

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 6)
z dnia 19 listopada 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej

– podkomisji stałej do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich (nr 6)

19 listopada 2024 r.

Podkomisja stała do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich, obradująca pod przewodnictwem poseł **Iwony Marii Kozłowskiej (KO)**, zastępcy przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia na temat sytuacji zdrowotnej osób starszych zamieszkałych na terenach wiejskich.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dagmara Korbasińska-Chwedczuk** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Karolina Gałczyńska-Szymczyk** ekspert w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, dr n. przyr. **Bogdan Wojtyniak** prof. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego wraz ze współpracownikiem, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Jerzy Piókarz** prezes zarządu Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich.

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

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Witam państwa bardzo serdecznie.

Otwieram szóste posiedzenie podkomisji stałej do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich.

Witam bardzo serdecznie wszystkie panie posłanki, bo jesteśmy kobietami – trzy posłanki na posiedzeniu, pani przewodnicząca. Ja w imieniu pani przewodniczącej dzisiaj będę prowadziła to posiedzenie z uwagi na stan zdrowia.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dysfunkcję zdrowotną.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Tak jest, ale pani przewodnicząca będzie tutaj mnie wspierać, tak że bardzo dziękuję.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Wszyscy państwo otrzymaliście informację – zawiadomienia – o posiedzeniu.

Dzisiejsza informacja będzie dotyczyła sytuacji zdrowotnej osób starszych zamieszkałych na terenach wiejskich i w związku z tym witam bardzo serdecznie panią Dagmarę Korbasińską-Chwedczuk, dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, dzień dobry; panią Małgorzatę Michalską, naczelnik wydziału w Departamencie Równości w Zdrowiu MZ, witam panią bardzo serdecznie; dra n. przyr. Bogdana Wojtyniaka, profesora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, witam, panie profesorze; panią dr n. o zdr. Magdalenę Krysińską-Pisarek, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; pana Ernesta Nasternaka, zastępcę dyrektora Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi... Nie ma, dobrze. Witam panią Karolinę Gałczyńską-Szymczyk – dzień dobry – ekspertkę w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. To wszystkie osoby.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Jeszcze są goście zaproszeni.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Jeszcze zaproszeni goście, witam panów bardzo serdecznie.

Ponieważ mówimy i będziemy dzisiaj rozmawiać na temat sytuacji zdrowotnej osób na obszarach wiejskich, chciałabym, żebyśmy się na tym skupili i bardzo prosiłabym przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o informację, ale prosiłabym, żeby nie przekazywać już nam danych statystycznych, bo to sobie przeczytaliśmy i to znamy – porównywanie, ile chorób na wsi, w mieście jest najczęstszych; ile pań, ilu mężczyzn choruje na jakie choroby – bardziej nas interesują tematy związane *stricte* ze wsią, czyli jaka jest dostępność do opieki zdrowotnej dla seniorów, jak państwo widziecie stan zdrowia seniorów na obszarach wiejskich. Czy państwo badaliście też, jaka jest różnica między zachorowalnością kobiet a mężczyzn właśnie na terenach wiejskich, jakie są najczęstsze choroby i jak wygląda profilaktyka, jeżeli chodzi o pacjentów z obszarów wiejskich? Proszę pamiętać, że na obszarach wiejskich mieszkają nie tylko rolnicy. Na obszarach wiejskich mieszkają również osoby niezwiązane z rolnictwem i musimy przez ten pryzmat już teraz też spoglądać na wieś, bo mamy też dużo osób napływowych, które uciekły z miasta albo po prostu są potomkami rolników, ale zajmują się w tej chwili zupełnie innymi zawodami, nie prowadzą działalności gospodarczej, takiej jak rolnictwo, po swoich rodzicach. Gdyby można było takie informacje uzyskać. Oczywiście jeżeli będzie problem z odpowiedzią czy z jakimś fragmentem, do którego państwo musielibyście się odnieść gdzieś w materiałach, które macie państwo w ministerstwie, to będziemy prosili po prostu na piśmie, dobrze? Tak.

Bardzo proszę. Kto z pań, panów? Pani dyrektor. Proszę.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Proszę państwa, jeżeli państwo pozwolą, to ja zacznę. W razie czego poproszę o uzupełnienie panią naczelnik, a przede wszystkim pana profesora Wojtyniaka.

Proszę państwa, zgodnie z tym, o co zostaliśmy poproszeni, przedstawiona przez nas informacja przede wszystkim dotyczy stanu zdrowia osób z terenów wiejskich i w tym zakresie mamy wyniki badania PolSenior2, które dotyczyły sytuacji zdrowotnej osób starszych i odnosiły się także do tej grupy osób, które zamieszkują na terenach wiejskich. Tym bardziej, że my wiemy demograficznie, że starzenie się ludności w większym stopniu dotyka wsi niż miast, co wynika z migracji ludności, którą obserwujemy. To znaczy wiele osób w okresie aktywności zawodowej wyjeżdża do miast, natomiast w okresie starszym z powrotem powracają na wieś, ale też wieś naturalnie się wyludnia i to powoduje, że to wpływa bezpośrednio na stan zdrowia tych osób, dlatego że one borykają się z tymi problemami zdrowotnymi, które są typowe dla osób w wieku starszym.

Tak jak w całym społeczeństwie, wśród osób starszych tam zdecydowanie częściej mamy do czynienia z chorobami przewlekłymi, przy czym populacja osób zamieszkujących na wsi jest mocniej tym dotknięta.

Jeżeli chodzi o wyniki badania PolSenior2, to u osób starszych częściej występowało odczucie bólu przewlekłego, objawów depresyjnych, nadmierna masa ciała, zły stan uzębienia. Po tym względem stan zdrowia ludności zamieszkującej na terenach wiejskich jest gorszy niż na terenach miejskich. Ponadto częściej dotyczyło to – nieznacznie – nadciśnienia tętniczego. Cukrzyca natomiast zdecydowanie częściej rozpowszechniona jest wśród kobiet na terenach wiejskich niż w miastach – to dotyczy przede wszystkim kobiet.

Umieralność według przyczyn zgonu. I tak, według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w prawie wszystkich województwach z wyjątkiem śląskiego natężenie zgonów było wyższe na wsi niż w miastach. To przede wszystkim ze względu na różnice w wieku. Dominującymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe. One były odpowiedzialne w 2023 r. za łącznie 65% wszystkich zgonów i 70,6% zgonów kobiet. Choroby układu krążenia częściej zagrażają mieszkańcom wsi. Natomiast nowotwory złośliwe są rzadszą przyczyną zgonów wśród mieszkańców wsi niż

wśród mieszkańców miast. Dla życia mieszkańców wsi w wieku 65–74 lata największe zagrożenie stanowią choroby nowotworowe, ale w starszych grupach wiekowych dominującą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia. Średnia samoocena stanu zdrowia mieszkańców wsi jest niższa niż w przypadku mieszkańców miast.

Na podstawie europejskiego badania warunków życia ludności, zgodnie z przyjętą samooceną, dobrym lub bardzo dobrym zdrowiem rzadziej cieszyły się osoby w wieku 60 lat i więcej mieszkające na wsi niż osoby w miastach. Na zły lub bardzo zły stan zdrowia wskazywało więcej starszych mieszkańców wsi – 28,2% – niż miast – 25%. Niemal połowa starszych mieszkańców wsi zgłosiła ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności, trwającą dłużej niż przez ostatnie 6 miesięcy.

