

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ZDROWIA
OSÓB STARSZYCH
(NR 4)
z dnia 10 października 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej

– podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych (nr 4)

10 października 2024 r.

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

- zmiany w składzie prezydium podkomisji;
- informacja ministra zdrowia na temat diagnozy chorób demencyjnych wśród osób starszych. Prewencja, programy profilaktyki, opieka długoterminowa;
- informacja ministra zdrowia na temat skali i skuteczności szczepień ochronnych dla osób starszych – kontynuacja.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dagmara Korbasińska** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Tomasz Targowski** kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, **Katarzyna Tkaczuk** naczelnik Wydziału w Departamencie Przeciwpidemiologicznym i Ochrony Sanitarnej Granic Głównego Inspektoriatu Sanitarnego, **Mikołaj Konstanty** wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej, wiceprezes Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych, **Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak** przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, **Anna Lipnicka** wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Zbigniew Tomczak** prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimer, **Przemysław Mroczek** prezes Fundacji SeniorApp, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Krzysztof Kępiński** ekspert Pracodawców RP, **Marcin Pieklak** ekspert Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, **Emilia Szyszkowska** ekspert Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET.

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

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

Bardzo proszę o zajęcie miejsc. Musimy rozpocząć punktualnie, bo dzisiaj jest mnóstwo komisji. Jak widać, wszystko idzie na styk – jedna komisja za drugą.

Rozpocniemy od powołania zastępcy przewodniczącego podkomisji. Ja ze swojej strony proponuję mojego kolegę, pana posła Piątkowskiego, i chcę poddać tę kandydaturę pod głosowanie. Oczywiście głosują tylko posłowie – jest nas mało, to jest podkomisja mała.

Kto z pań i panów posłów jest za? Bardzo wszystkim dziękuję za zagłosowanie i bardzo dziękuję koledze, że wyraził zgodę, bo proszę jeszcze potwierdzić, że wyraża pan zgodę dla formalności.

Poseł **Krzysztof Piątkowski (KO)**:

Oczywiście wyrażam zgodę, pani przewodnicząca. Bardzo dziękuję państwu.

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

Dziękuję pięknie.

Dzisiejsze posiedzenie to jest pierwsze posiedzenie z serii, która na pewno nie będzie krótka, bo co by nie mówić o wieku senioralnym, to największą bolączką wieku

senioralnego są choroby demencyjne i my startujemy dzisiaj jakby od podstaw, aby zorientować się, jaka jest sytuacja chorych – właściwie trudno powiedzieć chorych, bo jest to naturalny proces starzenia się mózgu, który powoduje, z wyjątkiem może choroby Alzheimera, gdzie jest to tak naprawdę choroba i innych chorób towarzyszących. Jest to proces, który występuje u 45 mln osób w skali świata i nie jest to proces wyłącznie polski – jaka jest sytuacja osób, które mają demencję w Polsce; jaka jest rozpoznawalność; czy rzeczywiście my wiemy, ilu seniorów cierpi na taką dolegliwość. Demencja w stopniu lekkim zaczyna przeszkadzać seniorom w życiu i cierpią na nią już niestety osoby, które są między 65. a 75. rokiem życia, natomiast między 75. a 85. rokiem życia ten odsetek zdecydowanie rośnie, bo to jest kilka procent w tej pierwszej grupie, a 50% osób, które mają już demencję wyższego stopnia, to są osoby po 85. roku życia.

Ja mogę powiedzieć jedno – wiem na pewno, że tak być nie musi. Oczywiście na chorobę wywołaną czynnikami genetycznymi nie mamy specjalnie wpływu, ale tryb życia, jaki prowadzimy przez całe swoje życie i wykorzystamy też posiedzenie naszego podzespołu – nie tego tylko, mówię o tej całej serii – do tego, ażeby krzewić wśród polskiego społeczeństwa wiedzę o tym, jak można zapobiec temu, co może nam się wydarzyć, jak dożyjemy tego senioralnego wieku, czyli jak mamy postępować, ażeby ta demencja, jeśli już musi nas dotknąć, to dotknęła jak najpóźniej i to co ja wiem na dzień dobry, to po pierwsze, jest to zdrowy tryb życia – „jak jemy, tym jesteśmy” jest takie powiedzonko, czyli jest to zdrowa dieta. Druga rzecz to jest ruch, a trzecia to to, co musimy tutaj wykorzystywać, czyli mózg. Czyli jeśli kończymy swoją pracę zawodową, nie może to oznaczać siadania przed telewizorem, co dotyczy niestety wielu naszych seniorów, a stety jest dużo pokus pod tytułem stowarzyszenia seniorów, organizacje pozarządowe, uniwersytety trzeciego wieku, które seniorom pomagają i ciągną w stronę, ażeby ten mózg cały czas pracował, to nie można tylko przełączać pilota i biernie oglądać, ale trzeba mózg zmusić do pracy.

I to jest tak tytułem krótkiego wstępu, bo poproszę panią Dagmarę Korbasińską z Ministerstwa Zdrowia, którą znam od wielu lat, która jest osobą świetnie zorientowaną, o to, żeby nam przybliżyła, jaka jest naprawdę sytuacja polskich seniorów pod tym względem, których mamy około 10 mln, tak że nie jest to mały problem – to jest problem bardzo duży. Są leki, ale to jest ostateczność. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbasińska:

Dziękuję bardzo.

Kluczowe rzeczy, które się pojawiły, to już była pani poseł uprzejma zaznaczyć, czyli tę sytuację, którą mamy. Mamy tak naprawdę zwiększającą się liczbę osób starszych. Tym samym liczba osób dotkniętych demencją nam rośnie, ale też widzimy, że dynamika pojawiania się tej choroby jest też większa. Być może wynika to z lepszej wykrywalności, ale też należy zakładać, że ilość zagrożeń, która jest, też może powodować, że takie przypadki pojawiają się częściej.

W 2019 r. szacowaliśmy, że na Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce chorowało 585 tys. osób i to jest 1,5% populacji. To nie różni się znacząco od tego, jak wygląda sytuacja w Unii Europejskiej. Badanie PolSenior2, które było przeprowadzane, wskazało, że średnio co szósta osoba w wieku powyżej 60. roku życia w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia – co szósta – więc ten udział jest bardzo duży. Oczywiście też musimy zwracać uwagę niezależnie od tego, że skupiamy się w tych działaniach na osobach starszych, pragnę zaznaczyć, że istnieje takie zjawisko jak wczesna demencja, czyli taka, która rozwija się u osób zdecydowanie młodszych i jest to też określony problem medyczny, z którym musimy sobie radzić, bo mimo że tutaj skupiamy się na sytuacji osób starszych, to dla porządku muszę to zaznaczyć.

W Polsce mamy proces podwójnego starzenia się ludności. Z jednej strony bardzo nam wzrasta liczba osób powyżej 80. roku życia i w tej grupie mamy największą liczbę osób, która jest dotknięta chorobą Alzheimera i chorobami pokrewnymi, czyli nie tylko wzrasta nam liczba osób powyżej 60. roku życia, jak i tych seniorów, tych zdecydowanie najstarszych i tam mamy największy problem, i obserwujemy też umieralność z powodu chorób układu nerwowego – to, że ona wzrasta i będzie wzrastać. Ale jeżeli przyjrzymy

się czynnikom ryzyka, jeżeli w 45% można potencjalnie zapobiec tym problemom, no to widzimy, że mamy przed sobą dużo pracy, ale też mamy duże szanse efektu – tego, że cały proces uda się albo wyhamować, albo nawet spowolnić. To jest też bardzo istotne dla osób żyjących z tym problemem, żeby spowalniać przebieg tej choroby.

Jeżeli przyjrzymy się tym czynnikom ryzyka, to jest: niższy poziom wykształcenia, urazy głowy, brak aktywności fizycznej, palenie papierosów, nadmierne spożycie alkoholu, nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, depresja, rzadkie kontakty społeczne, zanieczyszczenie powietrza, utrata słuchu i wzroku, wysoki poziom cholesterolu. Tutaj proszę zobaczyć, jak wiele z tych czynników to są czynniki, na które mamy bezpośredni wpływ i gdzie te działania są możliwe, i że te działania są modyfikowane. To, nad czym chcielibyśmy działać, to jest dobrej jakości edukacja dla wszystkich, zachęcanie do korzystania z kasków, ochrony głowy, tak żeby ograniczyć liczbę urazów, uprawianie sportu, podejmowanie ćwiczeń fizycznych w każdym wieku i w każdej grupie, ograniczenie spożycia alkoholu przez kontrolę cen, zwiększenie świadomości społecznej w zakresie skutków nadmiernej jego konsumpcji, zapobieganie nadciśnieniom tętniczym, utrzymywanie zdrowej masy ciała, zapobieganie rozwojowi cukrzycy, skuteczne leczenie depresji, priorytetowe traktowanie miejsc służących aktywnościom społecznym seniorów i także ogólnodostępne badania przesiewowe narządów wzroku i narządów słuchu, szybkie usuwanie skutków, czyli szybkie oprotezowanie, okulary i inna pomoc tutaj powodują, że osoby aktywniej mogą uczestniczyć w życiu społecznym. Wobec tego to powoduje, że ich mózg inaczej funkcjonuje, tym samym ten proces neurodegeneracyjny postępuje w innym tempie albo nie postępuje; oczywiście kwestia wczesnego wykrywania cholesterolu LDL.

W tym zakresie, w przekazanej państwu informacji, szczegółowo pokazaliśmy informację, na czym się skupiamy. To jest dość długa informacja, więc też nie chciałabym tutaj państwa zamęczyć, ale przede wszystkim: wczesne wykrywanie ubytków poznawczych i wczesne diagnozowanie zaburzeń otępiennych. Jest z nami krajowy konsultant – pan profesor w razie czego będzie służył tu państwu szczegółowymi informacjami na temat tego, w jaki sposób to przebiega i jak należy postępować. Taki element, który jest w tej chwili analizowany i rozważany, to jest wypracowanie narzędzia i możliwości wczesnego diagnozowania w dużej populacji chorób otępiennych u osób starszych i zaangażowanie w to podstawowej opieki zdrowotnej. Dlaczego mówię, że jest on rozważany? Dlatego, że w tej chwili jesteśmy na takim etapie, że poprosiliśmy o zgodę Rady Ministrów na wpisanie do wykazu możliwości przygotowania rządowego programu – krajowego programu działań wobec chorób otępiennych. W momencie, kiedy ten krajowy program będzie przyjęty, opublikowany, będziemy mogli konsolidować działania w tym zakresie, ponieważ nie są to działania sensu stricte tylko ochrony zdrowia, co widać było z tych czynników, które były wskazywane, które pokazywały, że takie elementy jak angażowanie w życie społeczne, czyli kwestia kultury, jak angażowanie w ruch, to są wszystko elementy, które służą tutaj pomocy, i działania edukacyjne.

