

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁA**
DO SPRAW ZDROWIA OSÓB STARSZYCH
(NR 6)
z dnia 4 grudnia 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej

– podkomisji stała do spraw zdrowia osób starszych (nr 6)

4 grudnia 2024 r.

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

- informacja prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na temat potencjału prywatnej służby zdrowia, usługi i wydatki seniorów na usługi prywatnej służby zdrowia;
- informacja na temat stanu zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, DPS, hospicja itp. placówki, liczba miejsc, czas oczekiwania na miejsce, odpłatność beneficjenta, średnie koszty utrzymania, alimentacja rodziny, dopłaty samorządu do pobieranych opłat;
- przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Beata Karlińska** dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Rafał Bakalarczyk** oraz **Adam Zawisny** doradcy w gabinecie politycznym ministra rodziny, pracy i polityki społecznej, **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Melanie Raczek-Żeromska** naczelnik w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Ewa Przywara** specjalista kontroli państwowej w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, **Hanna Strzelecka** dyrektor Departamentu Badań Społecznych i Rynku Pracy Głównego Urzędu Statystycznego, **Bolesław Meluch** wiceprezes zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Agnieszka Neumann-Podczaska** Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, prodziekan Wydziału Medycznego Nauk o Zdrowiu federacji Uniwersytetu Medycznego im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Przemysław Mroczek** prezes Fundacji SeniorApp oraz **Grzegorz Perzyński** prezes zarządu Fundacji Transplantacja LIVERstrong.

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

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Szanowni państwo, witam bardzo serdecznie na szóstym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw zdrowia osób starszych. Otwieram to posiedzenie i na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam panie i panów posłów, a także wszystkich pozostałych gości.

Wszyscy państwo otrzymaliście zawiadomienie o posiedzeniu. Mamy w planie rozpatrzenie trzech punktów porządku dziennego. Punkt pierwszy, proszę o zabranie głosu przedstawicielkę – bo wiem, że jest to pani – Głównego Urzędu Statystycznego na temat potencjału prywatnej służby zdrowia, usługi i wydatki seniorów na usługi prywatnej służby zdrowia. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Badań Społecznych i Rynku Pracy Głównego Urzędu Statystycznego Hanna Strzelecka:

Dzień dobry państwu. Hanna Strzelecka, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Rynku Pracy. Przedstawię państwu pokrótce...

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Proszę przysunąć mikrofon troszkę bliżej, bo bardzo słabo słyszymy.

Dyrektor Departamentu Badań Społecznych i Rynku Pracy GUS Hanna Strzelecka:

Dobrze. Teraz lepiej? Pokrótce przedstawię materiały, które państwu zostały przekazane 30 sierpnia przez prezesa GUS. Mam też lekko aktualniejsze informacje w pewnym zakresie. Niestety trudno powiedzieć, że my w pełni tymi materiałami, które dostarczyliśmy, mogliśmy przedstawić tę informację, o której mowa w punkcie pierwszym, ponieważ nie dysponujemy takimi informacjami, ale daliśmy to, czym możemy się podzielić.

Zasadniczo informacje, które są w naszej dyspozycji, dotyczą wydatków gospodarstw domowych na zdrowie. Takie informacje mamy – przeciętne wydatki na jedną osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób starszych 60 lat i więcej. Mamy informacje dotyczące wydatków na zdrowie, w tym na wyroby medyczne farmaceutyczne, usługi ambulatoryjne, usługi lekarskie. Te informacje mogą być też prezentowane z wyodrębnieniem osobno gospodarstw domowych z osobami w wieku 60 lat i więcej i bez takich osób.

Co można zauważyć z informacji dostępnych w przekazanych państwu materiałach, to są to wydatki istotne, jeśli chodzi o gospodarstwa domowe z przynajmniej jedną osobą w wieku 60 lat i więcej. Trzeba zauważyć, że te wydatki na zdrowie wynosiły średnio miesięcznie w 2023 r. ogółem 103,13 zł. Nie możemy tu wydzielić tych wydatków w podziale na usługi prywatnej służby zdrowia czy publicznej służby zdrowia; to jest całościowo na zdrowie. Nie mamy takiej możliwości, żeby to zaprezentować w ten sposób, ale oczywiście można domniemywać, że w większości są to takie wydatki na prywatną służbę zdrowia, nie na publiczną. Należy zauważyć, że te wydatki średnie wzrosły w porównaniu z 2022 r. o 7,3%, jednakże ich udział ogółem w wydatkach miesięcznych gospodarstwa domowego osób z jedną osobą starszą w wieku 60 lat i więcej wyniósł 6,7% w 2023 r., podczas gdy w 2022 r. wynosił 6,9%. W związku z tym, pomimo wzrostu wartości bezwzględnej tych wydatków, to nie znaczy, że udział w ogólnych wydatkach gospodarstwa domowego wzrósł; można powiedzieć, że spadł. Być może jest to związane też ze zmniejszeniem pandemii, która jeszcze w 2022 r. nas trochę dotykała, w 2023 r. nie. Istotne jest to, że największy udział w tych wydatkach stanowią wydatki na wyroby medyczne farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny. Nie jest to największy udział na usługi lekarskie, tylko właśnie na takie rzeczy są najwyższe te wydatki gospodarstw domowych. Istotne jest również to, że te wydatki na zdrowie wśród gospodarstw domowych z przynajmniej jedną osobą w wieku 60 lat i więcej są o ponad 34 zł wyższe niż w gospodarstwach domowych bez osób w wieku 60 lat i więcej, czyli że te gospodarstwa domowe są na pewno bardziej obciążone wyższymi kosztami utrzymania ze względu na potrzeby zdrowotne.

To są takie kluczowe wnioski z tych informacji z badania budżetu gospodarstw domowych. Oczywiście więcej jest w tym zestawieniu, które państwu przekazaliśmy i oczywiście jesteśmy otwarci na państwa potrzeby uzupełnienia tej informacji.

Mamy też takie ciekawe badanie, które dotyczy wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną – takie dodatkowe badanie modułowe, realizowane przy badaniu budżetów gospodarstw domowych. Przekazaliśmy państwu informację o 2020 r., ale mam świeże informacje, które jeszcze nie zostały państwu przesłane, ale uzupełnię to po podkomisji, dotyczące przeciętnych wydatków na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną, na usługi stomatologiczne i tutaj mamy taką możliwość zaprezentowania informacji wydatków gospodarstw domowych na usługi poza NFZ. Tak że to jest może bardziej zbliżone już do tej opieki prywatnej.

Tu należy zauważyć, że w czwartym kwartale 2023 r. średnio gospodarstwo domowe wydawało ponad 466 zł – oczywiście w całym kwartale – na takie usługi w opiece ambulatoryjnej poza NFZ. To są ogółem wszystkie osoby poza wydatkami związanymi z wychowaniem dzieci, tak że to nie jest tylko dla osób starszych. Mamy informacje w podziale dla

osób 60–69 lat i 70–79 lat i tutaj te wydatki średnio są – o dziwo – niższe niż średnio ogółem we wszystkich gospodarstwach domowych. Dla osób 60–69 lat wyniosło to 356,02 zł; dla 70–79 lat 373,08 zł. Można powiedzieć, że średnio miesięcznie te wydatki kształtowały się dla osób starszych około 120 zł miesięcznie. Zdecydowanie wyższe są wydatki na usługi stomatologiczne, a najwyższe, jeśli się uwzględni również usługi stomatologiczno-protetyczne czy również ortodontyczne – one kształtują się w wysokości pomiędzy... Wydatki na usługi stomatologiczne zachowawcze to jest średnio miesięcznie 510 zł; wśród osób starszych to jest poniżej: 60–69 lat jest 400 zł; 70–79 lat jest 506 zł. Zdecydowanie wyższe są wydatki na usługi protetyczne, które wynoszą średnio prawie 1500 zł w kwartale. Niestety nie możemy tych danych zaprezentować w takich szczegółowych grupach wieku ze względu na zbyt małą populację, która nam akurat wpadła do próby w tym zakresie. Wydatki leczenia protetycznego, ortodontycznego średnio wyniosły 634 zł, a w grupach 60–69 lat i 70–79 lat były to akurat wyższe wartości – 718 zł i 822 zł.

Niestety nie możemy zbyt więcej szczegółowych informacji dla tych grup zaprezentować, natomiast cała publikacja dotycząca w ogóle opieki zdrowotnej z tego badania modułowego została właśnie świeżo wydana z końcem miesiąca listopada, więc zachęcam do skorzystania z tych materiałów.

Tak naprawdę to, co jeszcze przekazaliśmy państwu, to są też informacje dotyczące zakresu wydatków publicznych ponoszonych przez NFZ na leczenie osób starszych. Te informacje wskazują, że najwyższe koszty leczenia osób starszych są związane z leczeniem szpitalnym. W 2022 r. koszty leczenia szpitalnego osób w wieku 60 lat i więcej wyniosły 31,3 mld zł, co stanowiło 55,4% ogółu kosztów leczenia szpitalnego. To co jest istotne – zdecydowanie największy udział w tych kosztach objęły koszty związane z opieką pielęgnacyjną i opieką opiekuńczą, a także paliatywną i hospicyjną.

Myślę, że to jest pokrótce wszystko z mojej strony, co chciałam omówić z tych danych, które przekazaliśmy państwu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Ja przejrzałam to dosyć dokładnie i tam w tych wszystkich tabelkach nie ma ani złotówki wydanej – ani prywatnej, ani publicznej NFZ – na profilaktykę w wieku senioralnym. Czy to oznacza, że ta profilaktyka w ogóle nie istnieje?

Dyrektor Departamentu Badań Społecznych i Rynku Pracy GUS Hanna Strzelecka:

Trudno mi niestety powiedzieć. Musiałabym zajrzeć, zorientować się, czy w ogóle mamy takie informacje, ale myślę, że tutaj akurat przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia będą bardziej adekwatni.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dla mnie to jest przerażające, bo w tych tabelach najwięcej idzie na leczenie szpitalne. Oznacza to, że seniorzy w większości najprawdopodobniej z domu jadą do szpitala. Tam są leczeni, a tak naprawdę bardziej zaopiekowani, niż leczeni, bo pewnych rzeczy w wieku senioralnym już wyleczyć się nie da i taką przyszłością opieki medycznej nad seniorami jest profilaktyka i ewentualnie najpierw opieka POZ, POZ do specjalisty, jak nie daje sobie rady, a na końcu szpital. Tak że jest 10 mln emerytów, w związku z czym nie da się odwrócić piramidy świadczeń, a taki jest plan MZ, jeżeli w to nie zostaną włączeni seniorzy, a z tego raportu wynika, że w tej chwili jest dokładnie odwrotnie – taka piramida mocno stojąca na szpitalu i praktycznie bez podjęcia profilaktyki, co zgadza się z obserwacjami naszej Komisji Polityki Senioralnej i z badaniami, które wykazały, że po przejściu na emeryturę wielu seniorów w wieku lat 60, czy 65 lat mężczyźni, ma przejściową depresję z powodu zakończenia tej pracy, co skutkuje tym, że przechodzi do tzw. bezruchu. Jest to różny bezruch – albo leżenie przed telewizorem i wciskanie pilota, i zajądanie tego, co popadnie, czyli jakby wszelkie zasady zdrowego trybu życia nie istnieją i to jest olbrzymie pole dla nas, czyli dla tej podkomisji zdrowia seniorów i dla MZ przede wszystkim, i nie tylko, bo tam jest potrzebna edukacja. Do tego niepotrzebne są jednostki medyczne tak naprawdę, tylko być może w porozumieniu z Ministerstwem Edukacji Narodowej. Edukację prozdrowotną zrobić mogą nawet dzieci, młodzież – pójść do tych seniorów i wytłumaczyć im, tak jak uczył ich w tej chwili posługiwania się komputerami czy iPhone'ami.