Samoocena stanu zdrowia jest takim istotnym elementem, któremu przyglądamy się w trakcie oceny stanu zdrowia, dlatego że, mówiąc o zdrowiu, mówimy nie tylko o wydłużaniu życia, ale także o dodawaniu zdrowia do lat, czyli do tego, żeby żyć we względnie dużej sprawności i przy braku odczuwania chorób, dlatego ten wskaźnik samooceny jest tu istotny przy ocenie stanu zdrowia. Osoby starsze na wsi, rzadziej niż mieszkańcy miast, podejmują aktywność o charakterze sportowym i rekreacyjnym. To jest taki paradoks, że nam się wydaje, że osoby zamieszkujące na terenach wiejskich powinny być ze względu na styl życia sprawniejsze i że powinny być aktywniejsze fizycznie – mają świeże powietrze, mają dużo większą możliwość ruchu – a jednak wszystkie badania wskazują na to, że te osoby są zdecydowanie mniej aktywne fizycznie, mniej sprawne.

Wyniki badania PolSenior2 wskazują, że największe zaburzenia sposobu żywienia dotyczą najstarszych seniorów mieszkających w miejscowościach wiejskich. Jednocześnie obserwujemy to, że zdecydowanie rzadziej korzystają z profilaktyki, takiej jak szczepienia przeciwko grypie, i to jest różnica. Szczepi się odpowiednio 7% mieszkańców wsi i 14% mieszkańców miast, więc ta różnica jest tu naprawdę bardzo duża. Indeks zdrowia, który rośnie wraz ze wzrostem wielkości miejsca zamieszkania, dla mieszkańców wsi wynosi 62%, dla mieszkańców miast – 66%.

Raport rzecznika praw obywatelskich wskazał, że 45% seniorów na wsi nigdy nie korzystało z badań o charakterze profilaktycznym i rzadziej korzysta z porad lekarzy specjalistów. To przede wszystkim ten brak korzystania z profilaktyki, niska aktywność ruchowa, małe uczestnictwo w działaniach, które są istotne dla stanu zdrowia, jest czymś, co jest bardzo niepokojące.

Jeżeli chodzi o korzystanie z opieki zdrowotnej przez osoby starsze na terenach wiejskich, zasadniczą rolę w opiece zdrowotnej nad pacjentem, w szczególności starszym, mieszkającym na wsi, pełni podstawowa opieka zdrowotna i to jest prawidłowe, dlatego że POZ powinna być tutaj najbardziej dostępną formą opieki, powinna przede wszystkim zapewniać rozwiązywanie podstawowych problemów zdrowotnych. Udział porad POZ w ogóle porad udzielonych seniorom mieszkającym na wsi wynosi 89,7%. W przypadku mieszkańców miast oni zdecydowanie częściej korzystają z porad specjalistycznych i to jest 53% osób, które korzysta wyłącznie z porad POZ. Większości porad lekarzy specjalistów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pacjentom w starszym wieku udzielono w miastach niż na wsi, co wynika przede wszystkim z większej dostępności opieki zdrowotnej w miastach niż na terenach wiejskich.

Przyczyny kontaktu z opieką zdrowotną. Najczęściej świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom w starszym wieku mieszkającym na wsi udzielono w związku z nadciśnieniem tętniczym oraz z cukrzycą typu drugiego, także z ostrymi zakażeniami górnych dróg oddechowych, zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, rozrostem gruczołu krokowego. W największej liczbie starszym pacjentom z terenów wiejskich udzielono świadczeń z powodu chorób układu krążenia, chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz z powodu chorób układu oddechowego.

Przyczyny hospitalizacji. Zgodnie z badaniem chorobowości szpitalnej, prowadzonym przez NIZP, w 2023 r. hospitalizowano w szpitalach ogólnych w Polsce ogółem 8 mln 700 tys. pacjentów, w tym ponad 3 mln mieszkańców wsi. To stanowiło 37% ogółu hospitalizowanych pacjentów.

Jeżeli tutaj, to myślę, że pan prof. Wojtyniak będzie chciał uzupełnić, panie profesorze?

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo proszę, panie profesorze.

Dr n. przyr. prof. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego Bogdan Wojtyniak:

Mogę teraz, mogę potem. Patrząc na ten taki syntetyczny miernik stanu zdrowia ludności, jakim jest długość trwania życia, to w tym przypadku nazywamy to oczekiwanym dalszym trwaniem życia, ponieważ te osoby dożyły już, powiedzmy, do 60 lat – mamy taki parametr – i ilu lat można oczekiwać, że jeszcze będzie żyła osoba w wieku 60 lat.

Tak więc w tym przypadku mieszkańcy wsi są w trochę gorszej sytuacji niż mieszkańcy miast. Mieszkańcy miast żyją przeciętnie trochę dłużej, ci 60-latkowie. Ale na co warto zwrócić uwagę, to to, że jest spore zróżnicowanie, to znaczy między najlepszymi a najgorszymi województwami są 2 lata różnicy w przypadku zarówno mężczyzn, jak i kobiet, czyli kobiety w tym najgorszym województwie mogą oczekiwać, że będą żyły 2 lata krócej niż te kobiety w najlepszym województwie. To zróżnicowanie między powiatami jest jeszcze większe, więc tutaj widać, że to jest na pewno problem, nad którym się warto pochylić.

A co odpowiada za to, że osoby starsze na wsi żyją krócej niż osoby starsze w miastach? Przede wszystkim to jest wyższa umieralność z powodu chorób serca i naczyń, czyli w zakresie tych chorób tutaj jest największa różnica na niekorzyść mieszkańców wsi. To zagrożenie życia jest w tym przypadku znacznie większe.

Ale co ciekawe, o czym wspomniała też pani dyrektor, to jest ten brak w zasadzie różnicy między mieszkańcami miast i wsi, jeśli chodzi o zagrożenie życia z powodu chorób nowotworowych. Tutaj na pewno może być dla państwa też takim zaskoczeniem, że na przykład z powodu raka piersi poziom umieralności kobiet w miastach jest wyższy niż na wsi, więc widać... Ale skąd to się bierze? Bo jest niższa zachorowalność. Jednak ten styl życia kobiet wiejskich mniej sprzyja zachorowaniu na raka piersi niż styl życia kobiet miejskich, więc to są takie dosyć zaskakujące różnice. Natomiast to, na co warto zwrócić uwagę w przypadku mężczyzn, to jest jednak – u tych starszych mężczyzn na wsi – wyższa umieralność z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, czyli to jest słynne POChP, które, wydawałoby się, wiążemy, oprócz palenia, z zanieczyszczeniem powietrza, ale tutaj to zanieczyszczenie powietrza spowodowane rolnictwem, te sztuczne nawozy itd., powodują, że umieralność mężczyzn na wsi jest wyższa z powodu tych przewlekłych chorób dolnego układu oddechowego.

I oczywiście tym, o czym trzeba pamiętać, co może być też ciekawe, szczególnie w przypadku mężczyzn, jest znacznie wyższa umieralność z powodu samobójstw mężczyzn na wsi niż w miastach. Tak, o tym się trochę za mało mówi, ale tutaj to jest naprawdę duży problem. Dlaczego? Z jednej strony na pewno dostęp do opieki psychiatrycznej na wsi jest dużo gorszy niż w miastach, więc to na pewno jest jedna z przyczyn. Drugą przyczyną, która się też do tego dokłada pośrednio, jest jednak niższy poziom wykształcenia przeciętnie, a tym, co w dużym stopniu powoduje wzrost zagrożenia życia z powodu samobójstw, jest niższe wykształcenie. Mamy wyraźny gradient społeczny – częstość samobójstw bardzo wzrasta wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia i jest najwyższa u osób o najniższym wykształceniu. Szczególnie jest to widoczne u mężczyzn, ale nie tylko, ponieważ ta struktura wykształcenia też jest mniej korzystna na wsi niż w miastach. To powoduje, że w sumie to zagrożenie życia samobójstwami jest wśród starszych mężczyzn znacznie większe. Czyli te tzw. przyczyny zewnętrzne.

