

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
BEZPIECZEŃSTWA OSÓB STARSZYCH
(NR 15)
z dnia 25 marca 2025 r.**

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

25 marca 2025 r.

Podkomisja stała do spraw bezpieczeństwa osób starszych, obradująca pod przewodnictwem poseł **Ewy Kołodziej (KO)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności teleopieki dla osób starszych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Łukasz Sosnowski** dyrektor Departamentu e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marlena Kondrat** prezes zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Jerzy Piókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Zdzisław Czarnecki** wiceprzewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Barbara Ruszkowska-Gębka** członek zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Wojciech Kałkusiński** członek stowarzyszenia MANKO oraz **Krystyna Lewkowicz** stały doradca Komisji.

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

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie na 15. posiedzeniu podkomisji stałej do spraw bezpieczeństwa osób starszych.

Otwieram 15. posiedzenie podkomisji. Witam państwa bardzo serdecznie.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie posłanki i wszystkich państwa – za sekundę będę szczegółowo witać.

Wszyscy państwo otrzymaliście zawiadomienie o posiedzeniu naszej podkomisji. Porządek obrad, jak rozumiem, jest przyjęty. Nie słyszę żadnych uwag co do jego kształtu. Dzisiejsze posiedzenie obejmuje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności teleopieki dla osób starszych.

Zanim poproszę naszych gości o zabranie głosu, w szczególności pana Łukasza Sosnowskiego, dyrektora Departamentu e-Zdrowia w MZ, to pozwolę sobie państwa wszystkich przywitać – w szczególności pana Łukasza Sosnowskiego, pana dyrektora, pana Michała Mazura, naczelnika wydziału w Departamencie e-Zdrowia w MZ, panią Marlenę Kondrat, prezes Instytutu Gospodarki Senioralnej, pana Zdzisława Czarneckiego, wiceprzewodniczącego Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, panią Barbarę Ruszkowską-Gębka, członka zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów i Rencistów, pana Zbigniewa Tomczaka, przewodniczącego Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, panią Jagodę Bogusiewicz ze Stowarzyszenia MANKO, pana Wojciecha Kałkusińskiego, również Stowarzyszenie MANKO, pana Jerzego Piókarza, prezesa Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, oraz panią Krystynę Lewkowicz, naszego stałego doradcę Komisji.

Czy jest ktoś, kogo pominęłam? Jeżeli nie, to bardzo się cieszę.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję i w pierwszej kolejności proszę pana dyrektora, pana Łukasza Sosnowskiego, o otwarcie jej słowem wstępu. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia Łukasz Sosnowski:

Dzień dobry państwu, dzień dobry wszystkim. Bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość zabrania głosu. Chciałbym przedstawić pokrótce, ale jestem też gotowy na tak naprawdę rozmowę i informację zwrotną, jeżeli państwo by chcieli w drugą stronę zadać pytania lub zasugerować pewne działania.

Na początku pozwolicie, że przedstawię to, co się dzieje w zakresie przede wszystkim e-Zdrowia, czyli tych rozwiązań telemedycznych, które w MZ albo prowadzimy, albo za chwilę będą dostępne. W większości także jako element współpracy czy wychodzenia naprzeciw nie tylko osobom starszym, ale generalnie czasami wręcz wykluczonym cyfrowo lub w inny sposób. To nie zawsze musi być związane wyłącznie z wiekiem – mogą to być osoby z niepełnosprawnościami i tym podobne.

Chyba największy i najbardziej wartościowy projekt, który dzisiaj prowadzimy, i który – z punktu widzenia telemedycyny – jest takim trzecim elementem składowym ogromnych zmian w naszej ochronie zdrowia po wdrożeniu i zastosowaniu e-recepty oraz e-skierowań, to centralna e-rejestracja. To jest rozwiązanie projektowane według – dobrze państwu znanej – metodyki WCAG, czyli takiej, która w specjalny sposób traktuje wszelkie potrzeby osób nie tylko starszych, tak aby przeciwdziałała wykluczeniu cyfrowemu.

Jednym z podstawowych założeń przy projektowaniu centralnej e-rejestracji było to, aby nie zabrakło żadnej z możliwości umawiania się do lekarza, która do tej pory istniała. Co to oznacza? To oznacza, że jeżeli ktoś dotychczas umawiał się do swojego lekarza specjalisty – bo przede wszystkim mówimy o obszarze specjalistycznym – robił to w swojej poradni, w rejestracji, to dalej będzie mógł to robić. Jeżeli dzwonił do tej poradni – dalej będzie mógł to robić. Jeżeli miał jakiś inny rodzaj kontaktu, nawet przez jakieś urządzenia czy aplikacje udostępnione przez tę konkretną poradnię – dalej będzie mógł to robić.

Natomiast to, co jest nowe, i to, co dokładamy do tego, to możliwość wykorzystania kanałów udostępnionych przez Centrum e-Zdrowia, czyli przez MZ. Jest nim przede wszystkim konto mojeIKP. Oczywiście można powiedzieć: „OK, ja nie używam” albo „Ja nie będę” – i to jest OK, można dalej umawiać się w swojej poradni. Ale dlaczego być może warto? Ponieważ system i sposób, w jaki to zostało zbudowane, powinny przeciwdziałać wszelkim wykluczeniom, a z drugiej strony jest niesamowicie wygodne i dostępne, bo najczęściej jest w naszej kieszeni. Jeżeli jest coś w naszej kieszeni, to mamy przede wszystkim nie tylko możliwość zdalnego umawiania się do lekarza – jeszcze powiem za chwilę trochę o zakresie, w jakim to działa – ale możemy też zdalnie zarządzać tą wizytą. To jest wyjątkowa nowość, bo czegoś takiego do tej pory nie było. Czyli w sytuacji, gdy dotarcie do swojej poradni albo jest – mówiąc wprost – stratą czasu, albo nawet może być czasami niebezpieczne, to mamy te kanały cyfrowe, w których możemy się umówić do lekarza albo zmienić, albo odwołać wizytę. Jeszcze raz podkreślam, że to nie zabiera żadnych dotychczasowych form, które do tej pory istniały.

Okres pilotażowy wdrożenia centralnej e-rejestracji skończył się w grudniu ubiegłego roku. Od 1 stycznia ona obowiązuje już jako system centralny, obowiązkowy, wdrożony ustawą specjalną. Obejmuje, póki co, obszar kardiologii. Jak pewnie państwo wiecie, jest to jeden z głównych obszarów zainteresowania wsparcia specjalistycznego lekarskiego w Polsce – we wszystkich praktycznie grupach wiekowych. Więc kardiologia rzeczywiście tutaj jest jednym podstawowym zakresem wsparcia.

Czy coś się zmienia z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia? Niespecjalnie. To znaczy, jeżeli otrzymamy skierowanie od swojego lekarza w POZ, to właśnie to skierowanie zostanie automatycznie rozpoznane przez system. W tej aplikacji możemy sobie kliknąć – umów wizytę u kardiologa. Możemy – nie musimy. Możemy pójść do poradni i zrobić to samo – że się tak wyrażę – w tradycyjny sposób.

Od 1 sierpnia tego roku do tej kardiologii dołączy kolejnych osiem obszarów. To chyba z takich najciekawszych – nefrologia, może mniej interesujące, ale choroby rzadkie, choroby związane z krwią. Więc tam naprawdę będzie coraz więcej obszarów. A w kolejnych latach, co kolejne pół roku, będą dołączały kolejne obszary specjalistyczne. Tak naprawdę planujemy – zgodnie z terminarzem wskazanym w ustawie – do końca 2029 r. objąć w Polsce wszystkie obszary ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach centralnej rejestracji.

Co jest ważne, to to, że ten system – nawet jeżeli my z niego świadomie nie skorzystamy na etapie umawiania się na wizytę; może się okazać, że państwo już kiedyś założyli to konto w IKP, bo może wiele osób kiedyś założyło, ale na przykład z niego nie korzysta na co dzień – będzie przypominał o tej wizycie. To też jest niesamowicie ważne z kilku powodów. Może nam się zdarzyć, że coś nam wypadnie, możemy nawet zapomnieć – to też jest przecież ludzkie. Ale tak naprawdę przede wszystkim będziemy mieli możliwość odwołania lub zmiany terminu tej wizyty bez konieczności udawania się do poradni. System przypomni na siedem dni przed tą wizytą oraz jeszcze raz na jeden dzień przed.

Teraz, co się wydarzy? Możemy tę wizytę wtedy zdalnie odwołać lub zmienić termin. W jaki sposób system to będzie robił? To jest też element tej dostępności budowanej dla wszystkich, dla różnych grup społecznych. Jeżeli ktoś jest obyty i używa na co dzień aplikacji mojeIKP, to dostanie powiadomienie w tej aplikacji. Jeżeli nie używa tej aplikacji, ale mamy jego numer telefonu komórkowego, to dostanie SMS i wtedy tym SMS będzie mógł odwołać. Natomiast jeżeli nie używa aplikacji, nie mamy jego numeru telefonu komórkowego, ale mamy jego numer stacjonarny, to w drugiej połowie tego roku – to jest jeszcze w fazie wdrożenia – zadzwoni do takiej osoby specjalny system i będzie głosowo próbował potwierdzić, przypomnieć o tej wizycie.

