

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 16)
z dnia 23 kwietnia 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 16)

23 kwietnia 2025 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefa Szczurek–Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– **informację na temat koordynacji opieki nad pacjentami z wielochorobowością.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Ilona Kurnatowska** konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych, **Jarosław Gruszka** główny specjalista w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz ze współpracownikiem, **Jan Duława** prezes Towarzystwa Internistów Polskich, **Łukasz Fijałkowski** ekspert Pracodawców RP, **Monika Kaczmarek** prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, **Janusz Krupa** specjalista medycyny rodzinnej Ośrodka Szkolenia Lekarzy Medycyny Rodzinnej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Hanna Kowalewska** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Agnieszka Pawlak** przewodnicząca Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **Małgorzata Pietrzak** przewodnicząca Naczelnego Sądu Aptekarskiego Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Dorota Ronek II** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Magdalena Władysiuk** wiceprezes HTA Consulting, **Joanna Zabielska–Cieciuch** ekspert Porozumienia Zielonogórskiego Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz **Krzysztof Zdobyłak** ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. transformacji w ochronie zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka–Nowak** oraz **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek–Żelazko (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Rozpoczynamy posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Witam członków podkomisji. Bardzo serdecznie witam zaproszonych gości.

Pozwolicie państwo, że przywitam pana profesora Jana Duławę, prezesa Polskiego Towarzystwa Internistów Polskich. Witamy bardzo serdecznie. Witam panią profesor Ilonę Kurnatowską – witam serdecznie pani profesor – konsultant krajową w dziedzinie chorób wewnętrznych. Witam również pana Janusza Krupę, specjalistę medycyny rodzinnej Ośrodka Szkolenia Lekarzy Medycyny Rodzinnej CMKP. Witam bardzo serdecznie. Jest też z nami przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, pan Maciej Karaszewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa. Witamy też przez panią Monikę Kaczmarek – witam serdecznie – prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Jest z nami również pani Hanna Kowalewska, wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów. Witamy bardzo serdecznie. Przepraszam, pani Agnieszka Pawlak, zastępca kierownika Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA. Witam, pani profesor, bardzo serdecznie. Pani Dorota Ronek, wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Jest oczywiście stały uczestnik, pan Krzysztof Zdobyłak, członek zespołu roboczego ds. transformacji w ochronie zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej. Witam wszystkich bardzo serdecznie. Jeszcze pani Joanna Zabielska–Cieciuch – przepraszam, witam serdecznie – Porozumienie Zielonogórskie. Bardzo serdecznie państwa witam.

Szanowni państwo, zarówno państwo posłowie, jak i goście otrzymali projekt dzisiejszego porządku obrad, który przewiduje rozpatrzenie informacji na temat koordynacji opieki nad pacjentami z wielochorobowością. Czy państwo posłowie mają uwagi do porządku obrad? Nie słyszę uwag. W takim razie przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję również państwa posłów, że materiały zostały wysłane do państwa na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. W takim

razie przejdziemy do informacji, którą przedstawi nam przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, pan dyrektor. Bardzo proszę o przedstawienie tej informacji. Później otworzymy dyskusję. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dzień dobry państwu. Witam serdecznie. Dziękuję serdecznie, pani przewodnicząca. Dla przypomnienia chciałbym powiedzieć, że ta nasza informacja była przekazana na poprzednie posiedzenie, kiedy rozmawialiśmy o nefrologii i opiece nefrologicznej. Została ona po prostu uzupełniona o dodatkowe informacje dotyczące rozwiązań, które zostały przyjęte w 2023 r., a dotyczą one dodatku za wielochorobowość dla lekarzy POZ-u, budżetu diagnostycznego i realizacji w 2024 r. – czyli to jest zakres badań, który został dodany dla lekarzy POZ-u, finansowany *fee for service*, są to badania, które są poza stawką kapitatcyjną – jak również, jaki był budżet opieki koordynowanej. Tutaj mamy dodatkowe tabelki.

Przy okazji, w tej części drugiej naszego materiału, który dotyczył... Tak, to było przesłane. To już szybciotko powiem. Tu są akurat sami eksperci, więc nie będę mówił, jaka jest definicja WHO-ska – to jest oczywiście dwie lub więcej chorób. Dobrze. Ja myślałem, że pani też jest medycznego wykształcenia.

W takim razie pozwolę sobie odczytać, jak jest zdefiniowana wielochorobowość. Jest to współistnienie dwóch lub więcej przewlekłych problemów medycznych. W Polsce wielochorobowość dotyczy około 71% osób w wieku 50–59, ponad 88% pacjentów w wieku 65–70 i 94% pacjentów wieku 80+. Jak z tego wynika, największym czynnikiem ryzyka jest wiek starszy – 95% pacjentów z wielochorobowością to osoby w wieku 65+ – płeć żeńska, ale to też dlatego, że kobiety dłużej żyją, więc generalnie częściej spełniają ten czynnik ryzyka w postaci wieku, niższy status socjoekonomiczny, niski poziom wykształcenia, bezrobocie, zamieszkiwanie w środowiskach miejskich, traumatyczne zdarzenia życiowe, słabo rozwinięta sieć wsparcia społecznego. Wiemy, że osoby, które mają blisko swoją rodzinę albo grono przyjaciół, lepiej przechodzą wiek starszy. Ponadto schorzenia psychiczne, nikotynizm, otyłość, nadwaga i niski poziom aktywności ruchowej.

Od lipca 2023 r. poradnie POZ otrzymują specjalny dodatek za wielochorobowość. Stawka jest wzrastająca. Zależy, ile jest chorób współistniejących, oprócz choroby podstawowej. Ta stawka miesięcznie wynosi od 18 do 45 zł. I to jest finansowanie niezależne od stawki kapitatcyjnej czy też innych usług realizowanych i finansowanych *fee for service* na rzecz tych pacjentów, przede wszystkim w opiece koordynowanej, porad kompleksowych. To jest niezależny dodatek. Warunkiem tego dodatku jest to, że pacjenci z daną jednostką chorobową nie leczą się w AOS-ie. Oczywiście, jeżeli ktoś nie ma opieki koordynowanej, mogą być konsultowani i potem oddawani są do POZ. Powinni być oddani, jeżeli ten problem zdrowotny jest możliwy do prowadzenia w POZ do lekarza rodzinnego. Jeżeli ten lekarz rodzinny przez rok tego pacjenta prowadzi, ten dodatek za wielochorobowość jest doliczany.

Ten dodatek jest doliczany za każdą grupę chorobową z zakresu diabetologii, kardiologii, endokrynologii, pulmonologii i nefrologii, czyli w tych pięciu grupach, które również są w opiece koordynowanej. Na dole, w tym materiale, który przekazałem, mamy rozpisane dokładne stawki.

Dodatkowo zostały zmienione wyceny części badań i porad w zeszłym roku. One dotyczą spirometrii, konsultacji pacjenta z lekarzem specjalistą, konsultacji dietetycznych, porad kompleksowej i edukacyjnej.

W informacji mamy, że teraz stawki kapitatcyjne, na podstawie rekomendacji z 1 lipca, zostały podniesione i wynoszą odpowiednio – to jest podstawka bazowa – 204 zł rocznie. Oczywiście do każdego tego rocznika ta podstawowa bazowa stawka dotyczy osób w wieku między 20 a 40 lat. W kolejnych grupach wiekowych, ponieważ ci pacjenci, tak jak na początku powiedziałem, mają większe ryzyko zachorowania, te stawki są „mnożnikowane”.