Tym, na co warto jeszcze może zwrócić uwagę, jest – co wskazuje chyba na słabość opieki czy może na niższy dostęp oprócz tych chorób psychiatrycznych – znacznie wyższa hospitalizacja starszych mieszkańców wsi z powodu niewydolności serca. Niewydolność serca, jak wiadomo, jest skutkiem choroby niedokrwiennej czy właśnie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. To jest właśnie to, co powoduje niewydolność serca. Tutaj hospitalizacja mieszkańców wsi jest znacznie większa, to znaczy, że w tych wcześniejszych etapach, być może, oni mają też mniejszy dostęp do opieki specjalistycznej i stąd taka sytuacja.

To tyle takich uwag na gorąco, celem uzupełnienia wypowiedzi pani dyrektor.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Czy jeszcze któraś z pań chciałaby zabrać głos, może żeby uzupełnić?

Czyli rozumiem, że otwieramy dyskusję. Czy są pytania z sali?

Pani przewodnicząca, bardzo proszę.

Posel Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, pani przewodnicząca już zwróciła na to uwagę. Mianowicie my jesteśmy podkomisją stałą, która ma na celu przede wszystkim, aby zaproponować ewentualne rozwiązania w zakresie polepszenia sytuacji, bo tutaj te dane statystyczne, które państwo przedstawili zarówno w formie pisemnej, jak i teraz ustnej, świadczą, że mimo iż coraz więcej Polaków 60 plus zamieszkuje na terenach wiejskich, to dbałość o zdrowie czy inaczej profilaktyka – bo tak naprawdę to jest takim clou, takim początkiem dbania o ten późniejszy stan zdrowia – jest zdecydowanie mniejsza i to nie tylko w obszarze psychologii, psychiatrii. Rozmawiam i mieszkam również na terenach wiejskich, więc jestem żywo tym zainteresowana zarówno teoretycznie, ale przede wszystkim w praktyce. Zatem tu trzeba poszukać jakiegoś rozwiązania, szanowni państwo, żeby temu społeczeństwu na terenach wiejskich w jakikolwiek sposób pomóc.

Tutaj o profilaktyce pięknie pan profesor mówił i pani dyrektor, tylko obawiam się, z tego, co wiem, że teraz do końca roku bardzo dobre – i to w opinii lekarskiej, i w ogóle środowiska – były te badania profilaktyczne 40 plus. One z końcem tego roku się kończą. To był taki syndrom, że każdy na te leki darmowe, biorąc pod uwagę, że różne formy prywatnej służby zdrowia, badań są jednak dość drogie... One mają nie być.

Powiedzieliście, że samoocena zdrowia seniorów na terenach wiejskich jest zdecydowanie niższa niż seniorów mieszkających w mieście. Moje pytanie jest następujące – w jaki sposób było przeprowadzane właśnie to badanie samooceny seniorów na terenach wiejskich? Do jakiej grupy to docierało? Tutaj państwo napisaliście, że właśnie sytuacja zdrowotna osób starszych jest kluczowym czynnikiem w ocenie jakości życia oraz potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej. Tutaj są dane przedstawione bardzo realne i z panią przewodniczącą bardzo serdecznie dziękujemy za przekazanie, ale chociażby, proszę państwa, następne badania PolSenior2 wykazały, że częściej właśnie na terenie wsi występuje ból przewlekły, depresje, zły stan uzębienia. Tak, ale dostęp do stomatologa...

Proszę państwa, ja mieszkam w gminie, która ma 13 tys. mieszkańców i gdzie tak naprawdę jest jeden tylko stomatolog, czyli możecie sobie państwo wyobrazić, na ile tysięcy seniorów czy młodych przypada stomatolog. Oczywiście w POZ, żeby była jasność, bo prywatne gabinety funkcjonują, niemniej jednak, tak jak wykazały te państwa bardzo dobre informacje, ekonomiczny status seniora jest zdecydowanie niższy, bo renty z KRUS czy praca na roli spowodowała, że te emerytury i renty są zdecydowanie niższe.

Mam jeszcze, proszę państwa, pytanie dotyczące tego, że na obszarach wiejskich zaobserwowany został większy udział zgonów z powodów kardiologicznych oraz przyczyn objawowych. Moje pytanie jest – co w związku z tym, bo my teraz jesteśmy na podkomisji, gdzie państwo przedstawiacie problemy, my również z pozycji parlamentarzystów przedstawiamy swoje uwagi, ale chyba clou naszych spotkań będzie to, żebyśmy coś zmienili, abyśmy z czymś wyszli.

Następna rzecz – 78% seniorów zamieszkujących wieś deklarowało potrzebę leczenia lub badania. Czyli myślę, że w tych sondażach samooceny krytycznej powinno z tego wyjść, że źle się czują, ponieważ 78% czuje potrzebę leczenia lub badania, czyli oni czują taką potrzebę, ale być może z przesłanek ekonomicznych jest tego brak. Ja jestem człowiekiem, który uważa, że pokolenia powinny się uzupełniać – jak rodzice mają dzieci, to dzieci potem również powinny się zaopiekować, ale nie wszyscy seniorzy mają dzieci, nie wszystkie dzieci mogą się zaopiekować z różnych powodów, dlatego to się właśnie przekłada na tę dostępność służby zdrowia.

Jeszcze jedną mam uwagę. Trochę zapomniałam o swoim stanie zdrowia... To tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo proszę o odpowiedź na pytania pani przewodniczącej.

Dr n. przyr. prof. NIZP PZH – PIB Bogdan Wojtyniak:

Tytułem takiego uzupełnienia, rzeczywiście to wspomniane badanie PolSenior2 jest unikalnym badaniem w skali europejskiej. To znakomicie przeprowadzone badanie. Rzeczywiście te wyniki pozwalają nam dobrze ocenić takie najważniejsze problemy nie tylko zdrowotne, ale i społeczne mieszkańców w starszym wieku.

Warto zwrócić uwagę, że to badanie było bardzo drogie, trzeba sobie szczerze powiedzieć, i to nie jest typ badań, które można często powtarzać, ale wydaje się, że co 10 lat takie badanie powinno być powtarzane. Natomiast planowane jest w przyszłym roku przeprowadzenie przez nasz Instytut we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia takiego badania właśnie osób starszych w trochę prostszej formie i tańszej wersji, ale takiego, które mogłoby być powtarzane na przykład co 2 lata, żeby przedstawiać obraz problemów nie tylko zdrowotnych, ale i społecznych seniorów w Polsce. To właśnie Ministerstwo Zdrowia ma sfinansować to badanie i mamy je w przyszłym roku przedstawić, więc myślę, że to będzie też znakomity materiał do dalszych prac i wnioskowania, co można zrobić i na jakich obszarach należy szczególnie się skupić.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Pani przewodnicząca, ja tylko gwoli wyjaśnienia – bardzo dobrze, że te drogie badania są, jak pan profesor wspomniał, tylko badania mają czemuś służyć, bo same badania dla badania jeszcze nie polepszają warunków życia seniorów na wsi, bo coś diagnozujemy po coś, więc tutaj nie cykliczność powtarzania, tylko zastosowanie wyników badań do realiów, do rzeczywistości.

