

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ZDROWIA OSÓB STARSZYCH
(NR 13)
z dnia 11 lutego 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej – podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych (nr 13)

11 lutego 2026 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia osób starszych, obradująca pod przewodnictwem poseł **Alicji Chybickiej (KO)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła

- informację ministra zdrowia na temat leczenia choroby Alzheimerera;
- informację na temat dostępności osób starszych do specjalistów oraz badań obrazowych (TK, MRI, PET).

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, **Małgorzata Michalska** naczelnik wydziału w Departamencie Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia, **Karolina Gałczyńska-Szymczyk** główny specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Anna Miszczak** dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Krzysztof Nyczaj** konsultant w Departamencie Badań Społecznych Głównego Urzędu Statystycznego, **Tomasz Targowski** kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, **Ewa Kądalska** konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera, **Barbara Ruszkowska-Gębka** członek Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów i Rencistów, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Anna Jasińska** rzecznik Medycznej Racji Stanu wraz ze współpracownikiem.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Jeśli pozwolicie państwo, to otwieram 13. posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie. Witam panie i panów posłów oraz wszystkich zaproszonych gości. Wszyscy państwo otrzymaliście zawiadomienie o posiedzeniu.

Mamy w planie rozpatrzenie dwóch punktów porządku dziennego. Pierwszy: informacja ministra zdrowia na temat leczenia choroby Alzheimerera. To jest bardzo ważne, bo w chorobie Alzheimerera dokonał się ogromny postęp w rozpoznawaniu i leczeniu, i to daje szansę także seniorom z niezaawansowaną chorobą. Drugi: informacja na temat dostępu osób starszych do specjalistów oraz badań obrazowych. Tu sama oczywiście przeczytałam materiał, ale uważam, że temat jest bardzo ciekawy i bardzo trudny.

Oba te tematy będzie referowała pani dyrektor Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, i pani Anna Miszczak w drugim punkcie, dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeszcze raz wszystkim państwu się kłaniam i bardzo proszę o zreferowanie po kolei punktu pierwszego, a następnie punktu drugiego. Naszą panią z sekretariatu gorąco proszę o rozesłanie materiałów, które MZ nam przesłało, do wszystkich członków Komisji Polityki Senioralnej, tak jak zawsze, dobrze?

Bardzo proszę, punkt pierwszy, czyli alzheimer. Pani dyrektor Kajka.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Materiał, który został przekazany do podkomisji, jest dość obszerny, natomiast pozwolę państwu, że ja przedstawię w formie takiej skrótowej najważniejsze informacje i dane też, które mamy zebrane razem z Centralą NFZ.

Choroba Alzheimera, opieka nad seniorami, tło demograficzne, epidemiologiczne. Demencja, proszę państwa, stanowi rosnący problem globalny. Na świecie żyje około 55 mln osób z demencją. To są dane za 2025 r. W Polsce starzenie się społeczeństwa sprawia, że ta liczba przypadków oczywiście systematycznie rośnie, głównie w populacji 60 plus. Mapy potrzeb zdrowotnych na 2022 r., czyli jak wygląda chorobowość, rozpoznanie w zakresie choroby Alzheimera – 184 tys., zgony – 31 tys., podejrzenia – 44 tys. Jeśli chodzi o dane z NFZ, to w ramach szerszej definicji mamy 382 tys. pacjentów z chorobą Alzheimera i chorobami pokrewnymi i to jest wzrost w stosunku do 2014 r., czyli na przestrzeni 10 lat o około 13%. To jest znaczny wzrost.

Charakterystyka choroby. Jak państwo doskonale wiecie, ma ona charakter wieloletni, postępujący. Wczesne stadium to jest zaburzenie pamięci epizodycznej przy doborze zachowanej pamięci proceduralnej. W zaawansowanym jest dezorientacja, zaburzenie orientacji przestrzennej, pogorszenie funkcjonowania i samoobsługi.

Jeśli chodzi o leczenie farmakologiczne i refundację, mamy leki objawowe i tutaj mamy Donepezil – 30% odpłatności, liczne formy, refundacja również off-label; Rywastygmina, kapsułki w ramach listy S65+. Większość opakowań wydawana jest bezpłatnie, ponad 80% wydanych opakowań pochodzi z listy S65+. Część preparatów wytwarzana jest w Polsce i tutaj też macie państwo szczegółowe informacje w tym obszernym materiale, który został przesłany. Nowe terapie: Lecanemab zarejestrowany przez EMA w kwietniu 2025 r. został zapowiedziany wniosek refundacyjny w Polsce, i Kisunla, czyli Donanemab, dopuszczony przez FDA, ale jeszcze bez dopuszczenia w Unii Europejskiej.

Jeśli chodzi o refundację wyrobów medycznych, to refundacja dla pacjentów z chorobą Alzheimera i chorobami pokrewnymi wyniosła w 2024 r. 151 mln zł, z czego oczywiście dominującą kategorią były pieluchomajtki zarówno pod względem liczby pacjentów, jak i wartości refundacji. Znaczna część świadczeń była stała, przewidywalna. Jest to związane z przewlekłym charakterem chorób i długoterminowym zużyciem wyrobów medycznych. Refundacja obejmuje sprzęt kluczowy dla codziennego funkcjonowania, często powiązany z opieką długoterminową i obciążeniem opiekunów. Wyroby medyczne stanowią rosnący element ogólnego kosztu opieki nad pacjentami.