Tak naprawdę ja dzisiaj, korzystając z okazji, bardzo serdecznie wszystkich państwa zachęcam do zrobienia tego samodzielnie lub poproszenia osób bliskich, aby zainstalować aplikację mojeIKP. Dzisiaj wiem, że tylko kardiologia, ale za chwilę kolejnych osiem specjalizacji, a za kolejne pół roku kolejne specjalizacje. Więc tego sobie życzę, żebyśmy jak najszybciej mogli je wdrożyć i żeby państwo z nich korzystali. Dzisiaj dodatkowo, oprócz zapisów do kardiologa, mamy w centralnej e-rejestracji dwa programy profilaktyczne. To jest profilaktyka raka szyjki macicy i raka piersi. Osoby kwalifikujące się do badań przesiewowych, do badań profilaktycznych też mogą się zapisywać na badania. Więc to też jest bardzo ważne. Tyle może o centralnej e-rejestracji, bo jeszcze kilka innych działań realizujemy.

To, co zostanie drugim dużym projektem, który realizujemy, i on zostanie uruchomiony jeszcze w połowie tego roku w pełni, to jest system domowej opieki medycznej. Co to jest takiego? On przede wszystkim będzie się koncentrował w trzech obszarach. Tutaj znowu pojawia się kardiologia. Drugi obszar to jest diabetologia oraz profilaktyka. Będąc u lekarza POZ czy u swojego lekarza rodzinnego – lekarz będzie miał możliwość włączenia pacjenta właśnie do tej domowej opieki medycznej. Na czym ona polega? Na tym, że będziemy starali się wystawić możliwość połączenia urządzeń telemedycznych, które będą integrowały się z tym systemem domowej opieki medycznej w ten sposób, żeby móc lekarzowi dostarczać lepszych i dokładniejszych danych informacji, na przykład o pomiarach ciśnienia.

Docelowo także, jeżeli ktoś z państwa już używa – nie wiem – specjalnych urządzeń typu *wearables*, czyli takich zegarków, opasek czy tym podobnych, to również tych informacji, które one tam dostarczają. To mogą być informacje klasyfikowane jako informacja medyczna wprost. Mogą to być takie informacje, których formalnie nie uznajemy za informację medyczną, ale są przydatne w procesie decyzyjnym czy diagnostycznym u lekarza. Docelowo, co jest jeszcze ciekawsze, będziemy dostarczali możliwość połączenia urządzeń czy też wyrobów medycznych – takich, które mogą monitorować zdalnie pacjentów. Czyli jeżeli pacjent już jest, niestety, w swojej chorobie, na przykład kardiologicznej, bardziej zaawansowany i na przykład dostał do domu coś w rodzaju jakiegoś urządzenia, które ma mierzyć jego stany życiowe, to to rzeczywiście będzie widać w tej domowej opiece medycznej i lekarz będzie mógł także zdalnie to monitorować. Niestety jeszcze nie jesteśmy w stanie tego tak zaprojektować, żeby on to robił na bieżąco – bo lekarz nie jest w stanie non stop śledzić tysiąca swoich pacjentów – ale już te informacje będą zbierane w sposób obiektywny, przechowywane w jednym miejscu i podczas kolejnej wizyty lekarz będzie mógł się do nich odnieść. To jest tak naprawdę domowa opieka medyczna.

To, co jest ważne – kolejny aspekt działania MZ – to jest program „Moje zdrowie”. „Moje zdrowie” to program badań profilaktycznych, który jest dostępny dla większości obywateli, natomiast szczególnie dla osób starszych – jest dostępny częściej, bo co trzy lata, nie co pięć lat. Do programu „Moje zdrowie”, czyli do panelu głównie badań krwi, lipidogramu i tak dalej, można zapisać się albo w swojej poradni, na miejscu, lub też – zachęcam – w ramach aplikacji mojeIKP. Jest tam taki kafelek „Moje zdrowie”. Jeżeli państwo nie wykonywali w ostatnich trzech lub pięciu latach, w zależności od wieku, badań profilaktycznych, to ten kafelek będzie aktywny, będzie można nacisnąć i umówić się na badania właśnie w programie „Moje zdrowie”.

Dodatkowo – być może państwo wiedzą – działa opieka koordynowana w POZ. To jest taki sposób opieki nad pacjentem, w którym lekarz POZ dodatkowo może kierować do specjalistów dziedzin pokrewnych, szczególnie właśnie w zakresie kardiologii, diabetologii i podobnych. Natomiast zdaliśmy sobie sprawę, że czasami potrzeby konsultacji lekarskich są szersze albo wymagają zwołania – jak to się w medycynie mówi – pewnego rodzaju konsylium, czyli tak naprawdę narady lekarskiej. Dlatego będziemy wdrażać w tym roku systemowe rozwiązanie, które nazywa się e-Konsylium. To nie jest system, który będzie dostępny bezpośrednio dla pacjenta. To znaczy, my jako pacjenci nie będziemy korzystać z niego wprost, natomiast będzie mógł z niego korzystać nasz lekarz prowadzący.

Teraz, e-Konsylium – na czym ma polegać? Jeżeli nasz lekarz będzie potrzebował konsultacji, na przykład lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz rodzinny – pewnie zna się na kardiologii, ale pewnie doświadczony kardiolog trochę lepiej albo na przykład onkolog trochę lepiej w danej swojej dziedzinie – to wówczas będzie mógł skorzystać właśnie z takiej zdalnej wideokonferencji, czyli jeden lekarz z drugim lekarzem, żeby omówić przypadek pacjenta. Są planowane dwa zasadnicze użycia. Pierwsze w zakresie opieki onkologicznej, tak żeby jednostki wyższej referencyjności mogły – można powiedzieć – dawać porady tym niższej referencyjności, czyli tak naprawdę SOLO I i SOLO II, to są poziomy jednostkowe szpitali. Drugie w kardiologii – lekarze między sobą. Choć, niestety, to jest dedykowany system dla lekarzy, nie dla pacjentów, ale pośrednio służy pacjentom.

Co więcej, bezpośrednio w moim departamencie realizujemy projekt o nazwie „Dostępność plus” dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jest to projekt, który dotyczy szeroko rozumianej dostępności poradni. Ona jest rozumiana zarówno w sposób fizyczny, to znaczy, po dokonaniu audytu i wskazaniu ewentualnych braków w zakresie barier architektonicznych zakwalifikowane jednostki wprowadzają zmiany, czyli na przykład tworzą podjazdy, likwidują progi, poszerzają drzwi, remontują toalety i tym podobne rzeczy. Tam katalog inwestycji infrastrukturalnych jest dość szeroki. Ale także sprawdzane są te dostępności niefizyczne, bardzo często związane z oznakowaniem, z informacjami, które są podane, tym, w jaki sposób one są podane, czy są czytelne, czy można się dozwonić do placówki i tak dalej. To jest cały projekt „Dostępności plus”, który jest realizowany – tak naprawdę nabory były od zeszłego roku, realizacja de facto ruszyła w tym roku, potrwa jeszcze parę lat. Planujemy, że chyba 386 podmiotów zostanie dofinansowanych w Polsce, aby mogły zainwestować w tę dostępność szeroko rozumianą.

Jeszcze jedna rzecz jest chyba warta przytoczenia. Od października 2025 r. przy rzeczniku praw pacjenta funkcjonuje specjalna, dedykowana infolinia o niezbyt wyszukanej nazwie Helpline, jednak bardzo ważna i potrzebna. Jest skierowana przede wszystkim do osób z chorobą Alzheimera i ma zapewniać wsparcie dla tych osób, ale także dla opiekunów tych osób. To jest element dodatkowego wsparcia w tej trudnej chorobie, która niestety jest mocno skorelowana także z wiekiem.

Podsumowując, staramy się wykorzystywać nowoczesne technologie w taki sposób, aby one dawały szansę i przeciwdziałały pewnym wykluczeniom, szczególnie tym związanym z geografą, z fizyczną możliwością i mobilnością, ale jednocześnie, projektując je, staramy się wykorzystywać takie metody i formy, aby były dostępne także dla wszystkich grup społecznych, bezpieczne i nie zabierały dotychczasowych możliwości działania czy funkcjonowania. Powiem państwu, że nawet miałem taką... Nie wiem, czy mogę się osobiście podzielić, ale rozmawiałem ostatnio z moją mamą, która mówi, że dostała skierowania na badanie i gdzieś je zgubiła. Ja mówię: „Nic nie szkodzi, ty to masz w mojeIKP”, bo już chciała iść i mówi: „Pójdę prywatnie, bo tam już mi lekarz pewnie drugi raz nie wystawi”. Ja mówię: „Nie ma takiej potrzeby. Mamo, zainstaluję ci szybko mojeIKP i zobaczysz, że ty masz to skierowanie”. Ona rzeczywiście zobaczyła i mówi: „To super”, a już chciała wydać pieniądze, bo się bardzo bała drugi raz iść do lekarza. Więc to jest chyba to, co możemy jeszcze więcej i lepiej zrobić – edukacja i informowanie o tych rozwiązaniach. Myślę, że to jest element, nad którym powinniśmy jeszcze szerzej popracować.

Natomiast ja zawsze tak lubię myśleć – nie wiem, czy państwo macie podobne zdanie – że mocno walczę ze stereotypem, że 60–70-latkowie nie używają telefonów. Nie wiem, jak państwo, ale jak ktoś dzisiaj ma nawet 70 lat, to 20 lat temu miał 50, a wtedy wchodziły telefony komórkowe, więc ja sobie nie wyobrażam, że jest aż tak źle. Więc tak naprawdę myślę, że to wykluczenie dzisiaj może bardziej być związane właśnie z brakiem informacji, czasami z takim delikatnym strachem przed używaniem ich, ale właśnie po to są takie spotkania i pewnie po to są państwa organizacje – żeby z jednej strony mówić o szansach i możliwościach, które dają, ale też oczywiście o zagrożeniach i o bezpieczeństwie, które trzeba wziąć pod uwagę.