Dr n. przyr. prof. NIZP PZH – PIB Bogdan Wojtyniak:

Jeśli mogę, od razu *ad vocem* powiedzieć, to właśnie badanie PolSenior zaowocowało rekomendacjami dla rządu i jednostek samorządu terytorialnego, jeśli chodzi o politykę zdrowotną i społeczną. Wyszła też specjalna książeczka z rekomendacjami, bardzo cenna publikacja, która pokazuje, co warto i co powinno się robić, tak że to duża zasługa tego badania.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

A czy my możemy mieć dostęp do tej publikacji?

Dr n. przyr. prof. NIZP PZH – PIB Bogdan Wojtyniak:

Jak najbardziej. Oczywiście, że tak. Jasne. Prześlemy.

Naczelnik wydziału w Departamencie Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia Małgorzata Michalska:

Ona jest dostępna online. Oczywiście mieliśmy też jeszcze, na przykład na Komisji Polityki Senioralnej, prezentowane całe badanie, wyniki, przez Gdański Uniwersytet Medyczny, który był liderem w projekcie, i właśnie też te rekomendacje były przedstawiane. One były też dostępne w formie drukowanej, natomiast są cały czas dostępne online i oczywiście nie ma problemu. Tu też możemy przypominając linki przekazać.

Natomiast pani przewodnicząca pytała też o badanie dotyczące samooceny stanu zdrowia ludności – ono akurat jest u nas prowadzone przez GUS, bo to jest jakby standaryzowane badanie zalecane przez WHO i jest prowadzone w całej Unii Europejskiej, tak że jest wystandaryzowane. Tak jak mówię, opiera się na losowym doborze próby mieszkańców w miastach i na wsi. W związku z tym tutaj głównym prowadzącym jest GUS. To na pewno jest badanie zgodnie ze wszelkimi zasadami metodologicznymi. Bardzo często też ten dobór się opiera na spisie powszechnym. Niedawno mieliśmy spis powszechny, więc myślę, że tym bardziej ta próba była uszczegóławiana i odpowiednio standaryzowana, jeżeli chodzi o to badanie samooceny.

Natomiast, jeszcze wracając do PolSeniora i nadciśnienia tętniczego, to badanie pokazało, że tak naprawdę w Polsce była bardzo duża poprawa między chociażby wynikami badania PolSenior1 i PolSenior2, które dzielił mniej więcej 10-letni okres, właśnie, jeżeli chodzi o kontrolę nadciśnienia tętniczego. Tutaj, stety czy niestety, tym głównym czynnikiem, który o tym zdecydował, była profilaktyka, i też ta świadomość po stronie pacjentów, że chociażby trzeba kontrolować swoje ciśnienie i z pewnymi zaburzeniami zgłaszać się do lekarzy. Bo to jest tak, że po prostu bez tej świadomości po stronie pacjentów

i nas wszystkich z pewnymi działaniami profilaktycznymi my też nie dotrzemy na siłę do kogoś, więc oczywiście jest to też kwestia po stronie rządu i samorządu, żeby budować tę świadomość, a druga sprawa to zwiększać dostępność do opieki w miarę możliwości. Natomiast jest to też oczywiście kwestia dostępu do kadr medycznych i też starzejących się kadr medycznych na obszarach wiejskich. Tutaj ten dostęp siłą rzeczy z tego powodu też jest mniejszy. Dziękuję.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

I tutaj na przykład widać pewne konsekwencje sytuacji. Poprawia się częstość mierzenia ciśnienia, ale to, że mamy dużo więcej osób, które mają wyniki zaawansowanych chorób kardiologicznych, to jest to, że wcześniej nie było podejmowanych tych działań profilaktycznych i w przypadku seniorów zbieramy tego do pewnego stopnia żniwo.

W tej chwili trwają prace w Ministerstwie Zdrowia i program „Profilaktyka 40 PLUS” to był program o charakterze pilotażowym, nie obejmował całości społeczeństwa. Obejmował tylko wybrane grupy, tam, gdzie podmioty zgłosiły się do tego programu, tam osoby mogły korzystać z tego programu. Ponieważ on opierał się też o punkty pobrań dużych podmiotów, dużych laboratoriów, nie wydaje się, że tu była też równowaga dostępu i zapewniony dostęp dla osób wiejskich. Nie wiem, nie analizowałam tego programu pod tym względem i nie wiem też, czy w tych dokumentach przy wszystkich sprawozdaniach ta kwestia się nie pojawiała, natomiast to, co było wskazywane wobec tego programu „Profilaktyka 40 PLUS”, to jest to, że te osoby korzystały z badania, natomiast program nie proponował, co dalej w związku z tym, że są określone wyniki badań. Mam nadzieję, że te propozycje, które tu będą, pozwolą też na rozwiązanie tego problemu i to nie jest tak, że to oznacza zakończenie działań profilaktycznych. Natomiast to, że program „Profilaktyka 40 PLUS” faktycznie ulegnie zakończeniu w takiej formie nie znaczy, że... Na tym polega pilotaż, że proponujemy pewne rozwiązania, przyglądamy się efektom i proponujemy dalej systemowe działanie, w którym wnioski z tego pilotażu musimy wyciągnąć i zastosować, czyli to, żeby coś się pojawiało dalej. Mam nadzieję, że to, co się pojawi po zakończeniu tego programu, będzie tutaj satysfakcjonujące. Czekamy na przygotowanie rozwiązań w tym zakresie. To jest jeden element.

Kolejny element to jest jednak to, że musimy się na terenach wiejskich skupiać na działaniach profilaktycznych i w tym zakresie na pewno te działania, o których mówimy, to jest promowanie na przykład szczepień ochronnych wśród osób starszych. Tutaj widzimy znowuż tę różnicę, że jeżeli chodzi o miasta, to zainteresowanie korzystaniem ze szczepienia przeciwko grupie jest obserwowane, jest większe w przypadku osób starszych. Pojawiło się też szczepienie przeciwko pneumokokom. Jego skuteczność dla niwelowania wszystkich chorób górnych dróg oddechowych jest ogromna i niewątpliwie trzeba podejmować działania zachęcające do udziału w tych szczepieniach. To są działania po stronie lekarzy POZ. Ci pacjenci najczęściej korzystają z pomocy lekarzy POZ, natomiast ta edukacja i skupianie się tu na profilaktyce nie są satysfakcjonujące i być może to jest element, gdzie rozmawiamy o tym, w jaki sposób zaangażować może nie tylko lekarzy, ale też pielęgniarki, osoby zatrudnione w POZ w rozwój działań informacyjnych, profilaktycznych.

Zachęcanie do działań w tym zakresie dotyczy również na przykład profilaktyki innych chorób – mammobusy, gdzie kobiety mogą korzystać z badań profilaktycznych, także objeżdżają tereny wiejskie; korzystanie ze wsparcia organizacji działających na tym terenie, takich jak koła gospodyń wiejskich; wsparcie środowisk tam, żeby kobiety częściej korzystały, jest bardzo istotne. To jest element, o którym my rozmawiamy także w zakresie dostępu do opieki długoterminowej na tym terenie i tworzenia takich miejsc, gdzie można by taką opiekę długoterminową osobom z terenów wiejskich też zapewniać, bo też obserwujemy, że tam jest coraz większa potrzeba takiej opieki ze względu na to, że wieś szybciej się starzeje demograficznie i też do pewnego stopnia jest samotna przez to, że przez wyjazd młodych osób do miast często osoby pozostające na wsi są w samodzielnych gospodarstwach domowych i często dotyka je to, że nie ma ich kto wspierać w trakcie takiej opieki długoterminowej. Nie możemy też przyjmować, że ta opieka długoterminowa tradycyjnie jest tutaj przez społeczeństwo zapewniana, bo coraz mocniej widzimy,

że tak nie jest. To pokazują nam też nasze obserwacje i badania, i w tym zakresie próbujemy wypracować taki model, żeby ta opieka długoterminowa na terenach wiejskich była na każdym terenie bardziej dostępna, ale też musimy wskazywać na to, że te działania na terenach wiejskich powinny tutaj uwzględniać specyfikę tych miejsc i koncentrować się na tworzeniu tam tych form opieki. I nie należy przyjmować... Bo po to są te badania też, żeby nie posługiwać się tym naszym intuicyjnym przekonaniem, że na wsi pod tym względem jest lepiej – nie jest, wręcz odwrotnie. Badania pokazują, że tam te problemy są dużo bardziej odczuwalne.

