

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ZDROWIA OSÓB STARSZYCH
(NR 15)
z dnia 27 maja 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej – podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych (nr 15)

27 maja 2026 r.

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

- informacja ministra zdrowia na temat zastosowania leczenia protetycznego stawów biodrowych i kolanowych u osób starszych z udziałem psycho i fizjoterapii,
- informacja ministra zdrowia na temat leczenia zaburzeń słuchu u osób starszych (protetyka, dostępność do aparatów słuchowych).

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, **Piotr Turski** kierownik Pracownik Rehabilitacji Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, **Edyta Piłka** kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach, **Michał Sutkowski** prezes Kolegium Lekarzy, **Anna Jasińska** ekspert Medycznej Racji Stanu, **Bolesław Meluch** fundator Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Barbara Ruszkowska-Gębka** członek zarządu Polskiego Związku Emerytów i Rencistów.

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

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Otwieram 15 posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych. Witam państwa bardzo serdecznie. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów oraz wszystkich zaproszonych gości.

Wszyscy państwo otrzymaliście zawiadomienie o posiedzeniu Komisji. Mamy w planie rozpatrzenie dwóch punktów porządku dziennego, a mianowicie informację ministra zdrowia na temat zastosowania leczenia protetycznego stawów biodrowych i kolanowych u osób starszych z udziałem psychofizjoterapii oraz informację ministra zdrowia na temat leczenia zaburzeń słuchu u osób starszych, protetyka i dostępność aparatów słuchowych. Proszę panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia o zreferowanie najpierw pkt 1, a następnie pkt 2 porządku dziennego. Dziękuję.

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

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję. Przedstawię państwu skróconą informację, bo całość została skierowana do Komisji, natomiast żeby nie zabierać czasu dla ewentualnej dyskusji przedstawię skrócone podsumowanie.

Starzenie społeczeństwa skutkuje wzrostem przede wszystkim częstości chorób zwyrodnieniowych układu ruchu, które stanowią jedną z głównych przyczyn niesprawności osób starszych. To prowadzi nie tylko do bólu, ale też przede wszystkim do ograniczenia mobilności i pogorszenia samodzielności. Endoprotezoplastyka stawów biodrowych i kolanowych jest kluczową metodą leczenia zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych i te zabiegi znacząco poprawiają funkcjonowanie pacjentów dotkniętych tymi rozpoznaniem. Jak wygląda skala wykonywania tych świadczeń? W latach 2023-2025 liczba utrzymuje się na stałym, bardzo zbliżonym i na bardzo wysokim poziomie – w 2023 roku mieliśmy 69 957 zabiegów stawu biodrowego oraz 44 tys. kolanowego, w 2024 67 892 biodrowego i 44 748 kolanowego, a w 2025 roku 63 907 zabiegów stawu biodrowego i 43 933 kolanowego. Widoczna jest lekka tendencja spadkowa przy utrzymaniu takiej dużej skali świadczeń, ale na pewno rok 2025 poddamy

analizie razem z profesorem Jarosławem Czubakiem, który jako konsultant krajowy sprawuje nadzór nad rejestrem do spraw endoprotezoplastyk i co roku organizuje szczyt ortopedyczny w Ministerstwie Zdrowia, a w tym roku również taki szczyt się odbędzie, więc myślę, że to jest też dobra okazja, żeby dopytać skąd taka różnica, jeśli chodzi o zabiegi. Ta różnica nie jest duża, ale jednak widzimy pewną tendencję spadkową.

Jak wygląda struktura wiekowa pacjentów? Mamy dane za 2025 rok i w zdecydowanej większości te zabiegi koncentrują się w populacji osób starszych i patrząc na grupy wiekowe to dominują zabiegi w populacji 70-79 lat i to jest od 22 tys. do 23 tys. zabiegów rocznie. Grupa 60-69 lat to 17 tys. do 18 tys. zabiegów rocznie, grupa 80-89 lat to od 13 tys. do 14 tys. zabiegów rocznie, natomiast osoby poniżej 60 roku życia to tylko kilka tysięcy zabiegów rocznie, a jeśli chodzi o grupę powyżej 90 roku życia to liczba zabiegów jest bardzo marginalna. Jeśli chodzi o endoprotezoplastykę stawu kolanowego to również grupa pacjentów w przedziale wiekowym 70-79 lat charakteryzuje się największą liczbą zabiegów, chociaż mamy ich mniej w stosunku do stawu biodrowego, bo od 16 tys. do 17 tys. zabiegów, grupa 60-69 lat od 13 tys. do 14 tys. zabiegów, a grupa 80-89 lat od 8 tys. do 9 tys. zabiegów. Bardzo niska liczba zabiegów występuje w grupie wiekowej poniżej 60 roku życia, czyli taki wniosek z tego, że około ponad 80% zabiegów wykonywanych jest u pacjentów powyżej 60 roku życia, co potwierdza geriatryczny charakter tego świadczenia. Mamy też zestawienie na zabiegi pierwotne versus zabiegi rewizyjne i operując na liczbach za 2025 rok, jeśli chodzi o staw biodrowy to zabiegi pierwotne stanowią 90%-95% wszystkich operacji, natomiast zabiegi rewizyjne to około 5%-7%. W stawie kolanowym jest bardzo podobnie, bo udział zabiegów pierwotnych to 95%-97% i rewizyjnych 3%-5%. Wniosek jest taki, że system ochrony zdrowia w tym zakresie jest obciążony niemalże w całości leczeniem pierwotnym, a zabiegi rewizyjne występują, ale one oczywiście mają charakter bardzo ograniczony, chociaż klinicznie bardzo istotny.

Koszty świadczeń. Jeśli chodzi o obciążenie finansowe płatnika jest to obciążenie, jeśli chodzi o koszty tych zabiegów dość wysokie i rosnące, bo jeśli chodzi o 2024 rok to na 117 156 zabiegów płatnik przeznaczył 2 420 000 tys. zł. W 2024 roku było podobnie, bo mamy 116 352 zabiegów, a ich koszt to 2 460 000 tys. zł. Mamy dane za pierwsze półrocze, bo jeszcze nie wszystko zostało rozliczone za pierwsze półrocze 2025 roku, ale na ten moment mamy rozliczonych 58 414 zabiegów, a ich koszt to około 1 260 000 tys. zł. Tak wygląda zestawienie kosztów, które zostało pokryte przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zabiegi są silnie skoncentrowane w ośrodkach wyspecjalizowanych i będę się odwoływała do rejestru endoprotezoplastyk, czyli tego rejestru, który jest prowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z konsultantem krajowym profesorem Czubakiem i ośrodki, które raportują. Według danych za 2024 rok największymi ośrodkami był Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital im. profesora Grucy w Otwocku, następnie Szpital im. Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Szpital Grucy, oddziały specjalistyczne, bo to też rozróżniamy jako dwa ośrodki udzielania świadczeń, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu i Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Ośrodki te wykonują po kilkaset do ponad tysiąca zabiegów rocznie i można powiedzieć, że to są takie centra referencyjne, w których są również wykonywane procedury rewizyjne.

