

X kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ PODKOMISJI STAŁEJ**

**DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**(NR 4)**

**z dnia 8 maja 2024 r.**

**Komisja  
Zdrowia**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia

### – podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 4)

8 maja 2024 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Joanny Wichy (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

### – informację w sprawie nierówności w zdrowiu oraz możliwości ich ograniczenia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Andrzej Łosiewicz** zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Kinga Jabłuszewska** naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Barbara Kaczmarska** główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Bernard Waško** dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Dobrawa Biadun** dyrektor Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Krzysztof Zdobylak** ekspert ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Izby Lekarskiej, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz ze współpracownikami, **Andrzej Dziukała** przewodniczący Komitetu Farmaceutycznego AmChem Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce wraz ze współpracownikami, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Emilia Szyszkowska** dyrektor ds. komunikacji i relacji zewnętrznych Związku Pracodawców Aptecznych Pharmanet, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Jadwiga Hermanowicz-Gadomska** prezes Fundacji Serce Anielki, **Grzegorz Perzyński** prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong, **Julia Borkowska** asystent prezesa Fundacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny Federa oraz **Jan Harasymowicz** i **Małgorzata Wojtowicz** asystenci społeczni przewodniczącej podkomisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

#### Przewodnicząca poseł **Joanna Wicha (Lewica)**:

Dzień dobry. Rozpocznijmy już nasze dzisiejsze obrady. Bardzo serdecznie witam wszystkich zaproszonych gości, stronę ministerialną, koleżanki i kolegów parlamentarzystów, stronę społeczną. Rozpoczynamy dzisiejsze posiedzenie. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji w sprawie nierówności w zdrowiu oraz możliwości ich ograniczenia. Informacje przedstawiają minister zdrowia oraz minister rodziny, pracy i polityki społecznej. Zaprosiłam również Ministerstwo Infrastruktury, które niestety stwierdziło, że nie jest to temat dla ministerstwa i nie przyjęło zaproszenia, więc czekam na informację mailową z jakiego powodu, bo uważam, że wykluczenie transportowe jest również pewnym rodzajem wykluczenia i to dosyć znaczącym, jeśli chodzi o nierówność w zdrowiu i dostęp do owego.

Teraz przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów i posłanek na maila i zamieszczone w folderze SDI na państwa iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Powiedziałam już o ministrze infrastruktury, więc nie będę po raz kolejny opowiadać. Proszę teraz przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia o zabranie głosu i przedstawienie informacji. Bardzo proszę.

## **Naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Kinga Jabłuszewska:**

Dzień dobry państwu. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, w Polsce występują wyraźne i budzące duże zaniepokojenie ekspertów nierówności w zdrowiu, czyli „systematyczne różnice w stanie zdrowia między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi”, które są spowodowane czynnikami społecznymi, zatem mogą być modyfikowane. Należy mieć na uwadze, że nierówności w zdrowiu występują nie tylko pomiędzy najbogatszymi i najbiedniejszymi oraz najbardziej i najmniej wykształconymi, ale także w przypadku bardziej i mniej bogatych czy bardziej i mniej wykształconych. Te nierówności zdrowotne są nieustannym wyzwaniem dla zdrowia publicznego we wszystkich krajach europejskich, nie tylko w Polsce. Wciąż są przedmiotem licznych badań w różnych dziedzinach.

Analiza danych o długości życia mieszkańców Polski w latach 2020–2021 wskazuje, że nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków. Jak wskazano w raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, opracowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, który jest państwowym instytutem badawczym, w 2021 r. długość życia mężczyzn wynosiła prawie 72 lata i była krótsza o ponad 2 lata niż w 2019 r., a w przypadku mężczyzn w wieku 65 lat była krótsza o prawie 2 lata. Z kolei długość życia kobiet wynosiła prawie 80 lat i była krótsza o ponad 2 lata niż w 2019 r., a w przypadku kobiet w wieku 65 lat uległa skróceniu o 1,7 roku. Wpływ pandemii COVID na skrócenie długości życia mieszkańców miast i wsi wśród mężczyzn w obu latach był większy w miastach, natomiast u kobiet w 2020 r. był większy wśród mieszkanek wsi, a w 2021 r. był podobny w obu populacjach. Skrócenie długości życia mieszkańców miast w 2020 r. było wyraźnie związane z wielkością miasta, tj. im większe miasto, tym było ono mniejsze. Z analizy raportu wynika, że najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta poniżej 5 tys. mieszkańców, których ludność żyje najkrócej, natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi, bowiem łodzianie żyją nawet krócej niż mieszkańcy miasteczek.

Jak wiemy, zdrowie ma bardzo złożony charakter. Wiele czynników ma wpływ na jego stan. Poza oczywistymi zjawiskami na zdrowie wpływają m.in. sytuacja społeczno-ekonomiczna ludności, efektywność działania systemu opieki zdrowotnej, styl życia populacji, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, profil genetyczny czy zmiany klimatu. Odpowiednie zajęcie się społecznymi uwarunkowaniami zdrowia ma fundamentalne znaczenie dla poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia długotrwałych nierówności w zdrowiu, co wymaga działań ze strony wszystkich sektorów polityki społecznej i gospodarki we współdziałaniu ze społeczeństwem obywatelskim.

Od wielu lat w licznych krajach trwają działania mające na celu stworzenie wskaźników służących do oceny stanu zdrowia społeczeństwa i poszczególnych subpopulacji. Takie wskaźniki powinny w sposób syntetyczny obrazować stan zdrowia, pozwalając na pomiar jego zmiany w czasie, w tym na skutek podejmowanych działań lub występowania czynników, które wpływają na stan zdrowia. Innym celem wprowadzenia wspomnianych wskaźników może być porównywanie poszczególnych subpopulacji w zakresie stanu zdrowia, co z kolei może ułatwić identyfikację tych czynników, które silnie wpływają na stan zdrowia. Regularny, cykliczny i metodycznie poprawny pomiar potencjalnych zmiennych oraz ustalenie wag dobrze odzwierciedlających ich wpływ na zdrowie jest trudnym i wymagającym zadaniem. Najważniejsza jest możliwość identyfikacji tych czynników, które najmocniej wpływają na stan zdrowia.

Potrzeba pomiaru stanu zdrowia na poziomie kraju lub jego poszczególnych terytoriów doprowadziła do powstania wielu indeksów dedykowanych zdrowiu lub uwzględniających zdrowie wśród innych obszarów. W ramach działania NIZP – PZH powstał indeks zdrowia. Ma on umożliwić monitorowanie zmian stanu zdrowia ludności w czasie oraz identyfikację potencjalnych źródeł zachodzących zmian. Podział indeksu zdrowia na domeny i subdomeny opisujące czynniki, które wpływają na stan zdrowia populacji, umożliwia poznanie konkretnych zjawisk, które w największym stopniu wpływają na zdrowie. Wartość takiego działania wydaje się bardzo wysoka, zwłaszcza w wielolet-

nim planowaniu działań w zakresie zdrowia, nie tylko w zakresie medycyny naprawczej, ale przede wszystkim w zdrowiu publicznym. Indeks zdrowia może służyć identyfikacji różnic na poziomie stanu zdrowia pomiędzy subpopulacjami ludności żyjącymi w różnych regionach geograficznych oraz stanowić podstawę działań diagnostycznych i naprawczych nacełowanych na takie specyficzne subpopulacje.

Pomocny może być tu również system Profibaza, który funkcjonuje od 1 stycznia 2022 r. Zarządzany jest przez NIZP – PZH. System ten ma przede wszystkim pozwolić na generowanie danych dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności oraz działań podejmowanych w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia na danym terenie, a także zapewnić dostęp do rejestru programów zdrowotnych i innych interwencji zdrowia publicznego w kontekście ich planowania oraz sprawozdawania podjętych działań. Niezwykle istotne jest precyzyjne określenie potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności i porównywanie ich z danymi ogólnopolskimi. Służy to m.in. podejmowaniu działań mających na celu ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu.

Mówiąc o nierównościach w zdrowiu i o możliwości ich ograniczania należy wspomnieć też o ustawie o zdrowiu publicznym. Potrzeba jej przygotowania wynikała przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na efektywniejsze podejmowanie działań, które mają na celu osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Celem ustawy było i pozostaje stworzenie systemu opartego na dobrych praktykach w zakresie zdrowia publicznego, a więc na określonych, skutecznych metodach oddziaływania na społeczeństwo oraz budowania sprawnie działającej struktury. Określone ustawowo kwestie zdrowia publicznego mają służyć identyfikacji problemów zdrowia publicznego, ich sklasyfikowaniu, budowie programów działań i zależności, wskazaniu narzędzi do zastosowania i interwencji oraz stworzeniu systemu ewaluacji. By możliwe było osiągnięcie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, ważna jest ukierunkowana aktywność i współpraca administracji rządowej i samorządowej, organizacji pożytku publicznego oraz innych podmiotów, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą zdrowia publicznego.

Realizując politykę zdrowia publicznego, w tym inicjatywy budujące świadomość i odpowiedzialność za własne zdrowie, należy mieć na uwadze uwarunkowania stanu zdrowia i kwestię istniejących nierówności w zdrowiu. Istotne i mierzalne różnice w stanie zdrowia i długości życia obserwujemy w podziale na płeć, wykształcenie czy miejsce zamieszkania. Nie są to tylko różnice uwarunkowane dostępem do lekarza, ale również wiedzą, postawami i zachowaniami. W tym miejscu warto podkreślić, że coraz większej wiedzy i świadomości zdrowotnej nie zawsze towarzyszy dokonywanie świadomych wyborów prozdrowotnych. Można zachowywać się prozdrowotnie, nie uświadamiając sobie uwarunkowań behawioralnych zdrowia, a można też mieć pełną wiedzę, która nie przekłada się na codzienne wybory. Wobec tego konieczne są nakłady sił i środków na działania edukacyjne i profilaktyczne, które w przyszłości przyniosą korzyści dla zdrowia publicznego.

Ustawa o zdrowiu publicznym wprowadziła również obowiązek sprawozdawczy dla podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego. W latach 2019–2021 udział w sprawozdawaniu tych zadań wzięło udział aż ponad 6 tys. sprawozdawców. Były to głównie jednostki samorządu terytorialnego i podmioty administracji rządowej. W tym okresie zrealizowano ponad 83 tys. zadań zakresu zdrowia publicznego, z czego ponad 55% było zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, natomiast podmioty administracji rządowej zrealizowały prawie 45% tych zadań.

Jednocześnie zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia w latach 2020–2021 było większe, niż można było oczekiwać z wcześniejszego trendu współczynnika zgonów z powodu tych przyczyn. W 2021 r. z powodu przyczyn, którym można zapobiegać, zmarło ponad 80 tys. osób. Biorąc pod uwagę dużą liczbę podejmowanych inicjatyw z zakresu zdrowia publicznego i ich zasięg terytorialny przy jednoczesnym niezadowalającym dostosowaniu tych zadań do potrzeb zdrowotnych populacji, konieczne jest podnoszenie jakości planowanych prozdrowotnych polityk publicznych, a także tworzenie odpowiednich mechanizmów zarządczych czy koordynacyjnych. W związku z tym zasadne jest wsparcie koordynacji działań na poziomie

lokalnym przez jednostki przygotowane do tego merytorycznie i posiadające zaplecze naukowo-badawcze.

Ważnym dokumentem w omawianym temacie jest również „Narodowy program zdrowia na lata 2021–2025”. Realizując upoważnienie ustawowe zawarte w art. 9 ustawy o zdrowiu publicznym Rada Ministrów przyjęła rozporządzenie w sprawie tego programu. Jest to dokument ustanowiony w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, który opiera się na współdziałaniu m.in. organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego czy organizacji pozarządowych. Szczególną uwagę warto zwrócić na cel strategiczny NPZ, którym jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Program jest realizowany za pomocą pięciu celów operacyjnych oraz zadań wspierających. W ramach realizacji jednego z zadań wspierających, które jest realizowane przez NIZP – PZH, opracowany zostanie raport „Rekomendacje do działań ograniczających nierówności w zdrowiu w kontekście doświadczeń innych krajów”. Poddanie analizie działań, które ograniczają społeczne nierówności w zdrowiu, podejmowanych w innych krajach oraz wskazanie na wypracowane na ich podstawie rekomendacje może pomóc w planowaniu i wdrażaniu dobrych praktyk w Polsce oraz podnoszeniu jakości działań aktualnie podejmowanych w kraju.

Podsumowując, nierówności zdrowotne są dużym wyzwaniem dla zdrowia publicznego nie tylko w Polsce, dlatego też istotne jest stałe podejmowanie działań mających na celu ich niwelowanie. Należy przy tym pamiętać, że działania, aby były skuteczne i przyniosły oczekiwane efekty, powinny opierać się na współdziałaniu – tak jak wcześniej już wspominałam – organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego czy organizacji pozarządowych. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo serdecznie dziękuję za przedstawioną informację. Teraz poproszę przedstawiciela Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o przedstawienie informacji.

**Zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Andrzej Łosiewicz:**

Szanowni państwo, szanowna pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni goście, nazywam się Andrzej Łosiewicz. Jestem zastępcą dyrektora w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. W swojej wypowiedzi chciałbym się skupić właśnie na tym aspekcie – na likwidowaniu barier dla osób z niepełnosprawnościami w szeroko pojętym temacie nierówności w zdrowiu.

Z punktu widzenia zadań, jakie realizujemy w resorcie, myślę, że warto podkreślić tutaj trzy główne elementy. Pierwszym z nich jest możliwość dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i przedmioty ortopedyczne, likwidacji barier funkcjonalnych czy uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych. Ponadto PFRON realizuje swoje programy, przyjęte przez radę nadzorczą, a skierowane do osób z niepełnosprawnościami. Szczególnie popularny jest obecnie np. program „Samodzielność – Aktywność – Mobilność”. Drugim komponentem, na który chcielibyśmy zwrócić uwagę, jest ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz „Program kompleksowego wsparcia dla rodzin «Za życiem»”. Trzecią kwestią są programy realizowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, czyli asystent osoby niepełnosprawnej, skierowane do samorządów i organizacji pozarządowych NGO, podobnie jak programy opieki wytechnieniowej, a także centra opiekuńczo-mieszkalne.

Jeśli chodzi o możliwość dofinansowania ze środków PFRON, tutaj kluczowa jest ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Na podstawie tej ustawy powiaty otrzymują środki, dzięki którym mogą być realizowane dofinansowania, jeśli chodzi właśnie o sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym, a także likwidację barier funkcjonalnych, czyli architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, jak również uczestnictwo osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych, warsztatach terapii zajęciowej czy zajęciach klubowych.

Osoby niepełnosprawne zainteresowane uzyskaniem pomocy w zakupie wyrobów medycznych mogą otrzymać wsparcie ze środków publicznych za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Zadanie jest realizowane zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W sytuacji, gdy limit finansowy środków z NFZ przeznaczonych na zaopatrzenie w wyrób medyczny, który przysługuje w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, nie wystarcza na zakup danego wyrobu, osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie właśnie ze środków PFRON.