Chyba na tym etapie bym zakończył. Jesteśmy do państwa dyspozycji.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Dziękuję, panie dyrektorze.

Oczywiście otwieram dyskusję, natomiast pozwolę sobie jako pierwsza na takie gorące skojarzenia, które mi akurat przychodzą w tej chwili do głowy. Bo z jednej strony rozumiem, że musimy iść z duchem czasu, z osiągnięciami w sferze internetu, technologii, która powinna być wykorzystywana i powinna służyć człowiekowi – w szczególności, jeżeli możemy połączyć

ten styk medycyny z informatyzacją kraju i świata. Ale z jeszcze innej strony – cały czas tutaj, na naszej stałej podkomisji, mówimy o bezpieczeństwie seniorów w sieci – musimy mieć w tyle głowy, że zarówno kompetencje cyfrowe seniorów, jak i w ogóle kompetencje Polaków, te cyfrowe, nie są najwyższe na tle innych krajów UE. Plus kreatywność niestety przestępców, którzy co chwilę wymyślają kolejne metody oszustw, w szczególności w tej sferze medycznej. Jesteśmy też... Ja przynajmniej oglądałam ostatnio, w sobotę, jeden z programów, który szeroko mówił o wyłudzeniu wszelakich danych, informacji wrażliwych, nie tylko od seniorów, ale także od każdego innego obywatela Polski.

Teraz moje pierwsze pytanie na gorąco – na ile możemy wykorzystać to, co najbardziej szlachetne i wartościowe z tych kwestii technologicznych, żeby usprawnić medycynę właśnie w formie telemedycyny w naszym kraju, a z drugiej strony zabezpieczyć bezpieczeństwo naszych obywateli, żeby nie dochodziło na szerszą skalę do wyłudzeń danych, informacji? Bo te unowocześnione metody na lekarza, na informacje dotyczące naszego stanu zdrowia, naszych danych osobowych... Żeby w tym świecie wirtualnym, w tym świecie szeroko rozumianych nadużyć, zabezpieczyć osoby słabsze, seniorów – oni co do zasady są słabsi, bo mają słabsze funkcje poznawcze i wszelakie kompetencje.

Tutaj po pierwsze – ile w ostatnim roku, jeżeli panowie macie informacje, zostało udzielonych takich szeroko rozumianych świadczeń w sferze telemedycyny? Bo tam jedna liczba się pojawia, 300 ileś tam tysięcy, ale to tylko przy tej jednej... Chwileczkę. Przy programie „Moje zdrowie”, przy jednej kategorii, została przekazana informacja, że 396 593 osoby w wieku 65+ skorzystały z programu „Moje zdrowie” – rozumiem, po 50. roku życia – w tej kwestii telemedycyny.

Może tak bardzo szeroko na początek, bo mając na myśli zdobycze nowoczesnej technologii, ale także ryzyko, które z tym się wiąże, i szeroko rozumiane nadużycia w sieci, które są na masową skalę w Polsce, chciałabym, żeby panowie też się do tego odnieśli, jeżeli się rozumiemy oczywiście.

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Tak, oczywiście postaram się odnieść. Przede wszystkim myślę, że wchodzimy już w taki obszar, który należałoby nazwać świadomością i edukacją. Tak bym go chyba zdefiniował. Rzeczywiście zauważamy – nawet ostatnio, wspólnie z NIL, informowaliśmy lekarzy – że coraz bardziej nasilają się takie incydenty – nie wiem, czy to jest dobre określenie – właśnie kradzieży tożsamości lekarza. Wówczas ktoś kradnie twarz, na przykład znanego profesora, tworzy z tego jakiś filmik, wrzuca na Facebooka albo podobne social media i on niby nakłania do kupowania jakichś tabletek, urządzeń i tym podobnych rzeczy.

To jest rzeczywiście bardzo trudne do wychycenia, bo skala tych podróbek – że się tak wyrażę – jest tak dobra, że trzeba by było znać bardzo dobrze tę osobę, żeby wiedzieć, że ona by czegoś takiego nigdy nie zrobiła. Ale chyba tak naprawdę jedna najważniejsza rada jest taka, że jeżeli mówimy o ochronie zdrowia, to powinniśmy się starać w pierwszej kolejności zawsze wierzyć tym oficjalnym kanałom. To znaczy – ja nie chcę powiedzieć, że sobie nie wyobrażam, ale byłoby to wyjątkowo trudne, żeby podszyć się pod aplikację mojeIKP, bo ona jest jedna, certyfikowana, wydawana przez MZ, a dokładnie Centrum e-Zdrowia. Jeżeli tam informacja jakaś się znajduje, to szansa, że ona jest nieautoryzowana, chciałbym powiedzieć, że jest zerowa, to znaczy nie ma, nie powinno się coś takiego wydarzyć. Natomiast jeżeli będziemy korzystać z wiedzy, szczególnie w social mediach albo na niezweryfikowanych portalach, to bardzo często można przeoczyć, czy to jest reklama, czy to jest jakiś *fake news*, czy coś podobnego.

Więc myślę, że taka zasadnicza rada – z tego obszaru związanego z bezpieczeństwem i tego, czy lekarz do nas dzwoni i chce od nas jakieś informacje wyciągnąć – to są pewnie ogólne rady, jak w każdej innej dziedzinie życia, czy bankowości szczególnie, że lekarz nie pyta o państwa PIN do karty czy inne rzeczy. A jeżeli potrzeba jakichś informacji lub interakcji, to najlepiej to robić oficjalnym kanałem. Jeżeli nie jesteśmy pewni, to – tak jak powiedziałem wcześniej – zawsze lepiej pójść do poradni i to zweryfikować, sprawdzić, albo nawet samemu zadzwonić. Jeżeli sami zadzwonimy do swojej poradni, której numer znamy pewnie od lat, to też można to stwierdzić i potwierdzić. Więc chyba taka pierwsza zasadnicza rada – ufać oficjalnym kanałom. Nie szukać promocji i sensacji przede wszystkim w social mediach.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Rozumiem, że pan Michał Mazur – pan naczelnik – chce uzupełnić. Potem, według kolejności zgłoszeń, pierwsza pani Krystyna Lewkowicz, później jeszcze była pani Jagoda Bogusiewicz. Tak? Nie, to przepraszam, źle zrozumiałam. To pan Zdzisław Czarnecki. Dobrze, bardzo proszę.

Naczelnik wydziału w Departamencie e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia, koordynator dostępności Ministerstwa Zdrowia Michał Mazur:

Tak, w uzupełnieniu do tego, o czym powiedział pan dyrektor, a także do tego, o czym powiedziała pani przewodnicząca, chciałem powiedzieć jeszcze o istotnej kwestii, bo zwróciła pani uwagę na bardzo ważny aspekt edukacji – edukacji i bezpieczeństwa, i właśnie edukacji dotyczącej bezpieczeństwa seniorów. Nie wiem, czy państwo słyszeliście o projekcie, który realizuje Ministerstwo Cyfryzacji, dokładniej Centrum Rozwoju Kompetencji Cyfrowych. Projekt nazywa się eFajfy i dotyczy właśnie edukacji seniorów w sanatoriach. Projekt był realizowany w ubiegłym roku przez MC. Do tego projektu też dawaliśmy informacje dotyczące mojego IKP.

Zachęcam państwa, żeby zaprosić na któreś posiedzenie Centrum Rozwoju Kompetencji Cyfrowych, żeby opowiedziało o projekcie eFajfy i o efektach tego projektu, bo on właśnie dotyczy kwestii edukacji seniorów, między innymi edukacji obywatelskiej związanej z przeciwdziałaniem różnym nadużyciom w sieci, a także edukacji dotyczącej wykorzystywania narzędzi cyfrowych, takich jak moje IKP czy mObywatel.

Natomiast jeśli same zgłoszenia docierają do MZ i dotyczą na przykład kradzieży tożsamości, to my każdorazowo takie zgłoszenie weryfikujemy razem z naszą instytucją – Centrum e-Zdrowia. Jeśli rzeczywiście potwierdzimy kradzież tożsamości, to tego typu sprawy są zgłaszane Naczelnej Radzie Lekarskiej, a przede wszystkim też rzecznikowi praw pacjenta. Tak że w takich sytuacjach interweniujemy.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

To z pewnością skorzystamy z eksperckiej wiedzy – na pewno skorzystamy z tej sugestii i zaprosimy.

Bardzo proszę, pani Krystyna Lewkowicz.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Witam państwa. Proszę państwa, ja z wielkim zainteresowaniem wysłuchałam wypowiedzi pana dyrektora i powiem tak – chociaż 20 lat funkcjonuję w polityce senioralnej, to na dziś wiedza na temat tego, o czym pan mówił, wśród seniorów jest niewielka, a już na pewno niewystarczająca. Jeżeli pytamy przeciętnego seniora, co to jest teleopieka albo z czym mu się kojarzy, to jednemu się kojarzy z opaską życia, innemu z kopertą życia, jeszcze innemu z poradami online specjalistów, bo to najczęściej jest skojarzenie. Co to jest teleopieka? To jest porada online, prawda? Jak wyglądają porady online, to strach w ogóle mówić.

