

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Senioralnej**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
PROBLEMÓW OSÓB STARSZYCH
Z OBSZARÓW WIEJSKICH
(NR 16)
z dnia 25 lutego 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej – podkomisji stałej do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich (nr 16)

25 lutego 2026 r.

Podkomisja stała do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich, obradująca pod przewodnictwem poseł **Lidii Burzyńskiej (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– **informację ministra zdrowia na temat dostępności środowiskowej opieki pielęgniarstwa na obszarach wiejskich.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Magdalena Kramska** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Magdalena Szymańska** radca w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Edmund Sęderowski** główny specjalista w Departamencie Transferu Wiedzy i Spraw Społecznych Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi oraz **Anita Richert-Kaźmierska** stały doradca Komisji.

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

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Szanowni państwo, bardzo serdecznie witam na 16. posiedzeniu podkomisji stałej do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich dzisiejszego dnia, 25 lutego bieżącego roku.

Proszę państwa, otwieram 16. posiedzenie.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam również przybyłą na dzisiejsze posiedzenie panią Magdalenę Kramską, zastępcę dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia – witam bardzo serdecznie. Jest również z nami pani Magdalena Szymańska, radca w Departamencie Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, i pan Edmund Sęderowski, główny specjalista z wydziału zabezpieczenia społecznego w Departamencie Transferu Wiedzy i Spraw Społecznych w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi – witam bardzo serdecznie. Oczywiście witam bardzo serdecznie panią stałą doradcę, wierną i aktywną.

Szanowni państwo, na dzisiejsze posiedzenie zaplanowaliśmy rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności środowiskowej opieki pielęgniarstwa na obszarach wiejskich. Proszę państwa, zatem bardzo proszę panią Magdalenę Kramską, zastępcę dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, o przedstawienie informacji na temat dostępności środowiskowej opieki pielęgniarstwa na terenach wiejskich. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Magdalena Kramska:

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, w kontekście przedstawienia informacji ministra zdrowia na temat dostępności środowiskowej opieki pielęgniarstwa na obszarach wiejskich chciałabym przekazać państwu te informacje w usystematyzowany sposób. Obszary, które przyjęliśmy dla potrzeb opracowania tej informacji, dotyczą w pierwszej kolejności organizacji udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. W drugiej kolejności chciałabym przekazać państwu informacje dotyczące realizacji już tych świadczeń na rzecz osób 60+. W trzeciej kolejności chciałabym powiedzieć o miejscu w systemie, w którym znajdują się działania w tym obszarze w kontekście priorytetu dla systemu ochrony zdrowia.

Odnosząc się do kwestii organizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki POZ, należy wskazać, że pacjenci, którzy mają prawo do świadczeń gwarantowanych realizowanych przez pielęgniarkę POZ, mogą oczekiwać świadczeń w następujących zakresach. Jest to wizyta realizowana w domu świadczeniobiorcy, jeżeli jest to uzasadnione

medycznie. Jest to wizyta realizowana ambulatoryjnie w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych czy systemów łączności. Jest to wizyta patronażowa, testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej. To oczywiście wykracza poza zakres skierowany do grupy 60+, o której mówimy. Są to świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy, świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia. Jest to nowe świadczenie, które funkcjonuje od 2025 r., czyli „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, porada realizowana analogicznie jak w przypadku wizyty w warunkach ambulatoryjnych w kontakcie bezpośrednim lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych czy systemów łączności i porada realizowana w domu świadczeniobiorcy, jeżeli jest to uzasadnione medycznie.

Dla wyżej wymienionych świadczeń opracowane zostały również szczegółowe warunki ich realizacji. Kluczowym warunkiem realizacji tych świadczeń jest zapewnienie dostępności do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku w godzinach między 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy danego świadczeniodawcy. Kolejnym kluczowym warunkiem jest udzielanie świadczenia w dniu zgłoszenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta, a w pozostałych przypadkach na podstawie zakresu zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej – najczęściej jest to termin uzgodniony z pacjentem. Trzeci warunek realizacji to jest realizacja na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania zgodnie z terminem, który został wskazany w tym zleceniu lub skierowaniu przez lekarza.

Dodatkowo sposób realizacji tych świadczeń, czyli jeszcze dodatkowe uszczegółowienie, znajduje się w dokumentach wydawanych już poza rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych, czyli w zarządzeniu prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który wskazuje, że nowe miejsca udzielania świadczeń właśnie dla podstawowej opieki zdrowotnej, w tym właśnie w zakresie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki POZ, czy nowe świadczenia, nowe kontrakty mogą być zawierane w trybie ciągłym w trakcie całego roku kalendarzowego. Decyzje o rozpoczęciu tej działalności na danym obszarze podejmowane są w sposób dowolny przez podmiot leczniczy, pozostając w jego wyłącznej gestii.

