

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 111)

z dnia 20 listopada 2025 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 111)

20 listopada 2025 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji oraz posła **Marka Hoka (KO)**, i poseł **Elżbiety Gelert (KO)**, zastępców przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

- **odpowiedź ministra zdrowia na dezyderat nr 1 w sprawie pilotażu specjalistycznej porady laktacyjnej,**
- **informację na temat audytu uczelni medycznych z uwzględnieniem kierunku zmian w zakresie kształcenia personelu medycznego.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Katarzyna Kęcka** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Filipiak** dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Piotr Wasilewski** doradca ekonomiczny Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Wojciech Załuska** przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, **Tomasz Chodkowski** fundator Fundacji Rodzić po Ludzku, **Łukasz Fijałkowski** ekspert Pracodawców RP, **Małgorzata Gierada-Radon** położna koordynator ds. laktacji oraz **Joanna Kusy** ekspert Centrum Medycznego „Żelazna” sp. z o.o., **Jolanta Januszczyk** sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Barbara Mazurkiewicz** ekspert Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Kinga Osuch** ekspert Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, **Marek Wleklik** członek Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Marek Wójcik** dyrektor Biura Związku Miast Polskich oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Aleksander Śmigrodzki** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum. Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń Komisji od kwietnia do końca lipca 2025 – posiedzenia Komisji od 73. do 93. – wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń. Porządek dzisiejszego posiedzenia przyjęty przez prezydium przewiduje: pkt 1 – rozpatrzenie odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 1 w sprawie pilotażu specjalistycznej porady laktacyjnej; pkt 2 – rozpatrzenie informacji na temat audytu uczelni medycznych z uwzględnieniem kierunku zmian w zakresie kształcenia personelu medycznego. Przedstawia ministra zdrowia.

Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu porządku dziennego. Dla przypomnienia, w dniu 8 lipca br. Komisja Zdrowia uchwaliła dezyderat nr 1 w sprawie pilotażu specjalistycznej porady laktacyjnej. Zgodnie z art. 159 ust. 5 regulaminu Sejmu, organ, pod którego adresem uchwalony został dezyderat Komisji, ma obowiązek ustosunkować się do niego pisemnie w ciągu 30 dni od otrzymania dezyderatu. W dniu 7 sierpnia br. do Komisji wpłynęła odpowiedź ministra zdrowia na dezyderat nr 1 w sprawie pilotażu specjalistycznej porady laktacyjnej. Zgodnie z przekazaną informacją, w dniu 6 sierpnia br. minister zdrowia zlecił prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie analizy zasadności przeprowadzenia wyżej wymienionego programu pilotażowego w terminie 60 dni. W związku z powyższym, w dniu 11 września br. zwróciłam się do ministra zdrowia o uzupełnienie informacji o wyniki analizy zleconej prezesowi AOTMiT. W dniu 22 października br. do Komisji wpłynęła uzupełniona odpowiedź na dezyderat nr 1.

Szanowni państwo, teraz wysłuchamy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Jest z nami pani minister Katarzyna Kęcka w ramach odpowiedzi na dezyderat nr. 1. Natomiast dla pewności, ponieważ mieliśmy pewną dyskusję przed posiedzeniem Komisji, zapytam, czy ktoś na sali jest albo lobbystą w branży laktacyjnej, albo jest powiązany kapitałowo, zawodowo z tą branżą, żebyśmy mieli jasność przed rozpoczęciem naszej dyskusji, czy ktoś taki wśród nas się znajduje.

No, jeśli państwo są jako strona społeczna, z organizacji pozarządowej i nie zarabiają na swojej działalności, to jest jasne. Natomiast jeśli ma pani firmę, sprzedaje coś, jest pani kapitałowo związana z tym tematem, to chcielibyśmy tę wiedzę posiadać. Proszę włączyć mikrofon i przedstawić się, żebyśmy wiedzieli na początku.

Fundator Fundacji Rodzić po Ludzku Tomasz Chodkowski:

Witam. Nazywam się Tomasz Chodkowski. Od 25 lat funkcjonuję w obszarze poradnictwa laktacyjnego. Jestem fundatorem dwóch fundacji. Jestem przedsiębiorcą, jestem trenerem. Jestem również ekspertem z zakresu laktotechnologii. Czynnie i aktywnie biorę udział we wszystkich konsultacjach jako strona, która dostarcza wiedzę dotyczącą dokumentów funkcjonujących w Polsce oraz prawa europejskiego, które tego dotyczy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Jeszcze dopytam – przedsiębiorcą w jakim zakresie?

Fundator Fundacji Rodzić po Ludzku Tomasz Chodkowski:

W dość szerokim zakresie, ale również związanym z laktacją.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze?

Głos z sali:

A położna, która zarabia na laktacji?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Nie. Dziękuję bardzo...

Fundator Fundacji Rodzić po Ludzku Tomasz Chodkowski:

Przepraszam. Dlaczego? To też jest normalnie zarejestrowana firma i położna albo zarabia na laktacji albo nie. Czy się różnimy?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Położna udziela świadczeń zdrowotnych. Dziękuję bardzo. Przystąpimy teraz do przedstawienia przez panią minister Kęcką odpowiedzi na dezyderat.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Kęcka:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję pani poseł. Szanowni państwo posłowie, w dniu 7 października 2025 r. prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przekazał Ministrowi Zdrowia opracowany materiał. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przeprowadziła szczegółową analizę. W wyniku przeprowadzonej analizy nie stwierdzono przesłanek uzasadniających realizację programu pilotażowego dla świadczenia – specjalistyczna porada laktacyjna położnej.

Uzasadniając przedstawione stanowisko AOTMiT, wskazała między innymi, że zasadność realizacji programu pilotażowego zachodzi wówczas, gdy jego celem jest przygotowanie do praktycznego, szerokiego wdrożenia nowej technologii medycznej, metody lub rozwiązania, które nie są obecnie objęte systemem świadczeń gwarantowanych. W przypadku specjalistycznej porady laktacyjnej udzielanej przez położną w ramach istniejących świadczeń gwarantowanych zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, dostępne obecnie formy poradnictwa laktacyjnego wydają się wystarczające do zapewnienia wsparcia dla kobiet karmiących. Poradnictwo to obejmuje zarówno przygotowanie kobiet w ciąży do karmienia piersią, jak i wsparcie w okresie laktacji. Świadczenia te są udzielane przez położne oraz lekarzy specjalistów w zakresie położnictwa i ginekologii, neonatologii w ramach opieki ambulatoryjnej i szpitalnej, a także przez położne i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z powyższym przeprowadzenie programu pilotażowego w tym zakresie należy uznać za niezasadne.

Dwa. Brak uzasadnienia dla realizacji programu pilotażowego dla świadczenia – specjalistyczna porada laktacyjna położnej, mimo że analizowana porada laktacyjna nie stanowi odrębnej pozycji finansowej w systemie opieki zdrowotnej i nie jest rozliczana w ramach odrębnego punktu rozliczeniowego. To poradnictwo laktacyjne jest integralnym elementem świadczeń gwarantowanych. Jest ono raportowane jako edukacyjna wizyta laktacyjna – kod ICD-9 89.045 – i realizowane zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej,

określonym w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Uruchomienie programu pilotażowego powinno być poprzedzone analizą wskazującą na potencjalne korzyści w zakresie organizacji udzielania świadczeń, poprawy efektów lub optymalizacji kosztów względem obecnie funkcjonujących rozwiązań. W przypadku świadczenia specjalistycznej porady laktacyjnej położnej nie przedstawiono analiz i dowodów, że jego wdrożenie przyniesie istotną poprawę w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych oraz na potencjalne korzyści w zakresie usprawnienia organizacji świadczeń, zwłaszcza że obecnie dostępne zapewniają wsparcie w tym zakresie.