Ja byłam świadkiem, jak nasz senior, mający jakieś problemy małżeńskie i tak dalej, korzystał z takiej porady psychiatry. Od 350 zł w górę taka porada kosztuje, więc najpierw trzeba uiścić opłatę. Porada trwała około 15, maksymalnie 20 minut i po dosłownie 3 czy 4 minutach opowiadania żony o tym, co robi jej mąż, pan psychiatra wystawił diagnozę dwóch bardzo poważnych schorzeń psychiatrycznych, po czym zaoferował wypisanie bardzo silnych leków psychotropowych i tak dalej. Masakra, przecież to jest po prostu przerażające. To jest przerażające zarówno co do kwoty, formy, jak i wyników takiej wizyty. Niestety, jeżeli człowiek starszy ma poważne schorzenia i dają mu termin do specjalisty za dwa lata, to on jest tak zdesperowany, że szuka jakichś rozwiązań, które są dostępne. Najbardziej dostępne – wystarczy kliknąć psychiatrę, wyskakuje tam 50 różnych ofert w internecie, gdzie można taką wizytę zaraz – czy jutro, czy za dwie godziny – uzyskać właśnie za 350 zł.

Wracając do tej tezy – wiedza seniorów na temat teleopieki i jej możliwości usprawnienia systemu dostępu do specjalistów jest nikła. W związku z tym, po wysłuchaniu pana dyrektora, mam pytanie – czy MZ przewiduje, czy ma w ogóle w systemie taki system wolontariatu pracowniczego, jak bywa w innych korporacjach, i czy na przykład można do państwa się zgłosić z prośbą o wygłoszenie wykładu w uniwersytecie trzeciego wieku na temat teleopieki? To może być nawet wykład odpłatny, bo my mamy na to pieniądze, tylko żeby to był ktoś, kto się na tym zna i kto będzie mówił do rzeczy, a nie opowiadał jakieś bajki.

Druga sprawa – czy ewentualnie z tych materiałów, które pan był uprzejmy przygotować na dzisiejsze posiedzenie, można skorzystać, czy można je jakoś upowszechnić, dać do wiadomości seniorów i tak dalej? To jest moje drugie pytanie.

Trzecia sprawa jest taka, że wszystkie większe organizacje senioralne, zwłaszcza przedstawicielskie, które skupiają wiele uniwersytetów, na przykład takie jak moja organizacja, to jest Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku, wydaje swoje wydawnictwa. My mamy periodyczny biuletyn, który się ukazuje co dwa miesiące, i tam zawsze wrzucamy jakiś temat – nazwijmy to – z dziedziny zdrowotnej. Aż się prosi, żeby to, co pan powiedział tutaj do dość wąskiego grona, opublikować w formie wywiadu czy w formie artykułu. Ja zaraz pozwolę sobie do pana podejść, dać wizytówkę i poprosić o pana wizytówkę, żebyśmy tu nie przedłużali.

W każdym razie edukacja, edukacja i jeszcze raz edukacja. Jak popatrzymy na strategię wielkich korporacji, Orlenu, PKO i innych tego typu instytucji, to wszyscy w swoich strategiach jako jeden z filarów wskazują edukację w różnym zakresie. Oczywiście PZU inne, PKO inne, a MZ inne. Więc tutaj wspomniał pan właśnie o edukacji. Nie wiem, na ile jest to mocny filar w MZ. Tak czy inaczej zachęcamy bardzo pana do współpracy i oferujemy różne jej formy. Tak jak powiedziałam – wykład, publikacja, wywiad, udostępnienie jakichś materiałów, z których można zrobić przedruk, których autor pozwoli zrobić przedruk do biuletynu. W każdym razie jesteśmy bardzo tym zainteresowani, bo – tak jak mówię – każdy ma jakieś skojarzenia. Zegarek czy opaska życia, czy opaska bezpieczeństwa to jest zupełnie coś innego. Teleopieka to co innego, a jeszcze wizyta online co innego. Seniorzy tego nie odróżniają i gwarantuję panu, że przeciętny senior, jakby pan zapytał, co to jest teleopieka, to będzie się jąkał bez sensu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Bardzo proszę, pan Zdzisław.

Wiceprzewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów Zdzisław Czarnecki:

Ja chciałbym zapytać bardziej technicznie, o te dane, które będą zbierane w ramach całego systemu – i mam nadzieję, że ten system zostanie rozbudowany, i bardzo dobrze. Z mojego środowiska, Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, zresztą wspieramy to, co pani Krystyna powiedziała – edukacja jest najważniejsza. Ale interesuje mnie przede wszystkim, gdzie będą te dane i kto będzie je zbierał.

Mamy takie złe doświadczenia – już po moich włosach i siwej brodzie widać, że... Na początku, w latach 90., pan może jest za młody, pan nie pamięta, panie dyrektorze, ale była taka sytuacja, kiedy wprowadzaliśmy telefonię komórkową, to dane rozmów rządowych, parlamentarzystów tutaj, gdzie jesteśmy, nie były w Polsce – były gromadzone całkowicie gdzie indziej. Interesuje mnie właśnie, czy już o tym myślimy, bo to jest to, co pani przewodnicząca Komisji słusznie powiedziała – jest to jedna z ważniejszych rzeczy.

Dane, które będą gromadzone w ramach tych systemów, to będą przeogromne dane. Część z nich na pewno będzie służyła rozwojowi nauki, bo prawda jest taka, że z nich wiele rzeczy można wywnioskować – w jaki sposób większość tych chorób powstaje. Natomiast z drugiej strony może to zostać całkowicie negatywnie wykorzystane – powiedzmy to tak szczerze – nie przez pojedyncze osoby, tylko przez zorganizowane grupy przestępcze, które w jakiś sposób mogą wpływać, nie tylko korzystając z tych danych, ale tworząc systemy nawet takie... Dla bezpieczeństwa państwa. Nie ukrywam – nawet dla bezpieczeństwa państwa związane z pandemią czy tego typu rzeczami. To jest moje pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Ja wiem, że to, co pan powiedział, i słusznie, dotyczy wszystkich – od młodych pacjentów po tych 65+. Ale tam na końcu jest tylko taka krótka rzecz zawarta, ja nie bardzo tak to widzę. Ponieważ, jak państwo się pewnie orientujecie – a wy w MZ pewnie lepiej niż my – osoby 65+ to generalnie są choroby geriatryczne. A to jest coś takiego, że jak przychodzi taki pacjent – ma już 65–70 lat – to nie ma jednej choroby, on ma cały zestaw chorób. Tutaj, tak przynajmniej czytam z tego dokumentu – zresztą bardzo dobrze, że się państwo tym zajmujecie – brakuje mi tego elementu, który by przygotował coś takiego, że przychodzi pacjent, który może mieć 40 lat, ale najczęściej to są ci 60–70 lat, u którego ten zespół chorobowy jest począwszy od kardiologii, poprzez reumatologię i wszelkie inne rzeczy, a na końcu jeszcze demencja czy jakieś choroby otępienne. Tu jest problem – i tego mi brakuje. Czy o tym też myślicie? Bo może być taka sytuacja, że pacjent będzie doskonale zaopatrzony w oparciu o jeden przypadek chorobowy, ale ma jeszcze szereg innych rzeczy. Dziękuję, tylko te dwa pytania miałem.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Teraz pan Jerzy Płókarz. Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

Chciałbym zwrócić przede wszystkim uwagę na podstawowy aspekt i jednocześnie podziękować tutaj, panie dyrektorze, że używa pan prawidłowego określenia telemedycyna, a nie teleopieka, bo są to dwie różne rzeczy. Teleopieka powstała z firm, które usiłowały naśladować Sieć Życia stworzoną przez nas ponad ćwierć wieku temu. Jak dostali informację, że prosimy nie używać nazw zastrzeżonych dla Sieci Życia, czyli linia życia, opaska życia i tak dalej, to wymyślili sobie nazwę teleopieka. Jest to niebezpieczne, bo na przykład te opaski – pomiary są niewiarygodne.

Mam stanowisko MZ, że z uwagi na skalę występowania wątpliwości co do jakości pomiarów, Departament Innowacji MZ podjął decyzję o braku rekomendacji włączenia świadczeń z wykorzystaniem opasek do systemu powszechnej opieki medycznej. Bardzo słusznie, bo jest to niebezpieczne. My mamy takie przypadki, gdzie – można powiedzieć – jeżeli niepotrzebnie, zbędnie wywoła alarm i reakcję, to jest pół biedy. Ale mamy sytuacje takie, gdzie nastąpił skok ciśnienia tętniczego, a opaska pokazywała, że wszystko jest w porządku, i tylko dlatego, że osoba się jednak źle czuła, a chorowała już przez jakiś czas, postanowiła zmierzyć standardowym aparatem do mierzenia ciśnienia. Okazało się, że ciśnienie skoczyło pod sufit – i to już jest niebezpieczne, bo tamto generuje niepotrzebną reakcję ewentualnie pogotowia ratunkowego. To drugie jest wręcz niebezpieczne dla pacjenta.

Stąd też do pani prezes, Krysia kochana – nie, opaska życia to jest zupełnie co innego, to nie jest teleopieka. Dokładnie tak. Zgadza się i to, co powiedziała pani prezes – należy edukować. Należy uświadomić seniorów, że rozwiązania, które opracowuje choćby Telemedyczny Okrągły Stół w ministerstwie, są oparte o urządzenia certyfikowane, o odpowiedniej jakości i jest to bardzo potrzebne, ale jest to telemedycyna, opieka telemedyczna, a nie teleopieka, którą rozpowszechniono, i udają, że chiński gadżet doskonale zmierzy nadgarstkowo ciśnienie tętnicze. Wszyscy się uśmiechamy na tym.