Kolejną rzeczą nieodłączną, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentem po zabiegu, to jest rola fizjoterapii, czyli fizjoterapia stanowi nieodłączny element leczenia i ona się już rozpoczyna tak naprawdę w pierwszej dobie po operacji – obejmuje przede wszystkim działania dotyczące mobilizacji ruchu, nauki chodu, przywracania zakresów ruchów i wzmacniania mięśni, a kończy się treningiem funkcjonalnym. Oczywiście w ramach NFZ dostępne są różne formy rehabilitacji w zależności od tego co wybierze pacjent. Mamy fizjoterapię ambulatoryjną, dzienną, domową i stacjonarną. To jest bardzo istotny element po takim zabiegu, bo on zapobiega przede wszystkim powikłaniom zakrzepicowym, przykurczom i różnym zaburzeniom chodu. Równie ważna kwestia, która dosyć bardzo pojawia się teraz w przestrzeni jako element opieki kompleksowej, chociaż w tym wypadku nie mamy jeszcze uregulowanej kompleksowej opieki nad pacjentem po takim zabiegu, ale jest znaczenie psychoterapii, która ma na celu opiekę nad pacjentem po zabiegu, przed zabiegiem, czyli redukcja stresu, lęku związanego z samą operacją, a potem takie działania, które wzmacniają mobilizację pacjenta i motywację do rehabilitacji – one mają współdziałać w zakresie zwiększenia współpracy pacjenta w powrocie do zdrowia. Jakie są w tym momencie aktualne działania MZ? Na pewno takim działaniem, które zostały

zainicjowane przez pana ministra Tomasza Maciejewskiego we współpracy z konsultantem krajowym to jest rozwój nowych technologii i analiza możliwości włączenia robotycznej endoprotezoplastyki kolana do świadczeń gwarantowanych. Minister zlecił opracowanie takiej rekomendacji prezesowi AOTMIT i termin na przekazanie rekomendacji prezesa AOTMIT to jest 30 października bieżącego roku. Zapoznaliśmy się z doniesieniami dotyczącymi możliwości refundacji takich operacji, ale już wiemy, że jeśli chodzi o robotykę, to funkcjonuje ona na razie w trzech wskazaniach i jest refundowana przez NFZ. Mamy też negatywne rekomendacje dotyczące nerki, więc nie we wszystkich rozpoznaniach ta robotyka jest na tyle skuteczna klinicznie i kosztowo, że przewyższa jej wartość inne dostępne techniki, choćby laparoskopowe. Zobaczymy, jak Agencja odpowie na zlecenie pana ministra i zobaczymy, czy akurat przy endoprotezoplastyce stawu kolanowego ona będzie miała zastosowanie i podjęta zostanie następnie decyzja ministra, czy będzie można ją włączyć do świadczeń gwarantowanych.

Reforma w ogóle rejestru endoprotezoplastyk to jest bardzo dobry rejestr. To jest rejestr, który jest współprowadzony z Narodowym Funduszem Zdrowia i powiązany z rozliczaniem świadczeń co czyni go bardziej skutecznym, bo jak wiemy nikt nie ma obowiązku raportowania danych o świadczeniach i nie ma też sankcji z tego tytułu, że nie prześlemy odpowiednich danych i myślę, że AOTMIT jest takim przykładem, bo gromadzi dane, ale tak naprawdę dane są przekazywane dobrowolnie. W przypadku tego rejestru można powiedzieć, że powiązanie raportowania z rozliczaniem tych świadczeń to jest sukces tego rejestru, bo dane są bardzo dobre. My staraliśmy się trochę ograniczyć uciążliwość dla świadczeniodawców, ponieważ dotychczasowe doświadczenia wykazały, że nie wszystkie dane, które są przekazywane są istotne analitycznie i przyczyniają się do poprawy takiego systemu ochrony zdrowia. Obecnie po konsultacjach publicznych, jest rejestr endoprotezoplastyk w zakresie ograniczenia tego raportowania, bo widzimy, że rejestr się sprawdza, ale nie widzimy takiej konieczności, żeby świadczeniodawcy byli obciążani nadmiarem przekazywaniem danych.

Wnioski końcowe, które się nasuwają dotyczą tego, że endoprotezoplastyka to jest w ogóle świadczenie, które jest bardzo strategiczne, jeśli chodzi o opiekę dla populacji geriatrycznej. Struktura tych świadczeń i wieku jednoznacznie wskazuje, że to są świadczenia udzielane pacjentom po 60 roku życia. Dominują zabiegi pierwotne i myślę, że będziemy prowadzić pracę nad optymalizacją, jeśli chodzi o obciążenie systemu kosztowo, bo jak widzimy wzrastają koszty, co wynika z różnych regulacji – mamy przecież ustawę o wzroście minimalnego wynagrodzenia co też wpływa na wyceny świadczeń i może się okazać, że nie wzrasta liczba świadczeń, ale wzrasta cena jednostkowa takiego świadczenia. Departament pod nadzorem pana ministra Maciejewskiego będzie dalej prowadził prace dotyczące optymalizacji tych świadczeń, zwłaszcza że w ortopedii w ramach działań dotyczących odwróconej piramidy świadczeń dość sporo się dzieje pod nadzorem pana profesora Jarosława Czubaka. Oczywiście trzeba zwrócić uwagę na coś, co jest potrzebą i wybrzmiewa w wielu dziedzinach, czyli kompleksowość leczenia, ponieważ ona w sumie nie jest uregulowana, jeśli chodzi o endoprotezoplastykę, ale ona wysuwa się jako taki główny wniosek, czyli chirurgia, przed rehabilitacją, potem rehabilitacja, wsparcie psychologiczne i to powoduje, że mamy pacjenta geriatrycznego zaopatrzonego w kompleksową opiekę nad pacjentem po zabiegu endoprotezoplastyki. Pani przewodnicząca, zakończę moją informację, jeśli chodzi o tę część. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Czy państwo mają jakieś pytania endoprotez? Bardzo proszę, panie pośle.

Posel Stanisław Szwed (PiS):

Dziękuję bardzo. Jaki jest czas oczekiwania zarówno na endoprotezę biodra czy kolana? Druga kwestia, o której pani wspomniała to kwestia rehabilitacji, bo myślę, że to jest jedna z najważniejszych rzeczy po operacji, więc jak wygląda kwestia fizjoterapii? Czy są jakieś zatory? Czy jest bezpośrednia opieka? Trzecia kwestia dotyczy tego, czy występuje przy tych zabiegach problem niewypłacania nadwykonań?