Projekt krajowego programu chorób otępiennych skupia się na działaniach informacyjnych, podnoszących świadomość całej społeczności na temat czynników chorób otępiennych, na temat problemów dotyczących osób dotkniętych chorobami otępiennymi, jak i problemów opiekunów osób dotkniętych chorobami otępiennymi; działania zwiększające ryzyko zachorowania... Aha, i w ramach tych działań, na przykład podnoszących świadomość taki element, na którym się chcemy skupić, to jest na przykład praca ze służbami, informacja dla Policji, dla Straży Pożarnej, dla Straży Miejskich, tak żeby one identyfikowały, w których momencie problemy takie mogą się pojawiać u osób. To są przede wszystkim problemy zaginięć; tego, że te osoby nagle postępują nieracjonalnie, pojawiają się w... Takie służby są zawiadamiane i trzeba odpowiednich informacji, odpowiedniej wrażliwości i informacji, jakie działania w tym momencie najlepiej podejmować.

Działania zmniejszające ryzyko zachorowania już tutaj padły, ale również działania dotyczące wczesnej diagnostyki to jest to, co sobie w naszym zespole wypracowujemy, czyli takie narzędzia, które pozwolą nam na szybkie diagnozowanie, tak żeby te osoby jak najszybciej mogły trafić do specjalistów i żeby im zapewnić taką opiekę, która będzie hamowała dynamikę procesu, a z drugiej strony także, żeby wskazywać od razu działania

nakierowane dla opiekunów tych osób, żeby ich przygotowywać, na co muszą być gotowi i co muszą podejmować, żeby móc jak najlepiej sprawować opiekę nad swoimi bliskimi.

Leczenie, opieka i wsparcie dla osób chorych to jest kolejny element, na którym skupia się ten plan i wsparcie opiekunów, o czym już mówiłam.

Punkt szósty to badania naukowe i innowacje. Mamy taką sytuację, że jeżeli chodzi o choroby otępienne, to tak naprawdę nie mamy możliwości wyleczenia, co nie zmienia faktu, że możemy podejmować działania właśnie tutaj spowalniające proces i działania naprawcze, ale też wszelkie podejmowane tutaj działania są konieczne. Rozwój medycyny jest rozwojem bardzo szybkim i z problemami, z którymi nie mogliśmy do niedawna sobie poradzić, w tej chwili sobie radzimy i mamy nadzieję, że choroby otępienne też będą takim problemem, i że będziemy mogli tutaj podjąć działania, żeby sobie w tym zakresie poradzić.

W zakresie tego, co w tej chwili się jeszcze dzieje w rządzie, co jest istotne dla osób dotkniętych chorobami otępiennymi, ale także wszystkimi osobami dotkniętymi problemami opieki długoterminowej, to jest to, co się dzieje w ramach Krajowego Programu Odbudowy i zwiększenia odporności w ramach jednego z kamieni milowych; są podejmowane duże działania inwestycyjne dla rozwoju opieki długoterminowej, a w ramach kolejnego – A70 – podejmowana jest taka szeroka współpraca pomiędzy ministrem zdrowia a ministrem rodziny, pracy i polityki społecznej i przede wszystkim jest to pod opieką, i w ramach koordynacji przez ministrami polityki senioralnej, tak żebyśmy mogli wspólnie wypracować działania połączone zarówno systemu ochrony zdrowia, jak i systemu pomocy społecznej, zapewniające pełne wsparcie osobom wymagającym opieki długoterminowej i rodzinom tych osób, opiekunom nieformalnym, którzy podejmują często bardzo ciężki wysiłek pracy z tymi osobami, i tutaj te działania są przede wszystkim nakierowane na to, żeby pomoc była jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby i żeby ona koncentrowała się na innych niż stacjonarne narzędzia pomocy, tak żeby tę osobę jak najdłużej utrzymać w swoim środowisku rodzinnym, w swoim środowisku społecznym, bo to środowisko służy po prostu tej osobie.

Dziękuję bardzo. Jeżeli będą jakieś pytania, to jestem do państwa dyspozycji. Przepraszam za mój głos, ale walczę już od jakiegoś czasu. Mam nadzieję, że niebawem będzie lepiej.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo dziękuję, pani dyrektor.

Postaram się zastąpić panią przewodniczącą, którą wezwano na salę posiedzeń, więc w jej imieniu przepraszam za ten kłopot. Ja za chwilę oddam głos naszym parlamentaryzynom, także naszym ekspertom, zachęcając państwa do zabrania głosu.

Jeśli pozwolicie państwo, chciałbym poprosić o dodatkowe informacje panią dyrektor, bo w zakresie dotyczącym opieki długoterminowej bardzo pozytywną informacją jest ta ogromna kwota w ramach środków KPO, przeznaczonych na rozwój opieki długoterminowej i geriatrycznej w szpitalach powiatowych; rzeczywiście jest imponująca, ale chciałbym poznać szczegóły dotyczące tego, jakie środki przeznaczano do tej pory na tę opiekę. Czy pani dyrektor dysponuje takimi informacjami na przykład z ostatnich lat? Jak to jest w trwającym roku i jak to było wcześniej? Jeśli mógłbym, to chciałbym też zapytać, czy ten pierwszy nabór już się rozpoczął, bo tu w informacji jest mowa o 18 września – mamy październik, więc czy to już trwa, czy to się wydarzy za chwilę? Gdybym mógł prosić o taką informację teraz albo może w przyszłości na piśmie, to interesowałaby mnie pewna mapa tych usług, jak to wygląda generalnie w Polsce, gdzie ta opieka jest bardziej dostępna, gdzie jest mniej, gdzie mamy zdecydowanie więcej wyzwań, czy jest jakoś równomiernie rozłożone. Też pytanie dotyczące leków – czy leki, które spowalniają tę chorobę, są refundowane; w jakiej części są refundowane; takie informacje.

To byłyby pytania ode mnie, a potem pewnie jeszcze inne osoby chciałyby zabrać głos. Państwo parlamentarzyści chcieliby jeszcze o coś dopytać? Pani poseł, panie pośle?

Poseł Maria Joanna Koźlakiewicz (KO):

Dzień dobry, witam państwa serdecznie.

Ja mam pytanie, bo otępienie to jakby trzy fazy – jest najpierw ta łagodna i chyba najpierw od niej powinniśmy zacząć, żeby rozpoznawać, co się dzieje na samym początku. Z doświadczenia życiowego, bo wiem, że zazwyczaj otępienie, kiedy u mnie w rodzinie akurat nastąpiło, to już jest w tej trzeciej fazie, bo my widzimy, może ignorujemy to, nie zdajemy sobie sprawy. Do neurologa też nie każdy jakby za rączkę od razu prowadzi, bo pierwszy jest ten lekarz rodzinny. Czy lekarze rodzinni mogliby – albo są w stanie – reagować i dawać znać rodzinom, tym osobom starszym, że coś się dzieje nie tak, że jest potrzebna ta pomoc neurologa dużo wcześniej, a nie czekamy, kiedy to już jest ciężki stan tej danej osoby, bo jednak żyjemy w szybkim świecie i myślę, że w odpowiednim czasie nie reagujemy, kiedy powinniśmy, a taka osoba z zewnątrz i lekarz, do którego zawsze mamy zaufanie, mógłby być w tym bardzo pomocny. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Dzień dobry państwu.

Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Bardzo dziękuję za ten bardzo obszerny materiał mówiący również, że wreszcie w Polsce jest nadzieja na krajowy plan dla chorób demencyjnych. Stowarzyszenia, środowiska alzheimerowskie od wielu lat czekały na to. Pani dyrektor powiedziała, że mamy podobny poziom zachorowań jak w UE, tylko chciałem zaznaczyć, że w UE od wielu lat – różnie to jest w różnych krajach i UE, w ogóle w całej Europie – takie narodowe plany alzheimerowskie są, działają. W niektórych krajach są już trzecie wydania takich planów. Niestety ten raport pokazuje, że te prognozy, które wcześniej były określone, jeśli chodzi o porównanie 2010 r. do 2050 r., sprawdzają się, bo te prognozy według Alzheimer Disease International były, że w tym czasie liczba chorych wzrośnie trzykrotnie i tutaj niestety tak jest. Na przestrzeni dekady na przykład wzrosła częstość podejrzewania choroby Alzheimera, ale również stanów chorobowych z 3,6 do 4,2, to jest o 16%. Umieralność tak samo.

Chciałem zwrócić uwagę na czynniki takie profilaktyczne. To, co pani przewodnicząca tutaj już mówiła, oprócz takiego zdrowego trybu życia, zdrowego serca takie pięć zasad, jeśli chodzi o aktywność fizyczną, aktywność umysłową, aktywność socjalną jest bardzo ważne i to jest zawarte w tych 14 punktach tego planu. Co dla środowiska alzheimerowskiego, dla osób, które mają na początku łagodny stan, jest ważne? Oczywiście wczesna diagnoza, a wcześniej ta profilaktyka. Niestety z tą wczesną diagnozą jest w dalszym ciągu źle i trochę optymizmu tutaj pani dyrektor powiedziała, że planowane są jakieś działania; chciałbym wiedzieć bliżej, jakie to działania, jeśli chodzi o POZ, w zakresie tej wczesnej diagnozy. Z drugiej strony chciałem powiedzieć, że przemysł farmaceutyczny bardzo pracuje nad tym, żeby opracować cząsteczki, które będą przeciwdziałać tej chorobie. Nie będą to leki objawowe, tylko leki działające na przyczynę. W Stanach Zjednoczonych już pojawiły się pierwsze takie leki. W Europie na razie Europejska Agencja Leków poprzez swój proces odrzuciła taki lek, ale wszystko przed nami. Takie leki na pewno się pojawią i tutaj potrzebna jest taka, powiedziałbym, baza danych osób, które właśnie są przebadane, jeśli chodzi o te łagodne zaburzenia poznawcze, czyli stan jeszcze przedchorobowy albo ten pierwszy etap łagodnej postaci choroby Alzheimera. Powinniśmy dysponować po prostu takimi danymi. Tu rozumiem, że te działania POZ, myślę, że pozwolą coś takiego uzyskać.

Natomiast chciałem powiedzieć, że bardzo mocno jest potrzebna współpraca pomiędzy jednostkami podległymi Ministerstwu Zdrowia, NFZ oraz Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, dlatego że to jest proces wieloletni. Najczęściej proces zaopiekowania medycznego, diagnozy to jest krótka sprawa – pacjent z opiekunem wraca do domu i dopiero się zaczyna życie – oby jak najdłużej, żebyśmy mogli spowolnić tę chorobę. Również tutaj pani minister ds. polityki senioralnej.

W zakresie opieki długoterminowej jest ten kamień A70.G, który podkreśla znaczenie wsparcia dla opiekuna. Chciałem to podkreślić, jakie to jest ważne, bo 95% – może nawet trochę więcej – takich chorych przebywa w domu i to na rodzinę spada obowiązek opieki. Mówię to z perspektywy mojej własnej, ale i kolegów, koleżanek. Byłem opiekunem przez

ponad 16 lat i wiem, że takie wsparcie dla rodziny, dla tego takiego pierwszoplanowego opiekuna jest bardzo ważne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo dziękuję, panie prezesie.

