

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 18)
z dnia 28 maja 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej – podkomisji stałej do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich (nr 18)

28 maja 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 zapotrzebowania na wyroby medyczne i rehabilitację leczniczą seniorów z terenów wiejskich.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii i **Martyna Kosmał** zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, **Damian Kruk** starszy specjalista w Wydziale Zabezpieczenia Społecznego w Departamencie Transferu Wiedzy i Spraw Społecznych Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, **Agnieszka Górską** kierownik Działu Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Zaopatrzenia w Wyroby Medyczne i **Magdalena Soduł** kierownik Sekcji Rehabilitacji Leczniczej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz **Katarzyna Walasek** dyrektor Biura Rehabilitacji Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wraz ze współpracownikiem.

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

Przewodnicząca poseł **Lidia Burzyńska (PiS)**:

Szanowni państwo, otwieram 18. posiedzenie podkomisji.

Witam państwa bardzo serdecznie. Wśród osób, które zechciały zaszczyścić posiedzenie podkomisji, jest pani Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia; pani Martyna Kosmał, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ; pani Agnieszka Górską, kierownik Działu Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Zaopatrzenia w Wyroby Medyczne w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia; pani Magdalena Soduł, kierownika Sekcji Rehabilitacji Leczniczej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej, również Centrali NFZ; pan Damian Kruk, starszy specjalista w Wydziale Zabezpieczenia Społecznego w Departamencie Transferu Wiedzy i Spraw Społecznych Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi; pani Maria Milik, lekarz inspektor nadzoru orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Bardzo serdecznie witam.

Szanowni państwo, na dzisiejsze posiedzenie podkomisji zaplanowaliśmy rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat zapotrzebowania na wyroby medyczne i rehabilitację leczniczą seniorów z terenów wiejskich. Bardzo proszę o przedstawienie informacji panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ. Bardzo proszę.

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

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Proszę państwa, przedstawię informację skrótową. Państwo dostaliście informację rozszerzoną, natomiast pozwoliłam sobie zrobić skrót z tej wypowiedzi, żeby ewentualnie można było przystąpić do dyskusji.

Kluczowym wyzwaniem, jeśli chodzi o system ochrony zdrowia w Polsce, jest rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w grupie seniorów z uwagi na nasze wyzwania demograficzne, które obecnie występują, czyli bardzo dużą liczbę osób starszych, seniorów. W związku z koniecznością udzielania im świadczeń dostrzegamy zwiększenie realizacji świadczeń w tej

grupie wiekowej, ale szczególnie silny charakter to ma na terenach wiejskich. Wynika to nie tylko z tego faktu, że jesteśmy społeczeństwem, które jest społeczeństwem starzejącym się, ale także z takiej nierównomiernej struktury terytorialnej, bo w wielu powiatach i w gminach wiejskich udział osób powyżej 60. roku życia rośnie szybciej niż w miastach. Natomiast niestety dostępność do infrastruktury i do świadczeń pozostaje znacząco niższa. Obserwujemy to na podstawie nie tylko danych Narodowego Funduszu Zdrowia, ale także wszystkich informacji, które spływają od konsultantów krajowych.

Ograniczony dostęp do rehabilitacji na wsi ma charakter wieloczynnikowy. Przede wszystkim, tak jak wspomniałam, świadczenia, a przede wszystkim świadczeniodawcy są skoncentrowani w większych ośrodkach miejskich, istnieją realne bariery transportowe. Myślę, że można zidentyfikować również niedobory kadrowe. Natomiast takim czynnikiem, który wpływa na udzielanie świadczeń, jest to, że rozpoczęcie świadczeń z zakresu rehabilitacji następuje z opóźnieniem, na co wskazują jednoznacznie dane NFZ. W konsekwencji mieszkańcy obszarów wiejskich muszą zmierzyć się z dłuższym czasem oczekiwania już na etapie pilnych świadczeń.

Jeśli chodzi o statystyki, to mamy dane za 2024 r. Na świadczenia o charakterze pilnym, na rehabilitację stacjonarną pacjenci oczekiwali średnio 189 dni, w ośrodku dziennym – 203 dni i w fizjoterapii ambulatoryjnej – 151 dni. To oznacza, że dostęp do rehabilitacji w wielu przypadkach następuje po kilku miesiącach od wskazania medycznego i może się to przekładać na skuteczność leczenia pacjentów.

System prawny zapewnia szeroki katalog świadczeń, które obejmują zarówno rehabilitację leczniczą, jak i wyroby medyczne. Jeśli chodzi o obowiązujące przepisy, na ich podstawie dostępnych jest około 231 grup wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych w całości lub w części, ale należy podkreślić, że system nie przewiduje odrębnych mechanizmów dla populacji senioralnej i nie różnicuje dostępu ze względu na miejsce zamieszkania. Czyli jakby te wyzwania, o których powiedziałam, czyli miejsce zamieszkania – czy to jest obszar zurbanizowany, czy obszar wiejski... Nie mamy rozróżnienia, jeśli chodzi o udzielanie świadczeń i przyznawanie świadczeń, wyrobów medycznych ze względu właśnie na te dwa czynniki, co jest podyktowane zapisami ustawy. To nie jest wina samego działania MZ, płatnika, tylko po prostu to wynika z zapisów ustawy.

Co to oznacza w praktyce? Mieszkaniec małej gminy wiejskiej posiada te same uprawnienia co mieszkaniec dużego miasta, ale jeśli chodzi o dostęp, to oczywiście są wyraźne różnice. Nie zamierzamy przekonywać państwa, że jest inaczej. Jak wygląda analiza świadczeń? Mamy rosnącą presję w obszarach wiejskich. Jak wygląda struktura wydatków wyrobów medycznych? W 2025 r. refundacja wyrobów medycznych wyniosła 3,47 mld zł. W populacji pacjentów powyżej 60. roku życia z terenów wiejskich najwyższe wydatki dotyczyły sensorów do monitorowania glukozy – to jest około 150 mln zł; wyrobów chłonnych – około 67 mln zł i worków stomijnych – to jest około 6,6 mln zł. Te grupy dominują, one odpowiadają na potrzeby pacjentów z chorobami przewlekłymi, pacjentów, którzy nie są samodzielni. Ten odsetek pacjentów jest najwyższy w populacji wiejskiej.