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja mam pytanie. Jaka jest kwalifikacja zdrowotna do tych zabiegów? Nie chodzi mi o stan kolana, bo to jest na pewno robione przez ortopedów perfekcyjnie, tylko chodzi mi o to, że jeśli ta grupa to są chorzy w wieku od 70 do 90 lat i to są często osoby z wielochorobowością. Tu mam prośbę też o odpowiedź na piśmie – jakie są przeciwwskazania do założenia jednej czy drugiej

endoprotezy? Jakie choroby przewlekłe nie pozwalają tego zrobić? Może nie ma takich przeciwwskazań – nie wiem tego, a to jest bardzo istotne, dlatego że endoproteza jedna czy druga ma poprawić jakość życia tego chorego i jeśli ona zagrazi jego życiu i zdrowiu na przykład w postaci zapaści sercowej, zawału serca, wylewu, czy też nasilenia chorób przewlekłych, które ta osoba ma, a szczególnie jeśli ma ich dużo to, kiedy to ryzyko warto jest podjąć? Oczywiście zawsze warto poprawić jakość życia poprawiając ruch, bo on jest niezbędny dla dobrego życia, więc człowiek musi mieć sprawne wszystkie stawy, żeby mógł się poruszać, tylko zabiegi nie powinny odbywać się kosztem zdrowia i życia. Ile jest powikłań i jakie to są powikłania? Nie wierzę, że wszystko jest perfekt i że te wszystkie tysiące, które pani przeczytała pięknie biegają teraz po parku i nic się nie dzieje. Jakie są powikłania zarówno w zakresie operowanego narządu, czy to jest biodro, czy to jest kolano, ale też jakie są powikłania obserwowane ogólne? Jestem pewna, że to musi gdzieś istnieć już w oddziałach ortopedii i uważam, że to jest naprawdę bardzo ważne. Kolejne pytanie, na które trochę może znam odpowiedź to jest, czy jest zróżnicowanie w kosztach endoprotez w zależności od jakości? Jakie czynniki warunkują to, że endoproteza jest droższa? Jaką endoprotezę państwo nam wszystkim oferuje, czy tą najdroższą i najlepszą? Pytam nie bez kozery, bo jak państwo wiedzą jestem onkohematologiem dziecięcym i moje dzieci, które chorowały i chorują dalej na osteosarkomę... Strategia w osteosarkomie jest taka, że trzeba usunąć ognisko pierwotne i bardzo często usuwano staw kolanowy, o wiele rzadziej biodrowy i to odbywa się w etapie może niezupełnie wstępnym, bo najpierw jest chemioterapia wstępna, a potem się usuwa ten staw. Rzecz w tym była w latach dawnych, że to co Narodowy Fundusz Zdrowia i kasy chorych na początku refundowały kosztowało 5 tys. zł i był to zginający się kij i jeszcze tego kija trzeba było wymieniać, bo ta endoproteza była bardzo prosta, ale była też tania. Tylko świętej pamięci profesor Woźniak w Warszawie w Instytucie Matki i Dziecka zakładał endoprotezę rosnącą, którą teraz wszystkie dzieci dostają, ale koszt był gigantyczny, bo ta kosztowała 5 tys. zł, a tamta 25 tys. zł za tamtych czasów, bo teraz jest jeszcze inaczej. Były to endoprotezy rosnące i na czym rzecz polegała? Jak rosły kości to tę endoprotezę rozciągało się chyba w sposób magnetyczny, a co wcześniej trzeba było zrobić? Jak dzieciątko miało 8 lat i zachorowało to wyobrażacie sobie, ile razy trzeba było tę protezę wymieniać, jak dziecko rosło do tego 15, 16, czy czasem 18 roku życia, jeśli ona nie miała tej prymitywnej automatyki, żeby można było to rozciągnąć? Chcę więc zapytać o takie mercedesy, które są zapewne drogie, ale i o proste endoprotezy. Co my fundujemy jako państwo chorem? Bardzo proszę.

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

Dziękuję. Chcę jeszcze zapytać o poradnię prehabilitacyjną, bo jest to taki nowy produkt, który funkcjonuje w co niektórych szpitalach pewnie nie we wszystkich i on jest w dużej części też dedykowany dla pacjentów, którzy są przygotowywani do endoprotezowania. Wiem, że ostatnio Narodowy Fundusz Zdrowia zwrócił się z zapytaniem co do wyceny w poszczególnych jednostkach i jak to u nich wygląda, więc może przygotowuje się do tego, żeby taki produkt był zakwalifikowany jako usługa medyczna? Czy coś pani wiadomo na ten temat i czy takie prace trwają? Czy ewentualnie będzie możliwość skorzystania z tego? Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, muszę zobaczyć na jaki czas mam dane dotyczące kolejek, bo pan zapytał o kolejki. Nie mam takich świeżych danych, ale zobaczę co uda nam się zrobić i być może za chwilę przedstawię państwu stan na jakiś dzień, chociaż może nie na dzisiaj, ale mam nadzieję najbardziej aktualny jaki posiadam. Ja sobie wszystko spisałam, jeśli chodzi o te konkretne pytania dotyczące czasu oczekiwania. Wyplata nadwykonań z tego co wiem to wszystko jest na bieżąco tak jak mówi komunikat NFZ, czyli z pewnymi opóźnieniami, ale jednak NFZ płaci za te nadwykonania. Czas oczekiwania na rehabilitację również przedstawię państwu w informacji pisemnej. Kwalifikacja do zabiegu przebiega oczywiście ze względów zdrowotnych i za chwilę przeczytam jakie są wskazania i przeciwwskazania, które też występują, ale wszystko to określają kryteria koszykowe. Co do zróżnicowania w kosztach endoprotezoplastyk jako wyroby medyczne to musiałabym pozyskać taką informację z rejestru i też od profesora Czubaka spróbuję ją uzyskać. Na pewno mamy informację, co przysługuje pacjentowi i nie mamy współpłacenia za świadczenia, więc pokażę państwu co jest możliwe i co fundują placówki. Jeśli chodzi o poradnię prehabilitacyjną to pan minister zlecił Agencji ocenę generalnie nowego świadczenia, czyli to wybrzmiewa nie tylko w ortopedii, ale też w innych dziedzinach. W onkologii

mamy prehabilitację i to jest na tyle potrzebne, że nawet Krajowa Rada Onkologii też pozytywnie się o tym wypowiadała, że będziemy przymierzać się do tego jak skonstruować takie świadczenie, żeby było takim świadczeniem prehabilitacyjnym. Pewnie NFZ już współpracuje z Agencją i pozyskuje jakieś informacje na ten temat i będziemy się starać to wyodrębnić jako świadczenie być może najpierw w ortopedii, a później zobaczymy, jak to będzie w innych dziedzinach, bo mamy też zdania podzielone, jeśli chodzi o onkologię – czy taki dodatkowy produkt wprowadzać. Faktycznie jest to jest to świadczenie, które byłoby bardzo pomocne pacjentom na przykład w kompleksowych zabiegach, czyli breast unit cancer, przy raku jelita grubego, czy też przy kompleksowej opiece nad pacjentem z nowotworem klatki piersiowej. Rzeczywiście ta prehabilitacja bardzo mocno wybrzmiewa i profesorowie stoją za tym, aby takie nowe świadczenie przygotowujące do zabiegu i potem bezpośrednio po zabiegu było takim świadczeniem gwarantowanym. Z konkretnych informacji zerkam jeszcze na informację, czy będę miała, jak wyglądają kolejki.