Otwieram dyskusję, bo mnie to uderzyło, naprawdę. Czego się nie dotknie, to w opiece medycznej nad 10 milionami seniorów, to jest... Nie chcę używać, ale naprawdę nie jest dobrze, powiem delikatnie, tylko że jest bardzo dużo do zrobienia, a wydawane są gigantyczne środki, bo tu wystarczy popatrzeć – pieniądze głównie idą na leczenie szpitalne. Otwieram dyskusję. Czy pan poseł chciałby coś... Na razie nie. Czy ktoś z państwa chce coś do tego? Bardzo proszę. Proszę się przedstawiać.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Dzień dobry, proszę państwa, Przemysław Mroczek, Fundacja SeniorApp. Chciałbym uzupełnić trochę wypowiedź pani z GUS. My z początkiem tego roku przebadaliśmy 1600 seniorów i wydaliśmy raport dotyczący oceny potrzeb seniorów w zakresie wsparcia dla seniorów w Polsce. Przebadaliśmy grupę, po pierwsze, kobiet i mężczyzn – 57% kobiet, 43% mężczyzn – w całej Polsce, było to badanie elektroniczne i papierowe. Zadaliśmy to pytanie, ile i czy w ogóle oni wydają na prywatną opiekę zdrowotną i czy korzystają.

Mieliśmy takie pytanie – zacytuję to badanie i odpowiedź na to pytanie, tylko proszę dać mi chwilę, otworzę sobie: „Czy korzysta Pan/Pani z prywatnej opieki zdrowotnej?”; to było pytanie, od którego dzisiaj zaczęliśmy. 57% osób powyżej 55. roku życia odpowiedziało na to pytanie, że „Tak, korzystam z prywatnych wizyt u specjalistów. Płacę za każdą wizytę osobno”. Kolejna grupa, 34% powiedziała, że „Nie, nie korzystam”, czyli deklaruja, że korzystają z publicznej służby zdrowia, a 9% zadeklarowało, że „Tak, korzystam, mamy wykupiony prywatny pakiet medyczny”.

Czyli reasumując, prawie dochodzimy w tym momencie do 66% osób, które płacą za prywatną opiekę zdrowotną. Tak wynika z naszego badania. Myślę, że grupa reprezentatywna, bo jest to 1600 osób ankietowanych, również wylosowanych w 229 gminach w Polsce.

Wracając do tematu pani przewodniczącej, dotyczącego profilaktyki zdrowia, to jest bardzo ważny temat. My dzisiaj opiekujemy się ponad 500 seniorami w Polsce. Mamy opiekunki, które codziennie uczęszczają i odwiedzają seniorów, no i profilaktyka jest bardzo ważna. Temat poruszany na poprzedniej podkomisji, dotyczący na przykład szczepienia na półpaśca, który jest refundowany w 50% dzisiaj – w tym samym badaniu zadaliśmy im pytanie, czy chcieliby się szczepić, jeżeli szczepionki byłyby bezpłatne. Proszę mi uwierzyć, 99% z zapytanych odpowiedziało „Tak”, jeżeli szczepionki byłyby bezpłatne, a pozostała grupa nie. Więc jest naprawdę dużo do zrobienia w kwestii profilaktyki, dlatego że koszty leczenia szpitalnego są o wiele większe, niż koszty profilaktyki.

Na przykład – przyczepię się do tego półpaśca – to jest bardzo duży temat. Jest dużo powikłań po tej chorobie, które zostają, i na przykład wśród naszych podopiecznych to są bóle pochorobowe, które ludzie, codziennie po prostu wstając, mają tak olbrzymie z tego tytułu, że naprawdę jest to bardzo duży problem.

Druga kwestia – jeżeli ktoś z państwa będzie chciał raport, to oczywiście mogę dzisiaj przekazać – jest również na naszej stronie fundacji. Ale jeszcze jedno pytanie zadaliśmy. Czy seniorzy wiedzą na jakie choroby byli szczepieni? Proszę zgadnąć – myślą państwo, że seniorzy pamiętają, na co byli szczepieni?

Głos z sali:

Pamiętają, na pewno.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Na jakie?

Głos z sali:

Ospa, odra...

Głos z sali:

Na gruźlicę.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Nie. Pamiętają tylko COVID, pamiętają grype. To są dwie szczepionki, które seniorzy...

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

To już chyba ci seniorzy, którzy mają demencję.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Tak, tylko trzeciej szczepionki szukam szybko... OK, mam to pytanie – grypa 54,5%; „Czy pamięta Pan/Pani, czy chorował/a na chorobę zakaźną” 54%; później COVID 43%; ospa wietrzna 35%; świnka 33%; odra 32%; półpasiec 19,5%; różyczka 18%; „Nie chorowałem na choroby zakaźne/Nie wiem”; krztusiec 6,4%; WZW typu B 2,9%; błonica 1,3%; WZW typu A 1% itd. Czyli tak naprawdę chorowaliśmy w naszym społeczeństwie na dwie choroby – COVID i grypa. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Naprawdę to świadczy o demencji osób, które były przepytywane, dlatego że...

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Demencji albo braku...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

...tak to wygląda, aczkolwiek też ta pamięć krótka nie jest najlepsza, ale widać, że w ich głowie zapisały się tylko i wyłącznie te dwie choroby, które były nie tak blisko w ostatnim czasie, ale dla nich może też może daleko.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Tylko że my, pani przewodnicząca, nie mamy nigdzie, jako społeczeństwo, informacji, jakie choroby przeszliśmy i na co się szczepiliśmy. Nie ma tego dzisiaj nigdzie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Może dzisiaj tego nie ma, ale dzisiaj to pokolenie, które w tej chwili jest pokoleniem seniorów – każdy miał papierową książeczkę zdrowia i tam wszystko było napisane, i wszystko było wiadome.

Szczepienia były odfajkowywane i szczepienia przypominające, i takie, które były aż do 18. roku życia. Jestem pediatrą, więc wiem, że to wszystko bardzo ładnie funkcjonowało. Ma to zastąpić elektronika, więc ma być wszystko „e”, ale jak na razie tych e-książeczek nie ma i to nie jest dobre. Funkcjonują jeszcze książeczki, ale to jest jakby bardziej dzieło Towarzystwa Pediatrycznego niż systemowe. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Fundacji Transplantacja LIVERstrong Grzegorz Perzyński:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Grzegorz Perzyński, Fundacja Transplantacja LIVERstrong, ale reprezentuję też niedawno powstałą Koalicję na rzecz Równości w Zdrowiu. My działamy na rzecz pacjentów okołotransplantacyjnych, ale też szerzej, jakby immunoniekompetentnych. Bardzo dziękuję za ten głos, zwłaszcza jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjentów w zakresie szczepionek w ogóle. To jest temat dość kontrowersyjny, ale jak szalenie ważny dla bezpieczeństwa pacjentów i tutaj ten półpasiec wspomniany przez pana to jest rzecz, o której też chciałem wspomnieć. Bardzo chętnie wspomnielibym też o innych kwestiach, ale nie chciałbym też zbyt dużo czasu zajmować.

Mamy obecnie 50% refundację na półpasiec, jeśli chodzi o pacjentów 65 plus i za to dziękujemy, ale uważamy, że to też jest nadal bariera, jeśli chodzi o... Tak jak pan tutaj wspominał, że gdyby te szczepionki były gratis, to jaki tu byłby potencjał do podniesienia bezpieczeństwa wobec tej populacji. Ale ja też oczywiście tutaj współpracuję z panią profesorem w zespole do spraw transplantacji – my też ubiegamy się cały czas o refundację również dla pacjentów 18 plus ze wskazaniem, to znaczy ja reprezentuję takich pacjentów. Jestem 22 lata po przeszczepieniu wątroby, mój brat jest już po dwóch transplantacjach nerki, więc coś na ten temat mogę powiedzieć. Jesteśmy od początku zaangażowani w pracę, działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, zwłaszcza w kontekście COVID 3 lata temu głównie, ale też i w pozostałych.

Więc to jest szalenie ważna kwestia, żeby zaapelować do rządzących o pełną refundację. Myślę, że to jest oczywiste – nie odkryję kolejnego kontynentu – że ta profilaktyka w tym zakresie i nakłady, które państwo by poniosło, byłyby niewspółmierne do tych potencjalnych kosztów, które trzeba byłoby ponieść na powikłania, o których pan też wspominał itd. Poza tym kwestia czysto psychologiczna, o czym się bardzo mało albo w ogóle nie mówi – przecież ci pacjenci wiedząc, że państwo stoi za nimi, że jest zabezpieczona pula pieniędzy, środki na te szczepionki, tak jak choćby na grypę, pneumokoki – seniorzy,

również moja szanowna mama 65 plus – mają możliwość zaszczepienia się. Tu niestety ta bariera, jeśli chodzi o półpasiec, jest szalenie duża. To tyle na razie. Oczywiście tutaj podpisuję się pod kwestią profilaktyki. U nas profilaktyka w ogóle w Polsce jakby jest na bardzo niskim poziomie, dlatego tego typu gremia jak ten zespół i wszelakie inne podkomisje po prostu są miejscem, żeby apelować jak najmocniej. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Chcę powiedzieć, że z tego co wiem, to zarówno bezpłatne szczepienia dla seniorów na krztusiec i na półpasiec są w trakcie procedowania, czyli, inaczej mówiąc, to najprawdopodobniej będzie i to w miarę szybko. To powinno być, bo to jakby finansowo się też... Już pomijając kwestię tego, że chorzy nie trafiają do szpitala, że nie będą używać leków itd. To po prostu z punktu widzenia nawet takiego gospodarczego czy finansowego opłaci się i 15 razy się zwróci, bo i tak nie wszyscy się szczepią, więc też jest potrzebna akcja, która namówi każdego seniora, że dla niego bezpiecznie jest się zaszczepić i wychodzić z domu, i ruszać się, niż się nie szczepić i albo złapać, jak się wyjdzie, albo siedzieć w domu, co też jest opcją złą.

Prezes zarządu Fundacji Transplantacja LIVERstrong Grzegorz Perzyński:

Jeszcze tylko na koniec à propos kwestii rejestracji szczepień i tej historii całej. Ostatnio był wywiad w zeszłym tygodniu z dr Grzesiowskim, głównym inspektorem sanitarnym i on wspominał o tym, że trwają prace nad digitalizacją tych nieszczęsnych książeczek, które są oczywiście jakimś takim rekordem, jak to się teraz mówi współcześnie po staropolsku, ale one mają to do siebie, że oczywiście ulegają zniszczeniu itd, więc trwają prace i na pytanie, kiedy ewentualnie możemy się spodziewać zakończenia tych prac, odpowiedź padła, że około połowy przyszłego roku. Tak że jest szansa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby? Proszę bardzo.

Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, prodziekan Wydziału Medycznego Nauk o Zdrowiu federacji Uniwersytetu Medycznego im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie Agnieszka Neumann-Podczaska:

Agnieszka Neumann-Podczaska, dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, prodziekan Wydziału Medycznego Nauk o Zdrowiu federacji Uniwersytetu Medycznego im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie.

