

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Społecznej
i Rodziny**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ
DO SPRAW RODZINY
(NR 11)
z dnia 12 marca 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Rodziny – podkomisji stałej do spraw rodziny (nr 11)

12 marca 2026 r.

Podkomisja stała do spraw rodziny, obradująca pod przewodnictwem poseł **Mirosławy Stachowiak-Różeckiej (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- **informację na temat dializoterapii w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych oraz mieszkańców domów pomocy społecznej (DPS), w kontekście niedofinansowania i nieaktualnej wyceny świadczeń.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Beata Karlińska** dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Dawid Stachurski** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Magdalena Szymańska** radca w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Tomasz Kołakowski** główny specjalista Wydziału Świadczeń Kompleksowych i Pilotażu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Maria Milik** inspektor nadzoru orzecznictwa lekarskiego Zespołu Naczelnego Lekarza Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, **Dorota Ronek** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Agnieszka Składanowska** i **Marcin Dudka** przedstawiciele Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Ursynów m.st. Warszawy, **Agnieszka Księżo** dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy, **Monika Szlachta** dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Babicy z filią w Pstrągowej Woli, **Marta Misiołek** dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Foluszu.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jolanta Boratyn-Dąbkowska**, **Aleksandra Sobarnia** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw rodziny.

Witam państwa posłów. Witam gości biorących udział w dzisiejszym posiedzeniu. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje informację na temat dializoterapii w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych oraz mieszkańców domów pomocy społecznej w kontekście niedofinansowania i nieaktualnej wyceny świadczeń.

Zaprosiliśmy na posiedzenie przedstawicieli ministra, członka Rady Ministrów, szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ministra zdrowia, ministra rodziny, pracy i polityki społecznej oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest reprezentacja, państwo dyrektorzy reprezentują ministrów, więc przechodzimy do realizacji porządku.

Wobec tego zaczniemy od Ministerstwa Zdrowia. Bardzo proszę o bardzo zwięzłe informacje, zwłaszcza jeśli chodzi o Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz, bo pani chyba też jest ciekawa czy coś się zmieni. Dziękuję za obecność. Proszę o zwięzłe informacje, bo zależy mi, żebyśmy jak najszybciej otworzyli dyskusję, żeby rzeczywiście można się było odnieść do państwa doświadczeń, bo jak jest, to w sumie wiemy. Bardzo proszę, pan dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dawid Stachurski:

Zabiorę głos w imieniu Ministerstwa Zdrowia. Dawid Stachurski – zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii. Krótko, zwięzłe i na temat w kilku zdaniach. DPS-y nie zawierają kontraktu z NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej, w sensie nie kontraktują tych świadczeń oddzielnie. Osoby przebywające, czyli mieszkańcy DPS-ów, mają zagwarantowane świadczenie opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych. Tak jak pani przewodnicząca zauważyła, może powiem kilka słów o tym jak jest, a później w trakcie dyskusji, jak będą się pojawiały jakieś pytania, razem z panią Ewą służyćmy odpowiedziami, o ile będziemy je oczywiście znali.

Leczenie nerkozastępcze hemodializą i dializą otrzewnową w 2024 r. rozpoczęło około 5700 pacjentów. Pośród osób rozpoczynających leczenie przy pomocy dializoterapii zdecydowaną większość stanowią pacjenci, którzy ukończyli 65 rok życia, to jest ponad 62% ogółu pacjentów.

Na koniec 2024 r. dializowano łącznie 20 970 pacjentów, z czego ponad 20 tys. metodą hemodializy, a 772 metodą dializy otrzewnowej. Zaobserwowano zatem niewielki wzrost ogólnej liczby chorych, niewiele ponad 2% w stosunku do 2023 r. Danymi za 2025 r. jeszcze jako ministerstwo nie dysponujemy, tak że dlatego posługuję się danymi z 2024 r.

Może to wszystko w telegraficznym skrócie, w tempie Teleexpressu. Jeżeli będą pytania, to służymy odpowiedzią.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Dziękuję. Rzeczywiście tak chyba będzie najlepiej, bo już są pytania. Wobec tego jeszcze bym poprosiła o krótki komentarz ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia.

Główny specjalista Wydziału Świadczeń Kompleksowych i Pilotażu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Tomasz Kołakowski:

Dzień dobry. Tomasz Kołakowski – Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Jestem tylko głównym specjalistą, więc w uzupełnieniu tego, co powiedział pan dyrektor podam może trochę danych liczbowych. Postaram się poruszyć tylko najważniejsze rzeczy, żeby nie zanudzić państwa tabelkami. Wydatki w ciągu ostatnich lat sukcesywnie nam rosną, proporcjonalnie mniej więcej do liczby osób dializowanych. Finansujemy dializy w trzech zakresach świadczeń. Pierwszy zakres to jest dializoterapia otrzewnowa, czyli świadczenia domowe. Drugi i trzeci to jest hemodializoterapia, czyli zabiegi wykonywane w trybie ambulatoryjnym. Dwa zakresy różnią się od siebie tym, że w zwykłej hemodializoterapii mamy po prostu zabiegi, natomiast w drugim wariancie mamy hemodializoterapię z zapewnieniem dyżuru 24-godzinnego.