System świadczeń – refundacja NFZ w 2023 r., tak dla porównania, mamy akurat 3 lata i niepełny 2025 r., poczynając od 2023 r., wyniosła 285 mln zł. W 2024 r. to jest wzrost o 18% – 336 mln zł. Mamy dane za okres od stycznia do lipca 2025 r., czyli za 7 miesięcy – wyniosła już 193 mln zł. Największe pozycje to oczywiście refundacja w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych – tu w 2024 r. mamy 171 mln zł, opieka psychiatryczna – 93 mln zł i rehabilitacja – 41 mln zł.

Świadczeniodawcy – dane za 2025 r. za miesiące styczeń–lipiec, według rozpoznania od F00 do G30. I teraz, województwa o największej liczbie świadczeniodawców POZ, czyli w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej: mamy najwięcej w województwie śląskim – 691, odpowiednio mazowieckie – 627, wielkopolskie – 540. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna: najwięcej świadczeniodawców jest w województwie śląskim – 263, mazowieckim – 180 i wielkopolskim – 141. W szpitalnym odwrotna kolejność na dwóch pierwszych pozycjach: mazowieckie – 36, śląskie – 34 i wielkopolskie – 25. Psychiatria, uzależnienia: mazowieckie – 86, wielkopolskie – 65, śląskie – 53. Rehabilitacja: mazowieckie – 82, małopolskie – 61, śląskie – 60. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze: mazowieckie – 120, śląskie – 107, podkarpackie – 83. Województwa o najmniejszej liczbie świadczeniodawców to, proszę państwa, jak wynika z załączonych tabel: opolskie, lubuskie i podlaskie. Tak samo będzie wyglądała sytuacja w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalnej. W psychiatrii jest inaczej, bo najmniej świadczeniodawców ma warmińsko-mazurskie, potem jest świętokrzyskie i zachodniopomorskie. W rehabilitacji najmniej jest w województwie podlaskim, pomorskim i opolskim. Jaki mamy wniosek? Oczywiście biorąc pod uwagę dane, które prezentujemy, największa dostępność jest w województwie

śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, a najniższa w opolskim, lubuskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim.

Teraz temat kadry i kształcenie. W 2025 r. liczba specjalistów – tutaj jeśli chodzi o specjalistów, to mamy wyodrębnione specjalizacje: neurologii, psychiatrii, geriatrii i medycyny rodzinnej – wynosiła łącznie 22 293 lekarzy, z wyraźnym wzrostem na przestrzeni 15 lat dzięki podnoszeniu limitów, większej liczbie miejsc szkoleniowych. Rezydentury w dziedzinach priorytetowych: neurologia, psychiatria i geriatra, i medycyna rodzinna – oczywiście wyższe wynagrodzenia, preferencyjne limity i centralny wybór umożliwiający aplikowanie do wielu województw jednocześnie to są te działania, które stopniowo zwiększają liczbę specjalistów, choć nadal obserwujemy dysproporcje regionalne. Kształcenie lekarzy: zwiększono limity przyjęć na studia lekarskie po 2016 r., a także umożliwiono wcześniejsze podejście do egzaminów. Jeśli chodzi o pielęgniarzy i fizjoterapeutów, to również w programach edukacyjnych, co ważne i co odpowiada na rosnące potrzeby i wyzwania demograficzne, uwzględniono kompetencje w zakresie chorób otępiennych. Fizjoterapeuci – to warto podkreślić – szkolą się w zakresie geriatrii i opieki paliatywnej. Chociaż liczba specjalistów rośnie, to rośnie zapotrzebowanie, więc oczywiście rekomendacja jest taka, żeby ten trend wzrostowy, biorąc pod uwagę tę sytuację demograficzną, utrzymywał się, ale też miał tendencję wzrostową.

I teraz, proszę państwa, „Krajowy program działań wobec chorób otępiennych”. Program został przyjęty, proszę państwa, uchwałą nr 173 Rady Ministrów z dnia 11 grudnia w sprawie „Krajowego programu działań wobec chorób otępiennych”, polityki publicznej do roku 2030. Głównym zadaniem jest uspołnienie działania, wzmocnienie koordynacji międzysektorowej i wprowadzenie nowych rozwiązań organizacyjnych, m.in. opieki środowiskowej, krótkoterminowej opieki wytchnieniowej, co ważne, i przede wszystkim wprowadzenia standardów diagnostyczno-terapeutycznych w chorobie Alzheimera. Program ma znaczenie strategiczne w kontekście prognozowanego wzrostu liczby chorych i potrzeby odciążenia opiekunów nieformalnych. Oczywiście jesteśmy gotowi tutaj na więcej pytań z państwa strony. Nie będę też opowiadała o tym programie, dlatego że program jest dość rozbudowany, ale jesteśmy gotowi na to, żeby odpowiadać.