Szanowna pani przewodnicząca, ja tak trochę ad vocem. Bardzo dziękuję za tę pani uwagę dotyczącą potrzeby edukacji i tego odwracania piramidy świadczeń. Chciałam zapewnić, że nowo powołany Instytut Senioralny ma w planach dwa takie ważne działania, które, mam nadzieję, że w tym aspekcie będą mogły wspomóc system. Przede wszystkim chcemy mocno uczyć geriatrów wszystkich w systemie. Chcielibyśmy i rozpoczęliśmy już takie realne działania, w ramach których będziemy chcieli uczyć geriatrów zarówno na poziomie dyskusji z poszczególnymi konsultantami krajowymi, tak żeby geriatra rzeczywiście była mocno podkreślanym elementem dla wszystkich specjalności lekarskich, bo to pacjent geriatryczny, ten, którym ja się najczęściej zajmuję, z wielochorowością, wielolekowością; ten, o którym pani przewodnicząca wspomniała, który często zasiada przed telewizorem i to jest dalekie od zdrowego trybu życia. On często odwiedza wielu specjalistów i my widzimy, że to wplecenie treści i mamy taki konsensus, i takie dyskusje już z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, że to dyskusowanie treści dla poszczególnych specjalizacji lekarskich jest bardzo ważne, żeby ten pacjent wszędzie zyskał zrozumienie; żeby to nie tylko geriatra, których mamy w niedoborze i która to specjalność z pewnością nie dźwignie tych milionów, natomiast żeby to też kardiolog rozumiał na każdej wizycie i neurolog na każdej wizycie, żeby ten pacjent rzeczywiście był całościowo zaopiekowany, ale chcę też powiedzieć, że będziemy kształcić w zakresie podejścia do starości już przedszkolaki.

W planach mamy już przygotowany program, którym będziemy chcieli podzielić się w aspekcie edukacji zdrowotnej. Będziemy chcieli przekazywać te treści gerontologiczne,

geriatryczne zarówno na poziomie szkoły podstawowej, szkoły średniej, jak i dalej, na poziomie kierunków akademickich, ale wszystkich kierunków. Widzimy to jako potrzebę przygotowania do starości i edukacji w aspekcie healthy aging, czyli tego zdrowego starzenia. Widzimy, że ta potrzeba jest nie tylko na poziomie specjalności lekarskiej, ale, tak jak pani przewodnicząca wspomniała, już dzieci na poziomie szkoły podstawowej, młodzieży, dlatego że te pokolenia ewidentnie będą musiały wejść na rynek pracy zdrowe i dłużej na tym rynku pracy pozostawać. One same rzeczywiście tę koncepcję zdrowego starzenia mogą i powinny nieść osobom starszym. Widzimy to jako taką potrzebę wpasowania się w tę srebrną gospodarkę, tak że z tymi treściami przyjdziemy i podzielimy się tym, jak to jest przyjmowane – taka edukacja w zakresie gerontologii w tych młodszych grupach wiekowych.

Drugą taką rzeczą bardzo realną, którą rozpoczniemy, i mam nadzieję, że to bardzo dobrze wpisuje się w te koncepcje odwrócenia piramidy świadczeń, to jest pilotażowy projekt, który instytut rozpoczyna ze Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznym. Tam mamy 900 łóżek długoterminowych i rzeczywiście od stycznia rozpoczynamy duży projekt pilotażowy optymalizacji opieki. Chcemy zaangażować interdyscyplinarnie zespół: pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun, lekarz, czyli cały zespół, który w procesie tego długoterminowego leczenia musiałby się przyjrzeć jakości tej opieki i rzeczywiście naszą misją jest, żeby ten standard, taką oddolną deinstytucjonalizację poprowadzić, żeby ci ludzie byli i w lepszym stanie, trafiali do opieki długoterminowej, bo jak trafiają w tak fatalnym stanie, jak trafiają, to nam jest bardzo trudno ich udźwignąć, czyli będziemy chcieli, korzystając z tych wzorców i z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, i tych stworzonych tutaj realnie poprzez Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze z takim działaniem na poziomie Warszawy i dalej na poziomie Polski wejść, tak że obiecuję, że będziemy tutaj też w tym aspekcie zasilać tymi rezultatami, które wypracujemy. To taki głos ode mnie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybińska (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo piękne i bardzo potrzebne są to plany, bo zaraz, jak zamknę ten punkt, to będzie punkt o tej długoterminowej opiece.

Teraz, szanowni państwo, mamy prawie 10 mln emerytów. Jeśli każdy z nich będzie wymagał opieki długoterminowej, bo będzie leżał po 60-ce od razu z tym pilotem i zjadał, i będzie chorował, co jest rzeczą oczywistą, że tak się stanie, bo to nie prowadzi do zdrowia, to za chwilę zapewne usłyszymy od naszej strony rządowej, że nie ma takiej możliwości, żeby aktualnie ta opieka pociągnęła taką ilość osób. Trzeba zrobić wszystko, co w ludzkiej mocy dla dobra tych ludzi, bo to jest zupełnie inne życie, jeśli będą wychodzić na dwór, jeśli będą patrzeć na drzewa, na kwiaty, spacerować, uśmiechać się do innych ludzi. Ja mam też takie ryciny, z których wynika, że 40% seniorów w tej chwili jest samotnych – mieszka solo i nie ma do kogo buzi otworzyć poza tym telewizorem, jeśli to jest w ogóle otwieranie buzi, bo to raczej tylko uszu i oczu, ale przynajmniej jakiś dźwięk słyszą. To wszystko trzeba zrobić. Są programy i były wcześniej też te programy aktywizacji zawodowej, tylko tyle, że trzeba zapanować nad tą najmłodszą grupą emerytów, aby oni szli w dobrym kierunku, a nie w złym, czyli albo żeby się zaktywizowali w kierunku pracy, bo część z nich choruje psychicznie z braku tejże pracy, na którą narzekali, i z powodu której chcieli koniecznie na tej emeryturze się znaleźć. Ci, którzy chcą korzystać z życia, to trzeba im uzmysłowić, że korzystanie z życia to nie jest leżenie w tym łóżku i steroowanie pilotem, tylko to jest też korzystanie, jeśli chcą być zdrowi.

Kolejna rzecz to jest opieka medyczna nad populacją. Wiadomo, że tak jak samochód, który ma swoje lata i wymaga napraw oraz wymian, tak samo osoba, która jest w wieku senioralnym, przechodząc na emeryturę, powinna mieć zrobiony i robiony panel badań i łatwiej jest leczyć każdą chorobę z każdego narządu. Ten nasz punkt trzeci to jest plan. Ja mam w planie właśnie badanie poszczególnych narządów w takim sensie, jak zaopiekowani są seniorzy kardiologicznie, urologicznie, okulistycznie. Oczywiście to się nie zmieści w pół roku, ale na razie to będzie plan na pół roku. Sama już wiem, jaka będzie odpowiedź, ale chcę widzieć te liczby i te konkrety, które dostaniemy, bo to nie trzeba...

Mam wielu znajomych, którzy stoją w kolejkach w tej chwili i stali w gigantycznych kolejkach od wielu lat, więc ta opieka nie jest taka, jak być powinna.

Kto jeszcze z państwa chciałby do tego punktu? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Krzysztof Piątkowski (KO):

Pani poseł podnosiła rękę, widziałem.

Poseł Maja Ewa Nowak (Polska2050-TD):

Tak, ale spóźniłam się chwilę. Przepraszam i wiem, że to był dopiero pierwszy punkt. Ja do kolejnego.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dopiero pierwszy, tak. Nie przeszliśmy jeszcze do drugiego. Czy ktoś jeszcze chciałby do pierwszego punktu? Jeżeli nie, to dziękuję bardzo GUS...

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Ja mam jedno pytanie. Na zeszłej podkomisji rozmawialiśmy na ten temat, że pani przewodnicząca wystąpi do Ministerstwa Zdrowia o to, żeby te szczepienia 50% były refundowane dla osób powyżej 60. albo 70. roku życia. Czy skierowano takie pismo?

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Było takie pismo i przyszła odpowiedź, i ja już przed chwilą mówiłam. Pan nie słuchał.

W tej odpowiedzi dostałam, że te dwa szczepienia najprawdopodobniej są w trakcie procedury refundacyjnej, a tak naprawdę zwolnienia z tych szczepień, bo są dwa problemy – jeden to koszt samego szczepienia, a drugi to dla seniorów trzeba te szczepienia zorganizować wygodnie, bo dla niektórych seniorów problemem jest pójście gdzieś daleko. To nie może być tak, bo były takie szczepienia dla seniorów, gdzie na przykład we Wrocławiu były dwa punkty wymienione, a Wrocław jest ogromny, więc ten senior musiał się tam dostać do tego miejsca. To trzeba zrobić tak, żeby można było szczepić w aptekach. Są teraz te recepty farmakologiczne, czy jakby to będzie bezpłatnie, ale jakoś tam pewnie będzie rozliczenie z tych szczepionek. Ja, kiedy teraz szczepiłam się przeciwko COVID, to szczepiłam się w takim wielkim domu towarowym Vratislavia koło dworca we Wrocławiu, gdzie była apteka, która szczepiła, i ze mną byli praktycznie sami seniorzy. Naprawdę to było budujące. Staliśmy w kolejce i rzeczywiście w aptecce zostaliśmy zaszczepieni. I to jest dobra droga, bo ci seniorzy tam dotarli, trzeba było się zapisać wcześniej i to też jest kolejna rzecz, tak że ja wierzę, że to jak najszybciej będzie zrobione przede wszystkim, żeby zatrzymać półpasiec, ale też krztusiec wrócił do Polski, a krztusiec to jest paskudna choroba, tak że też ważne te dwa będą i wtedy będzie już pięć szczepień płaconych przez państwo. Jeszcze trzeba to doskonale zorganizować, a apteki są chętne, żeby szczepić; apteki, POZ, w każdym miejscu, żeby było blisko temu seniorowi i bez kolejek najlepiej.

Czy jeszcze w sprawie tego punktu?

Prezes zarządu Fundacji Transplantacja LIVERstrong Grzegorz Perzyński:

Tak, jeszcze taka jedna uwaga. Właśnie mi przyszło do głowy, bo seniorzy mają duży szacunek w rodzinach – to jest chyba oczywiste i gdyby zaktywizować seniorów poprzez właśnie włączenie ich do tego bezpłatnego systemu szczepień, myślę, że to byłby fantastyczny przykład dla reszty rodziny, która czasami bywa sceptyczna, i to też jest aspekt nie do przecenienia, że taka postawa seniora, który idzie się szczepić, może, tak jak sobie myślę, wpłynąć na decyzję po prostu innych członków i to, wydaje mi się, też może być... Ja nie mam żadnych badań oczywiście, nie dysponuję takimi danymi, ale my wiemy, że seniorzy mają duży autorytet itd w rodzinach. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Tu bym się nie zgodziła. Dlaczego? Dlatego że my kochamy seniorów, my ich szanujemy za to, że przyszlismy na świat. Mówię o pokoleniu, które teraz ma kontakt z seniorami. Natomiast różne propozycje są traktowane jako retro, jako niekonieczne, jako może mało nowoczesne i obawiam się, że te szczepienia też mogą tak wyładować, bo w tej chwili ruchy antyszczepionkowe są duże i jeśli się to uda jakimkolwiek seniorom swoim przykładem zaświecić, to będzie fantastycznie, ale nie byłabym taką optymistką jak pan.

Prezes zarządu Fundacji Transplantacja LIVERstrong Grzegorz Perzyński:

Ale ja nie mówię, że w 100% będą w stanie namówić wszystkich sceptyków, ale wydaje mi się, że na pewno to nie zaszkodzi, a może pomóc.

Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, prodziekan Wydziału Medycznego Nauk o Zdrowiu federacji Uniwersytetu Medycznego im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie Agnieszka Neumann-Podczaska:

Ja myślę, jeśli mogę, że rzeczywiście seniorzy szczepiający się mogą być dobrym przykładem dla innych seniorów; że tu, w tej grupie ta wymiana informacji rzeczywiście będzie dobrze widziana, natomiast myślę, że być może ta informacja o konieczności szczepień być może powinna w rodzinie i często w rodzinie obserwujemy, że często idzie od młodszego pokolenia do seniora.