Jeżeli chodzi o kwoty, które zostały wydane w związku ze współczynnikiem za wielochorobowość, czyli z tymi pacjentami, którymi POZ opiekuje się na co dzień i nie wysyła ich do AOS-u – jest ponad 6 tys. podmiotów, które mamy w Polsce, oczywiście miejsc udzielania świadczeń, jest około 10 tys., natomiast podmiotów leczniczych jest 6 tys. – to w 2024 r. NFZ wypłacił 1,6 mld zł. Jeżeli chodzi o to, co mówiłem na początku, budżet diagnostyczny powierzony, w którym są badania laboratoryjne, NFZ sfinansował na ponad 100 mln zł, a jeżeli chodzi o dane dotyczące wydatków NFZ na opiekę koordynowaną, to ona wyniosła w 2024 r. 532 mln zł.

Jeszcze raz króciutko powiem, na czym polega opieka koordynowana i ten współczynnik za wielochorobowość. Tak jak mówiłem, współczynniki za wielochorobowość dotyczy wszystkich podmiotów POZ, niezależnie czy realizują opiekę koordynowaną czy nie. Natomiast warunkiem jest to, że pacjent zostaje z tą swoją chorobą w POZ i lekarz rodzinny nim się opiekuje. Nie wystawia skierowań do specjalisty, nie leczy skierowaniami tylko leczy swoją wiedzą i swoimi kompetencjami i prowadzi tego pacjenta jako jego lekarz rodzinny.

Natomiast niecałe 60% podmiotów weszło teraz w opiekę koordynowaną. Ta opieka koordynowana to jest możliwość konsultacji z lekarzami specjalistami w pięciu dziedzinach: kardiologii, nefrologii, endokrynologii, pulmonologii i diabetologii. Do tego każdy pacjent raz do roku ma realizowaną poradę kompleksową, gdzie układany jest dla niego indywidualny roczny plan opieki medycznej, w którym zawierają się różne interwencje prozdrowotne, takie jak porady edukacyjne, porady dietetyczne, ale także cały plan zgłaszania się do lekarza POZ i również plan dotyczący badań laboratoryjnych lub obrazowych oraz ewentualnie konsultacji ze specjalistami.

To tak króciutko, bo to jest taki program, który trwa ponad 2 lata, więc myślę, że nie będę zabierał tymi opowiadaniem czasu. Natomiast chętnie posłucham dyskusji i odpowiem na pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, zaraz rozpoczniemy dyskusję. Właśnie na tej części najbardziej nam, posłom, zależy, ponieważ z wielu środowisk płynęły do nas sygnały, że na poziomie Sejmu, podkomisji należy zająć się kwestią wielochorobowości. Jest to ważny problem. Zresztą już z tych statystyk, które przygotował przedstawiciel ministerstwa, wynika, że temat dotyczy bardzo dużej grupy naszego społeczeństwa – ponad 70% w wieku do 60 lat i ponad 80% już tych pacjentów starszych. Jest to więc ogromny problem, a zarazem wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Pan dyrektor przedstawił nam z góry, jak powinna wyglądać ta opieka, jak wygląda finansowanie, natomiast my pozwoliliśmy sobie zaprosić państwa specjalistów, bo dla nas państwa uwagi będą szczególnie cenne. Chcielibyśmy dowiedzieć się, w jaki sposób państwo widziecie ten system, jakie są problemy, nad którymi należałoby się pochylić i spróbować znaleźć inne rozwiązanie, no i oczywiście jakieś postulaty, które wymagają pochylenia się czy też rozpatrzenia lub przekierowania do Ministerstwa Zdrowia a może do ministerstwa rodziny, bo wielochorobowość, szczególnie w wieku senioralnym, to jest styk opieki medycznej i opieki społecznej. Dlatego bardzo dziękuję państwu, że państwo przyjechali na to spotkanie. Dla nas to będą cenne uwagi.

W takim razie rozpoczniemy od państwa gości. Czy ktoś z państwa? Widzę, że pan Zdobyłak zgłasza się pierwszy. To pozwolę sobie oddać głos panu Zdobyłakowi, a potem bardzo państwa proszę o własne spostrzeżenia, komentarze i uwagi do całości opieki nad pacjentami z wielochorobowością.

Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia. Chciałbym zadać kilka pytań, ponieważ to, co pan dyrektor tutaj przedstawił, to jest oczywiście jakiś mechanizm płacenia za wielochorobowość, ale niestety można troszkę odnieść wrażenie, że płacimy za to i już nie mamy problemu. Chciałbym więc zapytać, jakie są ogólnie systemowe działania i rozwiązania, żeby tymi pacjentami z wielochorobowością dobrze się zaopiekować. Jak zdefiniowane zostały cele dla zarządzania tymi wielochorobowościami i osiągnięcia dobrego stanu zdrowia tych pacjentów? Jak mierzymy sukces tych działań? To znaczy, co dla tych pacjentów by się zmieniło, gdyby na te dodatki za wielochorobowość i opiekę koordynowaną wydawać 2 razy więcej albo 2 razy mniej, bo tego zupełnie mi zabrakło. To znaczy, dobrze, że wydajemy łącznie ponad 2 mld zł na te działania, ale jakie efekty są, a jakie być powinny. To jest kolejne pytanie, jakie wyniki realnie osiągamy.

Rozumiem, że praktycznie wszystkie placówki POZ otrzymały dodatki za wielochorobowość. Co to oznacza dla tych pacjentów? Jak poprawił się stan ich zdrowia? Jak poprawiła się opieka nad nimi?

I ostatnie troszkę pytanie i uwaga techniczna. Chciałbym zapytać, ile tak właściwie wynoszą stawki kapitałowe, ponieważ niestety te wartości, które widzimy w dokumencie, nie są aktualne. Rozumiem, że to jest pierwsza odpowiedź, którą podpowiada Google, gdy się zapytać, ale one już uległy zmianie i to chyba niestety nie jest pierwszy raz, gdy w dokumentach z ministerstwa

przekazywanych na różne posiedzenia komisji są informacje nieaktualne albo niedokładne. Zaproponowałbym więc zwrócić większą uwagę na to w przyszłości. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Trochę nas pan zaintrygował tą wypowiedzią. Panie dyrektorze, ja bym poprosiła o skomentowanie tych danych, bo jeżeli rzeczywiście jest tak, że państwo nam przedstawiają dane nieaktualne, to myślę, że to jest daleko nie w porządku. Bardzo więc proszę o informację szczegółową, jak to wygląda, no i oczywiście odniesienie się, może za chwilę, bo pan będzie zapewne potrzebował trochę czasu, żeby to zweryfikować. To w takim razie, czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w tej chwili. Bardzo proszę.

Prezes Towarzystwa Internistów Polskich Jan Duława:

To ja pozwolę sobie. Moje nazwisko Duława. Jestem reprezentantem Towarzystwa Internistów Polskich. Lekarzem jestem dopiero 46 lat, więc nie mam dużego doświadczenia. Jestem pierwszy raz tutaj, w tym budynku, w jakimkolwiek budynku sejmowym i o stawkach kapitaacyjnych w ogóle nie mam pojęcia. Tak więc nie wiem, co jest w Google, a co nie jest w Google i nie interesowałem się tym. Natomiast jako – nie wiem, jak to nazwać – „hospitalista”, dlatego że reprezentuję tutaj internistów, którzy głównie pracują na oddziałach chorób wewnętrznych, a pani przewodnicząca zachęcała do zadawania pytań, mam podobne pytanie jak mój przedmówca.