Warunki, jakie powinien spełniać wnioskodawca, a także tryb postępowania i zasady dofinansowania ze środków PFRON, zostały określone w rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Zgodnie z § 5 wymienionego rozporządzenia dofinansowanie mogą uzyskać osoby niepełnosprawne spełniające kryterium dochodowe, tj. których przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym i 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Zgodnie z § 13 rozporządzenia wysokość dofinansowania do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie cen ustalonym na podstawie odrębnych przepisów lub do 150% sumy kwot limitu, o którym mowa powyżej, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Dofinansowanie takie następuje na pisemny wniosek złożony do właściwego dla miejsca zamieszkania powiatowego centrum pomocy rodzinie. Warto zauważyć, że wymieniona pomoc udzielana jest osobom niepełnosprawnym ze środków PFRON. Nie jest świadczeniem obowiązkowym. Uwarunkowane jest bowiem kilkoma czynnikami, w tym m.in. wysokością środków PFRON będących w dyspozycji jednostki udzielającej dofinansowania oraz liczbą złożonych wniosków. Dokonanie oceny, na podstawie całości kształtu okoliczności sprawy czy dofinansowanie wspólnego przedsięwzięcia jest zasadne w przypadku konkretnej osoby niepełnosprawnej, należy do organu udzielającego dofinansowania, czyli do powiatu.

Jeśli chodzi o ustawę „Za życiem” z 4 listopada 2016 r., jej celem jest uregulowanie w sposób kompleksowy wsparcia dla kobiet w ciąży i rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Na podstawie ustawy został przyjęty program „Za życiem”, który wprowadza konkretne rozwiązania, z jakich mogą korzystać osoby niepełnosprawne i ich rodziny. Artykuł 12 ustawy dotyczy w szczególności wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i opieki, w tym paliatywnej lub rehabilitacji dzieci posiadających zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, a także wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin w przypadku ciąży powikłanej oraz pomocy w zabezpieczeniu szczególnych potrzeb, w tym mieszkaniowych. Głównym zadaniem realizowanym w ramach tego programu, który jest w kompetencji ministra rodziny, pracy i polityki społecznej, jest wsparcie materialne rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym. Jest to tzw. jednorazowe świadczenie w wysokości 4 tys. zł, które ma pozwolić na zabezpieczenie podstawowych potrzeb dziecka i rodziny tuż po urodzeniu się dziecka, a przed uruchomieniem pozostałych, już funkcjonujących systemowych rozwiązań. Od 2017 r. co roku mniej więcej 4 tys. osób korzystało z tego jednorazowego świadczenia. Budżet całego programu od stycznia 2017 r. do 2021 r. wynosił 3,1 mld zł. Od 2022 r. do 2026 r. zaplanowano środki w wysokości blisko 6 mld zł. Zgodnie z zapisami programu w 2025 r. będzie przeprowadzona ewaluacja programu. Na jej podstawie będziemy podejmować dalsze decyzje co do funkcjonowania programu w kolejnych latach.

Ostatnią kwestią, o której tutaj chciałbym wspomnieć, są programy finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego. W programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” można uzyskać wsparcie za pośrednictwem albo NGO, albo jednostek samorządu terytorialnego w ramach usługi asystenckiej, która pomaga osobie niepełnosprawnej w podstawowych czynnościach życia codziennego czy też w aktywizacji społecznej i zawodowej. „Opieka wytchnieniowa” jest to program skierowany również do NGO oraz jednostek samorządu terytorialnego. Głównym celem jest odciążenie opiekunów osób z niepełnosprawnościami, aby mogły znaleźć zastępstwo w opiece i w tym okresie poświęcić czas na własne potrzeby czy wypoczynek. Ostatnim programem, który jest realizowany w ramach Funduszu Solidarnościowego, są „Centra opiekuńczo-mieszkalne”. W ramach tego programu samorządy mogą uzyskać środki na inwestycje i przygotowanie takich domów. Taka była nasza idea domów dla osób z niepełnosprawnościami, w których mogą one przebywać na zasadzie opieki dziennej i korzystać z usług świadczonych przez te jednostki bądź też w ramach pobytu całodobowego. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo dziękuję za przedstawioną informację. Teraz otwieram dyskusję. W pierwszej kolejności zaproszę koleżanki posłanki i kolegów posłów do zabrania głosu. Zapraszam. Proszę bardzo.

**Posel Iwona Karolewska (KO):**

Dzień dobry. Iwona Karolewska. Mam pytanie do przedstawicielki MZ.

Czy NPZ przyjęty w 2021 r. w jakikolwiek sposób wpłynął, doprowadził do lepszych wyników i poprawił efektywność programów zdrowotnych prowadzonych na szczeblu lokalnym? Czy umożliwił jakąś ocenę efektywności kosztowej lub wyłonienie najlepszych praktyk? Czy stworzono jakąś bazę najlepszych praktyk o udowodnionej skuteczności? Zgodnie z taką zasadą zdrowia we wszystkich politykach wydaje mi się, że jednak polityka zdrowotna powinna być prowadzona nie tylko w obszarze zdrowia, ale też i w edukacji, i w infrastrukturze, i w polityce społecznej oraz pracy, i w turystyce. Tak naprawdę to powinno być wszędzie. Powinno być to koordynowane jednak z poziomu centralnego, żeby ta efektywność lokalna faktycznie była dobra. Niekoniecznie wszyscy robią to samo, czy to jest efektywne, czy nie jest. Powinno to być jakoś zgodne z mapą potrzeb zdrowotnych. Czy to jest weryfikowane? Czy jest prowadzona jakaś ewaluacja tego? To moje pytanie. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Dziękuję serdecznie. Zapraszam.

**Posel Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):**

Dzień dobry. Szanowni państwo, moje pierwsze przemyślenie, które nasuwa mi się po tych sprawozdaniach, jest takie, że o ile w MRPiPS mogę zauważyć jakiś pomysł, żeby niwelować nierówności w zdrowiu, o tyle ze sprawozdania MZ oczywiście wypływa główny postulat, że staramy się monitorować stan zdrowia ludności i przygotowujemy do tego odpowiednie narzędzia, co jest niezwykle istotne w zdrowiu publicznym, ale nie mamy pomysłu na to, co zrobić później, żeby faktycznie te nierówności w zdrowiu były jak najmniejsze, a one z roku na rok są coraz większe i nie ma tutaj jakiejś znaczącej poprawy.

Pani naczelnik, poproszę o wyjaśnienie, co oznacza to zdanie: „W związku z tym zasadne jest wsparcie koordynacji działań na poziomie lokalnym przez jednostki przygotowujące merytorycznie i posiadające zaplecze naukowo-badawcze”. Czy zostały podjęte jakieś kroki w tym kierunku? Czy tu chodzi o współpracę z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego i o zaangażowanie uniwersytetów w ten program? Kiedy to miało się rozpocząć, jeżeli jeszcze się nie rozpoczęło? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Dziękuję serdecznie. Panie pośle, czy pan chciałby zabrać głos? Zwracam się do kolegi na sali. Nie? Jeśli nie, a koleżanka już poszła, to pozwolę sobie zabrać głos.

Zarówno w przedstawionym raporcie, jak i w ogóle, kiedy się mówi o nierównościach w dostępie do zdrowia, wymienia się przede wszystkim takie czynniki jak m.in. geogra-

fię, gdzie osoby zamieszkują. Z raportu jasno wynika, że duże miasta to jest większy dostęp do ochrony zdrowia, jak też, co za tym idzie, dłuższe życie. Mówi się też dużo o zróżnicowaniu ze względu na płeć, a także na dostęp do edukacji. Sporo mówi się jeszcze o tym, że zdrowie zależy od dostępu do lekarzy, a szczególnie do specjalistów. To są oczywiście bardzo słusznie wyodrębnione czynniki. Nie ma tutaj z czym dyskutować. Dodałabym do tego jeszcze transport, ale wiem, że na ten temat będzie jeszcze mowa w głosach z sali.

Natomiast chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na jeden czynnik. To jest coś takiego, że zdrowie zależy również w bardzo dużej mierze od nas samych. Tutaj mam na myśli dietę, styl życia i aktywność. W informacji tych czynników mi zabrakło, a uważam, że one są bardzo ważne i także wpływają na to, jaka będzie długość i jakość naszego życia. Teraz już pytanie. Chciałabym zapytać, czy w ogóle takie czynniki są badane, a jeśli nie, to czy będą badane. Dalej idąc, jeśli nie są badane, to wyszłabym tutaj z prośbą o to, żeby edukacja zdrowotna w tym kierunku była prowadzona. Jeśli nie ma badań na ten temat i nie jest to badane, to warto byłoby jednak na te czynniki zwrócić uwagę. Szczególnie dla mnie nierówność w zdrowiu to właśnie jest zasób naszego portfela, co też determinuje styl życia. Chciałabym więc poprosić o taką informację. Dziękuję bardzo.

Teraz otwieram dyskusję dla osób z sali. Pierwszy zgłosił się pan Krzysztof Zdobyłak. Zapraszam serdecznie do głosu.

#### **Ekspert Naczelnej Izby Lekarskiej Krzysztof Zdobyłak:**

Dziękuję bardzo. Dzień dobry. Krzysztof Zdobyłak, ekspert do spraw transformacji i strategii rozwoju ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej.

Myślę, że usłyszeliśmy tutaj bardzo ciekawe referaty, które podsumowały, co się dzieje i jakie działania są podejmowane w temacie wyrównywania nierówności w zdrowiu i dostępie do zdrowia. Cieszę się, że podejście było szerokie. Nie ograniczyło się tylko do standardowych dyskusji o liczebności kadr, lekarzy i szpitali, ale spojrzeliśmy też na wiele innych aspektów. Natomiast myślę, że nadal był jeszcze większy potencjał w tym podsumowaniu i w możliwości pokazania, jakie realnie są te nierówności i jak je niwelować. Myślę, że oprócz wspomnianego przez panią przewodniczącą wykluczenia transportowego, które na pewno ma istotny wpływ, trzeba spojrzeć jeszcze trochę szerzej niż tylko na te punktowe działania i system ochrony zdrowia, jak i włączyć w to też szeroko pojętą opiekę społeczną.

Nie możemy zapominać, że dobrze zorganizowany i sprawnie funkcjonujący system opieki społecznej pozwoli nam bardzo mocno odciążyć system ochrony zdrowia. To nie jest przypadek, że w Polsce liczba osób wykonujących zawody medyczne i opiekuńcze jest 2–3 razy niższa niż w krajach, które mają efektywne systemy, gdzie zaspokojone są wszystkie potrzeby zdrowotne obywateli. W Polsce ta różnica nie leży w lekarzach. Chciałbym to podkreślić. Jeśli chodzi o lekarzy jest tylko 15% różnicy. Jeśli chodzi zaś o zawody innych profesjonalistów medycznych, to w niektórych krajach jest ich dwukrotnie więcej. Jeśli chodzi o zawody opiekuńcze, jak opiekun medyczny czy opiekun osoby starszej, to ta różnica sięga nawet kilkukrotności.

Odnosząc się już troszkę bardziej do wystąpienia pani naczelnik z MZ, mam trzy pytania.

Po pierwsze usłyszeliśmy dość długą listę czynników, które wpływają na nierówności w zdrowiu i w ogóle na stan zdrowia, ale mam pytanie, czy państwo podjęli się próby ich priorytetyzacji. Które z nich powinniśmy rozwiązywać jako pierwsze? Czy znowu powinny to być kadry medyczne, czy kwestie edukacyjne, czy kwestie związane z zachowaniami ludzi? Myślę, że od tego trzeba zacząć.

Po drugie jak to się różni w poszczególnych populacjach, żeby odpowiednio kierować działania, które dla danej grupy będą najbardziej skuteczne?

No i po trzecie jakie konkretnie działania są podejmowane? Pani poseł wspomniała, że troszkę chyba zabrakło informacji, co się dzieje i jakie są tego efekty. Powiedziałbym też, że chodzi o to, jaki konkretnie jest nasz cel, jeśli chodzi o wyrównywanie nierówności w zdrowiu, bo oczywiście nie osiągniemy utopijnego stanu, gdzie wszyscy będą równie zdrowi. Jak jednak wypadamy w porównaniu do innych państw? Gdzie są największe

luki? Na czym powinniśmy się skoncentrować w pierwszej kolejności? Czy te działania rzeczywiście się dzieją? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo dziękuję. Teraz zapraszam do głosu pana Jana Harasymowicza.

**Asystent społeczny przewodniczącej podkomisji Jan Harasymowicz:**

Dzień dobry. Jan Harasymowicz. Jestem asystentem społecznym pani posłanki Joanny Wichi. Specjalizuję się w budownictwie, w infrastrukturze, jak również w transporcie.

Wszyscy znamy taką sentencję, że lepiej zapobiegać, niż leczyć. Profilaktyka jest tańsza, jest bezpieczniejsza, jak również jest skuteczniejsza niż samo leczenie. Tymczasem wykluczenie transportowe, które w Polsce sięga nawet kilkunastu milionów osób, de facto oznacza również wykluczenie zdrowotne, wykluczenie z dostępu do ochrony zdrowia. Osoba, która nie jest w stanie się dostać do większego ośrodka, w którym ma przychodnię, nawet w przypadku długotrwałych, ale jakoś łagodnych objawów choroby, nie będzie specjalnie zabiegać o to, żeby się dostać do lekarza. Jak państwo zapewne wiedzą, może to powodować później większe problemy i ewentualnie większe trudności w dalszym leczeniu. Takie wykluczenie transportowe powoduje też to, że zamiast przystąpić do prawidłowego leczenia, osoby próbują leczyć się na własną rękę, czy to za pomocą jakiejś suplementacji, czy to za pomocą leków bez recepty, które niekoniecznie akurat w danym przypadku mogą być skuteczne, a bez właściwej pomocy lekarskiej mogą być zupełnie nieskuteczne bądź przeciwnie skuteczne.

W związku z tym miałbym pytania do Ministerstwa Infrastruktury dotyczące właśnie samego wykluczenia transportowego. Otóż mamy doniesienia medialne o tym, że np. karetka utknęła gdzieś w błocie, nie dojechała do pacjenta. Sam znam sytuację, gdzie na drodze publicznej utknęła śmieciarka i tamtędy karetka czy straż pożarna nie dałaby również rady przejechać. Czy w związku z tym MI planuje bądź prowadzi monitoring dotyczący stanu utrzymania i przejezdności najniższych klas dróg publicznych? Mowa tutaj przede wszystkim o drogach gminnych. Czy w zasadach punktacji dotyczących programów dofinansowania do transportu publicznego poprawa dostępności ochrony zdrowia jest jakoś premiowana, a jeżeli tak, to w jaki sposób? Nawet gdybyśmy jednak dostali pozytywną odpowiedź MI, to zdaję sobie sprawę z tego, że poprawa tej sytuacji nie nastąpi z dnia na dzień, natomiast wydaje mi się, że powinniśmy działać jednak jak najszybciej i jednocześnie skutecznie, aby poprawić dostępność Polec i Polaków do ochrony zdrowia.