Odnosnie do pozostałych – aplikacja. Aplikacji ludzie się boją. I słusznie, bo różne aplikacje, mamy różne doświadczenia. Nie będę wymieniał, prawda, gdzie tam recepty były rozsyłane przez aplikację, którą kiedyś ministerstwo wprowadziło. Już rozumiem, tego dawno nie ma, ale tak podpowiadam, że warto również przewidzieć logowanie się na stronę poprzez przeglądarkę, bo to jest ciągle najbezpieczniejsza forma. Nie instaluję nic w telefonie, nie mam obawy, czy z tego mojego telefonu wypływają jakieś informacje, czy nie. My akurat w Sieci Życia, ponieważ zajmujemy się bezpieczeństwem szeroko rozumianym, mamy wprowadzone do naszych komputerów zabezpieczenia interaktywne i widzimy, jak te programy chcą wysyłać w świat informacje, gdzie to idzie, to jeden Pan Bóg wie, bo informatycy też nie wiedzą. Stąd powiadomienie przez e-mail, ewentualnie SMS – jest to taka bezpieczna droga – i sprawdzanie informacji, logowanie się przez stronę internetową, bo jest to też takie bezpieczne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Bardzo proszę.

Prezes zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Marlena Kondrat:

Mówimy o edukacji, ale też powinniśmy wyjść od kampanii społecznych, które będą wprost informować, że jest taka możliwość, że na bieżąco idziemy do przodu w mediach publicznych. Bo nie wiem, czy ktoś z państwa słyszał o takich rozwiązaniach właśnie w telewizji, tam, gdzie najczęściej seniorzy są, i którą na co dzień oglądają. Więc to jest ta pierwsza rzecz.

Oprócz edukacji – przede wszystkim uświadamianie prostym językiem, bo mówiliście państwo też o dostępności i bardzo dobrze, że to wybrzmiało. Standardy w WCAG i te inne, ale jeżeli to nie będzie bardzo proste, intuicyjne, to też seniorzy będą od tego uciekać. Tak jak powiedział pan Jerzy – rzeczywiście wszyscy jesteśmy zmęczeni ilością aplikacji, a jak pokazują badania, seniorzy chętniej korzystają z laptopów tak na co dzień. Jeżeli będzie taka forma udostępniona, to na pewno będzie też większa preferencja do tego, żeby korzystać na co dzień.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Dziękuję. Tutaj też już zgadzam się całkowicie z tym, że seniorzy nie tyle się tylko boją aplikacji, ale czasem też ich nie mają, bo nie każdy senior ma smartfona. Znam całą masę seniorów,

którzy mają jeszcze tradycyjne telefony na klawisze. Oni się boją tych smartfonów w tym sensie, że z jednej strony słusznie przestrzegamy ich przed tymi wyłudzeniami i wiedzą o tym ci seniorzy, że ten klawisz jest po prostu znacznie bardziej bezpieczny. Ja bym tutaj przestrzegła przed podwójnym wykluczeniem, bo z jednej strony brak kompetencji cyfrowych, strach – słuszny strach – obawa przed tym, że jakieś nadużycie zostanie ich kosztem wykonane, bo z każdej strony słyszą o tych przestrożach.

A z innej strony nie mają tego sprzętu właśnie z tego powodu, że się boją go używać, bo się nasłuchali. Więc to jest takie podwójne wykluczenie, a oni dopóty, dopóki nie będą mieć tego nowoczesnego sprzętu – a nie będą mieli, bo nie będzie miał kto ich nauczyć – będą cały czas nieufni, bo słyszą zewsząd, że trzeba uważać, więc tych kompetencji nie będą mieli. To się wzajemnie wyklucza i to jest błędne koło. My też musimy w każdym z tych nowoczesnych rozwiązań zostawić sobie tę furtkę tradycyjną. Panowie o tym mówili, ja słyszałam. Ale chodzi o to, żeby edukować równolegle, czyli z jednej strony edukować tak, żebyśmy niwelowali ryzyko wyłudzeń, z drugiej strony stworzyli bezpieczną przestrzeń, gdzie oni mogą się tego nauczyć.

Te eFajfy to jest fajny pomysł, to się zgadzam, chociaż na różnego rodzaju turnusy wyjeżdża też określona grupa seniorów. Nie każdy senior tam jedzie, w związku z czym też się zawężamy tylko do tych takich najbardziej mobilnych czy jednak mimo wszystko sprawnych, których zdrowie pozwala na to, żeby w takim turnusie uczestniczyć.

Cały czas mam w tyle głowy, że to jednak jest dalej przestrzeń większa do nadużyć niż korzyść, którą mogliby odczuć seniorzy. Czyli nie jesteśmy jeszcze na tym etapie edukacyjnie, technologicznie, w kontekście zaufania, tak daleko, żeby móc z tego na szeroką skalę skorzystać. Ale to jest kwestia dla nas, że my musimy to przepracować i tak to przygotować, żeby to przyszłościowo było narzędzie do wykorzystania w dobrym tego słowa znaczeniu dla seniorów. Dziękuję.

Bardzo proszę, pan dyrektor.

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Postaramy się odnieść do wszystkich pytań i uwag. Bardzo dziękuję za nie. To mi tylko pokazuje, że jeszcze za słabo przygotowaliśmy materiał, bo tak naprawdę na każdy temat możemy podyskutować. Bardzo się cieszę, że tak różne tematy i tak ochoczo państwo je zgłaszacie.

Może zacznę od pytania pani Krystyny – telemedycyna czy ta wizyta telemedyczna, o której pani mówiła. Tak, rzeczywiście zauważyliśmy, że jest pewne wyzwanie związane z – ja to nazywam – standardem telemedycznym. To znaczy, dzisiaj jest on określony w formie rozporządzenia wyłącznie dla wizyt w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast ambulatoryjna opieka zdrowotna oraz ta, która nie jest finansowana z NFZ, dzisiaj jest niedookreślona w formie prawnej – jak wizyta telemedyczna powinna się odbywać.

Powiem państwu, że w związku z tym, że tak jest, mamy bardzo zaawansowane prace legislacyjne dotyczące rozporządzenia, które ma uregulować właśnie zasady udzielania świadczeń telemedycznych, niezależnie czy to w formie telefonicznej, internetowej, wideotelemedycyny. Mam nadzieję, że w ciągu najbliższych kilku miesięcy uda nam się je przepracować i tak naprawdę wejdą w życie. Ten standard był wypracowywany latami w ramach właśnie Telemedycznego Okrągłego Stołu – o którym słyszę, że pan Jerzy słyszał, nawet uczestniczył – a także tak zwanej Telemedycznej Grupy Roboczej. Mam nadzieję, że jak tylko... Oczywiście tak jak każde rozporządzenie ministra zdrowia będziemy konsultować publicznie, więc też państwa zachęcam do zwracania uwag w tym zakresie. Będziemy chcieli to uregulować w najbliższych miesiącach. Prace są mocno zaawansowane.

Jeżeli chodzi o terminy – pani wspomniała właśnie też o terminach, że termin jest dość odległy. Tak, to jest prawda, pewnie jest odległy w różnym zakresie dla różnych osób, dla różnych specjalizacji. Ale właśnie to, co chociażby centralna e-rejestracja zmienia, to jest dostępność terminów w ciągu najbliższych 40 dni. Teraz, mając możliwość wyszukiwania lekarza specjalisty – i wiem, że ciągle na razie w kardiologii, ale za chwilę będzie już dziewięć specjalizacji, a później będą kolejne – mamy możliwość zobaczenia, gdzie jest najbliższy wolny termin do tego kardiologa. Oczywiście być może to nie jest ten nasz wymarzony. Być może to nie jest wtorek po południu, ale jest. Więc dzisiaj, na chwilę obecną, w całej Polsce mamy 27 tys. wolnych wizyt do kardiologa, pierwszorazowych tylko. Widzimy to właśnie dzięki centralnej e-rejestracji.

Ktoś powie: „OK, ale to pewnie nie jest równo po województwach”. Nie jest, ale w każdym województwie jest co najmniej półtora do dwóch tysięcy takich wizyt. Więc dzięki tej technologii

jesteśmy w stanie nagle zmierzyć w ogóle, czy te wizyty są, czy ich nie ma, ile zostało odwołanych i tym podobne. Powiem więcej – jest tam zaprojektowany mechanizm tak zwanej poczekalni. To jest nowy mechanizm w polskiej ochronie zdrowia. On do tej pory nie występował...

Nie wszystko można napisać. Powiem jeszcze kilka innych rzeczy. Tak, przedmiotem posiedzenia miała być telemedycyna. Centralna e-rejestracja jest elementem umawiania się do lekarza. Tak jak mówię – na pewno, gdybym znał pytania, to byśmy to zawarli, ale chcę z państwem się podzielić tym, co jednak robimy.

Poczekalnia, o której wspomniałem, to jest mechanizm, który pozwoli w momencie, w którym zabrakłoby tych terminów w najbliższych 40 dniach – na razie jeszcze taka sytuacja nie wystąpiła, ale może wystąpić, więc na to jesteśmy gotowi – zapisać się do takiej właśnie poczekalni wirtualnej, w której to system będzie za nas dbał i przydzieli nam najbliższy możliwy termin, gdy tylko on się pojawi. Innymi słowy – jeżeli ktoś odwoła swoją wizytę, na przykład w moim IKP, a ona spełni wymagania kryteriów, żeby to było jakieś miasto, Warszawa, i dzielnica Mokotów, założmy, i ja odwołam, a pani była w poczekalni, bo nie było miejsca, to system automatycznie przydzieli pani ten termin. Oczywiście najpierw zapyta panią, czy pani chce tę wizytę. Więc to jest już taki element, który trochę wykracza poza samą telemedycynę, ale chcę też pokazać kierunek zmian – żeby ta dostępność rosła. Ona nie rośnie poprzez to, że nagle rozmnożyliśmy lekarzy czy daliśmy więcej lub mniej środków na ochronę zdrowia, tylko wykorzystamy te terminy, które po prostu mogłyby być nieużyte albo byłyby zmarnowane.