Dodatkowo oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia udzielają wszelkich informacji czy wyjaśnień dotyczących sposobu, możliwości zawarcia umów w trybie ciągłym, w tym koniecznych do spełnienia warunków formalnych, jak i możliwości rozszerzenia zakresu terytorialnego udzielania świadczeń. Zgodnie z obowiązującymi również w Narodowym Funduszu Zdrowia dokumentami stosowane są rozwiązania przewidziane w art. 10a ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, które umożliwiają przekazanie deklaracji wyboru świadczeniobiorców innemu świadczeniodawcy POZ w sytuacji, gdy dotychczasowy podmiot zaprzestaje udzielania świadczeń. Jest to rozwiązanie, które ma na celu zapewnić ciągłość i stabilność dostępu do świadczeń w sytuacjach, kiedy na przykład umowa zmienia się lub wygasa, na przykład w związku z przejściem na emeryturę, tak aby ta opieka była dostępna dla wszystkich pacjentów.

Jeżeli chodzi o kwestie dotyczące już realizacji świadczeń przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz tej grupy pacjentów, to w informacji, którą przekazywaliśmy państwu pod koniec zeszłego roku, były zestawione dane statystyczne, które pozwolę sobie tutaj bardzo krótko przypomnieć. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności, która zamieszkuje obszary gmin wiejskich oraz obszary wiejskie w gminach miejsko-wiejskich, na koniec 2024 r. wynosiła ponad 3 mln. Liczba złożonych deklaracji to było 2 mln 200 tys. Szczegółowe informacje zostały zawarte właśnie w poniższych tabelach. Jak widzimy, są województwa, gdzie ten odsetek jest na dość wysokim poziomie, można powiedzieć, że prawie zadowalającym, jak na przykład województwo śląskie czy województwo świętokrzyskie, gdzie udział procentowy liczby deklaracji do liczby ludności wynosi 85,5%. Natomiast są też województwa, w których ten odsetek jest niestety trochę niższy.

Jeżeli chodzi o łączną liczbę świadczeniodawców realizujących umowy, według stanu na koniec czerwca 2025 r. liczba ta wynosiła blisko 3 tys. Też możecie państwo zauważyć, że te dane liczbowe prezentują się odmiennie dla poszczególnych województw. Widzimy odpowiednio wysokie liczby, jeżeli chodzi o województwo małopolskie czy mazowieckie, z pewnymi niedociągnięciami w województwach takich jak lubelskie czy podlaskie, gdzie te liczby są stosunkowo niższe.

W okresie od 1 stycznia 2024 r. do 30 czerwca 2025 r. sprawozdano łącznie ponad 362 tys. porad pielęgniarki POZ udzielanych na terenach wiejskich, co też zostało zaprezentowane szczegółowo w załączonej tabeli w tej informacji z pełnym okresem sprawozdawczym dla

całego 2024 r. i dodatkowo dla pierwszej połowy 2025 r. Znowu jesteśmy tutaj w stanie zaobserwować pewne rozbieżności pomiędzy województwami, jeżeli chodzi o liczbę udzielonych i sprawozdanych świadczeń.

Łączna liczba personelu pielęgniarskiego, która została zgłoszona do umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na koniec 2024 r., wynosiła 8,5 tys., natomiast na koniec czerwca 2025 r. odnotowaliśmy bardzo niewielki spadek – 8426, przy czym godziny pracy były też odpowiednio nieznacznie mniejsze dla pierwszej połowy 2025 r. Szczegółowe dane z rozbićciem na poszczególne województwa, jeżeli chodzi o liczbę personelu, czyli pielęgniarek, w 2024 r., w 2025 r., również z tygodniowym wymiarem pracy, zostały zaprezentowane w przekazanej państwu tabeli.

Jeżeli chodzi o mechanizmy, które zostały wypracowane w systemie, ale też szczegółową analizę dostępności tych świadczeń na obszarach wiejskich, to należy wskazać, że w przypadku gdy w danej gminie nie ma świadczeniodawcy, który mógłby udzielać świadczeń, co do zasady te świadczenia powinny być udzielane przez świadczeniodawcę z gminy ościennej. Takie przykłady znajdujemy w województwie lubelskim, gdzie w pięciu gminach nie ma miejsc udzielania świadczeń w zakresie pielęgniarstwa POZ, co – należy to podkreślić – stanowi niewielki odsetek wszystkich miejsc udzielania świadczeń. W dwóch gminach, Jarczów i Krynice, znajdują się wyłącznie miejsca udzielania świadczeń. Są to filie świadczeniodawców z zakresem lekarza POZ, przy czym dostęp do świadczeń pielęgniarstwa POZ zapewniony jest w głównym miejscu, to jest w Tomaszowie Lubelskim. W dwóch gminach, Jabłoń i Sosnowica, znajdują się wyłącznie miejsca udzielania świadczeń, znowu filie świadczeniodawców z zakresem lekarza POZ, a dostęp do pielęgniarstwa POZ zapewniony jest w głównym miejscu, to jest w Parczewie. W gminie Hanna miejsce udzielania świadczeń – to jest znowu filia w zakresie pielęgniarstwa POZ – zostało zamknięte z dniem 30 września 2025 r., ale dostęp do świadczeń pielęgniarstwa POZ zapewniony jest w głównym miejscu, to jest we Włodawie. Podobnie jest w województwie lubuskim, gdzie pielęgniarstwo podstawowej opieki zdrowotnej udzielająca świadczeń m.in. dla mieszkańców gminy wiejskiej Bobrowice zrezygnowała z realizacji umowy z dniem 31 sierpnia 2023 r. Liczba deklaracji wyboru do tej pielęgniarstwa według stanu na dzień 1 sierpnia 2023 r. wynosiła 1699 deklaracji. Mając tutaj na uwadze szczególną specyfikę terenu, znaczne odległości do podmiotów zapewniających świadczenia pielęgniarstwa POZ, lubuski oddział wojewódzki NFZ zwrócił się do świadczeniodawców realizujących ten zakres świadczeń o współpracę w tej sytuacji i przyjmowanie czy przejmowanie deklaracji pacjentów.