Teraz punkt drugi, również bardzo ważny, bo dotyczy dostępu osób starszych do specjalistów oraz badań obrazowych. Tak jak wspomniałam na początku, sytuacja demograficzna seniorów wygląda w ten sposób, że osoby 60 plus w 2024 r. stanowiły około 27% populacji. Seniorzy korzystają bardzo intensywnie ze świadczeń. W 2024 r. ta liczba porad wynosiła około 115 mln porad w AOS i POZ. To stanowi około 32% ogółu wszystkich, jeśli chodzi o całą populację. Przeciętnie senior ma 15 porad rocznie, czyli dwa razy więcej niż osoby poniżej 65. roku życia.

Dostęp do geriatrii – w 2024 r. mieliśmy 194 poradnie geriatryczne. Najwięcej jest w województwie śląskim – 37, potem mazowieckie – 28, małopolskie – 22. Najmniej: województwo warmińsko-mazurskie i świętokrzyskie – po 2 poradnie. Liczba porad w zakresie geriatrii to są 102 tys., z czego około 70% stanowiły porady dla kobiet. Czas oczekiwania – tutaj mam podzielone dane na przypadek oczywiście pilny i stabilny. Rezonans magnetyczny, przypadek pilny, czas oczekiwania – 35 dni, stabilny – 49. Seniorzy stanowią około jednej trzeciej kolejki. Tomograf, przypadek pilny, czas oczekiwania – 32 dni, stabilny – 45 dni. Seniorzy zajmują około 52% kolejki. Badanie PET, przypadek pilny – 15 dni, stabilny – 22, seniorzy – 58%. I teraz, proszę państwa, mam też rozbić specjalistykę, czyli porad wybranych na zakresy. Mam psychogeriatricę, przypadek pilny – 58 dni, geriatra – 63 dni, kardiologia – 66 dni, neurologia – 65 dni, okulistyka – 62 dni, urologia – 46 dni i to są przypadki pilne. Odpowiednio przypadki stabilne: psychogeriatrica – 182 dni, geriatra – 77, kardiologia – 104, neurologia – 85, okulistyka – 105, urologia – 76.

Jeśli chodzi o programy inwestycyjne, bo to jest kolejny punkt informacji przekazanej państwu – inwestycje – program niskodawkowej tomografii komputerowej, czyli nowe świadczenie projektowane do koszyka świadczeń gwarantowanych w rozpoznaniu nowotworów klatki piersiowej, w tym przede wszystkim raka płuca. To jest badanie, które zostanie wprowadzone w tym roku do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Ono jest realizowane w zakresie programów finansowanych przez ministra zdrowia od 2021 r. i należy podkreślić, że w ramach tego programu była testowana populacja 50–74 lata. Będzie to populacja... Jeszcze nie wiemy, bo rozporządzenie jest w toku, ale wszystko wskazuje na to,

że większa część przepisów zostanie uwzględniona w zakresie świadczenia gwarantowanego, które na stałe wejdzie do tej populacji do koszyka.

W ramach programów, czyli tych programów finansowanych przez ministra zdrowia, do trzeciego kwartału 2025 r. wykonano 53 657 takich badań za kwotę około 21 mln zł. Będziemy oczywiście obserwować, jak wygląda ten trend po wprowadzeniu na stałe tego badania, czyli jak będzie dostępne dla całej populacji kraju to nowe badanie. Inwestycje w sprzęt onkologiczny – w ramach NSO w latach 2020–2026 zostały wydatkowane następujące kwoty: nie wiem, czy pani przewodnicząca chce, żebym to wymieniała, ale to są kwoty, które zostały wydane głównie na akceleratory, mammografy, sprzęt rehabilitacyjny, który dotyczy oczywiście osób starszych, ale dotyczy...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Łączną kwotę jakby mogła pani podać. To na pewno nie mało.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Łączna kwota – w 2020 r. 84 mln zł, ale już w 2021 r. 280 mln zł i w 2026 r. mamy plan na 430 mln zł. Czyli wzrasta ta kwota, zwiększają się inwestycje w sprzęt znacząco, ale też zwiększa się przepustowość dzięki temu, co oczywiście przekłada się na skracanie kolejek, na większą dostępność do kluczowych badań dla seniorów. Widzieliście państwo, jak wygląda czas oczekiwania, więc jakby to też powinno iść w parze. Inwestycje w sprzęt będą na pewno powodowały, że kolejki ulegną skróceniu.

I teraz, mam informację, proszę państwa, dotyczącą samooceny zdrowia seniorów. Tylko to są dane za 2024 r., nie mamy jeszcze za 2025 r. Badanie wyszło nam w ten sposób, że jest ani dobrze, ani źle, czyli tak zostało ocenione przez pacjentów. To było około 47%.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Powyżej 60. roku życia. Będę miała zaraz pytanie. Nie można tutaj do jednego kubła wrzucić 60- i 100-latk. Nie można w tym pytaniu i w odpowiedzi, bo ta odpowiedź jest generalnie zafałszowana, bo 60-latek statystycznie będzie dużo bardziej zdrowy aniżeli 90- czy 100-latek. Na pewno.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pytanie, czy to będzie szło w parze z jego zadowoleniem z...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Trzeba to sprawdzić.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Można by było to sprawdzić.

