, mazowieckim. Najmniej mamy w: lubuskim, podlaskim oraz opolskim. Mamy też informacje odnośnie do pacjentów, którzy korzystają z rehabilitacji stacjonarnych, ambulatoryjnych, z rehabilitacji domowej.

Warto też wspomnieć, proszę państwa, że w najbliższym czasie resort planuje skierowanie do konsultacji publicznych rozporządzenia w zakresie rehabilitacji, tak żeby poprawić tę dostępność. To jest już trzecie podejście do tego rozporządzenia. Trzecie podejście z uwagi na niezrozumienie ostatniego projektu rozporządzenia. Być może przekaz był mało jasny. Teraz popracowaliśmy z ekspertami, z naszymi konsultantami krajowymi z dziedziny rehabilitacji, fizjoterapii, także z Krajową Izbą Fizjoterapeutów, ale głównie przy udziale praktyków. To będzie rozporządzenie, które uporządkuje sytuację fizjoterapii domowej, czyli coś, co jest bardzo oczekiwane w środowisku. Mamy nadzieję, że te konsultacje się zakończą tak, żeby rozporządzenie mogło wejść w życie w styczniu 2026 r.

To są zmiany, które mają na celu poprawienie dostępności do świadczeń, czyli do fizjoterapii domowej, będą też kwalifikowani przede wszystkim pacjenci, którzy tego wymagają, tak aby udroźnić ten system kolejkowy, aby pacjenci, którzy rzeczywiście tego potrzebują, czyli mają następstwa określonych rozpoznań... Tu chciałbym mocno podkreślić – następstwa określonych rozpoznań, a nie konkretne rozpoznania. Mamy też tę sytuację w opiece paliatywno-hospicyjnej, że niestety często rozpoznania tylko kwalifikują do opieki, a pacjenci, którzy mają rozpoznania, ale nie mają następstw utrudniających, uprawniających do skorzystania z formy opieki, muszą poczekać w kolejkach. Więc te dwa rozporządzenia: opieka paliatywno-hospicyjna i rehabilitacja będą w najbliższym czasie znowelizowane, tak żeby udroźnić system kolejkowy, który panuje.

Trzecia dziedzina to jest dostępność diagnostyki i leczenia okulistycznego osób starszych. Najczęstsze choroby, które występują u osób starszych, to są: zwyrodnienia plamki żółtej, które są związane oczywiście z wiekiem – tzw. AMD; cukrzycowy obrzęk plamki – to jest choroba, która zagraża widzeniu i przede wszystkim może powodować trwałą utratę wzroku; zakrzepy żyły środkowej siatkówki. Przedstawiliśmy państwu kwotę refundacji, które zostały udzielone pacjentom w wieku 60 plus w warunkach szpitalnych w związku z rozpoznaniem chorób okulistycznych w takim przedziale trzech ostatnich lat. Nie mamy danych za 2025 r., ale mamy za 2022, 2023 i 2024 i widzimy, że kwota refundacji wzrasta. W 2024 r. mamy znaczny wzrost w stosunku do 2022 r., i odpowiednio do 2023 r. Mamy również wykresy, które pokazują, jaka jest kwota refundacji na świadczenia udzielone w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Wykaz leków, programów lekowych – mamy również pokazane wydatki na programy lekowe. One też zostały ujęte. Akurat tutaj mamy ostatnie dwa lata. Udało nam się zebrać informacje dotyczące 2025 r. w poszczególnych programach lekowych i tu przytoczę programy lekowe B.70, B.105 i B.163. Łączna wartość kwoty refundacji to są 163 mln zł w 2024 r. W 2025 r. na razie sprawozdana kwota – czyli te dane oczywiście są niepełne, obejmują, podejrzewam, na razie I kwartał – to jest 56 mln zł. Mamy również wykaz wszystkich... Zaraz, przepraszam. Jeszcze muszę spojrzeć, czy to są dobre dane. Tak, to są dobre dane.

Proszę państwa, my jesteśmy otwarci na wszelkiego rodzaju zapytania. Pani przewodnicząca wie, że jeżeli nie uda nam się odpowiedzieć dzisiaj, to oczywiście my udzielimy odpowiedzi, ale będziemy się starać tak, żeby jeszcze dzisiaj została udzielona. Bardzo dziękuję za możliwość wypowiedzi.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Bardzo dziękuję, pani dyrektor.

Mam prośbę do pani, żeby rozesłać do wszystkich członków Komisji Polityki Senioralnej – za zgodą oczywiście szefowej Komisji – ten materiał, bo on jest naprawdę bardzo dobry i każdy członek tej Komisji na pewno chciałby te szczegóły znać, bo rzeczywiście są tabelki, zalecenia i ewentualnie do takiej dyskusji będzie trzeba powrócić.

Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos?

Bardzo proszę, pan poseł Szwed.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, dziękuję za ten materiał, bo – tak jak pani przewodnicząca powiedziała – on jest wartościowy. Wiemy, że korzystając z tych środków dotyczących zarówno walki z osteoporozą czy również, jeśli chodzi o nasze oczy, to w ramach tych programów dużo w Polsce się zmieniło na lepsze. To trzeba wyraźnie podkreślić, ale też zapotrzebowanie z roku na rok rośnie i ono będzie rosło ze względu na to, że dłużej żyjemy, starzejemy się i tych potrzeb jest bardzo dużo. Czy te nakłady są wystarczające? Zapewne nie są wystarczające i na pewno muszą być co roku zwiększane, bo – tak jak powiedziałem – tych potrzeb jest więcej.