Trzy. Brak zasadności wyodrębnienia świadczenia specjalistycznej porady laktacyjnej położnej jako samodzielnego elementu systemu. Obecnie dostępne świadczenia gwarantowane zapewniają kompleksowe i adekwatne wsparcie dla kobiet karmiących zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Tym samym istniejące rozwiązania skutecznie odpowiadają na potrzeby w zakresie poradnictwa laktacyjnego, co czyni wprowadzenie dodatkowego, odrębnego świadczenia nieuzasadnionym z punktu widzenia organizacyjnego i systemowego.

Dalej. Przegląd dostępnej literatury oraz rozwiązań organizacyjnych stosowanych w innych krajach nie dostarczył dowodów na funkcjonowanie specjalistycznych porad laktacyjnych świadczonych przez położne jako odrębnego świadczenia w systemach opieki zdrowotnej. Nie odnotowano również realizacji programów pilotażowych ani innych form testowania takiego rozwiązania, co dodatkowo podważa zasadność jego wdrażania w warunkach krajowych.

Stanowisko prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia podtrzymujące wcześniejszą opinię jednoznacznie wskazuje na brak zasadności wdrażania programu pilotażowego w zakresie świadczenia – specjalistyczna porada laktacyjna położnej. W ocenie prezesa NFZ, ewentualne rozszerzenie zakresu istniejącego świadczenia gwarantowanego porada położnej, położnictwo i ginekologia, o elementy związane z laktacją mogłoby w dłuższej perspektywie prowadzić do zaburzenia obecnego podziału kompetencji pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Co istotne, przenoszenie poradnictwa laktacyjnego z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej, będącego najbliżej kobiet karmiących i zapewniającego szybki dostęp do wsparcia, do poziomu specjalistycznego, funkcjonującego w ramach systemu kolejkowego nie jest działaniem celowym ani efektywnym z punktu widzenia organizacji opieki zdrowotnej.

Sześć. Ryzyko nierówności w zakresie finansowania i realizacji świadczeń. Wdrożenie programu pilotażowego w ograniczonej liczbie ośrodków – pięciu–ośmiu – może skutkować sytuacją, w której większość placówek będzie realizować te same świadczenia bez dodatkowego finansowania, podczas gdy wybrane jednostki otrzymają środki w ramach pilotażu. Taki model może prowadzić do nierównego traktowania podmiotów oraz zakłóceń spójności systemu opieki.

Siedem. Brak jednoznacznej definicji świadczenia. Proponowana porada laktacyjna nie została dostatecznie wyodrębniona pod względem zakresu, celu oraz oczekiwanych rezultatów. Brak precyzyjnego określenia może skutkować wdrożeniem kosztownego i nieefektywnego rozwiązania bez gwarancji rzeczywistej poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję pani minister. Otwieram dyskusję. Pan poseł Cieszyński, bardzo proszę.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Szanowni państwo – szczególnie zwracam się do parlamentarzystów rządzącej większości – tam na stole wciąż jest jeszcze wiele egzemplarzy tego raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ja państwu przytoczę parę cytatów z tego raportu, który dzisiaj nam ministerstwo przyniosło na posiedzenie Komisji... Nie co ja sądzę na ten temat, tylko co na przykład sądzi pani profesor Grażyna Iwanowicz-Palus. Cytuję: „Obecny system ochrony zdrowia oparty o POZ i AOS oraz położne bez dodatkowej wiedzy nie jest w stanie zagwarantować specjalistycznej opieki laktacyjnej”. To jest w dokumencie, który ministerstwo dzisiaj nam przysłało na posiedzenie Komisji. Pani doktor Dorota Ćwiek – i obawiam się, że to właśnie tutaj jest klucz do tego, o co tu chodzi – brak jest świadczeń ze środków publicznych właśnie w ramach specjalistycznej porady laktacyjnej położnej, ale wizyta prywatna aktualnie kosztuje 250–600 zł.

Były pytania, kto tu jest lobbystą. Szanowni państwo, sytuacja wygląda tak, że mówimy o pilotażu, który zgodnie z wyceną AOTMiT-u kosztuje całe 3 mln zł, czyli w skali pieniędzy w NFZ śmieszne grosze i państwo mówicie, że to nie ma sensu. Eksperci, których sami wzięliście.

Pani minister, ilu z czterech ekspertów zaangażowanych przez AOTMiT stwierdziło, że należy włączyć poradę laktacyjną jako świadczenie gwarantowane? Zdaniem AOTMiT -u ten pilotaż mógłby kosztować trochę ponad 3 mln zł. Jaki to jest procent budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę specjalistyczną?

I jeszcze pytanie. Szanowni państwo, czy Ministerstwo Zdrowia przekazało AOTMiT-owi opis świadczenia i założenia programu pilotażowego. Ja mogę udzielić odpowiedzi na to ostatnie pytanie. Nie. I to jest też w tym raporcie. Jest jednostronicowe pismo ministra Szafrancowicza, który mówi – proszę nam wycenić poradę laktacyjną i prezes AOTMiT-u w raporcie informuje, że dość trudno jest to wycenić, bo minister zdrowia nawet się nie pofatygował, żeby zawrzeć kilka zdań opisu, o co chodzi w tym zleceniu dla AOTMiT -u. Czyli AOTMiT przygotował kilkaset stron materiału na podstawie jakiegoś jednozdaniowego zlecenia, bo komuś się nie chciało napisać, o co tak naprawdę chodzi. I na podstawie tego, wbrew opiniom ekspertów z tytułami naukowymi, którzy pełnią funkcje konsultantów krajowych i wojewódzkich. Czyli ministerstwo tym ludziom płaci za to, żeby doradzali w sprawach medycznych, żeby w sprawach medycznych się nie wypowiadali wyłącznie pracownicy ministerstwa, ale żeby się wypowiadali także eksperci kliniczni.

Odpowiem też na to ostatnie pytanie. Pani minister, trzech na czterech ekspertów, których sami wzięliście, powiedziało, że należy włączyć tę poradę do świadczeń gwarantowanych. I wy mówicie, że nie ma sensu? Widzę pani minister, że gdy pani, która siedzi naprzeciwko pani, kiwa głową, gdy ja to mówię, potwierdzając moje słowa, to pani ma przerażenie w oczach. To jest proszę państwa naprawdę niesamowita historia, bo to są drobne pieniądze, świadczenie dla kobiet, eksperci mówią, że to ma sens i z jakiegoś przedziwnego powodu okazuje się, że nic z tym nie da się zrobić.

Ja bardzo chciałbym podziękować paniom, które ten temat podniosły i pani poseł Zawiszy, dzięki której o tym porozmawialiśmy po raz pierwszy, no i chciałbym uzyskać odpowiedź z ministerstwa, co tu się dzieje. Dlaczego państwo tak bardzo tych kobiet nie lubicie?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Posłanka Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Ja mam jedno pytanie do ministerstwa. Czy państwo odsłuchali nagranie z naszego wcześniejszego posiedzenia Komisji, ponieważ mam wrażenie, że dużo z tych rzeczy, które tutaj są zapisane, mija się po prostu z prawdą. Mamy ekspertki, które przyszły i które wprost opowiedziały, jak działałaby ta porada laktacyjna i dlaczego ona jest po prostu niesamowicie potrzebna.

Ja jestem jedną z osób, które korzystały z tego typu świadczenia prywatnie, ponieważ bez tego nie karmiłabym mojego dziecka. Mamy sytuację, w której słyszymy, że to już jest w systemie. Mamy naprawdę tysiące kobiet, które na różnych grupach, które się gromadzą, próbują wymieniać się wiedzą, gdzie można dostać kontakt do takiej właśnie prywatnej usługi, że na kilka godzin przychodzi doradczyni laktacyjna i pomaga przystawiać dziecko, ważyć, sprawdzać czy to dziecko się najadło, pomaga, odpowiada na milion pytań.

