

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 137)

z dnia 12 maja 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 137)

12 maja 2026 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Elżbiety Gelert (KO)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat prac w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego personelu medycznego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Katarzyna Kęcka** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Damian Patecki** przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej, **Mariola Głowacka** członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Dobrawa Biadun** dyrektor ds. prawnych i procedur Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Władysław Krajewski** wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, **Jolanta Januszczak** sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Jakub Dąbrowski** koordynator ds. konsultacji systemowych Polskiej Federacji Szpitali, **Dominka Flisek** ekspert ds. zdrowia Polskiej Rady Organizacji Młodzieżowych, **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żolnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Elżbieta Gelert (KO)**:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji, przedstawicieli ministerstwa oraz zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat prac w zakresie systemu kształcenia przed- i podyplomowego personelu medycznego. Informację przedstawi minister zdrowia. Materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile, zamieszczone w folderze na iPadach oraz są także dostępne w formie papierowej, jeżeli komuś jest wygodniej pracować ze słowem drukowanym.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Proszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, panią wiceminister Katarzynę Kęcką, o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Katarzyna Kęcka**:

Szanowni państwo, chciałabym przedstawić państwu zmiany, które, w ramach projektowanych przez nas ustaw, mamy zamiar wprowadzić do kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych.

Jeśli chodzi o zmiany w kształceniu lekarzy i lekarzy dentystów, to podzieliłam je na kilka grup...

Przewodnicząca poseł **Elżbieta Gelert (KO)**:

Bardzo proszę państwa o uwagę, ponieważ pani minister mówi o ważnych rzeczach. Zresztą jak zawsze.

Proszę kontynuować, pani minister.

Podsekretarz stanu w MZ **Katarzyna Kęcka**:

Przede wszystkim chodzi o nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ministerstwo Zdrowia prowadzi pracę nad nowelizacją ustawy motywowaną potrzebą zmiany formuły stażu podyplomowego, Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego oraz wprowadzenia nowych instrumentów, czyli Państwowego Egzaminu Kompetencyjnego i Specjalizacyjnego Egzaminu Weryfikacyjnego. Zmiany mają również objąć rekrutację na specjalizację, zasady doskonalenia zawodowego oraz certyfikację umiejętności lekarskich.

Kolejna rzecz to kształcenie przeddyplomowe i kredyty na studia medyczne. Zidentyfikowaliśmy liczne problemy związane z funkcjonowaniem kredytów na studia medyczne, m.in. brak

elastyczności transz, niewystarczającą ochronę kredytobiorców oraz niskie zainteresowanie banków udzielaniem kredytów. Proponowane wprowadzenie większej transparentności odmów kredytowych, lepsze dostosowanie transz kredytu do realnych kosztów studiów, zmianę zasad oprocentowania, możliwość rezygnacji z części kredytu przy zmianie trybu studiów oraz wzmocnienie kontroli warunków umorzenia kredytów.

Kolejna zmiana dotyczy stażu podyplomowego. Zaproponowano skrócenie stażu podyplomowego do 6 miesięcy, argumentując to tym, iż program stażu w dużej mierze powiela efekty kształcenia osiągane na ostatnim roku studiów, generuje wysokie koszty oraz opóźnia rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego. To rozwiązanie stanowi kompromis pomiędzy postulatami uczelni a stanowiskiem samorządu lekarskiego.

Następna zmiana dotyczy Lekarskiego Egzaminu Kompetencyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego. Proponujemy odejście od jawnych baz pytań – 100% pytań będzie tajnych, polepszenie rzetelności przebiegu egzaminów oraz wprowadzenie odpłatności za kolejne podejścia do LEK i LDEK. Z kolei w przypadku Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego przewidziano przywrócenie obligatoryjnej części ustnej, wzrost wynagrodzeń zespołów egzaminacyjnych oraz wprowadzenie odpłatności za każde podejście do egzaminu.

Jeżeli chodzi o nowe egzaminy, to Państwowy Egzamin Kompetencyjny, czyli PEK, ma weryfikować kompetencje po zakończeniu modułu podstawowego szkolenia specjalizacyjnego i umożliwiać uzyskanie częściowych uprawnień do udzielania świadczeń, natomiast Specjalizacyjny Egzamin Weryfikacyjny, czyli SEW, ma służyć ulepszeniu procesu uznawania specjalizacji uzyskanych poza Unią Europejską poprzez egzaminy wzorowane na PES.

Kolejna kwestia to rekrutacja na specjalizację i rozmieszczenie kadr. Planowane są zmiany mające na celu bardziej równomierne rozmieszczenie lekarzy, w tym kierowanie na specjalizację do regionów o największych deficytach kadrowych, modyfikację zasad przyznawania miejsc rezydenckich i pozarezydenckich oraz wprowadzenie mechanizmów wyrównawczych dla wyników Lekarskiego Egzaminu Kompetencyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Kompetencyjnego zdawanych na starych zasadach.

Jeśli chodzi o zmiany dotyczące pielęgniarek i położnych, to projektowana ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej przewiduje m.in. wprowadzenie Państwowego Egzaminu Weryfikacyjnego dla osób z dyplomami spoza Unii Europejskiej i potwierdzanie kwalifikacji poprzez egzamin organizowany przez Centrum Egzaminów Medycznych.

W obszarze kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego zakłada się uzyskiwanie kwalifikacji zawodowych już po studiach pierwszego stopnia oraz możliwość dalszego kształcenia na studiach drugiego stopnia przy spełnieniu określonych warunków, kompleksowe uregulowanie kształcenia podyplomowego i ustawicznego rozwoju zawodowego. Projektowane są również punkty edukacyjne i akredytacja. Wprowadzony ma zostać obowiązek zdobywania punktów edukacyjnych w pięcioletnich okresach rozliczeniowych, system akredytacji podmiotów prowadzących specjalizację przez CMKP oraz nowa formuła Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Pielęgniarki lub Położnej obejmująca także część praktyczną.

Planowane zmiany dotyczące innych zawodów medycznych polegają na wprowadzeniu nowych i zmianie dotychczasowych standardów kształcenia ratowników medycznych, farmaceutów, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych oraz na wdrożeniu ustawy o niektórych zawodach medycznych, regulującej 15 zawodów, która przewidziała rozbudowany system kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego oparty na punktach edukacyjnych oraz urlopach szkoleniowych.

Ostatnia rzecz, o której chcę powiedzieć, to plany i projekty finansowane ze środków Unii Europejskiej. Ministerstwo Zdrowia realizuje liczne projekty FERS-owe, których celem jest podnoszenie kompetencji zawodowych personelu medycznego, organizacja bezpłatnych kursów doskonalących i kwalifikacyjnych, wsparcie grup szczególnie narażonych na wykluczenie, czyli na przykład dla osób z niepełnosprawnością wzroku, oraz podnoszenie kwalifikacji opiekunów medycznych.

Podsumowując, planujemy istotne zmiany w kształceniu kadr medycznych ukierunkowane na podniesienie jakości, lepszą weryfikację kompetencji, zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych oraz bardziej równomierne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych w skali kraju. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję, pani minister.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Cieszyński, niezawodny pan poseł Cieszyński.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo się cieszę, że pani przewodnicząca z czasem się do mnie przekonuje. Przyjmuję wszystkie komplementy.

Pani minister, jak się rozmawia z młodymi lekarzami, to oni często mówią, że w systemie kształcenia wiele spraw jest... Przepraszam, że użyję tego słowa, ono jest cytatem: wielu młodych lekarzy twierdzi, że system kształcenia jest ustawiony. Chodzi o to, że o tym, kogo i gdzie się kształci, ile jest miejsc na specjalizacjach itd., decydują zależności noszące wręcz znamiona feudalizmu. Polega to na tym, że osoby prowadzące różne ważne kliniki, zajmujące wysokie stanowiska, wykorzystują swoje możliwości, żeby wywierać pozamerytoryczny wpływ na zasady kształcenia.

Czy pani minister przewiduje wprowadzenie jakichś rozwiązań, które miałyby temu przeciwdziałać? Czy pani minister identyfikuje takie zjawiska? Czy ma pani wiedzę o czymś takim, czy też są to po prostu jakieś nieuzasadnione obawy i oceny?

Spójrzmy na przykład na kwestię jawności pytań, o której wspomniała pani minister. Rozumiem oczywiście ideę, która za tym stoi – chodzi o to, żeby po prostu nie dało się nauczyć wszystkiego na pamięć. Z drugiej strony wszyscy, którzy w tym środowisku funkcjonujemy, wiemy, że kiedy pytania były niejawne, to i tak była wąska grupa uprzywilejowanych osób, która te pytania знаła i dzięki temu mogła liczyć, że będzie jej łatwiej zdać egzamin.

Pytanie jest zatem następujące: Pani minister, jaki jest plan na to, żeby system kształcenia faktycznie premiował tych, którzy są lepsi, a nie tych, którzy mają lepsze plecy? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo proszę, pan poseł Bojarski.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Chcę się odnieść do planowanej zmiany zapowiedzianej przez panią minister, która ma dotyczyć kwestii regulowania liczebności miejsc specjalizacyjnych w poszczególnych regionach i de facto umożliwienia w ten sposób wywierania pewnego wpływu na politykę kadrową. W związku z tym mam pytanie: Czy państwo dysponujecie mapą potrzeb kadrowych w rozbiciu na poszczególne specjalizacje z uwzględnieniem czynnika demograficznego, jeśli chodzi o ludność zamieszkującą na danym terenie, jak również z uwzględnieniem czynników demograficznych dotyczących personelu medycznego? Mam tu na myśli m.in. wiek lekarzy.

Zwracam uwagę, że dzisiaj mamy dwa równoległe zjawiska: młodzi lekarze nie chcą już pracować tak dużo, jak pracowali kiedyś starsi lekarze, natomiast ci starsi lekarze, ze względu na uwarunkowania zdrowotne i inne, w którymś momencie zaczną redukować swoją aktywność. Nie mamy zatem co liczyć na to, że niedobór kadry będzie można uzupełniać większą liczbą nadgodzin wypracowywaną przez lekarzy z młodego pokolenia, ponieważ ono jest już zupełnie inne.

Oczywiście całkowicie zgadzam się z pomysłem, że warto tę kwestię regulować w taki sposób, jak widzi to ministerstwo. Przepraszam za kolokwializm, ale widzimy, że są miejsca, w których mamy nadprodukcję lekarzy określonych specjalizacji, oraz są miejsca, w których mamy deficyt określonych specjalizacji. Metoda polegająca na tym, że lekarz wyjeżdża w dane miejsce, żeby zdobyć konkretną specjalizację, ma naturalnie sens, z tym że ona nie gwarantuje, że po zdobyciu specjalizacji taki lekarz nie wróci do miejsca, z którego wyjechał za specjalizacją. Lekarz jest przecież wolnym człowiekiem i po zdobyciu specjalizacji może wrócić do siebie albo pojechać w zupełnie inne miejsce. Jednak mimo wszystko jest to jakaś szansa, że pewne kwestie będzie można w jakiś sposób „doregulować”.