Chciałem zapytać panią dyrektor o programy, które są realizowane przez ministerstwo, dotyczące okulistyki. Akurat korzystam w tej chwili z takiego programu. Przeszedłem całą drogę i wiem, jak to się mniej więcej dzieje. Ostatnio korzystam z programu rządowego dotyczącego tego zastrzyku sterydowego Ozurdex. Wiem, że są pewne problemy, jeśli chodzi o dostępność ze względu na liczbę pacjentów, którzy oczekują na te zastrzyki. Kolejki są dosyć długie. Ten zastrzyk może być wykonywany raz na pół roku. Na przykład w moim przypadku już po czterech miesiącach to widzenie jest zdecydowanie gorsze. Po czterech miesiącach, czyli do tych sześciu miesięcy już jest ten okres za długi. Nie może być przyznany wcześniej po wyczerpaniu tego okresu półrocznego, ale wiem też – bo śledzę to ze względu na sytuację – że pojawiają się również już za granicami kraju inne leki o jeszcze lepszych właściwościach, czyli z roku na rok są nowe jakości.

Czy również w naszym przypadku ministerstwo rozważa czy to zakup, czy również ściągnięcie do naszego kraju nowinek? Wiemy, że te środki, które są potrzebne choćby w tym przypadku okulistyki, to są znaczne środki i bez wsparcia rządowego nie da się, żeby ktoś indywidualnie z tego korzystał. To są ceny od kilku do kilkunastu tysięcy złotych za jedną iniekcję do oka, dlatego musi to być wsparcie w ramach programu. Czy państwo przewidują jakieś nowsze działania? Bo jak zaczynałem, to były zastrzyki na dwa miesiące, teraz już jest

na pół roku. Może będzie tak, jak już gdzieś czytam, że będzie to wystarczające na dwa lata. To byłoby zdecydowanie lepiej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Na koniec poproszę panią dyrektor o odpowiedź na wszystkie pytania. Kto z państwa jeszcze chciałby zabrać głos?

Bardzo proszę, panie profesorze, bo gościmy znakomitego pana profesora.

Specjalista chorób wewnętrznych i reumatologii prof. dr hab. n. med. Piotr Głuszko:

Dziękuję bardzo. Ja się najpierw przedstawię. Nazywam się Piotr Głuszko, od 30 lat się zajmuję osteoporozą. W ostatnich latach też w współpracy z panią profesor, która jest obecnie konsultantem krajowym do spraw reumatologii.

Problem osteoporozy jest gigantyczny, dlatego że w Polsce według estymacji, obliczeń Narodowego Funduszu Zdrowia choruje 2,3 mln osób. Ta liczba się zwiększa z roku na rok, bo jak spojrzymy na sprawozdania NFZ z 2018 r., to obliczali, że 2 mln. Trzy czwarte to kobiety w wieku 50 plus i to, co jest dramatyczne, że leczy się tylko w sposób taki, można powiedzieć, stały – do 200 tys. pacjentów, czyli poniżej 10%, i takie dane są od lat. Było 133 tys., 160 tys., w tej chwili około 197 tys. przyjmuje leki, czyli cała ogromna grupa pozostaje bez leczenia. Mało tego, rozpoznawalność tej choroby to jest 23%. 73% to jest estymacja, która mówi, że choroba jest, a nikt jej nie sprawozdał, nie rozpoznał, ci chorzy też o tym nie są poinformowani. W związku z tym łamią kości.

Mówimy o *healthy aging* – zdrowym starzeniu. Starzeniu bez złamań. Tych złamań, jak oblicza NFZ, w ostatnim roku, 2024, było około 190–196 tys. Bardzo niebezpiecznych, zagrażających życiu złamań bliższego końca kości udowej – ludzie na to mówią „złamanie biodra” – 35 tys. W latach poprzedzających też było około 30 tys. rocznie tych złamań. One wszystkie wymagają działań chirurgicznych, to musi być operowane.

Proszę państwa, dramat polega na tym, że ci chorzy są świetnie operowani. Udają się te operacje znakomicie, natomiast już w pierwszym roku umiera 30% na różnego rodzaju powikłania, na skutek braku opieki i rehabilitacji. Ci chorzy są wypisywani do domu. Zanim trafią na jakąś rehabilitację, rodzina ich kładzie do łóżka albo na fotel – komplikacje różnego rodzaju: zakrzepice, zapalenie płuc itd. Szpital już nawet o tym nie wie. Szpital zaliczył udaną operację, wypisał do domu. Napisał NFZ, że kosztuje to 1,1 mld zł rocznie – leczenie złamań. Refundacja za leki to jest około 100 mln zł. Leki działają, leczenie osteoporozy musi być kompleksowe, bo to jest kwestia ruchu, rehabilitacji.

Okulistyka też, jak najbardziej, bo starsi chorzy się przewracają po prostu. Szereg spraw, czyli leczenie kompleksowe – zmniejszenie tej liczby złamań, prewencja tych złamań zmniejszy nie tylko koszty, ale cierpienie tych ludzi i, daj Boże, tę umieralność już w pierwszym roku. W ogóle jest tak, że po pierwszym złamaniu w najbliższym roku grozi tzw. *imminent fracture*, czyli złamanie nieuchronne. Największe ryzyko to są pierwsze dwa lata i, proszę państwa, ogromna większość chorych po złamaniach nie otrzymuje nawet informacji, że może to być osteoporoza. To są tzw. złamaniaiskoenergetyczne.

Teraz jest kwestia dwóch ścieżek: prewencji pierwotnej i prewencji wtórnej. Prewencja pierwotna, żeby nie było osteoporozy. To jest wszystko – to jest edukacja, dieta, ruch, dojrzewanie młodzieży, sport itd. i działania POZ, o których pani była uprzejma wspomnieć, niezwykle ważne, do tego za chwileczkę wrócę.