Teraz moje ogólne pytanie bądź stwierdzenie, kierowane już bardziej do MZ. Czy w sytuacji, w której pacjent czy pacjentka nie jest w stanie dojechać do ośrodka, w którym jest przychodnia, MZ planuje bądź w ogóle rozważa uruchomienie programu, w którym zespół składający się np. lekarza czy lekarki oraz pielęgniarza bądź pielęgniarki dojeżdżałby do mniejszych miejscowości, przykładowo na poziomie miejscowości sołeckich, które są całkowicie wykluczone transportowo. Mowa tutaj – powiedzmy – o cyklicznym programie dojazdów do konkretnych miejscowości w datach znanych z góry, gdzie osoby, które tam mieszkają, mogłyby danego dnia się po prostu skonsultować z lekarzem. W ramach wizyt wyjazdowych – tak to nazwijmy – można byłoby prowadzić badania przesiewowe, diagnostykę i profilaktykę. Czy ewentualnie podobne wizyty wyjazdowe są planowane np. w szkołach w mniejszych miejscowościach, które również są wykluczone transportowo, żeby młodzież przyzwyczajała się do widoku lekarza, bo w momencie, kiedy sami rodzice nie są w stanie dojechać do lekarza, to trudno, żeby młodzież miała taką możliwość? Efektem takich wizyt mogłyby być oczywiście wystawione skierowanie do specjalistów. Czy MZ zamierza w jakiś sposób pomóc osobom wykluczonym transportowo dostać się już do poradni specjalistycznych, które są w większych ośrodkach? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo dziękuję. Jeśli chodzi o pytania do MI, to oczywiście nie omieszkam zadać ich na piśmie albo złożyć po prostu interpelację poselską. Na pewno te pytania nie pozostaną w próżni.

Natomiast słuchając o pomysły wizyt zespołów lekarsko-pielęgniarskich w małych miejscowościach, mam rodzaj swoistego *déjà vu*, bo wychowałam się dość dawno temu w państwowym gospodarstwie rolnym. Niektórzy z państwa pewnie jeszcze pamiętają, czym były PGR. W tamtych czasach też nie było lekarza w mojej miejscowości. Właśnie lekarz i pielęgniarka po prostu przyjeżdżali. Dokładnie w budynku, w którym się mieściło przedszkole, były spotkania mieszkańców i mieszkanek oraz ich dzieci z lekarzem. Były przeprowadzane szczepienia. Przyjeżdżał też stomatolog. Przyznam szczerze, że aż nie wierzę, że dożyłam w XXI w. takich czasów, że ten pomysł wraca, bo mamy tak źle rozwiniętą sieć ochrony zdrowia w małych miejscowościach, że przychodzą nam do głowy skądinąd tak słuszne pomysły.

No dobrze, to teraz jeszcze zapraszam do głosu panią Małgorzatę Wojtowicz.

**Asystent społeczny przewodniczącej podkomisji Małgorzata Wojtowicz:**

Dzień dobry. Nazywam się Małgorzata Wojtowicz. Jestem członkinią partii Razem. Obszarem mojego działania jest przede wszystkim edukacja.

Trudno nie zauważyć, że zabrakło na tym spotkaniu przedstawicieli Ministerstwa Edukacji Narodowej, bo kiedy mówimy o profilaktyce, trybie życia, nawykach zdrowotnych albo niezdrowym stylu życia, musimy mówić o edukacji, dlatego że to tam zaczyna się wyrabianie nawyków. Musimy mówić o zdrowych posiłkach, do których dzieci i młodzież od przedszkola są przyzwyczajane. Musimy mówić o mądrych lekcjach wychowania fizycznego, które młodych ludzi przyzwyczajają i oswajają z koncepcją ruchu fizycznego, a ten temat w ogóle nie został poruszony. Myślę, że jest to najważniejsze, jeżeli zaczynamy rozmawiać o zdrowiu.

Bardzo brakuje mi obecności przedstawiciela MI. Dostyc dużo mówiono tutaj o wykluczeniu transportowym, natomiast nie był jeszcze poruszony temat smogu i bezpieczeństwa ruchu drogowego, a są to czynniki, które bardzo znacząco wpływają na nierówności w zdrowiu. Osoby, które mieszkają w miejscach, gdzie jest duże natężenie ruchu samochodowego i gdzie nie jest zapewnione właściwe bezpieczeństwo tego ruchu, są dużo bardziej narażone na wypadki, kontuzje i urazy. A jak smog na nasze zdrowie wpływa, to wszyscy wiemy. Jest to kwestia, którą powinno rozstrzygać jednak MI.

Natomiast jeżeli chodzi o przedstawiony dokument MZ, to bardzo mi zabrakło jednak informacji o zapobieganiu niepełnosprawności. Są bowiem programy, które są skierowane do osób z niepełnosprawnością, natomiast nie widzę programów, które miałyby pomóc zapobiegać niepełnosprawnościom, a temu ma zapobiegać dostęp do rehabilitacji. W momencie, kiedy osoba ulega wypadkowi, kontuzji czy urazowi lub ma przeprowadzoną planową operację, po czym nie może otrzymać pomocy w postaci rehabilitacji, to może stać się osobą niepełnosprawną, dlatego że dana operacja, uraz czy unieruchomienie kończyny, które następnie nie zostaną prawidłowo zrehabilitowane w rozsądnym terminie, prowadzą do trwałego uszczerbku na zdrowiu. Nie możemy unikać rozmowy o dostępie do rehabilitacji, na którą obecnie – jak wiadomo – czeka się miesiącami, a często nie można też uzyskać wszystkich zaleconych zabiegów i ćwiczeń, ponieważ w danej jednostce one nie są dostępne, bo nie wszędzie wszystko jest dostępne. W zasadzie na każdą kolejną serię zabiegów czeka się miesiącami, co po prostu powoduje u wielu osób, których nie stać finansowo na zapewnienie sobie rehabilitacji prywatnie, pogłębianie się niepełnosprawności zdrowotnej.

Chciałabym zapytać MZ, czy jest jakiś plan, koncepcja czy program, żeby rehabilitacja, zwłaszcza po operacji i po urazie czy wypadku, była faktycznie dostępna, tak jak zaleca to lekarz w szpitalu, który przeprowadził operację i informuje pacjenta, że w ciągu tygodnia powinien rozpocząć rehabilitację. Czy jest w ogóle na to szansa? Czy ktoś nad tym pracuje? Czy ten temat w ogóle jest poruszany przez ministerstwo?

Kolejne moje pytanie do MZ dotyczy dostępności leków w aptekach. Pacjent dostaje receptę na lek i udaje się z nią do apteki. Okazuje się, że danego leku nie ma ani w tej aptece, ani w innych aptekach, ani w hurtowniach. Za lekiem trzeba jeździć do innego miasta. Trzeba leku szukać, zamawiać go. Bywają sytuacje, że leki pierwszej potrzeby, bardzo podstawowe, miesiącami nie są dostępne w obrocie. Mamy bardzo duże braki w lekach na rynku. To również bardzo mocno wpływa na zdrowie publiczne, bo są to czę-

sto leki naprawdę pierwszej potrzeby i bardzo podstawowe, tak jak płyny do infuzji, których w tej chwili na rynku zwyczajnie nie ma. Okresowo pojawiają się niedobory na rynku różnych innych substancji i leków, w tym również szczepionek i antybiotyków, a temat jakoś nie jest poruszany w kategoriach zdrowia publicznego czy dostępności zdrowia.

Kolejny temat, którego mi tutaj zabrakło, to jest kwestia szczepień. Wiemy, że mamy problem z osobami, które unikają szczepień i nie przeprowadzają szczepień według kalendarza u swoich dzieci. Ten problem narasta i prowadzi do powrotu chorób, które już były bardzo mocno ograniczone lub eradykowane. Tego tematu znowu nie zauważyłam w raporcie. Czy jest plan i czy jest jakiś program, żeby z tematem niezrealizowanych szczepień dzieci według kalendarza coś zrobić? Wkrótce zaczniemy mieć bardzo poważne problemy na bardzo dużą skalę, jeżeli tego nie zrobimy.

Drugie pytanie dotyczące szczepień. Czy MZ myśli o programie obowiązkowych i bezpłatnych szczepień dla dorosłych? W naszym kraju osoby dorosłe nie są objęte programem szczepień. Natomiast zalecenia międzynarodowe są takie, żeby mimo wszystko osoby dorosłe były szczepione. Znamy dosyć dobrze wykaz chorób, na które powinniśmy się szczepić. Czy MZ myśli o bezpłatnych szczepieniach dla osób dorosłych? Czy myśli w ogóle o ustaleniu kalendarza dla szczepień?

Ostatnia kwestia, którą chciałabym poruszyć, a która również się tutaj nie pojawiła, to jest sprawa zdrowia psychicznego, ponieważ dostępność diagnostyki i leczenia jest ograniczona, bardzo mocno zależna od miejsca zamieszkania i od zasobności portfela. To jednak jest coś, co bardzo się przekłada zarówno na powstanie trwałej niepełnosprawności i niezdolności do pracy, jak i na długość naszego życia, jest mocno obciążone nierównościami ekonomicznymi, ale również nierównością płci. Temat zdrowia psychicznego także nie został poruszony. Czy MZ przewiduje powstanie programu profilaktyki i pomocy dla osób niepełnoletnich i dla osób dorosłych, który to program skutecznie usprawniłby dostęp do lekarzy psychiatrów, do terapeutów i do pomocy psychologicznej, a także do diagnostyki spektrum autyzmu i ADHD również dla dorosłych, którzy nie mieli szansy być zdiagnozowani, kiedy byli dziećmi, ponieważ – nie oszukujmy się – kilkadziesiąt lat temu, jeszcze z 10–20 lat temu, ta diagnostyka była bardzo słabo rozwinięta? To są wszystko kwestie, które też się bardzo mocno przekładają na dostęp do zdrowia, bo znowu są uwarunkowane miejscem zamieszkania i zasobnością portfela. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo dziękuję za głos. Teraz zapraszam pana Andrzeja Śliwczyńskiego do zabrania głosu.

**Ekspert Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce Andrzej Śliwczyński:**

Dzień dobry, pani przewodnicząca. Dzień dobry, szanowni państwo. Profesor Andrzej Śliwczyński. Jestem ekspertem w zakresie ekonomiki i organizacji ochrony zdrowia. W ramach współpracy z polsko-amerykańskim konsorcjum izb handlowych chciałbym podnieść temat, który jest kontynuacją tego, co mówiła moja przedmówczyni.

Mianowicie w moim odczuciu nierówność w zdrowiu nie może się skupiać tylko na braku jakichś działań, ale musi obejmować również dany moment, który jest najlepszy dla zastosowania u pacjenta. Przygotowaliśmy raport dotyczący braku pełnej dostępności leczenia w ramach programów lekowych, a teraz przygotowujemy jego drugi upgrade. Mija praktycznie 20 lat, od kiedy mamy w Polsce finansowanie programów lekowych ze środków publicznych. Są terapie wysoce kosztowne, efektywne, często terapie ostatniej szansy. Niestety między podjęciem decyzji o włączeniu jakiejś terapii czy danej technologii do finansowania ze środków publicznych przez NFZ, a praktyczną możliwością zaproponowania terapii pacjentowi często mija parę miesięcy. W pierwszej wersji raportu, która została już wcześniej przedstawiona w MZ, proponujemy określone rozwiązania. Nie są to rozwiązania, które byłyby trudne do wykonania. One są w zasadzie organizacyjne. Oczywiście można też zmienić parę przepisów, co pozwoli na to, żebyśmy nie rezygnowali z pozytywnego efektu, stosując dobrą terapię u pacjenta, tylko przez to, że – może tak jak w rehabilitacji – niestety ta terapia jest na dzisiaj, a już wtedy, kiedy

choroba poczyni spustoszenia u pacjenta czy będzie postępować, kliniczna efektywność tej terapii będzie dużo mniejsza albo żadna.

Są bardzo proste rozwiązania. Myślę, że tutaj możemy współpracować z MZ i z NFZ w ich wprowadzeniu, jak i pokazywać, co można zrobić, aby dostęp do wysoce kosztownych, ale również bardzo ważnych klinicznie terapii w ramach programów lekowych był większy, a w ogóle, kiedy jest podjęta decyzja refundacyjna, aby była możliwość stosowania u pacjenta tych terapii. Na razie jest tak, że oczywiście obwieszczenia są co dwa miesiące. Kolejne cząsteczki i leki pojawiają się w obwieszczeniach. Zanim maszyna administracyjna pozwoli na stosowanie tych terapii u pacjenta, czyli zostaną podpisane aneksy do umów, wprowadzone odpowiednie modyfikacje do systemów informatycznych, a przede wszystkim zabezpieczone pieniądze na finansowanie tych terapii, mijają 2–3 miesiące, czasami dłużej. Natomiast obecny stan prawny już pozwala na pewne działania, które mogą skrócić ten okres do dwóch tygodni albo do maksymalnie miesiąca. To jest również apel do przedstawicieli MZ i do NFZ, aby podjąć te działania i pozwolić pacjentom jednak na to, aby byli wyleczeni bezpieczniej i szybciej. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo dziękuję za ten głos. Teraz zapraszam do głosu panią Dorotę Korycińską.

**Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:**

Dzień dobry. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna i Stowarzyszenie Neurofibromatozy Polska–Alba Julia.

Chciałam się odnieść do kilku kwestii, które tutaj padły i dołożyć kolejne. Bardzo dziękuję panu, który mówił o wykluczeniu transportowym. Przepraszam, nie pamiętam nazwiska. Rzeczywiście w onkologii mamy pacjentów, którzy nie są w stanie korzystać z programów lekowych, ponieważ nie mają, jak dojechać na leczenie. Jednocześnie nie zgadzam się na to, żeby tak mocno kategoryzować coś, co nie jest tylko i wyłącznie winą, bo chciałam zwrócić uwagę na to, że projektowana długość życia w obrębie tego samego miasta w różnych dzielnicach jest też różna i np. mieszkańcy Wilanowa żyją znacznie dłużej niż mieszkańcy Pragi Północ, o czym też nie wolno zapominać.

Chciałam jednak powiedzieć o kilku jeźdźcach apokalipsy w zdrowiu publicznym. Nikotynizm – mamy 9 mln palaczy i 4 poradnie leczenia nałogu. Nie mamy szans zwalczyć nikotynizmu, a jednocześnie większa liczba nowotworów to są nowotwory odnikotynowe. Jeżeli do tego dołączymy wykluczenie transportowe, brak wiedzy, brak różnych kategorii dostępności, to mamy totalną apokalipsę. Słucham? Nieuleczalne. Mam pytanie. Czy są jakieś plany, żeby coś zrobić z nikotynizmem i zwiększyć liczbę poradni antynikotynowych? Nie jest prawdą, że człowiek uzależniony poradzi sobie sam z nałogiem, bo wystarczy rzucić, a są takie przykłady. Nie, do tego trzeba podejść systemowo.