„Dobrze” powiedziało 31%, więc też taka zadowalająca odpowiedź. „Bardzo dobrze” około 2,5%. Też wyszło nam w tym badaniu, że przewlekłe problemy zdrowotne ma 62% seniorów. Kobiety wskazują, że mają je częściej. Nie wiem, czy to wynika z tego, że kobiety częściej się badają i częściej przyznają do tego, że mają, czy też rzeczywiście tak jest, że mają problemy przewlekłe częściej niż mężczyźni. Bardzo dziękuję. Czekamy tutaj na pytania i na dyskusję. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy pani z NFZ coś jeszcze chciała do tego dodać?

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Anna Miszczak:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Tutaj opieramy się na zbliżonych danych z tych samych źródeł. Ja może jeszcze tylko dodam w uzupełnieniu do tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, że nakłady na te badania wykonane u osób powyżej 60. roku życia, podobnie jak badania w pozostałej populacji, systematycznie rosły. Jeżeli chodzi o tomografię komputerową – mówię tylko o badaniach dla populacji osób starszych – wzrosły z 604 mln zł w 2023 r. prawie o 100 mln zł w 2024 r. Za 2025 r. mamy tylko częściowe dane, natomiast pozwalają one sądzić, że będzie to co najmniej taki wynik, czyli zwiększenie nakładów w tym zakresie o przynajmniej 100 mln zł. Podobnie

sytuacja wygląda z rezonansem magnetycznym. Wzrosty, trochę może mniejsze, na poziomie 50 mln zł obserwujemy w pozytonowej tomografii komputerowej (PET).

Dodam jeszcze, że struktura pacjentów siłą rzeczy, jeżeli chodzi o tomografię komputerową, to osoby starsze – stanowią prawie 30%. Mówię to na podstawie może nie akurat tych zrealizowanych badań, tylko tych list oczekujących, które obserwowaliśmy. W rezonansie magnetycznym to dochodzi do 50% i podobnie jest w PET. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chciałby zadać pytanie? Czy pan poseł ma jakieś pytanie?

Bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Jedno, mam wrażenie, bardzo proste pytanie, chociaż nie wiem, czy panie dysponują teraz takimi danymi. Ale chciałem zapytać, jak się dzisiaj ocenia perspektywę, przyszłość, jeśli chodzi o skuteczność leczenia choroby Alzheimera? Bo wiem, że mamy pewne sukcesy, ale czy wiadomo, jaka jest perspektywa w tym zakresie? Co się będzie dziać za 5–10 lat?

Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Targowski:

Może ja odpowiem. Prof. Tomasz Targowski, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii.

Rzeczywiście w badaniach jest około 200 cząsteczek rozmaitych, działających na różne szlaki choroby Alzheimera. Wchodzą nowe preparaty, m.in. ten preparat Lecanemab, ale to są bardzo drogie terapie. Koszt roczny takiej terapii jest w granicach 26–27 tys. dolarów. Możemy to sprowadzać na import docelowy. Ruszył w Polsce również program z Kisunlą i to już jest generalnie, bo nawet mamy informację, że są wybrane ośrodki w Polsce, w których możemy rejestrować pacjentów.

Natomiast problem z tymi lekami – zwłaszcza tymi przeciwciałami monoklonalnymi przeciwko złogom amyloidu, bo to jest taka najbardziej obiecująca ścieżka – jest taki, że one niestety wiążą się z tym ryzykiem powikłań pod postacią ARIA, czyli takich zmian, obrzęków i krwawień śródczaszkowych. Przeciwwskazaniem na przykład do stosowania tych leków jest jednoczesne stosowanie leków przeciwkrzepliwych, a masa seniorów przyjmuje te leki przeciwkrzepliwie z powodów kardiologicznych. To jest problem, który będzie w znaczącym stopniu ograniczał stosowanie, zwłaszcza u najstarszych seniorów, tego leku w chorobie Alzheimera o późnym początku.

Jest to 5% do 10% przypadków choroby Alzheimera o wczesnym początku, dziedziczonych w sumie genetycznie – one się zdarzają u młodszych pacjentów przed 65. rokiem życia. Tak de facto te najnowsze terapie prawdopodobnie będą dla nich największym wsparciem, a nie dla seniorów. Więc tak to mniej więcej wygląda.

Natomiast czekamy na nowe leki, m.in. niektóre leki przeciwcukrzycowe. Okazuje się – Chińczycy robili takie badania – że znacząco zmniejszają ryzyko zachorowania u pacjentów chorych na cukrzycę. Pojawiają się też nowe cząsteczki działające na nowe receptory zmieniające metabolizm w neuronach mózgu, stosowane w tabletkach, które też spowalniają. U nas to jeszcze jest słabo dostępne, ale spowalniają postęp choroby. Ale czekamy, mamy nadzieję. Jest dużo tych badań, bo to jest tak jak z hemofilią, szanowni państwo. Dlaczego tak doskonale znamy różne rodzaje hemofilii? Bo hemofilia była chorobą rodów królewskich europejskich i każdy, kto wymyśliłby lek na hemofilię, byłby ozłocony przez dwory królewskie, a choroba Alzheimera jest generalnie chorobą bogatych WASP, a więc bogatych białych ludzi, którzy długo żyją, więc wiele firm jest żywo zainteresowanych znalezieniem leków na chorobę Alzheimera.