Prewencja wtórna, czyli już u osób po złamaniu. Natychmiast muszą być leczone. Tu nie ma w ogóle zwłoki. Jedno i drugie nie pracuje. W POZ pielęgniarka, która jest zobowiązana do tego, żeby udzielać edukacji zdrowotnej, żeby zmierzyć ten wzrost, o czym pani dyrektor była uprzejma wspomnieć – pielęgniarki nie mierzą, a jest nawet zarządzenie jakiegoś ministra, nie wiem którego, że mają mierzyć wzrost. One tylko pytają: „Ile pani ma wzrostu?”. Jest różnica 3–4 cm. Co się stało? Kręgi się zapadają. Najczęściej są to skąpoobjawowe, niewielkie bóle. To mogą być samoistne złamania kręgow. Ucieka to zupełnie z diagnostyki. Wystarczy zrobić na etapie POZ boczne zdjęcie kręgosłupa, widzimy zmiażdżony, zapadający się krąg. Za chwilę złamie się następny. Nawet nie trzeba specjalnie tam jakieś siatki z zakupami podnosić. Tak robią się kruche te kręgi.

W szpitalach chcielibyśmy, i to też pewnie jest w tym programie, o którym państwo myślicie, żeby był taki konsultant, taki ktoś, na przykład fizjoterapeuta, który u osób po złamaniach będzie identyfikował tym pacjentom, że to są złamaniaiskoenergetyczne. I wysyłał ich tam, gdzie trzeba, na diagnostykę i leczenie osteoporozy, i na rehabilitację. To jest tzw. monitoring po złamaniu – FLS to się nazywa ładnie po angielsku w skrócie. Działa to wszędzie w Europie z wyjątkiem naszego kraju. Dlaczego?

Pani dyrektor, prosta sprawa, ale do załatwienia. Dyrekcja nie chce tym ludziom zapłacić paru złotych za to, żeby wyławiali tych pacjentów po złamaniach do dalszego leczenia. Ortopedzi operują znakomicie, wypisują, nawet nie mówią, dlaczego się złamało, koniec. To jest dramat, bo ci ludzie zaraz znowu się będą łamać. To jest dramat, bo ci ludzie są zagrożeni zgonem. Większość z nich pozostaje w większym lub mniejszym stopniu niepełnosprawna. Choroby starcze, *healthy aging* – nie chcemy tych złamań. Kosztuje to ponad 1 mld zł. Refundacja leków wcale nie jest aż tak kosztowna, poradzimy sobie, myślę, i niech tym złamań będzie o połowę mniej. Są na to programy.

Mało tego, ministerstwo w latach 2019–2023 przeprowadziło taki program, który ja zresztą prowadziłem w Warszawie – program POWER z Funduszy Europejskich, gdzie zrobiliśmy prosty screening właśnie prewencji i koordynacji. Uczyliśmy pielęgniarki w POZ, żeby robiły tzw. FRAX – taką estymację ryzyka złamań. Nic nie kosztuje – wchodzi się do komputerka, na telefonie to można zrobić. Trochę danych o pacjencie, nawet wyedukowany pacjent to może zrobić, żeby mierzyły wzrost. Okazuje się, że od 20% do 60% tych pacjentek 50 plus jednak trafiało potem do dalszej diagnostyki z podejrzeniem osteoporozy. My potwierdziliśmy u części z nich. Oczywiście dalszy etap to leczenie proste, niskokosztowe. Trzeba chcieć i zorganizować. Najgorzej szło w szpitalach ze zorganizowaniem tych koordynatorów – to może być fizjoterapeuta, pielęgniarka, jakiś ratownik medyczny – żeby wyławiali tych ze złamaniamiiskoenergetycznymi i kierowali do dalszego postępowania. To nie są pytania do pani dyrektor, to jest mój wielki apel.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Bardzo to wszystko ciekawe. Jest pan prawdziwym ekspertem w tej dziedzinie i na pewno bardzo wiele jest do zrobienia, bo zwalczanie osteoporozy w Polsce nie jest popularne. Jest za mało edukacji w tej dziedzinie i aż prosiłoby się, żeby to się zmieniło, bo w Polsce jednak głównie rozpoznajemy, tak jak mówiła zresztą pani dyrektor, jak ktoś sobie złamie już kość. Wtedy się okazuje, że przyczyną tego była osteoporoza, a tak nie świeci się seniorom to światło, że powinni zrobić badanie, które jest niebolesne i na które powinni dostać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, i sprawa zostanie wyjaśniona. Wtedy można wdrożyć leczenie, a dostępność tego leczenia nie jest zła – jest dobra i mamy różne etapy leczenia osteoporozy.

Bardzo proszę. Tak, proszę się przedstawiać, ponieważ my to nagrywamy i to idzie na żywo w internecie.

Prezes zarządu stowarzyszenia Retina AMD Polska Małgorzata Pacholec:

Bardzo dziękuję. Małgorzata Pacholec, jestem prezesem stowarzyszenia Retina AMD Polska. Jest to stowarzyszenie założone przez pacjentów, którzy tracą wzrok. Ja sama jestem takim pacjentem. Działamy ponad 26 lat właśnie w kierunku edukacji, ale też zabiegania o to, jeśli można, żebyśmy nie musieli tracić wzroku.