Stąd wzięło się moje pytanie: Czy dysponujecie państwo precyzyjnymi danymi, które pozwoliłyby określić, ilu i jakich specjalistów w danym regionie będzie potrzebnych w konkretnej perspektywie czasowej? W kolejnych latach potrzeby będą się bowiem zmieniały i to też trzeba uwzględniać w planowaniu liczby miejsc na określone specjalizacje.

Podam przykład ze swojego podwórka. Ponieważ mam u siebie oddział chirurgii plastycznej, to na terenie województwa lubelskiego notujemy, znowu przepraszam za kolokwializm, dużą

produkcję specjalistów w tej dziedzinie medycyny, natomiast skądinąd wiemy, że są województwa, w których są albo pojedyncze osoby, albo praktycznie w ogóle nie ma specjalistów chirurgii plastycznej. Chyba kiedyś w świętokrzyskim nie było chirurga plastycznego, być może teraz to się zmieniło, ale nadal są białe plamy na terenie Polski. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję, panie pośle.

Pan poseł Wicher, bardzo proszę.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, pani minister, temat jest oczywiście arcyważny i powinniśmy się nim zajmować przez wiele godzin, a nie tylko krótką chwilę na jednym posiedzeniu Komisji. Temat jest tak bardzo wielowymiarowy, że wręcz nie wiadomo od czego zacząć.

Pierwsza rzecz – kształcenie, jeśli chodzi o to przygotowanie uniwersyteckie. Tutaj są oczywiście różne modele. Państwo teraz w formie kompromisu proponujecie skrócenie stażu do pół roku. Ja bym staż zostawił bez zmian, to jest moje prywatne zdanie, natomiast skróciłbym studia medyczne do 5 lat i bardzo mocno bym je upraktycznił, łącznie z tym, że egzamin lekarski moim zdaniem nie powinien mieć tylko formy teoretycznej, ale również praktyczną, która sprawdziłaby opanowanie określonych kompetencji i umiejętności. Mogłoby to się odbywać poprzez odhaczanie poszczególnych zadań i czynności zgodnie z przygotowaną checklistą. Milion razy bardziej wolę młodego lekarza, który zdał egzamin praktyczny, niż takiego, który nauczył się teorii, bo wykuł na pamięć jakąś książkę. Podsumowując, nacisk na naukę praktycznych umiejętności to jest kierunek, w którym powinny zmierzać nasze reformy.

Kolejna sprawa to specjalizacja. Drodzy państwo, w tym kraju mamy za dużo specjalizacji. W Unii Europejskiej jest ich mniej. W Polsce specjalizacja jest już głęboka, że moim zdaniem powinniśmy wrócić do podwójnego stopnia specjalizacji. Pierwszy stopień specjalizacji można by uzyskać w 12–13 podstawowych dziedzinach: choroby wewnętrzne, pediatria ogólna itd., natomiast dopiero w ramach drugiego stopnia specjalizacji lekarz pogłębiałby swoją wiedzę i poprawiał kompetencję oraz umiejętności zgodnie z zainteresowaniem w ramach bardziej szczegółowych specjalizacji. Tak było kiedyś i to się sprawdzało. Sądzę, że specjalizacja bardziej holistyczna i komplementarna, w szerszej dziedzinie, to powinien być dzisiaj *basic* określający sposób funkcjonowania młodego lekarza specjalisty.

Dla zdobycia specjalizacji kluczowy nie powinien być teoretyczny egzamin specjalizacyjny, tylko bieżący monitoring przebiegu kształcenia oraz bieżące zdobywanie poszczególnych kompetencji i umiejętności, nadzorowane państwowo przez określony system państwowo przy wykorzystaniu chociażby określonych algorytmów i AI. Naprawdę mamy wiele narzędzi, którymi można ten proces skutecznie wspierać i nadzorować. Nie żyjemy przecież za króla Cwiczka, tylko w XXI w. Naprawdę nie jest dzisiaj problemem, żeby „upraktycnić” proces weryfikacji zdobywanych kompetencji i umiejętności.

Pani przewodnicząca, ja wiem, że mam najwyżej 2–3 minuty na wypowiedź i za chwilę pani mnie wezwie *ad rem*, ale jak powiedziałem na początku, to nie jest temat na trzyminutowe wystąpienie. Tak się składa, że ostatnio tymi sprawami zajmuję się nieco głębiej, niedługo pojawi się jakieś szersze opracowanie na ten temat, natomiast teraz chciałbym tylko zauważyć, że musimy w ogóle zmienić sposób myślenia o kształceniu lekarzy. Należy przejść z modelu teoretycznego egzaminowania na model egzaminowania praktycznego. Konieczne jest skrócenie specjalizacji i szybsze wypuszczanie specjalistów na rynek. Uważam, że specjalizacja pierwszego stopnia powinna trwać maksymalnie 3 lata. Specjalizacja drugiego stopnia też nie powinna trwać dłużej niż 3 lata i można by ewentualnie równolegle zdobywać dwie specjalizacje drugiego stopnia. Oczywiście to jest tylko jeden z możliwych modeli kształcenia i można nad tym pomyśleć szerzej dyskutować.

Kierunek zmian zaprezentowany przez panią minister jest według mnie kontynuacją tego, z czym mamy do czynienia obecnie i stanowi po prostu utrwalenie kształcenia według modelu teoretycznego. Bez względu na to, czy jest znana baza pytań, czy nie, nadal stawia się na wiedzę książkową zamiast na opanowanie umiejętności praktycznych. Według mnie nic się tutaj nie zmienia, a państwo tylko trochę utrudniać przygotowanie się do egzaminu. Co z tego, że pytania będą tajne? Cóż więcej tu można wymyślić? Baza pytań jest określona, więc kto wkuje odpowiedzi, nadal będzie umiał tyle samo, ile dotychczas. Różnica jest żadna, drodzy państwo. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pan poseł Piecha, bardzo proszę.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Propozycja przedstawiona przez Ministerstwo Zdrowia jest ciekawa, ale właściwie to wszystko już było. Odkąd jestem w Sejmie, staż specjalizacyjny zawsze stanowił przedmiot dyskusji – czy ma być, czy ma go nie być, czy ma trwać rok, 2 lata, czy może pół roku. Możemy o tym oczywiście dyskutować, bo czasy się zmieniają, ale uważam, że teraz to przede wszystkim środowisko będzie musiało przedstawić własne zdanie na ten temat i musi go albo obronić, albo przynajmniej w jakiś sposób uzasadnić.

Przypominam państwu, że prawo wykonywania zawodu wydaje Naczelna Izba Lekarska, natomiast dawniej stanowiła o tym decyzja administracyjna. W moim przypadku to państwo, a dokładnie wojewoda wydał mi prawo wykonywania zawodu lekarza. Obecnie bez udziału samorządu lekarskiego pewnych rzeczy nie da się zmienić, jeśli napotkają one na opór środowiska.

Druga sprawa to kwestia specjalizacji. Na ten temat zawsze była dyskusja. Proszę państwa, specjalizacji jest bardzo dużo, ale jak to zwykle bywa w takich sytuacjach, my raczej mnożymy specjalizacje, zamiast ograniczać ich liczbę. Tak się składa, że dwoje moich dzieci jest lekarzami i oni twierdzą, że holistyczny ogląd pacjenta gdzieś już znika, odchodzi w niepamięć. Można powiedzieć, że tylko lekarze powyżej 60. roku życia widzieli jeszcze pacjenta jako całość. Moja córka, która jest gastroenterologiem, generalnie widzi tylko jelita z zewnątrz i od wewnątrz, a mój syn, który jest urologiem, widzi tylko, że człowiek składa się z nerek, moczowodów i pęcherza moczowego, a mężczyźni dodatkowo z gruczołu krokowego, czyli prostaty.

Czy jest możliwy powrót holistycznego obrazu pacjenta? Obawiam się, że nie, chyba że podstawową wiedzę w tym zakresie dostarczy nam sztuczna inteligencja. Medycyna wyspecjalizowała się bardzo mocno i po prostu wymaga odpowiednich umiejętności. Z drugiej strony, proszę państwa, zaszły istotne zmiany społeczne. Teraz mamy nie tylko rzecznika praw pacjenta, ale także uslužynych adwokatów i sądy, które potrafią wyegzekwować odszkodowania dla pacjentów. Drobne nieporozumienia czy błędy w sztuce medycznej zawsze się zdarzały, ale dzisiaj błąd w sztuce jest po prostu szansą na zdobycie kasy przez pacjenta. Kiedyś błąd był rzeczą oczywistą.

Druga rzecz, jeśli chodzi o specjalizacje, uważam, że to jest akurat dość rozsądny kierunek – specjalizacje nie muszą być zero-jedynkowe. Może być więc pierwszy stopień specjalizacji, też go zdobywałem, i może być drugi stopień specjalizacji – też go zdobywałem. Była taka zasada – pewnie starsi z nas ją jeszcze pamiętają, zdaje się, że w Komisji jest nas trzech starszych lekarzy – że po pierwszym stopniu specjalizacji, jeżeli komisja egzaminacyjna, wówczas na poziomie wojewody, składająca się z autorytetów medycznych orzekła, że nie dopuści kandydata do drugiego stopnia specjalizacji, to wtedy zostawało się specjalistą pierwszego stopnia. Przynajmniej dobrze to brzmiało, a część pacjentów myślała, że pierwszy stopień specjalizacji jest wyższy niż drugi, więc tacy lekarze zawsze byli szanowani.

Rozumiem, że teraz wprowadza się pewien moduł, który w dzisiejszych czasach pozwala temu lekarzowi zostać dopuszczonym, kolokwialnie mówiąc, do kasy. Dzisiaj lekarz bez specjalizacji nie jest partnerem dla płatnika, jakim jest NFZ. Musi być ktoś, kto ma stopień specjalizacji, jakkolwiek by on nie był wymagany, aby móc przystępować do postępowania w konkursie.