Na przykład, mamy kobiety, które są w trakcie jakiegoś leczenia i one też potrzebują pomocy z tym, czy mogą karmić, jeżeli mają tomografię komputerową, czy mogą karmić dziecko dostając kontrast. Jest milion pytań, na które kobiety szukają odpowiedzi. Szukają tych odpowiedzi w internecie, szukają kontaktów w internecie do osób, które taką usługę, o której dzisiaj mówimy, będą mogły zrealizować. Dlatego muszę powiedzieć, że ten fragment o tym, że „Ryzyko nierówności w zakresie finansowania i realizacji świadczenia wdrożenie programu pilotażowego w ograniczonej liczbie ośrodków może skutkować sytuacją, w której większość placówek będzie realizować te same świadczenia bez dodatkowego finansowania”, ten pkt 6, jest tym bardziej trudny do zrozumienia, moim zdaniem, biorąc pod uwagę, że już mamy podział na kobiety, które stać i na kobiety, których nie stać, ponieważ taka usługa nie jest tania, bo, tak jak mówiłam, to jest kilka godzin, kiedy przychodzi doradczyni laktacyjna.

Tej wiedzy nie da się do końca nabyć w szpitalu, ponieważ kobieta po porodzie jest tam dwie doby. I nie mówimy o sytuacji wyłącznie porodów naturalnych, bo również po cesarskim cięciu wypuszcza się kobietę do domu jak najszybciej, co ma naprawdę sens. Przychodzi położna patronażowa i to nadal nie jest dokładnie ten moment, bo stabilizuje się laktacja, pojawiają się problemy później. To jest kwestia wędzidełka.

My naprawdę mamy doświadczenie kobiet, które realnie tym się zajmują. Po prostu robią to jako świadczenie prywatne i to, o czym my rozmawiamy, to poszerzenie tego dostępu dla wszystkich kobiet, niezależnie od tego, jaka jest ich zasobność, jaka jest głębokość ich portfela, czy one po prostu te pieniądze mają, czy nie mają.

To, o czym rozmawialiśmy na posiedzeniu Komisji, to jest kwestia tego, że korzyści płynące z karmienia piersią zamiast karmienia mieszkanką są potężne dla zdrowia dziecka, takie, które naprawdę są dożywotnie. Mówimy tutaj o wpływie przez całe życie. Jeżeli zrobimy teraz wysiłek zarówno organizacyjny, jak i finansowy, to my jako państwo skorzystamy z tego, bo będziemy mieć zdrowszych obywateli i zdrowsze obywatelki.

Ja cieszę się, że była ogólna zgoda całej Komisji, żeby ten dezyderat wysłać do ministerstwa, ale muszę powiedzieć, że odpowiedź ministerstwa jest głęboko rozczarowująca, bo mam wrażenie, że to, co padło na tamtym posiedzeniu Komisji, po prostu poszło w próżnię. Martwi mnie to, bo mam wrażenie, że trochę chodzi o to, żeby z jednej strony pokazać chęć, a z drugiej strony nie zrobić nic. To jest bardzo smutne, bo mam wrażenie, że jesteśmy w stanie to wypracować, szczególnie że to naprawdę nie są duże pieniądze, biorąc pod uwagę korzyści, bo mówimy tutaj o wpływie na zdrowie zarówno pod kątem otyłości, cukrzycy. Panie wykazały wiele korzyści w późniejszym życiu, co naprawdę pokrywa się z literaturą naukową, ponieważ to było badane. To nie jest tak, że to po prostu wydaje się. To są rzeczy, które zostały przebadane, w jaki sposób naturalne karmienie piersią w pierwszych miesiącach życia dziecka wpływa na późniejsze zdrowie dorosłego człowieka.

Tak więc, jeśli naprawdę chcemy zrobić wszystko, żeby kobiety karmiły piersią i żeby dzieci jak najdłużej mogły uzyskiwać pokarm z mleka matki, to naprawdę musimy się zastanowić, jak to zrobić. I znowu wracamy dokładnie do początku tej rozmowy, że ministerstwo mówi, że to już jest w tym systemie i znowu jakby mam wrażenie, że będziemy musieli przeprowadzić dokładnie tę samą rozmowę drugi raz. Mam więc ogromną prośbę, żeby przed odpowiedzią pani minister jeszcze dopuścić panie, które wcześniej prezentowały, jakie korzyści są z karmienia piersią, bo mam wrażenie...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Pani poseł, im krócej parlamentarzysty, tym dłużej strona społeczna.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

To ja już dziękuję bardzo w takim razie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Czy ze strony parlamentarzystów ktoś jeszcze? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie...

A tak, pani przewodnicząca Wicha. Proszę.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja chciałabym tylko powiedzieć, że też muszę się odnieść do tej odpowiedzi w tym sensie, że uważam, że to nie jest do końca tak. Jednak ta pomoc w laktacji jest kobietom bardzo potrzebna. Zasoby, jakie mamy w publicznej ochronie zdrowia, są zbyt małe, a wiem to nie ze swojego przykładu, bo akurat to było dość dawno temu. Natomiast moja córka niedawno urodziła i też korzystała, podobnie jak tutaj pani poseł Zawisza mówi, z prywatnej położnej. To naprawdę kosztowało sporo młodą parę na dorobku. Naprawdę nie widzę powodu przy obecnej demografii i spadku liczby urodzeń, żebyśmy piętrzyli dodatkowe trudności przed parami czy mamami, które się decydują na dziecko. Wręcz przeciwnie, powinniśmy im to rodzicielstwo ułatwiać.

Ja akurat mam tę przyjemność, że znam panią Kingę Osuch, bo kiedyś razem studiowałyśmy. Wiem, że to, co robi, robi z oddaniem od kilkudziesięciu lat i nie przypuszczam, że ma jakieś inne cele, poza tym, że naprawdę chce pomóc kobietom, które urodziły dzieci. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Bardzo proszę, strona społeczna. Proszę o przedstawianie się.

Ekspert Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych Kinga Osuch:

Dziękuję. Kinga Osuch, położna i doradczyni laktacyjna od dwudziestu kilku lat. Usłyszeliśmy tutaj, że to, co istnieje dotychczas w systemie jest wystarczające i jest to świadczenie zagwarantowane. Natomiast mam dane z ogólnopolskiego badania chorobowości szpitalnej. Są podane procenty kobiet karmiących piersią i odciganym mlekiem. W 2020 r. to było 62%, w 2021 r. – 62%, w 2022 r. – 59%, w 2023 r. – 56%. Czyli widzimy, że pogarszają się te wskaźniki.

Podobnie jest z dziećmi między drugim a szóstym miesiącem życia, kiedy powinny być wyłącznie karmione piersią. Tutaj mamy znowu karmienie piersią na poziomie 50–48%.

Tak jak państwo posłowie mówili, przytaczaliśmy poprzednim razem dane na temat kosztów leczenia otyłości, które NIK tutaj przedstawiła. W „Narodowym programie zdrowia na lata 2020–2025” jednym z celów było właśnie zapobieganie otyłości. W ramach tego zostały wydane duże pieniądze na kształcenie położnych w takim właśnie specjalistycznym poradnictwie laktacyjnym. Oczywiście nie zostały wykształcone wszystkie położne, które pracują z matkami, tylko jakaś ich część, natomiast większość z nas nie miała tego tematu w ogóle w trakcie kształcenia przeddyplomowego. Tak więc tutaj jest potrzebne kształcenie podyplomowe i naprawdę kobiety nie są objęte do końca taką opieką, jaką powinny być.

Dodatkowo jeszcze chciałabym powiedzieć, że specjalistyczna porada laktacyjna, co zostało wykazane w badaniach, nie naszych polskich, tylko takich, które przytaczaliśmy również w tym zespole przy ministrze zdrowia dotyczącym porady laktacyjnej, musi trwać od godziny do półtorej godziny, żeby była skuteczna. Tego typu porada raczej nie zawrze się w tym, co położna dotychczas robi, bo ona już nie da rady tego czasowo zrobić. Nie wiem, jakie jeszcze argumenty mam przytaczać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę kolejną osobę. Proszę przedstawić się i powiedzieć.