Chciałam przy tej okazji, że jest tutaj pani dyrektor i przed chwilą się wypowiadała, powiedzieć, że my – bo nasze stowarzyszenie współpracuje też z innymi organizacjami światowymi, ale także w Europie, które podobnie jak my właśnie zabiegają o to, żebyśmy mogli uchronić, w tym przypadku Polaków, przed ślepotą – chcemy podziękować za to, że w Polsce mamy od 10 lat program lekowy. W tym roku obchodzimy jubileusz leczenia siatkówki. Zaczęło się od leczenia wysiękowego AMD. W tej chwili leczymy w Polsce DME, czyli cukrzycowy obrzęk plamki, zakrzepy. Wiemy, że to jest świetne narzędzie, w którym Polacy mają dostęp do takiego złotego standardu. W tej chwili mamy wszystkie leki.

Tu chcę odpowiedzieć panu posłowi, że rzeczywiście są szykowane nowe terapie, ale chodzi o to, że tak dużo jest pacjentów. Chcę powiedzieć, że z jednej strony mamy cudowne leczenie, a z drugiej muszę powiedzieć, że program lekowy – mówimy w tej chwili o takich najczęstszych chorobach dotyczących seniorów – oczywiście tych chorób nie wyczerpuje,

bo jest bardzo dużo schorzeń wzroku i one są inaczej leczone. Wcale też nie jest tak, że to jest idealnie, ale mówiąc o tym największym programie lekowym, bo jest tutaj większa liczba pacjentów w ogóle leczonych w Polsce, jest to bardzo dobrze zorganizowany system, też monitorowania tego leczenia.

Jednak chcę powiedzieć, że mimo tych cudownych 10 lat doświadczeń ciągle są takie aspekty, na które warto zwrócić uwagę i poprawić dostępność, bo mamy złoty standard, ale – powiedzmy – to ci, którzy się zakwalifikują do programu lekowego. Program lekowy ma kryteria dostępu i, w skrócie mówiąc, są kwalifikowani pacjenci, którzy są na pewnym konkretnym etapie rozwoju choroby – oczywiście wszystkie te choroby mają charakter progresywny – na wczesnym etapie. Tu jest właśnie pies pogrzebany, że w Polsce są leczeni pacjenci w programie lekowym. Nawet szacujemy, możemy się pochwalić. W tej chwili mamy takie ostatnie dane – nawet wczoraj mieliśmy kontakt z Europy Centralnej i Wschodniej – u nas, w Polsce, 82% ludzi, którzy są zdiagnozowani, że mają wysiękowe AMD, jest leczonych. To jest bardzo wysoki wskaźnik, bo chcę powiedzieć, że w innych krajach Europy, szczególnie Południowej, to jest nawet 15%. Tak że są ogromne dysproporcje, więc też my możemy tutaj cieszyć się i dziękować tym, którzy się do tego przyłożyli, żeby było tak dobrze, bo 10–15 lat temu było u nas jak w Macedonii Północnej.

Natomiast jest też tak, że ciągle jest bardzo dużo pacjentów, którzy nie są zdiagnozowani na czas i nie kwalifikują się do leczenia w programie lekowym. Problem jest taki, że nie ma odpowiednio wczesnych diagnoz. Oczywiście można powiedzieć, że pacjent się nie zgłosił na czas, bo był niewyedukowany, bo miał trudności, bo bardzo długo się czeka w kolejce do lekarza specjalisty, czyli w tym przypadku okulisty, na to, żeby zdiagnozować, czy się dzieje coś złego, czy nie w oczach.

My też jako stowarzyszenie bardzo zabiegaliśmy, żeby dać uprawnienia optometrystom, żeby byli taką armią wspomagającą. Rzeczywiście bardzo liczyliśmy na to, że optometryści, których jest też prawie taka sama duża grupa jak okulistów w Polsce, znakomicie będą mogli być tym pierwszym grabieniem, czyli po prostu też odciążyć okulistów, żeby oni diagnozowali oczywiście i leczyli. W tej pierwszej diagnozie ten pierwszy kontakt też mógłby być u optometrysty. Nie dzieje się to. Nie ma tej praktyki.

Stąd też moje pytania, czy i kiedy, bo pytania o to, czy w ogóle, to były pytania do ministerstwa rok i dwa lata temu. To nawet dwa lata temu było. W zeszłym roku już pytaliśmy kiedy. Ciągle nie ma tego dostępu. Dostępność do tej wczesnej diagnostyki jest utrudniona. W dużych miastach teoretycznie bardzo dużo jest okulistów, bo my w ogóle w Polsce mamy na jednego mieszkańca, licząc średnio, całkiem niezłą liczbę okulistów, porównywalną z Europą Zachodnią, ale dostępność geograficzna... Rzeczywiście są obszary, nawet Płock, czyli Mazowsze – na początku tego roku mi powiedziano, że do okulisty skierowanie na 2027 r. Kochani, a diagnoza mokrego AMD tak naprawdę powinna być postawiona w ciągu góra dwóch–trzech miesięcy i wdrożone leczenie. Za te dwa lata, jeśli jest tutaj mokre AMD i człowiek czeka, bo nie ma świadomości... Dlaczego nie ma świadomości? Nie ma edukacji.

Niestety jestem zbulwersowana tymi dyskusjami na temat lekcji o zdrowiu, że my w ogóle nie jesteśmy uczeni, że nasz mózg widzi, a nie oczy, i mózg nas w jakimś sensie zwodzi, bo jak widzimy jednym okiem dobrze, a drugim źle, to nam się ciągle wydaje, że dobrze widzimy. Stąd też te opóźnienia. My edukujemy pacjentów, ale oczywiście stowarzyszenie jest tylko działającym stowarzyszeniem, mamy dużo materiałów, ale naprawdę potrzebujemy kampanii, i to rządowych. Myślę, że wzrok – nie muszę nikogo chyba tutaj na sali przekonywać – można powiedzieć... Nie umiem zmierzyć, jak bardzo, ale wszyscy mówią, że jest tak naprawdę kluczowy w naszym funkcjonowaniu. Ludzie, którzy źle widzą, stają się zależni od innych, czyli tak naprawdę bardzo kosztowni.