Brak zakontraktowanych miejsc udzielania świadczenia pielęgniarstwa POZ w gminach wiejskich na obszarze województwa mazowieckiego odnotowano w przypadku Ciechanowa, Łaskarzewa, Mińska Mazowieckiego, Płońska i Przasnysza. Co ważne i należy podkreślić, wszystkie gminy sąsiadują bezpośrednio z odpowiadającymi im gminami miejskimi, w których te świadczenia zostały zabezpieczone. Odnosząc się do tego, że jest to obszar szczególnie istotny i stanowi on priorytet działania w systemie ochrony zdrowia, należy odnieść się do „Krajowego planu transformacji”, który jest takim strategicznym kierunkiem, który system powinien realizować w swoich działaniach. Należy podkreślić, że właśnie w „Krajowym planie transformacji” został wyodrębniony rozdział dotyczący podstawowej opieki zdrowotnej w działaniu 2.4.5 – „Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w celu zabezpieczenia obszarów nieobjętych POZ” i to się realizuje przez wsparcie małych, wiejskich świadczeniodawców POZ celem zapobiegania właśnie takim białym plamom w ramach dostępności podstawowej opieki zdrowotnej. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowy o udzielanie świadczeń w tym zakresie z każdym świadczeniodawcą, który spełnia warunki wymagane do realizacji tych świadczeń.

To, co już było przez nas zasygnalizowane, ale warto jest powtórzenia – świadczeniodawca może złożyć wniosek o zawarcie takiej umowy w dowolnym momencie w roku. Ponadto świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń w swoich filiach, mogą również udzielać ich w wybranych dniach i godzinach zgodnie z przyjętym harmonogramem w czasie krótszym niż ten przewidziany co do zasady, czyli między godziną 8.00 a godziną 18.00. Warunek ten ma sprzyjać temu, abyśmy właśnie zapewnili na tych obszarach ten dostęp tak, aby można było skutecznie eliminować te białe plamy z systemu. Na dzień dzisiejszy to zadanie w dalszym ciągu posiada status zadania w trakcie realizacji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo pani zastępcy dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia za przedstawienie wcześniej przesłanej każdemu członkowi podkomisji informacji z zestawienia. Proszę tego nie przyjmować do siebie, bo reprezentuje pani Ministerstwo Zdrowia, ale przysłuchując się pani wypowiedzi i tym materiałom, które zostały nam przedstawione, rzec by się chciało, nie mając w ogóle do czynienia z realnym funkcjonowaniem opieki podstawowej, czyli POZ, jeżeli chodzi o świadczenia pielęgniariek, można by było powiedzieć, że jest naprawdę super. Możemy się cieszyć. Sprostaliśmy temu wyzwaniu, jakim jest opieka nad seniorami z terenów wiejskich.

Szanowna pani dyrektor, realia są troszeczkę inne, ponieważ statystycznie wypada to dość dobrze. Niemniej jednak mam taką wątpliwość. Ta wątpliwość nie jest podyktowana absolutnie żadnymi podtekstami. Ta wątpliwość jest podyktowana autentycznie rozmowami, jeżeli chodzi o pielęgniarki, które świadczą te świadczenia podstawowej opieki w POZ, jak również i kierowników tych ośrodków. Już wyjaśniam dlaczego. Pani przedstawiła nam szereg działań, siedem, wykluczając w tym jedno, bo jest to świadczenie, jeżeli chodzi o małe dzieci. W jaki sposób mogą być realizowane te świadczenia? Oczywiście od 8.00 do 18.00, szybciotko, w każdym jednym momencie, czyli to tak jakby była taka hierarchia. Jest potrzebujący, lekarz daje skierowanie, pielęgniarka natychmiast, nie wiem, wsiada, mówiąc tak kolokwialnie, na koń i już jest u potrzebującego pomocy seniora. Proszę pani, tak do końca nie jest. To nie jest podyktowane niechęcią pielęgniarek świadczących tego typu usługi. To nie jest podyktowane złośliwością ośrodków, tylko przede wszystkim ilością podopiecznych a kadram, którą dysponuje dany ośrodek POZ na terenach wiejskich. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Mam do pani pytanie. Na czym polega to nowe świadczenie, które jest realizowane, a ujęte jest w tym wykazie „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”? Idąc dalej, mam pytanie. Jakie badania są tutaj serwowane potencjalnym nabywcom tego świadczenia, których nie może przepisać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej? Co to takiego jest ten nowy program, który bez wątpienia pochłania szereg funduszy na jego realizację, a według mojej wiedzy nie przynosi takich rezultatów. Inaczej mówiąc, wprowadza nowe działanie, którym statystycznie możemy się pochwalić, natomiast w realistycznym funkcjonowaniu jest tylko i wyłącznie wydatkowaniem funduszy na prowadzenie tego programu, co można by było zrealizować w ramach wizyty u lekarza pierwszego kontaktu. Te dane, te wszystkie świadczenia, które są realizowane – mam wątpliwości, czy one statystycznie są...