Chciałbym zapytać, niezależnie od tego, jakie są rezultaty tych działań, jak wygląda sprawa łączności czy współpracy między POZ-em, bo tutaj się dowiedzieliśmy – nie wiem, czy ja to dobrze zrozumiałem – że lekarz POZ dostaje te pieniądze, jeżeli przez rok nie kieruje chorego do AOS-u. Czy ja to dobrze zrozumiałem, czy źle? Przez rok. Tak? Zajmuje się przez rok. A ile razy może lub kieruje na oddział szpitalny? Z doświadczenia mojego i moich kolegów wynika, że często albo coraz częściej sytuacja wygląda w ten sposób, że nie tylko lekarze POZ, ale i AOS w razie jakichkolwiek trudności – jakichkolwiek – wysyłają chorego na oddział szpitalny. I nawet nie na konkretny oddział, bo wtedy, gdyby na konkretny oddział miał wysłać, to musiałby skierowanie wypisać. Ale mówi – proszę pana, proszę pani, proszę iść na SOR, no i w tej chwili SOR-y stały się nieszczęściem szpitali.

Może gdzieś jest inaczej, ale ze znanych mi miejsc, to gdziekolwiek i z kimkolwiek rozmawiam, w jakim jakimkolwiek mieście w Polsce czy miejscu w Polsce, to SOR jest nieszczęściem, bo to po prostu zatyka zupełnie ten oddział. Oczywiście tam 80% osób jest skierowanych lub przychodzą sami zupełnie niepotrzebnie, czy niepotrzebnie – słowo „zupełnie” skreślam. Niepotrzebnie albo mało potrzebnie. Tutaj jest problem po prostu. I nie wiem, jak odpowiedzieć na pytanie, jaka musiałaby być składka kapitacyjna, żeby takiego zjawiska nie było. Obawiam się, że nie ma takiej kwoty, która by spowodowała poprawę sytuacji na SOR-ze. Tu musi być jakieś inne rozwiązanie. To taka uwaga.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Panie profesorze, mam też taką prośbę. Ja oczywiście zachęcam do zadawania pytań panu dyrektorowi, ale też – co powiedziałam na początku – my jesteśmy ciekawi, jak państwo... Ciekawi, to może złe słowo. Chcielibyśmy usłyszeć, jakie problemy, według państwa, dotyczą akurat tych obszarów, w których państwo pracujecie. Pan profesor powiedział, że jest „hospitalistą”. Tak pan to nazwał. Czyli, jakie według państwa, z punktu widzenia lekarzy opieki medycznej prowadzonej w oddziałach szpitalnych, są w tej chwili najistotniejsze problemy, że ci pacjenci za często trafiają do państwa. Czy są zaniedbani, czy...? W tym kontekście.

Prezes TIP Jan Duława:

To na tak sformułowane pytanie pozwolę sobie odpowiedzieć w sposób obrazowy. Jeżeli pytanie do mnie brzmi, jaki jest twój problem jako internisty, jako przedstawiciela oddziałów chorób wewnętrznych, odpowiadam w sposób następujący. Mam nadzieję, że nikt się na mnie nie obrazi.

Otóż, jeżeli sobie wyobrazimy system ochrony zdrowia jako taką taśmę – na budowach są takie taśmy transportujące. Kiedy przychodzi pacjent do SOR albo do lekarza POZ-u, gdziekolwiek przychodzi, jest na tę taśmę transportową kładziony i ten lekarz POZ-u sprawę załatwia i już go zdejmują z tej taśmy. Jednak tak się zdarza, albo często zdarza się tak, że chory jest właśnie z wielochorobowością, jest bardzo skomplikowany.

Tutaj mówimy o wielochorobowości, ale proszę wziąć pod uwagę, że chory nie przychodzi do lekarza z chorobą. On przychodzi z dolegliwościami, a prawie każda dolegliwość ma to do siebie,

że nie wiadomo, dlaczego jakiś odsetek chorych to ma. Jeśli ktoś kaszle, to w 90 procentach wiemy, dlaczego kaszle, a w 10 – strzelam, w tej chwili mówię z pamięci, jak Churchill niemal – może mieć każde inne...

Tak więc on jest kładziony na tę taśmę transportującą i podchodzą do niego poszczególni specjaliści. Różni – kardiolog, nefrolog, gastrolog, neurolog. I mówią tak – ja tutaj coś mam do zrobienia. Dokręca śrubkę albo nie dokręca i albo go ściąga z tej taśmy i już bierze go do siebie jak on ma konkretną jakąś chorobę albo załatwia swoją sprawę, a chory dalej cierpi. To go z powrotem kładzie na tę taśmę i on sobie tam dalej leży. Podchodzi kolejny specjalista, znowu coś dokręca, odkręca i albo go ściąga, albo znowu kładzie na tę taśmę, bo on dalej cierpi. No i ta taśma kiedyś się kończy i ten chory spada. Nie chcę mówić, że spada na śmietnik, ale spada na jakąś kupę i ta kupa to jest właśnie internista, że tak powiem, to jest oddział chorób wewnętrznych.

On trafia na ten oddział chorób wewnętrznych do internisty na tym oddziale chorób wewnętrznych. Po kolei wszyscy specjaliści tym chorym się zajmowali i, jak powiedziałem, w wielu przypadkach jest sytuacja taka, że nie wiadomo, dlaczego on ma taką dolegliwość – albo cierpi na bezsenność, albo go głowa boli, albo jeszcze coś innego. Żaden specjalista tego nie rozwiązał i teraz ma to rozwiązać ten internista, który jest najczęściej takim ogólnym „hospitalistą” – tak to nazwijmy. Najczęściej ten internista ma jeszcze jakąś podspecjalizację czy nadspecjalizację, ale znowu sprawa jest odwracana, że tak powiem.

Mało tego, zdarza się, i to często, jeżeli mam mówić, jaki jest mój czy nasz problem, że na przykład chirurg czy kardiochirurg – sam jestem przykładem działalności kardiochirurga, za którą to działalność jestem mu niezwykle wdzięczny, bo życie mi uratował – zrobi swoje, a potem mówi, wie pan, ja już swoje zrobiłem, a teraz wszystko zależy od tego internisty, który pana albo dopieści, albo nie dopieści. No nie da się tego zrobić po prostu. Czasami coś tam da się zrobić, ale nie zawsze. Jeżeli więc pani przewodnicząca zachęciła mnie do przedstawiania jakichś problemów, nie wiem, jak to nazwać, męczących, dręczących – tak, od lat, 46 – to właśnie je przedstawiłem.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję za to obrazowe przedstawienie problemu. Bardzo proszę.

Konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych Iłona Kurnatowska:

Serdecznie dziękuję, pani przewodnicząca, szanowni państwo, za zaproszenie. Od lipca ubiegłego roku jestem konsultantem do spraw chorób wewnętrznych. Spadło to na mnie, szczerze mówiąc, jego odium, bo to jest bardzo trudne zadanie.

Na kanwie tej dyskusji, którą tutaj państwo prowadzą, którą sobie wynotowałam, to po pierwsze, rozumiem, że przede wszystkim rozmawiamy w tej chwili o opiece koordynowanej w ramach POZ-u, natomiast nic nie mówimy o wielochorobowości pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych. Oddziały chorób wewnętrznych w tej chwili są bardzo deficytowe. Większość chorych – powyżej 85% pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych – to są osoby w wieku senioralnym, powyżej 65 r.ż. Tak naprawdę poniżej 15% to są pacjenci młodszy, poniżej 65 r.ż. Większość tych chorych naprawdę jest z wielochorobowością. Wiemy, że cukrzyca jest w obecnie właściwie pandemią.

W oddziałach chorób wewnętrznych jest dramat, jeżeli chodzi o izolację chorych, ponieważ prawie każdy chory z wielochorobowością ma jeszcze wielozakaźniowość i to często patogenami wielolekoopornymi. Ci pacjenci wymagają często oddzielnych sali. Rośnie ogromnie koszt hospitalizacji, ponieważ właściwie każdy chory przyjmowany w tej chwili do oddziałów chorób wewnętrznych musi mieć zewsząd pobrane wymazy, ponieważ, jeżeli dojdzie do izolacji jakiegoś patogenu, a pacjent udowodni, że nie miał wymazu i nie przyszedł z taką bakterią, to później szpitale są obarczane ogromnymi kosztami.