Kierownik Pracowni Rehabilitacji Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM Piotr Turski:

Piotr Turski, Klinika Ortopedii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie. My prowadzimy szpitalny program wewnętrzny prehabilitacyjny od ponad roku i skutkuje on zdecydowanym zwiększeniem bezpieczeństwa pacjenta i skutkuje też tym, że my jesteśmy w stanie wykonać dużo więcej zabiegów operacyjnych, jeżeli chodzi o endoprotezoplastykę z tego względu, że jesteśmy w stanie pacjenta bezpiecznie wypisać następnego dnia po zabiegu operacyjnym, ale bez prehabilitacji tego się nie da osiągnąć w żaden sposób. Na razie robimy taki program, który będziemy rozwijać w tym roku i w przyszłym i bardzo liczymy na tę refundację, bo jest to naprawdę bardzo potrzebne i przynosi olbrzymie korzyści. Dziękuję.

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

Przede wszystkim pacjent nie spada z zabiegów operacyjnych, bo to jest też istotne, że on jest tak przygotowywany, że mniej jest potem tych ubytków, więc to też powoduje oszczędność, jeżeli można tak mówić.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Proszę przedstawicielkę Medycznej Racji.

Ekspert Medycznej Racji Stanu Anna Jasińska:

Dzień dobry. Anna Jasińska, Medyczna Racja Stanu. Mam pytanie do pani dyrektor, bo mieliśmy ostatnio taki cykl debat poświęconych demografii i temu co się dzieje w tej chwili z zastępstwem pokoleniowym. Wiemy, że wartością jaką jest aktywność sprawcza i kinetyczna do możliwie późnego wieku, ale też jaką wartością jest w przeciwdziałaniu problemom natury psychicznej i izolacji ma zdolność pracy u tych osób, które chciałyby pracować mimo osiągnięcia wieku, w którym mogliby z tego zrezygnować. Wróciłam właśnie z Kongresu Polskiego Towarzystwa Reumatologów i okazuje się, że mamy coraz większą liczbę stulatków – są stulatkowie, którzy grają w tenisa i są stulatkowie, którzy może nie grają w tenisa, ale są w miarę sprawni do tego, żeby zejść ze schodów, a w wielu mieszkaniach mojego pokolenia to były domy bez windy. Czy te wszystkie bariery architektoniczne, które są u nas tym bardziej nakazują myśleć, że tych seniorów będziemy mieli coraz więcej i że w naszym najlepiej pojętym interesie narodowym i bezpieczeństwie srebrnej gospodarki jest to, żeby jak najwięcej osób nie było obciążeniem ani dla siebie, ani dla bliskich, ale też dla państwa? Chodzi o to, żeby mogli być produktywni, bo oni muszą być produktywni. My z punktu widzenia demografii nie nadrobimy tych strat, bo to jest trend ogólnopolski. Przygotowujemy razem z Polską Akademią Nauk takie duże seminarium na jesień i to jest trend świata cywilizacji Zachodu. Czy my w dłuższej perspektywie jesteśmy na to przygotowani, bo wiemy, że jest to obciążenie? To obciążenie będzie wzrastać i czy nie najwyższy czas, żeby już teraz móc się na to przygotować, czyli w tyle głowy mieć, że tych osób do tego typu zabiegu będzie coraz więcej? Cieszymy się, żeby ona była, bo tak jak jest w tytule nowej książki profesora Bralczyka i profesora Mamcarza „Starość, choroba czy dar?”. Dla nas ważne jest, żebyśmy jak najdłużej traktowali to jako dar, ale ten dar będzie darem tylko wtedy, kiedy nie będzie w tym darze choroby. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Zabrzmiało to bardzo pięknie, że choroba czy dar, ale chyba wiek senioralny w ogóle nie jest darem tylko jest koniecznością życiową i jest to w odróżnieniu od samochodu, do którego możemy wstawić nowe części... Niby transplantologia też już to potrafi, ale jednak w samochodzie to jest trochę inaczej aniżeli wstawienie nawet dobrej części do człowieka, którego tak naprawdę wszystkie części od stóp aż do głów mają te 70, 80 czy 90 lat. Jest w tej chwili 10 mln seniorów, czyli populacja powyżej 60. roku życia jest gigantyczna, a dzieci jest w tej chwili tylko ponad 7 mln i to jedzie w dół gwałtownie, bo ja jeszcze pamiętam, jak było ponad 8 mln, czyli rzeczywiście przesuwają się to w złym kierunku. Tak jak pani powiedziała, jest to bezcenne, żeby jak najdłużej w ruchu utrzymać populację seniorów, która musi wesprzeć tę grupę, która będzie pracować, bo ona po prostu nie da rady pracować na taką dużą grupę seniorów oraz populację rozwijającą się, czyli dzieci. Cały świat marzy i tyle książek jest na ten temat, żeby starzenie móc zatrzymać albo jeszcze lepiej je odwrócić, ale jak dotąd chyba nikt do tego nie doszedł, że da się to zrobić – może da się opóźnić, da się utrzymać sprawność lepszą.

Ekspert Medycznej Racji Stanu Anna Jasińska:

Zacytuję mądre zdanie profesora Bralczyka, że umrzeć muszą wszyscy, starości dożyją tylko wybrańcy więc tak czy owak jest to elita i zadbajmy o tę elitę.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Pewnie wszyscy państwo to wiedzą, którzy chodzą na posiedzenia PAN, że telomery są odcinane bezwzględnie. Mija czas, kawałek telomera odpada i człowiek wiekowy ma już te telomery bardzo krótkie, a one warunkują tę jakość życia i zdrowie i jakoś na razie nikt nic nie wymyślił na ten temat. Są osoby oczywiście na świecie, które mówią, że będą żyły ponad 200 lat, ale te osoby chyba wyssały to sobie raczej z palca. Czy jeszcze państwo mają do tego tematu jakieś uwagi czy pytania? Bardzo proszę.