Fundator Fundacji Rodzić po Ludzku Tomasz Chodkowski:

Tomasz Chodkowski. Kilka informacji dotyczących w ogóle wsparcia laktacyjnego w Polsce. Odsyłam państwa przede wszystkim do dokumentu, który został opublikowany w 2006 r. To są standardy wczesnego żywienia dla Unii Europejskiej. My w zakresie wczesnego żywienia jeszcze nie weszliśmy do Unii Europejskiej. W tym dokumencie jest bardzo jasno przedstawiony schemat poradnictwa laktacyjnego. Jest to schemat, który ma 3 poziomy – pierwszy, drugi i trzeci. Poziom specjalistyczny nie oznacza, że jest realizowany w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego. Poziom specjalistyczny oznacza, że poradę laktacyjną realizuje świetnie przygotowana osoba albo zespół, bo problem laktacyjny jest interdyscyplinarny. To nie jest prosta sprawa, żeby go rozwiązać. Jeśli więc mówimy o poradzie specjalistycznej, to nie mówimy o poradzie realizowanej w trójce, tylko mówimy o możliwości skontaktowania matki z ludźmi, którzy na tym naprawdę się znają.

Standardowe przygotowanie. Marzeniem byłoby, żeby polskie położne pracujące w szpitalach miały poziom pozwalający realizować drugi stopień porady laktacyjnej. Byłoby to marzeniem. Na 30 tys. funkcjonujących w Polsce położnych jakiegokolwiek szkolenie laktacyjne dostało może 2 tys. To nawet nie jest 10%, jeśli chodzi o przygotowanie. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Pan poseł zapytał, dlaczego żałujemy 3 mln. Ja państwu powiem. Ministerstwo Zdrowia w oficjalnej odpowiedzi na interpelację poselską przekazało informację, że w ciągu ostatnich 5 lat na refundację sztucznych mieszanek Ministerstwo Zdrowia wydało prawie miliard. To jest kilkaset milionów rocznie, które transferowane przez NFZ idą na refundację sztucznych mieszanek. W tym samym czasie na jakiegokolwiek wsparcie laktacyjne wydano 35 mln, z czego 20 mln na niezwykle wątpliwy program „Za życiem”, dużo bardziej dyskryminujący niż jakiegokolwiek pilotaż porady laktacyjnej.

Zwracam więc uwagę, że do tej pory, do dzisiaj, normą wczesnego żywienia w Polsce nie jest mleko matki i to nie jest karmienie piersią. Normą wczesnego żywienia w Polsce są sztuczne mieszanki. Dlatego też bardzo często spotykamy się z takimi sformułowaniami, jakich użyła pani posłanka Zawisza, korzyści z karmienia piersią. Chciałabym państwu powiedzieć, że nie ma żadnych korzyści z karmienia piersią, jeśli karmienie piersią uznamy za normę.

Teraz to, co na koniec jest dość istotne. Ja przez ponad 15 lat domagałem się od Ministerstwa Zdrowia uzupełnienia wszystkich dokumentów prawnych o zapisy, które znajdują się w standardzie europejskim. Jeden z zapisów standardu europejskiego – posłuchajcie państwo jeszcze chwilę – mówi tak. Jeśli rodzice w szpitalu chcą karmić dzieci sztucznymi mieszankami, to musimy to uszanować, pod jednym warunkiem, że przedstawiamy im czynniki ryzyka. I te czynniki ryzyka w tymże dokumencie europejskim są opisane w aneksie.

No i teraz najciekawsze. Po 15 latach, z niewiadomych przyczyn, 24 października w najnowszym dokumencie „Standardy opieki okołoporodowej”, po raz pierwszy pojawia się sformułowanie „czynniki ryzyka”. Od maja następnego roku każdy pracownik szpitala, podając sztuczną

mieszankę, będzie zobowiązany przedstawić czynniki ryzyka, tylko że my nie wiemy, jakie one są, bo ministerstwo do dzisiaj ich nie opracowało.

Dodatkowo, wdrożenie czegoś tak rewolucyjnego dla ministerstwa nie ma żadnego znaczenia i w takim dokumencie „Ocena skutków regulacji” po raz kolejny przy wdrażaniu kolejny raz rozporządzenia ministra zdrowia jest zapisane, że wdrożenie tego nie będzie miało jakiegokolwiek skutku na budżet, więc nie przewidujemy jakichkolwiek finansów, na przykład – przeszkolenie personelu w szpitalach.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy bardzo.

Fundator Fundacji Rodzić po Ludzku Tomasz Chodkowski:

Proszę uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Poproszę o odpowiedzi panią minister.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Ja poproszę moich dyrektorów o odpowiedzi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, pani dyrektor Korbaśńska.

Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbaśńska-Chwedczuk:

Proszę państwa, ja bym chciała zwrócić uwagę na jedną rzecz. Na początku Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji badała zasadność wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych procedury – specjalistyczna porada laktacyjna. To było przedmiotem naszej dyskusji na posiedzeniu Komisji Zdrowia. W wyniku tego Komisja Zdrowia wskazała, żeby podjąć działania dotyczące przygotowania programu pilotażowego w tym zakresie.

Dzisiejsza odpowiedź dotyczy propozycji przygotowania tego programu pilotażowego i w tym zakresie AOTMiT podnosi podobne zastrzeżenia, jak w przypadku propozycji wdrożenia porady laktacyjnej w całym systemie. Natomiast to nie znaczy, że minister zdrowia nie uznaje za zasadne podjęcia działań wzmacniających opiekę nad kobietą w zakresie laktacji.

W tym czasie zostały przygotowane, podpisane i w tej chwili czekamy na ich wejście w życie, zmiany w standardzie opieki okołoporodowej. Zmiany te w dużym stopniu odnoszą się do zapewnienia kobietom w okresie ciąży właściwej opieki laktacyjnej.

Przede wszystkim w samym standardzie wydzielono całość działań, wpisując opiekę laktacyjną jako odrębne działanie służące systemowi ochrony zdrowia. Wydzielone zostało to w jedną część i w ramach opieki laktacyjnej pozwolę sobie państwu wykazać, które elementy przede wszystkim powinny być sprawowane.

Wydzielenie to przede wszystkim ma na celu podkreślenie tego, że opieka laktacyjna jest sprawowana zarówno w trakcie opieki w szpitalu sprawowanej nad kobietą bezpośrednio po porodzie, jak również w trakcie opieki w środowisku. Zaraz państwu wskażę, jak jest to w tej chwili bezpośrednio sformułowane.

Standardowa opieka laktacyjna obejmuje promocję i przygotowanie do karmienia kobiet w ciąży oraz udzielanie porad polegających na zapobieganiu i rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją u kobiet w okresie laktacji i karmienia piersią. Jest to zadanie położnej. W przypadku wystąpienia problemów z laktacją lub karmieniem piersią w zakresie wykraczającym poza zakres położnictwa powinna skierować kobietę do lekarza położnika albo neonatologa, a kierując powinna przekazać lekarzowi szczegółową informację o ocenie sytuacji w zakresie laktacji oraz kontakt do siebie, żeby to świadczenie było udzielone w sposób systemowy i żeby lekarz miał pełną informację na temat stwierdzonych nieprawidłowości.

Jeżeli chodzi o sam proces edukacji, to on w standardzie opieki okołoporodowej został tak rozszerzony, że kobieta jest nim objęta od początku ciąży, aby od początku móc przekazać wszystkie informacje. Zwiększono także w standardzie opieki okołoporodowej opiekę nad kobietą i noworodkiem w środowisku.