Króciutko odniosę się do kosztów. Może nie będę czytał wszystkich dat, tylko podam rok ubiegły, żeby zobrazować jaka to jest skala wydatków. Najmniejsze wydatki w 2025 r. były na dializoterapię otrzewnową, to było nieco ponad 90 mln zł. Na hemodializoterapię zwykłą było 1137,5 mln zł, natomiast na hemodializoterapię z zapewnieniem dyżuru blisko 800 mln zł. Sumując, łączne wydatki na dializy to ponad 2 mld zł w roku ubiegłym. Pan dyrektor wspomniał o wieku. Zrobiliśmy małą analizę, nie tyle wieku rozpoczynania, co średnią wieku pacjenta. Za ostatnie 6-7 lat między oscyluje między 51 a 52 lata dla dializy otrzewnowej, natomiast dla hemodializoterapii są to wyraźnie pacjenci starsi, około 65 lat, plus minus pół roku. To jest akurat logiczne, ponieważ generalnie dializoterapia otrzewnowa jest bardziej dedykowana pacjentom aktywnym zawodowo, natomiast zabiegi hemodializoterapii są dla pozostałej populacji.

Ostatnia, może krótka informacja, co do liczby miejsc udzielania świadczeń, czyli stacji dializ. Ta liczba w ciągu ostatnich lat nam oscyluje na poziomie około 280 miejsc udzielania świadczeń. To może tyle. Jeżeli będą dalsze pytania o szczegóły udzielę odpowiedzi.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Tak. Jeśli państwo pozwolicie, rozumiem, patrząc na listę, że głównie gośćmi są przedstawiciele DPS-ów. Jeśli państwo pozwolicie, zacznę właśnie dlatego, że mnie pan natchnął, bo ta sieć mnie interesuje. Chciałabym się dowiedzieć czy państwo widzą jak to wygląda na mapie Polski. Co sprawia, że to jest drogie? Moim zdaniem jest drogie między innymi dlatego, że pacjent musi być transportowany. Jak popatrzymy na mapę stacji dializ, to okaże się – chyba że mnie panowie wyprowadzicie z błędu – że one się głównie znajdują w wielkich miastach. Jeżeli we Wrocławiu jest pięć stacji dializ, a DPS-y są dookoła Wrocławia w promieniu 50 km, to sobie łatwo wyobrazić jak z każdego z tych dziewięciu powiatów naokoło Wrocławia trzeba tych pacjentów zwieźć i jakie to powoduje koszty. Interesuje mnie dlaczego zapada decyzja, że kolejna nowa stacja dializ jest zakładana znowu we Wrocławiu. To z kolei powoduje, że potem pacjent obłożnie chory, na przykład z DPS-u oddalonego od Wrocławia 30 km, często i na leżać spędza w transporcie z innymi, nazwijmy to: „cywilnymi pacjentami”, dwie godziny w jedną stronę, dwie godziny w drugą stronę.

Ciekawi mnie, czy państwo zdajecie sobie z tego sprawę, czy macie pomysł na to jak to rozwiązać. Tak sobie wyobrażam, że jednak każdy powiat powinien być zaopatrzony w swoją stację dializ. Czy widzą różnicę? W praktyce placówki, przy których są stacje dializ, publiczne, normalne szpitale, organizują transport w oparciu o przetarg. Jakbyście państwo zobaczyli te niektóre wozy, którymi ci ludzie jeżdżą, te karetki oraz obsługę, to byście nie uwierzyli, że mamy do czynienia z opieką medyczną w XXI w. Naprawdę tak to wygląda. Pewnie to wynika z niedofinansowania, bo muszą brać najtańszy transport, ale to jest po sześciu osobach zapakowanych do jednego auta. W tym aucie na dodatek jest jedna osoba obłożnie chora z DPS-u. Potem ci panowie z tego transportu tę obłożnie chorą muszą wnieść na czwarte piętro bo nie ma windy

i tak trzy razy w tygodniu. Reszta pacjentów po dializach, a wiecie państwo, jak się pacjent po dializach czuje. Czeka w tym aucie pięcioro, aż jedną osobę wniosą i wyniosą. To jest po prostu dramat nie do uwierzenia, że coś takiego ma miejsce w dzisiejszych czasach. Czy zdajecie sobie z tego sprawę? Czy są jakieś plany, żeby to zmienić?