Brakuje bardzo miejsc w oddziałach chorób wewnętrznych między innymi dlatego, że pacjenci zalegają, bo nie ma gdzie z oddziałów chorób wewnętrznych pacjentów wypisywać. Wiemy, że z KPO ma być większe finansowanie dla opieki długoterminowej, ale to jest naprawdę cały czas ogromny problem, zwłaszcza w miastach, gdzie ci pacjenci często są samotni. Zresztą wieś teraz też ma troszkę inną strukturę i też w mniejszych, powiatowych miastach jest ogromny kłopot z wypisywaniem chorych.

Właściwie od kilku miesięcy pracujemy z AOTMiT-em. Odbywały się również spotkania z dyrektorem NFZ-u. Prosimy o współfinansowanie wielochorobowości w ramach oddziałów chorób wewnętrznych.

Oddziały chorób wewnętrznych padają i to są najbardziej deficytowe oddziały w szpitalach. Dyrektorzy szpitali, mając deficytowy oddział, będą zawsze dofinansowywali te oddziały, które przynoszą większą korzyść materialną. Niestety nie są remontowane. Lekarze i pielęgniarki pracują w naprawdę trudnych warunkach. Wobec tego specjalizacja z chorób wewnętrznych nie cieszy się wielkim zainteresowaniem wśród osób kończących studia i podejmujących specjalizację. Również dlatego, że specjalizacja wiąże się z tym, że trzeba dyżurować.

Kiedy ja kończyłam studia, praca w oddziale chorób wewnętrznych czy w ogóle w szpitalu była nobilitująca. W tej chwili, tak naprawdę, młodzi lekarze, chcąc żyć, zachować tak zwany work-life balance, nie chcą podejmować pracy w szpitalach na dyżurach, bo one po prostu są gorzej płatne. Tu właściwie wracamy tak naprawdę do stawki kapitałowej w POZ.

Ja niestety zauważam taki kłopot, że w POZ zatrudniani są lekarze tuż po stażu podyplomowym, bez specjalizacji jakiegokolwiek. Dostają za to wynagrodzenie naprawdę bardzo dobre, nieporównywalnie większe niż lekarz na dyżurze w szpitalu powiatowym, nie mówiąc o klinicznym. To powoduje, że ci młodzi ludzie nawet nie chcą robić specjalizacji, ponieważ uważają, że idąc do POZ-u dostają za to naprawdę porządne pieniądze.

Te pieniądze nie biorą się znikąd, tylko z tego, że każde niewykonane badanie w POZ i wysłanie pacjenta czy to na SOR, czy to do NPL, to są zaoszczędzone pieniądze w POZ. Przepraszam, jeżeli tutaj państwo z POZ się obruszycie, ale tak niestety jest. Ja tego nie rozumiem, dlaczego NPL... One są przy szpitalach, może i dobrze, bo tam jest zaplecze laboratoryjne, ale nie rozumiem, dlaczego w NPL nie powinno być tak. Dyżury w NPL, moim zdaniem, powinny być gwarantowane przez jakieś konsorcjum lekarzy POZ-u. Cztery-pięć placówek POZ powinno stworzyć konsorcjum i zabezpieczyć NPL, czyli nocną pomoc świąteczną, bo to są pacjenci POZ tak naprawdę, tylko ci, którzy potrzebują pomocy w godzinach wieczornych. Wtedy lekarz POZ tak naprawdę zrozumiałby trochę pracę lekarza w oddziale czy lekarza w SOR.

Ja kieruję oddziałem chorób wewnętrznych i nefrologii w szpitalu klinicznym, ale też mam duży kontakt z pacjentami. Sama pochodzę spod Wielunia, więc mam kontakt z powiatowymi szpitalami. Nigdy nie spotkałam się z sytuacją, że lekarz POZ dzwoni do mnie jako do kierownika, czy do lekarza oddziału z pytaniem o swojego chorego. Nigdy.

Wielokrotnie jako lekarz nefrolog czy transplantolog, bo również jestem transplantologiem, piszę prośbę do lekarza albo lekarza rodzinnego. Przynajmniej raz na rok piszę taką kartę informacyjną o chorym. Nie spotkałam się z tym, żeby mi lekarz POZ odpisał kiedykolwiek, na przykład, jakie pacjent przyjmuje leki. Tak więc, moim zdaniem, to komunikacja, z jednej strony od AOS-u... Ja też nie mówię, że w AOS-ie jest wszystko super, ale od nas jednak wymaga się, żebyśmy napisali o tym chorym jakąś informację. Zwrotnej informacji nie uzyskałam nigdy. Nigdy mnie nie zapytano o chorego, co się dzieje z chorym i dlaczego mój pacjent trafił do szpitala. Mogę na pewno powiedzieć, że to nigdy się nie wydarzyło.

Chciałabym też zapytać, bo jest stawka kapitałowa na każdego. Czy ktoś idzie do tego lekarza, czy nie idzie, to stawka kapitałowa jest. Czy jest jakaś ocena pracy tego lekarza POZ, bo nie każdy będzie do tej opieki koordynowanej kierowany? Czy mamy jakąś wymierną ocenę pracy POZ i jakąś wymierną ocenę efektów pracy nad pacjentem?

Jeszcze tylko dwie rzeczy chciałabym podkreślić jako lekarz tak naprawdę pracujący. Po pierwsze, w związku ze starzeniem się naszego społeczeństwa powinniśmy mieć wykształconych geriatrów, ale nie wydaje mi się, żeby były potrzebne oddziały geriatryczne powstające w każdym powiatowym szpitalu. Raz, że nie będzie tam obsady dla tych lekarzy. Co taki oddział geriatryczny miałby robić tak naprawdę? Tylko ocenić geriatrycznie chorego? Właściwie w każdym oddziale internistycznym powinno to się zdarzyć. Tak de facto oddziały internistyczne są w tej chwili w większości oddziałami geriatrycznymi. Zresztą o tej geriatrii powinien wiedzieć chirurg i powinien wiedzieć urolog, bo musi czasami zoperować pacjenta, który ma lat 85 i usunąć mu gruczoł krokowy. Tak więc lekarz geriatra powinien być, ale jako lekarz konsultujący tak naprawdę, a nie powinny powstawać oddziały geriatryczne.

Mam jeszcze ogromną prośbę odnośnie do POZ, o taką ciągłą edukację lekarzy POZ, dlatego, że nie tylko są to lekarze, którzy są tuż po stażu zatrudniani w POZ, młodzi, którzy nie mają żadnego doświadczenia. Trudno się dziwić, że oni ze wszystkim będą kierować, bo się boją i chwala Bogu, że się jeszcze boją. Najgorzej, jeśli się nie boją i bez sensu kierują tych pacjentów do szpitali. Tam są też lekarze, którzy często w POZ kończą swoją edukację na zrobieniu interny czy medycyny rodzinnej i później przez 20 lat wiedzą to, czego się nauczyli, a diagnostyka

i leczenie tak naprawdę idą do przodu. Uważam więc, że też powinien być jakiś wymóg ciągłej edukacji. To chyba tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa w tej turze pytań chciałby zabrać głos? To bardzo proszę. Proszę się też przedstawić. Później poprosimy pana dyrektora o komentarz do tych wypowiedzi. Dobrze?

II wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Ronek:

Dorota Ronek, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Ja mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia, czy ma informacje, jak wygląda liczba kadr pielęgniarskich w POZ w Polsce. Wiem, że średnia OECD to jest 11 pielęgniarek na 1000 mieszkańców, w Polsce to jest 5,7. W zachodnich województwach to są 4 pielęgniarki na 1000 mieszkańców i oczywiście średnia wieku 55 lat. Zatem pytanie, czy ministerstwo ma wiedzę, jak wygląda zaopatrzenie właśnie w tę opiekę pielęgniarską. Czy będzie ta opieka i jakie są ewentualnie plany na poprawę sytuacji, bo sytuacja jest dramatyczna na dzisiaj?

Kolejna sprawa. Jak to się ma do projektu rozporządzenia, które w tej chwili jest w konsultacjach z pominięciem trzech central związkowych, czyli Solidarności, OPZZ i Forum Związków Zawodowych, dotyczącego warunków kontraktowania świadczeń opieki długoterminowej, które wyraźnie dyskredytują opiekę długoterminową prowadzoną przez małe podmioty pielęgniarskie? To jest też warunkiem funkcjonowania opieki geriatrycznej w środowisku, bo najlepszy POZ i najlepszy szpital nie da sobie rady, jeżeli pacjent nie będzie miał tej opieki w domu.

I kolejna sprawa. Rozporządzenie, w tej chwili już skierowane do publikacji, które powoduje, że opiekunowie mają wyższe kwalifikacje niż położne. w Polsce. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie dyrektorze, jeszcze momencik, bo zanim poprosimy pana o komentarz, to państwo posłowie już na tym etapie chcieliby zabrać głos. Tak więc bardzo proszę, pan poseł Bojarski.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, nie mam wątpliwości, że odpowiedzią na wielochorobowość jest opieka koordynowana. Trochę ta dyskusja, szczerze mówiąc, idzie nie w tym kierunku, którego się spodziewałem i to pokazuje właśnie, jaki mamy problem z koordynowaniem działań.

Z całym szacunkiem, bo przedstawili państwo profesorowie bardzo realne problemy, ale swojego środowiska, swojej branży, swojej dziedziny, swoich oddziałów. One są faktycznie takie, jakie są. Pani profesor bardzo precyzyjnie pokazała, jakie problemy są w POZ, w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, w innych elementach. Natomiast właśnie cały problem polega na tym, że w tym wszystkim, moim zdaniem, brakuje nam koordynacji. Brakuje nam koordynacji na etapie POZ–szpital, na etapie POZ–specjalistyka, na etapie szpital–specjalistyka.

Szczerze mówiąc, ta opieka koordynowana, która weszła niespełna 2 lata temu, w mojej ocenie, jest pewnym początkiem pracy nas wszystkich nad tym, jak powinna wyglądać opieka nad pacjentem z wielochorobowością w Polsce i jak powinny ewoluować te rzeczy czy te ustalenia, które udało się nam wprowadzić. Powinniśmy dokonywać oceny tego, co się dzisiaj dzieje, wprowadzać kolejne elementy, o których właśnie wspomniała pani profesor. Czyli, w koordynacji nad tym pacjentem rola oddziału miejscowego internistycznego, bo najczęściej te oddziały internistyczne są w szpitalach powiatowych. To jest jeden z głównych problemów dużych szpitali klinicznych, gdzie nie ma właśnie oddziału chorób wewnętrznych, tylko jest wiele specjalistycznych oddziałów w zakresie szeroko rozumianej interny.

Tu bardzo istotną rzecz poruszyła pani przewodnicząca, czyli dodatkowy element opieki społecznej, która się w to wpisuje. Bardzo ważną rzecz poruszyła pani profesor mówiąc o geriatricii. Ja generalnie zgadzam się z panią profesor, chociaż w swoim szpitalu mam oddział geriatryczny, że rola geriatry powinna być raczej rolą konsultacyjną. Ona faktycznie ma swoje zadanie i w chirurgii, i w neurologii, i w wielu obszarach medycyny, ale właśnie wydaje mi się, że o to chodzi w tej naszej dzisiejszej rozmowie, abyśmy zaczęli wspólnie myśleć nad tym, jak zbudować taki model na podstawie wielu elementów.

Dzisiaj zaczęliśmy od POZ i to jest początek. Rozumiem, że to jest taki start, który pozwoli nam przeanalizować to, co się dzieje w POZ, zobaczyć, jakie złe rzeczy są w tym projekcie, czego

one nie załatwiają, czego nie dają nam w ostatecznym efekcie. Tu efekty będziemy mierzyli pewnie liczbą objętych pacjentów, co jest moim zdaniem żadną informacją, będziemy mierzyli liczbą hospitalizacji, czy liczbą wizyt u lekarza specjalisty wysyłanych przez tego lekarza POZ. Wydaje mi się jednak, że ostatecznym efektem, który chcielibyśmy osiągnąć, do którego powinniśmy dążyć i powinniśmy znaleźć narzędzia, żeby to zmierzyć, jest poziom zdrowotności naszych pacjentów, co nam udaje się osiągać w kwestii ich zdrowia, a nie, czy oni będą 10 razy u specjalisty, czy będą hospitalizowani 2 razy czy 8 razy.

Tak więc chciałbym prosić, bo jesteście państwo fachowcami w tej dziedzinie, o której rozmawiamy, bardziej o wskazówki i właśnie popatrzenie w ten sposób, żebyśmy wspólnie poszukali rozwiązania, które będzie doskonalilo to, co w mojej ocenie zostało prawidłowo rozpoczęte – wprowadzanie pewnej koordynacji w podstawowej opiece zdrowotnej i rozciągnięcie tego na kolejne elementy, czyli specjalistykę plus leczenie szpitalne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te cenne uwagi. Jeszcze pan poseł Wicher. Czy pani poseł Gelert? To bardzo proszę, pani poseł. Widzę, że jeszcze pan profesor Duława, ale to za momencik.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Szanowni państwo, wydaje mi się, że słowo koordynacja zrobiło się bardzo modne. Może ja to źle określłam, ale faktycznie w tej chwili to jakby ma to być lekarstwem na wszystko. Wystarczy powiedzieć koordynacja i właściwie w tym jednym słowie wszystko się mieści. Tylko, co mamy koordynować? Czy organizację tej naszej pracy? Tutaj jest bardzo dużo do życzenia właśnie, jeśli chodzi o wielochorobowość i w tej organizacji pracy na każdym szczeblu. A właściwie, co to znaczy?

To nie jest prawda, że 2 lata temu rozpoczęto tę koordynację, bo przecież coś takiego jak „KOS – zawał”, jak państwo wiecie, to przecież nic innego jak koordynacja, która powstała już chyba z 5 lat temu – rozpoczął się etap budowy tej koordynacji. Tylko, tak jak to u nas w Polsce bywa, nikt potem tego nie pilnuje, nikt nie sprawdza. Jest rozporządzenie, jest zarządzenie, a właściwie czy ministerstwo tak naprawdę wie, ile jednostek przystąpiło do „KOS – zawału”. Dlaczego nie przystąpili inni, dlaczego nie przystępują? Przecież wydawałoby się, że sprawa jest już zaszła i stara. A już mówi się o następnych koordynacjach. Jeszcze jednej dobrze się nie zrobiło, a już mówi się o następnych.

Koordynacja w onkologii chyba idzie najlepiej. Tak by się wydawało, ale w związku z ostatnimi doniesieniami, rozpaczą fundacji, chyba Alivia, jak to pacjenci znowu są źle koordynowani, chciałoby się zapytać, na jakiej podstawie, gdzie tak się dzieje i czy tak faktycznie jest.