Proszę bardzo, zapraszam do zabrania głosu.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak:

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Chciałam się zwrócić z zapytaniem, czy przy opracowywaniu różnych koncepcji dotyczących opieki nad seniorami pojawiają się propozycje albo też plany, aby też dokładnie na przykład rozpisać standardy opieki nad osobami w podeszłym wieku, które przebywają w oddziałach ogólnospecjalistycznych, nie takich internistycznych czy neurologicznych, ale na przykład na ginekologicznych czy chirurgicznych? Z mojego doświadczenia, jako osoby 40 lat pracującej w takim szpitalu, tego brakowało. Pacjenci starsi byli traktowani tak samo jak młodzi, czyli musieli zapamiętać topografię oddziału, musieli wiedzieć, w którym momencie gdzie się zjawić, a również jest problem, w jaki sposób oni mogą dokładnie zrozumieć diagnozę, którą przekazuje lekarz, ponieważ człowiek w stresie w ogóle, to znaczy nie senior, ale każdy z nas ma bardzo ograniczoną percepcję i możliwość przyswajania pewnych ważnych informacji, a co dopiero seniorzy, bo nie zawsze jest tak, że przy wypisywaniu pacjenta z oddziału jest obecny członek rodziny.

I druga moja taka też wątpliwość, w jaki sposób lekarze POZ będą mieli informować rodziny – a gdzie tajemnica lekarska? Jeżeli nie ma osób uprawnionych do wskazania w historii choroby pacjenta. Jak po prostu rozstrzygnąć ten problem? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Dziękuję.

Teraz może poproszę, bo już jest sporo pytań, żeby nie komplikować. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Oddam głos panu prof. Targowskiemu, krajowemu konsultantowi.

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

Dziękuję bardzo.

Tomasz Targowski, Klinika i Poliklinika Geriatrii w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, i rzeczywiście pełnię funkcję konsultanta krajowego. Ja tak może o szczegółach, tych bardziej szczegółowych odpowiedziach. Potem o duże liczby, myślę, że pani dyrektor uzupełni moją wypowiedź.

Jeśli chodzi o leki na zaburzenia poznawcze, zespoły otępienne, to niestety marnie to wygląda, jeżeli chodzi o skuteczność naszego leczenia. Mamy właściwie dwie grupy leków: mamy inhibitory cholinesterazy – to są leki, które zwiększają stężenie acetylocholino w mózgu i mamy memantynę – to jest lek, który chroni neurony przed szkodliwym działaniem glutaminianu – to jest taki jeden z aminokwasów. I tak – inhibitory cholinesterazy w Polsce mamy dwa zarejestrowane do leczenia zespołów otępiennych – rywastygmina i donepezil – obydwa są na liście leków „S”, dla seniorów, tak że są bezpłatne dla seniorów – memantyna nie. Nie jest droga, ona jest stosowana w bardziej zaawansowanych stadiach otępienia, najczęściej na dokładkę do tych leków z pierwszej grupy.

Co do leków o działaniu objawowym, o których mój przedmówca tu wspominał, to rzeczywiście my zapialismy trochę z zachwytu parę lat temu, jak FDA w 2021 r. zarejestrowała pierwszy lek o działaniu przyczynowym w chorobie Alzheimera. To było przeciwciało monoklonalne przeciwko złogom amyloidu, bo tak się dzieje w chorobie Alzheimera, że amyloid odkłada się tam w mózgu i okazało się, że rzeczywiście te przeciwciała.... on bardzo ładnie wypłukuje te złogi z mózgu, tylko stan pacjentów się nie poprawia i dlatego on nie dostał między innymi rejestracji w Polsce – to znaczy w Europie, bo to EMA miała go rejestrować – bo niestety on nie był zbyt efektywny kosztowo i nie był za bardzo opłacalny. Są kolejne projekty, są teraz próby wprowadzania ledukanumabu w Stanach, jednak jest

bardzo drogi. Nawet FDA generalnie ma z tym problem. Okazuje się, że te zmiany, które zachodzą w głowie w chorobie Alzheimera, to one się zaczynają 15–20 lat przed objawami jawnymi klinicznie, przed pogorszeniem się zdolności poznawczych i ten okres zacinza jest najlepszy, żeby stosować te najdroższe leki, przeciwciała monoklonalne, które nie są jeszcze zarejestrowane. Ja myślę, że to się zmieni za parę lat, że nowe pokolenie lekarzy będzie dysponowało lekami o działaniu przyczynowym, tylko pozostanie problem w wytypowaniu tych pacjentów, którzy mieliby wskazania do leczenia w okresie bezobjawowym tymi lekami najnowszymi. Wiadomo, że można wytypować, jeżeli chodzi o chorobę Alzheimera, pacjentów z chorobą Alzheimera o wczesnym początku – to jest około 5–10% pacjentów, gdzie choroba jest genetycznie uwarunkowana. U nich choroba Alzheimera rozwija się nawet przed 60. rokiem życia i to jest z pokolenia na pokolenie, natomiast u 90% niestety nie wiemy, kto z nas zachoruje, kto nie. Ja tu jeszcze chciałem dodać, że jest jeden z nieodwracalnych czynników ryzyka – płeć żeńska – zachorowania niestety, bardzo mi przykro, ale być może dlatego, że panie żyją krócej. Tam są zresztą inne...

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:
Dłużej.

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

Przepraszam, dłużej, ale tam jest też troszeczkę inna skłonność do odkładania się złogów białka tau też w mózgu u pań i nie wiadomo za bardzo, bo to jest jak z lekami i badaniami genetycznymi w onkologii – nie wiadomo, kogo w przyszłości typować z etycznego punktu widzenia i obciążać taką diagnozą, że pan ma wskazania, jeśli chodzi o te 90% ludzi, którzy nie wiadomo, czy zachorują na chorobę Alzheimera; kto ma mieć wskazania, a kto nie do stosowania tych leków w przyszłości. To jest, jeśli chodzi o leki.

Co do POZ, to teraz cały czas pracuje zespół do spraw organizacji opieki profilaktyki medycznej wśród osób starszych. Naszą ideą jest to, o czym było tutaj wspomniane, bo rzeczywiście problemem jest to, że my diagnozujemy te zaburzenia poznawcze na dosyć późnym etapie. Tak jak pani psycholog mówiła, dramatem jest w ogóle ta opieka w szpitalach tzw. ogólnych, gdzie inne specjalności poza na przykład interną czy geriatrią, czy neurologią w ogóle mają marne wyobrażenie o problemie. Ja chciałem tylko z jednej strony przypomnieć, że od 2016 r. jest rozporządzenie ministra zdrowia, które nakazuje przeprowadzenie tzw. całościowej oceny geriatrycznej prawie we wszystkich oddziałach niegeriatrycznych w naszym kraju poza oczywiście noworodkowymi, niemowlęcymi, dermatologią bodającą i okulistiką, natomiast generalnie nikt tego nie robi, bo lekarze tego nie potrafią, i tak de facto ta całościowa ocena geriatryczna, w której ocenia się również zaburzenia poznawcze pacjentów, bo w geriatrii pacjentem opiekuje się zespół geriatryczny, gdzie trzonowym zawodem w tym zespole jest również psycholog. Ta całościowa ocena nie jest wykonywana. Ona jest wykonywana tylko w placówkach geriatrycznych, takich jak oddziały geriatryczne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ale mamy nieco ponad 100 poradni geriatrycznych w całym kraju i chyba 64 oddziały geriatryczne, i to jest też bardzo nierównomiernie. W warmińsko-mazurskim dopiero od dwóch lat mamy pierwszy oddział geriatryczny. Neurologzy też zajmują się oczywiście diagnozowaniem zaburzeń poznawczych i psychogeriatry, czyli właściwie psychiatry. Tak to wygląda, natomiast my tutaj pracujemy nad tym, że tak powiem, żeby zanieść ten kaganek oświaty pod strzechy i żeby już na szczeblu POZ lekarze mieli bardzo takie proste narzędzia, żeby się nie bronili rękami i nogami przed rozszerzeniem tej diagnostyki, żeby realizowali elementy przesiewowej oceny geriatrycznej. Mówię tu o ocenie geriatrycznej, ale tu oczywiście mówimy nie tylko o masie zespołów geriatrycznych, w których są również zaburzenia poznawcze.

Naszą ideą jest między innymi, oprócz diagnozowania pacjentów zagrożonych niepełnosprawnością funkcjonalną, robienie takich testów przesiewowych i przekierowywanie ich potem do opieki geriatrycznej plus jeszcze dołożenie bardzo prostego narzędzia; na przykład to są testy przesiewowe 4–5-minutowe, które diagnozują podejrzenie zaburzeń poznawczych u pacjenta i to byłoby wtedy wskazanie do przekierowania do opieki specjalistycznej, na przykład geriatrycznej. Rozwiązaniem bóleczonej na to, co pani psycholog

mówiła, to my też tutaj dyskutujemy już od paru lat i to też się pojawia między innymi w KPO i w mapach potrzeb zdrowotnych, jest przekształcanie łóżek, bo w szpitalach powiatowych mamy interny – wydzielanie przynajmniej części łóżek, przekształcanie w łóżka geriatryczne przynajmniej części tych łóżek internistycznych, ewentualnie zatrudnianie zespołów geriatrycznych, które by były wyczułone na tego typu problemy, bo ja się tu absolutnie zgadzam, to jest to, co my widzimy na geriatric, że ten pacjent jest pogubiony, nie docierają do niego informacje przekazywane przez, powiedzmy w cudzysłowie, normalnego lekarza. Jeżeli nie ma tej wrażliwości nastawionej właśnie na rozstrzyganie tych problemów osób najbardziej upośledzonych pod względem funkcjonalnym i mentalnym, to ani ona nie zrozumie, a często i rodzina nie zrozumie co mają robić, i to jest wielki dylemat, i tu jest potrzebny zupełnie inny standard opiekuńczy. W geriatric to mamy w pewnym sensie wypracowane – opiekuje się pacjentem zespół geriatryczny, wiemy, co robić, wiemy, jakie testy wykonywać w ramach całościowej oceny geriatrycznej, gdzie diagnozujemy pacjenta kompleksowo, gdzie diagnozujemy zarówno jego stan funkcjonalny, tę wielochorobowość plus jeszcze stan emocjonalny, zaburzenia poznawcze i również diagnozujemy jego potrzeby środowiskowe, bo to nie sztuka, tak jak mówię swoim asystentom, dać całą litanię zaleceń pacjentowi, których on nie jest w stanie wykonać, bo on intelektualnie nawet czy funkcjonalnie tego nie ogarnie i nie jest w stanie zgłosić się do tylu specjalistów, tylko po prostu to trzeba dopasować, najlepiej z opiekunem, do możliwości poznawczych pacjenta i do jego sprawności funkcjonalnej, żeby te zalecenia, które mogą mu poprawić jakość życia i ewentualnie przedłużyć te życie, więc to tak z grubsza wygląda.

Chcemy odwrócić tę piramidę świadczeń, to jest takie marzenie, a z drugiej strony wzmocnić tę opiekę geriatryczną, bo nie tylko geriatric się zajmują oczywiście osobami z zaburzeniami otępiennymi w naszym kraju, ale to widzielibyśmy. Geriatric jest najbliższa interny, a te interny są w szpitalach na szczeblu powiatu chociażby, gdzie jest bardzo duży problem właśnie z leczeniem tych pacjentów, a coraz więcej ich jest, bo to nie tylko jest choroba Alzheimera, ale pamiętajmy też, że na pierwszym miejscu są choroby układu krążenia, które są przyczyną umieralności, a choroby układu krążenia są też częstą przyczyną otępień naczyniopochodnych, a często mamy, jak to mówimy, dwa grzyby w barszczu, że mamy i chorobę Alzheimera, i otępienie naczyniopochodne, tak że to jedno drugiego nie wyklucza. To tyle. Co do pieniędzy przeznaczanych na refundację...