Drugi temat – alkoholizm. Proszę państwa, znowu mamy problem alkoholizmu. Zdaje się, że jest to również problem wynikający z zasobów finansowych. Tak mi się wydaje, bo nie znam dokładnych badań. Chciałabym zwrócić państwa uwagę na to, co się zadziało przed długim weekendem. Ludzie, których stać, powyjeżdżali sobie na Majorkę, natomiast ci, których nie stać na wojaże, byli na własnych działkach i nie ma w tym nic złego, tylko była reklama: „Cztery piwa i cztery gratis”. Grill z tłustymi kiełbaskami i do tego sześć piw, tak? A dziesiąte w gratisie. Proszę państwa, jeżeli mówimy o zdrowiu publicznym i o tym, że nasze zdrowie zależy również od... Tutaj padło takie piękne określenie, że jakość życia i nasze zdrowie zależą od nas samych. Jeżeli mamy wszędzie reklamy alkoholu, z którym można spędzić świetnie wolny czas przy tłustym grillu, jeżeli są te całe gratisy, to niestety, ale nie osiągniemy tutaj sukcesu. Co mamy z powodu alkoholizmu? Kolejne choroby – cukrzycę, otyłość, choroby wątroby, choroby onkologiczne. Pan profesor zna znacznie więcej schorzeń. Jest ich cała masa. Znowu mamy zdrowie publiczne. Moje pytanie jest takie: co można zrobić z plagą alkoholizmu? Co z tymi małpkami? Wiem, że są plany i gorąca dyskusja na temat zakazu sprzedaży alkoholu na stacjach benzynowych, ale te reklamy są po prostu tragiczne. Mam pytanie do przedstawicieli obu resortów. Czy są jakieś plany, żeby w tym zakresie coś zrobić i to trzeba zrobić od podstaw? To jest praca organiczna, ciężka praca, ale nie możemy mówić o zdrowiu publicznym, jeżeli nie zaczniemy zajmować się tymi podstawowymi sprawami.

Szczepienia – była już o tym mowa. Nigdy się nie zgodzę na to, że się wini pacjentów za to, że się nie szczepią. Trzeba znowu sprawdzić dokładnie przyczyny. Dlaczego? Mamy antyszczepionkowców i absolutnie nic się z nimi nie robi. Nie mamy edukacji, ale mamy również mnóstwo antyszczepionkowców, którzy po prostu szaleją bezkarnie. Nie zauważyłam żadnych działań systemowych, żeby przynajmniej spróbować przeciwdziałać tej pladze dezinformacji w zakresie szczepień.

O transporcie już nie będę powtarzać.

Proszę państwa, stomatologia – braki w uzębieniu i fatalne uzębienie Polaków, ponieważ dentysta praktycznie wszędzie jest już w tej chwili prywatnie. Nawet jest takie określenie jak stomatologizacja medycyny, a to się odnosi do tego, że większość sensownych zabiegów stomatologicznych jest dostępna poza NFZ. Nie pamiętam dokładnie, ile zębów można sobie wyliczyć w ramach płatnika, ale jest ich niewiele. Chyba do czwórki i to są jakieś drobne zabiegi, tak? Proszę państwa, znowu musimy coś zrobić. Choroby zębów i przyzębia generują dalsze schorzenia. Ludzie nie leczą zębów. Polacy są bezzębni i to nie dlatego, że po prostu tak sobie wymyślili, ale ich nie stać. Czy państwo wiedzą, ile w Warszawie kosztuje leczenie zęba prywatnie? Przecież to są setki złotych, jak nie tysiące. A zrobienie szczęki to jest kilkadziesiąt tysięcy złotych. Znowu mamy szereg chorób i pogorszenie stanu zdrowia z powodu niewyleczonych zębów.

Kolejny obszar – profilaktyka. Absolutnie się nie zgadzam na to, żeby obwiniać pacjentów i mówić, że im się nie chce. Część nie może dojechać. Pamiętam, że Fundacja My Pacjenci robiła badania. To są chyba badania sprzed 2–3 lat. Zdumiały mnie niektóre odpowiedzi, bo – jak się okazało – część respondentów odpowiedziała, że nie robi badań profilaktycznych, ponieważ nie wie, że one są finansowane z budżetu państwa. Jeżeli nie ma wiedzy, to o czym mówimy? To jest znowu ten początek i sedno wszystkiego, żeby mówić o tym, aby Polacy ruszyli na badania profilaktyczne.

Wracając znowu do nierówności w zdrowiu, mieszkańcy Warszawy mają doskonały dostęp do placówek medycznych, a jednocześnie, jak wykazują raporty, Warszawa jest poniżej średniej krajowej, jeśli chodzi o zgłaszanie się na profilaktyczne badania mammograficzne. Każdy raport zresztą to pokazuje. Są miejsca w Polsce, gdzie w ogóle zgłaszalność jest bardzo niska i źle to wygląda, a są miejsca w Polsce, gdzie to wygląda bardzo dobrze. Proponowałabym, żebyśmy wreszcie zrobili coś, czego nie ma, czyli naprawdę sensownie zbadali przyczyny niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne, bo na razie tylko domniemy i się nad tym zastanawiamy. Kiedyś pytałam, czy rzeczywiście są badane przyczyny niskiej zgłaszalności, więc dowiedziałam się, że nikt tego nie sprawdza. Tak naprawdę nie wiemy, dlaczego ludzie się nie zgłaszają na badania profilaktyczne. Warszawa pokazuje, że to nie brak dostępności placówek medycznych ani wykluczenie transportowe jest tutaj głównym czynnikiem, więc tego nie wiemy. Nie mamy również tych danych, co mnie jeszcze bardziej przeraża. Realizujemy bardzo dużo programów profilaktycznych, natomiast nie znamy ich efektywności. Nie wiemy, ile osób zgłaszających się na badania profilaktyczne ma np. wykrywane nowotwory i w jakim stadium. To jak możemy projektować działania w zdrowiu, jeżeli nie mamy podstawowych danych, jeżeli tego się po prostu nie bada? Jest bardzo dużo wykluczeń, które powodują, że stan zdrowia Polaków jest taki, jaki jest, ale to przede wszystkim jest koszt dla systemu, bo chorzy ludzie trafiają na leczenie i są bardzo kosztowni, jak wiadomo. Na to chciałam zwrócić uwagę właśnie na przykładzie profilaktyki.

Polecam serdecznie, by przyjrzeć się wynikom badań mammografii. Narodowy Fundusz Zdrowia co miesiąc daje aktualną informację, taki aktualny raport interaktywny. Proszę państwa, tam są miejscowości, w których zgłaszalność jest – powiedzmy – nie szokująco wysoka, ale ponadprzeciętnie wyższa. Są takie, gdzie jest ponadprzeciętnie niższa na poziomie np. 9–11%, a są takie, gdzie jest 30–40%. Trochę się to obniżyło, bo została obniżona grupa wiekowa. Jaki jest problem w tym, żeby się dowiedzieć, co takiego jest w tych miejscowościach, gdzie jest dobra zgłaszalność, a czego nie ma tam, gdzie jest niska zgłaszalność? Nie trzeba sprawdzać wszystkich, ale się dowiedzieć, jakie działania są prowadzone.

Kwestia zgłaszania się czy niezgłaszania na badania profilaktyczne pokazuje inny problem w nierównościach – brak organizacji. Nie znamy efektywności programów pro-

filaktycznych. Mam wrażenie, że one są robione na łapu capu, czyli ktoś się zgłosi, jakaś gmina chce coś zrobić. W ogóle nie mamy tego skoordynowanego. Nie ma odpowiedzialnej za profilaktykę – nie wiem – osoby czy departamentu. Każdy robi sobie – samorządy, ministerstwo, NFZ. Nikt tego nie scala. Jednym idzie lepiej, innym idzie gorzej, a wszystkim idzie tak naprawdę źle.

W związku z tym, szanowni państwo, będę zobowiązana, jeżeli się dowiem, czy są planowane, projektowane jakieś działania, czy jest taki zamiar, jeżeli chodzi o walkę z nikotynizmem i te nieszczęsne poradnie leczenia nikotynizmu? Ludzi nie stać na prywatnych psychiatrów, do których dostęp jest zresztą bardzo ograniczony, żeby sobie fundowali terapię. To samo dotyczy alkoholizmu. Co zrobimy ze szczepieniami? Co zrobimy z profilaktyką? Czy będzie wreszcie analiza przyczyn niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne, ale taka prawdziwa analiza, a nie na zasadzie: „Wydaje mi się, że to jest odległość”, „Mnie się wydaje, że to jest brak edukacji”, „Wydaje mi się, że coś tam”, „Wydaje mi się, że coś innego”? Co zrobimy z nachalną reklamą alkoholu jako formy spędzania wolnego czasu? Co zrobimy z brakiem dostępu do stomatologów? Czy są jakieś plany? Co można zrobić, żeby Polakom wyleczyć zęby, bo na pewno ludzi na to nie stać? To na razie tyle.

Aha, jeszcze bieda. Była tutaj mowa o biedzie. Proszę państwa, możemy bardzo dużo mówić o tym, że należy się dobrze odżywiać, tylko proszę zwrócić uwagę na ceny tych zdrowych produktów. One również nie są na kieszeń przeciętnego Polaka. Każdy fast food wygra z marchewką z bazaru, bo jest szybki w przygotowaniu, ale jeżeli chcemy sobie skomponować naprawdę dobry, zdrowy posiłek, to on jest bardzo kosztowny, nie tylko czasowo, ale również finansowo. Widzę, że pani przewodnicząca kiwa głową. Proszę uwierzyć, że Polacy narzekają na ceny żywności.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Przepraszam. Kiwam głową nie dlatego, że uważam, że ceny żywności w naszym kraju są niskie, a wręcz przeciwnie. Kiwam głową na komponowanie posiłku, który nie musi być naprawdę drogi, a może być smaczny i zdrowy, ale my tego nie umiemy robić. A jednocześnie to jest edukacja, bo mówiłam o diecie i o tych nawykach, więc jakby...

**Prezes OFO Dorota Korycińska:**

Tak, rozumiem, ale to znowu wskazuje na to, że jeżeli czegoś nie umiemy, to znowu trzeba się tym zająć. Wiem, że wiele obszarów tutaj wymieniłam, niemniej jednak w moim odczuciu, patrząc z perspektywy grup pacjentów... Może choroby rzadkie i genetyczne akurat nie mają nic wspólnego ze stylem życia i z dietą, ale w onkologii mamy bardzo wiele schorzeń, które są pochodną fatalnego stylu życia, ale nie z winy ludzi. Nigdy się nie zgodzę na to, żeby winić pacjentów za cokolwiek, dopóki nie będą mieć dobrze zorganizowanej edukacji i organizacji. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Tak. Bardzo dziękuję. Tak też i ja nie winię pacjentów, tylko powiedziałam, że w dużej mierze styl życia determinuje nasze zdrowie, ale to nie znaczy, że winię pacjentów.

**Prezes OFO Dorota Korycińska:**

Ale mamy piwo w reklamie jako styl życia.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Natomiast podkreślam tutaj raczej walor edukacyjny, żeby o tym mówić. Jeśli chodzi o używki, czyli alkohol i nikotynę, w lipcu mamy posiedzenie, na które już serdecznie zapraszam, dedykowane właśnie tym używkom i ich wpływowi na zdrowie. Jeśli chodzi natomiast o reklamy, to doskonale, że przyszła tutaj moja koleżanka posłanka Paulina Matysiak, która bardzo szeroko się wypowiadała na Twitterze o tych czteropakach. Myślę, że chętnie powie o tym parę słów.

Teraz już oddam głos panu Grzegorzowi Perzyńskiemu. Zapraszam.

**Prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong Grzegorz Perzyński:**

Dziękuję, pani przewodnicząca. Witam serdecznie. Grzegorz Perzyński, fundator i prezes, Fundacja Transplantacja Liverstrong. Jestem pacjentem 21 lat po przeszczepie-

niu wątroby, ale też i bratem pacjenta 22 lata po przeszczepieniu nerki. Reprezentuję oczywiście populację pacjentów – nazwijmy to tak – okołotransplantacyjnych, czyli nie tylko tych po transplantacjach, ale i tych kwalifikowanych, będących w procesie, a także pacjentów dializowanych, którzy powinni jak najszybciej trafić na listę kwalifikacyjną, z czym też jest ogromny problem.

Wiele kwestii jest do poruszenia. Przypuszczam, że niestety czas jest ograniczony, więc szczegółowo nie będę mógł o wszystkim opowiadać, chociaż to jest mój debiut, jeśli chodzi o tę podkomisję. Mam nadzieję, że będziemy się spotykać częściej i że kwestia transplantacji czy transplantologii, szerzej mówiąc, zagości również na tych posiedzeniach. Padło tutaj wiele kwestii, które trochę też się zająbiają. Chcę też powiedzieć, że reprezentuję tutaj również szerzej pacjentów nie tylko okołotransplantacyjnych, ale też – powiedzmy sobie – pacjentów z ograniczoną immunologią, którzy są choćby na terapii immunosupresyjnej. W związku z tym właściwie mógłbym też powiedzieć, że nasza populacja stanowi kolejny rodzaj, jeśli mówimy o pewnej klasyfikacji niedoboru czy nierówności w dostępie do zdrowia. To się przejawiało najbardziej, najwyraźniej i niestety najtragiczniej w czasie pierwszego uderzenia hekatomby pod tytułem COVID-19. Powiem tylko o immunosupresji, bo może nie wszyscy państwo o tym wiedzą. Nie jest to oczywiście wiedza powszechna. Właśnie wiedza i edukacja to jest to, co się tutaj przejawia. To jest coś, o czym chciałbym mówić, żeby to mocno wybrzmiało, bo tak naprawdę kwestia świadomości jest tutaj zasadnicza. Dietetyka i profilaktyka to też jest jakby nasze podwórko.

Proszę sobie uświadomić, że kiedy w najgorszym momencie pandemii COVID szacowano śmiertelność w naszej populacji na poziomie ponad 20%, w „Narodowym programie szczepień przeciwko COVID-19” wyczytaliśmy ku naszemu osłupieniu, że nie zaleca się szczepienia osób po transplantacjach, podczas gdy cały cywilizowany świat, zwłaszcza anglosaski, wraz z naczelnym lekarzem świata profesorem Faucim, rekomendował oczywiście szczepienia. Napisaliśmy list otwarty i dopiero później po jakimś czasie...

Nie chcę wchodzić w szczegóły, bo dużo można byłoby opowiadać. W każdym razie to tylko pokazuje, jaka jest świadomość tzw. decydentów. Tutaj nie chcę wchodzić w kwestie polityczne, bo tak naprawdę transplantologia jest ogromnie zaniedbanym obszarem medycznym. Jest to najbardziej solidarny obszar medyczny. Proszę sobie wyobrazić, że żyję dzięki temu, że ktoś kiedyś po prostu zdecydował o tym, że po swojej śmierci uratuje życie komuś, kogo nie zna, kogo w ogóle nawet nie zobaczy na oczy. Mówię tutaj oczywiście o dawcach zmarłych. Wracając do tego najgorszego okresu COVID, jeśli chodzi więc o kwestię szczepionek, wreszcie wydano rekomendacje, tylko wrzucono nas do drugiej grupy szczepień kalendarzowych, nie tej priorytetowej. Musieliśmy zawalczyć o to, żeby naszą potrzebę zauważyli tzw. decydenci. Aha, tylko dokończę.