Uważam, że egzamin ustny powinien być przywrócony, zwłaszcza w dzisiejszych czasach. Sposób kontaktowania się z pacjentem, umiejętność objaśniania pewnych kwestii z zakresu myślenia medycznego, wyjaśnienia pewnych sytuacji są niezbędne, jeśli chce się dobrze informować pacjenta. To jest nie tylko wiedza teoretyczna, ale również umiejętności praktyczne. W naszych czasach w przypadku osób robiących specjalizacje zabiegowe istotne były także operacje. Kandydat musiał przeprowadzić samodzielnie operację, patron był wyznaczony przez komisję egzaminacyjną. Bez takiej operacji egzamin specjalizacyjny po prostu nie mógł zostać zaliczony.

Jeszcze dwie najtrudniejsze sprawy. Pierwsza z nich to rezydentura. Rozumiem, że państwo chce się wycofać z dużej liczby rezydentów i dopuścić tych lekarzy, które dzisiaj zresztą też mogą robić specjalizację w trybie pozarezydenckim. Nie wiem, czy w Polsce jest taki lekarz, który robi specjalizację w trybie pozarezydenckim.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Całkiem sporo.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Kto im płaci?

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Szpital.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Czyli szpitale są aż tak bogate, że wypłacają takiemu lekarzowi pełne honorarium?

To była pierwsza sprawa, a druga to rozmieszczenie lekarzy. Moim zdaniem to jest jeden z największych istniejących mitów. Jak świat światem, zawsze będą jakieś białe plamy i trzeba się z tym pogodzić. Tak to po prostu jest. Większe ośrodki ściągają kadrę medyczną, mniejsze niestety nie. Potrzebne są określone ułatwienia, ale to jest już kwestia samorządów. Kiedyś samorząd wkraczał i jak zatrudniał na przykład pana doktora Hoka, to dawał mu mieszkanie.

Posel Marek Tomasz Hok (KO):

Tak było.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Tak właśnie było. Pytanie brzmi: Jak będzie teraz?

Ostatnia sprawa: Czy pula pytań egzaminacyjnych ma być zamknięta, czy otwarta? To jest rzecz do dyskusji. Uważam, że lekarz musi mieć wiedzę teoretyczną. Żeby przeprowadzić diagnostykę różnicową, musi mieć w głowie konkretne informacje, więc taki egzamin ma sens, natomiast czy pytania mają być znane, czy utajnione, to jest już kwestia, którą można zaliczyć do kategorii pytań za 100 punktów. Moim zdaniem, jeżeli ktoś opanuje odpowiedzi na 3000 pytań, to znaczy, że dokładnie poznał dziedzinę, w której zamierza się specjalizować, bo to jest przecież ogromna pula pytań.

Z mojego punktu widzenia pierwsze pytanie powinno być w tej sprawie skierowane do izby lekarskiej, ponieważ to ona nadal sprawuje pieczę nad wykonywaniem zawodu lekarza – nie minister, nie wojewoda ani nie marszałek, tylko właśnie izba lekarska. Jakie jest zatem zdanie środowiska, jeżeli chodzi o propozycje dotyczące stażu, specjalizacji i rezydentury?

Jeszcze sprawa kształcenia ustawicznego. 26 lat zasiadam w tym parlamencie i przez tych 26 lat ta sprawa była poruszana. Wszystko rozbijało się zawsze o kasę, czyli kto ma zapłacić za zdobywanie uprawnień. Stany Zjednoczone rozwiązały ten problem tak, że lekarz musiał w ciągu iluś lat zdobyć ileś punktów, były kursy i za to się płaciło. Ktoś powie, że u nich się zarabiał. Tak, ale dzisiaj u nas też się zarabia i być może warto się nad takim rozwiązaniem zastanowić, ponieważ lekarze są dzisiaj w Polsce jedną z najlepiej zarabiających grup zawodowych. Czy takie staże powinny być płatne? To jest kwestia do rozstrzygnięcia pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i izbą lekarską. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani poseł Mucha, bardzo proszę.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Pani ministro, jak pani widzi, to jest dość rzadka sytuacja na posiedzeniach tej Komisji, że się ze sobą zgadzamy...

Głos z sali:

Nie we wszystkim.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Ale w znacznej części i myślę, że naprawdę warto to wykorzystać.

Mam krótkie pytanie. Cały czas odnoszę wrażenie, że polski system kształcenia lekarzy w ogóle nie bierze pod uwagę *evidence-based medicine*. W ogóle nie bierze pod uwagę tego, żeby nauczyć z niego korzystać i później wykorzystywać go w praktyce. Moim zdaniem to jest bardzo daleko posunięta niedoskonałość naszego systemu, stąd pytanie, co w tym zakresie może i mogłoby się zmienić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pan poseł Hoc, bardzo proszę. Apeluję o wzięcie przykładu z koleżanki, panie pośle.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Mam tylko dwie krótkie kwestie. Pierwsza to pytanie, a druga to luźna sugestia.

Pytanie kieruję do pani minister, ale może ono być skierowane do nas wszystkich, być może jest to nawet pytanie retoryczne. Pani minister, interesuje mnie, jak spróbuje pani odpowiedzieć na pytanie, dlaczego brakuje w Polsce lekarzy. Lekarze już przecież nie wyjeżdżają za granicę, a jest wprost przeciwnie – lekarze z zagranicy przyjeżdżają do Polski. W moje rodzinne strony wracają polscy lekarze z Niemiec, teraz chcą pracować w Polsce. Mało tego, znam szpital w województwie zachodniopomorskim, do którego przyjechał i teraz tam pracuje lekarz ze Stanów Zjednoczonych. Lekarze zatem z zagranicy do nas przyjeżdżają, natomiast już za nią nie wyjeżdżają. To po pierwsze.

Po drugie, szkolimy coraz więcej przyszłych lekarzy. Po trzecie, sprowadzamy do naszego kraju lekarzy spoza krajów Unii Europejskiej. Szanowni państwo, mogłoby się wydawać, że lekarzy powinna być w Polsce bardzo dużo, tymczasem tych lekarzy w Polsce nie ma. Dlaczego?

To było pytanie, a teraz zapowiadana luźna sugestia. Zgadzam się, że przyszli lekarze i specjaliści powinni zdawać egzamin praktyczny. Zgadzam się także, że egzamin powinien mieć także część teoretyczną, ale moim zdaniem egzamin powinien mieć jeszcze trzeci fundament, a mianowicie wymiar aksjologiczny, czyli etyka i deontologia. Człowiek jest najważniejszy, a wydaje mi się, że czasami o tym zapominamy. Pamiętamy o praktyce, pamiętamy o teorii, ale niekiedy zapominamy o tym najważniejszym wymiarze, czyli aksjologicznym, deontologicznym, a więc o wartościach i etyce. Niestety dehumanizacja medycyny postępuje. Coraz mniej jest w niej misji, coraz mniej służby, a coraz więcej kwestii praktycznych i być można nawet teoretycznych. I tylko tyle, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję, panie pośle.

Pani poseł Wicha, bardzo proszę.

Posel Joanna Wicha (Lewica):

Mam pytanie dotyczące nostryfikacji dyplomów. Gdzieś zgubił mi się ten fragment w państwa materiale, ale w każdym razie jest w nim mowa o tym, jak nostryfikowane są dyplomy osób, które przyjeżdżają do nas do pracy z zagranicy, mówię teraz o pielęgniarzach i położnych, ale w projekcie ustawy nie ma nic na temat języka i egzaminu językowego. Pamiętam, że ta kwestia była w projekcie ustawy dotyczącym zakażeń i zastanawiam się, czy nie byłoby warto, żeby znalazło to swoje miejsce również w projekcie rządowym. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję, pani poseł. Ponieważ nie widzę więcej zgłoszeń, teraz udzielę sobie głosu.

Ponieważ pani minister przedstawiła nam bardzo szeroki zakres zmian, nie dotyczy on tylko zawodów lekarskich, tu mamy także pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapię, ratownictwo itd., chciałabym się dowiedzieć, w jakim czasie i w jakiej formie rząd chce przedstawić proponowane zmiany. Czy będzie to ustawa, która zmieni dotychczasowe ustawy? Jeżeli tak, to jakie? Czy może będą to rozporządzenia, o których możemy wiedzieć, ale nie musimy? Pytanie zatem brzmi następująco: Kiedy państwo chcecie wprowadzić te wszystkie zmiany, których będzie naprawdę bardzo dużo, jeżeli faktycznie mają dotyczyć wszystkich zawodów?

Drugie pytanie jest bardziej szczegółowe. Wszyscy chyba dobrze pamiętamy, kiedy nie tak dawno wprowadzono staże dla lekarzy, którzy robią specjalizację w szpitalach powiatowych. W szpitalach pierwszego i drugiego stopnia lekarze powinni odbywać sześciomiesięczne staże. W związku z tym mam pytanie, czy ktoś to bada. Czy my wiemy, jak to wygląda w tej chwili? Czy wszyscy to faktycznie robią? Czy wszyscy odbywają takie staże? Jaki jest efekt wprowadzenia tej regulacji? Docierają do mnie różne opinie na ten temat, a państwo proponujecie m.in. skrócenie stażu do 6 miesięcy. Mogłoby się więc wydawać, że tamto rozwiązanie chyba nie do końca zdało egzamin.

Interesuje mnie, czy macie państwo zamiar kontynuować tamto rozwiązanie. Wydaje mi się, że miała wejść sieć szpitali i to wszystko miało już wyglądać nieco inaczej. Proponujecie państwo różne pomysły umieszczania lekarzy robiących specjalizację, wskazujecie różne możliwości zrobienia specjalizacji, łącznie z pominięciem rezydentury, o czym wspomniał kolega. Takich pozarezydenckich umów jest w całej Polsce bardzo dużo, bo jeżeli szpital chce mieć lekarza,

to ma opcję umowy pozarezydenckiej, nawet jeżeli nie jest aż tak bardzo bogaty. W sumie to lepiej mieć umowę porezydencką niż płacić bardzo duże pieniądze, żeby potem dostać gotowego lekarza, ale to już jest oczywiście kwestia filozofii danego szpitala. Każda placówka decyduje w tej kwestii indywidualnie.

Pani minister wspomniała o wielu ciekawych rozwiązaniach, z których pewnie wiele będzie możliwych do wdrożenia, natomiast chcielibyśmy poznać ich szczegóły. Na razie to jest tak bardzo ogólny zarys, że de facto nie wiemy do końca, jak to ma tak naprawdę wyglądać. Tak jest w przypadku miejsc na specjalizację, jak i właściwie z każdym zagadnieniem, o którym państwo wspomnieliście.

Posłowie skończyli już zadawanie pytań, więc teraz poproszę o zabieranie głosu przedstawicieli strony społecznej. Proszę mówców o przedstawianie się do mikrofonu.

Przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej Damian Patecki:

Nazywam się Damian Patecki, jestem przewodniczącym Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej i członkiem Prezydium NRL.