I wydaje się, jeszcze tak króciutko ad vocem, że sama refundacja – zgadzam się tu z panią przewodniczącą – nie rozwiąże problemu. My możemy tę szczepionkę oferować bezpłatnie, natomiast proszę zauważyć, że bez zbudowanej edukacji i dostępu do szybkiego zaszczepienia często te zasoby nie będą wykorzystane. Czasem może być nawet sytuacja płatnej szczepionki, ale dobrze przeprowadzonej edukacji, tak pokazanej w prosty sposób pacjentowi, dlaczego warto się zaszczepić i stworzenia takich warunków, o jakich mówimy, że w centrum handlowym za parawanem jeden za drugim się zaszczepią, przyjdą razem, że wtedy ta bariera finansowa czasem nie jest aż tak kluczowa. Oczywiście ona jest bardzo ważna, tylko wydaje się, że w ślad pracami za refundacją – one będą – powinna iść ta praca nad edukacją.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Jak mogę ad vocem, też wróć do badań. To, co pani przewodnicząca podkreśliła, osoby badane – znowuż posłużę się wynikami – 36% seniorów powyżej 60. roku życia mieszka samotnie, jest singularyzacja gospodarstw domowych; 46% mieszka tylko z żoną albo mężem, czyli już mamy grupę ponad 80% i zostaje nam 14%, które mieszka tylko z rodziną. Skąd oni mają tę informację i wiedzę?

Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, prodziekan Wydziału Medycznego Nauk o Zdrowiu federacji Uniwersytetu Medycznego im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie Agnieszka Neumann-Podczaska:

Wszędzie, gdzie trafiają w systemie opieki zdrowotnej. Wszyscy powinni te informacje przekazywać. To jest te uczenie geriatryczne.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Z podkreśleniem „powinni”.

Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, prodziekan Wydziału Medycznego Nauk o Zdrowiu federacji Uniwersytetu Medycznego im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie Agnieszka Neumann-Podczaska:

Dokładnie.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Nie wszyscy mieszkają w dużych miastach.

Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, prodziekan Wydziału Medycznego Nauk o Zdrowiu federacji Uniwersytetu Medycznego im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie Agnieszka Neumann-Podczaska:

Ale dlatego to uczenie wszystkich w systemie jest ważne, bo tę wiedzę z tego zakresu zdrowego starzenia powinien posiadać de facto na swoim poziomie przedszkolak, licealista, student, ktoś aktywny na rynku pracy, ale również ktoś, kto funkcjonuje po prostu w otoczeniu społecznym i wtedy rzeczywiście ona będzie szeroko nawet w małych miastach, na wsiach będzie docierała, bo będzie docierała gdzieś poprzez środowisko.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja bardzo dziękuję. Muszę zakończyć tę dyskusję, bo mamy jeszcze dwa punktu i musimy posuwać się do przodu.

Stwierdzam, że podkomisja zapoznała się z informacją na temat prywatnej służby zdrowia, bo właściwie to taki był główny temat. Można, podsumowując to, powiedzieć, że powinno być tak, że seniorzy nie korzystają z prywatnej służby zdrowia, tylko z publicznej i to byłby ten ideał na przyszłość.

Przechodzimy do punktu drugiego. Poproszę o zabranie głosu przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia i zreferowanie informacji na temat obecnego stanu zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, DPS, hospicja. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Wyjątkowo, pani przewodnicząca, pani dyrektor się rozchorowała, więc ja w zastępstwie. Maciej Karaszewski, dyrektor...

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Ja to widzę, bo znam ją.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Domyślam się, ale nie wiem, czy wszyscy widzą, więc ją usprawiedliwiam. Jest chora, ma zapalenie krtani. Nie mogła tutaj być, więc pozwoliłem sobie ją zastąpić.

Przekazaliśmy państwu materiały i one są dość obfite, myślę. Odnoszą się do tych wszystkich punktów – zarówno do części, ile rozpisanych mamy łóżek na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach zarówno ZOL, jak i ZPO, jak również w hospicjach stacjonarnych, więc ja tych liczb wszystkich nie będę cytował, bo to chyba trochę nie jest konieczne.

Natomiast z takiej ogólnej wiedzy, to my w systemie zapewniamy opiekę długoterminową w dwóch warunkach. Jedne są warunkami domowymi, kiedy zespoły terapeutyczne, opiekuńcze przychodzą do domu i są to hospicja domowe, poradnia medycyny paliatywnej i świadczenie opieki pielęgnacyjnej, no i w warunkach stacjonarnych to są zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, jak również hospicja stacjonarne lub oddziały medycyny paliatywnej. Oczywiście te dwa ostatnie elementy są dla pacjentów już w stanie terminalnym. Dodatkowo dla pewnej grupy pacjentów, którzy są wentylowani mechanicznie, mogą uzyskiwać świadczenia w ZOL dla wentylowanych mechanicznie, ale również świadczenia domowe dla pacjentów przewlekle wentylowanych mechanicznie, więc ten element odwracania piramidy świadczeń, o którym tutaj rozmawiamy, jest, chociaż na pewno chcielibyśmy więcej, tak powiem; chcielibyśmy więcej, żeby te osoby były bardziej w domu niż w zakładach stacjonarnych. Jest to dla nich dużo korzystniejsze. Natomiast tutaj dochodzi ten element społeczny, o którym rozmawialiśmy, że jeżeli mamy 40% osób, które są samotnie mieszkające, to często ta sama opieka zdrowotna, która jest zapewniana na poziomie domowym, to znaczy przychodząca pielęgniarka czy opiekunka, ale pielęgniarka przychodzi de facto świadczyć takie pielęgnacyjne świadczenia, natomiast często to zapewnianie opiekunek jest po stronie samorządu de facto, które przyjdą, robią zakupy, posprzątają. To nie jest zadanie pielęgniarstwa de facto. To jest bardzo różnie w różnych samorządach – to też trzeba powiedzieć. Podobnie jak jest z dostępnością do opieki pielęgniarstwa długoterminowej domowej. Wiemy więc, że mamy sporo do zrobienia i działamy, bo jak wiadomo, nasze społeczeństwo się starzeje.

Króciutko powiem o nakładach finansowych przeznaczonych przez NFZ, więc w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2024 r. według stanu na 21 października było przeznaczone 1,853 mld zł, natomiast na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej jest to aktualnie prawie 4 mld zł bez 30 mln zł. Dodatkowo w związku z tym, że świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej były limitowane, od 1 kwietnia zostały te limity zniesione, czyli zasadniczo wszystkie świadczenia, które zostały zrealizowane przez podmioty, są sfinansowane.

Kolejnym ruchem, który został wykonany w tym roku oprócz zdjęć limitów było przeprowadzenie – zakończenie tak naprawdę – procesu taryfikacji w świadczeniach opieki paliatywnej i hospicyjnej w marcu 2024 r. To poskutkowało zmianami oczywiście

w górę wszystkich wycen i urealnienie tych wycen i płatności dla świadczeniodawców. Aktualnie na podstawie umów z NFZ świadczenia realizuje w ZPO 460 świadczeniodawców; w oddziale medycyny paliatywnej hospicjów stacjonarnych 230, a w hospicjum domowym 422, więc w części hospicyjnej mamy już przewagę hospicjów domowych.

Jakie mamy tutaj dalsze działania – aktualizujemy Krajowy Plan Transformacji i wojewódzkie plany transformacji. Ogłoszony jest nabór w ramach Krajowego Planu odbudowy i zwiększenie odporności, zwiększenie efektywności, dostępności i jakości usług opieki długoterminowej świadczeniodawców opieki zdrowotnej na poziomie powiatowym i celem tego jest dofinansowanie szpitali powiatowych przekształcających się w ośrodki opieki długoterminowej i geriatrycznej. W ramach kamienia milowego A69G został przygotowany strategiczny przegląd opieki długoterminowej w Polsce w celu określenia priorytetów reformy, a w ramach kamienia milowego A70G przewidziano wejście w życie odpowiednich przepisów prawnych obejmujących zdefiniowanie opieki długoterminowej, pojęcia opiekuna nieformalnego oraz opieki nieformalnej, zwiększenie nakładów finansowych na system opieki długoterminowej przez wprowadzenie bonu senioralnego. Przewiduje się również realizację priorytetów reformy obejmujących między innymi dokonanie przeglądu wydatków publicznych w celu oceny efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych oraz zaproponowania rozwiązań budżetowych, mających na celu zapewnienie stabilności finansowania tego systemu. Jest też powołany Międzyresortowy Zespół do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, a w Ministerstwie Zdrowia działa również Zespół do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych.

Ja też bym tak chciał, bo tutaj mówiliśmy też dużo o tym, że starsi pacjenci korzystają z opieki zdrowotnej niepublicznej, ale w państwa próbie, rozumiem, że było powyżej 60. roku życia?

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Tak.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Stąd pewnie te 7%, które korzysta z abonamentów, bo to są zwykle świadczenia związane z pracą i też wydaje się, że im jesteśmy starsi, tym rzadziej korzystamy z opieki publicznej.

Ja, co prawda, tutaj tych danych nie mam, bo było à propos, natomiast jeżeli weźmiemy, że w samym POZ udziela się 140 mln świadczeń porad lekarskich rocznie, to przypada nam ponad 5 wizyt na jednego naszego obywatela, który jest w tej opiece POZ, więc oczywiście różnie to działa, natomiast jest tam taki potencjał, który mógłby realizować również edukację zdrowotną dla tych osób, bo seniorzy tam przychodzą i oni stanowią – też nie będę mówił – ale z tego co pamiętam, to są w ponad 60% seniorzy, którzy korzystają z POZ, więc to jest taki potencjał, który jest do wykorzystania do tego, żeby tam też robić edukację zdrowotną. To jest na pewno zadanie dla pielęgniarek POZ, bo one są do tego najbardziej kompetentne. Myślę, że ten element profilaktyczno-edukacyjny moglibyśmy rozwijać.

Odnosząc się jeszcze do tego, czy mamy elektroniczną – jest wdrożona e-karta szczepień i te szczepienia, które teraz są wykonywane, typu HPV czy grypa, czy pneumokoki; w tych kartach szczepień są wpisywane, bo to aktualnie jest obowiązek, żeby w ogóle takie szczepienie móc rozliczyć z NFZ, więc te dane są uzupełniane, natomiast te szczepienia, które były niegdyś, jak również te dane, które dotyczą obowiązkowych szczepień, są na razie wpisywane w kartę szczepień dobrowolnie, ale planujemy je zrobić obowiązkowe. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Ja tutaj przyszedłam praktycznie prawie że prosto, bo jeszcze po drodze miałam Komisję Zdrowia w sprawie zmian w finansowaniu przez NFZ, ale wcześniej było spotkanie z panią minister Marzeną Okłą-Drewnowicz, która mówiła między innymi o tym, o czym pan powiedział – o Międzyresortowym Zespole, który wspólnie z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej razem z Ministerstwem Zdrowia dużo osiągnie, bo w zasadzie część zadań nie pokrywa się, tylko idą jakby równolegle, a cel jest jeden, aby tym seniorom było jak najlepiej, także bardzo gratuluję i powołania tego

zespołu, i tych prac, które się toczą, i tego kamienia milowego, na które są duże pieniądze z Unii Europejskiej, co pozwoli to, mam nadzieję, zrealizować i oczywiście na profilaktykę też będzie duży nacisk kładziony, bo w tym jest clou sprawy, dlatego że jakkolwiek byście państwo w tym Zespole Międzyresortowym – ja to mówiłam też na tym spotkaniu – nie starali się dopiąć tych DPS razem z ZOL i zrobić to w sposób jak najlepszy, to jeśli zaleje was liczba, bo tego, czego pan nie powiedział, a jednak to pytanie zadam i jeśli pan nie będzie wiedział, jak odpowiedzieć, to poproszę o odpowiedź na piśmie – to jakie są aktualnie kolejki? Bo o tym w tym materiale nie ma ani słowa, a z tego, co ja wiem, to kolejki seniorzy mają do POZ, ale ja pytam oczywiście o to, co jest przedmiotem, czyli do DPS, do ZOL, do hospicjów ile czeka chorych, bo to brzmi może strasznie, ale szczególnie w tych hospicjach, jeśli ktoś gdzieś czeka na to, że ktoś umrze, żeby dostać to łóżko, to tego nie powinno być w ogóle, a jest; a w jakim stopniu, to bardzo proszę o odpowiedź, jak to wygląda w DPS, jak to wygląda w ZOL i jak wygląda w hospicjach, bo dzieje się w tej branży też dużo dobrego, bo jest opieka wytchnieniowa dla opiekunów osób niepełnosprawnych, seniorów, ale to jeszcze jest daleko do tego, żeby to było tak jak trzeba, a liczba osób w wieku senioralnym będzie coraz większa. To nie jest szczyt. Wyż demograficzny w tej chwili pomału będzie się robił wyżem senioralnym, a jak wiemy, mamy kompletną zapaść, jeśli chodzi o młode pokolenie przychodzące na ten świat, w związku z czym nie będzie miał kto tego wszystkiego pociągnąć dalej. Tak że to jest takie moje pytanie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