Nie chcę wchodzić w kwestie polityczne, bo jesteśmy zupełnie apolityczni i nas to kompletnie nie interesuje. Wszystkie ekipy z ostatnich – powiedzmy – co najmniej kilkudziesięciu lat mają oczywiście za uszami, brzydko mówiąc, a teraz wywalczyliśmy... Można powiedzieć, że wychodziliśmy to dzięki fantastycznej pani profesor Chywickiej, która stoi na czele Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantacji, wcześniej w Senacie, teraz oczywiście w Sejmie, ale niestety dostępność ostatniej dawki dla naszej populacji, tej aktualizowanej do najnowszego wariantu COVID-19, niestety nie była już taka priorytetowa. Jak pamiętamy, na początku w ogóle nie było tych szczepionek.

Zmierzam więc do tego, że chodzi tu zresztą nie tylko o kwestię szczepionek, ale też i leków. Chodzi o możliwość korzystania z leków dla osób immunoniekompetentnych, nie tylko po transplantacjach, co jeszcze raz chcę podkreślić, ale też i pacjentów onkologicznych czy diabetyków. Jest i szereg innych chorych na HIV i HCV itd. Mówię tutaj o dostępie do leków typu Paxlovid czy o szerszej refundacji leku Shingrix na półpasiec, który niestety do tej pory jest dostępny w pełnej refundacji jedynie dla osób 65 plus, jeśli dobrze pamiętam. To jest kwestia związana z bardzo ważnym aspektem, czyli z ogromnym zagrożeniem śmiertelnym naszej populacji, jeśli chodzi o COVID, ale też nie tylko.

Leki refundowane. Jakiś czas temu zadzwonił do mnie pan Mateusz Zmyślony. Może państwo znają takie nazwisko. To jest pan, który jest najdłużej żyjącym człowiekiem z przeszczepioną wątrobą. Był bohaterem wielu reportaży telewizyjnych. Zadzwonił

do mnie z pytaniem, czy jest możliwość, żebym zadziałał i z kimś porozmawiał, ponieważ od jakiegoś czasu musi on brać co tydzień lek, który kosztuje kilkaset złotych i po prostu go na to nie stać. Dla niego to jest w pewnym sensie żyć albo nie żyć. Oczywiście ma jakieś oszczędności, ale to na długo mu nie wystarczy. Podaję tutaj dosyć skrajny przykład, ale tych przykładów na forach pacjenckich jest cała masa. Z jednej strony państwo inwestuje ogromne pieniądze, jeśli chodzi o transplantacje, cały ten proces i później leczenie immunosupresyjne, ale wielu pacjentów niestety jest zapominanych.

Nie wspomnę już o braku systemowej opieki psychologicznej dla pacjentów, ale też i ich rodzin. To jest kolejny, bardzo mocny punkt. Proszę państwa, tak się stało, jeśli chodzi o działalność naszej skromnej fundacji w sensie składu osobowego, ale zdążyliśmy już trochę podziałać na tzw. rynku w Polsce, że odzywają się do mnie np. pacjenci onkologiczni oraz ich rodziny, którym odmawia się przeszczepienia, bo już nie mogą być kwalifikowani. Cała masa różnych pacjentów zwraca się z prośbą o jakieś wsparcie psychologiczne. Jestem skromnym politologiem i anglistą, ale oczywiście rozmawiam z tymi pacjentami, bo taka jest moja rola, a na poziomie czysto ludzkim jest to obowiązek założyciela fundacji, która działa na rzecz pacjentów. Nie robię tutaj z siebie jakiegoś bohatera. Chcę tylko zwrócić uwagę na to, że ci ludzie nie mają się do kogo zwrócić. Niektóre ośrodki transplantacyjne zapewniają opiekę psychologiczną, jest ona jakby doraźna, ale w momencie, kiedy pacjenci wychodzą z tych ośrodków... Chcę podkreślić, że chodzi o pacjentów oraz ich rodziny, bo to jest problem całej rodziny, która się z tym zmagą.

Proszę państwa, nie jestem w stanie państwu opisać, co to znaczy dostać drugie życie, zwłaszcza dzięki narządowi pochodzącemu od osoby zmarłej. To jest po prostu nie do opisania. Z jednej strony to jest piękne, ale z drugiej strony to jest takie życie na kredyt. Proszę państwa, można dużo o tym opowiadać, ale wiem, że się muszę streszczać, bo jeszcze są planowani inni rozmówcy. Z jednej strony bardzo chciałbym rozwijać wszystkie wątki, bo to są szalenie ważne rzeczy, ale po prostu nie chcę być nieelegancki, bo wiem, że są też inne potrzeby. Tak więc wsparcie psychologiczne.

Orzecznictwo. Mogę podać przykład mojego brata. To jest być może skrajny przypadek, ale naprawdę tych przypadków jest cała masa. Mój brat był dializowany co najmniej 8 lat. Nie chcę wchodzić w szczegóły tego problemu, dlaczego tak długo ludzie są dializowani w Polsce, dlaczego nie są kwalifikowani, jak skomplikowany – a może i właśnie tak ma być – jest proces przechodzenia badań po kwalifikacji. Nie chcę stawiać zarzutów, bo to jest dosyć mocna sprawa. Czasami pacjenci przez rok przechodzą badania, więc okazuje się, że te pierwsze badania tracą swoją wartość i kółko się zamyka. To też jest kolejny problem do rozwiązania. Mój brat jest już po dwóch transplantacjach nerki. Jego organizm jest słaby fizycznie, klinicznie, ale też jego psychika jest kompletnie zrujnowana. Jemu po prostu kazano pójść do pracy. Złożył zażalenie, odwoływał się, to go zaczęto wysyłać do Szczecina, do Warszawy, do Gdyni, do Bydgoszczy, do różnych specjalistów, a mój brat czasami nie ma siły przejść stu metrów, bo ma wielochorobowość. Nie chcę już wchodzić w szczegóły. Tych pacjentów naprawdę jest cała masa.

Akurat mam ogromne szczęście, pomimo że dawano mi kilka godzin na przeżycie. Nie chcę wchodzić w szczegóły, bo to była bardzo dramatyczna sytuacja. Na szczęście większość pacjentów przechodzi przeszczepienie mniej dramatycznie albo w ogóle nie-dramatycznie, chociaż z definicji przeszczepienie to jest rzecz naprawdę nie do wyobrażenia. To jest ostatnia deska ratunku dla wszystkich możliwych pacjentów, kiedy po prostu ich narządy wykazują kompletną niewydolność. Społeczeństwo jakby zwraca się ku transplantacji, która tak często jest niedoceniana i o tym się mało mówi, a przecież właśnie dzięki tej świadomości żyję i teraz o tym zaświadczam. To jest kolejny punkt, o którym tutaj chciałem wspomnieć – brak powszechnej edukacji na poziomie szkolnym, ale też i na poziomie – nie wiem – ogólnokrajowym. Czy państwo słyszeli ostatnio o jakiejś ogólnokrajowej kampanii prodonacyjnej, jeśli chodzi o narządy czy w ogóle o transplantację? Czy państwo słyszeli o jakiejś lokalnej kampanii? Nie chcę powiedzieć, że o kampanii systemowej, ale takiej naprawdę regularnej. Jest wielu pacjentów czy organizacji... No może właśnie nie. Może przesadziłem. Są prowadzone różne działania, ale to są działania o charakterze czysto lokalnym. Tutaj chciałbym się zwrócić do MZ o wdrożenie działań planowanych już od kilku lat. Jest ustawa transplantacyjna, która miała wejść

w pełni już bardzo dawno, a cały czas jest gdzieś tam na poziomie jakiegoś rozruchu. Nie chciałbym używać mocniejszych słów, ale też tutaj należałoby coś z tym zrobić. Wiem...

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Wiem, jest mi strasznie przykro, bo bardzo nie lubię przerywać, ale to już kilkanaście minut, a mamy jeszcze następne posiedzenia komisji.

**Prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong Grzegorz Perzyński:**

Dobrze.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Zapraszam po prostu na następne posiedzenie. Bardzo chętnie posłuchamy. Naprawdę zapraszam. Bardzo przepraszam, ale po prostu...

**Prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong Grzegorz Perzyński:**

Rozumiem.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Tak, możemy w ogóle zrobić posiedzenie dedykowane transplantologii. Będziemy robić program...

**Prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong Grzegorz Perzyński:**

Już jestem zachwycony. Bardzo dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Będziemy robić harmonogram na następne półrocze wraz z sekretariatem. Bardzo chętnie pana zaprosimy. Będziemy w kontakcie.

**Prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong Grzegorz Perzyński:**

Bardzo dziękuję i przepraszam.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Dziękuję bardzo. Naprawdę nie szkodzi. Po prostu chcę dać głos jeszcze innym osobom, bo taka jest niestety moja rola. Mogłabym pana słuchać jeszcze godzinę, ale niestety nie mogę.

Zapraszam do głosu panią Jadwigę Hermanowicz.

**Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:**

Dziękuję ślicznie. Dzień dobry państwu. Jadwiga Hermanowicz-Gadomska, Fundacja Serce Anielki. Jesteśmy fundacją na rzecz transplantologii w pediatrii.

Może nie będę państwa zamęczała strasznymi, smutnymi historiami, które same wyciskają łzy z oczu. Pamiętam obietnicę spotkania dedykowanego i trzymam za słowo. Wtedy będzie na to czas, a w tej chwili chciałabym zadać kilka pytań panu z MRPiPS odnoście do jego wystąpienia, bo brakowało mi tam trochę informacji, a chętnie się dowiem czegoś więcej. Wspomniał pan opiece wytchnieniowej i o tym, że obowiązek dotyczący opieki wytchnieniowej spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego i NGO. Moim zdaniem w ogóle ten obowiązek powinien spoczywać wyłącznie na jednostkach samorządu terytorialnego i powinien być dobrze dofinansowany. Rodziny z dziećmi z niepełnosprawnością – każda rodzina, nie tylko ta czekająca na przeszczep organu – są bardzo obciążone psychicznie i fizycznie. Spływają do nas informacje z całego kraju, że jest problem z taką pomocą, z opieką i że program jest fikcyjny, w związku z czym chciałam się zapytać, czy państwo wiedzą, jakie są niedobory. Czy państwo zdają sobie sprawę i oszacowali to, jakich środków brakuje na to, żeby była to pomoc na odpowiednim poziomie? Musimy pamiętać, że w przypadku tak chorych dzieci, osoby, które by pomagały i świadczyły opiekę wytchnieniową, muszą być bardzo dobrze wyszkolone, ponieważ to są dzieci wymagające stałej obsługi, podawania leków nawet co dwie godziny oraz obsługi różnych urządzeń, które mogą sprawiać poważne problemy.

Sprawa druga – świadczenie w wysokości 4 tys. zł za urodzenie dziecka z wrodzoną wadą. Biorąc pod uwagę wykluczenia komunikacyjne, to świadczenie powinno być jednak trochę zmodyfikowane, gdyż obwarowane jest ono tym, że może je dostać tylko kobieta, która od 10 tygodnia ciąży jest w stanie poświadczyć, że była pod opieką medyczną. Mało

tego, nie było waloryzowane, a przeżywamy ogromną inflację. Czy państwo wie, jakie są koszty utrzymania dziecka chorego i z niepełnosprawnością? Czy państwo sobie zdają sprawę, ile wynosi świadczenie socjalne, na które musi przejść jedno z rodziców, najczęściej matka, rezygnując ze swojej kariery zawodowej i poświęcając się całodobowej opiece nad dzieckiem? Zenujące jest to, że od takiego czasu to świadczenie nie uległo zmianie. Tyle samo dostałam, kiedy się urodziła moja córka, która już nie żyje.

Mało tego, są choroby, które nie są wykrywane zaraz po urodzeniu, ponieważ nasz system opieki zdrowotnej i szpitale, w których rodzimy, nie są w stanie zapewnić pełnych badań przesiewowych, które powinny być obligatoryjne, a są bezbolesne, jednak nie ma specjalistów. Tym oto sposobem kobiety rodzące w Polsce dzieci nie mają zagwarantowanego tego, że dziecko, które jest zabierane ze szpitala, jest na pewno zdrowe. Choroby są wykrywane w okresie późniejszym, a wystarczyłoby wprowadzić obowiązkowe badanie echo serca dla każdego noworodka w szpitalu. Proste, bezbolesne, bezpieczne, a dające gwarancję, że nawet jeżeli jest choroba, to wykryjemy ją odpowiednio wcześniej. Wtedy jesteśmy w stanie zareagować farmakologicznie i nie dojdzie do nieodwracalnych uszkodzeń ciała i zdrowia.

Mówi pan o centrach opiekuńczo-mieszkalnych, również całodobowych, więc chciałabym się zapytać, czy ma pan wiedzę, ile jest takich centrów, a jakie jest zapotrzebowanie. Chodzi mi o całodobowe. To jest bardzo ważna informacja. W jakich są miastach? Rodzice, którzy umierają przed swoim dzieckiem z niepełnosprawnościami... Powiem tak. Znam wiele matek, które mówią, że mają nadzieję, że ich dziecko umrze przed nimi, bo nie wiedzą, co się z nim stanie po ich śmierci. Biorąc pod uwagę, że społeczeństwo się starzeje, czy jesteśmy w stanie zapewnić odpowiednią opiekę młodym dorosłym w takich ośrodkach? To tyle pytań do pana.

Jeszcze mam pytanie do pani z MZ. Mówiła pani o 5-letnim programie NPZ, jeżeli to, o ile dobrze pamiętam, tak się nazywa. Jakie działania edukacyjne i profilaktyczne były prowadzone w ramach tego programu? Jakie były ich efekty? Czy państwo je mierzyli? Mówię o efektach marketingowych i o efektach mierzalnych w samej ochronie zdrowia. Ile kosztowało to podatników? Czy wszystkie środki zostały wydatkowane czy nie, bo o tym się nie mówi?

Co zrobiono w kwestii wyrównania dostępności świadczeń w małych miejscowościach, w których nie ma specjalistów, a nawet lekarza pierwszego kontaktu? Od kilku lat na wszystkich posiedzeniach Komisji Zdrowia, jak tylko na nich bywam, o tym, że trzeba zwiększyć tę dostępność, a odnoszę wrażenie, że się tylko o tym mówi w Komisji, a nie ma prowadzonych żadnych dodatkowych działań, które ułatwiłyby przeprowadzanie badań. Kobiety z małych miejscowości, ze wsi, często wyludnionych, gdzie są 2-3 rodziny, również zachodzą w ciążę. Nie mają dostępu do ginekologów. Mammografy tam nie docierają, bo się nie opłaca sprowadzać mammografu dla pięciu mieszkanki wsi. Społeczeństwo się starzeje. Czy jest jakiś plan? Czy w ogóle jesteśmy w stanie podać jakiejkolwiek statystyki, jak monitorujemy sytuację zdrowia mieszkańców wsi, szczególnie w tych rejonach, gdzie mamy coraz większą migrację do miast i te wsie są opustoszałe? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo dziękuję za ten głos. Do tego pytania dodałabym jeszcze pytanie o gabinety ginekologiczne dedykowane kobietom z niepełnosprawnościami. To jest kolejny problem. Oprócz tego, że nie ma ginekologów, to jeszcze gabinety są po prostu niedostosowane.