Jeżeli chodzi o kwestię samobójstw, to, co pan prof. Wojtyniak był uprzejmy wskazać, to z pierwszych doniesień w ramach realizacji naszych działań podejmowanych w kierunku profilaktyki samobójstw my wiemy, że działania profilaktyczne tutaj w zdecydowanie większym stopniu oddziałują na mężczyzn. I to jest dobra informacja, bo to jest grupa, która zdecydowanie mocniej jest zagrożona samobójstwami, zdecydowanie częściej przeprowadza skuteczne próby samobójcze. Wiemy, że działania profilaktyczne tutaj, jeśli chodzi o tę grupę, są zdecydowanie dużo korzystniejsze, i to jest dobra informacja – że widzimy, że w tym zakresie mamy efektywność tych działań, które podejmujemy. Natomiast na terenach wiejskich jeszcze ciągle w dużo większym stopniu widzimy brak akceptacji dla tego, że korzystanie z opieki psychologicznej i psychiatrycznej jest skorzystaniem z takiej samej opieki zdrowotnej, jak każda inna opieka zdrowotna, i to jest ten element, który jeszcze musimy tutaj pokonać – że poza elementem dostępności w przypadku tych chorób jest to, że osoby często bronią się przed korzystaniem z tej opieki, bojąc się stygmatyzacji. To jest element, który na terenach wiejskich jest dużo mocniejszy, i zdecydowanie to jest problem.

Jeżeli chodzi o sam system ochrony zdrowia, to, proszę państwa, musimy sobie powiedzieć, że tu mamy pewien paradoks, który polega na tym, że budowanie nowoczesnej opieki zdrowotnej to są bardzo wysokie nakłady finansowe i tworzenie ośrodków takich kompetencji, gdzie lekarze przyjmują po to, żeby ta opieka zdrowotna była dobra. To musi być bardzo dobry sprzęt i lekarze, którzy przyjmują bardzo dużo pacjentów, obserwują to na dużych grupach, wobec tego tworzą wspólne i spójne metody leczenia. Wobec tego to jest ten paradoks, że te ośrodki wysokospecjalistyczne, żeby były wysokospecjalistyczne, muszą być stosunkowo rzadko, bo muszą przyjmować dużo pacjentów. To pokazuje, że musimy rozwiązywać problem dostępności w inny sposób – musi być dużo podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej i dostępność do ośrodków wysokospecjalistycznych, które niestety muszą z natury swojej, żeby być wysokospecjalistyczne, być rzadkie, więc tak naprawdę ten problem rozwiązuje się tutaj gdzie indziej – rozwiązuje się w braku dostępności komunikacyjnej. Taka jest rzeczywistość po prostu: żeby ośrodek był wysokospecjalistyczny, musi przyjmować bardzo dużo osób. Wobec tego nie może być często.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dziękuję, pani dyrektor.

Z opieką medyczną nad osobami starszymi na wsiach nigdy nie było dobrze. Zawsze ta dostępność była bardzo utrudniona. Ja może później zadam pytania, bo pani przewodnicząca jeszcze chciała coś uzupełnić. Bardzo proszę.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

To znaczy nie uzupełnić, tylko nie mogę się z panią zgodzić z tym, że ten program „Profilaktyka 40 PLUS”, jak były złe wyniki... Wie pani, ja też korzystałam. Jeżeli mam złe wyniki, to szukam wtedy... Nie ma chyba osoby, która dostaje wyniki, które są jakkolwiek niepokojące o stanie zdrowia, i siedzi spokojnie, i czeka. Może w kolejce czekać te dwa lata, ale na pewno się zgłosi.

Tu zgadzam się z panią w 100%, że ta profilaktyka musi być dostępna dla świadomości mieszkańców wsi, ale to również i pan profesor mówił, że te badania powodują, że macie wnioski, z którymi wystąpicie do samorządów. Tylko że samorządy, czyli gminne ośrodki pomocy społecznej konkretnie, które również pełnią zadania jako taka jednostka pomocowa dla tych seniorów, muszą być aktywne w tym znaczeniu, nie tylko rzucając w przestrzeń, że tak powiem, strony internetowej, bo jednak ta specyfika seniorów na terenach wiejskich to nie jest posługiwanie się nośnikami współczesnej cywilizacji,

tylko tutaj powinno być z wykorzystaniem, tak jak pani mówi, KGW, ale są też sołectwa. Tu musi samorząd również zadbać o tę linię konfrontacji czy przekazu tych informacji, a nie: „Sorry, zamieściliśmy na stronie, radźcie sobie”. Nikt się nie zgłosił. Albo jest na stronie informacja, że będą konsultacje dla seniorów, i pytam się, ilu było? Jeden urzędnik. Rozumiecie państwo – jak najbardziej te badania mają czemuś służyć i wyciągamy... Ja nie mówię, że sielankowo wszystko robi się w okresie jednego, dwóch czy czterech lat, ale musimy sukcesywnie nie robić *ad hoc* – że tu teraz są takie myśli, takie kierunki działania, za moment znowu będzie się wywracać. Po prostu tutaj musi być jedność i spójność w działaniach.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Też te działania muszą być nakierowane na specyfikę tego miejsca. Ja absolutnie się z panią zgadzam, że cyfrowe metody nie są tu dostępne, ale ja pamiętam moje zadziwienie co do zastosowania jednej z ciekawszych metod komunikacji – karteczka na wsi. Proszę państwa, to jest taki system, że mieszkańcy sobie wzajemnie podają na zasadzie takiej, że sąsiad sąsiadowi przekazuje informację, kiedy na przykład przyjeżdża mammo-bus, i po prostu taka kartka z taką informacją przejdzie przez całą wieś.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Tak, tylko że tego nie robi lekarz specjalista, tylko musi zrobić GOPS.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Tego się nie robi bez wsparcia jednostek samorządu terytorialnego. To tam się powinno dziać i zaangażowanie JST współpracującej ze swoim podmiotem podstawowej opieki zdrowotnej i skupienie na tym, żeby była inicjatywa i współpraca tych dwóch ciał... Bez tego naprawdę nie damy rady. Natomiast my, projektując te zadania, musimy brać pod uwagę właśnie tę specyfikę, że my nie zrobimy tego tymi narzędziami, którymi działamy na terenach miejskich, i to na przykład bierzemy pod uwagę przy opiece długoterminowej – że te działania muszą być w tych obszarach zupełnie inne.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dziękuję, pani dyrektor.

Ja mam też kilka pytań. Chodzi o program „Profilaktyka 40 PLUS”. Czy on zdał egzamin, jak on się sprawdził? Myślę tutaj o terenach wiejskich. „Profilaktyka 40 PLUS” – na ile się sprawdził na terenach wiejskich? Czy macie państwo takie dane statystyczne, które mówią o tym, ilu mieszkańców wsi skorzystało z tego programu?