Fundator Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Bolesław Meluch:

Bolesław Meluch, Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej. Nie jestem lekarzem, więc będę posługiwał się swoim językiem, czyli językiem ekonomisty. Była pani łaskawa wymienić, czy pokazać wartości budżetowe, które są przeznaczane na te wszystkie operacje i swojego czasu przygotowując sporą analizę dotyczącą polityki senioralnej w Polsce posłużyłem się także danymi z Wielkiej Brytanii, gdzie słynny NHS podawał jak istotne jest to, żeby był jak najszybszy dostęp do tych operacji i wstawiania protez, żeby uniknąć przede wszystkim złamań szyjki udowej, które nagminnie w pewnym wieku występują, a jak wiemy bardzo często powoduje to, że te osoby dosyć szybko odchodzą. Do liczenia budżetu jest także potrzebne to wskazanie jak dużo unika się takich wypadków, gdzie dochodzi do złamania szyjki kości udowej. To jest ważny element tego całego budżetu – winien i ma, bo tak to w budżecie jest. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Teraz mi się przypomniało z pana wypowiedzi, że te złamania szyjki kości udowej najczęściej spowodowane są u seniorów osteoporozą. Czy w naszych programach profilaktycznych jest badanie osteoporozy, które jest tanie, stosunkowo proste i może mogłoby wyjaśnić, a właściwie zapobiec takim wypadkom? Są teraz metody leczenia co prawda dosyć kosztowne, ale są metody zapobiegania osteoporozie i jej leczenia.

Członek zarządu Polskiego Związku Emerytów i Rencistów Barbara Ruskowska-Gębka:

Może należałoby postulować, żeby po którymś roku życia ewentualnie było takie badanie w kierunku osteoporozy, bo na dzień dzisiejszy, z tego co wiem to nie ma takiego badania.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Też mi się wydaje, że nie ma.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Był program leczenia osteoporozy i on był finansowany.

Członek zarządu Polskiego Związku Emerytów i Rencistów Barbara Ruskowska-Gębka:

On trwał krótko, natomiast chodzi o to, żeby to było w takim stałym trybie tak jak przykładowo mammografia, że można ją co dwa lata robić. Tak samo w takiej densytometrii na początku

można byłoby robić badania co pięć lat, ale na przykład po 65. roku życia co dwa lata. Może można byłoby pomyśleć o takim programie?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Proszę państwa, lekarzowi POZ powinna też zapalić się lampka i stąd ważne jest mierzenie i ważenie, bo jeżeli ktoś rocznie zmniejsza się o 4 centymetry... Nawet ja słyszałam od znanych profesorów, naszych konsultantów, którzy zwracali uwagę na problem osteoporozy, bo ona jest bardzo długo źle diagnozowana. Ja sama też ostatnio miałam taki przypadek w mojej bardzo bliskiej rodzinie, a pacjent nie był geriatryczny, bo nie miał 60 lat i pacjentka wymagała bardzo szybkiej reakcji, a przez kilka lat była leczona sterydami. Po prostu była błędna diagnoza i nikt nie pomyślał nawet o tym ważąc i mierząc, że pacjentka po prostu może być chora na tak podstępna chorobę. Może program Moje Zdrowie, a może właśnie zwykłe mierzenie i też ważenie pacjenta może spowodować zapalenie lampki. Musiałabym zapytać Departament Zdrowia Publicznego, czy są jakieś specjalistyczne inne badania, które można byłoby wykonać wcześniej, żeby zrobić taki przesiew pacjentów geriatrycznych – może rzeczywiście ustalić jakąś granicę wieku, ale to też jest trochę mylne, bo jak widać mogą zachorować pacjenci młodszy niż 60-latkowie. Słuszna uwaga, pani poseł i zwrócimy na to uwagę, bo osteoporoza podstępnie ciągle się pojawia i jest źle leczona, źle prowadzona, a potem taki pacjent obciąża system, bo trafia do wyspecjalizowanych ośrodków dotyczących chorób reumatoidalnych i dopiero później tak naprawdę już jest ratowanie tego pacjenta ograniczonymi możliwościami, bo podanie leków, które mogłyby być podane wcześniej jest po prostu niemożliwe. Możemy zwrócić uwagę na taki przesiew pacjenta na wcześniejszym etapie.

Kierownik Pracowni Rehabilitacji Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM Piotr Turski:

Żeby to tylko nie była densytometria, bo to jest bardzo grube sito, a jeżeli już to markery obrotu kostnego, które są naprawdę bardzo dokładnym badaniem. Niestety choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego powoduje zagęszczenie kości w okolicy szyjki głowy kości udowej i ta densytometria wychodzi fałszywie dobra, mimo że są duże zmiany osteoporotyczne w całym ciele. To z ciekawostek.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Czy jeszcze ktoś z państwa chce coś dodać? Jeżeli nie, to bardzo dziękujemy za ten punkt.

Teraz bardzo prosimy o raport dotyczący zabezpieczania słuchu osób w wieku senioralnym, co chyba już jest przypadłością około 100% w pewnym wieku.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo. Ten materiał został przygotowany przez Departament Polityki Lekowej i Farmacji, jako że we właściwości tego departamentu są wyroby medyczne i przytoczę informację, którą przygotowali moi koledzy z tego departamentu. Zaopatrzenie w aparaty słuchowe i wkładki uszne jest realizowane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2017 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Ta regulacja określa katalog wyrobów medycznych, limity finansowania ze środków publicznych, poziom współpłacenia pacjenta, kryteria przyznania oraz okres użytkowania i osoby uprawnione do wystawiania zleceń. Do kluczowych wyrobów stosowanych u osób starszych należą aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne i kostne oraz wkładki uszne. Zasady refundacji mam tutaj w ujęciu opisowym z danymi liczbowymi – aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne dla osób powyżej 26. roku życia, limit finansowania wynosi 1500 zł za aparat, poziom współpłacenia pacjenta wynosi 30% – warunkiem jest niedosłuch przekraczający liczbę 40, okres użytkowania określony na 5 lat. Dla osób młodszych finansowanie jest wyższe, czyli dla tych osób poniżej 26. roku życia to jest limit 3000 zł i bez udziału własnego przy trochę niższym progu kwalifikacji co jednak ma znaczenie wtórne dla populacji seniorów. Aparaty słuchowe na przewodnictwo kostne dla osób powyżej 26. roku życia limit jest wyższy, bo on wynosi 3000 zł za aparat, udział własny pacjenta 30, okres użytkowania 5 lat, kryterium niedosłuch powyżej 40. Analogicznie jak wyżej dla osób młodszych świadczenia są finansowane w 100% do limitu. Na wkładki uszne dla osób dorosłych powyżej 26. roku życia limit wynosi 50 zł za sztukę, brak udziału własnego, okres użytkowania raz na 5 lat.