Jak wygląda rozłożenie wydatków na wyroby medyczne dla seniorów? One na przestrzeni lat wzrosły, ponieważ w 2021 r., czyli już prawie 5 lat temu, wydatki na wyroby medyczne dla seniorów z obszarów wiejskich wynosiły 167 mln zł. Teraz te wydatki to jest prawie 600 mln zł, więc widzimy bardzo dużą różnicę, o prawie 260% w przeciągu 5 lat. Najdynamiczniej wzrosły koszty wyrobów medycznych przedmiotów ortopedycznych. To jest wzrost o około 350%. Środki pomocnicze – około 260%. Ten wzrost odzwierciedla pogłębiający się problem niesamodzielności i chorych przewlekłych na terenach wiejskich.

Jeśli chodzi o świadczeniodawców, to w latach 2021–2025 liczba świadczeniodawców wzrosła. Może nie tak dynamicznie jak wzrost wydatków, ale jednak z 10 315 świadczeniodawców do 11 tys., więc mamy wzrost o około 700 świadczeniodawców. Liczba miejsc udzielania świadczeń wzrosła z 14 tys. do 14 830. Na terenach wiejskich odpowiednio w 2025 r., czyli jakby porównując do tej kwoty 11 tys., to mamy w tym momencie 1829 świadczeniodawców i 1962 miejsca udzielania świadczeń, czyli to już pokazuje dosyć dużą dysproporcję, jak wygląda podział świadczeniodawców, jeśli chodzi o miejsce udzielania świadczeń.

Rehabilitacja jest jednym z największych ograniczeń systemowych, jeśli chodzi o tereny wiejskie. Na dzień 28 lutego 2026 r., bo takie mamy dane, oczekiwało około 300 tys. pacjentów seniorów z terenów wiejskich. Średni czas oczekiwania wynosił 278 dni. Największe obciążenie dotyczy rehabilitacji ogólnoustrojowej. Tutaj mamy oczekujące 76 352 osoby (to są przypadki

pilne), 166 000 – przypadki stabilne. W trybie stabilnym czas oczekiwania sięga 362 dni na rehabilitację ustrojową, ogólnoustrojową, 290 dni na neurologiczną i 247 na pulmonologiczną. Oznacza to, że w praktyce wielu pacjentów z obszarów wiejskich uzyskuje dostęp do rehabilitacji dopiero po upływie niemal roku od złożenia skierowania.

Udział seniorów wiejskich – mamy rosnące obciążenie systemu. Udział seniorów z obszarów wiejskich w liczbie świadczeniodawców to wzrost z 16% do 18,6%. Jeśli chodzi o koszty refundacji, to mamy wzrost w refundacji z 19,2% do 20,8%. Mam też rozbitcie na poszczególne zakresy, ale to też państwo dobrze widziecie w naszych tabelkach, które zostały złożone.

Jeśli chodzi o analizę świadczeń, jakie mamy też pomysły na to, jak próbujemy trochę odciążyć ten system, to na pewno inwestycje. To jest jedna z odpowiedzi, która, mamy nadzieję, wzmocni obszary wiejskie. W odpowiedzi na te wyzwania realizowane są inwestycje infrastrukturalne w ramach KPO. Przeznaczono 1,5 mld zł, wsparciem zostały objęte 94 podmioty. W wyniku tego powstanie 3,5 tys. łóżek, w tym prawie 3 tys. łóżek opieki długoterminowej i 508 łóżek geriatrycznych. Kluczowe znaczenie dla obszarów wiejskich ma fakt, że te inwestycje będą wzmacniać trochę podstawowy poziom, skrócą dystans do świadczeń i przede wszystkim umożliwią dostęp do świadczeń rehabilitacji bliżej miejsca zamieszkania.

Z perspektywy nadzoru nad kosztem świadczeń gwarantowanych warto wspomnieć... Rzeczywiście inwestycja w opiekę długoterminową jest taką inwestycją bardzo mocno celowaną i geriatryczną również. Liczymy na to, że teraz najbliższe prace, które są prowadzone w Departamencie Analiz i Strategii, które mają na celu taką optymalizację wykorzystania w ogóle tego potencjału i unowocześnienia schematu opieki szpitalnej, spowodują, że uwolnimy tzw. łóżka, które są potrzebne dla pacjentów, którzy naprawdę tego potrzebują, czyli którzy spełniają kryteria hospitalizacji. Natomiast pacjenci, którzy potrzebują innego rodzaju opieki, w tym opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, zostaną skierowani do tych opiek.

Dlaczego o tym mówię i dlaczego warto to podkreślić? Myślę, że od wielu lat opieka paliatywna, hospicyjna i długoterminowa to są takie zakresy świadczeń, które bardzo mocno się przecinają. Na skutek takiego niewyraźnego podziału, kto gdzie ma trafić, pacjenci trafiają do niewłaściwych świadczeń. Dlatego przed nami nowelizacja rozporządzenia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej, która pozwoli na to, aby kierować do tego rodzaju opieki pacjentów potrzebujących, czyli tych, których trzeba zaopatrzyć w środki przeciwbólowe. Przede wszystkim zabezpieczyć ból, ale też i skierować na leczenie paliatywne, co nie oznacza, że jest to pacjent, który wymaga takiego zabezpieczenia już na etapie terminalnym, tylko po prostu pacjent, który wymaga opieki, która pozwoli mu odciążyć rodzinę pacjenta w chorobie, która niestety powoduje ból, czyli to największe obciążenie, które uniemożliwia mu funkcjonowanie.