To ja oczywiście postaram się odpowiedzieć na to pytanie, natomiast nie odpowiem na DPS, bo myślę, że tutaj przedstawicielstwo MRPiPS odpowie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Tak, ja poproszę właśnie... Jeśli pan potrafi, to proszę odpowiedzieć jeszcze na to pytanie, bo tego brakuje w tym materiale i zapewne MRPiPS nie potrafi na to pytanie odpowiedzieć, a w szczególności jeśli chodzi o ZOL i hospicja.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

No dobrze. Oczywiście czas oczekiwania w poszczególnych województwach jest różny, bo tak jak w tym materiale jest też różne wysycenie łózkami dla ZOL i generalnie wahają nam się te czasy do ZOL, powiedzmy, od 2 miesięcy do pół roku. Takie są mniej więcej czasy oczekiwania w zależności od województwa.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

To ja mogę udzielić tej odpowiedzi. Nie jestem z MZ – Krajowy Rejestr Domów Opieki zbiera takie informacje i one są dostępne na jego stronie. Wystarczy wejść, wybrać województwo i w województwie mazowieckim na przykład takich ośrodków publicznych mamy tylko 107 i tutaj mówię o łącznych, czyli i o tych, które są DPS i ZOL, i opieki paliatywnej. Średni czas oczekiwania w jednym ośrodku – jest na przykład 16 łózek – to jest rok, a w drugim ośrodku oczekiwanie – 250 łózek – to są 3 miesiące. Przejdę na inne województwa, na przykład dolnośląskie, przefiltruję też tylko na publiczne ośrodki – na Dolnym Śląsku takich ośrodków publicznych albo publiczno-prywatnych mamy 91 i znowuż różni się od 48 do 305 miejsc, i to po prostu zależy od ośrodka. Jeśli w danym ośrodku jest na przykład miejsc o wiele mniej, to ten czas, kolejka się o wiele wydłuża. I teraz wyobraźmy sobie, że w danym województwie, na przykład wielkopolskim, takich ośrodków publicznych jest na przykład 80 czy 70 – kolejka jest bardzo długa. Są jeszcze ośrodki prywatne, ale to jest dodatkowa informacja. Dziękuję i przepraszam, że się wtrąciłem.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę przedstawicieli MRPiPS o przedstawienie problemu DPS i w ogóle opieki długoterminowej, która jest w państwa gestii.

Dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Beata Karlińska:

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, ja może przedstawię naszą całą grupę, która tutaj licznie przybyła. Niestety pani ministra Nowakowska nie miała możliwości, ale za siebie nas przysłała.

Jest ze mną doradca pani ministry, pan Adam Zawisny; drugi doradca, pan Rafał Bakalarczyk; ja nazywam się Beata Karlińska, jestem dyrektorem Departamentu Pomocy Społecznej. Jest ze mną Bogusława Dertkowska, która jest moim zastępcą i jest też naczelnik wydziału usług, czyli wydaje się, że dosyć kompetentna grupa.

Od razu odpowiem na to pierwsze pytanie – w materiale jest, że na koniec 2023 r. czekało 4035 osób, ale w tym samym czasie było wolnych 2396 miejsc, co tylko daje, że 1631 osób czekało. Od razu powiem, dlaczego tak mało osób – bo naprawdę w tej chwili w DPS są wolne miejsca. A Dlaczego? Dlatego, że DPS niosą za sobą odpłatność, a ZOL nie. To jest prosta odpowiedź.

Jeżeli państwo pozwolicie, mamy do tego materiału krótką prezentację, którą przedstawi pan doradca Adam Zawisny. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę.

Doradca w gabinecie politycznym ministra rodziny, pracy i polityki społecznej Adam Zawisny:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni panowie posłowie i posłanki, szanowni państwo, chciałbym bardzo krótko to omówić, tym bardziej że część z tych rzeczy była okazja, przynajmniej w stosunku do części osób tutaj uczestniczących, omawiać, ale wydaje się, że ważniejsze mogą być kwestie, w jakiej perspektywie omawiamy te kwestie dotyczące pewnych wybranych elementów dotyczących informacji na temat zaspokojenia stanu potrzeb w kontekście opieki długoterminowej. Postaram się to jakby trochę omówić w kontekście tego, na ile tych pierwszych informacji dotyczących zapewnienia tego w formie systemu jednak publicznego vs prywatnego w takim zakresie danych, jakie posiadamy, a od razu trzeba powiedzieć sobie jednoznacznie, że dostęp do danych i to, jakie dane zbieramy z całą pewnością nie jest satysfakcjonujący, bo po prostu nie pozwala nam realizować polityki publicznej w sposób evidence-based, czyli tak naprawdę w oparciu o ścisłe dane nie tylko takie regionalne i lokalne, ale też na poziomie centralnym. To znaczy, że części danych, które chcielibyśmy pewnie dzisiaj móc zaprezentować, jak na razie nie zbieramy i na pewno trzeba – mamy plany – to zmienić.

Krótko w kontekście opieki długoterminowej, deinstytucjonalizacji, tych trendów wieloletnich, bo to jest coś, co jakby zazwyczaj przedstawiamy jednak w okresach jednorocznych, to znaczy, jeżeli zebralibyśmy te wszystkie informacje razem, to moglibyśmy je porównać, ale nie zawsze robimy takie porównania, a to jest jednak ważne w kontekście zapewnienia wsparcia dla osób starszych. Od razu powiem, że ta prezentacja oczywiście będzie dostępna i tutaj warto brać pod uwagę, że te wszystkie dane mają sens w momencie, kiedy się je zestawia razem, to znaczy analizuje się razem. Na przykład sam wzrost liczby miejsc czy liczby DPS nie jest kluczową daną, ale w momencie, kiedy zestawiamy z kwestią raczej działań profilaktycznych, takich jak usługi opiekuńcze, to okazuje się, że tutaj mamy wzrost, a w jednym mamy spadek. Proszę zauważyć, że w tych danych w kontekście samego wzrostu liczby DPS, tak jak mówiła pani dyrektor, mamy pewną liczbę miejsc wolnych, mamy delikatny wzrost, ale gdy patrzymy w perspektywie 8 lat, to jednak jest wzrost o około 5%, a z kolei jeżeli patrzymy w perspektywie miejsc w DPS vs liczba osób 60 plus korzystających z usług opiekuńczych, to niestety mamy dosyć martwiący trend, bo przez 3 lata od 2016 r. do 2019 r. owszem był znaczący wzrost, ale później niestety spadek. To jest oczywiście szereg przyczyn z tym związanych. Myślę, że można omawiać szerzej w dyskusji między innymi to, że został wdrożony program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” i część osób skorzystała z tego, że tam nie ma w ogóle odpłatności za usługi, co dla części osób jest niestety czynnikiem zupełnie wykluczającym i utrudniającym, a oprócz tego dla samorządów też jest ważnym elementem, że w jednym wypadku mają w 100% wypłacane środki na realizację danych działań w przypadku programu „Asystent Osobisty”, a w tym wypadku jednak same to finansują. Proszę zauważyć, że tutaj ten wzrost, a później spadek jest dosyć istotny, bo jeśli popatrzymy na procenty, to mamy w tym wypadku wzrost od 81 tys. do 84 tys. w kontekście liczby miejsc. To jest wzrost troszkę mniejszy niż samej liczby DPS. To jest niecałe 4%, ale z kolei liczba osób 60 plus korzystających z usług opiekuńczych

to owszem, mamy taki całościowy wzrost w latach 2016–2022 o prawie 10%, czyli istotny, ale pierwotnie 18%, a później spadek o 7%. W momencie, kiedy mówimy o tych usługach profilaktycznych, które powinny sprawiać, żeby osoby miały szansę pozostać w swoim środowisku, we wsparciu lokalnym, a pamiętajmy, że już w tych analizach w przeciągu ostatnich 20, 15, 10, 5 lat za każdym razem jest podkreślane to, że te usługi nie są wystarczające, że ten zakres musi być szerszy, no to spadek tych usług jednak jest znaczący i bardzo problematyczny.

Tutaj warto zauważyć w kontekście środków i wydatkowania środków, i to jest trochę problematyczne, ponieważ my w tym momencie nie mamy takiego sposobu jednolitego, żeby zebrać informacje w zakresie odpłatności za na przykład DPS i zrobić to w podziale na poszczególne typy DPS, ale też na te, które są realizowane na poziomie gmin czy powiatów. Proszę zauważyć, że tylko z samych danych z pozycji budżetowej „85202 – Domy pomocy społecznej” – zwracam uwagę, to są dane, którymi też posługuje się GUS bardzo słusznie – tutaj możecie państwo porównać z innymi danymi, to one mogą być w niektórych miejscach czasami sprzeczne. To jest też jeden z elementów, można powiedzieć, danych, które w tym momencie mamy, że nie wszystkie dane są ze sobą spójne i proszę zauważyć, że tutaj z samej pozycji budżetowej, więc można powiedzieć, że z danych dosyć rzetelnych, bo jednak mówimy o sprawozdawczości budżetowej, a pamiętajmy, że część na przykład powiatów nie wypełnia tej pozycji budżetowej, bo wpisuje po prostu te koszty w podziale na inne pozycje budżetowe w kontekście DPS, to mamy jednak bardzo znaczący wzrost i proszę zauważyć, że pomimo inflacji 39%, to wzrost bez inflacji w wartościach bezwzględnych samych wartości procentowych to jest 85%, ale po uwzględnieniu inflacji to jest 46%. Proszę zauważyć, że sama ta informacja nie jest taka bardzo ważna, ale w momencie, kiedy zestawiamy to z usługami opiekuńczymi, to już tak, bo proszę zauważyć, że z kolei wydatki gmin na usługi opiekuńcze dla osób 60 plus w milionach złotych owszem wzrosły w wartościach bezwzględnych o 34%, ale uwzględniając inflację niestety się obniżyły, więc możemy patrzeć, że zarówno pod kątem ilościowym w ostatnich latach, a tutaj w tym trendzie tak naprawdę już w okolicach nawet ośmioletnim i w ciągu ostatniego czasu mamy obniżenie tak naprawdę wartości wydatków gmin na usługi opiekuńcze. To jest bardzo na pewno w kontekście profilaktyki i tego wsparcia w społeczności lokalnej; tego, żeby jednak trochę tak samo, jak mówimy w kontekście systemu ochrony zdrowia odwrócić jednak pewną piramidę, to tutaj mamy dużo do zrobienia z całą pewnością.