Zapraszam do dyskusji, żebyście państwo reprezentujący DPS-y opowiedzieli o swoich doświadczeniach. W praktyce podsumować to można najkrócej tak: może sobie człowiek mieć niestety tego pecha, że nie zachoruje jakąś chorobą, gdzie trafia do dobrego szpitala i jest leczony i pod dobrą opieką, tylko ogólnie w dobrym stanie zdrowia, nie choruje na serce, nie ma żadnych innych chorób, dojechał do 75 roku życia i okazało się, że niestety ma to szczęście, że musi być dializowany. Wydawałoby się, że w naszych czasach to nie jest wyzwanie, bo rzeczywiście jesteśmy w stanie już takim pacjentom pomagać, ale warunki w jakich to się odbywa sprawiają, że w praktyce oni często rezygnują z prawa do tego, co im się należy, czyli z transportu i członkowie rodziny zamieniają się w taksówki, a to jest transport trzy razy dziennie.

To jest moja diagnoza. To jest to wszystko, co wynika z moich doświadczeń, z obserwacji. Jestem ciekawa, co jeszcze państwo do tego dodacie, a panów przedstawicieli resortów pytam jakie są na to pomysły. Bardzo proszę, zapraszam do dyskusji. Na razie czekamy na odpowiedź. Państwo się jeszcze zastanowią czy zadać pytania. Podzielacie państwo moje stanowisko?

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Babicy z filią w Pstrągowej Woli Monika Szlachta:

Monika Szlachta, dyrektor DPS-u dla osób przewlekle psychicznie chorych. Trafniej bym tego nie określiła jak pani to przedstawiła, bo dokładnie to tak wygląda, jak zostało przez panią opisane. Mogę dołożyć do tego, że problem jest wtedy, gdy jedzie jeszcze z tymi wszystkimi pacjentami osoba psychicznie chora, która jest bardzo mocno i skutecznie izolowana. Często jeszcze pada uwaga – to jedzie mieszkaniowiec DPS-u przewlekle psychicznie chory. Bardzo słusznie pani to opisała i dokładnie tak jest. Nie będę więcej dodawać, bo to było bardzo realistycznie opisane i zgodnie z tym co się dzieje.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dawid Stachurski:

Szanowni państwo, niezależnie czy będziemy rozmawiali o dializach, czy o innych świadczeniach opieki zdrowotnej, może nie największym ale dużym problemem w Polsce jest rozmieszczenie, czyli tak zwana dostępność do świadczeń. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia w departamencie, w którym pracuję opracowujemy mapę dostępności do świadczeń. W tej chwili nie pamiętam – mamy to po kolei po dziedzinach ułożone – kolejności, w jakiej będziemy pracowali nad rozmieszczeniem i dostępnością do świadczeń. Jeśli rozmawiamy już o dializach nie mam obecnie recepty. Dlaczego? Dlatego, że temu podmiotowi, który ma udzielać świadczeń z danego zakresu, w tym konkretnym przypadku dializ, musi się to spinać ekonomicznie. Musi wykonywać ileś takich świadczeń, żeby placówka się bilansowała, czy ten oddział, czy ten zakres. Jest możliwe otwieranie placówek do dializy w terenie, ale to zależy od podmiotu i od tego, czy znajdzie lokal i personel do tej placówki, ale przede wszystkim, czy znajdzie odpowiednią liczbę pacjentów, którym dializ będzie udzielał, poza wielkim ośrodkiem miejskim i czy mu się to zepnie finansowo. Dlatego te stacje są w dużych miastach i w dużych ośrodkach, bo w dużych miejscowościach jest większa liczba pacjentów. W takich lokalizacjach te placówki się w jakiś sposób ekonomicznie spinają. Tak to wygląda w każdym zakresie, nie tylko w dializach.

Pierwsza rzecz to jest diagnozowanie problemu, czyli dostępności do świadczeń. Druga sprawa to jest jak ten trend odwrócić. Czy będziemy rozmawiali o dializach, czy będziemy rozmawiali o podstawowej opiece zdrowotnej gdzieś w małych miejscowościach, czy wsiach, problem jest dokładnie ten sam – brak podmiotów, brak lekarzy, brak personelu. W niektórych świadczeniach jest to widać dużo wyraźniej i tak jak w przypadku opisywanych dializ, jest to z dużą niedogodnością dla pacjentów, którzy są przewożeni. W innych zakresach może to być mniej wyraźne i mniej widoczne, ale ten problem jest powtarzalny.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Dobrze, tylko z obserwacji tego, co się w tej chwili w resorcie dzieje wnioskuję, że idzie to w kierunku utrwalania tego stanu. Jeżeli słyszę, że również porodówki nie będą się opłacać w niektórych miastach powiatowych, to dokładnie idziemy w tym kierunku. Stacje dializ się nie opłacają, niech sobie staruszkowie po siedmiu w takim rupieciu jadą do tego wielkiego miasta,