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Musimy uzupełnić państwu tę informację na piśmie.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Ja w ogóle jestem ciekawa, jak państwo, przeglądając dokumenty w tej chwili z realizacji tego programu, to widzicie? Czy on rzeczywiście spełnił nasze oczekiwania? Czy zwiększyła się ta liczba pacjentów, którzy zgłaszali się... Ja wiem, pani się śmieje, uśmiecha się, ale to jest smutne, bo to nie jest śmieszne.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Pani poseł, wie pani, dlaczego się uśmiechnęłam? Dlatego, że informacja o tym, że się kończy, bardzo istotnie nam zwiększyła udział osób korzystających, co pokazuje... I to jest tak, że był taki moment na początku, że było większe zainteresowanie, później był taki moment spadający zainteresowania, teraz ta informacja faktycznie spowodowała...

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dobrze, to w takim razie chciałabym wiedzieć – może to być na piśmie. Chodzi mi o wieś, konkretnie. Jeżeli jesteście państwo w stanie to zidentyfikować, to byłabym bardzo wdzięczna – jeżeli chodzi o ten program.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Z podziałem na województwa, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Z podziałem na województwa. Gdyby to się udało, to mielibyśmy też już taką wiedzę, myślę, bardzo dokładną i szczegółową.

Pan profesor użył takiego sformułowania, zresztą ja, czytając te materiały, również znalazłam takie sformułowanie „najlepsze i najgorsze województwa”. Co to znaczy „najlepsze i najgorsze województwa”? Pod jakim kątem państwo to...

Dr n. przyr. prof. NIZP PZH – PIB Bogdan Wojtyniak:

Pod względem długości życia. Myślę, że to jest dosyć jednoznacznie wyjaśnione.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Może ja nie usłyszałam.

Dr n. przyr. prof. NIZP PZH – PIB Bogdan Wojtyniak:

Taki skrót myślowy. Pod względem stanu zdrowia mierzonego tym konkretnym wskaźnikiem, jakim jest długość trwania życia.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Rozumiem, dobrze. Dziękuję bardzo.

Rozmawialiśmy również o tym i państwo przedstawialiście także taką informację, że najwięcej hospitalizowanych osób jest ze wsi i najczęściej dociera do szpitali, tak? Ze względu na stan zdrowia, z terenów wiejskich. To mam takie pytanie – jak wygląda opieka poszpitalna? I znowu śmiech czy uśmiech, przepraszam. Jak wygląda opieka poszpitalna? Właściwie już tutaj też pani przewodnicząca nadmieniła, że my właściwie to posiedzenie powinniśmy zorganizować wspólnie z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Dlaczego? Dlatego, że chciałabym się dowiedzieć, jaka jest dostępność opiekunek i pracowników medycznych, mówię tu o pielęgniarzach, na wsiach dla osób, które są przewlekle chore, które są niesamodzielne, bo w miastach wiem, jak to wygląda – opiekunka czy pielęgniarka dojdzie, nawet dojedzie na rowerze czy ma swój samochód, ale to jest taka, jak to się mówi, jazda wokół komina. Niestety na wsiach jest już trudniej, bo trzeba dojechać i wieś nie jest skupiona w jednym miejscu, pani dyrektor. Wieś to są również wybudowania, które są gdzieś odległe, gdzie trudno czasami dojechać, bo droga jest kamienista albo wręcz, kiedy są roztopy, nie można tam nawet dojechać. Trzeba mieć wysoki samochód, żeby przebrnąć przez tę drogę i dojechać do konkretnych gospodarstw, i to też jest wieś, Niestety.

Mam też pytanie o tę dostępność. Jak wyglądają gabinety czy małe przychodnie lekarzy rodzinnych na wsiach? Kiedyś takie przychodnie były i ta dostępność do lekarza rodzinnego była dobra, ponieważ taka osoba starsza, senior na wsi wiedział, kiedy lekarz przyjeżdża. Czasami przyjeżdżał raz w tygodniu, czasami dwa razy w tygodniu, trzy razy w tygodniu na kilka godzin. Jak to wygląda w tej chwili? Czy takie przychodnie, gdzie jest lekarz rodzinny, gdzie jest pielęgniarka i gdzie przeprowadzane były szczepienia... Czy państwo w ogóle coś wiecie o takim funkcjonowaniu na wsi takich jednostek, takich placówek, które rzeczywiście byłyby bezpośrednio, patrząc przez pryzmat również tego, co pani powiedziała... Ta dostępność komunikacyjna.

Teraz tak, mówimy cały czas o tej profilaktyce, mówimy o diagnostyce również. Jakie są rozwiązania na to, aby ta wieś była rzeczywiście zaopiekowana profilaktycznie, ale również, aby w odpowiednim momencie była zdiagnozowana choroba, bo generalnie, dlaczego tak się dzieje, że ludzie na wsi częściej znajdują się w szpitalach? Ponieważ w szpitalach znajdują się w momencie, kiedy już jest bardzo ciężki stan. Wtedy trafiają do szpitala na kilka dni, na tydzień, wracają do domu i co dalej? To jest też tak, że lekarz, nawet jeżeli jest wielochorobowość pacjenta w szpitalu, to leczy jedną chorobę, a nie wszystkie, więc jeżeli ktoś ma problemy z sercem i trafia do szpitala, ale przy tym też ma na przykład stopę cukrzycową, to lekarz już nie leczy stopy cukrzycowej, tylko leczy kardiologicznie choroby serca, a po tygodniu okazuje się, że są problemy ze stopą, nie ma gojenia ran i trzeba znowu wysłać takiego pacjenta. Ja wiem, to jest bardzo szczegółowe, ale takie jest życie na wsi. Ja też mieszkam na wsi. Nie mam gospodarstwa, ale obserwuję moich sąsiadów i wiem, jak się to życie toczy, i wiem, jakie są problemy z dotarciem właśnie i opieki medycznej. Owszem, koła gospodyń jak najbardziej, rady sołeckie jak najbardziej, są strażacy, którzy też wpisują się w takie działania. To jest taka inicjatywa oddolna,

i bardzo dobrze. Oczywiście współpraca z samorządami, ale te rozwiązania tak naprawdę powinny być systemowe i tutaj samorząd tego nie rozwiąże.

Bardzo proszę, bo może za długo już mówię. Proszę, pani dyrektor.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Sytuacja jest bardzo niekorzystna, ale dane wskazują, że te osoby przede wszystkim korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej, więc ta jest jednak najbliższej mieszkańca.

Chciałabym jednak zwrócić uwagę na to, że w naszym systemie jest tak, że w momencie, kiedy wytworzyliśmy JST, to powierzyliśmy im władztwo w pewnym zakresie, to znaczy, nasze państwo zdecydowało się na powierzenie im władztwa w pewnym zakresie i we wszystkich ustawach samorządowych jest ten element, który dotyczy zapewnienia ochrony zdrowia. JST powinny to tutaj też rozważać, na przykład tworząc podmioty, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych wtedy, kiedy jest brak dostępu, przede wszystkim w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, i tutaj pewne elementy w ustawie samorządowej się pojawiły, i mamy taki podział władzy, że podmiotami tworzącymi publiczne podmioty lecznicze są w większości JST.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Pani dyrektor, ja bardzo panią przepraszam. Ja oczywiście to wszystko wiem, pani nie musi mnie tutaj uczyć akurat tego, bo mam pełną wiedzę, natomiast, wie pani, w praktyce to wygląda trochę inaczej, a rozwiązania systemowe zmuszają też samorządy i podmioty do tego, żeby zabezpieczyły właściwie mieszkańców, którzy mieszkają przede wszystkim na wsiach. I ja mówię tutaj akurat o tych seniorach, a najczęściej to są osoby, które rzeczywiście przez dziesiątki lat pracowały w gospodarstwie i które to życie straciły na bardzo intensywnej pracy fizycznej. Dlatego mężczyźni więcej choruje na wsiach również i ta dostępność jeszcze, à propos opieki zdrowotnej, do psychologów, do psychiatrów... Bo, wie pani, pani dyrektor, ja się też obilałam o takie sytuacje, że ten brak wykształcenia i takie wiejskie, twarde wychowanie – bo tak jest – przez ojców przede wszystkim powoduje, że na swoje życie też coraz więcej młodych ludzi próbuje się targnąć albo im się to udaje, ponieważ nie ma tego zrozumienia ze strony rodziców, przede wszystkim ojców, że może być jakiś problem psychiczny, szczególnie u chłopaków. Oni mają być silni, oni muszą sobie z różnymi trudnymi sytuacjami poradzić i to się odbija też na młodym pokoleniu. Taką jest kolej rzeczy, więc... Nie zgadza się pani?