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbańska:

W zakresie tego co bym chciała uzupełnić, jeżeli chodzi o przeznaczone środki finansowe z NFZ na leczenie, to mają to państwo w wykazie pokazane w podziale na lata.

Nie było dotychczas w MZ programu sensu stricte nakierowanego na rozwój opieki długoterminowej. Ten, który ruszył, finansowany w ramach KPO jest takim pierwszym programem, przy czym w większości działań to jest tak, że wszystkie kraje europejskie skupiają się w swoich działaniach na rzecz rozwoju opieki długoterminowej w tym rozwoju opieki nad osobami dotkniętymi chorobami otępiennymi na budowaniu opieki domowej, blisko miejsca pacjenta. Jeżeli przyjrzymy się temu, co jest w Polsce, to my tak naprawdę również musimy wzmocnić opiekę stacjonarną, ponieważ mamy bardzo małą liczbę ośrodków opieki stacjonarnej, więc to, że skupiamy się na tym, żeby jednak osoba dotknięta otępieniem czy rodzina miała pomoc bezpośrednio najbliższego miejsca zamieszkania, to nie znaczy, że nie muszą u nas powstawać podmioty stacjonarne opieki długoterminowej, dlatego że nawet ostatnia analiza przeprowadzona w NFZ wykazała, że my mamy bardzo dużo pacjentów, którzy zostają na tzw. łóżkach ostrych, czyli na oddziałach chorób wewnętrznych, jak również na oddziałach intensywnej terapii, które tak naprawdę powinny mieć już zaproponowaną opiekę długoterminową w stacjonarnych, specjalnie w tym celu stworzonych podmiotach i te fundusze inwestycyjne także idą na ten cel.

Jeżeli chodzi o rozwój innych form opieki i naszą współpracę, to tutaj właśnie bardzo silna jest nasza współpraca z MRPiPS i to wszystko, co się dzieje przy wsparciu i koordynacji pani minister Okły-Drewnowicz, dlatego że my tam się stale spotykamy, gdyż te działania, które są działaniami środowiskowymi, na przykład w dziennych formach

pobytu, to są takie działania, które nie mogą być tylko realizowane w systemie ochrony zdrowia, chociażby dlatego, że te osoby starsze, jeżeli trafią na przykład na 8 godzin czy na 6 godzin do takiego dziennego ośrodka, jeżeli przez te całe 6 bądź 10 godzin proponowane by były im działania medyczne rehabilitacji, to one by tego w takim natężeniu po prostu nie wytrzymały, bo to po prostu są osoby starsze, osoby z określonymi potrzebami. Wobec tego my chcemy tu połączyć nasze działania, czyli to, że te ośrodki w pewnej formie realizują funkcje głównie opiekuńcze, wspierając opiekunów i pozwalając im funkcjonować i realizować własne życie, zapewniając tym osobom, a w pewnym zakresie chcemy im w tym czasie proponować działania medyczne, czyli te, które będą nakierowane zarówno na rehabilitację neurologiczną, na rehabilitację ruchową, czyli chcemy tutaj łączyć ze sobą te działania.

Proszę zwrócić uwagę, że to, co dotyczy wsparcia opiekuna, jest głównie elementem działania MRPiPS, ponieważ oni tam mają więcej narzędzi, natomiast dla nas, z punktu widzenia ochrony zdrowia, bez odpowiedniego wsparcia opiekuna my mamy problem z zapewnieniem opieki, z wykonaniem zaleceń u tej osoby, czyli nasze działania wobec opiekunów mają przede wszystkim charakter edukacyjny i wzmacniający, i wspierający opiekuna w zakresie tego, co się dzieje w formach opieki długoterminowej, realizowanej w domu pacjenta, bo te formy mogą być realizowane w domu pacjenta, i ten element, nad którym w tej chwili pracujemy, to jest uruchomienie takiego systemu wsparcia psychologicznego. W tej chwili to będzie takie działanie początkowe w ramach jednego z programów unijnych, gdzie będziemy chcieli wypracować taką metodę wsparcia która będzie spotkaniami wspierającymi dla samych opiekunów, i przygotowanie ich do tego, wsparcie psychologiczne osób, które mierzą się z chorobą otępienną u swoich osób najbliższych, bo my widzimy też w systemie ochrony zdrowia, że te osoby za moment będą naszymi pacjentami, bo przez to bardzo trudne doświadczenie często doświadczają depresji przez ich poczucie osamotnienia i takiej ciągłej walki. Wobec tego tutaj jest konieczność budowania wsparcia społecznego i to jest taki element, który robimy jeszcze w ramach jednego z programów unijnych. W tej chwili faktycznie intensyfikujemy to i dlatego chcemy to zebrać w krajowym programie działań na rzecz chorób otępiennych i faktycznie to jest tak, że wiele krajów już realizuje kolejną edycję; że Polska pierwszy raz przystępuje do tego. W tej chwili te prace są już o tyle zaawansowane, że ten dokument za moment ujrzy światło dzienne. My jesteśmy po roboczych konsultacjach z różnymi ciałami. Z naszego kalendarza wynika, że w pierwszym kwartale przyszłego roku ten dokument powinien zostać przyjęty, jeżeli oczywiście tylko zostanie wpisany do planu prac Rady Ministrów; to jest ten taki moment, który jest dla nas kluczowy, żebyśmy mieli zgodę na dalsze działania.

Jeszcze chciałabym pomiędzy tym, co się pokazało... Właśnie, jeżeli chodzi o koordynację działań międzyresortowych, te działania są intensywne. W tej chwili my tak naprawdę co drugi tydzień spotykamy się w naszym zespole, pracując nad rozwojem tych form opieki długoterminowej i koordynacją właśnie współpracy i problem, z którym tutaj walczymy, polega na tym, że inny zupełnie jest sposób organizacji opieki zdrowotnej, ponieważ tu jest finansowanie za świadczenie zdrowotne, podczas gdy podmioty działające w systemie zabezpieczenia społecznego są finansowane w sposób budżetowy i jakby koordynacja, i konsolidacja tych działań w tym zakresie jest bardzo trudna, ale wszystko wskazuje na to, że w tej chwili mamy wytypowane takie miejsca, gdzie ta koordynacja powinna być... Chcielibyśmy, żeby niezależnie od tego, czy zidentyfikowany problem jest w systemie ochrony zdrowia, czy w systemie pomocy społecznej, że osoba potrzebuje wsparcia w zakresie opieki długoterminowej, czy wsparcia w związku z problemami otępiennymi, to żeby ona trafiała do jednego punktu, który by proponował tej osobie i jej bliskim cały katalog działań, czyli żeby nie było tak, jak w tej chwili zidentyfikowaliśmy, że jeżeli tę osobę identyfikujemy w systemie ochrony zdrowia, to my ją zabezpieczamy z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, natomiast to, żeby ona trafiła do systemu zabezpieczenia społecznego, to jest ten kolejny etap. Chcemy, żeby ta osoba od razu trafiała w takie miejsce, w którym ma cały katalog świadczeń, który jest, żeby miała odpowiednio wybrane dla tej osoby, dla tej rodziny w tej sytuacji najbardziej potrzebne i korzystne, czyli pracujemy nad tą koordynacją i współpracą w zakresie

działań pomiędzy dwoma systemami, czyli próbujemy wyjść z tego, o czym mówimy, że Polska jest resortowa. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Bardzo dziękuję.

Bardzo przepraszam, że musiałam państwa na chwilę opuścić, ale musiałam wystąpić na sali głównej – biegiem w tamtą stronę i biegiem w tę stronę. Wystąpienie trochę trwało zanim przyszła moja kolej i nie wiem, co tutaj było mówione, ale chcę zadać państwu pytanie – może bardziej panu profesorowi pewnie, ale też i pani.

Czy są jakieś metody wczesnego rozpoznawania i czy jest w tej sprawie program, czy to w ogóle ma sens, czy też nie? Jak to w Polsce wygląda i jak wygląda na świecie? Czy są jakieś światowe trendy, bo wszystkie czynniki zapobiegawcze, to, o czym ja już mówiłam i to, o czym potem mówiła pani Dagmara Korbasińska, to tak, ale czy można wziąć osobę 80-letnią czy 85-letnią i stwierdzić, że ona ma tę demencję, czy też nie? Dziękuję bardzo.

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

Tak, to znaczy, jeżeli już ma, to my już to wiemy. Widzimy, jak się pojawiają tzw. łagodne zaburzenia poznawcze, łagodne deficyty poznawcze, to znaczy, że już jest źle; robimy badania obrazowe i wtedy standardowo już jest.

Do niedawna jeszcze nie było metod wczesnego wykrywania, bo nie były potrzebne z uwagi na to, o czym tu państwu mówiłem, że nie było leków o działaniu przyczynowym, czyli znoszących przyczynę, a tak jak już tu wcześniej powiedziałem pod nieobecność pani przewodniczącej, to te zmiany neurodegeneracyjne w zaburzeniach poznawczych, zwłaszcza w chorobie Alzheimera zaczynają się 15–20 lat przed pojawieniem się objawów klinicznych, przed pogorszeniem się sprawności intelektualnej. Przez tyle lat nasz mózg ulega neurodegeneracji zanim objawi się pełne otępienie. Teraz pojawiają się pierwsze jaskółki związane właśnie z tymi lekami o działaniu przyczynowym, które potrafią odwrócić pewne niekorzystne zjawiska, patomechanizmy, które zachodzą w ośrodkowym układzie nerwowym. Również trwają intensywne prace nad różnymi markerami wczesnego wykrywania. My cały czas czekamy właśnie też na ten program wczesnego wykrywania i w ogóle krajowy program alzheimerowski, taki który wszedłby w życie. Niemniej jednak, zwłaszcza ośrodki neurologiczne najwyższego szczebla, dysponują takimi narzędziami. To są bardzo zaawansowane techniki neuroobrazowania ośrodkowego układu nerwowego, które pokazują zmiany metabolizmu mózgu z jednej strony oparte o między innymi metabolizm fludeoksyglukozy; są również techniki badań czynnościowych mózgu; są jeszcze rezonansowe... to są badania związane z pozytronową tomografią emisyjną i z rezonansem magnetycznym, ale czynnościowym, gdzie po prostu ocenia się zaburzenia metabolizmu w mózgu, które wskazują na to, że coś się niedobrego dzieje, że ten mózg zaczyna wolniej pracować i się pogarsza z roku na rok. Są jeszcze bardziej inwazyjne metody, czyli na przykład diagnostyka, to jest nakłuwanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Tam techniki już też są coraz lepsze, bo to wcale nie jest przyjemny zabieg to nakłuwanie płynu mózgowo-rdzeniowego, ale tam się z kolei biomarkerami ocenia stężenie na przykład amyloidu i stężenie fosforylowanego białka tau i różnych frakcji amyloidu, i też można wychwycić pacjentów, którzy jeszcze są sprawni intelektualnie, a już mają te zaburzenia w tych wskaźnikach biochemicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym, co może wskazywać w przyszłości na to, że z dużym prawdopodobieństwem będą mieli chorobę Alzheimera, ale myślę, że w pierwszej kolejności tego typu badania będą adresowane dla pacjentów, którzy są zagrożeni tą chorobą Alzheimera o wczesnym początku, czyli tą uwarunkowaną genetycznie, gdzie tam jest praktycznie stuprocentowa pewność, że oni na chorobę Alzheimera zachorują, a to jest 5–10% pacjentów; u 90% pozostałych pacjentów nie wiadomo, czy będą chorować, czy nie. Są tylko czynniki, które predysponują, ale wcale nie gwarantują na szczęście, że będziemy chorzy, nawet jeżeli mamy zestaw tych czynników, ale w przyszłości na pewno będziemy mieli i te techniki będą bardziej ogólnodostępne.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję i bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Chciałem dopytać pana profesora w kwestii tej dotyczącej przekształcania czy wydzielania łóżek geriatrycznych, a największe problemy mamy z geriatrami. Jeżeli dobrze pamiętam, to jest ich około 500 – może ciut więcej teraz – i wiemy, że od lat ten problem występuje, i jak rozmawiamy o geriatрии, to jest jakby największy problem, czyli w jaki sposób można by było to rozwiązywać. Wiemy, że wymaga to czasu, bo specjaliści nie rodzą się w ciągu jednego czy pięciu lat, ale to jest dłuższy okres; czy jednak nie wzmacniać interny, mówiąc w skrócie, żeby w tym zakresie była też możliwość, właśnie poprzez internę, świadczenia tych usług, o których mówił pan profesor – tutaj chciałem dopytać.