Mamy nadzieję, że zmiana rozporządzenia, która się spotyka z bardzo dużą aprobatą środowiska i wejdzie w życie od stycznia 2027 r., trochę uwolni też inne rodzaje świadczeń, czyli opiekę długoterminową. Myślę, że wsparcie w postaci opiekunów medycznych i skierowanie pacjentów do tego rodzaju opieki, zwiększenie liczby łóżek... Tak jak wspomniałam, mamy ich około 3 tys., to jest około 134%, to jest bardzo dużo. A brakuje nam łóżek, jeśli chodzi o opiekę długoterminową. To są działania, które wspomogą pacjentów, w tym pacjentów w populacji senioralnej, bo jednak pacjenci senioralni, czyli ci geriatryczni, obciążeni wielochorobowością, potrzebują tego rodzaju wsparcia – nie tylko hospitalizacji, ale też takiego dłuższego sprawowania opieki nad nimi.

Jakie mamy działania systemowe? Na poziomie centralnym funkcjonuje Międzyresortowy Zespół do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Z informacji, które posiadamy, wynika, że odbył on około 10 posiedzeń, funkcjonował do końca zeszłego roku i analizował rozwój usług opieki długoterminowej dla seniorów z terenów wiejskich. U nas w ministerstwie, tak jak powiedziałam, toczą się prace dotyczące samego koszyka, ale też i prace na poziomie międzyresortowym. Jesteśmy bardzo silnym składem dzisiaj na tym posiedzeniu, gotowym też odpowiedzieć na pytania, a na pewno takie będą.

Myślę, że wszystkie odpowiedzi, które mieliśmy, takie aktualne, to pani przewodniczącej w tym momencie przedstawiłam. Natomiast bardziej szczegółowe znajdują się w tym dłuższym opracowaniu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję.

Pozwolicie państwo, że rozpocznę. Moje pytania będą podyktowane wyłącznie, szanowni państwo, troską o seniorów – szczególnie, bo podkomisja zobowiązuje mnie do tego – z terenów wiejskich. Aczkolwiek wszyscy seniorzy są wartością nieprzemijającą, piękną, wspaniałą, należy zadbać.

Z tego miejsca muszę podziękować wszystkim parlamentarzystom, którzy dostrzegli potrzebę stworzenia podkomisji dla seniorów z obszarów wiejskich. Dlaczego? Dlatego, że papier ma tę tendencję, że przyjmuje wszystko. Statystyki są zgrupowane, papier napisany, odczytujemy. Natomiast jest zdecydowana różnica w funkcjonowaniu, w egzystencji, ale również i w korzystaniu – to, co pani była łaskawa przedstawić. Ta podkomisja i to zwracanie uwagi na Komisji Polityki Senioralnej spowodowało, na razie w sferze obietnic... Funkcjonujemy w takiej przestrzeni „działamy, staramy się, będziemy realizować, wkrótce to się pojawi, będzie lepiej”. Ale dostrzegane jest w każdym jednym przygotowywanym przepisie, przygotowywanej ustawie, w publicznej relacji, że jednak ta różnica między seniorami zależy od miejsca zamieszkania, puentując.

Pani dyrektor była łaskawa powiedzieć o tym, że bardzo cieszyć się, że jest przygotowywane rozporządzenie rozdzielające m.in. opiekę długoterminową od hospitalizacji. Więc chciałabym, żeby to rozporządzenie weszło w życie, było przygotowane i spowodowało zmniejszenie o odrobinę oczekiwań związanych z pomocą fizyczną. Nie oszukujmy się, czasy, w jakich teraz żyjemy, to nie jest model rodziny wielopokoleniowej, że dzieci zajmują się rodzicami, chociaż użyję prywaty – jestem jakimś takim odosobnieniem, ponieważ starałam się nie wykorzystywać żadnych innych służb, aby odprowadzić na drugą stronę moich teściów i rodziców.

Natomiast mam kilka pytań, ponieważ ten materiał, bardzo skrupulatnie przygotowany, właściwie opiewa o przyszłość, bo przede wszystkim zakłada wspieranie seniorów na terenach wiejskich z funduszy KPO. Perspektywa rozwoju, polepszania, wzmacniania roli pomocy dotyczy lat 2027–2029. My jesteśmy póki co dzisiaj w 2026 r. Nie doszliśmy do końca do porozumienia, ale myślę, że panie mi odpowiedzą, bo aby coś planować, to trzeba najpierw mieć tę bazę wyjściową.

Bardzo ładne jest, że najważniejsze wyzwania, jakie państwo jako MZ widzicie, to jest informacja, że jest niewystarczająca liczba placówek rehabilitacyjnych na terenach wiejskich, utrudniony dojazd do świadczeń, niedobory kadry, późny start rehabilitacji, nierówny dostęp do wyrobów medycznych. Sytuacja finansowa NFZ – nie musimy się przekonywać w żaden sposób – jest zatrważająca, ograniczone są limity. Moje pierwsze pytanie: jak te bardzo ludzkie, bardzo empatyczne wyzwania będą realizowane w kontekście realnych funduszy, jakie są przeznaczone? Każdy z nas, proszę państwa, funkcjonuje... Wiem, że jeśli chodzi o szpitale powiatowe, to albo są zamykane, albo zmniejszana jest ich liczba. Jest mało funduszy, więc to jest pierwsze moje pytanie.