Dotychczas jest tak, że kobieta, która opuszcza podmiot leczniczy razem z dzieckiem, jest objęta opieką położnej środowiskowej. W tej chwili, po wejściu w życie standardu, będzie to w ten sposób realizowane, że nawet jeżeli kobieta opuści szpital sama, to będą świadczenia wykonywane

wobec kobiety, a w momencie kiedy pojawi się w środowisku noworodek, który na przykład został w szpitalu ze względu na problemy zdrowotne, to on również będzie oddzielnie objęty opieką patronażową po to, żeby wesprzeć matkę w odnalezieniu się w środowisku rodzinnym po wyjściu dziecka ze szpitala i również wesprzeć ją odpowiednio w karmieniu piersią.

W standardzie jest wskazane, że w trakcie opieki patronażowej położna powinna sprawować właściwą opiekę laktacyjną, natomiast jednocześnie standard dookreśla, jakie zadania w tej opiece laktacyjnej w miejscu zamieszkania powinny być wykonane. Są to: ocena gruczołów piersiowych i brodawek u kobiety; zachęcanie do karmienia piersią; udzielenie porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii, fizjologii piersi matki, jamy ustnej dziecka; oceny technik karmienia, umiejętności ssania, skuteczności karmienia, czynników ryzyka niepowodzenia laktacji; pomoc w rozwiązaniu stwierdzonych problemów związanych z laktacją...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Pani dyrektor, mam wrażenie, że już nikt pani nie słucha, niestety. Sala się jakoś rozprężyła. Jeśli można, krótko zwięźle, bo gdy parlamentarzyści nie są zainteresowani, to nie mamy na to wpływu. Panie pośle, no nie. Pani dyrektor mówi, a większość tam z tyłu jeszcze nie zauważyła, że w ogóle przerwaliśmy...

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbańska-Chwedczuk:

Przekazę jeszcze informacje na pytania dotyczące zakresu szkoleń, które są finansowane przez ministra zdrowia. Takie szkolenia są finansowane w ramach „Narodowego programu zdrowia”. Jest wybrany realizator, który w ramach celu operacyjnego „Profilaktyka nadwagi i otyłości” prowadzi kursy związane z promocją karmienia piersią, i to jest prowadzenie kursu specjalistycznego dla położnych, edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji. W ramach tego działania został przygotowany poradnik „Karmienie piersią”. Ten poradnik jest zamieszczony na stronie internetowej ministra zdrowia i dystrybuowany w podmiotach leczniczych. Jeżeli chodzi o sam poradnik, to uzyskało go około 288 szpitali w 210 egzemplarzach, ale przede wszystkim jest możliwość ściągnięcia go w formie PDF-u przy użyciu QR-kodu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję i poproszę drugą panią dyrektor. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo pani przewodnicząca. Pozwolą państwo, że bardzo krótko odniosę się do kwestii kwalifikacji i tego, co wybrzmiewa z raportów. Mamy dwa raporty. Pierwszy, z 2024 r., kiedy to eksperci rzeczywiście pozytywnie odnieśli się do tego, co zostało zaproponowane, czyli chodzi o poradę i o szeroko rozumiane poradnictwo laktacyjne. Niemniej jednak należy pamiętać, że w procesie analitycznym, który jest procesem HTA i dotyczy nie tylko efektywności klinicznej, ale musi być spełniony warunek efektywności kliniczno-kosztowej, bardzo mocno wybrzmiało, że takie rozwiązanie budzi wątpliwości w zakresie wartości dodanej, jeśli chodzi o proponowane rozwiązania. Czyli, że aktualnie istniejące rozwiązania systemowe wskazują, że nie ma potrzeby wyodrębniania dodatkowej, kompleksowej porady specjalistycznej.

Z tego względu, biorąc pod uwagę to, że rzeczywiście kliniczne opinie samych ekspertów, które przyczyniły się do całościowej oceny kliniczno-kosztowej, były takie, jak tutaj wybrzmiały, ocena HTA, na podstawie której agencja, zgodnie z metodologią przyjętą w Europie i w Polsce, ocenia efektywność kliniczno-kosztową, w 2024 negatywna rekomendacja. Natomiast jeśli chodzi o przedmiot dzisiejszego posiedzenia, który dotyczy konkretnie pilotażu, rzeczywiście pozytywnie wybrzmiały głosy ekspertów odnośnie do przeprowadzenia takiego pilotażu i to jest wskazane w raporcie, ale mamy też opinie negatywne, które nie widzą korzyści dla systemu z przeprowadzenia takiego pilotażu.

Ja bym nie chciała wartościować tych opinii absolutnie i też przedkładać jakiejś statystyki dotyczącej tego, kto był za, a kto przeciw, dlatego że musimy patrzeć całościowo. Pilotaż rządzi się własnymi prawami. Te zasady zostały określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Pilotaż musi spełnić pewne warunki. Czyli również spełnić taką przystępną efektywność kliniczno-kosztową, ale też pokazać, dla jakich celów powołujemy pilotaż, co ma być spełnione, jakie wskaźniki muszą być spełnione.

I też opinia wydana na bazie pracy agencji i Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywała, że przy obecnie istniejących rozwiązaniach nie ma konieczności przeprowadzania i wydawania

dotatkowych pieniędzy – bo pilotaż nie jest bez kosztowy, to również dodatkowe pieniądze – aby sprawdzić jakieś rozwiązanie. To nie jest nowa technologia medyczna. To nie jest nawet nowe rozwiązanie organizacyjne. To jest porada, która już funkcjonuje w systemie. Dlatego z przyczyn, o których powiedziałam, formalnoprawnych również ustawy o świadczeniach, przeprowadzanie takiego dodatkowego pilotażu, czyli wprowadzenie pilotażu na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia, jest nieefektywne i uznane zostało za niezasadne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Stwierdzam zakończenie rozpatrywania odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 1 w sprawie pilotażu specjalistycznej porady laktacyjnej. Wobec powyższego stawiam wniosek o przyjęcie odpowiedzi na dezyderat nr 1 w sprawie pilotażu specjalistycznej porady laktacyjnej. Słucham pana.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, wydaje mi się, że odpowiedzi były merytoryczne, ale jednak byłoby dobrze, żeby była możliwość chociażby dopytać o te merytoryczne sprawy, czy...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Zawsze można w formie interpelacji. Ja już stwierdziłam zakończenie rozpatrywania...

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

No, ale pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy ktoś z państwa posłów jest przeciwko wnioskowi?

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

O co?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. W takim razie poddaję pod głosowanie wniosek o przyjęcie odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 1. Kto jest za przyjęciem? Dobrze, proszę o zalogowanie się. Czy wszyscy są zalogowani? Można.

Kto jest za przyjęciem powyższego wniosku? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję. Proszę o podanie wyników głosowania.

Głosowało 25 posłów. Za – 15, przeciw – 9, wstrzymał się – 1. Stwierdzam, że Komisja przyjęła odpowiedź na dezyderat nr 1.

Przystępujemy do realizacji drugiego punktu porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Bardzo proszę przedstawiciel Ministerstwo Zdrowia o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję. Minister zdrowia nadzoruje 9 publicznych uczelni medycznych. Są to uczelnie, które mają w nazwie przymiotnik medyczny, na przykład Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi czy Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Uczelnie działają na bazie autonomii zagwarantowanej konstytucją i ustawą – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, co oznacza prawo do samodzielnego działania i podejmowania decyzji w ramach określonych prawem. Autonomia ta obejmuje między innymi samodzielne decydowanie o kierunkach studiów, jednak w przypadku kluczowych zawodów medycznych obowiązują jednolite standardy kształcenia.