bo tak się opłaca, a jak mają pecha i mieszkają w prowincjonalnym miasteczku, no to trudno. Jak są dializowani, niech się przeprowadzą. Przypomnę, że jednak mamy określone obowiązki i powinniśmy starać się o to, żeby dostęp do ochrony zdrowia i do pewnych świadczeń był w miarę możliwości równy i sprawiedliwy. Moje pytanie zmierza do tego: skoro państwo zdajecie sobie z tego sprawę, to czy nie można tego organizować inaczej? Jeśli pan dzisiaj nie wie, to proszę o odpowiedź na piśmie: ile jest stacji dializ, o których bym powiedziała, że są publiczne, a ile jest niepublicznych? Chyba się dobrze rozumiemy, bo są stacje dializ przy szpitalu. We Wrocławiu są takie dwie: przy szpitalu wojewódzkim przy ul. Kamińskiego i przy szpitalu wojewódzkim przy ul. Borowskiej. Pozostałe stacje dializ – chyba są jeszcze ze cztery we Wrocławiu i nowa się otworzyła niedawno – są podmiotami prywatnymi.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dawid Stachurski:

Jeśli mogę, to będzie moje pytanie do NFZ-u...

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Nie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dawid Stachurski:

Powiem dlaczego. Jeśli chodzi o Ministerstwo Zdrowia mamy dane, jeśli chodzi o liczbę podmiotów udzielających świadczeń, ale nie pamiętam, czy mamy sortowanie po tym, czy podmiot jest publiczny, czy prywatny. Musielibyśmy to łączyć z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i z tym, kto jest podmiotem właścicielskim. Z punktu widzenia kontraktowania świadczeń, to czy podmiot ma strukturę właścicielską taką, że jest to podmiot samorządowy, czy jest to podmiot prywatny, czy jest to spółka samorządowa, czy spółka prywatna, to takich rozróżnień nie prowadzimy. Tak samo kontraktujemy świadczenia w podmiotach publicznych, jak i prywatnych.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Trudno, żebyśmy naprawiali system, skoro państwo takich podstawowych rzeczy nie wiecie. W momencie, kiedy zapada decyzja, że może kolejna stacja dializ powstawać w wielkim mieście wojewódzkim, a w dziewięciu miastach powiatowych otaczających to miasto nie powstaje i wy w ogóle tej mapy nie widzicie, nie kontrolujecie, nie weryfikujecie, to się nie dziwię, że to tak wygląda, jak wygląda. Szanowni państwo, to jest mega wyzwanie. Zapraszam pana z resortu zdrowia albo z NFZ na jedną podróż z pacjentem do stacji dializ, to może zrozumiecie w ogóle co tam się dzieje. Może zrozumiecie, jaki jest problem, w jakich warunkach ci ludzie funkcjonują. To są naprawdę często chorzy ludzie, którzy oprócz chorych, źle funkcjonujących nerek, mają jeszcze mnóstwo innych chorób. To są starzy ludzie. Niektóre historie, o których słyszałam, są nie do opisanego. Naprawdę uwierzcie mi, że coś takiego ma miejsce. Leży pani z DPS chora paliatywnie i musi być wieziona do tych stacji dializ trzy razy w tygodniu. Rzucona jest jak worek ziemniaków do tego auta i jak jej się tam coś stanie, spadnie czapka, rękawiczka, odepnie się jakiś pas, to zajmują się nią inni pacjenci w wieku lat 80, bo ci kierowcy nie mają do tego kwalifikacji. Ich to w ogóle nie interesuje. To jest dramat, jak wygląda ta sytuacja w Polsce.

Moim zdaniem przyczyną tego jest, że od lat to było konsekwentnie niedofinansowane. Rozumiem to, choć same stacje dializ, moim zdaniem, w sensie wynagradzania personelu, sprzętu, wyglądają, a przyglądam się temu z bliska, naprawdę nieźle. Natomiast transport i to wożenie pacjentów to jest jakiś kosmos. Jeżeli państwa polskiego nie stać na ludzi, którzy płacili bardzo często przez 50 lat swojej pracy składki zdrowotne i na koniec są skazani na coś takiego i muszą trzy razy w tygodniu 40 km tam i z powrotem jeździć i my ich wożymy jak worek ziemniaków, to jest naprawdę skandal. Szczerze mówiąc, oczekiwałam deklaracji, informacji: tak, wiemy, mamy z tym problem, pracujemy nad siecią tych stacji dializ, bo to źle funkcjonuje. To nie może tak wyglądać, naprawdę.

Poseł Urszula Rusecka (PiS):

Pani przewodnicząca, niestety ale muszę to przyznać, z wypowiedzi pana dyrektora wylania się bardzo zły obraz tego, jak państwo w ogóle zarządzacie resortem, ponieważ nikt inny jak ministerstwo nie powinien kreować polityki. Nie chodzi o pokazywanie, że nie ma, nie da się, nie ma pieniędzy i zarobieni jesteście. Kwestia jest chyba inna. To państwo powinniście, tak jak powiedziała pani przewodnicząca, mieć wiedzę i tak kreować możliwość finansowania. Być może dlatego nie ma w Polsce powiatowej tego typu... Pan nie słucha. Wiem, że dobrze się panu rozmawia.