W tym materiale wykazujecie państwo, że na dzień dzisiejszy jest 231 grup wyrobów medycznych. Czy macie państwo dane, w jaki sposób one są dedykowane? Chcę poprzeć to przykładem, ponieważ są ośrodki, gdzie można zwrócić się o pomoc z wypożyczeniem jakiegoś sprzętu, ale na przykład na stanie jest jeden wózek albo dwa wózki. Seniorów, którzy nie dość, że muszą dojechać z terenów wiejskich, jak ktoś ich dowiezie, 30–35 km... Sorry, nie ma już, bo były dwa wózki i dwa wózki już poszły w innym. Więc czy macie panie takie dane, które mówią, w jaki sposób powiaty, gminy zostały wyposażone? Czym jest podyktowana taka sytuacja, o której powiedziałam? Dwa wózki i nie ma możliwości, mimo że instytucja jest, mimo że w rozporządzeniu, w ustawie, w prawie jest zapisane, że mogą skorzystać, senior taki kwalifikuje się, bo spełnia wszystkie kryteria, ale nie otrzymuje tej pomocy. Nie z racji niechęci, tylko z racji, że po prostu czegoś takiego nie ma.

Szanowne panie, kolejne moje pytanie. To znaczy pozwolicie i wtedy panie odpowiedzą. Jeżeli chodzi o rehabilitację leczniczą, szanowne panie, państwo piszecie, że zwróciliście się do NFZ o przygotowywanie informacji, jeżeli chodzi o rehabilitację leczniczą, czyli wyeliminowanie tych białych plam. Za to bardzo dziękuję, bo właśnie o to chodzi, żeby tych białych plam nie było, bo na tych terenach również żyją, funkcjonują osoby, które być może ze swojej skromności nie zgłaszają tego medialnie, ale wypadałoby, żeby też pomagać. Są różne obszary – na przykład państwo piszecie, że NFZ jest odpowiedzialny za kontraktowanie, zawieranie umów ze świadczeniobiorcami. Wskazujecie, że umowy zawierane są na różne obszary, na województwa, powiaty. Wszystko się zgadza, z tym że ja bym prosiła informację, w jakich obszarach, jak statystyka pozwala... Czy państwo macie taką informację w poszczególnych województwach, w poszczególnych powiatach? Z doświadczenia i z terenów, w których mieszkam... Zapewniam panie, że senior musi pokonać nawet do 40 km, żeby dotrzeć do takiego miejsca świadczącego rehabilitację leczniczą.

Oczywiście z KPO państwo macie... Tu są te dane, które państwo przedstawicie. To pani mówiła, te środki finansowe przeznaczone na świadczenie z zakresu tej rehabilitacji... Ale czym to jest podyktowane, że w 2025 r. było przeznaczone 8 mld 259 mln zł, a w 2026 r. 7,6 mld zł? Zgadzą się wszyscy, jak tu jesteśmy, że proces starzenia się społeczeństwa postępuje, tymczasem nakłady maleją. One wzrastały co roku, bo od 2021 r. – 3,5 mld zł, potem to rośnie. Czym to jest podyktowane, że jest zmniejszona ta kwota, a wydawałoby się, że powinna być większa?

Pani była łaskawa przedstawić w materiałach i w pani wystąpieniu, że na koniec lutego tego roku na te świadczenia oczekuje prawie 300 tys. osób powyżej 60. roku życia z terenów wiejskich. Mam pytanie, czy byłyby panie tak miłe przedstawić, jak wygląda ten okres oczekiwania seniora na terenie miejskim? Jaka jest różnica pomiędzy oczekiwaniem na rehabilitację seniora mieszkającego na terenach wiejskich i w miastach?

Teraz już tak poza protokołem powiem: będę się przeprowadzać do miasta, to być może ta rehabilitacja moja będzie szybsza, jeżeli panie powiedzą. Ale to tak już w formie, bo nie możemy...

Proszę państwa, to jest sytuacja dość taka przykra, bo właściwie nie powinniśmy w żaden sposób... Żeby to dobrze zabrzmiało, nie mówię, że w tym momencie, tylko w ogóle nie powinniśmy na żadnej płaszczyźnie, w żadnym obszarze na seniorach oszczędzać czy nie dofinansowywać, nie widzieć, bo tak naprawdę seniorzy to jest ten filar, w oparciu o który my funkcjonujemy. My, osoby młodsze. Gdyby nie seniorzy, nie byłoby nas. Więc to jest bolesne, że szukamy oszczędności tu, gdzie nie powinniśmy według mnie.

W podpunkcie są również inwestycje w rozwój infrastruktury, służące do rehabilitacji leczniczej seniorów, oczywiście ze środków KPO, jak i te lata, o których mówiłam. Czy można byłoby dowiedzieć się, gdzie te inwestycje są prowadzone? Jest informacja, oprócz tego, że będą realizowane, to już są realizowane. Czyli gdzie, w jakich województwach? Ewentualnie panie macie takie informacje? Oczywiście dużo sprzętu zostanie zakupione. Po raz pierwszy w wielu powiatach będzie prowadzona terapia z użyciem sprzętu. Też chciałabym tę statystykę, proszę państwa, kogo, jakie obszary w naszej ojczyźnie to dofinansuje.

To na razie tyle, a potem... Czy ktoś z państwa? Czyli teraz panie udzieli informacji. Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, z tych informacji, które próbuję uzyskać, bo mamy takie cząstkowe, to za chwilę bym odpowiedziała tak dokładnie.

Natomiast na pewno, na co należy zwrócić uwagę, i to też wybrzmiewa bardzo mocno na różnych komisjach, które dotyczą populacji senioralnej – dużym problemem jest, tu zaczęłabym tak od samego początku, zgłaszalność na badania profilaktyczne i w ogóle dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Bardzo słusznie państwo wszyscy wskazujecie, że seniorzy z obszarów wiejskich mają utrudniony dostęp, który wynika po prostu z takiego troszkę, można powiedzieć, wykluczenia terytorialnego, dojazdowego.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

I skromności.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

I skromności. Myślę, że może bardziej też, i tu nie chciałabym nikogo obrazić, ale też trochę z mniejszej świadomości jednak, bo nie docierają informacje edukacyjne. Myślę, że rodzina też nie ma w zwyczaju, żeby rozmawiać o zdrowiu. Może nawet w większości pacjenci z obszarów wiejskich nie wiedzą o takich programach jak „Moje zdrowie” czy innych profilaktycznych.