Chciałem też panią dyrektor dopytać, bo rozumiem, że w tych pracach zespołu bierze się pod uwagę również te wszystkie doświadczenia, które były w MRPiPS. Mamy przyjętą strategię rozwoju usług społecznych, gdzie szukaliśmy takiego wyważenia między deinstytucjonalizacją a rozwojem usług społecznych instytucjonalnych, bo to, o czym pani powiedziała, jest ważne, bo parę lat temu byliśmy mocno nastawieni na strategię deinstytucjonalizacji w miejscu zamieszkania. Wiemy, że ona jest bardzo fajna, ale nierealna w takim sensie, jak było parę lat temu, że będziemy zapewniać opiekę każdemu w miejscu zamieszkania, czyli musimy mieć dwie drogi. Ale taki problem, który zawsze był i myślę, że jest dalej, czy też państwo na ten temat dyskutujecie, jeżeli chodzi o Zakłady Opiekuńczo-Lecnicze a Domy Pomocy Społecznej, bo to się przenika i czy w tym zakresie jakieś działania, możemy na coś liczyć albo jakaś informacja, co w tym zakresie się robi, bo też dokonywaliśmy zmiany, choćby dotyczącej Domów Pomocy Społecznej, aby tam dać możliwość takiej opieki czy to wychnieniowej, bo wczoraj mieliśmy Komisję, ale o tym się nie dowiedzieliśmy, myślę, że się dowiemy na następnym spotkaniu, czyli też szukaliśmy jakichś rozwiązań w ramach Domów Pomocy Społecznej, ale jest problem, kogo, gdzie zakwalifikować. To też wynika z tego, że są różni płatnicy – ZOL są płacone przez NFZ, a DPS przez rodziny bądź przez samorząd, czyli jest ten problem i to też warto by było na to spojrzeć szerzej, jak to rozwiązać w tym zakresie, bo przecież głównie podopiecznymi są osoby, które mają te schorzenia, o których dzisiaj mówimy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę o odpowiedź, a potem poproszę... Chciałam zapytać, kto ze strony społecznej będzie chciał zabrać głos? Czy ktoś jeszcze... Dobrze, to potem poproszę wszystkich państwa ze strony społecznej i na końcu o taką finalną odpowiedź.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Tak, wszyscy znamy problem różnic pomiędzy Zakładem Pielęgnacyjno-Lecniczym a Domem Pomocy Społecznej.

Tak naprawdę to bardzo często pacjent albo mieszkaniec DPS to bardzo często są bardzo podobne osoby medycznie i to, czy trafiają do określonego ośrodka, wynika z tego czasem, gdzie najpierw pojawi się miejsce albo gdzie zostanie zidentyfikowany problem, dlatego że my widzimy, że z podmiotów leczniczych osoby głównie trafiają do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, jeżeli w tej chwili kontaktowaliśmy się, bo taką osobę, którą zidentyfikowaliśmy, która jest osobą bardzo istotną do koordynacji działań tego, o czym mówiłam w całym systemie, jest pracownik socjalny albo pielęgniarz społeczna w szpitalu i to jest taka osoba, która właśnie często zapewnia to dalsze miejsce. W naszym zespole nie raz i nie dwa pojawił się problem tego, że często ci pacjenci czy ci mieszkańcy to są osoby z identycznymi problemami zdrowotnymi. Z punktu widzenia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych powinni mieć zapewniony taki sam dostęp do świadczeń zdrowotnych, a często jest tak, że osoby w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych mają zupełnie inny dostęp niż osoby przebywające w domach pomocy społecznej. Też jeszcze dyskutujemy o pewnym problemie, dlatego że osoba trafiająca do DPS powinna do niego trafiać z powodu niewydolności społecznej, z powodu tego, że ma problem z rozwiązaniem problemów życia codziennego, jak

zapewnienie sobie zakupów, pranie, sprzątanie, taką samoobsługę, a nie z powodu problemu zdrowotnego. Natomiast bardzo często ta osoba z wiekiem też jest osobą, która ma problem zdrowotny i w tym zakresie chcielibyśmy to tak połączyć, żeby osoby w DPS miały dostęp do takich samych świadczeń zdrowotnych, tak jak osoby mieszkające w domu rodzinnym, czyli żeby ten dostęp się niczym nie różnił. To jest taki element, nad którym w tej chwili pracujemy, ale przepraszam, proste to nie będzie, ale ten problem bardzo mocno identyfikujemy.

Oczywiście zdajemy sobie też sprawę z tego – widzimy – że w wielu DPS są w tej chwili wolne miejsca. W ZOL, w ZPO są bardzo długie kolejki oczekujących, to wynika z niczego innego, tylko ze sposobu płatności i dlatego ta koordynacja jest taka istotna, żeby faktycznie kierować osoby tam, do właściwego miejsca, gdzie mogą być zabezpieczone ich potrzeby, a z drugiej strony, żeby później te osoby, które trafiły do DPS, nie były przenoszone do innych podmiotów, bo one tam mają już swoich przyjaciół, swoje znajome kąty, swoje ulubione drzewko, które posadziły ileś lat temu... Przepraszam, że mówię tak, ale po prostu oni mają tam swoje miejsce w życiu, żeby tak jak w domu zamieszkania mieli tam zabezpieczone świadczenia zdrowotne. Z naszymi rozwiązaniami dążymy w tę stronę. To jest jeszcze ciągle element dyskusji. Tych kwestii i tych zmiennych, które się pojawiają, jest bardzo dużo, ale faktycznie musimy tutaj koordynować te działania i tu to, co pan podniósł, panie pośle, to jest doskonały przykład właśnie tego, że DPS mogą też zapewniać opiekę wytchnieniową, i też chcielibyśmy, żeby te miejsca zapewniały różnorodną pomoc tym osobom, które są, żeby jakby pacjent czy osoba, klient pomocy społecznej trafił w jedno miejsce i żeby tam można było mu z różnych miejsc udzielić takiego świadczenia, jak on potrzebuje albo w domu, albo w dziennym domu pobytu, albo w formach stacjonarnych na ile nam się to uda skoordynować przy tak różnym sposobie organizacji tych świadczeń, ale im więcej osiągniemy, tym będzie lepiej dla nas w przyszłości także. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy pan profesor chce coś dodać? Bardzo proszę.

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

Tak, w tej sprawie właśnie geriatrów.

Bardzo dziękuję za to pytanie, bo my się od wielu lat zastanawiamy, dlaczego tak jest. To znaczy jest kilka czynników; pierwsza rzecz – rzeczywiście mamy mniej niż 600 czynnych zawodowo geriatrów. Jakbyśmy chcieli zastosować rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego, powinniśmy, w przeliczeniu na populację polskich seniorów, mieć ich około 2,8–3 tys. Zastanawialiśmy się, dlaczego tak jest. Młodzi lekarze nie chcą wybierać tej specjalizacji. Wydawało nam się, że to może dlatego, że wiedza na temat geriatrii jest dosyć mała, wydaje się, że to bardziej medycyna paliatywna czy opieka długoterminowa – tak nie do końca jest – że to tym jest geriatryka. Na większości wydziałów medycznych i uczelniach rzeczywiście geriatryka jest wprowadzana. Nie wiem, jak to wygląda w całej Polsce, ale widzę, jak to wygląda w Warszawie, że na przestrzeni ostatnich kilku lat zaczęliśmy prowadzić zajęcia dla studentów piątego, czwartego roku wielu wydziałów medycznych, lekarskich z zakresu geriatrii, ale także wydziałów pielęgniarstwa czy nawet wydziałów fizjoterapii dla WF na przykład, gdzie uczą się członkowie... Dla psychologii żadnego wydziału jeszcze nie uczymy przyszłych psychologów opieki geriatrycznej, ale uczymy tej opieki członków zespołu geriatrycznego.

Szanowni państwo, niby mamy mało tych geriatrów, 600, ale z danych, które dostaję od konsultantów wojewódzkich to jest tak, że około 60% z nich zaledwie pracuje w specjalistycznej opiece geriatrycznej. Większość pracuje w innych podmiotach, robią tę specjalizację hobbystycznie jako specjalizację drugiego albo trzeciego wyboru, bo widzą, że to im się przydaje do sprawowania opieki nad starzejącym się społeczeństwem. Jak nie wiadomo o co chodzi, to chodzi o pieniądze. Z jednej strony skarżą mi się młodzi lekarze geriatry, którzy są pasjonatami, że procedury geriatryczne są o wiele gorzej wycenione, niż w innych świadczeniach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a z drugiej

strony mamy też zmiany pokoleniowe, szanowni państwo. Ja nie wiem, czy to zabrzmiało poprawnie politycznie, czy nie, ale mi się włos jeżył na głowie na spotkaniu w CMKP w ubiegłym roku jak przedstawiano rekrutację na specjalizacje lekarskie, ile przypada chętnych na miejsca specjalizacyjne w różnych specjalnościach lekarskich – stosunkowo bardzo mało jest chętnych na interny, w geriatrici to w ogóle mamy z 15% miejsc tylko obsadzonych specjalizacyjnych; mało jest chętnych na interny, mało jest chętnych na chirurgię, natomiast jest po 70–80 kandydatów na dermatologię i wenerologię, na chirurgię plastyczną, tak że na specjalności, które są bardzo dobrze płatne, gdzie po zrobieniu specjalizacji ci specjaliści odpływają do niepublicznej opieki zdrowotnej, bo takie mamy czasy. To pokolenie już w doktora Judyma nie wierzy po prostu i to się generalnie zmieniło, ale ja myślę, że ten trend jest do odwrócenia, bo coraz więcej – co do specjalizacji pokrewnych, o co pan poseł pytał – rzeczywiście internistów mamy około 30 tys.; lekarzy medycyny rodzinnej około 11–12 tys.; kardiologów jeszcze to jest taka specjalność pokrewna, bo głównie chorujemy na choroby układu krążenia i z tego powodu umieramy, ale w żadnych tych specjalnościach jakoś gwałtownie też specjalistów nie przybywa. Jest plateau, bo co przybywa nowych ludzi do zawodu, to część lekarzy seniorów odchodzi już na emerytury i te przyrosty z roku na rok są tak de facto niewielkie.