Może grzecznie byłoby chociaż posłuchać, bo to tak trochę nieelegancko. Kreujecie tę politykę, więc może dobrze by było pochylić się nad tym, jak by wyglądało finansowanie w miastach powiatowych, zamiast kolejnej stacji dializ w wielkim mieście. Może jakieś zachęty, żeby były tworzone stacje powiatowe, w postaci większego finansowania czy większej punktacji. Myślę, że jest to do zrealizowania. Przepraszam, ale nie przekonują mnie takie argumenty, że my nie wiemy, to na Narodowy Fundusz, a może się nie opłaca. Wie pan, to może być spółka Skarbu Państwa. Może nawet nie do końca, bo spółka Skarbu Państwa też w jakimś sensie dlatego jest w skarbie, ma możliwość realizowania pewnych działań rządu w sytuacjach kryzysowych. Tym bardziej takie kroki powinno podejmować ministerstwo i to Ministerstwo Zdrowia. Jedynym kryterium wyboru nie mogą być pieniądze.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dawid Stachurski:

Szanowni państwo, ale za transport pacjenta w ramach dializoterapii odpowiada świadczeniodawca, a nie minister zdrowia. To, w jakich warunkach jest pacjent przewożony, to jest odpowiedzialność podmiotu, który udziela świadczeń w postaci dializ.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Może państwo ze strony DPS-ów wiecie ile w ogóle w DPS-ach jest pacjentów, którzy są dializowani? Pan podał liczby ogólne, ale jak to wygląda, jeśli chodzi konkretnie o pacjentów? Może przynajmniej jeśli o nich chodzi można znaleźć inne rozwiązanie. Wiecie państwo takie rzeczy?

Dyrektor DPS-u w Babicy z filią w Pstrągowej Woli Monika Szlachta:

Nie robiliśmy jakiegoś ogólnopolskiego badania. Jesteśmy w trakcie przeprowadzania ankiety ile osób jest zależnych, w jaki sposób i jakich świadczeń wymaga w domach pomocy społecznej. Za pośrednictwem ministerstwa i Departamentu Pomocy Społecznej taka ankieta została udostępniona w ostatnim czasie. To jest ankieta zespołu roboczego i tam jest szereg pytań, które dadzą nam wiedzę jakie świadczenia są wykonywane w domach pomocy społecznej. Jeśli chodzi o dializę w przypadku osób starszych są domy, gdzie są mieszkańcy, ale to ilościowo kilka osób. Prowadzę dom dla osób przewlekłe psychicznie chorych i obecnie nie mamy osoby, która jest dowożona na dializy, ale zdarzały się, były takie osoby, ale to jest duży odsetek.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Proszę, oczywiście.

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

My również nie mamy tych danych, bo nigdy ich nie zbieraliśmy, ale akurat dwa dni temu mieliśmy spotkanie z dyrektorami z wojewódzkich wydziałów polityki społecznej, którzy nadzorują DPS-y. To są bardzo nieliczne przypadki, mniej niż 10 osób. Żaden DPS nigdy nie zgłaszał problemów z tym związanych. Mówią, że są po prostu dowożeni.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

OK, dziękuję. Mam jeszcze pytanie, które zadałam na początku, ale nie usłyszałam odpowiedzi. Czy zdajecie sobie państwo sprawę – jeden albo drugi pan – z tego jak wygląda sieć? Czy możecie mi dzisiaj powiedzieć, że są czarne plamy, czyli że jest np. pięć powiatów obok siebie i w żadnym nie ma stacji dializ? Jak to wygląda? Jak wygląda sieć stacji dializ w Polsce?

Główny specjalista wydziału departamentu NFZ Tomasz Kołakowski:

Do tej pory nie było pomysłu robienia sieci stacji dializ na wzór sieci onkologicznej czy kardiologicznej. Generalnie do tej pory nie było specjalnie skarg na dalekie odległości. Może powiem o paru rzeczach w uzupełnieniu do tego, co powiedział pan dyrektor, na co może warto jeszcze zwrócić uwagę. Kontraktowanie odbywa się w oddziałach wojewódzkich, przy czym właśnie po to, żeby wszystkie stacje nie były w jednym dużym mieście. Oddział dzieli województwo na tak zwane obszary i kontraktuje się albo na grupy powiatów, które stanowią pewien obszar, czasami w mieście wręcz na dzielnice. Akurat nie znam specyfiki Dolnego Śląska, więc się nie wypowiem jak to wygląda we Wrocławiu, ale generalnie sens jest taki, żeby nie było tak, że wszystkie stacje są w dużym mieście i będzie to potem problem dla pacjentów z dalszych odległości.