Pani tutaj ujawniła białe plamy. Tych białych plam jest zdecydowanie więcej. W jaki sposób państwo macie informacje, jak to się odbywa? Wymieniła pani na przykład województwo śląskie. Tak, bo to po mazowieckim jest najbardziej liczne procentowo województwo zamieszkałe w skali całego kraju, tym samym również jest i duży odsetek seniorów. Na jakiej... Co spowodowały... Jakie dane... Albo inaczej. Skąd pozyskaliście państwo te dane, że właściwie w województwie, w którym mieszkam, powinna być bardzo dobra obsługa świadczeń POZ przez pielęgniarki.

To może na tyle. I jeszcze jedno. Informując nas o tym „Krajowym planie transformacji”, pani tutaj m.in. powiedziała, że to jest zaplanowane. Są jako priorytet działania wzmocnienia opieki na terenach wiejskich w celu zabezpieczenia nieobjętych POZ przez wsparcie małych, wiejskich świadczeniobiorców. Prosiłabym o takie mocniejsze, konkretne sprecyzowanie, na czym to polega, pomijając zapis, który wygląda, brzmi pięknie, chyba że on będzie tak jak w większości – na etapie wdrażania, przemyślenia, działania, ale w przyszłości. To tak na wstępie.

Chcę powiedzieć jeszcze jedną rzecz. Bardzo się cieszę – i tutaj kieruję słowa do pani poseł wiceprzewodniczącej – że działalność i tej podkomisji, i Komisji Polityki Senioralnej, która już jak jestem parlamentarzystą, od 2015 r., pokazuje, że zainteresowanie seniorami odbywa się w realny sposób... Rzeczywistość jest rzeczą nadrzędną, ponieważ spowodowaliśmy naszymi działaniami, naszymi posiedzeniami, naszymi dociekliwościami, jeżeli chodzi o sposób działania, że odstępujemy od statystyk i uświadamiamy, że nawet gdybyśmy jej nie chcieli, jest różnica między mieszkaniem w wielkich ośrodkach, czyli ta dyfuzyjność na rzecz tego równomiernego rozwoju, czyli traktowania tych ludzi z terenów wiejskich... Zresztą było bardzo dużo mądrych wypowiedzi na posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej, która również opiewała to zagadnienie. To tyle.

Bardzo proszę. Kto z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę panią stałą doradcę.

Stały doradca Komisji Anita Richert-Kaźmierska:

Jeżeli można, pani przewodnicząca była uprzejma powiedzieć, że te statystyki są dość optymistyczne. Muszę powiedzieć jako badaczka, że taka nawet pobieżna analiza tego... Te statystyki mnie przytłoczyły.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

W niektórych województwach. Tego nie powiedziałam.

Stały doradca Komisji Anita Richert-Kaźmierska:

Mnie one osobiście bardzo przytłoczyły. Ta informacja, że w ogóle są gminy, w których ta opieka jest niedostępna, to jest alarmujące czerwone światło, które powinno nam się świecić. Wydaje się, że ta podkomisja jest kontynuacją posiedzenia, które właśnie się zakończyło. Mówiliśmy o profilaktyce, o programach lekowych. Skoncentrowałam się też tam na profilaktyce. Wydaje się, że ta opieka pielęgniarstwa bardzo silnie wpisuje się w cały ten proces działań o charakterze profilaktycznym i tego leczenia, które nie wymaga leczenia szpitalnego. Sama informacja, że tych pielęgniarek, mówiąc wprost, nie ma, są niedostępne w całej gminie, to jest absolutnie dramatyczna sytuacja, jeżeli chodzi o zaopiekowanie osób starszych. Pani dyrektor była uprzejma powiedzieć, że te zmiany ilościowe w tych statystykach, te wielkości tutaj nieznacznie się różnią. Jeżeli chodzi o tygodniowy wymiar godzin pracy, to mamy różnicę 10 tys. godzin. To jest znacząca ilość, zakładając, że liczba osób starszych wymagających wsparcia w miejscu zamieszkania systematycznie rośnie. Możemy mówić – i też o tym powiedziała pani przewodnicząca – że odchodzimy już od statystyk i mówimy o konkretnych sytuacjach życiowych. Sytuacja jest bardzo prosta. Senior potrzebuje wykonać badania laboratoryjne, aby pójść na jakąś wizytę, aby zdiagnozować chorobę. Mamy seniora z ograniczeniami samodzielności na obszarach wiejskich. Jest pytanie, czy mamy go transportować 30 km do punktu pobrań przy założeniu, że jeżeli będziemy go transportować na czczo, bez podania leków, to nawet gdyby samorząd oferował ten transport, o którym też przed chwilą rozmawialiśmy z panią poseł, to sami sobie jako opiekunowie, ale przede wszystkim temu seniorowi robimy ogromną krzywdę. On nam za chwilę zasłabnie. On ma wtedy ograniczoną odporność. Oczywiście ta pielęgniarka środowiskowa powinna przyjechać, pobrać mu ten materiał do badania i oczywiście ewentualnie potem będzie wizyta już z gotowymi wynikami.