Co do rozwoju opieki internistycznej, no to chciałem powiedzieć tylko, że w 2023 r. weszły nowe programy specjalizacji modułowe, gdzie na przykład, dzięki Bogu, w medycynie rodzinnej konsultant krajowy dostrzegł potrzebę rozwijania tych elementów kształcenia geriatrycznego w ramach programu ze specjalizacji, ale na przykład w internistice w ogóle zredukowano nauczanie geriatrici, jeśli chodzi o specjalizację z chorób wewnętrznych ku naszemu zdziwieniu, biorąc pod uwagę, że starzejemy się jako społeczeństwo, a geriatrów też jest mało. To jest tak, że my nawet myśleliśmy o tym i też prowadzimy rozmowy, ale tu potrzeba jakiegoś konsensusu z samorządem lekarskim, żeby nawet ustanowić takie okresy przejściowe związane np. z wymaganiami NFZ do świadczenia pewnych świadczeń zdrowotnych, że na przykład lekarzy ze specjalności pokrewnych, takich jak na przykład medycyna rodzinna dla przykładu, po jakichś skróconych w formie doksztalcania się mogliby uruchamiać zakres świadczeń na przykład geriatrycznych, gdzie mogłyby pracować te zespoły geriatryczne i gdzie między innymi diagnostyka tych zespołów, chociażby otępiennych, bo o otępieniach dzisiaj mówimy, mogłaby się odbywać do czasu przynajmniej, dopóki nie wykształcimy odpowiedniej liczby geriatrów; że dopóki młodzi lekarze nie zobaczą, że generalnie warto inwestować w siebie i rodzic tę specjalizację z geriatrici, że to się po prostu opłaca nam zarówno z perspektywy indywidualnej, jak i społecznej.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybińska (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, teraz po kolei. Bardzo proszę się przedstawiać, ponieważ to wszystko jest nagrywane.

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Anna Lipnicka:

Anna Lipnicka, wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Dziękuję, pani przewodnicząca, za udzielenie głosu.

Szanowni państwo, nasuwa mi się taka refleksja, że rozwijając tę politykę senioralną, której się teraz tak dużo poświęca czasu, nie tylko lekarze i pielęgniarki, tylko pozostała kadra medyczna – mówię o swoim środowisku – diagnostów laboratoryjnych, ale też inni powinni doskonalić swoje kompetencje, bo w zasadzie mamy do czynienia z pacjentem... Może najmniej diagnostów laboratoryjnych, bo wykonujemy badania w medycznych laboratoriach, ale również pobieramy materiał, udzielamy informacji o przygotowaniu pacjenta do badań, więc taki kontakt z opiekunem bardzo często, mówię to też ze swojej praktyki, bo pobieram materiał i pracuję w powiatowym szpitalu, więc taki kontakt z opiekunami starszych osób i osobami jest niezwykle ważny, więc wydaje mi się, że kadra medyczna poza najważniejszymi – tutaj, jak pan profesor wskazał – lekarzami, pielęgniarkami nasze umiejętności powinny być doskonałe, a szczególnie te umiejętności miękkie i właśnie w tej opiece senioralnej to jest niezwykle ważne. Taka nasunęła mi się teraz refleksja.

Natomiast jeszcze, panie profesorze, do pana może takie pytanie – wchodzi teraz nowe markery; firmy proponują zakres naszej diagnostyki laboratoryjnej. Nie wiem, czy akurat w Polsce jest stosowana progranulina czy jest oznaczana, czy to też jest marker w takim wczesnym oznaczaniu chorób demencyjnych neurodegeneracyjnych?

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

Do naszego instytutu jeszcze nie dotarli, tak że nie mam żadnych doświadczeń z tym markerem...

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Anna Lipnicka:

My też się interesujemy.

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

... natomiast jeżeli już, to... Wszystko można badać we krwi.

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Anna Lipnicka:

Oczywiście to jest jakby związek, który jest genetycznie uwarunkowany. To diagnostyka molekularna, ale też są doniesienia, że już można badać tańszą metodą właśnie takie markery.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą Zbigniew Tomczak:

Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą.

Pani przewodnicząca, wcześniej zabierałem głos, przepraszam, ale jeszcze chciałem się ustosunkować do kilku kwestii.

Mówiłem o sprawach, czego oczekuje środowisko alzheimerowskie, natomiast pani dyrektor tutaj powiedziała, że w DPS są wolne miejsca. Trochę bym się nie...

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

W niektórych.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą Zbigniew Tomczak:

W niektórych, no dobrze, to już lepiej, dlatego że z moich doświadczeń z całej Polski, nie tylko tutaj z Warszawy, wynika, że pół roku do roku albo półtora roku to jest taki standard.

Dlaczego tak jest? Bo między innymi, to trzeba powiedzieć głośno, samorządy bronią się przed inwestowaniem, przed otwieraniem nowych DPS, bo to są koszty. Każdy pacjent, który tam przychodzi, płaci, powiedzmy, 2 tys. zł; koszt jest 8 tys. zł i mamy różnice, którą samorząd musi dopłacić, i takie są realia. Chciałem tylko podkreślić z punktu widzenia właśnie osób chorych, szczególnie rodzin czy opiekunów, że jeśli sobie porównamy takie zaopiekowanie, jeśli chodzi opiekę zdrowotną i z drugiej strony to, co podlega MRPiPS, to na podstawie swojego doświadczenia ja to oceniam, że to jest 1 do 1000. Bardzo ważna sprawa, ta wczesna diagnoza, zaopiekowanie medyczne itd, natomiast proza życia codziennego to jest 1000-krotnie większa waga i na to chciałem zwrócić uwagę w tym powstającym właśnie krajowym programie działań, żeby na to zwrócono uwagę, bo pacjent zaopiekowany bardzo dobrze idzie do domu i niestety zostaje sam, w zasadzie jego rodzina; nie wiedzą, co mają robić, bo jednostki samorządu najczęściej się nie orientują w tym, nie znają tej choroby, nie umieją ustosunkować się do problemów życia codziennego. Bardzo się cieszę, że jednak ten krajowy program powstanie. Może do tego również przyczyniła się kwietniowa konferencja, która odbyła się w Krakowie – Światowa Konferencja Choroby Alzheimerą, gdzie pan minister Konieczny był gościem, bardzo sobie to cenimy. Ta konferencja była organizowana przez Alzheimer Disease International i moje Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą. Dziękuję bardzo. To było takie dopowiedzenie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Kto jeszcze z państwa?

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak:

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, specjalista-psycholog kliniczny...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Uprzejmie proszę o włączenie mikrofonu.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak:

Chciałabym się podzielić z państwem jeszcze taką ważną refleksją i myślę, że to też musimy uwzględnić, chcąc opiekować się osobami z demencją.

Jednym z czynników ryzyka, powiedzmy, wczesnego procesu neurodegeneracyjnego jest niższe wykształcenie, ale przejdźmy na taką metaforę. To jest szklanka do połowy napełniona; a co się dzieje z osobami, które funkcjonowały na wysokim poziomie i one dosyć wcześnie zaczynają sygnalizować już swoje deficyty poznawcze, tylko że ponieważ szklanka była pełna albo z której się wylewało, to zanim oni dojdą, powiedzmy, do poziomu osoby z niższym wykształceniem, to długo jakby tego nie widać i otoczenie to tak mniej więcej traktuje „nie widać po mnie”, czyli oni bardzo cierpią, bo nie są sprawni, mają potężne zaburzenia pamięci, ale nie dostają jeszcze jakby takich przywilejów osoby z zaburzeniami poznawczymi czy neurodegeneracyjnymi i dlatego uważam, że to jest niezwykle ważne. Poza tym mam takie doświadczenie – też poradniane, bo ja diagnozuję, nie pracując dziennie w poradni – ponad 100 osób rocznie w kierunku właśnie zmiany oceny procesów poznawczych i to są niesamowite sytuacje – żeby dojechać z wioski do miasteczka powiatowego, gdzie jest psycholog, który będzie diagnozował, to bardzo często osoby, które nawet nie są zorientowane, co do miejsca, czasu, swojej osoby, nie pamiętają swojego roku urodzenia, są kierowcami swoich żon, które żony dowożą ich do poradni, czyli osoby, które absolutnie są w ciężkim procesie demencyjnym, kierują samochodem ponieważ nie mają innej możliwości dostania się do poradni zdrowia psychicznego, gdzie jest diagnozowany zespół otępienny. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Kto jeszcze z państwa? Proszę bardzo.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Dzień dobry, szanowni państwo.

Przemysław Mroczek, fundacja SeniorApp z tej strony. Szanowni państwo, temat, o którym dyskutujemy w dniu dzisiejszym, dotyczy chorób otępiennych osób, które już trafiają do DPS, do ZOL. Na chwilę chciałbym się zatrzymać o krok wcześniej, żebyśmy pomyśleli, że te osoby przed trafieniem do zakładu opieki leczniczej czy DPS są w rodzinie albo są samotne i potrzebują tej pomocy. Taką opieką nad osobami niesamodzielnymi nasza fundacja w ciągu dwóch lat zaopiekowała się 1,6 tys. seniorów w domach. Nasze opiekunki codziennie przychodzą do różnych osób w różnym stadium, z różnymi potrzebami. Dziś obecnie mamy chyba 400–450 podopiecznych w opiece; często osoby z różnymi chorobami właśnie, również chorobami współistniejącymi, które mają na co dzień problem z postrzeganiem rzeczywistości, z kontaktem itd. Obecnie zatrudniamy 200 opiekunek, które właśnie codziennie, co dwa dni, opiekują się tymi podopiecznymi, ale ta wiedza dotycząca chorób otępiennych u nas w społeczeństwie jest na bardzo niskim poziomie. Powiem to – na stanowisko opiekuna osoby starszej do nas najczęściej przychodzą osoby emerytowane, pielęgniarzki, osoby, które na przykład poszukują dodatkowej pracy, mają podstawowe kwalifikacje bądź własne tylko i wyłącznie doświadczenie życiowe opieką nad osobą chorą, więc dużo w moim odczuciu powinniśmy pomyśleć i porozmawiać na temat tego, w jaki sposób powinniśmy przygotować się do tego, żeby nie doprowadzić do takiej sytuacji, że ta osoba podopieczna już trafi do ZOL czy do DPS, tylko w jakiś sposób zadbać o nią jeszcze w rodzinie albo właśnie za pośrednictwem opiekunki, opiekuna.

Czwarty rok z rzędu przeprowadziliśmy badanie na 1,7 tys. seniorów powyżej 55. roku życia, których zapytaliśmy, kto się nimi powinien zająć na starość. Może zaskoczę

państwa, ale ponad 40% powiedziało, że nie rodzina, a wyspecjalizowana osoba i nie DPS. DPS były w mniejszości zaznaczane. Czyli oni oczekują od nas, od społeczeństwa, że nimi zaopiekują się osoby, które mają kompetencje, w domu, czyli mamy ten o krok wcześniej; czyli powinniśmy pomyśleć nad edukacją i działaniem. Profilaktyka i wiedza na temat profilaktyki jest bardzo istotna, a wiedza na ten temat wśród osób wykonujących u mnie w fundacji na przykład jest bardzo niska. Robimy wszystko, żeby to poprawić, edukować, jednak brakuje wykwalifikowanej kadry. Wchodzi powoli zawód asystenta osoby starszej, wchodzi uprawnienia itd. To jeszcze jakby nie obowiązuje w takim dużym zakresie, jak na przykład na rynku niemieckim, ale powinniśmy pomyśleć o tej profilaktyce, ponieważ wiedza na temat chorób otępiennych, podejrzewam, że jest na poziomie bardzo niskim wśród rodzin i opiekunów, tak samo na temat profilaktyki na przykład szczepień i innych chorób, więc to jest temat, o którym w moim odczuciu powinniśmy o krok wcześniej pomyśleć, niż pomyśleć nad działaniami już trochę nieodwracalnymi. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana.