Druga rzecz, chciałem publicznie odpowiedzieć na pytanie, które pani mi zadała. Odnosnie tego transportu trzeba zauważyć, że fundusz finansuje świadczenia, które są wykonywane zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. W tym

rozporządzeniu jest powiedziane, że stacja dializ zapewnia transport, natomiast nie musi to być transport sanitarny. Chodzi o to, żeby to był transport. Nikt nie dopisywał, że ma to być transport w godnych warunkach, bo to była rzecz oczywista dla każdego. Jestem, muszę powiedzieć, trochę zbulwersowany, jak słyszę, że w jakiejś stacji odbywa się to w niskim standardzie, ale dla mnie jest to ewidentne. Nie wiem, jak to ująć. To niewłaściwe postępowanie świadczeniodawcy i myślę, że właściwą drogą byłaby po prostu skarga. Jeżeli do dyrekcji tego świadczeniodawcy nie pomoże, no to do oddziału wojewódzkiego. Będzie to miało znaczenie przy kolejnym kontraktowaniu. Wszystkie takie rzeczy są brane pod uwagę.

Odnosnie podziału na stacje publiczne i niepubliczne, tak jak pan dyrektor powiedział, obowiązuje nas ustawowa zasada równości traktowania podmiotów. Nie możemy wyjmować stacji takich lub takich. Jest jeszcze pewien problem. Tak jak powiedziałem, nie znam Wrocławia. Pani poseł była uprzejma wymienić nazwy i powiedziała, że jest stacja przy szpitalu. Wiem, że jest taka praktyka, że często stacje pod adresem szpitalnym były przejmowane przez jakiś podmiot prywatny, więc fakt, że stacja znajduje się pod tym samym adresem co szpital nie znaczy, że jest stacją publiczną. Może być stacją podmiotu prywatnego.

Ostatnia kwestia. W tym w tym momencie głośno myślę, bo jest to bardzo dalekie myślenie. Jeżeli chcemy jakoś promować określony rodzaj stacji to wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem jest zmiana rozporządzenia kryterialnego. Fundusz kontraktując przyznaje liczbę punktów na podstawie kryteriów, które uzyskują określeni świadczeniodawcy przystępujący do postępowania. Jeżeli dodamy dodatkowe punkty do danego typu świadczeniodawcy, wtedy będzie miał większe szanse na zawarcie kontraktu. To by wymagało zmiany rozporządzenia kryterialnego ministra zdrowia. To chyba tyle, zgodnie z tym co wynotowałem, chyba że są kolejne pytania.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Dziękuję bardzo. Byłam ciekawa, bo być może Wrocław jest wyjątkowo źle rozstrzygnięty pod tym względem. Chętnie się temu przyjrzę w ramach interpelacji poselskiej na miejscu. Byłam też ciekawa jak to wygląda gdzie indziej. Czy jesteśmy wyjątkiem, czy taki standard jest wszędzie. Powiedział pan, że to powinno być lepiej zaplanowane, ale jak patrzę na Wrocław, pięć albo sześć stacji jest we Wrocławiu. Na około, w tym obwarunku, w starym województwie wrocławskim tylko powiat wołowski ma stację dializ. Wszyscy ze starego województwa wrocławskiego są zwożeni do Wrocławia. To nie może się opłacać. To nie może być komfort. Nie da się w ten sposób tego robić. Spróbujcie sobie państwo to wyobrazić. Jesteście z tego pokolenia, które pamięta jak te województwa mniej więcej wyglądały, jakie miały rozmiary. To nie może działać dobrze. Byłam ciekawa, czy rzeczywiście to my jesteśmy na mapie Polski wyjątkiem z jakiegoś powodu, mamy jakieś zaległości i trzeba na miejscu nad tym pracować, czy rzeczywiście, tak jak pan zaczął swoją wypowiedź, musi się opłacać i jesteśmy na taki stan rzeczy skazani. Tego bym się chciała dowiedzieć. Jesteśmy posłami od tego, żeby pomóc. Państwo również, być może przez naszą inwencję, nacisk, interpelacje i zwracanie uwagi. Pracujemy, żeby zmieniać ludzkie życie na lepsze.