Okazuje się, że tych pielęgniarek nie ma. Jeżeli ja patrzę, że w całym województwie zachodniopomorskim mamy 97 pielęgniarek środowiskowych, a ponad 70 tys. seniorów – nie mówiąc o tym, że pielęgniarki środowiskowe nie obsługują tylko osób starszych, obsługują wszystkich mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, bo tak tutaj sobie zaznaczyłam – to rzeczywiście dostępność tej pielęgniarki jest bardzo ograniczona. Jeżeli mówimy o miastach... Rozmawiałam tuż przed tym posiedzeniem z jedną z naszych pomorskich pielęgniarek, co prawda opieki długoterminowej – mamy problem w województwie pomorskim z długoterminową opieką pielęgniarstwa, szczególnie na obszarach wiejskich. Myślę, że to jest wyzwanie wszystkich województw. Myślę, że to samo dotyczy POZ tej opieki środowiskowej, ponieważ o ile na obszarach miejskich mamy nawet tych 6 czy 7, 10 pacjentów w jednym bloku, o tyle na obszarach wiejskich te odległości to są 20–30 km, a stawka za świadczenie nie obejmuje dojazdów.

Wobec czego rzeczywiście tych wyzwań jest wiele. Myślę, że tu nie możemy mówić o tym, że jesteśmy w dobrym miejscu. Mamy naprawdę bardzo dużą pracę do wykonania. Pielęgniarka powinna rzeczywiście tego pacjenta w starszym wieku, chorującego... To jest ta pierwsza siła czy ten pierwszy ogląd przed wizytą u lekarza. Rzeczywiście tu potrzebujemy tych rozwiązań systemowych, a te dane mnie osobiście naprawdę bardzo mocno zmartwiły. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z państwa? Nie. Natomiast jeszcze tylko tak uzupełniając pani wypowiedź – tak, zgadzam się z panią i dziękuję za ten głos, który wybrzmiał zdecydowanie bardziej realistycznie niż moja wypowiedź. Chciałam tylko podkreślić, że jest takie powiedzenie, że papier przyjmuje wszystko. Statystyka przedstawiona na przestrzeni, powiedzmy, dwóch, trzech lat może procentowo iść do góry, ale nierównomiernie, jeżeli chodzi o te świadczone usługi. Musimy pamiętać, że w ośrodkach POZ na terenach wiejskich ta pielęgniarka, która również świadczy te usługi, dojeżdżając do pacjenta, obsługuje tak naprawdę ośrodek zdrowia, jeżeli chodzi o porady, o wizyty na miejscu. Tak że to jest ta rzeczywistość, która nie wybrzmiewa na papierze.

Bardzo proszę panią dyrektor o udzielenie nam odpowiedzi. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Magdalena Kramska:

Szanowne panie, bardzo dziękuję za te pytania. To są oczywiście kwestie, które też po naszej stronie zostaną wzięte pod uwagę przy pracach nad tym obszarem. Te prace toczą się w sposób ciągły w kontekście przemyślenia, rozważenia sposobu, jak możemy odnieść się do tych problemów, które panie przedstawiłyście i które są identyfikowane w systemie.