Ale mamy różne pomysły, nawet zastanawiamy się, które mogą być bardzo realne. Na przykład...

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Pozwoli pani, bo umknie mi być może.

Tak, i to jest m.in. moją bolączką, moim apelem, moimi działaniami. Mówię, że z terenów wiejskich seniorzy nie mają informacji, nie ma przepływu informacji. Jedynym źródłem, i tego nie można zarzucić GOPS, innym ośrodkom czy gminom, jest to, jak wstawią na stronę internetową, ale nie każdy senior musi korzystać z nośników elektronicznych. Tutaj powinna być ta łączność: GOPS, wóldarz danej gminy, radny, sołtys. Ten przepływ informacji, żeby to docierało, bo rozumiecie, panie – to, co powiedziałam na początku swojego wystąpienia – papier wszystko przyjmie, statystyka wchłonie każdą liczbę cyfr, ale żeby to było nie tylko w sferze informacji, ale w sferze realizacji.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Jeszcze pozwolę sobie dodać jedną ważną osobę, a mianowicie proboszcza parafii, bo bardzo często to właśnie na tym poziomie docierają informacje o na przykład akcjach profilaktycznych.

Mamy takie bardzo fajne przykłady z województwa świętokrzyskiego na przykład. Tam Świętokrzyskie Centrum Onkologii jest zaangażowane w takie akcje profilaktyczne. Wtedy o określonych godzinach, zazwyczaj jest to w południe w niedzielę, po prostu pojawiają się busy, które są wyposażone w urządzenia do mammografii, w przyszłości będą to cytobusy przy okazji wprowadzenia nowej, nisko dawkowej tomografii komputerowej, czyli przesiewu raka płuca. To jest taki dobry środek, który mógłby tego akurat dnia dotrzeć do pacjentów, bo pacjenci najbardziej słuchają – zwłaszcza z obszarów nieurbanizowanych – swojego wóldarza i proboszcza parafii. Więc jeżeli są ogłoszenia, które mówią o tym, że są takie akcje profilaktyczne, to seniorzy bardzo często z nich korzystają.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Tylko do proboszcza trzeba dotrzeć.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, trzeba dotrzeć. Bardzo ważną jest też rola ośrodków zdrowia i POZ.

Nie możemy zapominać o formie udzielania świadczeń, dlatego że POZ też zostały wyposażone w program „Moje zdrowie”, który jest bardzo dobrze wyceniony. Myślę, że POZ powinny korzystać i koordynować tę opiekę, czyli namawiać pacjentów, bo tam nie mamy cenzury wiekowej, czyli nie mamy ograniczenia wiekowego, do jakiego momentu pacjent może z tego korzystać. Mamy tylko dolną granicę.

Jeszcze chciałam wspomnieć... Bardzo możliwe, że tak jak w pandemii rozwijała się na przykład telerehabilitacja, co też było dobre do pewnego momentu... Może określona grupa pacjentów – to nie dla wszystkich, bo nie wszyscy potrzebują takiego łączenia tele i po prostu mają jakieś ograniczenia – mogłaby z tej formy skorzystać. Myślimy o tym, żeby właśnie zaangażować POZ w taką oddolną rehabilitację. Były kiedyś takie pomysły, żeby fizjoterapia odbywała się w ośrodkach przy POZ, to by dotarło do tych pacjentów, którzy są najczęściej wykluczeni, można powiedzieć, czyli nie mają informacji, gdzie pojechać. Rehabilitacja, która jest takim świadczeniem cyklicznym, wymaga częstego dowożenia pacjenta, co jest kłopotem, jak pani słusznie zauważyła na początku. Dowożenie i edukacja to chyba główne problemy. To nie jest tak, że NFZ też tego nie widzi. Fundusz prognozuje swoje wydatki na okres trzech lat.

Do czego dąży ministerstwo? Teraz ministerstwo chciałoby, aby świadczenia realizowane w ramach opieki szpitalnej nie miały takiej częstości realizacji, jak była do tej pory, bo ona jest po prostu zbędna. Pacjent starszy nie potrzebuje być położony do szpitala, bo tam ma większe ryzyko chociażby zakażeń. Te zakażenia są też trudne do wyleczenia, jest lęk separacyjny, brak rodziny, która jest na stałe często formą opieki. Więc co staramy się zrobić? Wprowadzić coraz więcej świadczeń w ramach odwróconej piramidy świadczeń, zejść troszeczkę niżej, czyli do poradni i do podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent geriatryczny, ponieważ jest obciążony wielochorobowością, wymaga szerszej opieki i właśnie POZ, który wstępuje w opiekę koordynowaną, może zapewnić to pacjentowi.

Przecież tam mamy kilka ścieżek koordynowanych: endokrynologiczna, kardiologiczna. To są te schorzenia, na które najczęściej cierpią pacjenci starsi. Będę podkreślała tę rolę. Myślę, że płatnik w porozumieniu z ministrem zdrowia tak wydatki będzie lokował, żeby zaopatrzyć większą grupę pacjentów, nie wydając tyle pieniędzy, ile generuje opieka szpitalna. Stąd nasze działania w kierunku zbadania tego, ile mamy łóżek geriatrycznych, czy rzeczywiście wszystkie są obłożone.