Natomiast mam pytanie o tę liczbę poradni, która jest tutaj podana, bo ja mam trochę rozbieżne dane. W raporcie są 194 poradnie geriatryczne na terenie całego kraju, rzeczywiście najwięcej ich jest na Śląsku, a czy to są dane NFZ? Bo z raportów konsultantów wojewódzkich m.in. za 2024 r., gdzie oni mi to przysyłają, a oni dosyć dobrze znają swoje województwa, zresztą składam te raporty, za 2024 r. to były 124 poradnie. Właśnie nie wiem, czy to nie jest jakiś błąd czy literówka, bo tu są 194.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Myślałam, że będzie więcej, bo może nie wszystkie są finansowane przez NFZ i być może się znalazła. Jak jest mniej, to już w ogóle.

Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii NIGRiR, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Targowski:

Myślę, że jak niefinansowane przez NFZ, to NFZ raczej nie ma informacji na ten temat.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Właśnie nie ma informacji, dlatego się zdziwiłam, że pan profesor dostał mniej, a nie więcej.

Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii NIGRiR, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Targowski:

Tak mi raportują konsultanci.

Natomiast jedna rzecz, której brakuje na przykład w poradniach, bo my to cały czas podkreślamy, zresztą z panią dr Ewą Kądalską, która jest konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, że w geriatrii liczy się praca zespołu geriatrycznego. Ten zespół według standardów opieki geriatrycznej to jest właśnie lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog. Tych zespołów nie mamy w poradniach. My to już postulowaliśmy przy zmianach, zresztą pani Małgosia Michalska chyba to też pamięta, bo pracowaliśmy w tym Zespole do spraw organizacji opieki dla osób starszych, żeby w ramach odwracania piramidy świadczeń – bo przecież dążymy do tego, żeby wzmacniać tę nogę AOS, żeby wyprowadzić trochę tę medycynę ze szpitali – postulowaliśmy, żeby stworzyć takie pełne zespoły geriatryczne w poradniach. Oczywiście będzie się to wiązało ze zmianą wyceny świadczeń, bo na razie, zgodnie ze standardem, z wymaganiami NFZ, w poradni geriatrycznej musi być lekarz i pielęgniarka. Nie ma ani psychologa, ani fizjoterapeuty.

Co więcej, takie zespoły geriatryczne, jeżeli zajmują się pacjentem geriatrycznym, to one również powinny być takimi zespołami – w cudzysłowie – lotnymi, czyli takimi, które również chodzą do tych najbardziej schorowanych i najstarszych pacjentów do domów. Doglądają ich w zależności od potrzeb, w zależności od wiodącego problemu, bo to może dojrzeć pacjenta psycholog, może dojrzeć fizjoterapeuta, może pójść pielęgniarka, nie zawsze to musi być cały zespół. Tyle tytułem tej mojej dygresji. Nie wiem, pani Ewo, czy pani coś...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

To jest coś, o czym my od dawna już mówimy, ażeby medycyna przyszła do seniora do domu, żeby profilaktycznie przyszła, żeby rozpoznanie każdej z chorób wieku podeszłego było jak najszybsze, bo wtedy i los tego człowieka jest zupełnie inny, nie kończy się szpitalem, tylko można rozpocząć leczenie w domu.

Tu właśnie mam pytanie odnośnie do choroby Alzheimerera, bo wydaje mi się, że w Polsce praktycznie nie istnieje – jak się myślę, to proszę mnie poprawić – wczesna diagnostyka choroby Alzheimerera. Naprawdę, zawsze dopiero jak się zaczyna, są objawy, to wtedy się robi beta-amyloid, białko tau i geny. Nie słyszałam, naprawdę, żeby wcześniej gdzieś ktoś robił te badania masowo, bo oczywiście pojedyncze osoby to robią.

Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii NIGRiR, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Targowski:

To prawda, ale my też postulowaliśmy w ramach pracy zespołu, żeby nawet w ramach programu „Moje zdrowie”, który jest prowadzony przez POZ, generalnie każdej osobie od 60. roku życia wzwymy robić taką krótką przesiewówkę, badanie Mini-COG, które by wylapywało takich pacjentów i wtedy lekarz POZ miałby obowiązek przekierować pacjenta do opieki geriatrycznej czy też psychiatrycznej w zależności od lokalnych możliwości.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, jeśli można.

„Moje zdrowie” rzeczywiście to przewiduje – jest ta karta Mini-COG do wypełnienia i z naszych algorytmów wynika, że jeżeli pacjent odpowie na trzy pytania w sposób odpowiedni...

Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii NIGRiR, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Targowski:

Ja sam przygotowywałem te pytania.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Ja wiem, tylko że chodzi o to, że tam nie było nigdy postulatu, żeby całą populację objąć, bo jeżeli całą, to już bez pytań. Całą populację powyżej 65. roku życia, żebyśmy objęli, to wtedy jakby nie mają znaczenia odpowiedzi udzielone przez pacjenta, więc możemy to zmodyfikować. Czyli możemy to zrobić w ten sposób, że tylko wiek będzie kryterium.

Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii NIGRiR, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Targowski:

Nie, bo to jest badanie przesiewowe, generalnie oceniające zdolności poznawcze. Tam są najpierw trzy proste pytania, które też konsultował chyba konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, które mają wyłapać przesiewowo tego seniora, który może być zagrożony chorobą Alzheimera, i wtedy się to pogłębia o badanie mini-COG. Jeżeli ono wyjdzie nieprawidłowo, to już wtedy jest wskazanie do takiej pełnej diagnostyki. Tak to było planowane. Nie wiem, jak to finalnie się zakończyło.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ktoś z państwa jeszcze chciałby zadać pytanie, skomentować czy coś powiedzieć?

Bardzo proszę.

Rzecznik Medycznej Racji Stanu Anna Jasińska:

Anna Jasińska, Medyczna Racja Stanu.

My, panie profesorze, chyba z 10 lat temu – jeszcze żył Krzysztof Kolberger – robiliśmy taką kampanię świadomości społecznej na temat alzheimera. Dlaczego z Kolbergerem? Dlatego, że narzędziem pracy aktora jest pamięć. W związku z czym całe zrzeczenie aktorów polskich bardzo nam w tym pomagało. Wtedy pojawiło się duże zainteresowanie też w mediach i pamiętam, jak rozmawiałam z panią prof. Barcikowską, to wtedy była guru od diagnostyki i terapii choroby Alzheimera. Ona właśnie mówiła, że ta świadomość jest znikoma.

Zauważcie państwo, były też filmy fabularne, gdzie bohaterami nie byli seniorzy, to były młode kobiety pracujące naukowo na uniwersytetach. Annie Girardot, która była też aktorką i zapadła na alzheimera – wtedy też wykorzystywaliśmy troszkę jej resztki świadomości, ona bardzo wspierała tę kampanię w Europie. Myślę, że my się nie przebijemy przez świadomość tylko systemem ochrony zdrowia. Zresztą Medyczna Racja Stanu zawsze mówi, że nie tylko środowiska medyczne muszą się włączyć. My tutaj z panem posłem próbujemy poruszyć serca i sumienia mediów publicznych, które właściwie docierają w tej chwili w 90% do tej widowni, czyli ludzi starszych. Więc myślę, że to jest taki zapas, żebyśmy zwrócili na to uwagę.

Myślę, że cały czas POZ. Kiedyś rozmawiałam z drem Michałem Sutkowskim – jest jednym ze współzałożycieli Medycznej Racji Stanu. On mówi: „Słuchaj, ja oczywiście znam ten test, ja mogę ten test przeprowadzać, mimo że mam bardzo dużo pacjentów. Natomiast – mówi – wiesz, ja czasami bez testu wiem, jeśli to są moi stali pacjenci, jeśli ja tę rodzinę prowadzę od zawsze to – mówi – ja już mam to wycucie, ta dioda mi się zapala”. Czyli pierwszy wniosek, żebyśmy próbowali właśnie znowu wykorzystać, być może teraz, ten entuzjazm mediów publicznych, panie pośle, i mamy mieć wkrótce z nimi spotkanie, żebyśmy propagowali wiedzę na ten temat. Jeśli do piwa bierzemy znanych aktorów – o to z kolei z prof. Czupryniakiem walczymy, żeby chłopaki zagraли raczej w takiej edukacyjnej kampanii na rzecz promocji zdrowia, a nie picia piwa. Więc myślę, że tutaj zawsze łatwiej dotrzeć do naszej uważności w tym świecie nadmiaru informacji. Więc to byłby jeden wątek.

Drugi wątek – mam też pytanie do państwa, ponieważ to jest wątek trochę osobisty. Moja mama chorowała na parkinsona wprawdzie, ale to też jest choroba neurodegeneracyjna. Ale ludzie w tym wieku mają wielochorobowość, często chorują onkologicznie. Patrzę w oczy pani profesor, ja jestem od 30 lat rzecznikiem Polskiej Unii Onkologii, więc miałam pewną świadomość. Moja mama, równolegle z parkinsonem, już zaawansowanym, miała zdiagnozowany nowotwór piersi i, słuchajcie, były boje, proszę państwa, między neurologami i onkologami, bo neurolog mówi: „Słuchaj, jeśli pošlesz mamę na tę operację, wytną guz w piersi, ale mama będzie w znacznie gorszym stanie po zastosowaniu znieczulenia ogólnego”. Czy współpracują na przykład onkolodzy z geriatrami i neurologami w takich sytuacjach, żeby przeprowadzać miejscowe, o ile to możliwe, znieczulenie?

**Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii NIGRiR, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii
Tomasz Targowski:**

Jeszcze nie wszędzie współpracują, natomiast taka współpraca jest już robiona, ale to też lokalnie, to jest na zasadzie inicjatyw oddolnych. Na przykład w Centrum Onkologii w Warszawie pani dr Broczek, geriatra, konsultuje starszych pacjentów kwalifikowanych do leczenia onkologicznego. Dużo się mówi w geriatrii właśnie o tej onkogeriatric, o tej konieczności zaopiekowania, bo najczęściej na nowotwory chorują rzeczywiście osoby w starszym wieku. Zresztą dużo się też mówi o ortogeriatric. To też jest niezwykle ważne, bo tych złamań, zwłaszcza teraz w obecnym okresie – szyi kości udowej i innych mamy co niemiara.