Jak wygląda dostępność do świadczeń i jak wygląda miejsce realizacji? W 2025 roku funkcjonowało 548 świadczeniodawców, którzy realizują umowy w zakresie protetyki słuchu. Łączna liczba miejsc realizacji świadczeń wynosiła 2245, w tym 2208 w obszarach miejskich i 37 w obszarach wiejskich. Zróżnicowanie regionalne – największa liczba świadczeniodawców jest w województwie mazowieckim, bo 67, a najmniejsza to świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie, bo 307. Największa liczba miejsc realizacji to województwo mazowieckie i najmniejsza to jest województwo opolskie. Oczywiście zauważalna jest silna koncentracja infrastruktury w dużych regionach i przewaga dostępności w obszarach miejskich.

Jaki mamy mechanizm zapewnienia dostępności cenowej? System kontraktowania NFZ wymaga, aby każdy świadczeniodawca oferował co najmniej jeden wyrób medyczny w cenie nie wyższej niż limit finansowania określony w rozporządzeniu i umożliwiał tym samym dostęp do świadczenia bez konieczności ponoszenia kosztów ponadlimitowych. Pacjent ma swobodę wyboru miejsca realizacji zlecenia to jest apteka lub sklep medyczny z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jaka jest skala finansowania? Mamy dane za 2025 rok. Łączne wydatki, czyli skala refundacji aparatów słuchowych i wkładek usznych to jest ponad 333 500 tys. zł. Wydatki na osoby powyżej 60. roku życia to 281 100 tys. zł. Udział seniorów w całkowitych wydatkach wynosi ponad 84%. Struktura wydatków według rodzaju wyrobu – aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne to jest dla osób powyżej 60. roku życia to jest 275 240 zł. Dla wszystkich pacjentów to jest 325 512 zł. Udział seniorów ponad 84%. Aparaty na przewodnictwo kostne dla osób powyżej 60. roku życia to jest 388 500 zł. Ogółem jest o 1,311 mln zł. Udział seniorów to jest 30%. Wkładki uszne to jest dla osób powyżej 60. roku życia – 5471 tys. wkładek, a ogółem ponad 6 mln. Udział seniorów to jest ponad 81%.

Jaki mamy wniosek? Przede wszystkim dominują zdecydowanie aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne – to jest około 98% wydatków w grupie seniorów, aparaty kostne mają marginalny udział finansowy i oczywiście rzuca się w oczy bardzo, że system jest silnie zorientowany na potrzeby populacji powyżej 60. roku życia. Poza NFZ istnieje możliwość uzyskania dodatkowego dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i częściowego finansowania lub pełnego zaopatrzenia w środki pomocnicze na podstawie odrębnych przepisów. Jak wygląda ten system w kontekście świadczeń? Wykaz wyrobów medycznych to jest 231 grup wyrobów, które są finansowane albo w całości, albo w części ze środków publicznych. Jakie widzimy wnioski? To są wnioski, które przekazał mi Departament Polityki Lekowej, czyli leczenie niedosłuchu to jest ewidentnie charakter senioralny, ponieważ więcej niż 84% środków przeznaczonych trafia do pacjentów powyżej 60. roku życia. System jest oparty na refundacji limitowej z udziałem własnym, czyli w przypadku osób dorosłych to jest 30% udziału własnego. Dostępność jest relatywnie szeroka, bo wskazuje na to liczba świadczeniodawców, ale zróżnicowania regionalne są dość widoczne, czyli dominuje zróżnicowanie regionalne i ze wskazaniem na tę część zurbanizowaną. Dominującym świadczeniem są aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne i to one generują większość wydatków. Już wspomniałam o tym, że mamy możliwość jeszcze dofinansowania ze strony PFRON i tego, że pacjent też może sobie dopłacić do lepszego wyrobu medycznego. Pani przewodnicząca, to są wszystkie informacje, które otrzymałam. Ja jestem oczywiście przedstawicielem ministra zdrowia, ale nie ma ze mną Towarzystwa Osób z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, ale to są dane takie rzeczywiste pozyskane ze źródeł NFZ, więc przedstawiłam wszystko, czym dysponujemy na ten moment.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chce zadać jakieś pytania? Proszę bardzo.

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

Dzień dobry. Edyta Piłka, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu. Te różnice, które były powiedziane odnośnie aparatów powietrznych i kostnych wynikają z tego, że większość osób ma takie uszkodzenie słuchu, a nie inne. Kostne aparaty są rzadziej dobierane ze względu na to, że to już jest specyfika danego uszkodzenia słuchu i to tylko tym się ma, a nie tym, że nie pacjent nie chce ich zakładać. Ja tu widzę szerszy problem, bo niestety jak wiecie państwo u nas powstało

Branżowe Centrum Umiejętności i szkolimy protetyków słuchu. Przez półtora roku udało nam się zgromadzić liczbę 300 protetyków, którzy chcieli przyjść do nas na szkolenie i niestety ja jako dyrektor tego Branżowego Centrum zauważam, że jakość świadczenia usług przez osoby, które nie umieją wykonać podstawowych rzeczy jest coraz gorsza. W związku z tym, że współpracuję też z Okręgową Komisją Egzaminacyjną i działam w tej Komisji, która zajmuje się zawodowym egzaminem i jestem też egzaminatorem państwowym w tej tematyce, to muszę powiedzieć, że niestety widzimy, że jakość szkół spada. Szkoły jak grzyby po deszczu rosną, natomiast w tych szkołach niczego nie uczą – oni tylko biorą pieniądze od państwa i przepraszam, że tak mówię, ale tak to zauważam. Jakość wiedzy ludzi jaką wypuszczają na zewnątrz jest tragiczna, bo jeżeli uczy protetyk, który sam nic nie umie, to on te swoje nic włoży w kolejne pokolenie protetyków. Jak były kontrole u nas z kuratorium, to pytałam co można z tym zrobić i czy można jakoś przeświecić taką szkołę, ale nie ma narzędzi do tego, bo jak oni jadą na kontrolę, to wszystko jest w porządku. Musiałoby to być ogólnie powiedziane, bo niestety pokolenia rosną z tragicznymi brakami. Niezależnie od regionu jest ileś takich szkół, które naprawdę niczego nie uczą i ja tu widzę ogromny problem, bo co z tego, że oni dobierają aparaty ludziom młodszym, czy starszym, jeżeli ten pacjent nie będzie w tym aparacie chodził i nie będzie z niego korzystał, bo on jest dobrany na takiej zasadzie, że to nie jest operacja, tylko jest to dobierane do audiogramu, czyli danego badania słuchu i jeżeli badanie jest źle zrobione, to jest źle dobrany aparat, a jak jest źle dobrany, to pacjent tego nie nosi. To jest aparat, który państwo dofinansowuje, pacjent sobie dofinansowuje, często te ceny windowane są przez różne ośrodki, a aparat finalnie ląduje w szufladzie i to niestety zauważamy często. Jest to straszne i tak też badane są dzieci, bo to dotyczy każdej grupy wiekowej. Nie wiem, czy coś można zrobić z tym tematem?