Po co więc ta koordynacja, jeżeli ona dalej jakoś bardzo słamazarnie idzie? W rezultacie wydaje mi się, że dużo jest pracy właśnie w tej organizacji, bo to, że lekarze mają wiedzę, są fachowcami, to wszystko wiadomo. Wiadomo, że każdy w swojej dziedzinie faktycznie leczy. Tylko, co z tego? To, co powiedział pan profesor – każdy leczy swoje, każdy przyjdzie, konsultacje odbędą na tym SOR-ze i następne, i następne, i każdy następny zleca całe mnóstwo badań. Pacjent spędza 10–12 godzin na SOR-ze i ma potem pretensję, ale nie patrzy, że go przebadali wszczep, wzdłuż i w poprzek, tak jak nikt nigdzie i nie w POZ.

Bardzo dobrze, że właśnie zaczynamy mówić od POZ, bo to jest naprawdę istotą. To tak jak pani powiedziała – dlaczego właśnie w nocnej i świątecznej opiece nie dyżurują lekarze. Ale dlaczego nie dyżurują rezydenci medycyny rodzinnej? Pozostali rezydenci, którzy robią jakąkolwiek specjalizację, mają obowiązek dyżuru 40 godzin, a lekarz medycyny rodzinnej nie ma. Może to powinno być również zastosowane, a to jest bardzo proste.

Czego my się obawiamy? Czy my boimy się środowiska lekarskiego, że nie udźwignie tego, a potem sami mówimy, że jednak to jest potrzebne, bo się gdzieś tam wali? Czyli nad tym pewnie trzeba by się zastanowić, bo to są rzeczy bardzo proste do wprowadzenia. Bardzo proste, wydawałoby się, tylko to, co najprostsze jest bardzo trudne do dyskusji i do wdrożenia.

Tak więc wydaje się, że pewne rzeczy można by było naprawdę szybko i prawie od razu wprowadzić, bo przecież instytucja lekarza rodzinnego jest od lat. Tak jak pani słusznie powiedziała, tam idą lekarze, którzy albo dopiero rozpoczynają specjalizację, albo jeszcze jej nie rozpoczynają, bo po co, oni sobie rok popracują u lekarza rodzinnego. Może więc ministerstwo powinno pomyśleć nad tym, żeby jednak znowelizować ustawę i dodać, po którym roku specjalizacji lekarz może lekarz iść do pracy w POZ czy być pomocnikiem w POZ. Czy lekarz,

który jeszcze nie rozpoczął żadnej specjalizacji i nie ma właściwie przepracowanego żadnego roku ani nie ma tego modelu podstawowego z interny, może pracować w takim...?

Na pewno rzecz istotna, chociaż to jest trudny temat i na pewno tutaj wszyscy medycy się z tym zgodzą. Właściwie medycyna poszła tak daleko, że teraz wracać do tego, żeby najpierw wszyscy robili internę, a potem robili podspecjalizację, to już na pewno do tego nie ma powrotu... No, mówi się, że jest ten moduł podstawowy, ale z tym modulem podstawowym jest różnie, nie mówiąc o tym, że przecież w tej chwili weszło to i już obowiązuje, jak państwo pewnie wiecie, a niektórzy zapomnieli, że lekarze z trzeciego poziomu czy z klinik muszą pół roku modułu podstawowego robić w szpitalu pierwszego/drugiego poziomu. Tylko nie jest powiedziane, do którego szpitala ma pójść i jeden szpital będzie miał 10 takich, a drugi żadnego nie dostanie. Po co więc to było, pytam? I jakoś nie można od tego uciec gdzieś, bo jeżeli nie ma tego wskazanego, to jeden szpital będzie się cieszył, drugi nie będzie się cieszył. Myślę więc, że to jest istotne.

Istotne jest również to, proszę państwa, że tak naprawdę wszelkie sprawy sądowe, które się toczą, toczą się wobec szpitali, wobec oddziałów, a tam jest końcówka leczenia. Pacjent był wcześniej leczony w POZ. Rzadko się zdarza – oczywiście zdarzają się takie przypadki – że pacjent w ogóle po raz pierwszy ma do czynienia z lekarzem i to jest szpital, ale jeżeli są jakiegokolwiek pretensje czy jakiegokolwiek uwagi, czy jakiegokolwiek roszczenia, to wszystko dotyczy szpitali i oddziałów, i najczęściej jeszcze SOR-ów oczywiście. No jeszcze czasami pogotowia, ale to z innych powodów. Natomiast do lekarza POZ nikt nigdy nic nie rości.

Pani profesor też powiedziała, że od lekarza pani nie dostaje nigdy zapytania, ale czy pacjent przychodzi na izbę przyjęć albo na SOR z kompletem badań. Nie, on przychodzi ze skierowaniem do szpitala, z gołym skierowaniem. Najlepiej mocne podejrzenie, po to, żeby ten szpital zrobił wszystkie badania. Gdzie więc ta opieka koordynowana? A gdyby ta koordynacja była od początku? Na pewno należałoby się tej organizacji po prostu przyjrzeć i może jednak pomyśleć, że należałoby nad nią popracować, bo inaczej ten pacjent będzie miał kupę leków, my będziemy nerwowi, oddziały będą zapchane, jak w tej chwili wszystkie oddziały internistyczne. Tu kolega powiedział, że kliniki czy duże szpitale specjalistyczne cierpią z tego powodu, że nie mają interny. Podzieliły na te drobne specjalizacje, a jeżeli oddział internistyczny jest, to góra 20 łóżek na 200 tys. ludzi. No to wiadomo, że to nigdy nie będzie wystarczające.

Myślę więc, żeby nie męczyć tych pacjentów ilością badań i później ilością leków, bo ta wielochorobowość odbija się potem przede wszystkim w leczeniu. A ile wydaje się na to niepotrzebnie pieniędzy, proszę państwa? Jednych leków jeszcze pacjent nie weźmie, bo jest w trakcie, a już następne, następne. I tak te leki, za darmo bardzo często, wykupuje się, wybiera się w apteczkę uważając, że przecież one nic nie kosztują.

Pewnie na to wiele się składa. Myślę, że ministerstwo pracuje nad tym, żeby polepszyć tę organizację zarówno pracownikom ochrony zdrowia, jak i pacjentom. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję pani poseł. Jeszcze pan poseł Wicher, bardzo proszę.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, generalnie, jak patrzę na te dane, to kilka punktów od razu narzuca się do dyskusji i pytań do państwa ekspertów. Po pierwsze, widać, że mamy społeczeństwo podwójnie starzejące się. Nie tylko od tych 60 wwyż, ale też tych 80-latków wwyż, w tej drugiej fazie starzenia się. Generalnie rzecz biorąc, wielochorobowość przesuwa się na coraz młodszy wiek. Dzisiaj technologie, różne programy lekowe, terapie powodują, że wydłużamy życie, polepszamy dobrostan, funkcjonowanie organizmu, natomiast naszym zadaniem w systemie jest też to – i to powinien być jeden ze współczynników – jak zwiększyć aktywność danego seniora na przykład na rynku pracy, mimo posiadanej wielochorobowości, czyli sprzężenia różnych chorób.

Oczywiście zgadzam się z pierwszym głosem, że nie mamy wskaźników, które tak naprawdę badają tę aktywność, te możliwości. Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania niepełnosprawności i zdrowia, czasami niedoceniana, choćby w połączeniu z innymi narzędziami, jest dobrym zaczynem do dyskusji, na przykład nad funkcjonowaniem osoby w procesie leczenia wielochorobowości i nie tylko. Na przykład pacjent z jaskrą. Każdy pacjent jest w różnych fazach choroby. Inny musi być wkład pomocy osobie, która jest na początku jaskry, a inny, kiedy ma ją zaawansowaną, już nie widzi i musi mieć wsparcie opiekuna i nie tylko.

Dlatego ta wielochorobowość... My tu dyskutowaliśmy. Przepraszamy, że czasami tak żywiołowo między sobą dyskutujemy, ale my reagujemy na państwa słowa, czasami trochę sarkastycznie podchodzimy do świata, ponieważ faktycznie od lat słyszymy te same problemy.