Mam prośbę do Ministerstwa Zdrowia i do pana Klenckiego, żeby nad każdą z przedstawionych propozycji procedować osobno. Wynika to z faktu, że część z tych propozycji będziemy popierać i one będą miały szansę na przyjęcie przez Sejm oraz uzyskanie podpisu Prezydenta, na przykład likwidacja bazy pytań, w kwestii której jesteśmy jednomyślni. Są jednak i takie propozycje, na które na pewno się nie zgodzimy, jak chociażby skrócenie stażu podyplomowego. Z tego względu, szanując naszą wspólną pracę i mając na względzie ogrom materiału, ponawiam prośbę, którą przedstawiłem na początku, czyli żeby procedować oddzielnie nad poszczególnymi zmianami. Moim zdaniem tak byłoby po prostu najrozsądniej i udałoby nam się przyjąć propozycje dobrych zmian.

Dziękuję za udzielenie głosu i jeszcze raz proszę państwa o współpracę w tej materii.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Proszę, kolejny mówca.

Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Władysław Krajewski:

Dzień dobry państwu, Władysław Krajewski, Porozumienie Rezydentów OZZL i jednocześnie Okręgowy Izba Lekarska w Gdańsku.

Dołączam się do propozycji przedstawionej przez doktora Damiana Pateckiego z Naczelnej Rady Lekarskiej, ale chciałbym także zadać kilka pytań ze względu na ogrom zmian, które mają zostać wprowadzone.

Pierwsze pytanie: Kiedy będzie projekt ustawy? Od wielu miesięcy słyszymy komentarze opisujące to, co dzisiaj państwo posłowie otrzymaliście w materiałach z Ministerstwa Zdrowia. Wielokrotnie spotkaliśmy się z przedstawicielami resortu, ale projektu ustawy nadal nie ma. Następne pytanie proszę więc traktować w kategorii przypuszczeń, ponieważ nie znamy konkretnych zapisów, do których moglibyśmy się odnieść.

Drugie pytanie wynika z zakresu zmian, które mają zostać wprowadzone. Pani minister, jakie będzie vacatio legis w przypadku tej ustawy? Zakres projektowanych zmian jest naprawdę ogromny i dotyczy całego toku kształcenia młodej kadry lekarskiej, tak studiów, jak i spraw związanych ze specjalizacją.

Kolejne pytanie – tu nawiążę do spotkania przedstawicieli resortu zdrowia, środowiska akademickiego oraz Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych – jakie elementy z ostatnich lat studiów klinicznych, szczególnie z szóstego roku, praktycznego, są powtarzane w trakcie stażu, skoro na wspomnianym spotkaniu zarówno rektorzy, jak i przedstawiciele środowiska akademickiego przyznali, że program zajęć wymaga wciąż pewnej korekty, żeby móc potem skutecznie zrealizować staż.

Następne pytanie. Ze względu na to, że planowane są dość rygorystyczne rozwiązania, czyli przypisanie konkretnych osób do konkretnego ośrodka, w którym mają się odbywać specjalizację, jak należy reagować w sytuacjach patologicznych, które mogą mieć miejsce? To nie wynika wprost ani z komentarzy znajdujących się na stronie resortu ani z treści materiałów, które zostały dostarczone na dzisiejsze posiedzenie. Wcześniej państwo proponowaliście zakaz przenoszeń w trakcie specjalizacji. Czy państwo to podtrzymujecie? Czy to oznacza, że lekarz musi zostać w danej jednostce, nawet kiedy panujące tam warunki są patologiczne, bo inaczej po prostu straci swoje miejsce rezydenckie? Chciałbym dopytać o tę kwestię.

Ostatnie pytanie, skróciłem swoją wypowiedź maksymalnie, jak tylko się dało. Pani minister, skoro mają powrócić egzaminy ustne na PES, to wielu lekarzy pewnie łączy się teraz ze mną w pytaniu, jaki mają być zabezpieczenia gwarantujące obiektywną ocenę wiedzy w trakcie takiego egzaminu. Ta kwestia stanowi największą obawę naszego środowiska. Czy resort planuje na przykład nagrywanie tych egzaminów? Czy egzaminowana osoba będzie mogła wystąpić z wnioskiem o nagranie przebiegu egzaminu, kiedy będzie miała jakieś wątpliwości odnośnie obiektywnej oceny? Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Poproszę o zabranie głosu kolejnego mówcę. Przypominam państwu posłom, że o godzinie 18.30 są przewidziane głosowania na sali plenarnej i w związku z tym będziemy musieli się tam udać, ale podobno jest lekkie opóźnienie w realizacji harmonogramu obrad, więc mamy jeszcze chwilę. Bardzo proszę.

Ekspert ds. zdrowia Polskiej Rady Organizacji Młodzieżowych Dominika Flisek:

Dzień dobry, nazywam się Dominika Flisek, reprezentuję Polską Radę Organizacji Młodzieżowych, jestem również studentką kierunku lekarskiego.

Szanowni państwo, chciałabym wrócić do tematu, który już został poruszony, czyli do pomysłu skrócenia stażu podyplomowego do 6 miesięcy. Według danych dostępnych w przestrzeni publicznej 82% studentek i studentów kierunków lekarskich jest przeciwnych jakiegokolwiek ingerencji w długość trwania stażu podyplomowego. Główny argument w tym przypadku to brak wystarczającego przygotowania praktycznego do zawodu, na który wskazuje 98,5% studentów przeciwnych tej zmianie. Z kolei 85% studentów przeciwnych skróceniu stażu stwierdziło, że boją się, iż nie posiadają odpowiedniego przygotowania, żeby zadbać o bezpieczeństwo pacjenta.

Zdajemy sobie sprawę, że wprowadzane zmiany mają na celu większe „uprzątnięcie” kształcenia przyszłych lekarzy, ale z drugiej strony warto spojrzeć na to, że staż niesie ze sobą jednak nieco inne cele niż szósty rok studiów lekarskich czy też inne lata tych studiów. Na studiach uczymy się procedur, zapoznajemy się z procedurami, natomiast w czasie stażu, dzięki temu, że jesteśmy długo na danym oddziale, możemy wielokrotnie wykonywać te procedury i stać się biegłymi w posługiwaniu się nimi. Obecny staż, który trwa 13 miesięcy, zamiast planowanych 6 miesięcy, pozwala nam na wielokrotne powtarzanie procedur z szóstego roku studiów. Dodatkowo możemy w czasie stażu wdrożyć się w pracę danego oddziału, a nie pomijać dane specjalizacje.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Na ten temat już chyba wystarczy. Może pani przejść do następnej kwestii?

Ekspert ds. zdrowia PROM Dominika Flisek:

Dobrze, pani przewodnicząca, jeszcze tylko jeden punkt. Dzięki stażom w dotychczasowym wymiarze wiele osób może się zapoznać ze specjalizacją, którą potencjalnie może wybrać. W tym miejscu stawiam kropkę i chcę zadać pytanie. Czy są jakieś plany, które pozwolą na to, żeby równolegle wdrażać wyższy poziom „uprzątnięcia” kształcenia lekarzy? Na przykład w postaci zmniejszenia liczebności grup klinicznych albo większe możliwości pracy studenta z pacjentem? Wiemy, że jest dużo seminariów, że kładzie się nacisk na warunki symulowane, ale zależy nam przede wszystkim na pracy z pacjentem. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję pani.

Poproszę teraz przedstawicieli ministerstwa, żeby odpowiedzieli na pytania, które padły do tej pory, bo po przerwie w obradach na głosowania może być różnie z frekwencją.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Szanowni państwo, powiem szczerze, iż liczyłam, że będzie trochę więcej pytań „pielęgniarskich”, bo to jest ustawa, która jest potrzebna od lat i wpisuje się w wieloletnią strategię rozwoju pielęgniarstwa. Ta ustawa jest wyczekiwana przez środowisko, od 15 lat nie była zmieniana, a w tym czasie bardzo nam się zmieniło otoczenie.

Biorąc pod uwagę moje doświadczenie zawodowe, moja wypowiedź będzie tylko wstępem, jeśli chodzi o poszczególne zawody, do wypowiedzi towarzyszących mi dzisiaj pana dyrektora i pani dyrektora.

Proszę państwa, w mojej pracy zawodowej dostrzegałam wiele niepokojących zjawisk, ale widziałam też zjawiska bardzo dobre. Ponieważ od 20 lat pracuję na uniwersytecie kształcącym studentów i mam do czynienia z kierunkami lekarskimi, pielęgniarскими, z ratownictwem medycznym, fizjoterapią etc., dobrze wiem, że mamy różnych studentów – pozwolicie państwo, że zacznę od kwestii studiów. Są studenci bardzo zaangażowani w proces dydaktyczny, ale są także studenci mniej zaangażowani w proces dydaktyczny. Patrząc z perspektywy nauczyciela czy dydaktyka, widzę, że zmieniły nam się narzędzia, jeśli chodzi o kształcenie studentów. Mówię tutaj o wszystkich zawodach medycznych. Mamy centra symulacji medycznej, opieramy się na symulatorach wysokiej wierności...

Szkoda, że państwo posłowie nie słuchają.

Kontynuując, opieramy się o pracę z pacjentem standaryzowanym...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo przepraszam, pani przewodnicząca, ale chyba nie ma takiego zwyczaju, żeby ministrowie upominali posłów. Na razie obrady Komisji wciąż prowadzi jej przewodnicząca.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Ja tylko odpowiadam na państwa pytania, szanowni państwo posłowie. Zaczęłam mówić o tym, panie pośle, że pracujemy z pacjentem standaryzowanym w centrach symulacji medycznej. Wiem z własnego doświadczenia, i tak przekazywałam studentom, że kompetencje społeczne są nauczane w relacjach z pacjentem standaryzowanym. To są pacjenci, którzy są celowo zatrudniani, żeby student mógł uczyć się rozmowy z pacjentem. Uczelnie cały czas pracują nad tym, aby proces dydaktyczny obejmował także naukę kompetencji społecznych.

Na temat rozmieszczenia kadry medycznej w trakcie stażu czy w trakcie późniejszej specjalizacji szerzej wypowie się za chwilę pan dyrektor Klencki. Natomiast ja tylko powiem, że tak, widziałam sytuację, w której mieliśmy bardzo dużą liczbę studentów w ramach stażu czy specjalizacji i to także uniemożliwiało właściwe jakościowo nauczanie studenta, ale były też takie miejsca, w których lekarze z prawem wykonywania zawodu bardzo efektywnie wykorzystali fakt zmniejszonej liczebności grupy i praktycznie od początku, od pierwszego dnia pracowali bezpośrednio z pacjentem, ucząc się specjalistycznych umiejętności. To są jakby dwa różne światy, ale chciałabym, żebyście państwo zdawali sobie sprawę z tego, że one istnieją.