Idąc dalej – uniwersytet trzeciego wieku, biuletyn – tak. Zaraz dam też swój kontakt. Bardzo chętnie, to jest niesamowite. Miałem okazję, jeszcze pracując przy okręgowej izbie lekarskiej, współpracować z Klubem Lekarza Seniora i kilka wykładów dałem o nowej sztucznej inteligencji tym osobom, lekarzom, już emerytom. Byli zachwyceni – pisaliśmy razem piosenki, robiliśmy cuda ze sztuczną inteligencją. To są naprawdę bardzo fajne, także dla mnie osobiście, doświadczenia. Więc w tym zakresie absolutnie tak – czy osobiście, czy w formie departamentu, czy w ogóle MZ – zaangażujemy się i pomożemy, bo wiemy, że to jest z obopólną korzyścią, nawet taką, mówię, osobistą czasami. Nie wiem, czy odpowiedziałem na wszystko, pani Krystyno? To dziękuję, dobrze.

Następnie pan Zdzisław poruszył kwestię, gdzie będą dane. To ja bym nawet nie powiedział, gdzie będą, tylko gdzie są, bo dzisiaj – muszę państwu powiedzieć, pewnie państwo to wiecie – otrzymujecie na przykład recepty, być może korzystacie z e-skierowań, to te dane są już przetwarzane, one gdzieś istnieją. Tym miejscem jest właśnie Centrum e-Zdrowia. Jest to jednostka podległa ministrowi zdrowia, która działa wyłącznie w granicach prawa i dzisiaj wyłącznie na serwerach własnych, lokalnych.

Innymi słowy – jeżeli jest informacja, że na przykład zostało mi wystawione skierowanie lub recepta, to ta informacja jest przechowywana właśnie w tym miejscu. Centrum e-Zdrowia nie ma prawa ani możliwości przekazywania tej informacji poza przypadkami wskazanymi ustawowo albo w rozporządzeniach. Z tych danych nie korzystają koncerny, firmy, prywatne osoby ani instytucje trzecie, chyba że istnieje delegacja ustawowa – na przykład dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na potrzeby realizacji swoich celów. Ale to też nie jest tak, że to dostęp otwarty i ktoś sobie wchodzi i przegląda, co chce – to zawsze jest limitowane i zależne od konkretnego celu. Nie chcę powiedzieć, że w 100% przypadków, ale praktycznie w każdym są to dane pseudonimizowane, czyli nieprzekazywane są dane konkretnego pacjenta wprost, ale tak żeby nie można było go zidentyfikować.

O przeglądzie zespołu chorobowego, czyli o chorobach związanych z wielochorobowością – myślę, że są lepsi specjaliści ode mnie. Ja przede wszystkim zajmuję się nowymi technologiami w tym zakresie. Natomiast elementem, który mógłbym wskazać, na przecięciu tych obszarów, jest właśnie opieka koordynowana w ramach POZ. Wiem, że to nie obejmuje wszystkich obszarów, ale są te cztery podstawowe, które wiążą się z kardiologią, diabetologią, endokrynologią i pulmonologią. Te obszary nie zostały wybrane przypadkowo – to są te, które najczęściej występują populacyjnie. Z punktu widzenia projektowania koordynowanej opieki specjalistycznej zostały wybrane jako te, które obejmują zdecydowaną większość przypadków.

W ramach opieki koordynowanej pacjent w swoim POZ otrzymuje nie tylko indywidualny plan opieki medycznej, czyli powinien dokładnie wiedzieć, co, gdzie i kiedy się wydarzy, ale także opiekę koordynatora – pracownika tej poradni – który nie tylko pomoże go umówić, ale też wskaże i przypomni, co powinien zrobić, jakie badania wykonać i tak dalej. Opieka koordynowana działa już trzeci albo czwarty rok. Coraz więcej jednostek POZ do niej przystąpiło,

więc to na pewno jest element takiego bardziej przekrojowego dbania o wielochorobowość. Natomiast co do prawdziwej wielochorobowości, myślę, że powinien się wypowiedzieć ktoś z innego departamentu, bo ja sam nie jestem lekarzem – proszę mi wybaczyć – i wolałbym nie wchodzić w tematy medyczne.

Logowanie przez stronę internetową, tak? To tu na pewno sobie zanotowałem. Tak, wszystkie funkcjonalności mojego IKP, czyli aplikacji, którą można pobrać na telefon, są dostępne w ramach portalu pacjenta IKP – webowo, w przeglądarce internetowej. Powiem nawet więcej, ubolewałem ostatnio, że w przeglądarce jest więcej funkcjonalności niż w tej aplikacji mobilnej. Celem jest, żeby było to równoległe, żeby to samo było tu i tu, dokładnie, ale dzisiaj przewaga jest po stronie przeglądarki.

Jeżeli chodzi o elementy połączeń urządzeń – pan się powoływał na wytyczne Departamentu Innowacji, to jest była nazwa departamentu, którym ja dzisiaj kieruję, więc to, że się zmieniła nazwa, to nic nie szkodzi. Tak, oczywiście jesteśmy świadomi, że są różnego rodzaju urządzenia na świecie – te, które są certyfikowane jako wyrób medyczny, i one przeszły odpowiednią ścieżkę...

Nadużywać można w semantyce, natomiast to jest łatwe do sprawdzenia – albo ktoś ma certyfikat, albo go nie ma. To jest bardzo łatwo weryfikowalne.

Jest też szereg urządzeń, które nie są wyrobem medycznym wprost, co nie znaczy, że od razu muszą być odrzucone. Nawet najtańszy zegarek, który mierzy kroki, w jakiś sposób je mierzy. Profilaktycy, z tego, co wiem, mówią, że nawet jeżeli będzie błąd pomiaru, ale będziemy widzieć, że ktoś codziennie robi 4 tys. kroków – i nawet jeżeli to się pomyli o 10% albo 20%, czyli on zrobi nie 4 tys., tylko 3,6 tys. – to lekarz i tak widzi, że to jest osoba o jakiejś sprawności ruchowej, że ma jednak zdolność mobilną, ruchową. Jeżeli ktoś robi tych kroków wyjątkowo mało, to nieważne, czy będzie miał wyrób medyczny klasy 2A, czy będzie miał najtańszy zegarek za 500 zł – on i tak pokaże, że zrobił tych kroków 500.

Jesteśmy tego absolutnie świadomi, ale też nie chcemy dostosowywać rozwiązań technologicznych do poziomu informacji i do tego, co z nią zrobimy. Bo nawet jeżeli to nie będzie urządzenie medyczne, ale pokaże lekarzowi, że jest to osoba o małej ruchliwości, na przykład nie wychodzi w ogóle z domu, to jest bardzo cenna informacja dla lekarza. Natomiast oczywiście, jeżeli mówimy o nagłych wzrostach ciśnienia, o wahaniach glukozy czy innych rzeczach, to tu absolutnie nie ma mowy o zabawkach czy o niecertyfikowanych urządzeniach.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Tu warto, żeby nie znieczulać ludzi, bo niektórzy mogą nie odróżniać tego urządzenia mierzącego kroki, które jest wadliwe w jakimś sensie – bo nikomu się nic nie stanie od tego, czy ktoś zrobi 10 tys. kroków, czy 8 tys. – ale od tego, czy ktoś ma dobrze, czy źle zmierzony cukier, już tak. Więc o tym też warto mówić.

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Dlatego o tym, które urządzenia i w jaki sposób będą mogły się łączyć do domowej opieki medycznej, będzie decydowało Centrum e-Zdrowia, a nie producenci.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Bo my się w ogóle mierzymy z tym, że te chińskie zabawki zalewają rynek, udają prawdziwe urządzenia z certyfikatami i wygrywają bardzo silnie ceną – pozycjonują się cenowo. Potem trudno jest słabo wyedukowanemu seniorowi wytłumaczyć, że to jest do niczego niepotrzebny pseudogadżet, który niczego nie wnosi do jego pomiarów, ale jest silnie reklamowany i przez to ten senior ma nachalnie wtłoczone do głowy, że on jest na rynku... Od tego, który jest atestowany, certyfikowany i niestety znacznie droższy. Więc edukacja musi chyba tutaj wygrać.

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Tylko jeszcze było pytanie pani, która wyszła – to może odpowiem?

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

To proszę odpowiedzieć.

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Chodziło o te kampanie społeczne. Przede wszystkim w ramach centralnej e-rejestracji planujemy bardzo dużą kampanię społeczną. Ona jest przed nami. Centrum e-Zdrowia kończy procedury przetargowe właśnie związane z bardzo szeroką kampanią społeczną. Ona będzie działała na bardzo wielu obszarach – od takich najprostszych, związanych z ulotkami na przykład

w poradniach, aż po dotarcie telewizyjne. To przed nami, więc mam nadzieję, że być może jak się spotkamy za jakiś czas – za pół roku czy trochę później – to państwo ją zauważą i powiecie, czy była widoczna. Oczywiście robimy też, bez dużych i drogich kampanii, to, co możemy. Ja nawet półtora miesiąca temu byłem w TVP Info w programie właśnie dla seniorów i tłumaczyłem, jak działa centralna e-rejestracja. Potem przez półtorej godziny odbierałem telefony od widzów, którzy różne rzeczy mi opowiadali – nie zawsze związane z tematem, ale czasami tak. Więc zawsze można zrobić więcej.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

O co pytali? Jesteśmy ciekawi.