Już nie mówię o tej osteoporozie, o upadkach, złamaniach, wypadkach. Jesteśmy narażeni. Proszę państwa, a można. Bo są choroby oczywiście genetyczne, tak jak moja. Co z tego? Nie można tego uniknąć. Są takie choroby ciągle, ale jeżeli jest możliwość leczenia, zatrzymanie choroby i spowodowania, że człowiek mimo wieku będzie ciągle samodzielny. Jak samodzielny, to jest tańszy – naprawdę tańszy – więc jest to wszystko policzone, ile kosztuje po prostu utrata widzenia. Były robione takie analizy i wiele lat temu pani profesor z SGH, ja przynajmniej uczestniczyłam też w tych badaniach, wychodziło, że leczenie pacjenta akurat z DME jest 12 razy tańsze niż skutki tego, że jest nieleczony. To są fakty.

Prognozy demograficzne pokazują, że będzie przybywało seniorów, a wzrok seniorów to jest jeden z kluczowych aspektów zdrowia, o który naprawdę trzeba poważnie zawalczyć, ale holistycznie. Mówimy o rehabilitacji – brakuje rehabilitacji. Zrobiliśmy audyt dwa lata temu, przekazaliśmy te dokumenty też do ministerstwa...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę o zmierzanie do końca. Przepraszam, ale jeszcze chciałabym, żeby inne osoby zabrały głos.

Prezes zarządu stowarzyszenia Retina AMD Polska Małgorzata Pacholec:

Dobrze.

To powiem tak – pierwsza rzecz to jest wczesna diagnoza, o którą nam chodzi, i naprawdę konieczne są programy badania już z pozycji POZ. Mamy badania takie, że nikt w POZ nie dostał testu Amslera do samokontroli, a to jest najtańsze i najprostsze narzędzie.

Kolejna rzecz – dostęp do leków, które będą mniej absorbujące dla lekarzy, bo leczenie jest obciążające, a więc oczywiście nowe leki, bo one są bardziej efektywne i będzie je można rzadziej aplikować. Stąd będzie można więcej pacjentów objąć tym efektywnym leczeniem.

I kolejna rzecz to jeszcze rehabilitacja, której brakuje, i optometryści. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję.

Szanowni państwo, ja uważam, że my jako podkomisja do spraw zdrowia seniorów – bo to się mieści, ale nie jest wyłącznym dziełem czy sprawą Komisji Zdrowia – powinniśmy przygotować taki edukacyjny rozkład jazdy we wszystkich dziedzinach, bo to, co pani mówi, każdy specjalista w każdej dziedzinie mówi, że jak człowiek nie słyszy, to jest wyłączony, i że trzeba zadbać, że jeśli człowiek ma uszkodzony mózg, to też trzeba szybko zadbać. Dokładnie wszystko, co pani powiedziała, można przełożyć do wszystkich chorób wieku senioralnego. Jeśli ma uszkodzone serce, dokładnie to samo. Jeśli nerki, również. My tutaj po kolei mamy specjalistów ze wszystkich dziedzin.

To jest pytanie do MZ – nigdy chyba nie został opracowany taki poradnik edukacyjny dla wieku senioralnego wyłącznie z naciskiem, co trzeba robić, w jakiej kolejności i jak. Bo wiadomą jest rzeczą, że to nie jest tak, że człowiekowi, który wchodzi w wiek senioralny, tylko wzrok się uszkodzi. Nie, być może uszkodzi mu się wszystko, być może nic. Jednemu to się dzieje szybko, innemu później, ale im wcześniej, by rozpocząć wczesną diagnostykę ogólnego stanu zdrowia tego seniora, to tym będzie lepszy tego efekt.

To samo mówili neurologi, jeśli chodzi o choroby otępienne. Szybkie rozpoznanie Alzheimera – są nowoczesne leki, szybkie rozpoznanie Parkinsona – są nowe leki. To samo mówią kardiologowie. Każda z tych dziedzin wymaga szybkiej diagnostyki i to MZ robi świetnie. Jest dużo programów terapeutycznych. Ściągamy w tej chwili nowe leki. Na liście refundacyjnej aktualnie były chyba 54 nowe substancje, więc chyba rekord został pobity.

Rzeczywiście idziemy w dobrym kierunku, ale trzeba by teraz zająć się, jak to pani powiedziała, tak holistycznie seniorem. Ja tu nie myślę o samych oczach, ale myślę o całym człowieku, bo naprawa jednego narządu nie daje, że tak powiem, zdrowia, a od stóp do głów, a wiele chorób rozpoczyna się bardzo podstępnie, bezobjawowo i nie może być tak, że w osteoporozie dopiero rozpoznanie jest, jak się złamie kręgosłup albo kończyna i szkoda już jest gigantyczna. To samo w Alzheimerze, jak się ktoś pyta swojego syna: „Kto pan jest?”, to jest to trochę późno na rozpoznanie Alzheimera.