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

To są szkoły prywatne, czy podlegają Ministerstwu Edukacji?

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

Większość tych szkół to są szkoły prywatne, ale też są państwowe typu TEB, czy Cosinus i one nie są odpłatne dla słuchaczy i słuchacze tam idą, a potem przyjeżdżają do nas... Dlaczego o tym mówię? Bo jestem w wielkim szoku – 28 osób przyjechało do mnie na szkolenie przygotowujące do egzaminu i z tych 28 osób może ze 3 wiedziały po co w ogóle jest zawód protetyka, a reszta z nich nie wiedziała, i niektóre sprzęty na pewno widzieli po raz pierwszy. Nie są uczeni pobierania odlewu z ucha, a przecież jak pacjent przyjdzie to jak oni to robią, żeby wkładkę zrobić? Nie są w stanie. Nie umieją prawidłowo wykonać badania słuchu, nic nie wiedzą na temat doboru aparatów słuchowych i oni za chwilę usiądą, albo już siedzą, bo są też takie osoby, które już siedzą w firmach.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak jak pani poseł myślę sobie, że z jednej strony państwo jako Instytut podlegacie pod ministra zdrowia i rozumiem, że to Centrum Branżowe jest elementem Instytutu?

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

Tak. Mamy też szkołę protetyczną, która jest niepubliczna, ale z uprawnieniami publicznej i mamy teraz to Centrum Branżowe i Instytut jest tym głównym liderem projektu, a Polskie Stowarzyszenie Protetyków Słuchu jest naszym branżowym partnerem i dodatkowo współpracujemy z Uniwersytetem Medycznym z Poznania, czyli taką uczelnią, która kształci protetyków na wyższym poziomie – nie na technika, tylko na licencjata i na magistra. Naprawdę to jest przerażające, bo to nawet nie chodzi o to, żeby komuś zamykać drogę, tylko jeżeli nic się nie zmieni, to naprawdę będzie ciężko.

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

Wydaje mi się, że to nie jest problem dotyczący tylko protetyki, a to jest problem o wiele szerszy dotyczący starszego pokolenia, które tak naprawdę nie wymaga i często przepuszcza tych uczniów, co też może mieć na to wpływ i coś z tym trzeba zrobić. Ile razy państwo zgłaszaliście to na przykład do ministerstwa szkolnictwa? W jaki sposób państwo chcecie temu zapobiegać? Łatwo jest coś ocenić, ale co zrobiliście państwo w tym kierunku, żeby pokazać, że tak być

nie powinno? Dotyczy to wielu kierunków, a nie tylko protetyki i myślę, że jest dużo więcej takich kierunków kształcenia, nad którymi należałoby się faktycznie zająć od A do Z, a nie tylko komentować, jak ono wygląda, podsumować i na tym skończyć, bo to dalej będzie stało w miejscu.

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

Mam nadzieję, że te branżowe centra, które powstały z wielu dziedzin pokażą swój poziom nauczania, bo nie tylko my zauważamy ten problem. Myślę, że to zgłosimy do ministerstwa, bo z kuratorium była już jakaś rozmowa, ale uzyskałam informację, że oni nic nie mogą zrobić, natomiast w szkołach policealnych uczą w większości ludzie, którzy nie są pedagogami i tu nie chodzi o to, żeby byli po szkołach pedagogicznych, ale oni nawet nie mają tego kursu, który dopuszcza, że mogą szkolić osoby dorosłe.

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

A czy oni dostają jakieś akredytacje do szkolenia?

Kierownik Pracowni Rehabilitacji Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM Piotr Turski:

Nie wiem, bo my działamy trochę inaczej. U nas pierwszym krokiem jak chcieliśmy być nauczycielami, to dyrektorka zorganizowała szkolenie i wszyscy jesteśmy na jednym poziomie. Zupełnie inaczej podchodzi się wtedy do nauczania, bo jest inna świadomość, a jeżeli szkoły ogłaszają na grupach różnego typu, że szukają nauczycieli i zgłaszają się protetycy, którzy nic nie wiedzą, albo im się wydaje, że wiedzą to i tak uczą, bo nie ma komu.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Może trzeba byłoby skierować też pismo do Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych do nas do ministerstwa, że jest taki problem, który państwo dostrzeżcie jako Instytut i wybrzmiało to bardzo mocno w dziedzinie protetyki, ale to jest nie tylko problem protetyki słuchu, bo pewnie dotyczy też innych dziedzin. Nie chcielibyśmy doprowadzić do obniżenia jakości kształcenia. Proszę o skierowanie pisma do Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, gdzie dyrektorem jest pan profesor Mariusz Kłęcki.

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

Dobrze. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Ja jeszcze chcę dopytać o jedną rzecz, bo z tej tabelki wynika, że na 2245 miejsc realizacji umowy w zakresie protetyki słuchu, to tylko 37 jest na wszystkich wsiach i to jest beznadziejny wynik. Jak patrzę po województwach, to nawet te, które są najlepsze, czyli mają ogólnie w obszarze miejskim wynik 202, to na obszarze wiejskim jest 1. Czy to oznacza, że seniorzy z obszarów wiejskich są wykluczeni z zakładania tych aparatów, albo mają wyjście na Mount Everest, żeby dotrzeć do jakiegoś ośrodka, który jest daleko? Będziemy mieli posiedzenie takie na temat tego jakie jest wykluczenie komunikacyjne seniorów, szczególnie z obszarów wiejskich, bo to jest dosyć powszechna sytuacja, gdzie recepty są zbierane, żeby pojechać do apteki i jakiś jeden samochód z danej wsi jedzie. Co dokładnie oznacza ta tabelka, bo ja nie bardzo rozumiem?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani poseł, rzeczywiście rzuca się w oczy to, że te miejsca, w których można zrealizować świadczenia dotyczą w głównej mierze terenów zurbanizowanych co oznacza, że można oczywiście wyciągnąć wniosek, że pacjent, ponieważ jest trochę wykluczony obszarowo to musi dalej dojechać i na terenach wiejskich nie mamy dużo takich miejsc i to wynika bezsprzecznie z tego materiału. Te miejsca, które bardzo rzucają się w oczy znajdują się w miastach i też jak to wybrzmiewa na państwa komisjach pacjent z terenów wiejskich musi sobie zorganizować podróż do miejsca, gdzie może się zaopatrzyć w takie wyroby i myślę, że to nie tylko dotyczy protetyki słuchu, ale też innych świadczeń i wszystkich wyrobów medycznych.