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Pytali właśnie, czy to jest tak, że teraz oni już nie będą mogli się inaczej zapisać, gdzie znaleźć tę aplikację. Jeden pan mówił, że ma niską emeryturę, ale to już nie było związane z... Więc tematy były różne, ale przede wszystkim o ten mechanizm działania centralnej e-rejestracji.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Mam jeszcze jedno zgłoszenie. Chciałam prosić pana Wojciecha Kałkusińskiego ze Stowarzyszenia MANKO o głos.

Członek stowarzyszenia MANKO Wojciech Kałkusiński:

Dziękujemy panu, że był pan uprzejmy do nas przybyć i nas mocno nasycić tymi nowymi informacjami. Bo choćby w kwestii IKP – wielu z nas korzysta, ale jak to zwykle pośpiech, pośpiech i pośpiech. Nie zawsze wszystko człowiek wydobędzie z tej strony IKP, prawda? Te wszystkie funkcje – skierowania, recepty i tak dalej, to są takie podstawowe. A pan mówił o czymś, co nam oczy otwiera, że są jeszcze nowe możliwości, nowe funkcje. Tutaj faktycznie tylko edukacja, jakieś informacje, jakieś wskazania proste, konkretne, bardzo przemawiające, żeby nie było to rozpląnięcie się w tekście. Bo naprawdę wiele osób nie może trafić do tego IKP ze względu na to, że tak – jest profil zaufany i są banki, jest mObywatel, jest dowód osobisty, ale nigdzie nie jest powiedziane, jak i którym sposobem dotrzeć do tego IKP. Ten, kto się łączy przez banki, to wiadomo, że tam może łatwiej, ale te wszystkie funkcje, te wszystkie możliwości wejścia na IKP stwarzają ludziom problemy. To trzeba jednak jakoś bardziej wymownie przedstawić.

Druga sprawa. Chcę zapytać, czy odnośnie do tej poczekalni – tych około 2 tys. pustych miejsc – jeśli na przykład będąc z Mokotowa, a jest wolne miejsce gdzieś tam na Ochocie, ale już w całkiem innej placówce, to czy te informacje, które lekarz po przyjęciu pacjenta wytworzy, będą miały możliwość przeniknięcia do stałej placówki, w której pacjent leczy się na co dzień? Czy jest to możliwe, żeby te informacje były przekazane z tej placówki, która udzieliła tej porady? Bo z tego, co do tej pory wiem, to tamten lekarz swoje dokumenty są gdzieś w innej placówce i później ten pacjent jest – można powiedzieć – taką zjawą w swojej placówce, że nie wiadomo, skąd on się wziął, nawet jeśli był gdzieś u jakiegoś lekarza, to nie wiadomo, skąd się wzięły jakieś tam zapiski. O to mi chodzi – żeby mieć pewność, czy za pacjentem dokumenty będą szły do jego placówki, w której leczy się na co dzień. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Jeszcze pani Barbara Ruszkowska-Gębka. Bardzo proszę.

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

Mam pytanie do pana dyrektora. Panie dyrektorze, proszę mi powiedzieć, czy dobrze zrozumiałam, że model opieki koordynowanej nie jest jeszcze wdrożony we wszystkich jednostkach POZ? Tak? Dobrze zrozumiałam? Jest napisane, że w ramach opieki koordynowanej wyznaczony dla danego pacjenta koordynator ustala terminy badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych. Czy pan dyrektor będzie uprzejmy powiedzieć mi w dwóch krokach, jak to praktycznie będzie wyglądało? Jestem z organizacji, która zrzesza 260 tys. członków – to jest dosyć istotne. To jest bardzo fajny model, tylko ja nie bardzo jestem w stanie sobie to wyobrazić, bo jeżeli się przychodzi do lekarza POZ, to on jednym palcem wklepuje dane – chodzi mi o wyniki badań – jednym palcem wielokrotnie wklepuje nazwę leku. Czy lekarze również będą musieli się edukować w tych programach, żeby to wszystko było kompatybilne? Nie wiem, czy pan dyrektor mnie rozumie.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Nie wiem, czy pani Barbara już skończyła.

Członek ZG PZERiI Barbara Ruszkowska-Gębka:

Tak, tak, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Jeszcze pan Jerzy prosił o głos. Króciutko, panie Jerzy, dobrze? I druga seria.

Prezes KSR SSR Jerzy Płókarz:

Właśnie pani Barbara mnie zainspirowała. Ja przypomnę naszą propozycję – ona częściowo została wdrożona i to w znacznym stopniu w prywatnych placówkach – a mianowicie takie zwiększenie, co najmniej podwojenie, liczby lekarzy w Polsce. W bardzo prosty sposób – asystent administracyjny czy asystent techniczny lekarza – lekarz bada, a asystent wypełnia dokumentację informatyczną. Lekarz tylko sprawdza, klepnie, zatwierdzi. My zrzeszamy lekarzy i nawet lekarze, którzy są na SOR, oceniają, że ten pomysł wcale nie jest głupi, bo wprawdzie on musi zatwierdzić zlecenie, ale nie musi go wpisywać. Więc może się w tym czasie zajmować pacjentem.

Lekarze, zwłaszcza ci starsi – a mamy dużo lekarzy już w wieku emerytalnym w Polsce, jak wiemy doskonale – twierdzą, że biurokracja informatyczna niestety zajmuje im nawet trzy czwarte czasu w trakcie wizyty. Czy jest szansa, żeby to wprowadzić? Bo jest niby ta sekretarka medyczna, ale chodzi o kogoś, kto będzie tę biurokrację załatwiał. Nie musi mieć wykształcenia medycznego, bo to może być osoba nawet ze średnim wykształceniem, a strasznie by zwiększyła się przepustowość badań, opieki. Lekarz może się zająć przynajmniej, co najmniej, dwa razy większą liczbą osób, jeżeli nie trzy-, czterokrotnie większą. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Dziękuję. Może zacznę od tych problemów z wejściem do aplikacji. To jest zawsze trudna decyzja, ponieważ im łatwiej nam jest wejść, tym też łatwiej – że tak powiem – zdewaluować to bezpieczeństwo, czyli ukraść tożsamość i zacząć coś robić. Z jednej strony możemy się zabezpieczać bardzo daleko, ale wtedy poziom wygody i jakości dla użytkownika maleje, a im jest nam łatwiej używać jakiegoś narzędzia, tym jego bezpieczeństwo maleje.

Więc rzeczywiście, tak jak w kilku wypowiedziach wcześniej odsyłałem i mówiłem, że najlepiej korzystać z oficjalnych kanałów – tak jak jest aplikacja, to my też czujemy i mamy takie poczucie, że ona jest stosunkowo bezpieczna. Wiemy też dlaczego – bo tam nie można się zalogować przypadkowym e-mailem i stworzyć sobie konta, tylko trzeba to potwierdzić choćby przez profil zaufany. Natomiast rozumiem, że pan nie postuluje zmniejszenia poziomu bezpieczeństwa, tylko właśnie, skoro jest tak bezpiecznie i tak musi być, to trzeba edukować, jak to zrobić. Absolutnie to rozumiem i kupuję.

Później było takie połączone pytanie trochę o poczekalni i dokumentach – to się nazywa interoperacyjność systemów, ale po kolei. Jeżeli chodzi o poczekalnię, to ona działa w ten sposób, że będzie nam szukała miejsca u lekarza według kryteriów, które jej zadaliśmy. Czyli jeżeli teoretycznie wybierzemy całą Polskę – to pewnie nie wejdziemy do poczekalni, bo termin gdzieś będzie. Natomiast jeżeli wybierzemy, że to ma być przy Noakowskiego 12 – mówię w cudzysłowie – czyli w danej poradni w Warszawie, na Mokotowie czy gdzieś, jak pan wspomniał, i to ma być na przykład poniedziałek po południu, i to ma być doktor Kowalski, to najprawdopodobniej on nie będzie miał terminów w ciągu najbliższych 40 dni.

Poczekalnia będzie działać tak, że jeżeli zwolni się u doktora Kowalskiego termin – we wtorek czy w ten poniedziałek po południu – to poinformuje pana o tym, że ten termin się zwolnił. Natomiast ona sama nie zmieni panu kryteriów, skoro pan je tak zadał – że ma być właśnie poniedziałek po południu i u Kowalskiego. To pan musi zmienić. Jeżeli pan zmieni i powie: „OK, to ja już może nie muszę być u Kowalskiego albo nie musi być w poniedziałek, mogę codziennie”, bo na przykład zmienił się panu kalendarz, to wtedy poczekalnia dalej będzie szukała według tych nowych kryteriów. Im bardziej zawężymy kryteria, tym szansa znalezienia terminu jest mniejsza – ale nie dlatego, że system nie chce, tylko dlatego, że tych terminów inicjalnie jest po prostu mniej. Natomiast jeżeli powiemy, że OK, jestem w Warszawie, mamy duże miasto, tych poradni jest więcej. I gdyby się zdarzyło, że dzisiaj nie uda się umówić,

to pewnie – ja myślę – nawet w ciągu paru godzin coś wpadnie, bo to jest duże miasto, zaraz ktoś odwoła i pan dostanie informację, że za chwilę albo na następne dni jest wizyta.