Takie przypadki znam, że to wygląda dramatycznie, jeśli chodzi o transport, czyli coś nie działa. Nie krytykuję stacji dializ jako takich. Mam wrażenie, że one mają standardy i już funkcjonuje to naprawdę nieźle. Piętą achillesową, patrząc na to, co się dzieje we Wrocławiu, jest transport. Trzeba to jakoś rozwiązać. Wyobraźcie sobie państwo tych staruszków i ludzi chorych, którzy są wożeni jak kartofle. Nie może to tak wyglądać. Jestem zdziwiona, bo mam wrażenie, jak patrzę na panów, jakbyście pierwszy raz słyszeli o czymś takim. Skargi nie docierają? Państwo z DPS-ów kiwacie głowami, że wasi pacjenci, mieszkańcy właśnie tak są dowożeni. Jak to się stało, że dopiero dzisiaj wszyscy o tym rozmawiamy? Nie jestem w stanie tego zrozumieć. Uważam, że jest potężny problem z tym odcinkiem, jeśli chodzi o dializowanie i musimy wspólnie znaleźć jakieś rozwiązanie. Nie wyobrażam sobie, żeby to tak wyglądało. Fundujemy taksówki tym pacjentom.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dawid Stachurski:

Szanowna pani przewodnicząca, jeśli chodzi o liczbę skarg, to można zapytać rzecznika praw pacjenta, bo do niego też takie skargi na świadczenia wpływają. Akurat pani Ewa pracowała u rzecznika i podpowiada, że jeśli chodzi o dializy, to skarg na te świadczenia było najmniej, a w zasadzie prawie wcale. Można zapytać zarówno Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i Ministerstwo Zdrowia. Jest taki wydział, chyba w Departamencie Nadzoru, ale pewności nie mam gdzie on teraz się znajduje. Jest to wydział skarg. Najszybciej i najwięcej skarg wpływa do oddziałów

wojewódzkich NFZ-u i można ewentualnie zbadać jak dużo jest skarg na świadczenia z zakresu dializy. Z tego co wiemy, jest relatywnie mało skarg. Na inne zakresy świadczeń jest zdecydowanie więcej.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Czy ktoś chce zadać jakieś pytanie przy tej okazji, że mamy przedstawicieli resortu zdrowia, NFZ i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej? Bardzo proszę.

Dyrektor DPS-u w Babicy z filią w Pstrągowej Woli Monika Szlachta:

Chciałabym zadać pytanie. Tak jak powiedziałam, jestem dyrektorem DPS-u dla osób przewlekłe psychicznie chorych. Od wielu lat borykamy się z zatrudnianiem pielęgniarek. Czy jest w ogóle jakakolwiek szansa lub nadzieja, że pielęgniarki pracujące w DPS-ach będą finansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia w związku z tym, że spełniają kwalifikacje? Zdajemy sobie z tego sprawę, że usłyszymy, że są pracownikami samorządowymi, więc DPS-y nie podlegają kontraktowaniu, tak jak pan powiedział. Przypominam sobie pracę w COVID-zie, pomimo że pielęgniarki były pracownikami samorządowymi udało się dla nich uzyskać dodatki, które były wypłacane z Ministerstwa Zdrowia. Czy nie można by było znaleźć analogicznego rozwiązania, ewentualnie objąć nim placówki typu psychiatrycznego, gdzie ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wymaga zatrudnienia pielęgniarki ze względu na przymus bezpośredni? Czy istnieje możliwość porozumienia w tej kwestii pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej?

Dyrektor departamentu MRPiPS Beata Karlińska:

Odpowiem, jako że ten temat wraca bez przerwy, państwo dyrektorzy nie rozumieją, co do nich mówimy. Obecnie jest możliwość kontraktowania, ale to nie będą pracownicy DPS-ów, tylko pracownicy służby zdrowia, normalnie, jako zewnętrzny podmiot. Nie ma obecnie żadnej innej możliwości, jako że DPS-y nie są placówkami leczniczymi. Na razie w polskim systemie prawa nie łączymy tego dwoma systemami, tak jak jest w innych krajach, gdzie mamy część dofinansowania z tamtejszego funduszu zdrowia i pomocy społecznej. U nas na razie nie mamy takich rozwiązań. Nie łączymy tego. Przypominam, że w ustawie, która ma już 21 lat, nikt przez tyle lat tego nie zmienił. Jest wręcz napisane, że osoby, które wymagają wzmożonych procedur medycznych powinny znajdować się w ZOL-ach lub zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych. W rozporządzeniu też nie ma mowy o świadczeniach zdrowotnych.

Jak pani dyrektor dobrze wie i pani przewodnicząca też, bo już przedstawiałam temat, pracujemy nad zreformowaniem polskich DPS-ów, bo nie są to wzorowe, najlepsze placówki pod słońcem pod wieloma względami. Są to placówki osobno dla osób – tak jest napisane w ustawie – „w podeszłym wieku”. To sformułowanie, które nie istnieje. Powinno być: „dla osób starszych”, „dla osób z zaburzeniami psychicznymi”, „dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” i „dla osób niepełnosprawnych ruchowo”. W większości krajów, właściwie we wszystkich, osoby starsze to jest osobna kategoria. To są domy seniora, a pozostałe grupy są w zupełnie innych jednostkach, bardziej podobnych do ZOL. W związku z tym to wymaga reformy. Obecnie nie ma innej drogi jak kontraktowanie z NFZ, o czym przedstawiciele MZ i NFZ na spotkaniach z państwem mówili nieraz. Pielęgniarki mogą kontraktować te usługi jako firmy zewnętrzne, ale nie mogą być pracownikami finansowanymi z NFZ i pracownikami DPS-u.