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

To już nie ta wieś.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Nie, ja akurat miałam do czynienia w nie tak dawnym czasie i takie rzeczy się też dzieją. Oczywiście ja nie mówię tutaj o żadnej regule, dokładnie tak, ale tak też się dzieje. Ja mam takie doświadczenia właśnie z pracy na obszarach wiejskich, bo ja właściwie całe życie jestem w kontakcie z tymi osobami. Ja wiem, jak to działa, jak to funkcjonuje i dlatego pytam też o taką dostępność pod kątem tych gabinetów, tych przychodni małych na terenach wiejskich. Czy coś takiego też jest? Czy państwo macie taką wiedzę, że coś takiego działa, bo kiedyś działało. Była pielęgniarka, był lekarz. Czy coś takiego teraz funkcjonuje?

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

To znaczy, ja jeszcze dopowiem, pani przewodnicząca. Pani dyrektor tutaj powiedziała, że na samorządy terytorialne państwo scedowało pewne uprawnienia i pewną organizację dotyczącą poszczególnych obszarów życia – tak, tylko że musimy mieć tego... I to nie jest w żadnej sposób monitorowane, że właśnie samorządy, tak jak i szkoły wiejskie do 80–90... Zamykają, bo są niepotrzebne. Tak i tutaj najlepiej scedować, i owszem... Prywatny gabinet, który świadczy, powiedzmy, te koniunkturalne specjalizacje POZ. Natomiast pani powiedziała, że duży odsetek samorządów prowadzi podstawową opiekę zdrowotną. W realu tak nie jest, szanowna pani dyrektor.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Przepraszam, może pani dyrektor chciałaby odpowiedzieć lub pani naczelnik, a dopiero potem będę prosiła.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Małgorzata Michalska:

Oczywiście te dane możemy sprawdzić, natomiast zgodnie z danymi NFZ za 2021 r. liczba placówek podstawowej opieki zdrowotnej na 100 tys. ludności w miastach to było 2,6, około 2,0 na wsi.

Myślę, że rzeczywiście kwestia tego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej nie odbiega tak bardzo na wsi od dostępu w miastach, natomiast jest też kwestia jakości tej opieki – tego, o czym mówiła pani dyrektor, tej świadomości nie tylko po stronie pacjentów, jakich świadczeń mogą wymagać, jakich oczekiwać, jak zadbać o własne zdrowie. Też po stronie lekarzy: co powinni oferować pacjentowi, więc tutaj jest nawet kwestia świadomości kalendarza szczepień, o którym też mówiliśmy, który opracowało właśnie PZH dla osób w konkretnych grupach wiekowych, i to właśnie lekarz POZ powinien być tym, który się tym zainteresuje, chociażby zasugeruje pacjentowi szczepienie w danym wieku.

My też myślimy, bo takie były rekomendacje, żeby w ogóle opracować taki kalendarz działań profilaktycznych właśnie ze względu na wiek, i to jednak troszeczkę bardziej uszczegółowiony niż tylko „Profilaktyka 40 PLUS”, bez ograniczenia, weryfikacji, czy jakieś badania nie były już prowadzone u danej osoby, bo też musimy patrzeć pod kątem efektywności całego systemu, kosztów, które on ponosi. Niestety tutaj te koszty na wsi w pewnym sensie muszą być większe chociażby ze względu na brak dostępu do kadr. Bo oczywiście różne działania czy rządowe, czy samorządowe mogą w pewnym sensie wpływać, zachęcać medyków czy personel medyczny, czy chociażby pielęgniarki, o których tutaj panie przewodniczące wspominały, do tego, żeby podejmowały tę pracę na terenach wiejskich, natomiast nikt nie zmusi, nie przesunie też osób wykwalifikowanych do tej pracy na terenach mniej zaludnionych, zważywszy też na tę ogólną tendencję demograficzną. Niestety młode osoby odpływają ze wsi, zostają tam osoby starsze. *Summa summarum* tak samo jest niestety chociażby z przedstawicielami personelu medycznego niestety.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Tym bardziej, że mamy ich coraz mniej. Jest problem z personelem medycznym i z pielęgniarkami, lekarzami, prawda?

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Małgorzata Michalska:

Też mogę powiedzieć, że my tutaj rozważaliśmy – to też jest wpisane w strategię deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej – kwestię wprowadzenia właśnie dodatkowych kadr jako wsparcia pielęgniarek, chociażby w opiece długoterminowej, chociażby opiekunów medycznych, bo jest to liczba personelu, która przyrasta.

To jest kwestia tego, żeby właśnie w większym stopniu też móc wykorzystać te kadry chociażby w opiece środowiskowej, bo też wiadomo, że tworzenie instytucji nie jest tutaj wyjściem, a w każdym razie nie powinno być w miarę możliwości, więc to jest to, o czym mówiła pani dyrektor – kwestia przemyślenia w trakcie reformy, którą teraz mamy na tapecie, jak to zorganizować też w porozumieniu i z koordynacją ze służbami pomocy społecznej. One też jak najbardziej powinny być tym nośnikiem i informacji kierowanej do mieszkańców terenów wiejskich, ale też informacji o tych mieszkańcach, czyli chociażby to, co stwierdzono w badaniu PolSenior2 – powinniśmy w większym stopniu identyfikować osoby zagrożone niepełnością. Osoby na przykład z GOPS, które widzą, że dana osoba nie tylko jest w sytuacji materialnej czy społecznej, która jakoś tam zagraża jej bytowi, też powinny wziąć pod uwagę kwestie zdrowotne, więc tutaj to jest też oczywiście kwestia edukacji, ale też wprowadzenia pewnych procedur. Oczywiście to się czasami dzieje, bo to jest kwestia takiej trochę świadomości i też profesjonalizmu pracowników. Wiadomo, że tu nie wszystko jesteśmy w stanie systemowo rozwiązać, ale na pewno też o takich kwestiach myślimy.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo dziękuję.

I głos z sali. Bardzo proszę.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Panie posłanki, pani dyrektor, szanowni państwo. Ja chcę po pierwsze...

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Proszę się przedstawić do protokołu.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Marek Wójcik, Związek Miast Polskich, ale też Rada Naukowa „Ogólnopolskiego programu zwalczania chorób infekcyjnych”.