Z naszych danych wynika, że na chyba 1200 łóżek geriatrycznych w skali kraju 65% jest obłożonych. Co to oznacza w dużym skrócie? Mamy pewne wymagania, które musi spełniać oddział geriatryczny. Tam jest lekarz geriatra, jest tam fizjoterapeuta i psycholog. To są koszty, które ponosi szpital bez względu na to, ile chorych leży. Musimy się przyjrzeć, dlaczego leży tam tylko 65% pacjentów i czy na pewno potrzebujemy tylu łóżek, bo przy takim obłożeniu mamy koszty, które są kosztami stałymi. Warto by było te środki przerzucić niżej, tak żeby zaopiekować pacjentów na przykład w ambulatoryjnej opiece i żeby po prostu te środki, które są przeznaczone na opiekę szpitalną, były przeznaczone na POZ i OS.

Jeśli chodzi o prognozowanie, tak jak powiedziałam, to są trzy lata.

Jeśli chodzi o środki na zakres rehabilitacji, jakie były na lata 2021–2024 oraz jakie mamy plany na przyszłość, to powiem tak. W 2021 r. te wydatki wyniosły 3,5 mld zł na same świadczenia z zakresu rehabilitacji. Teraz pani przewodnicząca pytała o 2025 r. – faktycznie mieliśmy 8 mld 259 mln zł, a zgodnie z aktualnym planem finansowym na 2026 r. mamy 7,6 mld zł. Jeszcze wspomnę, że na 2025 r. wydanych było 8,2 mld zł, ale kwota pierwotnie zaplanowana to było 6,5 mld zł, czyli te wydatki tak naprawdę były o 2 mld zł większe niż zaplanowane.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Tak, bo to było zaplanowane, a realizacja... Do realizacji dochodzimy, planujemy kolejne. Skoro zrealizowane było 8 mld zł, to rozumie pani, widocznie niedoszacowane było 6,5 mld zł. Wydatkowane było 8,2 mld zł, więc uważam, że na kolejny rok wydatkowana kwota powinna być bazą wyjściową.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, to jest tak, że mamy też świadczenia nielimitowane i plan na 2026 r. może zostać zwiększony, bo jest nielimitowanie dla osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Więc jakby rzeczywiście planowanie wygląda inaczej, ale *summa summarum* i tak więcej wydajemy. To znaczy, że mamy większe zapotrzebowanie i musimy zapłacić za te świadczenia dla pacjentów z niepełnosprawnością. To są osoby, które najczęściej wymagają tych świadczeń rehabilitacyjnych.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Tu pani dyrektor mnie nie przekonała.

Dlaczego? Dlatego, że zgadzam się, że rzeczywistość, realia czasami przychodzą, zwiększają dochód, ale skoro właśnie te nadwykonania – nie wiem, jak to fachowo nazwać – czyli to wydatkowanie na tę rehabilitację, były najpierw planowane na 6,5 mld zł, potem zwiększyły się do 8 mld zł, to teraz zaplanujemy 8 mld zł. Najwyżej zostanie, ale nie zmniejszajmy. Rozumiecie, patrzę pod kątem takiego realnego podejścia. Szanowne panie, mnie to zastanawia i podejrzewam, że panie też, ale wpływ na to, jakie te kwoty są zaplanowane, nie jest w pań gestii.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Jeśli chodzi o planowanie, to jednak jesteśmy na poziomach naszych.

Natomiast myślę, że wydatki wzrastają też z uwagi na wzrost kosztów świadczeń, co też wynika z corocznej rekomendacji dotyczącej wzrostu wynagrodzeń medyków, która jest corocznie waloryzowana.

Odpowiadając jeszcze na pytania, bo zanotowałam sobie to, co pani przewodnicząca mówiła, jeśli chodzi o wózki, to na przykład wózek inwalidzki jest wydawany na zlecenie lekarza i jakby rodzina otrzymuje ten wózek refundowany. On jest refundowany pacjentowi. Jeżeli chciałby lepszą wersję, która nie jest akurat w tym zakresie refundacji, to dostanie do limitu, a powyżej może sobie dopłacić, jeżeli chciałby po prostu lepszej jakości wyrób medyczny.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

No dobrze, ale jeżeli nie chciałby dopłacić, tylko standardowy?

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia Martyna Kosmal:

To wtedy nie dopłaca, bo według rozporządzenia co najmniej jeden produkt w danej grupie musi spełniać kwotę do limitu, żeby pacjent nie musiał dopłacać, czyli dostanie po prostu, jest mu refundowany. Do tego limitu nie musi dopłacać. Co najmniej jeden produkt w każdej grupie musi być w pełni po prostu refundowany.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Jeszcze mam jedno pytanie, bo pani powiedziała – będziecie weryfikować, szukać – że jeżeli chodzi o opiekę długoterminową czy hospicjum, wykorzystywanych jest 65% łóżek.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Łóżka na oddziałach geriatrycznych.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Oddziały geriatryczne.

Ale wie pani co? Ja nie wiem skąd... I tu trzeba zredukować, żeby nie... Wiadomo, że jak stoją puste, to musi być obsada lekarska, ale jak to się dzieje? Konkretnie na przykładzie Częstochowy

powiem, że aby na oddział geriatryczny się dostać, to trzeba czekać, aż ktoś tam pójdzie do Pana i wtedy zwolni się miejsce. Według danych MZ 35% stoi pustych i trzeba likwidować. Jeżeli tak jest, to bym też poprosiła o wskazanie, gdzie takie sytuacje są, bo ja na innej, że tak powiem, płaszczyźnie terytorialnej się poruszam.