Uczelnie medyczne prowadzą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dlatego też kierunki kształcenia prowadzone w tych uczelniach są bezpośrednio związane z tą dziedziną. Zatem uczelnie medyczne kształcą przede wszystkim na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położnictwie, farmacji, analityce medycznej, fizjoterapii i ratownictwie medycznym, ale także na kierunkach dodatkowych, takich jak biotechnologia medyczna czy optometria. Pełen wykaz kierunków studiów przedstawiony został w załączniku do informacji.

Studia prowadzone są w zależności od kierunku jako studia pierwszego, drugiego stopnia lub studia jednolite magisterskie. Ponadto uczelnie medyczne prowadzą kształcenie w szkołach doktorskich, jak również prowadzą kształcenie na studiach podyplomowych.

Odnosząc się do liczby studentów, łącznie w roku akademickim 2024/2025 w uczelniach medycznych nadzorowanych przez ministra zdrowia studiowało ponad 68 tys. osób, z czego większość w trybie stacjonarnym. Największe uczelnie to: Śląski Uniwersytet Medyczny i Warszawski Uniwersytet Medyczny – ponad 10 tys. studentów; Uniwersytet Medyczny w Łodzi – ponad 9 tys. studentów. Szczegółowe informacje dotyczące liczby studentów w poszczególnych uczelniach zostały przedstawione w informacji.

Odnosząc się do kształcenia w kluczowych zawodach medycznych, to jest kształcenia na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położnictwie, analityce medycznej, farmacji, fizjoterapii oraz ratownictwie medycznym, obowiązują jednolite standardy kształcenia określone w rozporządzeniu ministra nauki i szkolnictwa wyższego, wydanym wspólnie z Ministerstwem Zdrowia. Tym samym kształcenie na wyżej wymienionych kierunkach studiów w dowolnej uczelni w kraju musi być prowadzone na podstawie tych samych standardów kształcenia.

Standardy kształcenia dla zawodów medycznych są systematycznie aktualizowane, aby odpowiadały postępowi w medycynie i wymaganiom rynku pracy. Nowe regulacje zwiększają wymiar zajęć praktycznych, rozszerzają katalog efektów uczenia się, w tym komunikacji z pacjentem oraz określają minimalne liczby godzin w poszczególnych grupach zajęć. Wprowadzono także obowiązkowy egzamin OSCE na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położnictwie i ratownictwie medycznym, co ma zapewnić jednolitą weryfikację umiejętności praktycznych. Zmiany obejmują również dostosowanie liczebności grup zajęciowych, wymogi dotyczące infrastruktury dydaktycznej oraz większy udział w warunkach symulowanych.

Ponadto w przypadku pielęgniarstwa i położnictwa wprowadzono profil praktyczny dla studiów pierwszego stopnia. Rozszerzono zakres zajęć o medycynę ratunkową, opiekę paliatywną oraz zmieniono formę egzaminu dyplomowego na OSCE. Podobne zmiany dotyczą kierunku ratownictwo medyczne.

Rozmawiając o kształceniu na kierunkach medycznych należy zwrócić uwagę również na aspekt finansowy. Kształcenie na tych kierunkach jest bardzo kosztochłonne. Uczelnie publiczne kształcąc na studiach stacjonarnych w języku polskim, nie pobierają opłat od studentów, co oznacza, że kształcenie jest finansowane z budżetu państwa. W przypadku 9 uczelni medycznych środki finansowe zapewnia minister zdrowia. Natomiast pozostałe uczelnie kształcące na wyżej wymienionych kierunkach są finansowane z budżetu ministra nauki i szkolnictwa wyższego.

Główne źródło finansowania uczelni to subwencja, czyli środki na utrzymanie i rozwój uczelni. Subwencja w roku 2024 wynosiła łącznie 2,9 mld zł. W 2025 r. 3 mld zł. Na 2026 r. została zaplanowana w wysokości 3,1 mld zł. Zaznaczyć należy, że zwiększanie środków dotyczy zasadniczo podwyżek wynagrodzeń nauczycieli akademickich i pozostałych pracowników uczelni, nie uwzględniają wzrostu innych kosztów działalności.

Poza powyższym uczelnie medyczne otrzymują dotacje na pomoc materialną dla studentów i doktorantów oraz dotacje na świadczenie typu stypendia socjalne. Łączna kwota tych środków to około 73 mln zł rocznie.

Dodatkowo uczelnie korzystają ze wsparcia na finansowanie różnych inwestycji. W ostatnim czasie są to głównie środki z Krajowego Planu Odbudowy, w ramach którego przeznaczono ponad 2,5 mld na modernizację i wyposażenie obiektów dydaktycznych oraz klinicznych, co ma poprawić warunki kształcenia i umożliwić realizację nowych standardów. Uczelnie medyczne otrzymały wsparcie po około 190 mln zł.

Podsumowując, kierunek zmian w kształceniu personelu medycznego w Polsce koncentruje się na zwiększeniu jakości i praktycznego wymiaru studiów, dostosowaniu programów do potrzeb rynku pracy oraz zapewnieniu odpowiedniej infrastruktury dydaktycznej i klinicznej. Wprowadzone rozwiązania mają na celu lepsze przygotowanie absolwentów do wykonywania zawodów medycznych, co w perspektywie przełoży się na poprawę jakości opieki zdrowotnej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję pani minister. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę... Sekundkę, jeszcze pan poseł Bojarski.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Chciałbym zapytać pani minister o dalszy element. To znaczy widzimy, że zarówno w uczelniach publicznych, jak i niepublicznych wzrasta liczba studentów medycyny. W konsekwencji będziemy mieli w latach najbliższych większą liczbę lekarzy kończących te uczelnie. Pytanie jest więc takie, czy my jesteśmy przygotowani. Czy mamy plan w zakresie specjalizacji tych lekarzy? Tu chodzi głównie o bazę specjalizacyjną, czyli oddziały posiadające akredytację, ale także środki finansowe, bo tak naprawdę istotne zmiany w systemie, czyli zniknięcie tych niedoborów w systemie ochrony zdrowia, których oczekujemy, będą mogły nastąpić dopiero w momencie, kiedy będziemy mieli zwiększoną liczbę lekarzy specjalistów w danych dziedzinach. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Ze strony parlamentarzystów to wszystkie pytania i teraz strona społeczna. Bardzo proszę o przedstawienie się i zadania pytania.

Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie Wojciech Załuska:

Nazywam się Wojciech Załuska. Jestem przewodniczącym Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, która obejmuje 15 uczelni z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i te 9 uczelni, o których pani minister mówiła, podlegających Ministerstwu Zdrowia. Bardzo się cieszymy, że podlegamy Ministerstwu Zdrowia, bo to daje nam lepszy kontakt z wszystkimi naszymi aktywnościami w obszarach, za które odpowiadamy. To dotyczy edukacji, nauki, ale też oczywiście działań klinicznych, a więc skierowanych do naszych pacjentów, co jest również podstawą naszego funkcjonowania.

Chciałbym też powiedzieć o tym, że nasze uczelnie właśnie te, które mają obecnie 68 tys. studentów, w ciągu ostatnich 5 lat, od 2019 do 2024 r. zwiększyły liczbę studentów o 4%. To czasami gdzieś ginie w aspekcie powstania 21 dodatkowych placówek, które kształcą również w obszarze medycyny, a my przede wszystkim kładziemy absolutny nacisk na jakość kształcenia. Naszą ideą od kilku lat jest też, co pani minister słusznie podkreślała, koncentracja na pracy zespołowej w zespołach medycznych, a więc wykorzystanie równoważnie wszystkich wykwalifikowanych specjalistów po to, żeby ta efektywność... To między innymi podkreśliliśmy w Światowym Dniu Adherencji, czyli co możemy zrobić po to, żeby w lepszy sposób komunikować się z pacjentami i z innymi instytucjami, które odpowiadają za efektywność leczenia.