Choćby na przykład POZ. My już od dwóch lat widzimy, że POZ bawi się z SOR-ami w bardzo nieładną grę podsyłania pacjentów. Faktycznie młodzi i nie tylko młodzi, bo ja znam też starszych lekarzy, którzy nie dają sobie rady, ale boją się po prostu albo wręcz nie chcą już przyjmować pacjenta, bo pacjent jest ciężki, pacjent jest upierdliwy, pacjent jest powracający, bo taka jest prawda, po prostu się go pozbywają, odsyłają do SOR. To jest niestety praktyka częsta. Widać to w SOR-ach bardzo intensywnie.

Ja osobiście miałem przykład na własnym dziecku z ciężkim zapaleniem oskrzeli, że lekarz trzykrotnie odmówił przyjęcia dziecka. Powiedział, że o 18.00 zaczyna się przed weekendem 24-godzinna opieka, może pan z dzieckiem tam się udać. Jest godzina 15.00 czy 14.00, ja stoję przed lekarzem i on mi mówi, że w mojej przychodni, dużej przychodni, żaden lekarz go nie zastąpi ani żaden inny nie obsłuży. Odsyłamy pacjenta do SOR-u, bo wygodniej – on już kończy pracę, idzie do domu. On zakończył swoją działalność dzisiaj.

Moi drodzy państwo, mnie też interesują inne tematy, więc kilka pytań z mojej strony. Zagadnienia możemy tu rozszerzać, możemy wchodzić w różne zakątki tego tematu, natomiast dla mnie opieka koordynowana czy też wsparcie osób z wielochorobowością polega na tym, żeby pacjent był dobrze zdiagnozowany – to jest pierwsza rzecz – miał wprowadzone dobre terapie, które nie są ze sobą sprzeczne – dlatego przeglądy lekowe.

A propos tego, co powiedziała tutaj koleżanka, pani dyrektor, pani poseł, pacjent chodzi do wielu lekarzy na rynku medycznym, idzie prywatnie do jednego gabinetu, do drugiego, idzie do POZ, idzie do szpitala. Od każdego ma leki. W systemie, w P1 czasami nadal nie ma wpisywanych i aktualizowanych danych, więc lekarz nie wie, co on zażywa. Niestety farmaceuta przychodzi – dobrze, że daliśmy farmaceutom te uprawnienia, ale to jeszcze nie działa tak jak powinno – i mówi, proszę pani, ale te leki się wykluczają ze sobą, one się nawzajem osłabiają, nie funkcjonują. Niestety, bardzo często zdarza się, że pacjent zażywa tak dużo leków, że już nie jest w stanie skoordynować. Lekarze o tym nie wiedzą, bo jeden nie wie, co drugi przepisuje. Teraz pytanie, jak temu zapobiec.

Oczywiście przeglądy to jest pierwszy krok, ale jak ewentualnie dokonać koordynacji samego procesu terapeutycznego, programów lekowych, leków stosowanych u pacjenta z wielochorobowością. Myślę, że jednym z głównych celów koordynacji powinno być to, żeby pacjent nie był niepotrzebnie medykalizowany, żeby tę profilaktykę najwyższego rzędu, czwartorzędową, czyli przeciwko medykalizacji, jednak wdrożyć. To jest jedno zadanie.

No i drugie zadanie, moi drodzy państwo, to ta koordynacja. Mówi się, że koordynację daje się tam, gdzie coś nie działa. Faktycznie koordynacja jest potrzebna, kiedy system jakby trochę gubi się sam ze sobą. Niestety, w Polsce trzeba wprost przyznać, że my stworzyliśmy tego potworka POZ, to my go nakarmiliśmy. My doprowadziliśmy do tego, że lekarze, młodzi rezydenci są zainteresowani tym, żeby iść pracować do POZ a nie do szpitala, bo tam mają dobrą pensję, święty spokój, bez dyżurów, bez nocek, bez niczego i jeśli czegoś nie wiedzą, to mogą odesłać do SOR-u.

Tak więc, moi drodzy, jest wiele tematów, tak jak ci rezydenci rodzinni, czy też inni lekarze, którzy odmawiają dyżurowania w SOR-ze czy na dyżurach 24-godzinnych. Ja nie będę przeciągał mojej wypowiedzi, bo to nie o to chodzi. My dzisiaj chcemy państwa słuchać. Wrzucamy tylko pewne wątki do dyskusji. Czyli, jak tego wielochorobowego pacjenta utrzymać dalej w dobrostanie, w chęci większej aktywności, nawet tej zawodowej, dzięki temu. Jeśli będzie dobrze prowadzony lekowo, będzie miał lepszą kondycję, będzie chciał dalej pracować, bo taka jest prawda dla systemu.

Druga sprawa, co z lekami, koordynacją leków, bo to jest problem. I kończąc, żeby nie być gołosłownym, bo lubię działać na przykładach, przykład osobisty mojego dziadka. Narośl, chirurg, onkologia, czy to nie nowotwór. Lekarz – klasyfikacja do wycięcia przerostu w rejonie klatki piersiowej. Młody lekarz przez przypadek diagnozuje mojego dziadka i sytuacja jest następująca. Mówi – proszę mi pokazać, jakie pan ma leki. Wie pan co, akurat ten lek odpowiada za przerost mięśni, proszę go odstawić. Wycofana operacja, niepotrzebne procedury, koszty. Wszystko przez to, że inni lekarze nie zwrócili uwagi na lek. Oczywiście wzmacniał serce – nie pamiętam dzisiaj nazwy tego leku, – ale miał skutki uboczne. Dobry przegląd lekowy, dobra

sytuacja konsultacyjna wielu specjalistów sprawiłoby, że nie byłoby całego tego zamieszania, blokowania systemu. Dziękuję. To tyle. I wsłuchujemy się w dalsze głosy...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Kapinos i oddajemy państwu głos.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, tak jak tutaj pan dyrektor przedstawił, dodatkowych środków na wielochorobowość jest 1,6 mld. Czy tak, panie dyrektorze? A 500 mln jest na koordynowaną opiekę w POZ. W takiej to było wysokości. Mam takie pytanie pierwsze, czy nie łatwiejsze są właśnie te dodatki na wielochorobowość, skoro 1,6 mld zostało przekazane na wielochorobowość, a tylko 500 mln na koordynowaną opiekę w POZ. Z tego, co się orientuję, to nie wszystkie placówki POZ niechętnie wchodzi w koordynowaną opiekę. Mówią, że zdecydowanie lepsza jest ta opieka koordynowana nad pacjentem, przynajmniej według tych informacji, które do mnie dochodzą.

Pan profesor mówił tutaj tak obrazowo. Ja też ostatnio miałem taką rozmowę z ratownikiem medycznym, który przyjmuje zgłoszenia w pogotowiu ratunkowym. Powiedział, że są takie miejscowości, że jeśli pół miasta jest pod dobrą opieką POZ, to ma 1/3 mniej zgłoszeń, a w drugiej części, gdzie jest słaba opieka POZ, jest 3 razy więcej zgłoszeń. Czy mamy jakieś mierniki, żeby te placówki POZ w jakiś sposób skontrolować, skoro w jednym mieście mamy dojazdów do pacjenta 30%, a tu mamy 300%, czyli 10 razy więcej? On mówi – ja mogę to panu zmapować i pokazać. Są to duże miasta, więc nie ma tam takiej możliwości, żeby żyło się lepiej, gorzej. Żyją podobnie. Nie ma tam innych występujących czynników ryzyka, bo są takie same. W jaki sposób ministerstwo zamierza badać te placówki POZ?