Tak jak mówię, żeby osobę – a kontaktuję się – u nas w Częstochowie umieścić, to trzeba czekać, aż się zwolni miejsce. Tutaj 35% to nie jest... Boję się, żeby nie było takiego odgórnego działania, że każdy oddział, powiedzmy, schodzi z tych 35% jeszcze. To będzie taka przepaść dość negatywnie oceniana przez środowiska seniorów i ich rodzin. Teraz tych rodzin wielopokoleniowych jest coraz mniej, bo pracują, cały czas czekamy na ten bon senioralny, na tę pomoc, która ma być zaserwowana, by aktywizować tych seniorów. Więc proszę o udzielenie mi tej informacji.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Teraz są analizowane oddziały geriatryczne. Absolutnie nie mówię o żadnej likwidacji oddziałów, tylko właśnie analizujemy sobie... Nie, bardziej myślę o tym, żeby się zastanowić nad tym, że obłożenie jest niskie. Analizujemy sobie też długość pobytów. Zerodniowych pobytów mamy kilka procent, natomiast mamy bardzo duży procent pobytów diagnostycznych, tak naprawdę bardzo długich, powyżej 15 dni. Więc zastanawiamy się, jakie najczęściej rozpoznania...

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Na oddziałach geriatrycznych?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, zastanawiamy się, jakie grupy są tam realizowane, po to żeby sprawdzić, czy rzeczywiście hospitalizacja jest niezbędna, bo przecież są pacjenci, którzy wymagają hospitalizacji nie tylko z przyczyn diagnostycznych. Diagnostykę można wykonać nie siłami szpitala. Żeby przeprowadzić dobrą diagnostykę, nie jest potrzebne uruchamianie łóżek w większości przypadków, te łóżka mogłyby być wykorzystane inaczej. To nie jest tak, że chodzi o likwidację, tylko o inne wykorzystanie tych łóżek.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Przepraszam, że tak rozmawiamy, ale chyba to bardziej jest konstruktywne niż na zasadzie: jedna osoba mówi, a druga grzecznie słucha.

Wie pani co, w takim układzie to jest ograniczenie według mojej wiedzy. Może się mylę, to proszę mnie sprowadzić na dobrą drogę myślenia. Jeżeli diagnostykę można robić ambulatoryjnie, bo z tego wynika, że nie w szpitalu, to na ten oddział geriatryczny nie trafiają osoby, które nie wymagają pomocy, to muszą być inne formy. Bo ten senior, a szczególnie z terenów wiejskich, przyjedzie i teraz tak: tego typu badanie w jednym ośrodku oddalonym o 30 km będzie w czwartek o godzinie 16:00, inne badania będą w innym ośrodku, oddalonym w drugą stronę, w poniedziałek o godzinie 9:30.

Parafrazuję teraz, ale daję taki obraz w momencie zmniejszenia liczby łóżek, bo według pani słów na wyrost te osoby przebywają w szpitalu, bo mogą to zrobić ambulatoryjnie. Ale to się, wie pani, też wiąże z tym, że żaden senior, zapewniam panią, w szpitalu nie chciałby być, chyba że już nie ma co zrobić ze sobą i jest samotny, to wtedy GOPS powinien się zająć taką osobą.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dlatego mówiłam o zwiększeniu liczby łóżek w opiece długoterminowej.

Tam powinni trafiać pacjenci potrzebujący, a tutaj po prostu mamy zbyt mało tych łóżek. Stąd właśnie rozważamy różne opcje, zastanawiając się nad przyczynami hospitalizacji pacjentów, bo tak jak pani przewodnicząca powiedziała, seniorzy nie chcą leżeć w szpitalach, nie jest to docelowe miejsce schyłku ich życia, więc naprawdę będziemy się ostrożnie przyglądać temu. Ograniczenia, o których wspomniałam, wynikają po prostu z tego, że mamy ryczałt. W ramach tego ryczałtu są udzielane świadczenia, czyli kierownik danego podmiotu decyduje, na które komórki organizacyjne jest on przeznaczony i w jakiej kwocie. Musimy też mocno zweryfikować wymagania koszykowe – czy one nie są nadmiarowe, bo generują koszty stałe po stronie podmiotów. Jeszcze troszkę przed nami pracy.

Na pewno geriatra to jest bardzo rozwijająca się dziedzina i chociaż mamy około, nie pamiętam, ale chyba ponad 500 geriatrów w kraju, to też bardzo mocno wybrzmiewa koordynowana opieka nad pacjentem geriatrycznym. Mamy całościową ocenę geriatryczną pacjenta, która jest zrealizowana w leczeniu szpitalnym. Jest takim produktem do sumowania, tam pacjent

przechodzi różne badania, można powiedzieć, takie małe przesiewy, jak wygląda jego zdrowie. Będziemy starać się zachęcić do tego, aby pacjent korzystał, tak jak powiedziałam, bez ograniczeń wieku, tej górnej granicy z badań „Mojego zdrowia”, które jest takim... Pacjent geriatryczny powinien być mocno zaopiekowany, bo też i leki, i wszystko. Lekarz, który najlepiej zna pacjenta, to tak naprawdę lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Starsi ludzie mają duże zaufanie do swoich lekarzy POZ, więc powinniśmy położyć nacisk na taki lepszy kontakt i edukację na tym poziomie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Natomiast, tak jak pani powiedziała, większość tych działań powinna zejść do podstawowej opieki zdrowotnej, czyli do tego lekarza – mówiąc ogólnie – rodzinnego. Jest jeden mankament i jeden szkopuł. Absolutnie proszę mnie nie podejrzawać o wypowiedź podyktowaną jakimikolwiek przesłaniami politycznymi, żeby była jasność, ale ja rozmawiam z lekarzami POZ właśnie i oni mówią, że po prostu nie ma pieniędzy, że oni nawet, jeżeli ta ilość... Bo senior chciałby się dostać. Oni po prostu za nadwykonania nie mają płacone. Po prostu pod tym względem, jeżeli chodzi o przyjmowanie, czy to jest senior, czy to nie jest senior, nie mają funduszy. Sama idea jest dobra, bo kto najlepiej dziecko zna? Mama, zgadza się, więc lekarz, który jest w POZ, który zna, to najlepiej wie, ale żeby najlepiej wiedział, to po pierwsze muszą być fundusze. Po drugie, uważam, że na to też powinno MZ iść – żeby była taka łączność między wszystkimi specjalistami, że lekarz POZ jest takim źródłem informacji.