Myślę, że na tym zakończę i swoją wypowiedź i oddam teraz głos panu dyrektorowi Klenckiemu.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Proszę bardzo.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Mariusz Klencki:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, pozwolę sobie po kolei udzielić odpowiedzi na zadane pytania, zacznę od pytań państwa posłów.

Pan poseł Cieszyński słusznie zauważył, że pewnym cieniem nad naszym systemem kształcenia lekarzy kładzie się podejrzenie o panujące w nim feudalne relacje i nepotyzm. Niestety nasz system jest niejako trochę pod takim kątem skrojony, co owocuje tym, że jeśli ktoś zdecyduje się na przykład na rezydenturę w dziedzinie, do której nie ma predyspozycji, to w systemie, praktycznie rzecz biorąc, nie ma narzędzi, które pozwoliłyby taką rezydenturę przerwać, dlatego że obawiamy się, iż kierownik specjalizacji mógłby wystawić komuś negatywną opinię tylko dlatego, że chciałby na to miejsce przyjąć dziecka przyjaciela. W tym celu mógłby chcieć się pozbyć dotychczasowego rezydenta. Można powiedzieć, że to jest rodzaj klątwy, który cały czas nad nami wisi.

Nie chcę oczywiście bagatelizować tego problemu, bo on rzeczywiście istnieje, natomiast my mamy ewidentnie kłopot z poradzeniem sobie z nim. W projektowanej nowelizacji przewidujemy pewien krok naprzód, tzn. chcielibyśmy wprowadzić obowiązkową ocenę predyspozycji szkolącego się lekarza do danej dziedziny wystawianą przez kierownika specjalizacji, ale jednak wciąż bez dopuszczenia opcji przerywania szkolenia specjalizacyjnego.

Pan poseł Cieszyński zechciał także stwierdzić, że pytania na egzamin LEK były wcześniej znane jakiejś wąskiej grupie osób. Tak się składa, że przez 10 lat kierowałem Centrum Egzaminów Medycznych i dlatego traktuję to stwierdzenie jako zarzut pod moim adresem. Mogę państwa zapewnić, że za moich rządów w CEM pytania egzaminacyjne nigdy nie wypłynęły i mam na to dowód, którym są statystyki egzaminów. Ponieważ trochę się tym zajmowałem, więc

mogę państwu powiedzieć, że ze statystyk dotyczących wyników egzaminów można naprawdę dużo wyczytać między wierszami. Do tego stopnia dużo, że byliśmy nawet w stanie stwierdzić, kto z kogo ściągał. Tym bardziej potrafilibyśmy wskazać, które pytania wcześniej zostały ujawnione. Zapewniam, że pytania nie wpływały, natomiast twierdzenia, że tak było to tezy powtarzane przez ludzi, którzy mieli kłopoty z przygotowaniem się do egzaminu.

Pan poseł Bojarski pytał, czy mamy jakieś dane, w których miejscach rzeczywiście brakuje kadr lekarskich. Panie pośle, mamy coś takiego. To jest baza analiz wdrożeniowych, która jest dostępna w internecie. Znajdują się w niej dosyć dokładne informacje na temat liczby lekarzy z poszczególnych dziedzin w poszczególnych powiatach. Takie dane mamy, natomiast jeszcze nie osiągnęliśmy takiego poziomu, żebyśmy dysponowali informacjami o różnicach w chorobowości i uwzględniali je w naszych analizach. Najpierw spróbujemy stworzyć mapy dostępu do lekarzy i to będzie na pewno podstawa, chociaż zmiany projektowane w ustawie pozwolą w przyszłości uzupełniać te dane na potrzeby bardziej drobiazgowego planowania. Od razu jednak powiem, że nie w każdej dziedzinie takie drobiazgowo planowanie ma sens. Istnieją bowiem dziedziny wyspospecjalistyczne, takie jak neurochirurgia, to jest mój ulubiony przykładem, i przecież nie będziemy w każdym powiecie w Polsce zapewniać równomiernego dostępu do neurochirurgii, bo to po prostu nie miałoby sensu.

Pan poseł Wicher postawił tezę, że umiejętności praktyczne są o niebo ważniejsze niż teoretyczna wiedza. To jest fałszywa teza, szanowni państwo. Trzeba bowiem wziąć pod uwagę, że kompetentny lekarz musi mieć i wiedzę teoretyczną, i umiejętności praktyczne, a nie jedną albo drugą.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Najmocniej przepraszam, panie dyrektorze, ale zaraz wszyscy posłowie wyjdą z posiedzenia, udając się na głosowania do sali plenarnej. Musimy tam jeszcze dojść. Głosowania potrwać ok. 15 minut plus trzeba doliczyć jeszcze czas na dojście w obie strony. Na pewno do państwa wrócimy, jeżeli zechcecie na nas poczekać. Zarządzam przerwę w posiedzeniu Komisji na głosowania na sali plenarnej.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Wznawiam posiedzenie.

Reszta posłów za chwilę do nas dojdzie. Rozpocznemy od tego miejsca, w którym zatrzymaliśmy się przed przerwą, ale zanim ponownie oddam głos panu dyrektorowi, chciałabym się krótko odnieść, dosłownie w minutę, do tego, co powiedziała pani minister, tzn. że spodziewała się, iż będzie więcej o pielęgniarstwie.

Sądzę, że to jest niezmiernie ciekawy temat, aczkolwiek, przynajmniej na razie, państwo przedstawiliście nam bardzo ograniczoną koncepcję. Przypuszczam, że macie to wszystko opracowane w szczegółach, ale to, co usłyszeliśmy, to jest zbyt mało, żeby móc o tej sprawie teraz dyskutować. Pielęgniarstwo szczególnie, choć nie tylko ono, także ratownictwo medyczne, to zawody, które się bardzo zmieniły. Pielęgniarki są obecnie kształcone na różnych poziomach – od licencjata do magistra – i w zakresie różnych specjalizacji. Wydaje mi się, że chyba dyrektorzy wszystkich szpitali w Polsce czekają z niecierpliwością na uregulowanie spraw pielęgniarstwa, a przede wszystkim na uregulowanie kwestii specjalizacji pielęgniarzek, żebyśmy wreszcie się dowiedzieli, w jaki sposób pielęgniarka może zdobyć specjalizację, jaki egzamin musi zdać oraz jakie uprawnienia da jej zdanie tego egzaminu. Uprawnienia lekarzy są o wiele bardziej czytelne i to od lat. Dokładnie wiadomo, co może robić lekarz bez specjalizacji, a co lekarz ze specjalizacją. Sytuacja pielęgniarzek jest inna.

Proszę państwa, przez Polskę w tej chwili przetaczają się pozwy sądowe dotyczące pielęgniarzek i sytuacja jest często wręcz żenująca, ponieważ jedne pielęgniarzki wytykają drugim, że te coś robią albo kwestionują potrzebę wyższych studiów, skoro i te po studiach, i te bez studiów wykonują te same czynności bądź też spierają się o wysokość wynagrodzenia, bo mimo różnego poziomu wykształcenia wykonują przecież taką samą pracę itd.

Środowisko niecierpliwie oczekuje nowelizacji przepisów dotyczących pielęgniarzek, zwłaszcza osoby zarządzające placówkami służby zdrowia. Bez nowej ustawy tych wszystkich spornych kwestii, o których przed chwilą powiedziałam, po prostu nie da się rozwiązać. Sądy podchodzą do tych sporów najprościej, jak się tylko da i jak im pasuje, a przecież bardzo trudno jest się

pogodzić z tym, że ktoś, kto skończył studia magisterskie i zrobił specjalizację, jest traktowany dokładnie tak samo, jak pracownik, który jest absolwentem szkoły pielęgniarstwa na poziomie medycznego studium zawodowego czy choćby nawet licencjatu.

Najważniejsze są jednak kompetencje, dlatego wszyscy czekamy niecierpliwie na nowe regulacje. Mówi się, że pielęgniarka powinna być partnerem lekarza, powinna wykonywać pewne czynności, pomagać w leczeniu pacjenta, ale tego jakoś wcale nie widać, jeśli chodzi o obowiązujące przepisy.

Kończąc moją wypowiedź, chcę jeszcze tylko dodać, że nie chodzi tylko o pielęgniarki. Niezmiernie istotna jest także kwestia kształcenia fizjoterapeutów. Dlaczego, na przykład, fizjoterapeuci muszą się kształcić za swoje pieniądze? Tylko raz dostali na ten cel pieniądze z Unii Europejskiej i to dla określonej liczby pracowników. W tej chwili, proszę państwa, jeżeli fizjoterapeuta chce zrobić specjalizację, to musi wyłożyć w ciągu 4 lat z własnej kieszeni 45 tys. zł plus oczywiście pokryć wszystkie koszty dodatkowe, natomiast lekarz w trakcie specjalizacji ma wszystko opłacone. Gdzie tu jest sprawiedliwość? Może więc popatrzymy szerzej na sytuację w różnych zawodach medycznych. Sytuacja diagnostów jest podobna do sytuacji fizjoterapeutów, chociaż koszty kształcenia diagnostów są nieco niższe. Jedne zawody medyczne mają właściwie wszystko finansowane, a w przypadku innych państwo nie finansuje praktycznie niczego.

Należałoby się pewnie także zastanowić, dlaczego lekarz musi myśleć aż 13 miesięcy nad wyborem specjalizacji, w której łaskawie będzie się potem realizował? Chyba 6 lat studiów wystarczająco kształtuje zainteresowania człowieka, tym bardziej że młody lekarz to nie jest już nastolatek, tylko osoba w wieku ok. 25 lat, a więc w jakimś stopniu powinna być już ukształtowana. To jest z pewnością także temat do dyskusji. Pewnie spotkamy się jeszcze nie raz, żeby o tych wszystkich sprawach dyskutować.

Przepraszam za pewne zamieszanie, przed przerwą trochę się spieszyliśmy ze względu na głosowanie na sali plenarnej, stąd dyskusja nie była pogłębiona, a jak zauważył jeden z kolegów, należałoby chyba osobno zająć się każdym zawodem medycznym, bo nie da rady wszystkich wrzucić do jednego worka i załatwić wszystkich problemów jedną wielką ustawą dotyczącą zawodów medycznych, tak przecież wewnętrznie zróżnicowanych. Aczkolwiek jeżeli chodzi o szkolenia, to z pewnością pewne regulacje można wprowadzić, na przykład wszędzie taki sam poziom egzaminów.