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

Sklepy zaopatrzenia medycznego najczęściej powstają jednak w większych miastach, albo przynajmniej miastach powiatowych, a nie na wsiach i potem jest ten problem. Myślę, że to jest temat bardziej dla przedsiębiorców, w jaki sposób powinni robić, żeby objechać wsie i zarobić.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Proszę o przedstawienie analizy nie ośrodków, do których seniorzy ze wsi nie dojadą, bo wiemy, że w tej kwestii jest źle. Chodzi o to, czy aparaty słuchowe nie są zakładane osobom z terenów wiejskich w takiej liczbie jak w miastach? Nie będę już wskazywała tych województw, które w tabeli mają wpisane 0. Występuje to również w większych województwach, więc to wygląda przerażająco, bo jeśli wielkie województwo lubuskie ma 0, to ja nie wiem, gdzie ci seniorzy ze wsi jadą? To jest wielkie województwo na wielkim terenie. Istotne byłoby przedstawienie tych danych. Jest taki specjalny Zespół przy Komisji Senioralnej, który zajmuje się wszystkim co dotyczy obszaru wiejskiego, bo tam naprawdę seniorom jest o wiele trudniej mimo tego, że są rodziny wielopokoleniowe na wsiach i to jest ten plus, który w mieście praktycznie nie istnieje, ale to jest nie do końca plus, bo pokolenie młode pracuje i na pewno robi co może, a to jednak jest to obowiązek państwa, żeby ta medycyna dotarła do tych chorych. Ja to mówię praktycznie na każdym posiedzeniu, bo czego się nie tkniemy, a robimy przegląd całego człowieka, to w każdej dziedzinie jest tak, że wieś jest w pewnym sensie ze wszystkiego wykluczona. Nie ma ich kto zaszczepić, nie ma kto ich zbadać profilaktycznie, a to jest wszystko potrzebne.

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

A czy były uwzględniane te ośrodki wyjazdowe, bo niektórzy mają usługi mobilne i wiem, że niektórzy protetycy jeżdżą po wioskach i sprawdzają słuch. Pani przewodnicząca, mówiła na temat tego, że seniorzy nie mają jak się zbadać, a my wiele razy byliśmy w szkołach wiejskich, bo przecież prowadzimy te przesiewowe badania i osoby, które chcą się zbadać, dzieciaki zawsze są zapraszane do nas do Instytutu, a tylko niewielki odsetek z tego korzysta, bo oni mówią, że nie chcą tam pojechać, bo to jest dla nich za daleko, więc gdzie mogą pójść? Co ja mam wtedy powiedzieć? Jak mają pójść tam, gdzie im i tak nie pomogą, to ja takiego ośrodka nie wskazuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Na pewno jest dużo do zrobienia, bo o tyle, o ile tak jak mówiłam w wieku senioralnym wszystkie narządy pomału się zużywają tak wadę słuchu u dziecka trzeba rozpoznać błyskawicznie, żeby dziecko dobrze się rozwijało, bo ono inaczej będzie rosło i inaczej rozwinie się mózg, jeżeli dziecko będzie dobrze słyszało.

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

Ludzie nie zdają sobie z tego sprawy. Może trzeba wprowadzić jakąś profilaktykę prozdrowotną w szkołach i żeby mówić o tym rodzicom.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Kiedyś był lekarz w szkole, pielęgniarka, higienistka i dziecko od stóp do głów było oglądane i wysyłane dalej jak coś było nie tak, a teraz to wszystko spada na nauczycieli i często na kursujące pielęgniarki między różnymi szkołami.

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

Na wsi teraz jest mało dzieci i zamyka się tam szkoły.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby coś do tego dodać? Mimo wszystko myślę, że i tak dokonuje się postęp, bo będziemy przeprowadzać ustawę i że ten los zdrowotny seniorów trochę się poprawi. Moim zdaniem poprawi się w momencie, kiedy będą takie seniorobusy medyczne, które by kursowałyby. Niech wojewodowie albo marszałkowie się wysilą i kupią taki seniorobus, a już potem od Ministerstwa Zdrowia mogłoby zależeć to kogo tam sekwencyjnie wsadzić do tego autobusu – na przykład kogoś kto szczepi i pomyśleć co połączyć dzięki czemu można by naprawdę poprawić błyskawicznie tę opiekę zdrowotną.

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

A w autobusie byłby wesoły autobus.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Wszystkiego nie da rady zrobić, ale da radę na przykład zaszczepić i dać tam geriatrę, ale jak nie ma geriatry, to internistę czy lekarza pierwszego kontaktu.

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

Internistów też nie ma.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Można połączyć taki bus, który będzie badał, robił mammografię i cytobus i nawet już teraz zastanawiamy się nad tym, bo jest to możliwe technicznie i jedno drugiego nie wyklucza.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

To by było idealnie, bo one jeżdżą.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dodatkowo jeszcze we współpracy z Instytutem Gruźlic i Chorób Płuc mieliśmy taki projekt i on zakończył się w sumie z sukcesem, dlatego że pan minister w najbliższej przyszłości podpisze rozporządzenie dotyczące niskodawkowej tomografii komputerowej i tam też były takie busy, które robią przesiew raka płuca. W województwie lubelskim to się sprawdziło, czyli jak widzimy na terenie, który jednak nie jest bardzo zurbanizowanym terenem, a tam się super to sprawdziło. To, o czym również pani mówiła, też jest do sprawdzenia, bo nam się też wydaje, że te mobilne punkty badania słuchu gdzieś funkcjonują, ale to też jest chyba jakaś lokalna inicjatywa, a gdyby z tego zrobić taką ogólną akcję...

Kierownik Pracowni Ponadstandardowych Badań Diagnostycznych Narządu Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach Edyta Piłka:

Instytut jeździ ze słuchobusem i wtedy są też różne akcje proponowane typu, że siedzi pielęgniarka, mierzy poziom cukru i różne inne rzeczy, więc takie akcje są organizowane.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Wtedy będzie sygnał dla tej rodziny, która opiekuje się seniorem, że trzeba ruszyć się z tej wsi. Uważam, że nie ma rzeczy niemożliwych i na pewno trzeba coś zrobić, bo ta liczba seniorów i w miastach i na wsiach będzie rosła, a nie malała. Jeśli nie mają państwo już nic do dodania to ja bardzo gorąco dziękuję. Była to bardzo owocna dyskusja i mam nadzieję, że coś z tego wyniknie, bo po to jest ta podkomisja, żeby poprawić los seniorów, którzy częściej, ciężiej i gorzej chorują. Bardzo dziękuję. Zamykam posiedzenie.