W wielu chorobach tak wygląda sytuacja w Polsce ze względu na istniejące kolejki, brak wiedzy u seniorów i częściowo wykluczenie informatyczne dużej grupy seniorów, którzy mogliby tę wiedzę z internetu pozyskać. My to mówiliśmy na ogólnych komisjach, że wielu seniorom trzeba naprawdę broszurki do domu zanieść, ponieważ oni nie wejdą do internetu. Nie mają komórek, z których mogą wyczytać wszystko, nie mają iPhone'ów, i po prostu jest gigantyczna praca do zrobienia, a to jest bardzo ważne. Bo ci ludzie ciężko przepracowali swoje życie, a na koniec nie mają takiej opieki, jaką wypracowali, bo nie każdy pracował w ochronie zdrowia i mógł w tym zakresie coś zrobić, ale każda praca seniora była bezcenna i my teraz musimy zrobić wszystko, żeby ci seniorzy żyli. Ta nasza podkomisja jest po to, żeby żyli jak najbardziej zdrowo, żeby przyspieszyć wczesną diagnostykę, przyspieszyć dostępność do konkretnych specjalistów, jakoś coś wyjdzie, i przyspieszyć nowoczesne leczenie – takie, jakie jest uznane na świecie.

Bo to jest niebo a ziemia, czy rozpoczyna się leczenie od razu nowoczesne, a nie od leków, które prawie nie pomagają, które czasem zatrzymają chorobę. Tak że jest bardzo dużo do zrobienia. Bardzo proszę.

Członek zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Barbara Ruszkowska-Gębka:

Dziękuję bardzo. Barbara Gębka, Zarząd Główny Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów.

W materiałach, które otrzymaliśmy, jest mowa o poprawie w zakresie diagnostyki – chodzi o nowy program, „Polski program diagnostyki osteoporozy” – poprzez wykorzystanie technik USG, który nie wymaga ochrony radiologicznej. Myślę, że to jest bardzo fajne, świetne, pomoże w diagnostyce i profilaktyce. Seniorzy zdają sobie sprawę, że są zagrożeni osteoporozą, ale mają problem z dotarciem do diagnostyki, z informacją, jakie badania mogą przeprowadzić w tym kierunku.

Moje pytanie jest do pani dyrektor – będę bardzo wdzięczna, jeżeli pani powie, kiedy ten program z wykorzystaniem USG mógłby być wprowadzony? Myślę, że to bardzo poprawiłoby kondycję seniorów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby coś powiedzieć? Może najpierw z tych, którzy jeszcze nie mówili nic, dobrze, panie profesorze?

Proszę bardzo.

Wiceprezes zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Bolesław Meluch:

Pani przewodnicząca, Bolesław Meluch, Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej.

Troszeczkę z innego punktu widzenia, ale wbrew pozorom to bardzo istotny element prewencji pierwotnej, jak pan profesor nazwał. Swego czasu zrobiliśmy dla Ministerstwa Infrastruktury raport dotyczący budownictwa senioralnego i w tym raporcie wskazaliśmy z kolei na raport, który został przygotowany przez Europejską Fundację Osteoporozy i Chorób Mięśniowo-Szkieletowych i Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, gdzie pokazywano skutki tego BKKU... Złamania biodra bliżej końca kości udowej, tak ładnie to się nazywa.

Nie wchodząc w polemikę, czy próbując znaleźć różnice w danych statystycznych, ile tych przypadków jest, jeżeli chodzi o kobiety, mężczyzn na 100 tys. mieszkańców, i jakie to są koszty związane z leczeniem tych właśnie złamań, chciałem zwrócić tylko na jedno uwagę. W Wielkiej Brytanii wyliczono, że wprowadzając system mieszkań z asystą, spowodowano, że tych złamań było 2,15 razy mniej niż w przypadku osób, które nie korzystały z takich mieszkań. To przekłada się na olbrzymie środki, które można by było wykorzystać na mieszkania z asystą, zamiast wyłącznie później, po tych nieszczęśliwych zdarzeniach, osoby starsze leczyć chirurgicznie i terapeutycznie. Zwracam uwagę, że holistyczne podejście także powinno uwzględniać mieszkania z asystą.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Lub asystę dochodzącą. Ten pomysł mieszkania z asystą jest pomysłem nowym i chyba w Polsce nie bardzo stosowanym.

Natomiast owszem, w tej chwili idziemy w takim kierunku, żeby seniorzy nie trafiali do DPS czy potem hospicjów, tylko żeby tak długo, jak można, opieka społeczna przychodziła do nich do domu i pomagała. To się pięknie sprawdza. To powoduje, że senior, który znajduje się we własnych pieleszach, dużo lepiej się czuje, mniej choruje i osoby, które opiekują się takimi seniorami, są biegłe również w kontaktach ze służbą zdrowia. Wiedzą, gdzie posłać, jak i szybko przeprowadzają diagnostykę, szczepienia. To znaczy nie same, tylko towarzyszą temu seniorowi. Natomiast kiedy on ma to zrobić sam, to – tak jak pan przed chwilą powiedział – po prostu idąc na szczepienie, przewróci się i jest złamanie, nawet jeśli nie ma tej osteoporozy, bo liczba złamań u seniorów jest na pewno porównywalna do wieku, w którym człowiek szaleje i sobie łamie kości z powodu różnych szaleństw na rolkach i innych rzeczach, skoków, a tutaj senior, delikatnie idąc, potrafi się na prostej drodze wywrócić.

Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby zabrać głos, czy tylko pan profesor?

Specjalista chorób wewnętrznych i reumatologii prof. dr hab. n. med. Piotr Głuszko:

Ja strasznie przepraszam, ale muszę *ad vocem* do tej diagnostyki ultrasonograficznej, bo to nie jest ultrasonografia. To jest coś troszeczkę innego. To jest taki nowoczesny aparat, którego w Polsce prawie nie ma.

Ja powiem tak – najpierw wykorzystajmy to, co mamy i co jest łatwo dostępne. Mierzenie wzrostu naprawdę niewiele kosztuje. Zrobienie tych kalkulacji FRAX w komputerku to jest tam wpisanie kilku danych o pacjencie i obliczenie ryzyka złamań. Nic nie kosztuje – trochę czasu. Do tych innych aparatów diagnostycznych przejdziemy sobie w kolejnym ruchu, że tak powiem. To jest ten etap, że możemy wykorzystać naprawdę proste metody.