Troszeczkę mnie zabolęła uwaga pani minister, że tak mało powiedzieliśmy o pielęgniarkach. Moim zdaniem otrzymaliśmy jednak zbyt mało informacji, w którą stronę chcemy pójść i jak chcemy zmieniać system, żebyśmy mogli w tej chwili dyskutować o szczegółach. Zmiana jest jednak na pewno potrzebna. Nie jest tak, jak przed przerwą powiedziała młoda osoba zabierająca głos, że nie powinno się niczego zmieniać. Przed trzema godzinami odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia poświęcone kwestii informatyzacji, e-zdrowia i wprowadzaniu sztucznej inteligencji. Postęp i rozwój w tym zakresie jest gigantyczny, a tutaj słyszymy, że w procesie szkolenia nie trzeba niczego zmieniać, że wszystko należy zostawić tak, jak było – 13 miesięcy stażu i koniec. Praktycznie jeszcze nie rozpoczęliśmy dyskusji, a już słyszę, że niektórzy ją zakończyli – ma być tak, jak było i koniec.

Moim zdaniem temat jest otwarty, ale w tym momencie już się wyłączam i obiecuję, że nie będę dziś więcej zabierała głosu. Dziękuję bardzo.

Zanim przekaze głos przedstawicielom ministerstwa, jeszcze pani poseł Wicha krótko uzupełni swoją wcześniejszą wypowiedź. Bardzo proszę.

Posel Joanna Wicha (Lewica):

Poprosiłam o głos, ponieważ trochę zawstydziła mnie uwaga, że tak mało mówimy dziś o pielęgniarkach. Faktycznie wynikało to z pośpiechu i ciągłego zerkania na zegarek w związku z głosowaniami na sali plenarnej.

Szanowni państwo, przede wszystkim chcę podziękować za to, że akurat dzisiaj zajmujemy się tym tematem. Spójrzcie państwo na moją bluzkę – dzisiaj świętujemy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych. Ja jestem z zawodu pielęgniarką i obchodzę to święto po raz 40. W tym roku upłynie mi 40 lat stażu pracy, pracuję w zawodzie od roku 1986. To po pierwsze.

Po drugie, uwaga odnośnie do zróżnicowanego wykształcenia i wynagradzania pielęgniarek. Nie jest dla nikogo tajemnicą ani nowością, że ten temat w debacie publicznej i sejmowej funkcjonuje co najmniej od 2 lat, jeśli nie dłużej. Myślę, że słowo „współczynniki” podnosi od razu

ciśnienie wszystkim pielęgniarkom, ale dopóki tego nie uregulujemy, to nigdy nie będziemy wszyscy zadowoleni z tego, jak jesteśmy wynagradzani.

Nie zgadzam się z tezą, że pielęgniarka bez ukończonych studiów wyższych nie może zgłaszać pretensji w kwestii swojego wynagrodzenia. Często jest tak, że pielęgniarka nie ma ukończonych studiów wyższych, ponieważ w okresie, kiedy się kształciła, w Polsce był tylko jeden ośrodek kształcący pielęgniarki na poziomie akademickim, i naprawdę nie każdą z nas było stać, żeby na przykład dojeżdżać z Kotliny Kłodzkiej do Lublina, skończyć tam studia i zostać magistrem pielęgniarstwa. Nie każda pielęgniarka miała ku temu też predyspozycje, jak i chęci. W tej chwili dostęp do nauki, szkolenia i wiedzy jest znacznie łatwiejszy i szerszy. To jest oczywiście fantastyczne, natomiast uważam, że nie można pomijać doświadczenia pielęgniarek, na przykład takich jak ja, które skończyły liceum medyczne i całe życie przepracowały w zawodzie. Doświadczenie trzeba doceniać.

Chcę wyraźnie powiedzieć, że jestem zdecydowanie za tym, żeby promować, także w wynagrodzeniach, studiowanie i osiąganie kolejnych stopni specjalizacji, ale moim zdaniem różnica pensji pielęgniarki po liceum medycznym czy po studium zawodowym, a pielęgniarki po studiach nie powinna być tak duża, jak jest obecnie. To jest po prostu zwyczajnie i po ludzku niesprawiedliwe.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Doświadczenie jest honorowane w dodatku stażowym, pani poseł.

Posel Joanna Wicha (Lewica):

Nie, pani przewodnicząca. Mniej więcej 3 tys. zł różnicy w wysokości wynagrodzenia to jest bardzo duża różnica i m.in. stąd biorą się różne animozje w naszej grupie zawodowej. Uważam, że one są po części uzasadnione.

Chciałabym, żebyśmy bardziej dowartościowali doświadczenie, dlatego że 3/4 pielęgniarek pracujących przy łóżkach pacjentów to są właśnie panie, które kończyły licea medyczne, a nie studia. Proporcje jeszcze nam się nie wyrównały ani nie dokonała się następowność pokoleń, jeśli chodzi o zawód pielęgniarki. Wciąż opiekę nad pacjentem opieramy w znacznej mierze na barkach pielęgniarek, które osiągnęły już wiek emerytalny, ale nadal pracują. Czasami chyba nawet nie do końca tego chcą, ale są namawiane przez oddziałowe, żeby zostać i z odpowiedzialności za pacjenta często podejmują taką decyzję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Proszę kończyć, pani poseł.

Posel Joanna Wicha (Lewica):

Już kończę. Chciałabym się jeszcze podzielić refleksją. Po 40 latach w zawodzie pielęgniarki muszę powiedzieć jedną rzecz – jako pielęgniarki i położne naprawdę osiągnęłyśmy bardzo dużo. Przypominam sobie warunki, w jakich pracowały pielęgniarki 40 lat temu, jaki był wtedy szacunek do naszego zawodu i jaki był jego prestiż. W tej chwili zawód pielęgniarki jest na szczycie listy zawodów zaufania publicznego. Ostatnio wprowadzili nas minimalnie lekarze, zupełnie nie wiem dlaczego, ale do tej pory we wszystkich zestawieniach zawsze na pierwszym i drugim miejscu byli strażacy i pielęgniarki.

Chcę także podkreślić, że pielęgniarki wracają do Polski z zagranicy, co świadczy o tym, że warunki ich pracy i płacy w naszym kraju są naprawdę znacznie lepsze, niż były kiedyś. Apelowalabym tylko o równiejszy podział benefitów, bez względu na to, jaką szkołę kończyła pielęgniarka. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję, pani poseł.

Wydaje mi się, że rozpoczęłyśmy swoimi wypowiedziami dyskusję. Widzę kolejne zgłoszenia pań pielęgniarek reprezentujących samorząd i związki zawodowe. Ustalcie panie między sobą kolejność zabierania głosu. Bardzo proszę.

Członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Głowacka:

Witam państwa, Mariola Głowacka, przewodnicząca Komisji Kształcenia w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych.

Bardzo dziękuję za to, że mogę uczestniczyć w dzisiejszym posiedzeniu, ponieważ ono jest bardzo ważne dla naszego środowiska. Mieliśmy rozmawiać o kształceniu, ale dość luźno przeszliśmy do kwestii wynagrodzeń, co wynika z faktu, że obie sprawy są ze sobą ściśle powiązane. Wracając jednak do kwestii kształcenia przed- i podyplomowego, chcę powiedzieć, że rozwój obu form kształcenia jest konieczny i wzajemnie sprzężony. Efekty kształcenia przeddyplomowego stanowią bazę dla kształcenia podyplomowego i znowelizowane standardy różnicowały już kompetencje pielęgniarek z licencjatem i pielęgniarek z tytułem magistra pielęgniarstwa.

Jak pani poseł była uprzejma zauważyć, mamy w systemie pielęgniarstwa z tzw. starego systemu kształcenia i dyrektywa uznaje równość pielęgniarstwa po liceum, po studium pielęgniarstwie i po licencji. To są wprowadzone dwa zupełnie odrębne systemy kształcenia, ale została zachowana równowaga kompetencji.

Jeżeli natomiast chodzi o awans zawodowy w zakresie kompetencji klinicznych w zależności od kwalifikacji zawodowych, czyli licencjat, magister, pielęgniarka ze specjalizacją czy magister pielęgniarstwa ze specjalizacją, to różnicowanie w tym zakresie jest konieczne, ponieważ potwierdza ono w ogóle zasadność kształcenia podyplomowego. Jeżeli staż pracy dawałby takie same kompetencje jak specjalizacje czy jak kursy kwalifikacyjne, to należałoby sobie zadać pytanie, po co nam system kształcenia podyplomowego czy studia magisterskie.

Ja również kończyłam liceum pielęgniarstwa i bardzo się identyfikuję z tą szkołą, ale z całym szacunkiem, pani poseł, uważam, że świat się rozwija, medycyna nie zatrzymała się w miejscu w latach 80. i 90. ubiegłego wieku, tylko dynamicznie poszła do przodu. Dostępne były bezpłatne studia pomostowe i tak naprawdę każda pielęgniarka i położna, która była w systemie, dosłownie w zasięgu ręki, w najbliższej okolicy miała możliwość ukończenia tych studiów. Dlatego uważam, że jest już najwyższy czas, żeby zakończyć dyskusję o tym, czy powinno się różnicować kompetencje pielęgniarek w zależności od posiadanych kwalifikacji, czy nie. Każdy poziom kształcenia powinien być racjonalny i wyposażać absolwenta w określone kwalifikacje, a co za tym idzie w określone kompetencje.

Ja nie jestem politykiem, jestem pielęgniarką i dydaktykiem. Dla mnie, proszę państwa, jest ważne to, czy stać nas jako kraj na marnotrawienie kompetencji pielęgniarstwie. Magister pielęgniarstwa ze specjalizacją ma w tej chwili najwyższe możliwe kwalifikacje i w związku z tym powinien mieć najszersze kompetencje w systemie. Istnieją obszary, w których taka osoba powinna wykonywać czynności zawodowe, do których została przygotowana w ramach systemu kształcenia. Jasno wskazują to standardy kształcenia i to powinno być powiązane z programami specjalizacji. Dlatego trzeba wreszcie podjąć decyzję o różnicowaniu kompetencji w zależności od posiadanych kwalifikacji. Tego również potrzebuje system i my to widzimy. Właściwa organizacja pracy w podmiotach leczniczych, która wykorzystywałaby różnicowane kompetencje, pozwoliłaby po prostu na lepsze wykorzystanie tych osób w systemie opieki zdrowotnej, natomiast my ciągle dyskutujemy o tym, czy osoby bez wykształcenia specjalizacyjnego mogą wykonywać te same czynności, co osoby z wykształceniem specjalizacyjnym.