Odpowiadając na pytania, które zostały do nas skierowane, chciałabym powiedzieć, zaczynając być może od programu czy świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”. Myślę, że to jest taki temat, który dosyć dobrze wpisuje się w tematykę zabezpieczenia świadczeń dla osób powyżej 60. roku życia, dlatego że zarówno bilans osoby dorosłej, jak i opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej miały przede wszystkim odpowiadać na potrzeby pacjentów z wielochorobowością, z chorobami przewlekłymi. Więc w sposób naturalny możemy przyjąć, że przede wszystkim będzie to dotyczyło... Albo inaczej, może nie przede wszystkim będzie to dotyczyło, ale wśród tej grupy pacjentów, której te narzędzia dotyczą, znajdziemy w większości osoby powyżej 60. roku życia. Ten program „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” miał stanowić właśnie pewnego rodzaju systemowe podejście do profilaktyki chorób przewlekłych, do promocji zdrowego stylu i sposobu życia. Celem tego świadczenia jest zbudowanie modelu opieki kompleksowej również w odniesieniu do profilaktyki, która zapewniałaby równy dostęp dla każdego w podstawowej opiece zdrowotnej w kontekście identyfikacji czynników ryzyka, wczesnego wykrywania schorzeń, które w następstwie mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Tutaj też odzwierciedleniem tego jest czas, w jakim mogą być wykonywane te badania dla grupy powyżej 50. roku życia – nie częściej niż raz na trzy lata, gdzie w tej grupie poniżej 50. roku życia ten bilans jest wykonywany nie częściej niż raz na pięć lat. Oczywiście realizatorami programu „Moje zdrowie” są świadczeniodawcy POZ, więc jest to obok opieki koordynowanej pewnego rodzaju odpowiedź na potrzeby pacjentów z chorobami przewlekłymi, z wielochorobowością, w tym także dla grupy osób powyżej 60. roku życia.

Program zawiera element ankiety, którą można wypełnić również za pośrednictwem środków elektronicznych. Biorąc pod uwagę, że to są czasami albo często osoby wykluczone, jeżeli chodzi o narzędzia cyfrowe, to jest możliwość wypełnienia tej ankiety drogą tradycyjną. Na podstawie tej ankiety lekarz ocenia, w jakim kierunku powinna zostać przeprowadzona pogłębiona diagnostyka. Wtedy możemy zaproponować takiemu pacjentowi bardziej zindywidualizowany sposób leczenia i nadzoru, który również jakby nie sprowadza się tylko do wykonania pewnego badania i odesłania później pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze skierowaniem, tylko przejęcia opieki w sposób kompleksowy nad tym pacjentem, ewentualnie z wykorzystaniem konsultacji ze specjalistami w tym miejscu w systemie, które powinno być dla niego najbliższe, czyli w podstawowej opiece zdrowotnej.

Odnosząc się do pytania, które dotyczyło liczby świadczeniodawców versus liczby świadczeniobiorców i też w kontekście tego, jak opracowaliśmy te białe plamy – to też należy rozróżnić, że czym innym są warunki, które są opisane w systemie, które warunkują możliwość wykonywania czy udzielania takiego rodzaju świadczeń, a czym innym jest dostępność w tym zakresie. To są jakby dwa zagadnienia, które należy rozpatrywać obok siebie. Oczywiście najlepiej by było, i to jest też dążeniem systemu, żeby warunki, które zostały zbudowane dla świadczeń gwarantowanych, były wykonywane w taki sposób, żeby dzięki nim zapewniać jak najszerszą dostępność. Ale to, że warunki są skonstruowane tak a nie inaczej, czyli tak jak powiedziałam, że godziny na przykład co do zasady powinny być między 8.00 a 18.00, to też nie znaczy, że równa się to dostępności. Te białe plamy zostały opracowane na podstawie tego, gdzie pomimo tego, że te warunki są sformułowane w taki a nie inny sposób, mimo wszystko nie jesteśmy w stanie na miejscu zabezpieczyć tej dostępności. Czyli w danej gminie czy na danym obszarze nie mamy dostępu na przykład do pielęgniarki POZ i dlatego musimy wykorzystywać świadczeniodawców, którzy znajdują się w gminach ościennych. To są dane, które pozyskaliśmy z Narodowego Funduszu Zdrowia, z oddziałów wojewódzkich. One dotyczą zakontraktowania świadczeń dla danych obszarów. Na podstawie tej analizy staramy się prowadzić te działania w taki sposób, aby wyrównywać ten dostęp i gwarantować systemową możliwość tego, aby każda osoba mogła mieć dostęp do tych świadczeń jak najbliżej swojego miejsca zamieszkania i w sposób jak najmniej dla niej uciążliwy z jednej strony, ale też gwarantujący jej odpowiedni poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

Takim narzędziem jest ten „Krajowy plan transformacji”. Skorzystałam z okazji i otworzyłam sobie fiszkę dla tego projektu. Projekt jest realizowany od 2021 r., będzie realizowany co do zasady w perspektywie do 2027 r. Jeżeli chodzi o ten projekt, głównym źródłem finansowania