Podkreślam, że bardzo zależy nam na jakości edukacji i absolutnie kładziemy na to nacisk. O to będziemy bardzo zabiegać w instytucjach, które odpowiadają za nasze... To też dotyczy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Bardzo prosimy o bardzo wnikliwe i uważne monitorowanie jakości kształcenia w innych niż my instytucjach i uczelniach. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze? Przewodnicząca Gelert.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

W odniesieniu do tego, co pan mówił, myślę, że tamte uczelnie, jeżeli mają możliwość kształcenia, to kształcą równie dobrze i będą kształciły dobrze. Miejmy nadzieję, że tak będzie. Od tego są kontrole, które co jakiś czas jednak sprawdzają i weryfikują czy faktycznie ten poziom jakościowy kształcenia jest odpowiedni.

Natomiast odnośnie do tego, co kolega mówił, czy będzie wystarczająca liczba miejsc do kształcenia podyplomowego, czyli specjalistycznego, to myślę też, że może otworzą się takie możliwości, że jeżeli ministerstwo nie ma pieniędzy, bo tych pieniędzy nie wiadomo skąd nie weźmie na to, żeby płacić za rezydentury, może będzie dużo więcej dawanych „pozarezydentur” i wtedy szpitale, które będą miały potrzeby, będą mogły szkolić właśnie w trybie pozarezydentenckim. Myślę, że jest to jedno z wyjść. Tak więc za tym bym optowała.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Posłanka Skowrońska.

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Pani przewodnicząca, ja mam jedno pytanie. Zakładane były w pewnym okresie niektóre uczelnie i one nie miały akredytacji. Chciałabym zapytać panią minister czy wszystkie uczelnie mają akredytacje. Jeśli tak, będę zadowolona. Jeśli nie, to co z uczelniami, w przypadku których jest potrzeba, żeby wypełniły warunki akredytacji. To był duży problem, emocjonalnie do tego

podchodzono. Nam zależy na jakości kształcenia. I dopisuję się do pytań, jak potem z miejscami specjalizacyjnymi.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję i poproszę o odpowiedzi ministerstwa.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Mariusz Klencki:

Dzień dobry państwu. Pani przewodnicząca, państwo posłowie, szanowni goście, nazywam się Mariusz Klencki. Jestem dyrektorem Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych.

Bardzo dziękuję za to pytanie, które pan poseł Bojarski zadał, dlatego że rzeczywiście nie sztuka wyprodukować po prostu więcej lekarzy, ponieważ nasze dane i analizy wskazują, że w najbliższych latach, a właściwie już w tej chwili, zmagamy się głównie nie z bezwzględny deficytem liczby lekarzy w Polsce, tylko z tym, w których miejscach Polski oni pracują. Zmagamy się więc z nieoptymalnym, jak bym powiedział, rozkładem regionalnym lekarzy i też z trochę nieoptymalnym rozkładem, jeśli chodzi o to, w jakich dziedzinach, w jakich specjalnościach się specjalizują.

Tutaj trzeba powiedzieć, że dotychczas minister zdrowia nie miał w rękach zbyt efektywnych narzędzi, które pozwalałyby prowadzić taką aktywną politykę w zakresie kierowania lekarzy na poszczególne specjalizacje. Takich narzędzi w systemie jest kilka. Podstawowym wydaje się system dziedzin priorytetowych, w których lekarz, który się specjalizuje, ma po prostu trochę wyższe zarobki. Jednak, powiedzmy uczciwie, ten system niezbyt skutecznie działa. To znaczy i tak lekarze wybierają te specjalności, w których spodziewają się większych dochodów, czyli łatwiejszej pracy niż... Tak, w związku z tym to niezbyt działa.

Dlatego oceniamy, że system przyznawania rezydentur troszkę trzeba zmodyfikować. Planujemy to w taki sposób, żeby rzeczywiście to przyznawanie miejsc rezydenckich stało się bardziej skutecznym narzędziem w rękach ministra zdrowia, jeśli chodzi o tę politykę, w jakiej dziedzinie, a po drugie, w jakim miejscu, bo pewnie wszyscy, którzy są w systemie widzą, że mamy skoncentrowane rezydentury w dużych ośrodkach klinicznych. Natomiast w tych szpitalach, które są dalej od metropolii, tych rezydentów po prostu brakuje.

Mamy na to pewien pomysł. To będzie wymagało nowelizacji ustawy, w związku z tym ten pomysł się wtedy zmateriałizuje. Chciałbym jednak powiedzieć, że już w tym postępowaniu kwalifikacji na miejsca specjalizacyjne, jesiennym tak zwanym, które de facto teraz jeszcze trwa, już zastosowaliśmy troszkę inny model podziału tych miejsc rezydenckich, z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, tak najogólniej mówiąc, czyli na podstawie danych, ilu mamy specjalistów w danym województwie. Co więcej, ilu z tych specjalistów w perspektywie trwania szkolenia specjalizacyjnego opuści czy prawdopodobnie z racji wieku przestanie uprawiać zawód. Czyli już stosujemy taką bardziej aktywną politykę, jeśli chodzi o zastępowalność pokoleniową z jednej strony, a z drugiej strony zasypywanie trochę tych nierówności, jeśli chodzi o dostęp w różnych regionach kraju. Myślę, że to się dobrze zbije, ta rzeczywiście rosnąca liczba lekarzy wchodzących i będziemy mogli z tego korzystać.

To, co powiedziała pani poseł Gelert o uwolnienie trybu pozarezydenckiego, my już komunikowaliśmy. Rzeczywiście są takie plany. To, moim zdaniem, zwiększy efektywność. Zdaniem resortu też. Zwiększy efektywność dlatego, że ci pracodawcy, którzy będą zainteresowani pozyskaniem danego specjalisty, będą mogli go sobie sami jakby wybrać, a nie w taki sposób jak to teraz jest, że jest to lekarz, który jest narzucony, któremu trzeba płacić pensję i nie ma żadnej gwarancji, że on po zakończonym szkoleniu zostanie w tym szpitalu, w którym się szkoli. Myślę, że to uwolnienie rozpoczynania szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim powinno ten problem rozwiązać.

Pani poseł Skowrońska pytała, co z tymi uczelniami, które zaczęły kształcenie na kierunku lekarskim, nie mając akredytacji. Większość z nich uzyskała w końcu pozytywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Dwie uczelnie, nie – w Nowym Targu i w Nowym Sączu – i zgodnie z wcześniejszymi deklaracjami resortu te uczelnie nie dostały limitów przyjęć na kolejny rok. W związku z tym one mają studentów tych, których przyjęły 3 lata temu.

Trzeba powiedzieć, że to jest decyzja ministra nauki co ewentualnie dalej z tymi kierunkami, bo w rękach ministra zdrowia leży wyłącznie możliwość przyznania lub nieprzyznania limitu. Z tego co wiemy, minister nauki skierował do tych uczelni ponownie PKA do kolejnej oceny. W związku z tym pewnie będziemy się opierać...

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Jeżeli mogę jeszcze dodać, podobna sytuacja jest, jeśli chodzi o uczelnie kształcące na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, bo też zaczynamy mieć negatywne oceny Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych. Tu jest podobna sytuacja. Natomiast chciałabym też państwu powiedzieć, że szykuje się nam nowelizacja ustawy o szkolnictwie wyższym. Jestem z panią minister Mrówczyńską w stałym kontakcie i będziemy rozmawiali nad pewnymi mechanizmami. Jutro jest pierwsze ze spotkań. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Jeżeli jeszcze można, to chciałabym jeszcze dopytać, kiedy ewentualnie te zmiany zaczęłyby być widoczne, bo odnośnie do tego, co pan przed chwilą powiedział, to faktycznie bardzo ciekawe zmiany już się zapoczątkowały. Jednak na razie, przy tym rozdaniu rezydentur, one nie są widoczne. Tego nie widać. Tak jak pan powiedział, jeżeli osoba ubiegająca się o rezydenturę wysyła do całej Polski, to przecież są takie specjalizacje... Co z tego, że na mapie potrzeb zdrowotnych widać, że w danym województwie czy w danym rejonie brakuje danych specjalistów, na te miejsca specjalizacyjne przyjeżdżają z miejscowości odległych o 200, 300, 500 km, bo mają dobre wyniki i koniec?