Szanowni państwo, zostało powiedziane, że system kształcenia lekarzy jest znacznie bardziej uporządkowany niż system kształcenia pielęgniarek. Tak, to prawda, ale lekarzy kształci się od starożytności, natomiast pielęgniarki są przygotowywane do wykonywania zawodu dopiero od połowy XIX w. Myślę, że zrobiliśmy naprawdę dużo, aby uporządkować system kształcenia pielęgniarek. Poza tym zwracam uwagę, że dopiero implementacja unijnych dyrektyw zmieniła system kształcenia pielęgniarek w Polsce. Jeszcze na początku wieku mieliśmy ponad 300 szkół pielęgniarstwa i położnych. W tej chwili zostało to całkowicie zmienione. Mamy uczelnie, które kształcą na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

Nikt nie chce oczywiście degradować absolwentów szkolnictwa średniego, absolutnie nie. Kompetencje pielęgniarek po szkołach średnich są tożsame z kompetencjami uzyskiwanymi po studiach licencjackich. W tej chwili jako Komisja Kształcenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych intensywnie pracujemy nad różnicowaniem kompetencji pielęgniarek po studiach magisterskich i specjalizacji oraz z wykształceniem średnim i po studiach licencjackich. Mam nadzieję, że różnicowanie kompetencji wypracowane wspólnie z resortem zdrowia zostanie zaimplementowane do systemu organizacyjnego, a przede wszystkim znajdzie się w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej.

Na zakończenie powiem jeszcze, że tylko zróżnicowanie kompetencji może być z jednej strony czynnikiem motywującym pielęgniarki do dalszego rozwoju zawodowego, a z drugiej strony tylko w ten sposób można rozwiązać konflikty, z którymi mamy do czynienia w środowisku pielęgniarskim. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Proszę o zabranie głosu kolejnego mówcę.

Sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Jolanta Januszczak:

Jolanta Januszczak, sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Dziękuję za udzielenie głosu.

Szanowni państwo, chciałabym wrócić do kwestii kształcenia i w zasadzie powtórzyć pytanie o poziom znajomości języka polskiego, którym musiałyby się wykazać pielęgniarki zdające Państwowy Egzamin Weryfikujący. To pierwsza rzecz.

Drugie pytanie: Kiedy projekt ustawy zostanie przekazany do zaopiniowania stronie społecznej?

Kolejna kwestia. Mamy problem z uzyskaniem urlopu szkoleniowego, tego do 6 dni, za zgodą pracodawcy. Czy to może zostać uregulowane poprzez zmianę odpowiedniego przepisu? Ostatnie pytanie dotyczy kompetencji pielęgniarskich. Mówimy o ich zróżnicowaniu, wiemy, że pracują zespoły, bo współpracujemy z ministerstwem w zakresie ustanowienia kompetencji. Czy i kiedy po zróżnicowaniu i ustaleniu kompetencji wejdą w życie procedury pielęgniarskie dedykowane tylko pielęgniarkom w rozporządzeniach koszykowych? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję.

Proszę, ostatni mówca i na tym kończymy dyskusję.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintał-Ślimak:

Monika Pintał-Ślimak, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Przed wszystkim bardzo dziękuję pani poseł za przypomnienie, że diagności laboratoryjni przez wiele lat sami finansowali swoje kształcenie specjalizacyjne. Teraz mamy wprowadzić dofinansowanie, ale ono wynosi 700 zł dla jednej specjalizującej się osoby, a to jest naprawdę bardzo mało. Postrzegamy tę sytuację jako niesprawiedliwość względem innych zawodów medycznych.

Poza tym w naszym środowisku występuje jeszcze kolejny problem polegający na tym, że kierownicy specjalizacji nie otrzymują żadnego wynagrodzenia. Wszyscy kierownicy specjalizacji w dziedzinie medycyny laboratoryjnej pełnią swoje funkcje pro publico bono. Jak łatwo zgadnąć, jest problem ze znalezieniem osób, które chciałyby takie zadania wykonywać. W sytuacji, kiedy lekarze otrzymują 500 zł miesięcznie za każdą osobę robiącą specjalizację, sposób, w jaki są traktowani kierownicy specjalizacji w dziedzinie medycyny laboratoryjnej, jest ewidentnie niesprawiedliwy. Dlatego zwracamy na to uwagę.

Po tych uwagach mam bardzo konkretne pytanie do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Szanowni państwo, kiedy zostanie opublikowany program specjalizacyjny z laboratoryjnej genetyki medycznej? Brak zatwierdzonego i opublikowanego programu uniemożliwia jednostkom szkolącym złożenie wniosku o akredytację i to jest w tej chwili bardzo nagły problem. Pytam o tę kwestię, ponieważ docierają do nas niepokojące informacje na ten temat od jednostek szkolących. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję uprzejmie.

Poproszę teraz przedstawicieli resortu o kontynuowanie odpowiedzi na pytania zadane przed przerwą oraz o odniesienie się do kwestii, które zostały poruszone w dyskusji po przerwie.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, zacznę od wyjaśnienia, że moje pytanie o pielęgniarki wynikało z bardzo prostej przyczyny – po prostu mamy dzisiaj Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki, co słusznie zauważyła pani poseł Wicha. Tylko stąd wzięło się moje stwierdzenie dotyczące pielęgniarek. Święto polskich położnych, to już na marginesie, przypada 8 maja.

Przy okazji powiem pani poseł, że ja też skończyłam liceum medyczne. To było wprawdzie dawno temu, ale moja kariera zawodowa pokazuje, że jak ktoś chce, to naprawdę może się rozwijać i zawodowo, i naukowo.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja też skończyłam studia, pani minister.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kęcka:

Bardzo się z tego cieszę, ponieważ dzięki temu aktualizujemy swoją wiedzę.

Szanowni państwo, nie chciałabym jednak, żebyśmy odnosili się tylko do tej kwestii, dlatego poproszę teraz pana dyrektora Klenckiego o zabranie głosu na temat innych poruszonych zagadnień, ale wcześniej powiem jeszcze jedną rzecz. Ponieważ padły pytania o to, kiedy ustawy ujrzą światło dzienne, to chcę poinformować, że plan jest taki, iż ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej do końca tego tygodnia ma trafić do konsultacji społecznych i wtedy wszystkie szczegóły, o które państwo pytaliście, ujrzą światło dzienne. Do piątku projekt tej ustawy zostanie przekazany do konsultacji społecznych.

Natomiast jeśli chodzi o ustawę o zawodzie lekarza, to plan przewiduje, jeżeli wszystko dobrze pójdzie, że zaprezentujemy projekt tej ustawy do końca maja. Taki wstępny harmonogram przyjęliśmy.

Jeszcze raz powtórzę – projekt ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej wyjdzie z resortu do piątku, dlatego jeszcze cały czas operujemy pewnymi ogólnymi stwierdzeniami. W piątek wszystko będzie już jasne. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Dziękuję, pani minister. Szanowni państwo, pozwolę sobie kontynuować moją wypowiedź sprzed przerwy.

Pan poseł Wicher postawił tezę, że w pracy lekarza podstawowe znaczenie mają umiejętności praktyczne, natomiast odpytywanie lekarzy z ich wiedzy teoretycznej nikomu nie jest potrzebne. Tak to trochę zabrzmiało, dlatego chcę wyraźnie podkreślić, że moim zdaniem to jest teza fałszywa. Kompetentny lekarz musi łączyć umiejętności praktyczne z wiedzą teoretyczną. Nie można mieć albo tego, albo tego. W tym przypadku musimy mieć i jedno, i drugie.

Generalnie oczywiście zgadzamy się ze stanowiskiem, że umiejętności praktyczne są kluczowe. Widać to zresztą w coraz większym nacisku kładzionym w trakcie szkolenia na aspekty praktyczne. Przypomnę, że standardy kształcenia na kierunku lekarskim zostały zmienione w kierunku zdecydowanie bardziej praktycznym. Wprowadzono egzamin OSCE, czyli ustrukturyzowany egzamin kliniczny, który sprawdza umiejętności praktyczne w sposób zobiektywizowany. Temu także trochę służy, choć może to nie jest oczywista oczywistość, przywrócenie części ustnej PES jako części obowiązkowej. Ten egzamin, wbrew pozorom, pełni właśnie rolę praktyczną, a w niektórych dziedzinach wręcz bardzo praktyczną, bo na przykład patomorfologzy zdają egzamin ustny przy mikroskopie. Dużo nie mówią, ale przede wszystkim praktycznie oceniają i demonstrują, czy potrafią prowadzić diagnostykę, czy nie. Tak więc absolutnie idziemy w stronę sprawdzania umiejętności praktycznych, ale oczywiście nie robimy tego kosztem wiedzy teoretycznej i to chciałem podkreślić.

Pan poseł Piecha poruszył wiele wątków, ale w jego wypowiedzi najsilniej wybrzmiała chyba obawa, czy tryb pozarezydencki jest żywy i czy w ogóle on czemuś służy. Chcę powiedzieć, że tak, jak najbardziej służy, ponieważ są takie dziedziny, w których można się specjalizować tylko w trybie pozarezydenckim. Na przykład ginekologia onkologiczna nie ma rezydentur, ponieważ tę specjalizację można zrobić dopiero po specjalizacji z ginekologii i ginekologii-położnictwa. Tryb pozarezydencki nie jest więc systemowo jakąś efemerydą, on żyje, a powiem więcej – my chcemy go bardziej ożywić, bo przewidujemy, że pewną pulę miejsc akredytowanych podmioty szkolące będą mogły wykorzystywać wedle własnego uznania, tzn. będą mogły rekrutować osobiście i samodzielnie lekarzy do takiego szkolenia, oczywiście w trybie pozarezydenckim. Pozwoli to podmiotom na prowadzenie aktywniejszej polityki kadrowej, w sensie szkolenia, nie tylko na potrzeby innych, ale też na potrzeby własne.

Przyznam, że pani poseł Mucha trochę mnie zmartwiła pytaniem o brak EBM w edukacji lekarzy. Gdyby tak było, to byłoby strasznie. EBM, jeśli tak można powiedzieć, to już nie jest dziecko, tylko właściwie to już jest historia z brodą. EBM funkcjonuje w naszej rzeczywistości medycznej od dawna. Przyznam się, że w trakcie posiedzenia zapytałem ChatGPT, co on o tym

myśli. Okazało się, że mamy i stosujemy elementy EBM w standardach naszego kształcenia. Proszę państwa, EBM już na tyle wrósł w medycynę kliniczną, że my go nawet nie zauważamy, ale opieramy przecież decyzje na wynikach badań czy też w odpowiedni sposób interpretujemy i publikujemy badania kliniczne. Możemy oczywiście dyskutować, czy wszyscy absolwenci w pełni opanowują wszystkie efekty kształcenia, ale te efekty są opisane.