Członek ZG PZERiI Barbara Ruszkowska-Gębka:

Dziękuję bardzo, ale nie są wykorzystywane te proste metody.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Właśnie nie są, bo nie ma edukacji. Ochrona zdrowotna, która powinna każdego seniora mierzyć na przykład i patrzeć na to, że senior zmalął o 4 cm czy 5 cm. Wtedy trzeba szukać tego aparatu i robić dalszą diagnostykę. Czyż to taki wielki problem? Nie, i w tych badaniach 40 plus, które MZ i jeszcze wcześniejsza ekipa wprowadziła, bardzo często tam właśnie był wzrost, waga – proste rzeczy oprócz morfologii i innych szerszych badań, które takie rzeczy wyłapywały. To samo jest z wagą. Można wiele chorób złapać, jeśli ktoś jest za szczupły albo za otyły.

Ja nie rozumiem, dlaczego tego się nie robi. Dlaczego to nie jest codzienne życie? Tego nie musi robić lekarz. Przecież zważyć może pielęgniarka, zmierzyć może pielęgniarka i dać sygnał, że coś jest nie tak, że trzeba coś z tym zrobić. Tak że wiele jest do zrobienia.

Taki poradnik, pani dyrektor, naprawdę jest niezbędny dla seniorów. Poradnik, jak mówię – wersję elektroniczną szybciej można zamieścić w komputerze, ale my musimy to rozesłać szczególnie na tereny wiejskie, do domów po prostu. Tam, gdzie jest jakiś wnuk czy syn, czy ktoś, kto pomoże temu seniorowi, to dobrze, ale jak go nie ma, to naprawdę te osoby nie mają zielonego pojęcia, jakie choroby im grożą i co zrobić, jak się do tego odnieść.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby coś powiedzieć, zadać pytanie pani dyrektor?

Jeśli nie, to panią dyrektor proszę o odpowiedź. Jeśli z czymś jest kłopot, to poprosimy o odpowiedź na piśmie i my to roześlemy. Tak jak mówiłam, proszę o rozesłanie tego – za zgodą oczywiście pani przewodniczącej Borowiak – do wszystkich członków Komisji, bo to każdy powinien wiedzieć, i tę wiedzę już przynajmniej my, członkowie tej podkomisji, powinniśmy szerzyć, gdzie się da.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o dostępność do leków w ramach programów lekowych, to rzeczywiście one są zarejestrowane i przeznaczone dla pacjentów o określonych wskazaniach. Nie znam akurat przypadku pana posła, ale jeżeli w danym wskazaniu lek jest zarejestrowany i u nas jest refundacja w tym wskazaniu, to panu posłowi należy się taki lek. Natomiast jeżeli mówimy o czymś, co mogłoby wejść w przyszłości, to wszystko zależy... Jeżeli można by zmienić częstotliwość czy kwalifikacje pacjentów na wcześniejszym etapie, czy też częstsze podawanie leków, to już jest wszystko określone przez AOTMiT, a następnie rekomendowane ministrowi do wprowadzenia. Więc jeżeli są takie doniesienia w Europie, to jakby na bieżąco firma też śledzi swoje badanie i przekazuje ministrowi. Minister podejmuje decyzję, więc słuszne są te uwagi, że czasem proces refundacyjny następuje później aniżeli to, jakie mamy doniesienia o skuteczności leczenia danego leku. Więc tutaj bym prosiła o uzbrojenie się troszkę w cierpliwość. Myślę, że tak dużo się dzieje, jeśli chodzi o refundację, że to jest kwestia przyszłości, a proces refundacyjny też się rządzi swoimi prawami. To odpowiadając panu posłowi.

Odpowiadając panu profesorowi, to jak najbardziej tak. Ja nie opowiedziałam o tym programie POWER, ale to był taki program, który był realizowany przez, zdaje się, czterech czy pięciu świadczeniodawców w skali kraju i przyniósł bardzo dobre efekty – między innymi Instytut Geriatrii, ale też i ośrodki na Śląsku i w Lublinie. To były te ośrodki, które realizowały, i są z tego wnioski. W jakim zakresie one będą wdrożone, to my jeszcze tego nie wiemy, ale na pewno, jeżeli konsultanci i towarzystwa się tym będą zajmować, to... Tak jak powiedziałam – bardzo pręźnie działają eksperci w tym obszarze, więc karty świadczeń, opieki

czy też inny materiał do oceny agencji, a następnie do przekazania ministrowi na pewno zostanie przesłany.

Optometryści to jest rzeczywiście temat, który przez jakiś czas się przewija. My planujemy zmiany w koszyku świadczeń. Chcemy odciążyć okulistów. W tym momencie zleciliśmy agencji i termin realizacji tego zadania to jest 3 listopada – to jest rekomendacja na kwalifikacje dla określonych zadań do optometrystów, które mieliby wykonywać w celu odciążenia okulistów, co też powinno się przełożyć na istotne zmniejszenie kolejek, czyli włączenie po prostu optometrystów do tego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. To jest bardzo ważne. Będziemy finalizować to pewnie pod koniec roku, bo jak dostaniemy informację 3 listopada, to już będziemy mieć też informację odnośnie do danych do oceny skutków regulacji, odnośnie do populacji, więc myślę, że rozporządzenie powinno ukazać się gdzieś pod koniec listopada. Tak że to też postulat, który został wysłuchany, i na pewno to jest bardzo dobry postulat. Wierzmy w to, że wprowadzenie optometrystów troszeczkę uporządkuje te usługi.