Natomiast co do tej drugiej części. Mamy już elementy tego systemu. Nie będę ukrywał, że elementy, a nie całość. Dzisiaj już nawet właśnie – znowu – w aplikacji mojeIKP możemy udostępnić swoją dokumentację medyczną swojemu lekarzowi POZ i wskazać ją do używania. Dlaczego to się nie dzieje z automatu i dlaczego to nie jest powszechne? Trochę z dwóch powodów. Pierwszy wynika z takich ograniczeń prawnych, które dzisiaj funkcjonują – to pacjent musi wyrazić swoją wolę udostępniania. Ale mógłbym sobie wyobrazić, że to prawo możemy zmienić i raczej – być może – w ogóle taka zmiana w myśleniu o dostępie i ratowaniu życia idzie w stronę tego, żeby pacjent wyrażał sprzeciw na udostępnianie, a nie zgodę za każdym razem.

Proszę sobie wyobrazić – zrobię dygresję, ale chcę się z państwem podzielić tematami, którymi się zajmujemy. Pracujemy nad czymś takim jak skrócona karta pacjenta. Co to jest za dokument? To będzie dokument, który będzie służył przede wszystkim ratownikom medycznym do ratowania naszego życia. Wyobraźcie sobie państwo dzisiaj, że jeżeli coś by się nam stało na ulicy i przyjeżdża karetka, to ten ratownik medyczny tak naprawdę nic o nas nie wie. On nawet nie wie, jak się nazywamy. Nie wie, jaką mamy grupę krwi, nie wie, czy jesteśmy na coś uczuleni i tak dalej. Oczywiście podejmuje próbę ratowania, tak jak potrafi i widzi, co się z nami dzieje. W sytuacji kryzysowej będzie za chwilę udostępniona właśnie skrócona karta zdrowia pacjenta.

To nie będzie cała nasza historia choroby, tylko podstawowe informacje o nas – o wszczepionych rozrusznikach serca, o alergiach, o rozpoznanych chorobach – po to żeby ratownik wiedział, że na przykład przy okazji nas jeszcze nie zabija, ratując nam życie. Proszę sobie wyobrazić teraz sytuację, że ten pacjent – często nieświadomy – miałby wyrażać na to zgodę. Ciężko sobie to wyobrazić, to jest nierealne. Więc z tych dobrych pobudek wydaje mi się, że w naszym systemie prawnym musimy przebudować to jednorazowe, za każdym razem wyrażanie zgody, a jednocześnie nie zapominać o ochronie danych, szczególnie tych najważniejszych, czyli o zdrowiu – właśnie w kierunku ewentualnego wyrażania sprzeciwu na udostępnianie. Czyli jeżeli ja jako obywatel nie będę chciał, żeby ten ratownik o mnie to wiedział, to jest mój osobisty wybór. Natomiast co do zasady w takich sytuacjach powinniśmy to umożliwiać.

To jest niesamowicie skomplikowana sytuacja. Zbieranie tych informacji z różnych podmiotów – które, proszę państwa, nie są państwowe w tym sensie, że my nie mamy nad nimi kontroli właścicielskiej, nie możemy komuś czegoś kazać, co najwyżej przez kształtowanie prawa oraz elementy techniczne przesyłania tych informacji pomiędzy nimi – powoduje, że ten system dzisiaj nie jest w pełni wdrożony. Wymaga to zaangażowania wielu stron i, mówiąc uczciwie, wielu środków finansowych, które te strony – głównie prywatne czy niezależne od MZ – powinny podjąć.

Budujemy elementy tego, czyli właśnie mamy już możliwość udostępniania informacji dla lekarza POZ. Dzisiaj bardzo mocno pracujemy nad tym, aby były realnie dostępne wyniki badań laboratoryjnych – również w aplikacji mojeIKP. Formalnie one powinny być. Wiele podmiotów tego nie spełnia, bo niby jest obowiązek prawny, ale jak nie ma sankcji, to się tego nie robi. Są też przesłanki organizacyjno-techniczne, wynikające z braku wspólnych słowników między laboratoriami, możliwości technicznych przesyłania, tego, kto powinien je przechowywać i tak dalej. Nad tym przede wszystkim pracujemy. Obawiam się, że to jeszcze chwilę zajdzie, bo to jest bardzo skomplikowana materia, ale na pewno w tym kierunku idziemy.

Przygotowanie wdrożenia pewnych obowiązków wynikających z rozporządzenia UE dotyczącego europejskiej przestrzeni danych medycznych, które jest sfazowane na wdrożenie między lata 2027–2031, też nas, na szczęście, zmusza do tego podejścia, o którym pan powiedział – że dane medyczne powinny iść za pacjentem. Ale nawet sama UE zauważyła, że to po pierwsze potrwa, a po drugie będzie kosztować. Więc mam nadzieję, że 2031 r. nastąpi niedługo i będziemy w takiej sytuacji, którą pan opisał.

Było pytanie o koordynowaną opiekę – jak to działa? Mamy taką sytuację, że powstaje indywidualny plan opieki medycznej w ramach koordynowanej opieki medycznej w POZ. Trzeba po prostu sprawdzić, czy mój POZ ma koordynowaną opiekę medyczną. Można to sprawdzić na stronie internetowej – teraz z głowy, proszę mi wybaczyć, nie podam jej nazwy – nawet na pacjent.gov.pl, czyli na tej naszej oficjalnej stronie. Można wyszukać sobie POZ, które realizują to świadczenie, bo to jest dodatkowe świadczenie – POZ nie miały obowiązku tego podpisać.

Członek ZG PZERiI Barbara Ruszkowska-Gębka:

To jest dodatkowe świadczenie?

Dyrektor departamentu MZ Łukasz Sosnowski:

Tak. POZ musiał podpisać dodatkowy kontrakt z NFZ na realizowanie koordynowanej opieki specjalistycznej. Wtedy rzeczywiście – jeżeli taki nasz POZ realizuje, a nawet jeżeli nie realizuje, to pewnie dobrze się przepisać do takiego, który realizuje – w ramach schorzeń związanych z kardiologią, diabetologią, endokrynologią czy pulmonologią lekarz powinien nas włączyć do koordynowanej opieki medycznej, wyznaczyć nam koordynatora, czyli trochę taką sekretarkę – że się tak wyrażę. Za to POZ otrzymuje dodatkowe wynagrodzenie. Ta osoba jest dodatkowo wynagradzana i ona właśnie powinna dbać o wyznaczanie nam kolejnych terminów badań, o to, żeby lekarz miał nasze wyniki badań, o to, żebyśmy się stawili na kolejnych wizytach, i opiekować się całym tym procesem leczenia. Indywidualny plan opieki medycznej na tym polega, że mamy rozpisane kolejne wizyty, kolejne badania i, co więcej, jest nam jeszcze o tym przypominane.

Chyba tak – ostatnie pytania. Trochę już zahaczyłem o tego koordynatora. Ja dla państwa w ogóle mam dobrą informację – generalnie mówimy, że w Polsce mamy mało lekarzy i to jest taka, bym powiedział, półprawda, a przynajmniej prawda czasu, ponieważ dzisiaj w procesie kształcenia lekarskiego jest tak dużo lekarzy, że w ciągu pięciu lat przegonimy średnią unijną, jeżeli chodzi o liczbę lekarzy na tysiąc pacjentów. Oczywiście ktoś by powiedział: „A, to oni wyjadą”. Nie wiem, może nie wyjadą.

Czyli z punktu widzenia kadry medycznej i takiej ogólnej liczby lekarzy naprawdę będzie coraz lepiej z każdym rokiem. Oczywiście pytanie jest kolejne – jakie oni specjalizacje wybiorą. Wiadomo, że pewnie lepiej, gdyby wybrali geriatrię niż dermatologię, ale to już kolejny wątek tej dyskusji.

Natomiast pytanie o to, czy byłaby taka możliwość, żeby lekarze mieli coś w rodzaju asystenta czy sekretarki medycznej. Powiem w drugą stronę – nie ma dzisiaj przeszkód, żeby nie mieli. Nie słyszałem i nie znam przepisu prawnego, który by im zabraniał. Natomiast nie wyobrażam sobie w drugą stronę sytuacji, żeby MZ miało nakazać posiadanie – bo dlaczego i jak? Ja osobiście prowadziłem podmiot leczniczy i moi lekarze pracowali w takich duetach, ale dlatego, że tak to zorganizowaliśmy. Na koniec dnia pewnie też mówimy o pieniądzach. Mówię jasno – nie ma dzisiaj przeszkód, żeby tak się działo. Koordynowana opieka medyczna po pierwsze pokazuje, że się da, ale dodatkowo też wynagradza i są na to środki. Koordynowana opieka medyczna jest nie tylko w zakresie AOS, ale też często w zakresie opieki szpitalnej, na przykład KOS-zawał. To jest taka koordynowana opieka w zawale, gdzie pacjent po zawale – i szpital, który do niej przystąpił – jest prowadzony przez rok po tym zawale w ramach wizyt współtowarzyszących oraz rehabilitacji pozawałowej. Tak więc to już się też dzieje.

Przewodnicząca poseł Ewa Kołodziej (KO):

Szanowni państwo, wiem, że mamy ograniczony czas ze względu na salę, więc chciałam państwu bardzo serdecznie podziękować za dyskusję. Oczywiście do tematu na pewno wrócimy. Będziemy do niego wracać z taką częstotliwością – myślę – co pół roku.

Stwierdzam, że podkomisja zapoznała się z informacją ministerstwa.

Życzę państwu dobrego popołudnia i do zobaczenia następnym razem. Dziękuję jeszcze raz pięknie. Wszystkiego dobrego. Dziękuję.