Powiem więcej, proszę państwa. W Polsce chlubimy się tym, że mamy podręcznik, trochę go teraz zareklamuję, „Interna” Szczeklika i to jest podręcznik EBM. On jest weryfikowany pod tym kątem, a zapewniam, że to jest podstawowy podręcznik, z którego uczą się studenci. Niestety często jedyny. Dlaczego mówię niestety? Bo uważam, że oprócz niego studenci powinni korzystać także z innych podręczników, ale jest, jak jest. To nie jest jedyny podręcznik oparty na EBM, więc powiedziałbym, że naprawdę nie jest tak źle, jak pani poseł sądziła, czyli że my omijamy EBM. On żyje, jest i funkcjonuje. Medycyna kliniczna funkcjonuje z tym EBM.

Pan poseł Hoc zapytał, dlaczego w Polsce brakuje lekarzy. Proszę państwa, to jest bardzo dobrze postawione pytanie, wbrew pozorom. Faktycznie bowiem jest rozdzźwięk pomiędzy tym, co widzimy w statystykach, a odczuciem opinii publicznej, a czasami nawet i dyrektorów szpitali. Jeśli popatrzymy, ilu mamy w tej chwili w Polsce lekarzy i porównamy się z krajami europejskimi, które należą do najlepiej rozwiniętych na świecie, to się okaże, że mamy tyle samo lekarzy, ile wynosi unijna średnia. Wcale nie odstawiamy zatem pod tym względem od innych krajów UE, a przecież z roku na rok tych lekarzy będziemy mieć więcej. Skąd zatem taki rozdzźwięk w tej kwestii? Wydaje mi się, że bierze się on głównie stąd, że pomiędzy decyzjami o zwiększeniu liczby kształconych lekarzy a efektami tych decyzji w postaci wzrostu liczby specjalistów na rynku pracy mija kilkanaście lat. Trzeba więc brać pod uwagę efekt bezwładności. Decyzje, które podejmujemy w danym roku, zadziałają efektywnie w systemie dopiero za 10–15 lat. Podejmując te decyzje, musimy brać pod uwagę horyzont czasowy i obserwować te procesy. Należy pamiętać, że w tej chwili modelujemy rzeczywistość, która czeka nas za 10 lat. Nie powinniśmy więc twierdzić, że brakuje lekarzy i starać się wykształcić ich więcej, bo nie to jest teraz problemem.

Teraz musimy zadbać o to, żeby proces kształcenia nie powodował nasilania różnic w dostępie do lekarzy w poszczególnych regionach kraju. Wiadomo, że uczelnie będą tam, gdzie są. W ostatnich latach doprowadziliśmy do takiej sytuacji, że w każdym województwie mamy przynajmniej jeden kierunek lekarski i to jest bardzo dobrze, konsekwencje takiej sytuacji są pozytywne. Można oczywiście dyskutować, czy w jednym mieście potrzeba pięciu kierunków lekarskich, ale w każdym województwie na pewno potrzebny jest jeden taki kierunek. Tylko że ta sytuacja, proszę państwa, przyniesie owoce dopiero za jakiś czas i ona nie rozwiąże od razu problemów, które narastały od 1945 r. ubiegłego wieku.

Nawet takie nieoczywiste rzeczy jak kształcenie podyplomowe... Proszę państwa, zaryzykuję tezę, że 99% lekarzy w niektórych województwach kształci się w stolicy województwa. W związku z tym nasuwa się pytanie, dlaczego ci lekarze po zakończeniu stażu mieliby sami wybrać sobie jakieś inne miejsce. Podobnie wygląda sytuacja ze szkoleniem specjalizacyjnym. Lekarze sami wybierają sobie ośrodki akademickie, bo tam oczekują łatwiejszego dostępu do najnowocześniejszych technik itd.

Czy jakość kształcenia w tych ośrodkach jest faktycznie lepsza, to o tym można by już dyskutować. Tam, gdzie mamy nagromadzonych zbyt wielu rezydentów, nie mają oni ani zbyt szerokiego dostępu do procedur, ani zbyt dużej odpowiedzialności. O wiele lepiej rezydenci uczą się samodzielności w mniejszych ośrodkach. Dlatego musimy zmodyfikować dotychczasowe kształcenie także i pod tym kątem.

Jeżeli chodzi o deontologię, bo to był drugi wątek, to chciałbym przypomnieć, że Ministerstwo Zdrowia jest również aktywne w tym zakresie. Na jesieni na przykład zorganizowaliśmy u nas, we współpracy z innym podmiotem, konferencję na temat „Humanizacja medycyny”. Sądzę, że ośrodki akademickie i uczelnie medyczne zwracają coraz większą uwagę na tę kwestię. Aspekt kontaktu z pacjentem, umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentem jest coraz bardziej przypomniana i oczywista, dlatego uważam, że to nam z pewnością nie umknie.

Pani poseł Wicha zapytała o egzaminy językowe, ale na razie zostawię ten temat.

Pani poseł Gelert natomiast pytała m.in. o sześciomiesięczny staż w szpitalu powiatowym. My się przeglądaliśmy, jak on działa, i muszę powiedzieć, że niestety działa źle. Myślę, że intencja była taka, żeby zaradzić trochę postępującej centralizacji kształcenia, jednak lekarze unikają tego rozwiązania, jak tylko mogą. Wbrew pozorom tam nie chodzi o szpital powiatowy,

tylko o stopień referencyjny. W Warszawie też mamy takie szpitale, mamy je w każdej stolicy województwa. Prawdę mówiąc, ten mechanizm nie spełnił pokładanych w nim oczekiwań.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

To dlaczego z niego nie zrezygnować?

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Pani przewodnicząca, jak powiedziała pani minister, niebawem, bo w końcu maja, zostanie przekazany do konsultacji publicznych projekt ustawy, w którym będziecie mogli państwo wyczytać, iż odkryliśmy tę prawdę, że lepiej będzie zrezygnować z tego mechanizmu.

Jeżeli natomiast chodzi o dyskusję na temat długości stażu, to oczywiście po ludzku jest całkiem zrozumiałe, że młodzi lekarze, właściwie osoby kończące studia, obawiają się, że zaraz trzeba będzie iść do pracy, przyjąć na siebie odpowiedzialność itd. W ich ocenie staż podyplomowy jest więc miejscem, w którym będą mogły zdobyć trochę więcej pewności siebie. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że w przypadku stażu mamy do czynienia z pewną sprzecznością, ponieważ, proszę państwa, bo albo ktoś pracuje i zarabia, albo wciąż się uczy. My mamy dosyć ciekawy model, w którym ktoś przez 13 miesięcy zarabia całkiem rozsądne pieniądze, jeśli odniesiemy ich wysokość do innych zarobków w skali kraju, ale jednocześnie oficjalnie twierdzimy, że ta osoba tak naprawdę wciąż się uczy i zastanawia, co chce robić w swoim życiu zawodowym. Wydaje mi się, że występuje tu pewien dysonans.

Z punktu widzenia kształcenia praktycznego nie bardzo chyba możemy zgodzić się na koncepcję pięcioletnich studiów medycznych, a zamiast dotychczasowego szóstego roku studenci odbywaliby płatny staż. Sądzę, że musimy pewne sprawy rozdzielić – albo się ktoś uczy, albo pracuje. Oczywiście to nie stoi w sprzeczności z tym, że ktoś będzie odbywał praktyki albo pracował pod nadzorem. Istnieją przecież takie rozwiązania, że po skończeniu studiów ktoś rozpoczyna pracę zawodową i przez jakiś czas nie jest w pełni samodzielny, ale nie ma co ukrywać, że nigdy, bez względu na to, jak bardzo modernizowalibyśmy proces kształcenia na studiach, nie osiągniemy stanu, że po skończeniu szóstego roku będziemy mieli w pełni samodzielnego, doświadczonego lekarza. To jest po prostu niemożliwe.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Może zechciałby się pan jeszcze odnieść, panie dyrektorze, do kwestii poruszonych przez przedstawicieli strony społecznej?

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Ja już się do tego odnoszę, pani przewodnicząca, i prawdę mówiąc, jestem już na końcu swojej wypowiedzi.

Były jeszcze pytania dotyczące egzaminów ustnych, pojawił się zarzut, że one mogą być nieobiektywne. Proszę państwa, od lat mamy już taki mechanizm, że na egzaminie ustnym jest obecny przedstawiciel samorządu lekarskiego. Samorząd z jednej strony stoi na straży jakości wykonywania zawodu, z drugiej strony pilnuje interesów lekarzy. W egzaminie ustnym bierze udział przedstawiciel samorządu, a więc osoba, której zdający powinien ufać i która, jak mniemam, sprzyja egzaminowanemu.

Jeśli ktoś popadnie w konflikt z kierownikiem specjalizacji, a to się przecież zdarza, to może taka sytuację zasygnalizować w Centrum Egzaminów Medycznych i taka osoba zostanie przeniesiona do innej komisji. Mamy więc gotowe narzędzia i nie musimy w tym zakresie nowelizować ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ostatni mówca. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Edyta Gadomska:

Edyta Gadomska, zastępca dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych.

Proszę państwa, ja odniosę się do pytania pani poseł Wichy. Chodziło o kwestię języka polskiego. Podobne pytanie padło także ze strony społecznej, od przedstawicielki związków zawodowych. Jeżeli chodzi o znajomość języka polskiego, to my oczywiście dostrzegamy ten problem i zgodnie z nowymi przepisami projektowanymi w ustawie, którą za chwilę będziemy konsultować, egzamin z języka polskiego będzie mogła przeprowadzić Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, a więc obowiązywać będzie dokładnie taka sama zasada, jak w przypadku innych

zawodów. Myślę, że to będzie duże ułatwienie, ponieważ dzięki temu egzamin będzie bardziej dostępny i wszystkie zainteresowane osoby będą mogły do niego podejść.

Drugie pytanie strony społecznej dotyczyło programu specjalizacji w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. Ten program rzeczywiście jest u nas, ale ja mam pewne wątpliwości dotyczące tego programu, dlatego jeszcze nie przedłożyłam go pani minister do podpisu. Analizujemy go i myślę, że za chwilę prześlemy go do podpisu pani minister.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Mogę jeszcze powiedzieć dwa zdania?

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Proszę.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Chciałbym zaznaczyć, że nieopublikowanie tego nowego programu nie wstrzymuje procesu akredytacji jednostek szkolących. Cały czas mamy aktualnie obowiązujący program i w związku z tym cały czas proces akredytacji może się odbywać. Jedno z drugim nie ma bezpośredniego związku.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Dziękuję przedstawicielom ministerstwa, wszystkim przybyłym gościom, wytrwałym posłom i oczywiście kancelaryjnej obsłudze Komisji. Zamykam posiedzenie.