Ekspert Związku Przedsiębiorców i Pracodawców Marcin Piekłak:

Dzień dobry.

Marcin Piekłak, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców. Dziękuję za te wyjaśnienia bardzo szeroko mówiące o tym holistycznym podejściu do opieki nad osobami starszymi, natomiast ja zastanawiam się nad tym, jak te założenia będą w praktyce realizowane w świetle tego, że w międzyczasie mamy zmiany chociażby w zakresie rehabilitacji leczniczej, gdzie mamy rozporządzenie ministra zdrowia z 2 października w konsultacjach 30-dniowych teraz, gdzie przykładowo ograniczamy maksymalny czas takiej fizjoterapii, zabiegów, które były do tej pory nielimitowane, na podstawie przepisów powinny być tak traktowane, a w rozporządzeniu, które mamy do końca tego miesiąca z hakiem możliwość komentować, pojawiają się 6-miesięczne, 12-miesięczne okresy dla różnych grup pacjentów, którzy to dopiero w przypadku chociażby chorób przewlekłych muszą sprogresować bądź być w hospitalizacji, żeby jeszcze raz w ramach tej rehabilitacji się pojawić i teraz pytanie, jak holistycznie chcemy się pacjentami opiekować, skoro będziemy ograniczali pewien istotny element tej opieki, czyli rehabilitację, albo przynajmniej ograniczali, wstrzymywali, dopiero włączali pacjenta, jak rozumiem, jeszcze raz w kolejkę i do rehabilitacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy państwo chcieliby jeszcze coś dodać w odpowiedzi na te wystąpienia?

Jeśli nie, to bardzo gorąco... Pan profesor chce coś powiedzieć, tak?

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbańska:

Ten problem, który mamy, to... Nie ukrywam, że mamy problem z czasem, bo jeszcze mamy jeden punkt.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Mamy jeszcze jeden punkt, tak.

Ja bardzo przepraszam, bo powinnam była to powiedzieć na początku, że dzisiejsze posiedzenie składa się z dwóch punktów – jednym punktem są te choroby otępienne u populacji wieku senioralnego, a drugim szczepienia – to jest kontynuacja poprzedniego tematu, który też musimy króciutko omówić.

Jeśli nie ma, to ja bardzo gorąco dziękuję za tę pierwszą część i bardzo proszę o część drugą. Nie wiem, kto to z państwa będzie prezentował. Bardzo proszę o tę część drugą, dlatego że tu mam dwa listy; może nie będę ich czytać całych, bo są strasznie długie, ale naprawdę seniorzy się niepokoją i chciałam zapytać od razu na początku, na dzień dobry – czy prawdą jest, że można kupić Comirnaty COVID-19 za 300 zł w aptece, a nie ma szczepień dla seniorów, dzieci ani dla nikogo z urzędu?

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Przepraszam, pani profesor, ale nie wiem. Nie odpowiem w tej chwili na to pytanie. Udzielę dodatkowo odpowiedzi na to pytanie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę, bo być może to jest nieprawda.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Chociaż zdaję się, że mam wyjaśnienie w tej sprawie już, bo pojawiła się faktycznie taka informacja, ale bez sprawdzenia tego nie udzielię odpowiedzi.

Proszę państwa, to jest tak, że do tej pory...

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

Znaczy ja chciałem, bo na poprzedniej Komisji wypowiadał się główny inspektor sanitarny i on mówił, że generalnie chyba już wkrótce mają być darmowe.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Tak, na przełomie października i listopada będą dostępne te szczepionki przeciwko COVID...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Przecież już ludzie chorują i umierają.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Pani profesor, no tak, ale my też jesteśmy tak naprawdę uzależnieni od tego, w którym momencie wytwórca szczepionki dostarczy nam preparat, bo to nie polega na tym, że... Przetarg jest ogłoszony i jeżeli dostawca nie zgłosi się i nie zapewni, i nie dostarczy nam tego preparatu, no to nie możemy go po prostu przekazać do punktu szczepień.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że w tej chwili jest zakupiony. Mamy potwierdzone te dostawy i będziemy pracować, żeby ta szczepionka jak najszybciej pojawiła się w punktach szczepień.

Ekspert Związku Przedsiębiorców i Pracodawców Marcin Piekłak:

Przepraszam, ale mam wrażenie, że państwo macie te umowy od lat podpisane, tylko właśnie na tę szczepionkę na podstawie zakupów unijnych, tylko ona, nie wiem, czy jest realizowana, bo wydaje mi się, że wstrzymana jest realizacja...

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Cała rzecz polega na tym, że w przypadku szczepionki covidowej tak naprawdę zmieniają nam się ciągle warianty tej szczepionki.

Wobec tego to jest tak, że szczepionka, która została wyprodukowana, za moment, ze względu na to, że pojawia się inny, dominujący wariant, ulega określonej zmianie i tu jest kolejny preparat szczepionkowy, który my nawet, gdy mamy określone zamówienia, to w tym momencie musi być dostarczony nowy preparat z nowym wariantem, uodporniający przeciwko nowemu wariantowi wirusa.

To jest tak, że każdy z tych preparatów – tu koleżanka faktycznie wskazuje – musi być dopuszczony do obrotu, czyli każdy nowy musi uzyskać potwierdzenie i wpis, że on jest dopuszczony i bezpieczny, i od tego ona już może pojawić się na rynku. My mieliśmy taką sytuację, że leżał przetarg i czekaliśmy na decyzję o dopuszczeniu. W momencie, kiedy się pojawiły, zakupiliśmy i w tej chwili czekamy na dostarczenie tej szczepionki do punktu szczepień. Ale to jest COVID; my spotykamy się w sprawie szczepienia osób starszych, no i przez lata tradycyjnie w Polsce było tak, że kalendarz szczepień ochronnych był kalendarzem dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia. To, co się zadziało w ostatnich latach, to jest to, że wprowadzono również w kalendarzu szczepień... Zawsze pojawiały się szczepienia zalecane, ale w tej chwili są też szczepienia, które zostały w taki czy inny sposób objęte finansowaniem ze środków publicznych i w tym zakresie są dostępne, i tutaj w przypadku osób starszych takich zalecanych preparatów, szczepień dla osób starszych jest naprawdę dużo i ten kalendarz szczepień, to, gdzie te osoby mogłyby korzystać z takiego wsparcia i z najlepszej metody profilaktyki, jest wiele.

Pierwsze, gdzie przez lata uczyliśmy osoby, że są dostępne szczepionki, to są szczepionki przeciwko grypie. One są w tej chwili wpisane na listę leków refundowanych; dla osób starszych są dostępne i to jest bardzo ważne i wiele osób starszych korzysta z tych szczepień i muszę powiedzieć też, że kiedyś przeprowadziłam bardzo interesującą rozmowę z dyrektorem ZPO, który wyszczepił swoich pacjentów i po wyszczepieniu zobaczył, jak bardzo wydłużył się okres życia osób, które są u nich. Po prostu zauważył tę odpowiedź i to, jak wiele przypadków jest elementem powikłań po przejściu grypy i widział, jak bardzo jest to korzystne.

Taka inna szczepionka, która również jest objęta refundacją, to jest szczepionka przeciwko pneumokokom dla osób starszych i to jest naprawdę niezwykle ważna szczepionka, dlatego że bardzo często u tych osób rozwija się zapalenie płuc, które przy funkcjonowaniu innych chorób, przy przewlekłym pobycie w szpitalu, czy przy przewlekłej, długiej chorobie rozwija się tak naprawdę zapalenie płuc pneumokokowe, które tak naprawdę często jest przyczyną odejścia tych osób, a nie główna choroba, gdzie tak naprawdę mamy sukcesy w leczeniu i to, że jest dostępna ta szczepionka, to jest bardzo ważne. Szczepionka jest dostępna dla osób od 65. roku życia. Jest ona objęta refundacją apteczną.

Takie inne preparaty, które by były wskazane i gdzie chcielibyśmy... Oczywiście szczepionka przeciwko COVID, ona również dla tych osób, tak jak dla całej populacji będzie w tym momencie, kiedy się pojawi, dostępna. Ta, która jest zalecana, to jest też szczepionka przeciwko wirusowi RS, która ciągle jeszcze w tej chwili nie jest objęta refundacją w ramach listy aptecznej.

I ostatnio pojawiający się, i narastający problem to jest problem nawracającego krztuśca; mamy w tej chwili epidemię wyrównawczą. W tej chwili ta szczepionka też nie jest ujęta na listach leków refundowanych. Oczywiście w miarę możliwości i dostępu środków finansowych będziemy pracować nad tym, żeby takie kolejne preparaty pojawiały się; właśnie, półpasiec to jest też taki element, który się pojawia.

Zgodnie z obwieszczeniem mamy czterowalentną szczepionkę przeciwko grypie. Influvac Tetra również to kolejna przeciwko grypie; przeciwko pneumokokom Prevenar 13 i szczepionka przeciwko półpaścowi, która jest również objęta refundacją apteczną, rekombinowana. Shingrix to jest ta, że tak powiem, nazwa handlowa preparatu. To są te szczepionki, które w tej chwili są objęte dla osób starszych, no i w tym zakresie faktycznie jest postęp, bo do tej pory...

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Postęp jest bardzo duży, naprawdę.

Ja bardzo za to dziękuję, bo to idzie bardzo szybko. Chciałoby się, bo jest dużo leków w tej chwili 70 plus, które są refundowane – już tak by the way, to nie dotyczy akurat szczepień – żeby te główne szczepienia, takie właśnie jak COVID, krztusiec, żeby się też znalazły w tej grupie przynajmniej 70 plus bezpłatnie, bo jednak seniora nie stać jest na zakup szczepionki – 300 zł.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbańska:

Krztusiec jest akurat powszechny dla kobiet w ciąży, ale to...

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Wiem. Wszystko po kolei; wszystkiego naraz się nie da, ale mam nadzieję i wystąpimy chyba jako Komisja – mówię tu do pań – z prośbą do Ministerstwa o szybkie wprowadzenie na listy refundacyjne, bo rozumiem, że za COVID też będą musieli zapłacić, czy COVID będzie bezpłatnie?

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

Bezpłatnie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

COVID bezpłatnie. Tylko krztusiec płatnie?

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbańska:

Krztusiec będzie płatnie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

A zoster?

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

RSV płatny.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

O te dwa, żeby ten półpasiec, bo on rzeczywiście w tej chwili dosyć często występuje u starszych osób. Jest?

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Jest na liście, ale to jest lista refundacyjna, więc on nie jest bezpłatny, tylko tam jest ustalony poziom 50%.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

No to wystąpimy o to, żeby dla...