Program, o którym tutaj pani była uprzejma wspomnieć – to są rzeczywiście postulaty, które wybrzmiewają. One praktycznie w 90% wymagają zawsze oceny AOTMiT, ale takiej oceny, od której nie zależy dalszy byt, bo tu minister często też podejmuje decyzje bez względu na to, jaką agencja wyda ocenę. Natomiast wszystkie te postulaty konsultantki, towarzystwa zbierzemy i na pewno w tym temacie będziemy podejmować decyzje. Bardzo ważne jest zaangażowanie, bo też decyzja będzie dotyczyła reżimu, w jakim będzie taki program działać, bo może to być pilotaż, może to być program polityki zdrowotnej. Tutaj mamy różne formy.

W ostatnim czasie były to programy finansowane ze środków Unii Europejskiej, ale mamy trochę pomysłów na to, tylko musimy zastanowić się właśnie, w którym reżimie prawnym należy to ułożyć. Pilotaże mają to do siebie, że one często się kończą i potem następuje taki pusty okres tzw. ewaluacji, czyli pacjent nie widzi, co się dzieje, a w ministerstwie, NFZ trwają prace dotyczące wprowadzenia tego. Nie chcielibyśmy, żeby coś, co było pilotowane, otrzymało taką przerwę i pacjent i ośrodek przyzwyczajony do udzielania świadczeń po prostu nie będzie mógł ich wykonywać, bo my czekamy tak naprawdę na wyniki pilotażu, więc tutaj jeszcze chwilę cierpliwości, musimy się nad tym zastanowić.

Wprowadziliśmy „Moje zdrowie”, które bardzo mocno chciałoby zaangażować POZ. To program, o którym myślimy, że on będzie bardzo się sprawdzał. Do tej pory, bo on wszedł w życie 5 maja, mamy wypełnionych ponad 1 mln ankiet. Oczywiście program jest w tej fazie pierwszej, czyli jak zwykle mogą być trudności na przykład w zakresie wyznaczenia terminu wizyty podsumowującej, która jest bardzo ważnym, bo nieodłącznym elementem rozliczenia tej porady i świadczenia. Ta wizyta podsumowująca pokaże pacjentowi, w którym kierunku powinny zostać wykonane pogłębione badania i stworzony jakiś taki indywidualny plan leczenia dla pacjenta, który jest proponowany, ale też badania przesiewowe.

Tutaj właśnie też widzimy taką możliwość, że jeżeli będą programy dostępne – programy chorób otępiennych czy też inne – to „Moje zdrowie” i POZ, właśnie za pomocą koordynatorów, którzy specjalnie są przeszkoleni i dodatkowo sfinansowani, żeby prowadzić takiego pacjenta i przypilnować, żeby on na pewno się pojawił w tym POZ, a być może w przyszłości nawet skorzystał z tych programów... Bo chcielibyśmy też, żeby pacjent nie tylko otrzymał taką informację, ale żeby został tak dobrze poinstruowany, że wręcz zostałby zaprowadzony za rękę na taki program. To byłoby idealne, bo wtedy mielibyśmy taki realny odsetek pacjentów, którzy skorzystaliby z programów przesiewowych. To nie tylko dotyczy oczywiście osób starszych, ale też naszych programów profilaktycznych, które są i którymi też trzeba się zaopiekować, bo z roku na rok oczywiście cieszą się coraz większą popularnością. Jednak, mimo wszystko, to jest za mało, więc staramy się różnymi kanałami dotrzeć.

Bardzo dziękuję tutaj wszystkim państwu, pani przewodniczącej, za wszystkie postulaty, bo to są takie konkretne postulaty i konkretne pytania. Wysłuchamy sobie jeszcze raz państwa pytań. Jeżeli na coś nie odpowiedzieliśmy, w szczególności w zakresie dostępu do leków czy też określonych wskazań, to odpowiemy na piśmie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Cieszę się. Mam nadzieję, że uda się poprawić los seniorów w kwestii zdrowotnej, bo trzeba we wszystkich kwestiach poprawić ten los, ale zdrowie jest jedną z najważniejszych rzeczy

oprócz takiego dobrostanu, do którego potrzebne są finanse. To są dwie rzeczy, które tego seniora powinny zabezpieczyć. On musi mieć też w tym pomoc. Sam senior nie ogarnie tego i nie da sobie rady, jeśli ktoś mu nie pomoże w kwestii zdrowia – co dalej robić, gdzie się udać. Naprawdę seniorzy w pewnym wieku stają się dziećmi. Ja się całe swoje życie opiekowałam populacją wieku rozwojowego, czyli tymi najmłodszymi, ale widzę, że tu jest podobnie. Trzeba ich prowadzić za rączkę jak dzieci i im pomóc, i nie uważać, że to jest coś złego. Taki jest bieg wypadków w życiu ludzkim. Powtórzę to, co mówię na wszystkich zespołach i komisjach, że człowiek musi być najważniejszy w tym wszystkim. Musimy tak ustawić opiekę nad seniorem, żeby to on był najważniejszy, a nie pieniądze i procedury. Dużo dobrego się stało, bo jednak procedury AOTMiT przyspieszyły, kwalifikacyjne do listy przyspieszyły, stąd te 54 substancje. Zmieniły się... Jest wieloparametryczna analiza, więc wreszcie jest w tym względzie duży postęp i wtedy całość człowieka się do tego liczy.

Musimy już skończyć. Bardzo pięknie państwu dziękuję i zapraszam na zdjęcie tutaj, pod logo Sejmu, a panią poproszę o zrobienie tego zdjęcia. Zapraszam państwa.