Otóż ja chcę obalić mit – zacznę od tych samobójstw. Otóż to nie jest prawda, że na terenach wiejskich liczba samobójstw jest większa niż w miastach.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Ale ja tego nie powiedziałam.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

To też chcę powiedzieć, pani przewodnicząca, bardzo mocno – temat samobójstw nie jest łatwy, ale tutaj nie ma takich zdecydowanych różnic między obszarami wiejskimi i miejskimi. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa to jest kwestia dostępności do lekarzy. Ja myślę, że pacjenci dzisiaj zważają na jakość, na zakres usług, a nie na dostępność. W związku z tym takich punktów, kiedy lekarz POZ ma na liście aktywnej 800 mieszkańców, a 800 mieszkańców w wielu przypadkach oznacza 4–5 sołectw... Ja sam mieszkam w sołectwie, w którym są 63 osoby. W związku z tym sołectwa takie, gdzie jest 150–200 osób to już nie są małe sołectwa, więc żeby łączyć 800 pacjentów na liście aktywnej, to musi być ich kilka. Model na obszarach wiejskich jest inny i to jest moim zdaniem model wcale niezły, ponieważ to jest taki model, kiedy na obszarze gminy opieka zdrowotna jest połączona: POZ z podstawowym AOS, z rehabilitacją chociażby, z opieką pielęgniarstwa i opieką długoterminową czasami, czyli to raczej ten model będzie w najbliższych latach coraz bardziej popularny. Ja patrzę na zestawienie, ile w ciągu ostatnich 6 lat ubyło POZ mających kontrakt z funduszem – to jest około 200 – 198 precyzyjnie. Są województwa, gdzie tego ubyło więcej, typu zachodniopomorskie – 48 w ciągu 6 lat. Nie ma chętnych do pracy w POZ, to jest następna sprawa.

Głównie, jeżeli chodzi o osoby starsze, to jest kwestia dojazdu do lekarza oraz rozwoju usług medycznych, świadczeń medycznych w domu. Ja powiem państwu, zresztą to pewnie pani dyrektor pamięta, prawie osiem lat zmagaliśmy się z tym, żeby w Polsce opieka długoterminowa pielęgniarstwa się mocno zakorzeniła, żeby w ogóle wprowadzono tego typu usługę. Ona byłaby idealna na obszarach wiejskich, tyle tylko, że mamy w Polsce niebywałe zróżnicowanie w tej sprawie. Są województwa, które mają populację powyżej 2,5 mln ludzi i równocześnie około 1 tys. osób objętych tą opieką, a są takie województwa jak Opolszczyzna, która ma 900 tys. i ma 3,5 tys. objętych opieką. Są różnice gigantyczne w tym zakresie, także na poziomie powiatowym, i jest problem.

Na przykład do rozstrzygnięcia przy tej opiece długoterminowej jest problem ciągłości świadczeń. Pozwolę sobie o tym powiedzieć, bo być może mogłyby to być plon prac Komisji – dzisiaj pielęgniarki obejmują opieką długoterminową określoną grupę osób, potem się kończy kontrakt, następny kontrakt – kontrakty są z reguły ogłaszane na powiat – wygrywa powiat inny z drugiej strony, nie z dołu, a z góry powiatu. Wiadomo, że panie szukają pacjentów jak najbliżej domu, swojego miejsca zamieszkania, bo muszą do nich dojechać, więc pacjent objęty do tej pory opieką pielęgniarstwa długoterminową nie ma żadnych gwarancji, że po następnym konkursie funduszu wygra ten sam podmiot, ale nawet jak nie wygra, to kolejny podmiot będzie się nim opiekował. Jeżeli będzie daleko, to nie będzie się nim opiekował, bo znajdzie sobie pacjentów bliżej, żeby dojazd był krótszy. Czyli ta opieka długoterminowa.

Dwa – fizjoterapeuta, dlatego że w stosunku do osób starszych te kwestie rehabilitacji, w tym także rehabilitacji ze strony fizjoterapeutów, to jest rzecz niezwykle potrzebna. Jest usługa fizjoterapeuty w domu. Ona jest wyceniona wyżej, ale i tak za mało, dlatego w ostatnich latach liczba usług w tym zakresie się nie zwiększa, a zmniejsza. Dla mieszkańców obszarów wiejskich niezbędna jest opieka długoterminowa, natomiast chcę państwa poinformować, że w ostatnich latach liczba miejsc w opiece długoterminowej się nie zmniejsza, a zwiększa. To pewien paradoks, ale niestety prawdziwy, i przy dzisiejszych potrzebach my mamy w granicach 110–120 tys. osób objętych opieką w ZOL.

Wszystko bierze się, rzecz jasna, z wyceny tej procedury, bo ona absolutnie podmiotom leczniczym, powiem brzydko, się nie opłaca. Nie cierpię tego sformułowania, ale ono jest prawdziwe.

Natomiast kolejna sprawa jest taka, że w przypadku osób starszych na terenach wiejskich to jest moment, kiedy ich przybywa, też niesamodzielnych, bo ten model rodziny wielopokoleniowej też znika, chociaż na wsi wolniej niż w miastach, i mamy do czynienia z taką sytuacją, że zostaje osoba samotna, niesamodzielna, niepełnosprawna, która onegdaj mogła trafić na przykład do DPS. Dzisiaj nie trafi do DPS z powodów czysto ekonomicznych. Zresztą w DPS też, drodzy państwo, 46% osób leży, już nie wstaje z łóżka, więc to też jest pytanie, czy to jest jeszcze DPS.

Jeżeli chodzi o gminy... Bo też stanę w obronie gmin, ponieważ to nie jest tak, że my mamy za zadanie znaleźć lekarza POZ i uruchomić podmiot leczniczy na swoim terenie. Tu podejmujemy oczywiście próby – około niecałe 2% podmiotów leczniczych w POZ prowadzonych jest przez samorządy gminne. Biorąc to pod uwagę, twierdzę, że to są podmioty lecznicze, działające bardzo dobrze i mające szeroką ofertę. Natomiast 2% nie dlatego, że nie chcemy, tylko dlatego, że odwrotnie. Podmioty prywatne, że tak powiem, w tej sprawie dominują i lekarz, który ma specjalność w tym zakresie, woli uruchomić swoją własną praktykę prywatną, a nie iść do podmiotu leczniczego założonego przez samorząd. To nie wynika z niechęci samorządu. Po prostu wynika z chęci lekarza, żeby pracować u siebie czy w grupie lekarzy POZ. Według mnie – już kończę, bo dużo czasu państwu zajmuję – w najbliższych latach bardzo istotna będzie ta kwestia transportu do miejsca świadczeń oraz rozszerzenia na obszarach wiejskich oferty dotyczącej świadczeń w domu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy jeszcze pani naczelnik, pani dyrektor, pan profesor, tutaj państwo chcieliby coś ze swej strony dodać?

A czy jest taka możliwość, żebyście państwo też przekazali informację, jak wygląda w poszczególnych województwach dostępność do opieki zdrowotnej na wsiach? Myślę tutaj o placówkach, które na terenach wiejskich funkcjonują jako przychodnie POZ. Czy macie coś takiego, czy...

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbaś-Chwedczuk:

Zapytamy, spróbujemy. Jeżeli będzie taka możliwość, na pewno dostarczymy dodatkową informację co do „Profilaktyki 40 PLUS” na tyle, na ile będzie ona możliwa. Nie wiem, na ile jest możliwe wyjęcie tego z systemów informatycznych.

Zgadzam się w całej rozciągłości z moim przedmówcą. Ja bardzo dobrze oceniam te podmioty POZ działające na terenach wiejskich, które są tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego, dlatego że tam jest dużo większe skupienie na realizacji potrzeb profilaktycznych i współpraca z JST powoduje, że to zaangażowanie jest większe. Tak to wygląda z moich obserwacji.

Przewodnicząca poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Z państwa perspektywy. Dziękuję.

Szanowni państwo, stwierdzam, że podkomisja stała do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich przyjęła informację Ministerstwa Zdrowia i przedstawicieli MZ.

Dziękuję państwu za udział w tym posiedzeniu. Bardzo dziękuję, życzę miłego wieczoru. Do zobaczenia.