Natomiast pacjenci mają lepsze wyniki leczenia, jeżeli są odpowiednio przygotowani, jeżeli stosowana jest u nich prehabilitacja przed zabiegami operacyjnymi, czy to ortopedycznymi, czyli chirurgią twardą, czy nawet chirurgią miękką. Ale to nadal jest wszystko na zasadzie inicjatyw oddolnych. Nie ma takiego zakresu świadczeń jak porada geriatryczna na przykład u pacjenta ortopedycznego czy onkologicznego, z tego, co mi wiadomo. Oczywiście podmioty lecznicze sobie jakoś tam radzą, jakoś to obchodzą.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś jeszcze z państwa?

Bardzo proszę.

Przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, ale i Obywatelski Parlament Seniorów.

Środowiska alzheimerowskie od 2011 r. zabiegały o Polski plan alzheimerowski. W tej chwili mamy go pod nieco rozszerzoną i nazwą, i zasięgiem jako „Krajowy program działań wobec chorób otępiennych”, czyli trochę większy, i bardzo dobrze. Przypominam sobie, że już w raporcie z 2017 r. NIK podawał, że mieliśmy wtedy 575 czy 585 tys. osób chorych. Pewnie w tej chwili jest sporo więcej, więc taka jest skala problematyki tych chorób otępiennych i problematyki opiekunów osób chorych na alzheimera.

Teraz w kontekście tego krajowego programu mam takie pytanie: jakie są dalsze kroki ministerstwa w kierunku dalszego, powiedzmy, obudowania tego programu w akty wykonawcze – poszczególnych części tego programu? Bo ten program to jest w tej chwili 70 stron dokumentu bardzo dobrego, natomiast potrzebujemy realizacji drugiego etapu czy kolejnych etapów, żeby wdrażać w życie poszczególne elementy tego programu. Czy ten etap prac będzie konsultowany z organizacjami pacjenckimi środowiska alzheimerowskiego?

Drugie pytanie, jak MZ w kontekście tych dwóch leków, które w tej chwili mamy, o których była tutaj mowa – Lecanemab i Donanemab, jeśli dobrze pamiętam... One są dedykowane dla osób na bardzo wczesnym etapie choroby. Tutaj wracamy do tego, jak my jako system opieki zdrowotnej i ministerstwo jesteśmy przygotowani do tego, żeby wyłapywać te osoby na bardzo wczesnym etapie choroby. To, co pani profesor mówiła – że mamy kłopot z wczesną diagnozą. Mamy rzeczywiście ten kłopot, sam na sobie przerabiałem w rodzinie, ale i w wielu przypadkach pacjenci, którzy zgłaszali się – czy ich rodziny w zasadzie – do stowarzyszenia alzheimerowskiego, to były przypadki już na bardzo odległym etapie choroby Alzheimera.

Jeśli podzielimy tę chorobę na trzy etapy, to przeważnie to była końcówka drugiego etapu, wtedy kiedy już trochę za późno było nawet na działania farmakologiczne, bo wiemy, że dotychczasowe działania farmakologiczne nieco opóźniają przebieg tej choroby, ale im później wdrożymy, tym skutki są gorsze. Właśnie tutaj to pytanie: jak wystartujemy na dzisiaj z tymi dwoma lekami, chociaż w badaniu przez różne firmy są następne, kolejne cząsteczki, jak jesteśmy przygotowani na ten etap? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Jeśli ministerstwo zechciałoby odpowiedzieć.

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

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, odnosząc się do tego, co pan Zbigniew mówił, jeżeli chodzi o dane, to też musimy zwrócić uwagę, że te szacunki, które podawał NIK, czy też jak się je podaje w różnych opracowaniach, one są właśnie szacunkami, pewnym odbiciem sytuacji międzynarodowej pod kątem naszej sytuacji demograficznej. Oczywiście na pewno musimy się liczyć z większą liczbą chorych, niż wynika z danych, którymi dysponujemy, jeżeli chodzi o chorobowość rejestrowaną. Natomiast to jest jakby ta część niedodiagnozowana.

Natomiast zgodnie z danymi, które NFZ w swoim opracowaniu aktualizował w roku ubiegłym, chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera i chorób pokrewnych wynosi ponad 382 tys. osób. Tak że – tak jak w naszym programie też wskazaliśmy – na pewno jednym z głównych priorytetów jest ta poprawa diagnostyki i w miarę możliwości właśnie wczesne diagnozowanie osób chorych. Jednym z kroków w tym kierunku jest to, o czym mówiła już pani dyrektor, czyli ten element diagnostyczny w badaniu Mini-COG w „Moim zdrowiu”, jako ten element wczesnej diagnostyki i wylapywania przesiewowo osób chorych.