Przed podkomisją rozmawialiśmy, mam PESEL i w dobie cyfryzacji nie ma drugiej osoby – może być podobna do mnie, może się ubierać tak jak ja, czesać tak jak ja – z takim samym PESEL jak Lidia Burzyńska. Do każdego lekarza, jak idzie się, to wbijają. Jeżeli przychodzi do mnie pacjent – jestem lekarzem – wbijam PESEL, to widać jak na dłoni, że korzysta z poradni kardiologicznej, ma takie leki, bo tym bardziej senior może w różny sposób wybujały... Bo są i tacy – chodzić, prosić o leki. Czy nie powinno MZ skupić się na tym, żeby była ta łączność przy pacjencie? Bo teraz nie ma jak w dawnych czasach, że kartka i papier, że lekarz pisał, a recepcjonistka trzymała dokumentację papierową. Teraz jest wszystko w sferze informatycznej. To by też ułatwiło, pomogło i zaoszczędziło brakujących funduszy.

Umówmy się, ich będzie coraz więcej, bo jak sami powiedzieliśmy, teraz jest 8 mln osób 60 plus, w niedługim czasie będzie 10 mln, a dojdziemy do 11 mln. Rozumiecie, czyli to powinno być w dzisiejszych czasach takim clou i wtedy będzie wiadomo, co potrzeba. Nie wiem, bo mam bujną fantazję, wyobraźnię i pójde, że to mnie boli, to mnie boli, to mnie boli, to mnie boli, zgadza się... Chociaż, żeby seniorzy nie pomyśleli, że jestem przeciwna ich schorzeniom, ale to różnie bywa. Może to być z tęsknoty, z samotności, że osoba chce otrzymywać od różnych specjalistów porady. Powinna być taka kwintesencja, że lekarz, nawet jak wypisuje, to wie, że jest taka choroba, taka, taka, taka i wie, że nie do tego specjalisty, a do tego. Rozumiecie panie, wydaje mi się, że to powinno być taką podstawą.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Czy pani przewodnicząca mówi o informatyzacji dokumentacji medycznej czy bardziej, żeby lekarz POZ wiedział, gdzie pokierować takiego pacjenta?

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Ale żeby lekarz POZ miał pokierować takiego pacjenta, to też musi wiedzieć, czy ten pacjent już nie jest u jakichś innych specjalistów. W drugą stronę również, ten specjalista nawet jak przepisze lek – nie wiem, kardiolog – musi wiedzieć, że pacjent bierze jakiś lek, który powoduje niemożliwość połączenia. Rozumiecie panie?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, mamy platformę P1 i ta platforma działa, powinna być taką platformą dla wszystkich zdarzeń medycznych.

Ta platforma już od lat się rozwija. Założenie jest takie, żeby rzeczywiście pacjent miał zgromadzone w jednym miejscu wszystkie informacje o zrobionych różnych badaniach – badaniach obrazowych, co jest ważne na przykład dla obserwacji zmian, które zostały wykryte przy badaniu. To jest słuszne założenie. Taki lekarz POZ, który ma taką możliwość już w ramach opieki koordynowanej... Tak naprawdę podstawowe ścieżki, tak jak wspominałam, są już w ramach POZ i kontakt lekarza z lekarzem w ramach tej ścieżki już funkcjonuje.

My w ogóle nie mamy, pani przewodnicząca, nadwykonań, jeśli chodzi o POZ. Myślę, że musimy to sprawdzić, ale do NFZ nie trafiały takie skargi, że POZ nie jest zabezpieczony finansowo. Właśnie przeciwnie, POZ został dość dobrze doposażony. Chociażby właśnie program „Moje zdrowie” – dobrze wyceniony program – jest na pewno takim świadczeniem, na którym na pewno lekarze POZ nie są stratni, a najbardziej korzystają pacjenci.

Natomiast, jeśli chodzi o dzieci, to w ogóle nie są limitowane świadczenia dla dzieci, więc też musimy to sprawdzić, czy zostały przesłane jakieś sygnały, ale jak tutaj rozmawiamy, to nie zostały odnotowane po naszej stronie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Proszę sprawdzić, bo nie podejrzewam, że akurat ci ordynatorzy poszczególnych oddziałów czy kierownicy poradni POZ mnie oszukali. Proszę mi wierzyć, bo to są osoby dla mnie wiarygodne.

Szanowni państwo, może to jest w ten sposób, że mam zakontraktowane – nie wiem, strzelam teraz – 100 pacjentów, bo teraz to jest 100 pacjentów, to już wiedząc, że nie dostanę za 101. i 120., do 100. przyjmuję, a potem radźcie sobie. Nie wiem, można wezwać pogotowie albo jechać na SOR i czekać tam dwa dni.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, to jakby pani mogła nam powiedzieć chociaż z jakiego województwa, to już się ograniczymy do jakiegoś oddziału wojewódzkiego NFZ.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmał:

Albo powiatu, to wtedy możemy zweryfikować na danym przykładzie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Proszę sprawdzić województwo śląskie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Nie mamy tutaj kolejek do POZ, więc trzeba sprawdzić, co to za sygnał i czy właśnie do wojewódzkiego oddziału śląskiego NFZ trafiała taka skarga.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Czyli rozumiem, że będę poinformowana, tak? Dobrze, dziękuję.

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chce zabrać głos? A zatem, proszę państwa, stwierdzam, że podkomisja zapoznała się z informacją.

Dziękuję państwu i zamykam posiedzenie podkomisji.