Ekspert Pracodawców RP Krzysztof Kępiński:

Jeden z najwyższych w Europie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Możliwe, ale dla tej grupy seniorów powinien być bezpłatny. To są często osoby, które mają grosze dosłownie; którym na jedzenie może nie starcza do końca...

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Ja rozumiem, pani profesor, ale tutaj...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

I po prostu się nie zaszczepią, a wiadomo, że brak szczepienia w wieku senioralnym może skutkować odejściem z tego świata, jak złapią chorobę zakaźną.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Ja to rozumiem, ale jeżeli chodzi o to, co jest na liście refundacyjnej, no to jest po prostu wynik negocjacji. Mam nadzieję, że w kolejnej liście będzie w tym zakresie postęp.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

No więc my się włączymy do tych negocjacji, jako podkomisja, z prośbą o jak najszybsze wstawienie tego, bo czas życia tych ludzi jest nieprzewidywalny i mogą nie doczekać tej kolejnej listy, i powinno to być jak najszybciej.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dagmara Korbasińska:

Krztuśca tutaj w pierwszej kolejności jednak wskazaliśmy dla kobiet w ciąży, dlatego że one zaszczepione w tej ostatniej fazie bronią dziecko, a u noworodka to, jak wie pani profesor, jest to niezwykle groźne i tutaj to było preferowane, i w tym zakresie jest w tej chwili wprowadzone.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Napiszemy takie pismo z prośbą. Czy to cokolwiek przyspieszy? Mam nadzieję, że tak.

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

Czy mogę w tej kwestii jako lekarz...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę, panie profesorze.

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

... i konsultant, i też specjalista chorób płuc, nie tylko geriatra, który też zajmował się chorobami zakaźnymi, osobami starszymi.

Otóż rzeczywiście postęp się dokonał, można powiedzieć, dzięki pandemii COVID, bo bardzo mocno ruszyły do przodu i metody diagnostyczne, i produkcja różnego rodzaju szczepionek, i są kalendarze szczepień, porobione przez towarzystwa, zalecanych szczepień u seniorów przez Polskie Towarzystwo Wakcynologii i Polskie Towarzystwo

Medycyny Rodzinnej, i rzeczywiście jest taki zestaw szczepień, jak krztusiec też, bo seniorzy zakażają z kolei te dzieci, które jeszcze nie przeszły pełnego cyklu szczepień i odwrotnie to też działa, ale właśnie też półpasiec czy syncytialny wirus oddechowy – my trochę ten wirus zaniedbaliśmy, kojarzył nam się z infekcjami u dzieci, ale on jest bardzo zabójczy u osób w starszym wieku i on oprócz pneumokoków i grypy wśród seniorów na całym globie ziemskim zbiera też ogromne żniwo, a my dzięki temu, że mamy nowe narzędzia diagnostyki nagle wiemy, że ten wirus syncytialny z nami jest, a wcześniej nie potrafiliśmy tego diagnozować i to są takie szczepionki, które powinny też dla seniorów być na tej liście bezpłatnej, dlatego że to już Holendrzy udowodnili, że 1 euro przeznaczone na profilaktykę, właśnie jeśli chodzi o choroby, którym można zapobiegać za pomocą szczepień, przynosi 4 euro zysku w każdym kolejnym roku życia zaszczepionego seniora na przykład, jeśli chodzi o zmniejszenie nakładów na opiekę zdrowotną czy zmniejszenie ryzyka instytucjonalizacji i niesprawności, o czym tu było wspomniane także.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję.
Proszę bardzo.

Wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej, wiceprezes Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych Mikołaj Konstanty:

Dzień dobry, szanowni państwo.

Mikołaj Konstanty, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. Chciałem się odnieść do dwóch elementów.

Pytania o tę szczepionkę przeciw COVID na ten sezon – to rzeczywiście, szanowni państwo, w aptekach jest dostępna w tej chwili szczepionka z odpłatnością 100%; ona jest powyżej 400 zł, jest dopuszczona i generalnie jest dostępna w aptekach, przy czym jej podanie również nie jest refundowane.

Natomiast mam taki apel do państwa, bo dzisiaj dużo mówimy o tej... Ja bardzo dziękuję panu profesorowi za to, co powiedział w ostatniej części swojej wypowiedzi. Szczepienia są inwestycją po COVID, który absolutnie jest oknem pogodowym, żeby szczepienia osób dorosłych się rozwinęły w naszym kraju, rzeczywiście one dotarły do aptek. Jak państwo wiecie, apteczne punkty szczepień w tej chwili przejmują część obowiązków związanych ze szczepieniami, co bardzo dobrze rokuje, bo mam nadzieję, że te szczepienia i wyszczepialność w naszym kraju wreszcie, jeżeli chodzi o osoby dorosłe, wzrośnie, dlatego że jesteśmy w absolutnym ogonie Europy, natomiast moja prośba nie dotyczy jak gdyby samej refundacji produktów, bo tu mamy właściwie dwa procesy refundacyjne – pierwszy to jest produkt i on wynika z decyzji refundacyjnej, a drugi to jest refundacja usługi i w tej chwili w aptekach mamy refundowane usługi szczepień osób dorosłych dla trzech szczepionek: dla grypy, tak jak państwo mówiliście; dla pneumokoków oraz dla COVID. Nasz pomysł i prośba, i również apel z tych rozmów, które prowadzimy na co dzień z seniorami, aby zezwolić na to, żeby szczepienia zalecane w aptekach powyżej 65. roku życia objąć pełną refundacją. Szanowni państwo, żeby powiedzieć, jaka to jest kwota – to jest 30 zł, czy tam 33 zł, od pacjenta. W związku z tym, czy to będą szczepienia RSV, czy to będą szczepienia przeciw półpaścowi, czy to będzie każde inne szczepienie z 26 szczepień zalecanych, które są ujęte w kalendarzu szczepień przedstawionych przez różne w tej chwili towarzystwa i organizacje naukowe, chcielibyśmy, żeby te apteczne punkty szczepień, które dzisiaj wykonują te szczepienia jako szczepienia komercyjne, otrzymały możliwość refundacji ich dla seniorów.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Tu się zgadzam. Ja jestem za jak największą refundacją praktycznie wielu rzeczy.

Dzisiaj mówimy tylko o szczepieniach, dlatego że seniorzy całe swoje życie poświęcili temu, co w tej chwili jest i właściwie dzięki temu mamy, co mamy i zasługują na to, żeby te swoje ostatnie dni przeżyć w zdrowiu, a to ich zabezpieczy. Oczywiście ci, co się nie zechcą zaszczepić, to się nie zaszczepią, bo przymusu nie będzie, ale jednak to będzie taki też ładny gest i w wyliczaniu tych szczepień trzeba jednak wziąć pod uwagę procent wyszczepialności w Polsce, licząc to od strony – czego ja osobiście bardzo nie lubię – farmakoekonomiki, bo dla mnie zdrowie i życie człowieka jest najważniejsze i właściwie

nie ma takich pieniędzy, których nie powinno się wydać, żeby człowiek na tej ziemi został; jeszcze w dobrej kondycji żył. Ale jak już trzeba coś przeliczać, to też trzeba jednak wziąć pod uwagę, że wielu seniorów pewnie tego szczepienia odmówi, bo my chyba jesteśmy za słabi czyli proszczepionkowcy, a ruchy antyszczepionkowe są szalenie silne. Nie potrafię powiedzieć dlaczego, bo choć nie ma to podstaw naukowych, no to jednak one zrobiły dużo złego i chyba nigdy tak źle, jeśli chodzi o dzieci, nie było – tak niskiej wyszczepialności, jak jest w tej chwili, bo jednak wielu rodziców nie szczepi dzieci, bo uważa, że to nie ma sensu i słucha, czyta podejrzanym dla mnie prace naukowe.

Proszę bardzo. To już może będzie ostatni głos, bo tę podkomisję musimy zakończyć.

Ekspert Pracodawców RP Krzysztof Kępiński:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Szanowni państwo, Krzysztof Kępiński, Pracodawcy RP. Pewnie wszyscy przyłączymy się do tego pięknego apelu pani przewodniczącej, żeby spojrzeć łaskawszym okiem na seniorów. Seniorzy w wielu badaniach podkreślają, że są trzy bariery w dostępie do szczepień – ta bariera edukacyjna, bo trzeba samemu podjąć decyzję, jak się jest osobą dorosłą; bariera związana z logistyką, o której mówił pan przewodniczący, czyli szczepienia między innymi w aptekach; no i ta bariera finansowa.

Warto zwrócić uwagę, że w większości innych krajów europejskich, nie tylko tych bogatszych od nas, ale również w tych, które są biedniejsze, szczepienia dla osób dorosłych, seniorów są bezpłatne. U nas jedyną taką formą póki co jest lista 65 plus, ta lista „S”, na której znajduje się niemal 3 tys. prezentacji i tylko 3 szczepionki. 2 szczepionki są ciągle na liście refundacyjnej z 50% odpłatnością, jedną z najwyższych w Europie, przy czym decyzja o włączeniu szczepień na listę leków refundowanych, tę listę „S” dla seniorów, jest wyłącznie w decyzji ministra zdrowia. Producenci mogą wnioskować, ale to minister zdrowia podejmuje tę decyzję. Ostatni raz ta lista była aktualizowana we wrześniu ubiegłego roku. Kolejne takie okno pogodowe, o którym ktoś wspominał tutaj, to styczeń 2025 i taki gorący apel, żeby państwo też przyłączyli się do tego apelu, o którym pani przewodnicząca mówiła, żeby wreszcie seniorzy mieli dostęp do tych szczepień bezpłatnie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybička (KO):

Tak jak mówiłam, właśnie tak zrobimy.

Teraz przeczytam tylko po jednym zdaniu z bardzo obfitych listów. Jeden list jest od prezesa zarządu Fundacji Transplantacja LIVERstrong, od Grzegorza Perzyńskiego, który oczywiście tutaj to tłumaczy, ale to jest rzeczą jasną, że szczepienie jest niezbędne osobom, które są immunoniekompetentne, czyli po transplantacjach, i oczywiście on mówi o wszystkich: „Bardzo liczę na wsparcie szanownych uczestników dzisiejszego posiedzenia w działaniach na rzecz zapewnienia bezpłatnego dostępu do szczepień dla wszystkich seniorów a także dla wszystkich z grupy pacjentów immunoniekompetentnych”. To jest jeden, a drugi napisało OnkoCafe, czyli chodzi o chorych na choroby onkologiczne, i też podsumowanie jest takie samo: „Udostępnienie bezpłatnie szczepień to, zdaniem naszej organizacji, inwestycja w zdrowie. Profilaktyka jest bowiem zdecydowanie tańsza niż późniejsze leczenie”. Z braku czasu też nie będę czytała całości. Powiedziała bym, pewnie wszystkie organizacje pozarządowe, których nie ma tutaj z nami, też będą uważały, że w grupie seniorów szczepienia powinny być bezpłatne, bo bardzo niewielka grupa, wtedy praktycznie prawie nikt nie będzie się szczepił, jeżeli seniorzy będą musieli za to płacić.

Bardzo gorąco państwu dziękuję za wspaniałą dyskusję, za merytoryczne odpowiedzi na zadawane tutaj pytania i do zobaczenia na kolejnym posiedzeniu. Nasza podkomisja jest poświęcona wyłącznie zdrowiu seniorów, więc będziemy mówić o różnych aspektach tego zdrowia. Dziękuję bardzo.