Natomiast w programie zaplanowano też obwieszczenie ministra zdrowia co do zaleceń postępowania diagnostycznego i terapeutycznego na różnych poziomach opieki – tzw. rekomendowane ścieżki pacjenta. Na podstawie właśnie tych zaleceń, które mają opracować towarzystwa naukowe, przede wszystkim Polskie Towarzystwo Neurologiczne. To się dzieje, to znaczy te zalecenia są już z tego, co wiem, prawie gotowe. Rozmawiałam z osobami, które nad nimi pracują i myślę, że w najbliższym czasie mają być w ogóle opublikowane. W związku z tym trafią do nas i będzie ewentualnie przygotowywane to obwieszczenie po analizie. Jest też działanie, które przewiduje usprawnienie tej wczesnej diagnostyki w POZ, bo oprócz właśnie tych badań w „Moim zdrowiu”, też prawdopodobnie tę diagnostykę można by usprawnić poprzez wprowadzenie tam ewentualnie dodatkowych testów, badań laboratoryjnych. Tak że tutaj w wyniku prac ekspertów pewnie też takie wytyczne zostaną sformułowane.

Jeszcze pan pytał, panie Zbigniewie, o udział organizacji pozarządowych. W programie przewidziano gremium, które będzie monitorowało realizację programu i tam też są przewidziani przedstawiciele organizacji pozarządowych oczywiście. Natomiast my nie wyobrażamy sobie realizacji większości działań programu bez jakiegoś udziału organizacji pozarządowych i osób, które są zaangażowane we wsparcie osób chorych i ich bliskich. Przy projektowaniu chociażby działań konkursowych w momencie, kiedy chcemy opracować na przykład działania jakieś edukacyjne kierowane do tych grup docelowych, my zaszywamy w ogóle w warunkach konkursów – tak było do tej pory – konieczność konsultacji ze środowiskiem osób chorych i ich opiekunów. To tak przykładowo. Tak że jak najbardziej ta współpraca będzie prowadzona i program jest międzysektorowy, tak jak też pani wspominała. Nie tylko sektor zdrowia i ta opieka zdrowotna muszą podejmować działania w celu poprawy sytuacji osób chorych i ich opiekunów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby?

Proszę bardzo.

Przewodniczący OPS, prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Ja jeszcze pytałem o uszczegółowienie programu, rozpisanie, powiedzmy, na poszczególne sekcje. Jak to będzie?

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Małgorzata Michalska:

Nie bardzo rozumiem, panie Zbigniewie, ponieważ program jest podzielony na działania, które będziemy musieli teraz realizować, to znaczy my i inne instytucje, które zostały wskazane jako koordynujące te działania.

Natomiast jeżeli chodzi o działania legislacyjne, to nie w każdym działaniu, które jest wpisane do programu, takie działania legislacyjne będą musiały być podejmowane. To zależy od charakteru działania. Jeżeli mamy na przykład działania informacyjno-promocyjne, przeprowadzenie kampanii informacyjnej, to tutaj jest kwestia przede wszystkim znalezienia źródła finansowania i uruchomienia tej kampanii zgodnie z procedurami czy to zamówień

publicznych, czy procedurami konkursowymi w zależności od źródła finansowania. Natomiast, tak jak wspomniałam, na przykład jeżeli zostaną przyjęte zalecenia postępowania diagnostycznego, to w programie zapisano, że będą publikowane obwieszczeniem ministra zdrowia. Tak że to zależy od działania. Uchwała Rady Ministrów nie jest aktem prawnym, który wymaga dodatkowych prawnych dokumentów wdrożeniowych.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby o coś zapytać?

Bardzo proszę.

Kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii NIGRiR, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Tomasz Targowski:

Ja miałbym tylko prośbę, bo w ramach tych działań jesteśmy również my, może nie jako konsultanci, ale jako Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, też wymieniani, więc proszę o nas nie zapominać.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Małgorzata Michalska:

Nie sądzę, żeby ktoś miał taki zamiar, panie profesorze.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Jeśli nie ma już więcej pytań, to bardzo gorąco...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Chciałam sprostować tę informację albo wyjaśnić odnośnie do liczby poradni. 194 poradnie geriatryczne obejmowały też te, które nie posiadają kontraktu z NFZ, natomiast według danych NFZ mamy 111, które sprawozdały świadczenia. Na ten moment mamy 111, a pan profesor ma 124, czyli pewnie jeszcze jakieś nie sprawozdały albo musimy sobie to wyjaśnić, ale 194 to są wszystkie i to są dane z GUS.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Rozumiem.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję, jeśli nie ma już pytań. Mam nadzieję, że to wszystko. Widzę, że rzeczywiście ministerstwo bardzo ciężko pracuje, żeby popchnąć do przodu ten niezbyt dobry los seniorów, a szczególnie medycznie. To, co aż się prosi, o co mam taką prośbę, żeby jednak rozbić to na grupy wiekowe. Każde sprawozdanie, jakie robi się teraz dla zdrowia seniorów, ale prawdopodobnie nie tylko – to jest bardzo ważną rzeczą, ażeby były grupy wiekowe.

Jeszcze raz państwu serdecznie dziękuję i do zobaczenia na następnym posiedzeniu.