Dyrektor DPS-u w Babicy z filią w Pstrągowej Woli Monika Szlachta:

Rozumiem, jeśli chodzi o kontraktowanie firm zewnętrznych, czyli opiekę ambulatoryjną?

Dyrektor departamentu MRPiPS Beata Karlińska:

Tak, ale na kontrakcie NFZ.

Dyrektor DPS-u w Babicy z filią w Pstrągowej Woli Monika Szlachta:

Ale DPS-y nie mogą kontraktować świadczeń z NFZ.

Dyrektor departamentu MRPiPS Beata Karlińska:

Pielęgniarki kontraktują i pracują w DPS-ie. Może pan z NFZ-u to lepiej wytłumaczyć.

Główny specjalista wydziału departamentu NFZ Tomasz Kołakowski:

Nie. Myślę, że wytłumaczyła pani to bardzo prosto.

Dyrektor DPS-u w Babicy z filią w Pstrągowej Woli Monika Szlachta:

Problem jest taki, że nie spotkałam się jeszcze z takim świadczeniem usług w DPS-ach, że pielęgniarki kontraktują całonocowo pracę w DPS jako firmy zewnętrzne. Problem się zaczyna w momencie, kiedy jest potrzeba zastosowania przymusu bezpośredniego, a DPS-y dla osób przewlekłe psychicznie chorych mają możliwość zastosowania tego przymusu. Przymus bezpośredni może zastosować lekarz lub pielęgniarka. Mogą zdecydować o zastosowaniu przymusu bezpośredniego. Nie mając zatrudnionej pielęgniarki w DPS-ie nie możemy zastosować przymusu bezpośredniego. Tak jak pani powiedziała, problem wraca z tego względu, że DPS-y borykają się z tym, że jest brak personelu medycznego. Każda kontrola, łącznie z ostatnim raportem NIK-u wykazała, że DPS-y nie zatrudniają pielęgniarek, bo ich nie stać. To jest za każdym razem zarzut w stosunku do DPS-ów, że nie posiadają kadry pielęgniarskiej.

Przewodnicząca poseł Mirosława Stachowiak-Różecka (PiS):

Do tego tematu chyba jeszcze będziemy wracać. Dzisiaj mieliśmy czas, więc zwróciliśmy znowu na to uwagę. Podsumowując, mówił pan, że nie ma skarg. Bardzo się cieszę, tylko że moim zdaniem bardzo łatwo wytłumaczyć dlaczego ich nie ma. Do mnie przyszli się poskarżyć, a nie wysyłają skarg i nie przyznają się do tego na co dzień, bo to są starzy ludzie, często mieszkają sami. Boją się, są skazani na dializy do końca życia i to jest takie podejście: jak będę podskakiwać, jak się poskarżę, to potem będzie mi jeszcze gorzej. Proszę mi wierzyć, że znam przypadki, że było jeszcze gorzej. Na przykład w transporcie o trasie potem decydują kierowcy. Proszę sobie wyobrazić pacjenta, który idzie do szpitala, gdzie jest dializowany, mówi: „ci kierowcy są niegrzeczni, źle się zachowują, coś tam robią złego”. Ci sami kierowcy tam pracują przez następny rok, dwa i trzy. Widziałam już takie sytuacje, w których pacjentkę, która się skarży będą wieść jeszcze bardziej naokoło Wojtek, żeby poczuła, kto rządzi w tym transporcie medycznym. To są niebywale rzeczy. Niestety rzeczywiście to są w jakimś sensie bezbronni i starzy ludzie. Sama sobie nie zdawałam sprawy, że to jest taka dramatyczna sytuacja, że coś takiego może mieć w ogóle miejsce.

Będę się temu jeszcze przyglądać, dzielić się z państwem swoimi informacjami. Wspólnie może uda nam się to jakoś jednak zmienić. Może warto myśleć o jakichś preferencyjnych punktach, a już na pewno o jakiejś zmianie, bo to się nie może opłacać, jak się transportuje człowieka 50 km tam i z powrotem trzy razy dziennie. Ten transport w końcu będzie droższy niż ta stacja dializ, logicznie myśląc. To nie może się udać. Przyjrzymy się czy to wygląda tak tylko na Dolnym Śląsku i we Wrocławiu, czy też w innych oddziałach. Będę wykorzystywać swoje możliwości, zadawać pytania, pisać interpelacje z wnioskami do państwa, wysyłać korespondencję. Będziemy porównywać i do tematu wracać.

Dziękuję bardzo za dzisiejsze spotkanie. Wyczerpaliśmy porządek posiedzenia. Dziękuję państwu bardzo. Zamykam posiedzenie podkomisji.