Proszę zauważyć też, że sama wartość bezwzględna usług opiekuńczych na jedną osobę 60 plus w latach 2016–2022 wzrosła owszem w wartości bezwzględnej, ale patrząc na inflację, to jednak obniżyła się i tutaj ten spadek jest nawet większy. To jest w okolicach 17%. Jednocześnie te dane trzeba też zestawiać z danymi w kontekście liczby placówek zapewniających całodobową opiekę. Tych placówek, które są realizowane w ramach działalności gospodarczej i działalności statutowej i tutaj, szanowni państwo, wzrost jest gigantyczny. To jest 300%. Ten wzrost jest szczególnie w okresie pandemii, bo część tych placówek, które są placówkami, które się nie rejestrują, czyli można powiedzieć, nie działają legalnie w sensie rozumienia ustawy o pomocy społecznej, postanowiły się zarejestrować z obawy przed konsekwencjami prawnymi, ale proszę zauważyć jednocześnie, że jeżeli zestawimy to z usługami opiekuńczymi, to niestety mamy spadek w zakresie wartości i liczby usług opiekuńczych, szczególnie w tych ostatnich latach, a jednocześnie znaczącą prywatyzację w zakresie pomocy społecznej, co może wskazywać, że jednak ten koszyk w kontekście całłościowym, jakbyśmy zestawili to per capita i w ogóle całłościowo, jeżeli chodzi o kraj, to niestety mamy tutaj dosyć jasne dane, które wskazują na pewną prywatyzację tego wsparcia w ramach opieki długoterminowej. Oczywiście tutaj byłoby bardziej zasadne, żeby to zrobić bardziej analitycznie, gdyby przejść do wszystkich tych poszczególnych elementów, zestawiać jakby z danymi długoterminowymi w zakresie różnicy i struktury populacji itd, ale nie zmienia to kwestii, że jeżeli porównujemy to w kontekście zmian usług środowiskowych, usług instytucjonalnych, to, jak inwestujemy, jak robimy to w sposób efektywny kosztowo, to tutaj jest to problematyczne.

Proszę zauważyć też to, co jest też ważne w kontekście zestawienia DPS, ZOL oraz ZPO, czyli zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,

teraz już te zróżnicowanie ma bardziej charakter historyczny, to też proszę zauważyć, że w perspektywie z kolei 12 lat ten wzrost, można powiedzieć, jest bardzo stabilny w przeciągu poszczególnych lat, bo on wyniósł 50%, co też wskazuje kwestię tego, że tak jak mówiła pani dyrektor, nie ma tutaj chociażby odpłatności w kontekście obowiązku alimentacyjnego. Ten element odpada, ale odpada też w kontekście odpłatności i płatności samorządów, wobec czego jest to naturalne i myślę, że wartościowe jest to zestawienie – nie mamy na to czasu, żeby to porównać – w kontekście tego, jak to wygląda w perspektywie też takiej regionalnej. Wzrost liczby miejsc czy też zmiany miejsc w kontekście DPS vs ZOL vs ZPO, bo to też nam by pokazywało, jak duże są różnice pomiędzy regionami, a one naprawdę są drastyczne.

Tutaj patrząc też z takiej perspektywy w kontekście tych alternatyw, które mamy, albo właściwie prób znalezienia pewnych alternatyw, no to zgodnie ze sprawozdaniami na 31 grudnia 2023 r. mamy w tym momencie 1845 mieszkań wspomaganych i treningowych na trochę ponad 5 tys. Łącznie skorzystało nieco poniżej 5 tys. osób. W podziale na typy mieszkań, bo pamiętajmy, że teraz, można powiedzieć, są typy mieszkań – mieszkania wcześniej określane jako wspierane, teraz już po tej zmianie z 2023 r. wspomagane oraz mieszkania treningowe. Większość szczęśliwie definiowana jest jako mieszkania wspomagane, czyli takie, które powinny być mieszkaniami dłuższego albo docelowo stałego pobytu. Nie zawsze tak jest w tym momencie, ale taka była idea za tym oraz 833 jako mieszkania treningowe. Ten wzrost faktycznie był w ciągu ostatnich lat istotny, ale w dalszym ciągu to jest bardzo niewielka część w porównaniu do innych form, które są formami instytucjonalnymi.

Na sam koniec, szanowni państwo, bo nie ma sensu, żeby już wchodzić w takie szczegóły dotyczące chociażby wskaźników, które są do realizacji, chociaż oczywiście też mamy przygotowane informacje w tym zakresie – ja bym z chęcią pokazał taką informację, to, nad czym pracujemy w tym momencie między innymi w ramach zespołu do spraw opieki długoterminowej w ramach międzyresortowego zespołu do spraw stworzenia systemowych rozwiązań opieki nad osobami starszymi. To jest dosłownie taki jeden z elementów – proszę się nie przywiązywać, to jest mapa robocza – jednej z sytuacji osoby wymagającej intensywnego wsparcia, opuszczającej szpital, która pokazuje, jak bardzo skomplikowany jest aktualny system z różnych form wsparcia. Zwróć uwagę tutaj – na niebiesko są różne formy wsparcia okołomedycznego. Na pomarańczowo są te, które raczej definiowalibyśmy jako elementy związane z pomocą społeczną, wsparciem osób z niepełnosprawnościami. Zielone to są te elementy, które dotyczą raczej form nieformalnych i te nieokreślone od strony szarej. Proszę zauważyć, jak dużo jest tych elementów i jak bardzo jest to skomplikowany system. Zwracam uwagę, że część z tych elementów, jak państwo możecie zobaczyć, ma na przykład takie czerwone obwódki albo takie kreskowane. To są formy wsparcia, które, jeżeli jest w pełni czerwona, to są trudno albo bardzo trudnodostępne czy też czasami niemalże niedostępne w większości miejsc kraju, a te, które są kreskowane, to są takie, które są dostępne w ograniczonym lub znacząco ograniczonym stopniu i proszę zauważyć, że niestety, ale znaczna część mimo to, że wydaje się, że tych form wsparcia jest bardzo dużo, co niestety wcale nie sprawia, że dostęp jest prosty, bo trzeba stać się ekspertem tak naprawdę od opieki długoterminowej albo mieć bliskich, którzy nagle staną się z dnia na dzień ekspertami od opieki długoterminowej lub po wielu latach prób i odbijania się od różnych elementów systemu, żeby móc spróbować połączyć te wszystkie elementy. To jest niestety, można powiedzieć, pewnego rodzaju labirynt czy też pajęczyna, nad którą należałoby się zastanowić w kontekście tego, czy pamiętając, że senior, o którym dzisiaj mówiliśmy, że szczepionek pamięta o tej szczepionce ostatniej na COVID i na grypę, to czy jest w stanie na pewno spać pamiętać te wszystkie formy wsparcia i czy jego bliscy na pewno są w stanie naprawdę lawirować pomiędzy tym systemem i się odnaleźć. Tutaj w tym kontekście my w tym momencie mapujemy i od dłuższego czasu staramy się zobaczyć, jak aktualnie wygląda ten system z perspektywy różnych osób, ale też po to, żeby zobaczyć, w jaki sposób możemy wreszcie skoordynować ten system, który niestety w kontekście usług zdrowotnych czy usług w kontekście pomocy społecznej nie zawsze lub bardzo rzadko ma taki element koordynacji wpisany wprost w system, a z drugiej strony w jaki sposób moglibyśmy ten system uprościć, tak

żeby jego zapamiętanie naprawdę nie było trudniejsze niż to, jakie szczepionki się miało w ciągu ostatnich kilku lat i żeby to można było jednak powiedzieć w kilku zdaniach, a nie tak naprawdę w 50-stronicowym opisie i jeszcze dołączając kilkadziesiąt grafik do tego.

To tak w kontekście tej dyskusji, która dzisiaj już padała. Bardzo dziękujemy. To jako uzupełnienie do tego materiału, który był przekazany. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo za to dziękuję. Myślę, że już mamy rozeznanie, jak to jest i właściwie wiedzieliśmy chyba, że to jest tak, jak państwo to przedstawili i niewątpliwie przed tym zespołem międzyresortowym jest bardzo dużo pracy. Potrzebne są duże środki i dużo pracy trzeba w to włożyć. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Maja Ewa Nowak (Polska2050-TD):

Dziękuję za udzielenie głosu. Ja się zgłaszałam jeszcze na koniec poprzedniego punktu. Czy mogę dopytać jeszcze pana z Ministerstwa Zdrowia?

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę.

Poseł Maja Ewa Nowak (Polska2050-TD):

Ja chciałam zapytać, jak przebiega w zdrowiu w ogóle proces deinstytucjonalizacji i jak MZ zaopatruje się na to, że ZOL publiczne właściwie zaczynają pełnić podobną rolę do DPS, tyle że finansowaną z NFZ?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

No tak, odpowiedź na pierwsze pytanie jest taka, że widać, że środki na długoterminową opiekę domową szybciej rosną niż na opiekę stacjonarną. To jest odpowiedź na pierwsze pytanie.

A odpowiedź na drugie pytanie – powiedzmy tak, jak widać, jest to bardzo skomplikowana odpowiedź, bo jeżeli mamy osobę, która wymaga całodobowej opieki stacjonarnej, a jednocześnie nie może pozwolić sobie na DPS albo trudno znaleźć osobę, która będzie ją alimentować, no to gdzie ona ma pójść? Czy ma leżeć w szpitalu przewlekłe? Pójdzie do tego ZOL i stąd ten kierunek niekorzystny de facto tak naprawdę jest, że nie ma odpłatności, tylko jest te 70% dochodów na wyżywienie i zakwaterowanie, które jest pobierane ze świadczeń rentowych czy emerytalnych, dlatego że ten ZOL de facto jest darmowy i pełni trochę częściowo funkcję DPS aktualnie. To nie jest oczywiście dobrze, ale też musimy przyjąć tak, że odpowiadamy za życie tej osoby i nie możemy jej po prostu zostawić, dlatego że jej nie stać czy rodzina nie chce alimentować, zostawić po prostu samotnie w domu bez opieki albo w niewystarczającej opiece. Tak to powiedzmy.

Poseł Maja Ewa Nowak (Polska2050-TD):

Pytam o to w trosce o to, że są osoby, które czekają typowo do ZOL tak naprawdę, a to powoduje, że te kolejki do ZOL znacząco się wydłużają.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Tak, to jest ten problem.

To prawda, ale to widzieliśmy – miejsca w DPS są, tak jak mamy ogólnie, bo jest płatny, sami muszą dopłacać, czy rodzina musi dopłacać, natomiast jeżeli patrzymy na te wydatki, które tutaj są. Dlatego też trudno ze strony MZ o dobrą opiekę, jeżeli spadają wydatki na opiekę w domach, a rosną społeczne, to znaczy, że tę część opiekuńczą właśnie zrobienia zakupów, posprzątania, ugotowania obiadu idzie mniej środków. Ta część zdrowotna nie jest w stanie tutaj zapewnić po prostu wszystkich usług, których ta osoba potrzebuje.

Poseł Maja Ewa Nowak (Polska2050-TD):

Dziękuję. Jeśli mogę, to jeszcze dwa pytania do kolejnego punktu.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski:

Ja tylko przeproszę, bo muszę iść na następną Komisję. To już pani przewodniczącej mówiłem i bardzo państwa przepraszam. Dziękuję, ale tylko dlatego tak jest, że moja koleżanka, która miała być tutaj do końca, się rozchorowała.

Posel Maja Ewa Nowak (Polska2050-TD):

Chciałabym zapytać, czy mamy informacje, jaki jest w przybliżeniu średni koszt utrzymania seniora w DPS w porównaniu do wsparcia na przykład w mieszkaniach wspomaganych usługami społecznymi, a także ile mieszkań ze wsparciem powstało stricte dla seniorów. I jeśli są takie informacje, to w jakich samorządach. Tutaj mam na myśli mieszkania takie jak wszyscy znamy sytuację pań z Rybnika, o których było głośno, gdzie trzy panie zamieszkały wspólnie z dostępem do wsparcia w formie usług. Dziękuję.

Dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej MRPiS Beata Karlińska:

Dane statystyczne, które zbieramy, niestety nie pokazują tego, o co pani pyta. Koszty DPS macie państwo na drugiej stronie... Przepraszam, na trzeciej stronie naszego materiału z podziałem na województwa.

Natomiast jeśli chodzi o mieszkania wspomagane, to jest taki problem, że sprawozdawczość daje nam ogólną liczbę mieszkań wspomaganych i dotyczy to osób, które opuszczają pieczę zastępczą, osób, które opuszczają dom samotnej matki, jak również osób opuszczających zakłady karne itd i również seniorów. Nie mamy tej statystyki. Kolega mówił, że widzimy już te braki w statystyce. Zobaczycie państwo, że kolega mówił o 5 mld zł, które płacą samorządy, a my państwu w materiale napisaliśmy, że 3 mld zł były zapłacone przez gminy, bo tak sprawozdawały DPS.

Tutaj może tylko powiem do tego, co mówił pan z Fundacji, pani przewodnicząca, bo to nie chodzi o to, że seniorzy już zapomnieli. Po prostu jest problem, moim zdaniem, w pytaniach i odpowiedziach. Mamy problem ze zrozumieniem w badaniach ankietowych i nawet my widzimy to u nas w wypełnianiu formularzy statystycznych przez jednostki samorządu terytorialnego lub jednostki takie jak DPS – my dzisiaj się nawet pytaliśmy, co państwo wzięli pod uwagę w pytaniu „Koszty gmin za DPS”. Gminy biorą pieniądze również od rodzin, które są zobowiązane do płatności, razem to wysyłają i to jest w jednej puli w tych 3 mld zł. Natomiast jeżeli wzięliśmy z analizy budżetowej – kolega przedstawiał – było 5 mld zł. Sami nie wiemy, jak to wygląda, więc bardzo mi przykro, ale, pani posłanko, nie potrafię na to pytanie odpowiedzieć.

Posel Maja Ewa Nowak (Polska2050-TD):

Bardzo dziękuję. Choć wydaje mi się, że w kontekście wsparcia seniorów jest bardzo ważne i być może powinniśmy się zacząć zastanawiać nad zbieraniem takich danych i rozdzieleniem ich, bo środki na wsparcie są z innej puli, a dane statystyczne są zbierane do jednego kosza. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby? Bardzo proszę, pan poseł.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO):

Szanowni państwo, chciałbym zapytać o dwie rzeczy. One dotyczą tych obydwu prezentacji. Pierwsza rzecz to... Poza tym, że oczywiście bardzo dziękuję za te szczegółowe, bardzo interesujące dane i pozwalające wyciągać wiele wniosków.

Niewątpliwie niepokojące wnioski, które mi się nasunęły, o co chciałbym zapytać. Po pierwsze, z tych danych szacunkowych dotyczących liczby łóżek w ZOL i w hospicjach stacjonarnych – właściwie głównie chodzi mi o hospicja stacjonarne, chociaż zauważam to wszędzie – jest bardzo duża różnica w danych dotyczących liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców w różnych województwach. O ile nie dziwi mnie to, że w różnych województwach ze względu na różną liczbę mieszkańców te dane się różnią, o tyle kiedy już je szacujemy używając tego wskaźnika łóżko na 100 tys. mieszkańców, to takie dane, które różnią się aż tak znacząco, wywołują pewien niepokój dotyczący równego dostępu do tych miejsc w różnych województwach, bo to jest różnica między jednym a drugim nawet grubo ponad 250%. Są takie województwa, w których jest 6–7 miejsc na 100 tys. mieszkańców i takie, w których jest ich 16 miejsc, więc o to chciałbym zapytać.

I pytanie, czy to jest zjawisko – jeszcze oprócz tego – pogłębiające się? Jest coraz gorzej, czy może jest coraz lepiej? Coś w tym zakresie się dzieje?

Drugie moje pytanie, które chciałbym zapytać, to sytuacja dotycząca DPS. Oczywiście zawsze o tym wiedziałem, przyczyn nawet się domyślałem, ale chciałem się upewnić, bo wydaje mi się, że to jest niemożliwe, żeby to były tylko te, których się domyślam. Mianowicie chodzi mi o średni miesięczny koszt utrzymania w DPS akurat w województwie łódzkim, które tak znacząco odbiega od tych wszystkich pozostałych. To jest tak dalece niepokojące i chciałbym, jeśli to jest możliwe, usłyszeć o powodach, które państwo znacie, poza tymi, których ja się domyślam, bo przez wiele lat byłem wiceprezydentem Łodzi, więc w jakiejś mierze rozumiem łódzką sytuację, ale różnica między Łodzią wynosząca 4600 zł, a kolejnym miastem – grubo ponad 6000 zł – jest po prostu gigantyczna, więc chciałbym żebyście się państwo do tego odnieśli, a jeśli te informacje wymagają jakichś pogłębionych analiz, to będę o to pytał na następnym posiedzeniu.

Dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej MRPiPS Beata Karlińska:

Pierwsze pytanie to raczej nie było do nas, bo my jesteśmy z MRPiPS, ale też dotyczyło różnicy między województwami. Nie ma już kolegi, więc możemy tylko domniemywać.

Takie są różnice u nas w województwach. Nie to, że dzielimy Polskę na resorty, dzielimy się również na samorządy i jest tak różnie. Mogę powiedzieć również, że różnie jest wykonywane są te same ustawy i różnie są liczone pieniądze.

Jak już kolega doradca pani minister powiedział, że będziemy starali się... Bo też widzimy te braki, te różnice. Teraz chcemy wręcz sprawdzać sprawozdawczość w kontrolach wojewódzkich i w kosztach, bo w kosztach jest powiedziane, że bierzemy... Ustawa mówi dokładnie, co bierzemy do kosztów, ale tak naprawdę nie wiemy, czy wszyscy tak samo to liczą.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO):

No tak, o to chodziło mi właśnie, że jak widzę kwotę 4600 zł, a potem kolejną 6000 zł i 7000 zł, to oczywiście nie myślę sobie, że ten samorząd jest taki oszczędny, tylko zastanawiam się, czy przypadkiem nie odbija się to na elementarnym bezpieczeństwie pensjonariuszy, bo to za duża różnica, żeby ot tak sobie po prostu myśleć, że w danym województwie mamy aż tak mądrych gospodarzy, że potrafią to samo zapewnić za dużo niższą cenę. Myślę, że po prostu i obawiam się o to, i tutaj czuję taką potrzebę odpowiedzialności państwa, żeby to sprawdzić, przeanalizować i wyciągnąć wnioski.

Dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej MRPiPS Beata Karlińska:

Pani dyrektor nam odpowie, tak?

Zastępca dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej MRPiPS Bogumiła Dertkowska:

Tak, jeżeli ja jeszcze mogę. Z tego, co pamiętamy też statystycznie z poprzednich lat, to Łódź zawsze była na niskim poziomie, jeżeli chodzi o koszt utrzymania.

Jeżeli chodzi o to sprawdzenie, to jesteśmy jakby w przededniu rozpoczęcia takiego sprawozdania, ponieważ od przyszłego roku planujemy realizację projektu ze środków unijnych, który za zadanie będzie miał między innymi wejście do wszystkich DPS w Polsce i sprawdzenie pod różnym kątem i wielu aspektów, między innymi tego, jak są świadczone usługi w DPS i to też będzie ważny element, na pewno sobie go zanotujemy. Wiemy też o Łodzi, że były różne przypadki i na pewno województwo łódzkie w tym aspekcie będzie sprawdzone, ale tak jak powiedziałam, co do zasady chcemy wejść do wszystkich DPS. Będą to robiły osoby, będzie to swoisty audyt, kontrola tego, jak są świadczone usługi, więc na pewno tutaj ten sygnał o Łodzi zanotujemy.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO):

Bardzo dziękuję. Będę liczył na jakieś informacje, jak już państwo je zdobędziecie.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby? Bardzo proszę.

Prezes Fundacji SeniorApp Przemysław Mroczek:

Ten temat, który poruszyliśmy teraz, jest bardzo mi bliski. To jest codzienność naszej Fundacji i dzisiaj już to wiemy wszyscy, i to czuliśmy – naszą starością zarządzają trzy

ministerstwa: Ministerstwo Zdrowia; Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i jeszcze minister do spraw polityki senioralnej, pani ministra Okła-Drewnowicz. Bardzo się cieszę i bardzo gratuluje, że powstał taki – jeszcze samorządy, o których zapomniałem, przepraszam – międzyresortowy projekt właśnie ustrukturyzowania tego i rozpoczęcia dyskusji na ten temat, bo jak wiemy, jest bardzo duży problem.

Na koniec opowiem państwu historię jednej podopiecznej, a przed tą historią znowuż posłużę się wynikami naszych badań. Zapytaliśmy naszych seniorów, czego obawiają się, myśląc o swojej starości – 47% powiedziało, że chorób oraz niedoleżności; 38% z 1600 przebadanych odpowiedziało, że bycia ciężarem dla bliskiej osoby. Tego się nasi ankietowani boją najbardziej. Kiedy pytamy, kto powinien według państwa zająć się osobami starszymi, które wymagają opieki, rodzina i bliscy – tutaj, ku zaskoczeniu, tylko 13%; a wykwalifikowana osoba opiekunka – 9–19% w zależności czy kobieta, czy mężczyzna; a wykwalifikowana opiekunka razem z rodziną to jest 20–30%, czyli oni oczekują opieki, ale wykwalifikowanej często w domu. Czyli projekt deinstytucjonalizacji – bardzo trudne słowo dla mnie – super, gratuluje; ta strategia, która jest wdrażana, uważam, że jest bardzo potrzebna, ale powinna być mądrze wdrożona o tyle, że nawet jeżeli ja mam mieszkanie trzypokojowe, to do swojego mieszkania przyjmuje innych seniorów i mamy wspólną opiekunkę, te koszty są dzielone i super. Takie pomysły są za granicą i takie projekty powinny być, domy wspomagane powinny być. Martwi mnie tylko tempo, ponieważ z informacji 2–3 miesiące temu z Centrum Usług Społecznych w Warszawie otrzymałem informację, że w Warszawie jest taki jeden dom i to tempo mnie bardzo przeraża, że jak pójdziemy tym tempem, to my nie doczekamy tego, proszę państwa na tej sali. Musimy trochę przyspieszyć, żebyśmy tę starość zaprojektowali sobie troszeczkę lepiej.

Na koniec historia pani Barbary, podopiecznej naszej Fundacji. Po amputacji jednej nogi opiekowaliśmy się – nasza opiekunka nie tylko dostarczała leki i zakupy do jej domu, czy gotowała, ale też opiekowała się osobą chorą, ponieważ pojawiły się odleżyny. Pielęgniarka długoterminowa z POZ przychodziła raz w tygodniu twierdząc, że nie ma możliwości, żeby częściej przychodzić, więc przeszkoliła naszą opiekunkę, jak zajmować się odleżynami. Odleżyny postępowały, więc skierowaliśmy ją do szpitala na chirurgię, aby zostały zapiętnowane itd, żeby ta sytuacja polepszyła się na tyle, żeby wróciła do domu. Złożyliśmy wniosek o przeniesienie czy do ZOL, czy do DPS – proszę mi powiedzieć, przez pół roku nie doczekała tego. Zmarła w swoim domu.