Teraz zapraszam do głosu panią Julię Borkowską.

**Asystent prezesa Fundacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny Federa Julia Borkowska:**

Dzień dobry. Nazywam się Julia Borkowska. Reprezentuję Fundację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, w skrócie Federa. Jestem psycholożką. Może to słowo jakoś jest nieadekwatne, ale idealnie, że teraz jestem w kolejce, bo będzie się dokładnie odnosić też do tego, o czym mówiły obie moje przedmówczynie.

Konstytucja mówi o tym, że należy zapewnić szczególny dostęp do opieki zdrowotnej i rzetelnej wiedzy osobom z niepełnosprawnościami, kobietom ciężarnym, dzieciom

i osobom w podeszłym wieku. Pewnie kojarzą państwo sytuację kobiet w Polsce, również w dostępie do zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, które jest jego bardzo ważną częścią. Nie jest ona najlepsza. W kontekście wykluczenia komunikacyjnego jest tak, że kolejne porodówki się zamykają. Bywa, że kobiety muszą jechać ponad 100 km do najbliższego szpitala, w którym mogą zostać przyjęte na oddziale. Co w sytuacji, kiedy jest jakiś nagły wypadek czy nagła potrzeba skorzystania z takiej pomocy?

W 2018 r. ukazał się raport Najwyższej Izby Kontroli na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i NFZ. Napomknę tylko, że jeszcze przed załamaniem się systemu zdrowia po COVID. Raport mówił o tym, że na terenach wiejskich dostęp do poradni ginekologicznych wyglądał następująco: np. w województwie podlaskim 24 tys. kobiet przypadały na jedną przychodnię ginekologiczną. Jak więc nawet te osoby, które chcą, mogą to realizować, biorąc pod uwagę, że dotarły do nich profilaktyczne programy czy w ogóle chcą się zbadać? Na jedną poradnię 24 tys. kobiet. Ilu ginekologów i ginekolożek w niej pracuje? To jest po prostu nie do przerobienia. W województwie lubelskim sytuacja jest jeszcze gorsza, bo 27,7 tys. kobiet przypada na jedną przychodnię ginekologiczną. Jeżeli chodzi o liczbę gmin bez poradni, to w województwie podlaskim na 118 gmin 93 gminy były bez przychodni, w której przyjmowałaby osoba z wykształceniem ginekologicznym, a w województwie lubelskim 135 gmin na 213 było bez żadnej poradni ginekologicznej, w województwie opolskim zaś na 71 gmin było 40 gmin bez ani jednego punktu, w którym kobiety mogłyby się zbadać, sprawdzić, uzyskać... Tak, również badania profilaktyczne nie są możliwe.

Kolejny aspekt w odniesieniu do tego, że konstytucja mówi o tym, że osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć zapewniony szczególny dostęp do takich usług. To się absolutnie nie realizuje, bo oprócz tego, że mamy wykluczenie komunikacyjne, które dotyka w dużej mierze osoby pełnosprawne, to osoby z niepełnosprawnościami nie miałyby jak gdzieś dojechać, zwłaszcza te, które mieszkają na Podlasiu czy w województwie lubelskim. Jest to po prostu niemożliwe. Nawet jeżeli ze środków prywatnych jakoś mogłyby się tam przetransportować, to i tak np. w tych gabinetach nie mogą się zbadać, bo nie ma chociażby podnośników, które umożliwiłyby najprostsze badanie ginekologiczne.

Ważny jest też dostęp do godnej opieki ginekologicznej, opartej na rzetelnej wiedzy, czyli zaktualizowanej, a nie takiej sprzed kilkudziesięciu lat. Akurat jestem też badaczką relacji między osobami lekarskimi a pacjenczkami. Oprócz tego, że ważne jest, by lekarz czy lekarka byli sprawczy, czyli np. wyrwali nam tego zęba, o którego faktycznie chodzi, a nie się pomylili, badania pokazują, że podejście do osób pacjenckich jest znaczące. Bardzo mocno reprezentuję tutaj i wspieram wszystkie głosy, które mówiły o wsparciu psychologicznym czy w ogóle takim podejściu do osób pacjenckich, bo jeżeli spróbowaliby państwo najpierw przyjąć perspektywę np. osoby z niepełnosprawnością, która – założmy w idealnym scenariuszu – dotarłaby do jakiejś poradni ginekologicznej z podnośnikiem, gdzie mogłaby się zbadać, to oczekiwanie na dyskryminujące komentarze czy brak wiedzy na temat tego, jak zaopiekować się taką osobą i do niej podejść, często też powoduje, że osoby te nie decydują się na korzystanie z takich badań, bo po prostu boją się wstydu, upokorzenia i dyskryminacji. Tutaj ciekawostka. Na kilku uczelniach medycznych w Polsce, oprócz tego, że są przedmioty psychologiczne, które miałyby wspierać personel medyczny w tym, jak samemu sobie radzić np. z wypaleniem zawodowym czy trudnymi sytuacjami, czyli dotyczące wsparcia psychologicznego dla nich, w kontekście wsparcia i w ogóle rozumienia pracy z osobami pacjenczkimi studenci uczą się o Freudzie. Z perspektywy psychologicznej jest to – delikatnie powiedziane – bardzo archaiczna sprawa.

Punktuję to, żeby zwrócić państwa uwagę na to, że konieczna jest też interdyscyplinarna współpraca pomiędzy ministerstwami, tak jak już tu wiele razy padło, MI, ale też MEN, bo np. jeśli chodzi o zdrowie seksualne, wzrost zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową jest znaczny w ostatnich latach, a nie ma praktycznie żadnych kampanii edukacyjnych. Bardzo dużą robotę robią fundacje pozarządowe. Tutaj ukłon w ich stronę. Natomiast jest to kropla w morzu potrzeb. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo serdecznie dziękuję za pani głos. Teraz zapraszam pana Wojciecha Wiśniewskiego. Wyszedł, tak? Dobrze. No to zapraszam panią...

**Prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong Grzegorz Perzyński:**

Pani przewodnicząca, poruszyłbym jedną krótką kwestię à propos tego transportu – że tak powiem – dla zdrowia. Tak, bo to się pięknie wpisuje. Coś, o czym jeszcze nie zdążyłem powiedzieć, a to jest bardzo ważna rzecz. O to proszą mnie też lekarze, żeby zgłaszać na wszystkich forach, gdzie jest jakaś szansa, by poprawić sytuację pacjentów, którzy jeżdżą przez całą Polskę na badania, na tzw. kontrole, a czasami maksymalnie do godziny 10 muszą się znaleźć w takim ośrodku. Wiem coś na ten temat, bo jestem z Gdańska i teraz akurat jestem pod opieką gdańskiego ośrodka, ale jeździłem do Warszawy przez wiele lat. Teraz oczywiście transport do Warszawy jest o wiele lepszy, ale ci ludzie czasami jeżdżą naprawdę przez całą Polskę, np. do Szczecina gdzieś z Podkarpacia, a muszą być o godzinie 10 oczywiście na czczo. Czasami zajmuje im to dwa dni. Wcześniej lekarze wypisywali zwolnienia tym pacjentom, ale Zakład Ubezpieczeń Społecznych wysyłał ostrzeżenia tym lekarzom, że jeżeli tak dalej pójdzie, to po prostu będą musieli płacić ogromne kary.

Chciałbym więc tutaj też zaapelować. Zresztą spiszę to wszystko, o czym dzisiaj chciałem powiedzieć. Przekażę to na ręce pani przewodniczącej i państwa przedstawicieli ministerstw. Nie chciałbym po prostu, żeby o tym głośno nie mówiono. To są arcyważne rzeczy dla naszej populacji. To kwestia dnia wolnego. Tych osób tak naprawdę nie jest dużo. To nie jest jakiś wielki wydatek. Ci ludzie muszą brać dzień wolny w pracy, więc to jest też ogromny problem. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Dziękuję bardzo. Zapraszam pana Wojciecha Wiśniewskiego.

**Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:**

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Bardzo dziękuję za organizację tego posiedzenia. W poprzedniej kadencji też odbyło się jedno posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego dotyczące nierówności w zdrowiu.

Chciałbym zwrócić uwagę, że w ciągu ostatnich 30 lat to były jedyne dwa posiedzenia na ten temat, więc uznajmy, że jest to niestety w pewnym sensie początek dyskusji parlamentarnej w tej sprawie.

Chciałbym zacytować pana profesora Bogdana Wojtyniaka, który koordynuje prace nad dokumentem, który niestety nie jest omawiany w takim stopniu, w jakim być powinien, czyli „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. Jak podsumował to jeden z autorów raportu, czyli pan profesor Bogdan Wojtyniak, bo to jest wycinek z tego, cytuję: „Wykształceni Polacy są już w Europie. Ich stan zdrowia nieznacznie tylko odbiega od stanu zdrowia takich osób na zachodzie. Natomiast osoby z niższym wykształceniem dzieli przepaść od ich rówieśników z Europy Zachodniej”. Mam przyjemność znać panią doktor Marię Liburę, która wielokrotnie cytując pana profesora Michaela Marmota, wspomina, że nierówności w zdrowiu zabijają na masową skalę.

Traktując to jako punkt wyjścia do dyskusji, jako reprezentant przedsiębiorców chciałbym zwrócić uwagę, że nam bardzo zależy na niwelowaniu nierówności w zdrowiu, dlatego że jest to jedno z poważnych wyzwań rozwojowych naszego kraju i bezpośrednio wpływa chociażby na ograniczenie podaży pracy. Mamy gigantyczny kłopot z podażą na rynku pracy. Jeżeli nie zaadresujemy tego wyzwania, bardzo trudno nam będzie się rozwijać w tempie obserwowanym przez ostatnie trzy dekady. Natomiast nie można czegoś poprawić, jeżeli czegoś nie można zmierzyć.

Dlatego chciałbym się zwrócić do przedstawicieli resortu zdrowia z pytaniem, czy trwają jakieś prace dotyczące integracji publicznych baz danych w zakresie zdrowia i polityki społecznej. Według mojej najlepszej wiedzy obecnie nie ma instytucji, która byłaby miejscem, gdzie te publiczne bazy danych się zbiegają. Nie chcę wskazywać palcem, która instytucja powinna mieć ten dostęp, chociaż mam swoich faworytów. Jeżeli cokolwiek jest dobrego w krajowym planie odbudowy KPO, to jest to kamień milowy

dotyczący powołania ośrodka monitorowania tego typu polityk publicznych. Chciałbym się zapytać, czy MZ to rozważa. Czy toczą się jakieś wstępne prace analityczne co do możliwości nowelizacji ustawy czy to o zdrowiu publicznym, czy to o statystyce publicznej, w taki sposób, aby wskazać instytucje, które integrowałyby te publiczne bazy danych?

Jednocześnie chciałbym zwrócić się z prośbą i poprzeć wielokrotnie tutaj padające stwierdzenia dotyczące konieczności uwzględnienia wykluczenia transportowego w dyskusji o zdrowiu publicznym. Przez 3 lata miałem przyjemność i zaszczyt pracować dla Onkofundacji Alivia, która wspiera pacjentów onkologicznych. Każdego roku 10–12% z wielomilionowego programu wsparcia „Skarbonka” trafiało nie na jakieś technologie za pół miliona, a najczęściej na refinansowanie kilometrów dla pacjentów, którzy mają problem w dostępie do opieki. Tak było wówczas, a według mojej najlepszej wiedzy nie zmieniło się to do dzisiaj. Amerykańskie badania wskazują, że jeżeli dystans dzielący pacjenta do ośrodka przekracza 80 km lub godzinę jazdy, to rozpoznanie choroby nowotworowej następuje później. Z tego powodu mam nadzieję, że podkomisja stała ds. zdrowia publicznego za jakiś czas, bo wiem, że plan pracy jest bogaty, postara się jeszcze raz odbyć tę dyskusję z uwzględnieniem przedstawicieli resortu infrastruktury. Pięknie dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo serdecznie dziękuję. Jeśli chodzi o Alivię, to czytałam taki raport, że czasie COVID to właśnie państwo wozili pacjentki i pacjentów onkologicznych do...

**Ekspert FPP Wojciech Wiśniewski:**

To już po moich czasach, ale faktycznie fundacja przy wsparciu wielu grantodawców – jest to informacja publicznie dostępna – realizowała taki program, z którego skorzystało kilka tysięcy pacjentów.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Warto by to może było zaimplementować na zawsze, a nie tylko na czas kryzysu.

Zapraszam panią poseł Paulinę Matysiak.

**Poseł Paulina Matysiak (Lewica) – spoza składu podkomisji:**

Bardzo dziękuję. Bardzo też dziękuję za te wcześniejsze wypowiedzi, bo w wielu państwa wypowiedziach przewijał się wątek związany z transportem. Tym tematem zajmuję się od wielu lat i o tym chciałam właśnie powiedzieć. Uważam też za skandaliczne to, że jednak nikt z MI nie przyszedł na to posiedzenie i nie chce się wsłuchiwać w głos innych resortów, a tutaj przydałaby się ta praca międzyresortowa, bo w ten sposób można wiele też problemów rozwiązać. Dobry transport publiczny daje szansę na dojazd do lekarza, do przychodni, do lekarza specjalisty. Po prostu daje szansę na profilaktykę i na zapobieganie większym kłopotom w przyszłości.

Natomiast kilka spraw chciałabym poruszyć. Sama znam historie osób, które w czasie COVID nie zaszczepiły się, ponieważ nie były w stanie dojechać do miasta powiatowego. Dla tych osób to był po prostu zbyt duży wysiłek, bo nawet gdyby wyjechały rano, to dopiero po dobrych kilku godzinach mogłyby wrócić. Nie były w stanie zostawić gospodarstwa i osób, którymi się opiekowały w domu. To jest jednostkowy przykład, ale też pokazuje to, że oferta transportowa odpowiada jednak w dużej mierze za to, w jaki sposób korzystamy z innych usług, w tym publicznych.