Te osoby już na samym starcie, na początku mówią, że one tu pracować nie będą. Po pierwsze, będą czekały, żeby przenieść tę rezydenturę, gdy tylko gdzieś u nich zwolni się miejsce, a ewentualnie, jeśli już docelowo będą musiały, to i tak wszystko będą robiły, żeby robić tę rezydenturę, staże cząstkowe gdzieś bliżej siebie. A dany region zostaje potem bez tych specjalistów. On kształci, owszem, ale zostaje bez tych specjalistów. Co z tego, że ma miejsce specjalizacyjne? Specjalizacja trwa długo. Czasami 3 lata, ale czasami trwa 6 lat. I co? Przez 6 lat zajęte miejsce, a potem ta osoba, wiadomo... Ona na samym początku mówi, że ona tu nie zostanie, bo to nie jest jej życie i jej region. Co zrobić z tymi przypadkami?

Ja zdaję sobie sprawę z tego, że to nie jest takie łatwe i proste i że już od razu można to zrobić, bo przecież przelało się dużo dyskusji wcześniej. To właśnie rezydenci do tego dążyli i stowarzyszenie rezydentów, żeby właśnie taki przydział tych rezydentur był, żeby to oni mogli wybierać z 15 miejsc i to w całej Polsce itd., ale potem zaczynają się właśnie takie kombinacje. Co z tego, że mapy potrzeb wskazują, że tu trzeba? Szpital kształci przez 20 lat i nikt w jego terenie nie zostaje, bo wszyscy idą... Takie specjalizacje, które są chodliwe, typu endokrynologia... Potem właściwie nie można na swoim terenie, dla swojej ludności dać tych specjalistów. Prosiłabym, żeby pomyśleć, w jaki sposób to uelastyczyć. To na pewno jest trudna sprawa, ale... Bardzo proszę, jeszcze poseł Bojarski.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Pani poseł zgłosiła problemy, to ja też o jeszcze jednym powiem. Mamy dość często sytuację taką, że w trakcie specjalizacji kobieta podejmuje decyzje o macierzyństwie i ta specjalizacja nam się blokuje tak naprawdę na kilka lat. Ja mam u siebie na anestezjologii 4 miejsca, z czego 3 mam zablokowane przez taką sytuację. Nie mogę pozyskać nowych rezydentów, żeby mogli się specjalizować.

Praktycznie przez 4–5 lat nie ma możliwości wykształcenia kogokolwiek w ramach tych miejsc, które mam. Może jakaś formuła, panie dyrektorze, panie profesorze, znalezienia, nie wiem, zawieszenia... No nie wiem. Warto pomyśleć, bo w skali kraju takich przypadków jest sporo. Akurat trafia to na kobiety młode, więc trudno się dziwić. Dobrze, że decydują się na macierzyństwo i chcą rodzić, ale – absolutnie nie chciałbym, żeby to zabrzmiało jako pretensje – to jest problem, który... Tak, w medycynie – pan profesor podpowiada – jest dużo więcej kobiet, więc te problemy w wielu miejscach blokują te miejsca specjalizacyjne. Może warto pomyśleć nad tym problemem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Pan dyrektor chciałby odpowiedzieć. Czy tak? Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Jeśli mogę, to odpowiem. Oczywiście my bardzo przychylnie patrzymy na lekarki, które zachodzą w ciążę i nie zwalczamy tego żadną miarą, nawet wspieramy to różnymi rozwiązaniami. Natomiast ten problem jest tak naprawdę do rozwiązania trochę przez urząd wojewódzki, wydział zdrowia, i on jest w wielu miejscach rozwiązywany.

To, co pani poseł Gelert nazwała „na zakładkę”, funkcjonuje oficjalnie, bo nawet od strony technicznej, w tym słynnym SMK mamy takie rozwiązanie, które dopuszcza ujemną liczbę

wolnych miejsc specjalizacyjnych. To jest właśnie pokłosiem takiego elastycznego działania, że jeśli jakiś lekarz w trakcie specjalizacji, czyli ta kobieta, zaszła w ciążę, a potem jest na urlopie macierzyńskim czy wychowawczym nawet, i urząd o tym wie, to może na zakładkę właśnie takim miejscem dysponować. To systemowo jest dozwolone i jest możliwe.

My oczywiście nie możemy przywiązać czy zobowiązać lekarza do pracy i życia w danym miejscu kraju na sztywno. Natomiast obserwujemy z niepokojem, że lekarz, rzeczywiście korzystając z tego nowego systemu naboru na specjalizację, wybiera sobie jakieś miejsce bardzo odległe od miejsca, w którym żyje i zamiast robić tę specjalizację przez te 5, 6 lat w tym miejscu, które sobie wybrał, to natychmiast właściwie ucieka stamtąd. Temu chcemy...

Trochę dziwię się wojewodom, szczerze mówiąc, bo oni muszą na to zezwolić, żeby się tak przenieść. Tak więc wojewoda takiego województwa, w którym jest deficyt kadry, moim zdaniem troszkę pochopnie podejmuje decyzje pozytywne, ale ma do tego prawo. Natomiast rzeczywiście chcielibyśmy trochę ten system uszczelnić. To znaczy, oczywiście znowu nie zrobić niewolnika z tego lekarza, ale jednak to miejsce rezydenckie zachować tam, gdzie zostało przyznane, bo w tej chwili jest tak, że lekarz się przenosi razem z rezydenturą. To właściwie wytrąca skuteczność narzędzia jakiegokolwiek polityki i to jest słaby punkt, który rzeczywiście identyfikujemy i który chcemy uzdrowić.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan profesor prosił o głos.

Przewodniczący KRAUM, rektor UM w Lublinie Wojciech Załuska:

Szanowni państwo, to jest też program mentalny. Ja miałem okazję pracować lata w Niemczech i Stanach Zjednoczonych i tam kandydatów i lekarzy czy przedstawicieli zawodów medycznych kieruje się tam, gdzie jest miejsce, powiedzmy sobie szczerze. My troszeczkę mamy problem z migracją. Wydaje mi się, że o tym też trzeba powiedzieć i też o pracy samorządów lokalnych, wojewodów, odnośnie do takiej organizacji pracy, żeby ludzie naprawdę się przemieszczali.

Poza tym przemieszczanie się z ośrodków rodzimych daje bardzo dobry efekt jakości. W Niemczech, gdy zacząłem pracę na początku lat 90., nie było możliwe, żeby ludzie pochodzący z tego samego oddziału byli szefami tego oddziału. To było zabronione. Takie były przepisy. Była konieczność wymiany kadr, pewnego obrotu i to dawało niezwykłą jakość. My też musimy jakoś pomyśleć o przełamaniu tego programu mentalnego, bo naprawdę czasami warunki pracy w jednostkach mniejszych są bardzo dobre. To trzeba uszanować i wzmocnić te narzędzia, które pozwolą na to, żeby ta nasza młodzież migrowała. Absolutnie z panem dyrektorem się zgadzam. Nie może być przemieszczania się razem z miejscem rezydenckim, bo to tracimy.

Musimy jeszcze pamiętać o konieczności pracy nad specjalizacjami priorytetowymi, bo my zaczynamy tracić specjalistów, którzy tworzyli nam bardzo ważny obszar – specjalistów chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii ogólnej itd. Trzeba troszeczkę pomyśleć o zmianie elitarności niektórych specjalizacji, bo naprawdę w ramach chorób cywilizacyjnych mamy problemy w pewnym obszarze i nie poradzimy sobie z tym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji.

Zamykam posiedzenie Komisji.