są fundusze europejskie w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko. Jeżeli chodzi o kwotę, to jest ponad 1 mld zł. Wskaźniki realizacji, które zostały przyjęte, żeby zmierzyć, czy udało nam się zrealizować ten priorytet systemowy, to jest liczba pacjentów na listach aktywnych świadczeniodawców POZ na obszarach wiejskich – to są gminy wiejskie i miejsko-wiejskie – i liczba powstałych dodatkowych miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ na obszarach wiejskich o małej gęstości zaludnienia. W momencie, kiedy pogłębimy tę wiedzę i przejdziemy na stronę Narodowego Funduszu Zdrowia, bo on jest realizatorem tego zadania, to możemy odnaleźć informacje, że są to przede wszystkim kwestie dotyczące środków inwestycyjnych realizowanych w formule grantowej. Możliwość skorzystania z tych grantów jest skierowana do wszystkich podmiotów, które wykonują działalność leczniczą, posiadają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Grantobiorcą może zostać podmiot, który wykonuje działalność właśnie zgodnie z tymi warunkami, które zostały rozpisane w aktach wykonawczych. Wsparcie placówek podstawowej opieki zdrowotnej w tym zakresie dotyczy na przykład zakupu sprzętu medycznego i wyposażenia wspomagającego proces udzielania świadczeń zdrowotnych, sprzętu i oprogramowania teleinformatycznego, a także wykonania robót budowlanych w celu dostosowania podmiotów do wykonywania świadczeń i realizacji tych dodatkowych funkcji zdrowotnych zgodnie z wytycznymi systemowymi, takimi jak podstawowa opieka fizjoterapeutyczna, rozszerzony zakres diagnostyki, opieka koordynowana, opieka dietetyka czy edukacja zdrowotna.

Cele, które zostały sformułowane dla tego projektu, dotyczą zwiększenia dostępności do świadczeń POZ właśnie na obszarach słabiej rozwiniętych gospodarczo i terenach wiejskich oraz na obszarów zagrożonych utratą lub ograniczeniem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, wsparcie inwestycyjne rozwoju POZ na terenie Polski, dzięki czemu wzrośnie dostępność do świadczeń. Też wachlarz świadczeń, które będą dostępne dla pacjenta, powinien się rozszerzyć. Celem jest również zwiększenie dostępności i efektywności systemu opieki zdrowotnej, które przyczyni się właśnie do niwelowania różnic regionalnych w dostępie do usług zdrowotnych. Ten projekt według danych, na które mogę się powołać w dniu dzisiejszym, powinien zakończyć się do 30 czerwca 2028 r. Tak jak mówiłam, na realizację tego projektu jest przeznaczona 1 mld 250 mln zł. W ten sposób ten priorytet systemowy jest również realizowany. Tym sposobem w pewnym sensie wyczerpałam temat.

Jeszcze odniosę się do tego, o czym pani mówiła. Też oczywiście wiemy, że ten dostęp w różnych miejscach w Polsce bywa bardzo różny. Nie zawsze jest optymalny dla pacjenta. Na to nakłada się na pewno wiele czynników. Jednym z tych czynników jest też ograniczony dostęp, jeżeli chodzi o kadry medyczne. To też warunkuje możliwość zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń w każdym miejscu, w którym widzimy, że te świadczenia powinny być zapewnione. W Ministerstwie Zdrowia od zeszłego roku toczą się prace dotyczące tego, aby dokonać takiego systemowego przeglądu kompetencji zawodów medycznych, nie tylko pielęgniarek, ale również lekarzy w każdym poziomie zabezpieczenia udzielania świadczeń, czyli od podstawowej opieki zdrowotnej, przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, szpital, opiekę długoterminową, wszystkie te aspekty – po to, abyśmy mogli zweryfikować, czy te kompetencje, które zgodnie z systemami kształcenia obowiązującymi w Polsce mają poszczególne zawody medyczne, którymi dysponują, które są rozwijane i z których system mógłby skorzystać, są prawidłowo zaszyte w systemie. Na potrzeby dzisiejszej dyskusji oczywiście mówimy o POZ. To znaczy czy nie powodujemy, że pielęgniarka, która dysponuje określonym zakresem kompetencji i mogłaby wykonywać pewne czynności, nie wykonuje ich dlatego, że z powodu jakichś rozwiązań, czy prawnych, czy organizacyjnych, tak czy inaczej te świadczenia są przypisywane i pozostawiane do realizacji lekarza. To było pierwsze zadanie, które wykonywaliśmy w ministerstwie, żeby dokonać takiego systemowego przeglądu kompetencji i zastanowić się, jak możemy poprzesuwać pewne kompetencje po to, aby realnie zwiększyć dostępność świadczeń dla pacjenta, zakładając, że na przykład część z nich powinna być realizowana na poziomie właśnie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Za tym idzie również drugi krok. Poza stwierdzeniem, że dopuszczamy taką możliwość, musimy zastanowić się, rozważyć jeszcze, jak będziemy weryfikować, czy ta możliwość jest realizowana prawidłowo w systemie. Znowu otworzenie pewnej możliwości – to jest trochę tak jak z tymi warunkami. Jeżeli ktoś spełnia warunki i będzie chciał przystąpić, to może realizować, ale jeżeli nie chce przystąpić, to wiadomo, że nie jesteśmy w stanie wtedy zabezpieczyć tej realizacji. Poza zmianami w mapach kompetencji kolejnym celem było podejście do tego w kontekście pewnych wskaźników jakościowych po to, żebyśmy ustawiając odpowiednie benchmarki w odpowiednich

miejscach, mogli monitorować, czy na przykład odsetek świadczeń udzielonych przez konkretnego świadczeniodawcę, pielęgniarkę POZ czy lekarza POZ odpowiada temu poziomowi systemowemu, który założyliśmy sobie jako optymalny na podstawie oczywiście analizy danych, którymi dysponujemy. Te narzędzia powinny pozwolić nam również, niezależnie od tych innych zmian, takich jak „Krajowy plan transformacji” i te działania sfinansowane ze środków europejskich, te programy czy narzędzie jak opieka koordynowana, jak bilans zdrowia osoby dorosłej, na zwiększenie dostępności pacjentów do określonych rodzajów świadczeń. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję pani bardzo.