To jest historia z życia. Jeżeli państwo chcą, mamy całą informację. Próbowaliśmy wiele – oczywiście były dwie opiekunki, później trzy opiekunki; były rano, popołudniu, opiekowaliśmy się tą panią, karmiliśmy, leżąca osoba. Nie mogę powiedzieć, że łatwa we współżyciu, bo oczywiście wiadomo, bolała ją, różne sytuacje itd, przez pół roku nie udało się. Trafiła w ciężkich stanach oczywiście; również też nie brała insuliny, trzeba było ją kontrolować, trafiała z powrotem do szpitali, szpitale ją odsyłały, bo oczywiście nie są – zacytuję lekarza – przechowalnia. Taka historia ją trafiła. Sam bardzo ją przeżyłem, bo sam opiekowałem się tą panią. Zmarła, została sama i przykra historia, nie doczekała tej profesjonalnej opieki, którą, uważam, powinna od nas, od państwa, jako społeczeństwa, otrzymać z również tym wsparciem psychologicznym, a nawet może psychiatrycznym, bo może ta cukrzyca tak postąpiła, że zmieniła jej postrzeganie tej sytuacji. To taka smutna historia, ale mam nadzieję, że ta podkomisja, która będzie działała ponadresortowo, wypracuje wspólny projekt, za który bardzo trzymam kciuki. Powodzenia.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Ja absolutnie w to wierzę, że tak właśnie będzie. Bardzo proszę.

Doradca w gabinecie politycznym ministra rodziny, pracy i polityki społecznej Rafał Bakalarczyk:

Dziękuję bardzo. Może trochę kontynuując te wątki, które się pojawiły też w drugiej części naszego spotkania, czyli też dotyczące pytania trochę o jakość i o zakres tych usług, które są dostępne, to też warto powiedzieć, że oprócz tych danych dotyczących tego, ile kto dostaje i ile danego typu usług jest świadczonych, i jakie jest rozłożenie tego chociażby w ujęciu terytorialnym, no to też to, czemu się przyglądamy i co jakoś próbujemy zmienić

zarówno w ramach prac międzyresortowego zespołu, ale też w ramach prac grup tego zespołu do spraw pomocy społecznej przy MRPiPS, to są też właśnie pewne kwestie związane z samym funkcjonowaniem placówek i z pewnymi ramami funkcjonowania, i to, co na przykład też jest pewnym problemem właśnie troszeczkę na styku tego sektora zdrowotnego i pomocy społecznej, to jest chociażby kwestia finansowania i w ogóle dostępności w praktyce świadczeń opieki pielęgniarstwa i ogólnie różnych usług medycznych dla osób, które już są w placówkach, takich jak DPS. Na ostatnim posiedzeniu grupy właśnie tego Międzyresortowego Zespołu przedstawicielka stowarzyszenia DPS wskazywała to jako istotny problem, że w zasadzie nie są one finansowane tego typu usługi ze środków zdrowotnych w placówkach takich jak DPS, co też skutkuje niewystarczającą dostępnością. Część placówek właściwie nie świadczy tego typu albo w ograniczonym zakresie, a tymczasem do DPS też trafiają osoby o takich bardzo intensywnych i złożonych potrzebach zdrowotnych, więc tutaj też wydaje się, że w tym kierunku należałoby być może zmienić troszeczkę finansowania, tak by była możliwość przyciągania też profesji medycznych i pielęgniarstwa do świadczenia usług także w podmiotach pozamedycznych, które świadczą tę opiekę w ramach systemu pomocy społecznej. Ale tych takich właśnie problemów szczegółowych, z którymi też borykają się podmioty zarządzające placówkami, ale które skutkują właśnie często tym niewystarczającym może niekiedy poziomem zaspokojenia potrzeb mieszkańców placówek, bardziej szczegółowo są poruszane w tej grupie do spraw placówek całodobowych czy instytucjonalnych właśnie w ramach jeszcze tego drugiego zespołu, czyli do spraw reformy pomocy społecznej przy Ministerstwie.

Tutaj też to, o co pani poseł pytała pana dyrektora o tę rolę opieki w ZOL, to mi się wydaje, że to jest też bardzo istotny problem, który też czasami był poruszany w kontekście... Także na ostatnim posiedzeniu tego Zespołu Międzyresortowego, to znaczy czy rola, jaką obecnie ZOL pełni w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych faktycznie jest taka optymalna, bo z jednej strony można się zgodzić z tym, że one pełnią trochę funkcję... Wypełniają troszeczkę tę przestrzeń między właśnie placówkami szpitalnymi a DPS i te warunki finansowania tego też mają na to wpływ. Natomiast czasami pojawia się taka idea w tych dyskusjach, czy ZOL nie powinny jednak wrócić docelowo do takiej swojej może pierwotnej funkcji, żeby to było bardziej zorientowane na tę poszpitalną opiekę, kiedy ktoś już nie wymaga hospitalizacji, ale nie może być jeszcze przeniesiony do środowiska i zapewnienia tej opieki. Tutaj nie zapadły jakieś decyzje i też nie wiem, jak to będzie dalej, natomiast myślę, że taka rozmowa na ten temat – warto ją toczyć i mimo że to jest bardziej w gestii resortu zdrowia, no to też odpowiedź na określenie roli ZOL powinna być szukana w kontekście całej tej infrastruktury opieki z włączeniem także tych form w ramach pomocy społecznej.

Ostatnia już myśl odnośnie tego, co było też w pierwszej części naszej dyskusji, czyli ta kwestia profilaktyki – tutaj część z nas jest po takiej wizycie studyjnej, w której przyglądaliśmy się systemowi japońskiemu i tam dość mocno już prawie 20 lat temu do ram publicznych w zakresie systemu opieki długoterminowej – bodajże od 2006 r. – wpisano różne narzędzia i inicjatywy właśnie na rzecz tej prewencji, profilaktyki też z uwzględnieniem pewnych aspektów społecznych tej profilaktyki, czyli różne działania w środowisku lokalnym na rzecz seniorów, które pozwalają podtrzymać tę sprawność i opóźnić pojawienie się potrzeb opiekuńczych, ale podkreślam to, że ta profilaktyka utraty samodzielności czy opóźnianie tempa zapotrzebowania na opiekę długoterminową właśnie było tam wpisane w ramy polityk publicznych czy agendy opieki długoterminowej, więc te sfery zostały tam niejako połączone, zintegrowane. Myślę, że to jest też dobry kierunek myślenia o tym zagadnieniu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję bardzo. Ja słyszałam na tym spotkaniu ostatnim, że Międzyresortowy Zespół pracuje nad tym, żeby to ujednolicić lub żeby to ułożyć w jakąś całość i że tylko wtedy to będzie miało ręce i nogi, tak ażeby DPS nie pokrywały się z ZOL, a ZOL z DPS albo żeby wszystko miało opiekę zdrowotną finansowaną z budżetu państwa, przy czym nie ma jeszcze konsensusu. Tak przynajmniej pani minister mówiła, bo to nie jest takie proste, tak to podsumowała. Więc wiem, że liczne głowy nad tym myślą, jak to zrobić, żeby

ta opieka była w miarę ujednolicona i jednak DPS też potrzebują opieki medycznej, bo jak się coś dzieje, to wpadają w sidła tej ogólnej opieki, w której są kolejki – może to kiedyś się zakończy i wszystko to będzie płynne i w odpowiednim czasie. Ja jestem z natury optymistką i wierzę, że to się da zrobić i uda się zrobić, i to nie zależy tylko od samych pieniędzy, ale zależy też od dobrej organizacji i dobrego podejścia do tego wszystkiego.

Czy jeszcze ktoś chciał coś powiedzieć? Proszę bardzo, panie pośle.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO):

Tylko chciałem jeszcze dopytać, bo zwróciłem już państwu uwagę swoim zainteresowaniem tym szczególnym przypadkiem dotyczącym województwa łódzkiego.

Chcę zapytać, czy państwo zbieracie też dane, czy dysponujecie takimi danymi dotyczącymi powiatu i w związku z tym, jeśli tak, to czy ja mógłbym otrzymać informację na temat tego, jakie są te koszty w samym mieście, a jakie są w okolicznych powiatach województwa łódzkiego, żeby sobie wyrobić zdanie na temat tego, czy...

Dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej MRPiPS Beata Karlińska:

My przygotowujemy, bo teraz nie mamy takich danych.

Posel Krzysztof Piątkowski (KO):

Ja rozumiem. To byłoby zbyt szczegółowe, żeby oczekiwać tego na dzisiejszym posiedzeniu. W takim razie poprosiłbym, nie będę już interpelował w tej sprawie, tylko po prostu poczekam na informację od państwa, dobrze? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że już nikt więcej głosu zabierać nie chce. Bardzo serdecznie wszystkim dziękuję za udział w dyskusji.

Stwierdzam, że podkomisja zapoznała się z informacją.

Przechodzimy do trzeciego, ostatniego punktu porządku dziennego. To jest przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r. Szkoda, że już nie ma nikogo z MZ, bo to głównie dotyczy MZ.

W styczniu informacja ministra zdrowia na temat opieki kardiologicznej – oczywiście rozumiemy, wszystko dotyczy wieku senioralnego włącznie bez tej młodszej grupy.

W lutym informacja ministra zdrowia na temat opieki nefrologiczno-urologicznej.

W marcu informacja ministra zdrowia na temat chorób onkologicznych.

W kwietniu informacja ministra zdrowia na temat schorzeń układu oddechowego.

W maju informacja ministra zdrowia na temat chorób infekcyjnych, w tym zakaźnych, u osób starszych

I w czerwcu będzie informacja na temat chorób otępiennych, neurologicznych po raz drugi – propozycje leczenia i informacja na temat prac nad wdrożeniem polskiego planu alzheimerowskiego.

Czy ktoś z posłów stawia sprzeciw wobec tych propozycji?

Posel Krzysztof Piątkowski (KO):

Chyba tylko w ramach obrony drogiego Ministerstwa.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Jeżeli nie, to myślę, że nie musimy... Uważam, że plan został przyjęty.

Chcę jeszcze powiedzieć, że w ramach – ja będę to do pani pisała, zresztą można to od razu zapisać – samej Komisji Polityki Senioralnej, bo teraz mówimy o planie dla podkomisji dotyczącej wyłącznie zdrowia. I w planie mam zaproponowanie wiosną tego roku dwóch posiedzeń wyjazdowych.

Jedno posiedzenie wyjazdowe jest w tej sprawie, która była poruszana, czyli sanatoriów, do sanatorium Bukowina-Czermna i już nawet dzisiaj podjęłam rozmowę, powiem szczerze, pośrednio z nową panią dyrektorką, więc myślę, że w tej sprawie będzie załatwione.

Drugie równie pilne i musi być przed czerwcem, to jest wyjazd do Ścinawy do ośrodka alzheimerera wzorcowego w Polsce. Nie wiem, ile jest tych ośrodków ogólnie jeszcze w tej chwili, bo my jeszcze się samym alzheimerem nie zajmowali, ale jest ich niewiele i tam można, po pierwsze, szybko postawić rozpoznanie, wiem, że są kolejki do przyjęcia, ale wszystko to zobaczymy na swoje własne oczy i ta wyjazdowa Komisja, jak porozmawiam

z szefostwem, będzie albo na terenie w Ścinawie, jeżeli mają salę, bo może nie mają takiej sali, a jak nie, to może w Uniwersytecie Medycznym w Przyładku Nadziei albo w jakimś innym miejskim. Nie będzie to problemem zrobienie tej Komisji i dojechanie do oglądnięcia tego ośrodka i zapoznanie się ze sposobem – najlepiej, jeśli to będzie tam na miejscu – postępowania, gdzie chorobę alzheimera można w tej chwili zatrzymać.

To jest tyle. Bardzo gorąco dziękuję jeszcze raz wszystkim za przybycie, za wspólną dyskusję. Jeśli państwo macie ochotę, to możemy sobie jeszcze na koniec zrobić wspólne zdjęcie.