Druga sprawa to jest kwestia dojazdów do miejscowości uzdrowiskowych i do sanatoriów. Jako państwo kierujemy naszych obywateli na leczenie uzdrowiskowe, sanatoryjne, wielu Polaków z tego leczenia korzysta, a wciąż mamy miejscowości, do których nie można dojechać transportem publicznym. Trudno wymagać, żeby każda z osób, które postanowiła z takiego leczenia skorzystać, posiadała auto i była w stanie własnym samochodem na takie leczenie się udać. Chyba najbardziej skandaliczny przykład to też jedno z najbardziej znanych uzdrowisk – Ciechocinek, który leży w województwie kujawsko-pomorskim. Tam od 2011 r. nie ma pociągu, nie ma połączenia na linii nr 245 między Aleksandrowem Kujawskim a Ciechocinkiem. Mimo że linia powstała w 1867 r. i przez 144 lata z powodzeniem funkcjonowała, w 2011 r. marszałek tego województwa Całbecki postanowił skasować połączenia na tym krótkim odcinku, po prostu

próbując zaoszczędzić jakieś środki. Bohatersko chyba od półtora roku próbuje przywrócić to połączenie, ale jeszcze ono nie wróciło. Mogą to państwo sprawdzić, że niedojadą pociągiem z Aleksandrowa Kujawskiego do Ciechocinka, mimo że mamy tam linię kolejową, mało tego, zelektryfikowaną.

Myślę, że to są te absurdy, którymi też powinno się zająć MI i zmapować te miejsca, do których pacjenci dojechać nie mogą, ponieważ tracimy na tym wszyscy. Myślę, że to jest kluczowa sprawa. Bardzo dziękuję wszystkim państwu, którzy też na ten problem i na tę kwestię zwracają uwagę. Tutaj zdecydowanie przydałyby się działania między jednym a drugim ministerstwem. Wiem, że jest tutaj pani przedstawicielka MZ. Chciałabym się zapytać, czy państwo w ogóle podejmowali taki temat w ostatnim czasie, nawet na przestrzeni ostatnich lat, żeby w porozumieniu z MI przyjrzeć się tym problemom, bo wydaje mi się to kluczowe. Chodzi o transport i o dobry dostęp do transportu publicznego. W ostatnich latach wiele osób się o to upominało. Zwracał na to uwagę m. in. rzecznik praw obywatelskich, który upominał się o mieszkańców małych miejscowości i wsi. Trudno mówić, że mają oni warunki do godnego życia i skorzystania ze swoich praw konstytucyjnych, w tym m.in. prawa do ochrony zdrowia. Być może więc dochodziło do jakichś rozmów między MI a MZ. Jeżeli tak, to poprosiłabym o jakiś skrót: jak to wyglądało, czy w ogóle coś się zadziało, czy państwo w ten sposób chcą może rozpocząć taką współpracę, bo to jest kluczowe.

Ostatnia rzecz była już tutaj wspomniana przez mojego sąsiada. Jest ona związana z badaniami kontrolnymi pacjentów, często po przeszczepach, ale nie tylko, bo i po skomplikowanych operacjach. Tym tematem zajmowałam się w poprzedniej kadencji Sejmu. Zgłosiłam wtedy interpelację nr 35690 do ministra zdrowia właśnie w związku z dojazdami na badania kontrolne po zabiegu operacyjnym w ośrodku oddalonym od miejsca zamieszkania pacjenta, ponieważ zgłosiła się do mojego biura poselskiego pani, która była po skomplikowanej operacji, mieszkała na terenie powiatu kutnowskiego i musiała dojechać do Szczecina. Dramatycznie szukała jakiejkolwiek informacji, jak ma tam dojechać, żeby być na konkretną godzinę od rana, w jaki sposób ma to zrobić.

#### **Prezes Fundacji Transplantacja Liverstrong Grzegorz Perzyński:**

Na czczo musiała być.

#### **Posel Paulina Matysiak (Lewica) – spoza składu podkomisji:**

To akurat chyba był dla niej najmniejszy problem. To była też osoba, która np. nie za bardzo mogła podróżować pociągiem, a i tak musiała jechać w jakiejś asyście. W jakimś takim stabilnym, spokojnym pojeździe musiała zostać tam przewieziona. Ona nie wiedziała, co ma zrobić. To jest oczywiście też problem, bo powstaje pytanie, czy te osoby muszą jechać na badania do tego miejsca, gdzie zabieg czy operacja były wykonywane, czy mogą to zrobić gdzieś bliżej swojego domu, bo zostawianie tego na barkach pacjentek i pacjentów jest też po prostu mocno nie w porządku. Ona się po prostu odbijała od wielu drzwi. Myślę, że nie byłam jej pierwszym adresem, gdzie liczyła na jakąś pomoc i oczekiwała wsparcia.

Myślę też, że jest to kwestia, którą można byłoby spróbować jakoś rozwiązać, żeby pacjent, który i tak jest w bardzo trudnej sytuacji po skomplikowanej operacji, wiedział, co będzie dalej, jakie będzie miał badania, w jaki sposób ma tam dojechać. Myślę, że trzeba przestać mierzyć wszystkich warszawskocentryczną miarą, że wszystko mamy na wyciągnięcie ręki, że nawet jak nie przyjedzie jeden autobus, to za 10 minut będzie kolejny. Jak się mieszka w małym mieście albo mieście powiatowym i trzeba się wybrać na drugi koniec Polski do uzdrowiska, to naprawdę zaczynają się bardzo duże schody. To jest bardzo duże wyzwanie. Po prostu trzeba ten problem rozwiązać. Bardzo dziękuję.

#### **Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo dziękuję za ten głos. Przyjdzie jeszcze tylko raz powiedzieć, że bardzo żałujemy, że nie ma przedstawicielstwa MI, bo naprawdę wielu ciekawych rzeczy można się tutaj dowiedzieć, jak się jednak łączy zdrowie z transportem.

Na koniec zapraszam pana Bernarda Waškę.

## **Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Bernard Waśko:**

Dzień dobry. Bernard Waśko. Jestem dyrektorem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

Przysłuchując się dyskusji, mam też niestety takie wrażenie, że w obszarze rozmów na temat zdrowia publicznego niewiele się zmieniło. Takie przykłady państwo wymieniali. To znaczy, że po niemalże dwóch godzinach dyskusji skreśliła ona diame-tralne w kierunku ochrony zdrowia, czyli tych problemów, które są tylko wycinkiem zdrowia publicznego. Szanowni państwo, wynotowałem sobie problemy, o których była tutaj mowa. To jest wykluczenie transportowe, ale w kontekście dostępu do lekarza, czyli do medycyny interwencyjnej. Rehabilitacja wczesna, czyli zapobieganie niepełno-sprawności – bardzo słusznie, bo to również jest ochrona zdrowia. Zdrowie psychiczne i dostęp do opieki, wreszcie terapia lekowa i dostęp do niej, no i oczywiście transplanta-cja, a chyba nie może być lepszego przykładu skuteczności medycyny interwencyjnej, niż właśnie przeszczep organu i dzięki temu dawanie osobom drugiego życia. Niemniej jed-nak to jest ochrona zdrowia, ochrona dobra bardziej jednostkowego, a zdrowie publiczne jest pewnym dobrem wspólnym. To, że tak jest to utożsamiane, to jest niestety bardzo złe dla zdrowia publicznego, ponieważ ono koncentruje dyskusję na tej determinancie zdrowia, która...

Była tutaj mowa też o priorytetach, co jest priorytetem. Szanowni państwo, niewiele się zmieniło od koncepcji Lalonda. Determinanty zdrowia są takie same mniej więcej już od kilkudziesięciu lat. Ochrona zdrowia to jest mniej więcej 1/10, jeśli chodzi o to, co odpowiada za nasz stan zdrowia, a cała reszta to są inne czynniki. System ochrony zdrowia nie funkcjonuje idealnie i państwo mają wiele racji w tych przykładach, ale jeżeli 10% to jest ochrona zdrowia, to znaczy, że 90% jest poza nią i są to problemy o wiele szer-sze, w tym ponad połowa to są czynniki behawioralne, czyli związane właśnie z aktyw-nością życiową, profilaktyką, dietą itd. Jeżeli więc ponad połowa naszego zdrowia zależy od tego właśnie, to odpowiedź na pytanie o to, co jest priorytetem i gdzie można uzy-skać największe efekty, powinna rodzić się sama. Dokładnie tak. Jeśli chodzi o czynniki behawioralne, mieści się w nich również edukacja, która tutaj była wspomniana, oraz status ekonomiczny. Te dwa ostatnie czynniki wbrew pozorom mają największy wpływ na stan zdrowia, bo one wpływają w pochodny sposób na inne determinanty, które o tym decydują. Przywołany tutaj raport pana profesora Wojtyniaka, który zresztą jest pracow-nikiem instytutu, też wyraźnie na to wskazuje.

Bardzo chciałbym, żebyśmy przy zdrowiu publicznym... Jeżeli będziemy ciągle skre-cać i koncentrować dyskusję na tym, co dotyczy ochrony zdrowia, to ciągle nie będziemy mówić o tym, co jest najistotniejsze, a przecież i w wielu państwach wypowiedziach poja-wiły się tutaj kwestie związane z profilaktyką antytytoniową, z agresywnym marketin-giem napojów alkoholowych i z innymi kwestiami, które tak bardzo wpływają na nasze życie, tylko to się dzieje jakoś tak w tle, nienamacalnie. Jest jeszcze jeden problem. Inter-wencje dokonywane w tym obszarze nie są tak atrakcyjne, ponieważ po pierwsze są nie-popularne, a po drugie trzeba długo czekać na wyniki, więc nie można się nimi szybko pochwalić, a trzeba szybko zapłacić cenę za podjęte decyzje w sensie utraty popularności.

Dlatego tak ważne jest, aby w zakresie polityki w obszarze zdrowia publicznego był konsensus polityczny i zgodność różnych ugrupowań w realizacji długofalowych celów, bo krótkofalowych efektów nie sposób zmierzyć i je zaobserwować. Wszędzie, gdzie mogę, apeluję o to, aby to nie było właśnie obszarem politycznej walki, ponieważ nie ma szans, jeżeli będziemy tę politykę zmieniać raz na 4 lata albo ją modyfikować w taki czy inny sposób. Ona musi mieć charakter wieloletni. Po to powstała ustawa o zdrowiu publicznym i na tej podstawie cykliczne NPZ, które są 5-letnimi obszarami planu dzia-łań i priorytetów w tym obszarze, żeby właśnie ta ustawa takie cele mogła realizować. Czy tak się dzieje? Wydaje się, że co do założeń, to tak, a co do realizacji...

Proszę państwa, była tutaj mowa o tym, czy mierzymy efekty podejmowanych dzia-łań. Niestety nie. Robimy je głównie intuicyjnie w przekonaniu, że coś jest dobre, a jak jest dobre, to powinno przynieść również dobre efekty, ale nie wiemy, jakie efekty uzysku-jemy, za jaką cenę i jak się przekłada kosztowo efektywność takich działań. Nie mamy tej

wiedzy, ponieważ tego nie mierzymy, a nie mierzymy, ponieważ nie mamy takich danych. Ten temat został wywołany przez pana Wiśniewskiego. Proszę mi wierzyć, że to nie była żadna ustawka. Natomiast w wielu krajach europejskich i na świecie instytuty zdrowia publicznego pełnią właśnie taką rolę, że stanowią zaplecze analityczne dla regulatora, czyli tego, kto ustala zasady gry w zakresie zarówno prewencji, jak i medycyny interwencyjnej, a w oparciu o dowody i dane kreuje właśnie politykę państwa w tym obszarze, wydając również niemałe środki publiczne, bo to są przecież nasze pieniądze. Chyba wszyscy powinniśmy dążyć do tego, żeby one przynosiły możliwie najlepsze efekty za te nakłady, które są inwestowane.

W Polsce niestety w tym obszarze jest sporo do zrobienia. Pokładam duże nadzieje w dwóch bardzo sprzyjających okolicznościach, które się wydarzyły. Bardzo niedawno, bo 24 kwietnia, na ostatniej sesji Parlamentu Europejskiego uchwalono tzw. dyrektywę EHDS, czyli o wspólnej przestrzeni danych zdrowotnych. To jest dyrektywa, która – jak bardzo ładnie napisano na stronie Komisji Europejskiej – ma na celu uwolnienie potencjału tkwiącego w danych. Chciałbym, żeby do uwolnienia tego potencjału doszło w Polsce jak najszybciej. Możemy być liderem, jeśli chodzi o implementację założeń tej dyrektywy do systemów krajowych, bo w kolejnych latach przyjdzie właśnie czas na implementację do krajowych regulacji, a to akurat będzie czas, kiedy Polska od stycznia przyszłego roku rozpocznie swoją prezydencję w Unii Europejskiej. Moglibyśmy naprawdę pokazać, jaki jest ten potencjał i jak dobry użytek można z niego zrobić albo stworzyć podwaliny pod zrobienie tego użytku w przyszłości, bo to jest – tak jak mówię – bardzo długotrwały proces. Jest to okoliczność bardzo sprzyjająca temu, żeby zacząć gromadzić dane, zlikwidować bariery w dostępie do danych, integrować dane z różnych źródeł, bo to nie tylko dane o świadczeniach udzielonych przez NFZ, ale i dane z GUS o przyczynach zgonów, dane o statusie edukacyjnym obywateli, dane z ZUS o niepełnosprawności oraz o przyczynach absencji. To są np. dane z Krajowej Administracji Skarbowej o sprzedaży paragonowej w danym obszarze, z których tyle można się dowiedzieć nie tylko o produktach akcyzowych. No i wreszcie sfokusowane badania dotyczące już lokalnie danych społeczności.

A po co to wszystko? Żeby dowiedzieć się, na jakim obszarze jaka interwencja jest potrzebna w danej społeczności, bo nie każda jest potrzebna w jednakowym stopniu, a na pewno trzeba później zmierzyć, jakie efekty ona przyniosła. Właśnie zdrowie publiczne jest tak szeroką domeną wiedzy, która analizuje również te wszystkie procesy, spina je w jedną całość i w długoterminowym okresie mówi, co się dzieje ze społeczeństwem, próbując analizować tego przyczyny, a przede wszystkim monitorować skutki podejmowanych interwencji. Z przykrością muszę potwierdzić, że do tej pory po prostu nie byliśmy w stanie zmierzyć większości skutków podejmowanych interwencji. Jeżeli to się zmieni, to będzie olbrzymi przełom. Wszędzie, gdzie mogę, apeluję o to, żeby na początek przynajmniej usunąć bariery dla możliwości prowadzenia takich działań monitorujących i analitycznych, a później jako kolejny krok prowadzić w tym obszarze politykę zdrowotną państwa opartą na dowodach. Apeluję o to, żebyśmy w tym kierunku zmierzali.

Mam nadzieję, że wkrótce państwo parlamentarzyści otrzymają projekty ustaw, które będą zmierzały do tego, żeby implementacja dyrektywy unijnej została przekazana na nasz poziom krajowy. Wiem, że przygotowywana jest duża nowelizacja w obszarze ustawy o zdrowiu publicznym, ale zapewne będzie również zmiana ustawy o statystyce publicznej.