O głos prosi pani przewodnicząca Joanna Borowiak. Bardzo proszę.

Posel Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Szanowna pani, jest tu punkt trzeci, „Krajowy plan transformacji”. Przedstawiała pani nam informacje dotyczące działania wzmocnienia opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w celu zabezpieczenia obszarów nieobjętych POZ przez wsparcie małych, wiejskich świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej celem zapobiegania białym plamom. Na końcu jest taka adnotacja: „wyżej wymienione działanie jest w trakcie realizacji”. Zaplanowano działanie i jest w trakcie realizacji. Bardzo bym prosiła o doprecyzowanie. „Zaplanowano” – tzn. kiedy to wejdzie w życie? Czy jest to już przygotowane? Czy to jest tylko w obszarze planów? Bo państwo myślicie i rozważacie, żeby coś takiego wprowadzić. Czyli jak wyglądają realia tego programu, który pani nam przedstawiła, i jakie fundusze są przeznaczone na ten cel? Poproszę uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę o udzielenie odpowiedzi.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Magdalena Kramska:

Informacje, które dzisiaj mogę państwu przekazać, to jest to, że umowa pomiędzy ministrem zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia została zawarta w marcu 2024 r. z okresem realizacji do czerwca 2028 r., więc ten projekt jest w trakcie realizacji. Natomiast jeżeli chodzi o stan jego zaawansowania, bo oczywiście w każdym projekcie finansowanym ze środków europejskich te mierniki są monitorowane nie tylko na zakończenie realizacji projektu, ale odbywa się ta śródk okresowa ocena, to tutaj, przepraszam, nie będę w stanie podać tych danych w tej chwili.

Posel Joanna Borowiak (PiS):

To poprosimy na piśmie.

Zastępca dyrektora departamentu w MZ Magdalena Kramska:

Natomiast oczywiście uzupełnimy to na piśmie, odpytamy Narodowy Fundusz Zdrowia i przełożymy, co już udało się zrobić, na jakim jesteśmy etapie, jaka jest alokacja środków i ich wykorzystanie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Nie.

Szanowni państwo, reasumując dzisiejsze posiedzenie podkomisji, powiem krótko. Cieszę się z powodu tak płynnej wypowiedzi i przedstawienia w pani wykonaniu tych działań, które bez wątplenia są w trakcie realizacji, są działaniami skierowanymi na potrzeby seniorów z terenów wiejskich. Natomiast jest gorąca prośba, abyśmy z tego etapu wdrażania, monitorowania, pisania, oczekiwania czy nowego, zapowiadanego przez panią dyrektor klasyfikowania uprawnień poszczególnych pielęgniarek, kompetencji – bo to też zajmie dużo czasu, podejrzewam, że przyniesie tylko statystyczne zadośćuczynienie, które w żaden sposób albo inaczej, w minimalny sposób przełoży się na realną pomoc, jeżeli chodzi o odbiorców tych państwa działań... Myślę, że te nasze uwagi, nasze wątpliwości, pani doradcy i pani przewodniczącej, będą nie tylko odsłuchane, ale również będą takim drogowskazem do dalszych działań. Proszę pamiętać, że jest coraz więcej seniorów, ich przybywa. Tereny wiejskie to nie są odległości poszczególnych ulic, tylko to są tereny. Nie odpowiedziała pani – albo w taki sposób, gdzie nie do końca to wyłapałam – czy chociażby ten program, który jest realizowany, mógłby w jakikolwiek sposób pomóc

seniorom. Jeżeli jest lekarz POZ, u którego leczy się dany pacjent, to bez wypełniania ankiety – jeżeli on jest pacjentem, którego lekarz zna, to bez wątplenia bez wypełniania ankiety – może być zaopiekowany, skierowany poza tą procedurą tego programu, który jak pani doskonale wie, również pociąga skutki finansowe od strony administracyjnej prowadzenia tego programu. Więc te fundusze można by było przeznaczyć na realną pomoc dla seniorów. Już nie mówię, że tylko i wyłącznie z terenów wiejskich, ale w ogóle dla seniorów, bo każda przestrzeń funkcjonowania naszego państwa powinna być m.in. również skierowana na tę grupę społeczną, dzięki której funkcjonujemy.

Jeżeli nie ma pytań, to bardzo proszę, stwierdzam, że Komisja zapoznała się z informacją. Dziękuję państwu. Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję bardzo.