Przepraszam, jeszcze jedna uwaga, bo tutaj sobie wynotowałem coś, z czym też wewnętrznie ciągle się nie zgadzam. Pojawilo się to w wypowiedzi pani Doroty Korycińskiej. Przepraszam, bo tak jak w wielu rzeczach się zgadzamy, tak z jedną rzeczą nie mogę się zgodzić. To utożsamianie pojęcia winy z odpowiedzialnością. Nie jest tak, że nie można mówić, że pacjent jest czemuś winny czy jest niewinny, bo jeżeli nie pójdzie się zaszczepić albo prowadzi niehigieniczny tryb życia, to niezależnie od tego, jak to nazwiemy, jest on za to współodpowiedzialny. A współodpowiedzialność za zdrowie to jest ponad połowa tego, o czym tutaj mówimy, prawda? Czyli edukować ludzi i mówić

obywatelom o tym, że przede wszystkim w nich jest największy potencjał do poprawy, ale oni muszą się czuć współodpowiedzialni za swoje zdrowie.

**Prezes OFO Dorota Korycińska:**

Ale nie ma współodpowiedzialności bez edukacji.

**Dyrektor NIZP – PZH Bernard Waśko:**

To wszystko jest prawda, ale po prostu nie można z ludzi tej odpowiedzialności zdejmować. Trzeba ją wzmacniać, a nie cały czas utrzymywać ludzi w przekonaniu, że za stan zdrowia pana Kowalskiego odpowiada minister zdrowia albo jego lekarz. Tak jest. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Ogromnie panu dziękuję, panie doktorze, za to podsumowanie.

Szanowni państwo, sama bym tego lepiej nie zrobiła, więc już w ogóle nie będę nic mówiła. A panią Dorotę muszę doprowadzać do dyscypliny. Państwo sobie na pewno jeszcze porozmawiają w kuluarach.

Zapraszam jeszcze koleżankę z jednym zdaniem i będziemy prosić ministerstwa o odniesienie się, bo już jest naprawdę bardzo późno.

**Posel Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):**

Tak. Chciałam państwu bardzo podziękować. Muszę uciekać na posiedzenie kolejnej komisji. Odsłucham sobie to, co przedstawiciele MZ i MRPiPS odpowiedzą nam na zadane tutaj pytania, ale niezwykle cenne.

Bardzo państwu dziękuję za to, że państwo angażują się w kreowanie polityki zdrowotnej w Polsce poprzez swoje doświadczenie i pokazywanie właśnie tego, na co zwrócić uwagę. Faktycznie nierówności są olbrzymim potencjałem do zagospodarowania. Tutaj holistyczne podejście będzie jak najbardziej wskazane. Z punktu widzenia zdrowia publicznego dziękuję bardzo za głos pana dyrektora, który na sam koniec dopinguje nas do tego, żeby podejmować niepopularne politycznie decyzje. Myślę, że będziemy organizować kolejne, jeszcze bardziej wdrożeniowe spotkania w drugim półroczu. Teraz państwa już przepraszam. Do zobaczenia na kolejnych posiedzeniach podkomisji.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Dziękuję. Teraz zapraszam panią naczelnik. Od razu powiem, że jeżeli pani nie jest w stanie odpowiedzieć na wszystkie pytania, a domyślam się, że jest to absolutnie niemożliwe, to również na piśmie takie odpowiedzi chętnie przyjmujemy. Zapraszam do głosu.

**Naczelnik wydziału w departamencie MZ Kinga Jabłuszewska:**

Dziękuję bardzo. Tak jak pani przewodnicząca powiedziała, niestety nie będę w stanie odpowiedzieć na wszystkie państwa pytania, bo było ich dużo i z dość szerokiego zakresu. Chciałabym tutaj jednak powiedzieć, co pan dyrektor Waśko bardzo podkreślił, o kwestii systemu ochrony zdrowia i o kwestii zdrowia publicznego, że trzeba rozróżniać jednak te pojęcia.

Wspominałam już o obowiązku sprawozdawczym podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego. Na podstawie tych sprawozdań jednostek samorządu terytorialnego i podmiotów administracji rządowej minister zdrowia co 2 lata sporządza informację o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, która jest udostępniana. Na podstawie analiz tych sprawozdań widoczny jest właśnie brak działań adekwatnych do istniejących problemów zdrowotnych występujących na danym obszarze lokalnym. To jest oczywiście też zapewne powiązane z kwestią dostępu do danych, o czym też pan dyrektor wspomniał.

Rozwijając może jeszcze kwestię NPZ na lata 2021–2025, tak jak wspominałam, program jest realizowany za pomocą pięciu celów operacyjnych i zadań wspierających. Może warto wspomnieć, że te cele operacyjne to jest m.in. profilaktyka nadwagi i otyłości, gdzie mamy Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej i centrum dietetyczne online, gdzie są darmowe konsultacje dietetyczne, z których każdy może skorzystać, a są tam też konsultacje rodzinne. W ramach NCEŻ jest też wiele akcji aktywizujących typu „Rodzinna akcja: zdrowa rywalizacja”. Jest też ogólnie portal internetowy, gdzie

jest dostęp do wiarygodnych informacji z zakresu żywienia. Kolejnym celem operacyjnym jest profilaktyka uzależnień, gdzie mamy tytoń, alkohol, narkotyki. Celem trzecim jest promocja zdrowia psychicznego. Kolejny cel operacyjny dotyczy chorób zakaźnych. W tzw. wyzwaniach demograficznych mieszczą się głównie aspekty dotyczące opieki okołoporodowej i osób starszych.

Tam są podejmowane zadania, które są powierzane w trybie wnioskowym lub konkursowym. Ogólnie informacje na temat zadań powierzanych w trybie wnioskowym są publikowane na stronie MZ. Aktualna informacja jest za 2022 r., a jesteśmy w trakcie przygotowywania takiej informacji za 2023 r., bo jest to spowodowane tym, że okres sprawozdawczy jest... W styczniu sprawozdają się realizatorzy, a później na podstawie tych sprawozdań, które są weryfikowane przez MZ, sporządzana jest informacja publikowana na stronie MZ. Można się z nią zapoznać. Mam nadzieję, że w najbliższym czasie uda nam się też zakończyć prace nad informacją za 2023 r. i będzie ona dostępna. Tam m. in. właśnie są – że tak powiem – wypisane działania, co udało się w danym zadaniu zrealizować w poprzednim roku. Tak samo w rozporządzeniu dotyczącym NPZ są określone wskaźniki monitorowania i ewaluacji, które też są na bieżąco monitorowane. One są sporządzane, a następnie publikowane.

To chyba będzie wszystko. Na pozostałe pytania odpowiemy na piśmie.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Trzymam za słowo. Oczywiście czekamy na informacje. Jeżeli państwo będą chcieli otrzymać ode mnie potem te informacje, to oczywiście po prostu je prześlę. Pana Jakuba poproszę o przesłanie odpowiedzi ministerstwa do wszystkich gości. Tak, prześlemy wszystkim zaproszonym dzisiaj gościom.

Teraz zapraszam pana przedstawiciela MRPiPS.

**Zastępca dyrektora BON Andrzej Łosiewicz:**

Odnosząc się do pani pytania związanego z opieką wytchnieniową, chciałbym podkreślić i zaznaczyć, iż mamy świadomość, że nie są to działania wystarczające. Są to działania programowe, które są realizowane w ramach środków dostępnych w Funduszu Solidarnościowym. Jako Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych BON mamy plan, by to usystematyzować i przedstawić te rozwiązania w kształcie ustawowym, natomiast chciałbym teraz podkreślić, że w tym momencie bardzo intensywnie pracujemy nad umową asystencji, która na pewno częściowo będzie mogła rozwiązać problemy związane z opieką nad osobami z niepełnosprawnościami. Jesteśmy już po konsultacjach i po spotkaniach ze stroną społeczną. Tutaj prace są zaawansowane. Chcemy, by od stycznia 2025 r. ustawowo ten temat był już uregulowany.

Wracając jeszcze do programowej opieki wytchnieniowej, jest to program dobrowolny skierowany jest do samorządów i NGO, które po prostu chcą to realizować. W 2024 r. w obecnej edycji do programu przystąpiło blisko 1,5 tys. samorządów, co na liczbę ogólną powiatów i gmin gdzieś około 3 tys., jak widać, jest liczbą jeszcze niewystarczającą. Dopiero mniej więcej około połowa samorządów sama z siebie zainteresowała się tym programem i chciała do niego przystąpić. Natomiast, jeśli dobrze pamiętam, jest 136 organizacji NGO, z którymi podpisaliśmy w tym roku umowy, ale podkreślam, że są to rozwiązania programowe. Niezależnie od tego rozwiązania systemowe, szczególnie w zakresie asystencji, obecnie będą realizowane.

Co do centrów opiekuńczo-mieszkalnych, to też podaję z głowy, że około 120 centrów dostało dofinansowanie, a 43 centra są już otwarte i funkcjonują, pozostałe zaś są w projektowaniu bądź budowie, zależnie od tego, w której edycji programu samorządy przystąpiły do konkursu. Jeśli chodzi o miejsca całodobowe w tych centrach, to zmieniało się na przestrzeni lat. W ostatnich edycjach był obowiązek zapewnienia przynajmniej jednego lub dwóch miejsc całodobowych, natomiast teraz, projektując kolejną edycję, już po rozmowach z panem ministrem Łukaszem Krasoniem, wprowadzimy zmiany, które będą nakazywały tworzenie takich miejsc całodobowych, aby po prostu były one w zasobie i były dostępne dla osób potrzebujących. W kolejnej edycji będziemy więc chcieli zwiększyć liczbę miejsc całodobowych.

**Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:**

Chciałabym tylko spytać, czy dobrze rozumiem. Jeżeli na dzień dzisiejszy mamy 120 centrów z dofinansowaniem, a 43 funkcjonują, to w tych 43 mamy jedno lub dwa miejsca?

**Zastępca dyrektora BON Andrzej Łosiewicz:**

W jednym, poszczególnym centrum. Był taki wymóg. Programowo był określony wymóg, że może być maksymalnie 20 osób w centrum, z czego w zależności od edycji dwa miejsca całodobowe.

**Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:**

Dwa miejsca całodobowe, czyli całodobowych miejsc mamy 86 maksymalnie.

**Zastępca dyrektora BON Andrzej Łosiewicz:**

Mniej więcej tak.

**Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:**

Na całą Polskę?

**Zastępca dyrektora BON Andrzej Łosiewicz:**

Tak. W tym momencie tak.

**Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:**

No to chyba jesteście...

**Zastępca dyrektora BON Andrzej Łosiewicz:**

Program był skierowany m.in. do osób, które będą całodobowo korzystać. Nie był to główny kierunek naszych działań. Centra miały mieć takie miejsca, natomiast one nie były tworzone z założeniem tylko i wyłącznie całodobowego pobytu.

**Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:**

A mamy jakiś pomysł systemowy, co zrobić z osobami z niepełnosprawnościami, które nie mają opiekunów? Gdzie oni lądują? W domach pomocy bez fachowej opieki.

**Zastępca dyrektora BON Andrzej Łosiewicz:**

Zgadza się, że tutaj jest duża przestrzeń do poprawy. Te centra miały być wyrazem deinstytucjonalizacji. Niejako miały być odłączone od systemu, by bardziej od strony samorządów i lokalnych społeczności świadczyć taką pomoc dla osób z niepełnosprawnościami. Natomiast oczywiście systemowo jest to odrębne zagadnienie, na które tutaj niewątpliwie trzeba poświęcić czas i zwrócić na to uwagę.

Odnosząc się jeszcze do świadczenia 4 tys. zł, pragniemy podkreślić, że jest to taka pierwsza, podstawowa pomoc ze strony państwa, która ma pomóc w pierwszym momencie, zanim inne dostępne systemowo rodzaje pomocy z już istniejącego systemu będą mogły być wykorzystane. Świadczenie wprowadzono, by pomóc w tym pierwszym momencie, zanim rodzice będą mogli korzystać z innych, systemowych świadczeń. Tak jak powiedziałem, zbliża się ewaluacja programu. Będziemy analizować wykorzystanie i dostępne środki. Jak najbardziej nie jest tutaj powiedziane, że to świadczenie nie wzrośnie. Mamy to na uwadze i ten pani głos zapisujemy.

**Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:**

Jakby coś, polecamy się do współpracy. Chętnie podzielimy się swoimi spostrzeżeniami i uwagami.

**Zastępca dyrektora BON Andrzej Łosiewicz:**

Jeszcze pytanie o gabinety ginekologiczne dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Traktuję to bardziej jako zadanie na najbliższy czas. Tak sobie myślałem, że być może jest tutaj jakieś miejsce, żeby uruchomić specjalny program w tym zakresie, finansowany czy ze środków Funduszu Solidarnościowego, czy ze środków PFRON. Zanotowałem to sobie jako główny punkt na najbliższy czas. Będziemy nad tym pracować. Przyjrzymy się tematowi. Ze swojej strony dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):**

Bardzo serdecznie dziękuję za te odpowiedzi. Na tym stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Powiem jeszcze dla państwa informacji, że wszystko, o czym tutaj rozmawialiśmy i co przedyskutowaliśmy, będzie na nagraniu. Będzie to dostępne na stronie Sejmu. Bardzo serdecznie państwu dziękuję za tę dyskusję, niestety momentami dość smutną, ale mam nadzieję, że wnioski zostaną wyciągnięte, szczególnie przez państwa przedstawicieli ministerstw, że to pójdzie dalej, że przekażą to państwo, bo naprawdę było poruszonych wiele takich tematów, które moim zdaniem nie wymagają aż takich wielkich środków.

Ciągle mówimy o tym, że brakuje pieniędzy, ale wydaje mi się, że w dużej mierze jest to też po prostu lepsza organizacja i korzystanie z tego, co już mamy, jak chociażby – nie wiem – różne dane, które mamy. Mam wrażenie, że nie ma miejsca, w którym zbieramy te dane – za przeproszeniem – do kupy i gdzie korzystamy z tego. Nie ma jakiejś takiej koordynacji. Zbieramy całą masę naprawdę wartościowych danych, z których potem nic nie wynika, bo nie ma miejsca, gdzie – powtórzę się jeszcze raz – zostanie to wszystko skoordynowane i wykorzystane. To jest chyba podstawa. My naprawdę powtarzamy bez przerwy i w Komisji Zdrowia, i w wielu innych miejscach, że brakuje pieniędzy, a wydaje mi się, że nie doceniamy tego, jak wiele potrafimy zrobić i załatwić, chociażby rozmawiając ze sobą i wymieniając się różnymi informacjami. Jest znane powiedzenie: „Polak potrafi”. Dobra organizacja pracy jest naprawdę podstawą, ale też wsłuchanie się...

Powiedzieli tu państwo o centrach opieki medycznej. Osobiście byłam w dwóch takich centrach. To są rzeczywiście wspaniałe miejsca, ale tam, jak pan tutaj powiedział, miejsc dedykowanych całodobowej opiece... Akurat byłam w takim ośrodku, gdzie były dwie sale, z czego jedna, co ciekawe, była dwuosobowa. To w sytuacji, gdy małżeństwo czy para osób musiałaby skorzystać z takiego miejsca, na co też trzeba zwrócić uwagę, że byłoby fajnie, gdyby były też takie miejsca, bo często to są osoby, które ze sobą razem mieszkają, przebywają, spędzają całe życie albo część tego życia.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję. Do zobaczenia na następnych posiedzeniach podkomisji. Zamykam posiedzenie. Dziękuję.