Oczywiście z tym wszystkim się zgadzam, że pacjenci są wysyłani do SOR-ów z części, ale nie ze wszystkich, bo są bardzo dobre placówki POZ i nie możemy tych bardzo dobrych obrażać. Są tam naprawdę świetni fachowcy. Bardzo dobrze pracują, bardzo dobrze pacjentami się zajmują. Część może jest już wypalonych, może akurat nieodpowiednio zajmują się pacjentami, ale należałoby tym się zająć i odpowiednio to zbadać.

My chcemy, żeby te pieniądze, które zostają przekazane do służby zdrowia – a ich ciągle brakuje – były efektywnie wykorzystywane. To jest najważniejsze. Zgadzam się z panią wiceprzewodniczącą Gelert, że często te leki są wykupowane, przekazywane za darmo, ale przecież to są drogie leki. Nad tym też należy się zastanowić.

Natomiast z panem Patrykiem się nie zgadzę, bo jednak wywiad u lekarza jest najważniejszy. Lekarz musi dobry wywiad przeprowadzić. Jeżeli dobry wywiad przeprowadzi, to pacjent powie dokładnie, jakie leki bierze... No, ale ja uważam, że jeśli jest dobry lekarz, to ma obowiązek dobry wywiad przeprowadzić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan profesor prosił o ad vocem. Czy tak?

Wiceprezes HTA Consulting Magdalena Władysiuk:

Ja jeszcze chciałabym. Magdalena Władysiuk, HTA Consulting, ale także wykładowca na UJ – epidemiologia i medycyna prewencyjna. Na co dzień zajmuję się analizowaniem różnych systemów i rozwiązań na świecie i chciałabym państwu przekazać kilka rzeczy, którymi od kilku lat się zajmuję.

Po pierwsze, Dania zmniejszyła liczbę łóżek szpitalnych o 80% w ciągu 6 lat. Finlandia zrobiła dokładnie to samo w ostatnim okresie, dlatego, że mieli coraz bardziej rosnące wydatki. Holandia postawiła na bardzo dobre placówki POZ rozumiane jako 3 elementy. Ja nawiążę do tego, co dla mnie znaczy koordynacja i jak definicyjnie na świecie do tego się podchodzi. Powiem państwu, że to jest możliwe pod trzema warunkami.

Po pierwsze, nie boimy się reform i jeśli już je robimy, to robimy duże i nie czekamy 10 lat. Myślę, że „KOS – zawał” to jest przykład czekania, nie wiem na co. Jeżeli program jest o udowodnionej skuteczności, mamy *evidence-based* i ciągle czekamy, że reszta ośrodków dołączy, to ja nie wiem, na co my czekamy. Udajemy, że nie ma nierówności?

Mówiąc szczerze, nie chciałabym trafić do ośrodka, który tego nie ma, tylko chciałabym mieć pewność, że jako obywatel polski, zgodnie z konstytucją, mam prawo do takiej samej opieki. „KOS – zawał” się sprawdził – powinien być obowiązek. Pieniądze na to są, sprawdza się to, zmniejsza się częstość hospitalizacji. Mało tego, efekty są takie, że naprawdę ludzie,

nawet bardzo ciężko chorzy, mają szansę na dłuższe, lepsze życie, pomimo że niewydolność serca potem bardzo wielu z nich zabija w zależności od wieku.

Druga kwestia, którą mamy, opieka koordynowana. POZ – robiony pilotaż 2018–2019. Mineło 6 lat. Ciągłe nie ma w całej Polsce. Wiadomo, że są przyczyny obiektywne, problem ze specjalistami i możliwościami. Im większy POZ, tym większe problemy z kontraktowaniem tego. Co to oznacza? To, że mają problemy, żeby kadry odpowiednie dedykować. Dlaczego? Dlatego, proszę państwa, że stworzyliśmy budżet powierzony, który nie daje szans na porządną diagnostykę. Stworzyliśmy moim zdaniem kadłubek, który mówi – zrób tyle, ale dobrze, żebyś za dużo nie wydał. Tak więc – bo tu pada, że na SOR-ach jest porządna diagnostyka – poszerzmy placówkom POZ porządną diagnostykę, ale żeby to zrobić musi być jakość.

Ta jakość, proszę państwa ma na świecie 3 wymiary. Koordynacja rozumiana jako integracja, bo my system zdeintegrowaliśmy. Czyli integracja rozumiana w ten sposób, że pacjent dostaje skierowanie i „szukaj sobie wiatru w polu”. Po to stworzyliśmy koordynację w POZ, żeby lekarz się kontaktował ze specjalistą. To znaczy, że to trzeba przenieść na inne. Tu padło, że pacjent wychodzi ze szpitala, a potem nikt się nie kontaktuje. No to odwróćmy to – wychodzi i lekarz ma się skontaktować, co ma dalej robić.

Dlaczego my skupiamy się na lekach? Ja, wychodząc z listą leków, oprócz tego, że chcę mieć przedłużaną receptę, to chcę wiedzieć, jak powinnam być monitorowana w danej jednostce chorobowej i jakie powinnam badania mieć robione, choćby w monitoringu.

Wprowadzamy bilanse zdrowia dorosłego człowieka. Tak? Dlaczego my tam nie mamy określonego, co powinno być, jeżeli lekarz stwierdzi jakieś nieprawidłowości w wywiadzie? Te bilanse nie powinny się opierać, moim zdaniem, na podstawowych badaniach laboratoryjnych i trochę poszerzonych, tylko powinny się opierać na porządnym wywiadzie i badaniu fizykalnym, czyli mamy znaleźć wszystkie nieprawidłowości i w razie czego skierować pacjenta dalej. Ja jestem lekarzem i powiem szczerze, że mnie uczono, że dobry lekarz to dobry diagnosta, bo żeby potem leczyć, to najpierw musimy wiedzieć co.

Proszę państwa, żeby rozwiązać problem z jakością i koordynacją, bo koordynacja to jest integracja, koordynacja rozumiana jako przekazywanie pacjenta. Koordynator może być administracyjny, tak jak my tworzymy w Polsce, bo koordynatorzy w opiece onkologicznej to są głównie koordynatorzy administracyjni. Rzadko tworzymy koordynatorów medycznych, bo koordynatorami medycznymi na świecie są albo lekarze, albo dobrze przeszkolone pielęgniarki, które wspierają lekarza w decyzjach medycznych.

Drugi element, to jest odpowiedni przepływ dokumentacji. Tu padło, dlaczego lekarz POZ nie wie o lekach. Dlatego, że nawet nie widzi recept. Nie potrzeba żadnego farmaceuty, tylko, gdy za dużo jest leków, potrzeba, żeby była współpraca z farmaceutą. Tak to się rozwiązuje, a my tworzymy ad hoc osobne serwisy. To skoordynujemy farmaceutę najbliższego, niech współpracuje z lekarzem POZ. Widać wszystkie leki. Niech farmaceuta wesprze lekarza POZ, jeżeli nie ma czasu albo niech współpracuje z określonymi szpitalami, jeżeli są sytuacje bardziej skomplikowane.

Trzeci element, proszę państwa, który jest w koordynacji, to jest koordynacja pozioma, czyli pomiędzy ambulatorium, placówkami POZ itd. oraz pionowa. Czyli, jeżeli pacjent jest niskiego ryzyka, to zostaje w POZ. Jeżeli jest coraz wyższego to trafia do specjalistów, a jeśli ma ciężką niewydolność serca, ciężką cukrzycę i inne, trafia do specjalistów. My spowodowaliśmy, że nawet najłżejsza cukrzyca jest prowadzona przez diabetologa, nadciśnienie przez kardiologa. Doszliśmy już do paranoi trochę. Nie mamy internistów, nie mamy oddziałów internistycznych, bo prowadzone wszystko musi być przez specjalistę i taka też stała się mentalność Polaków.

Proszę państwa, jest *International Classification of Primary Care*, narzędzie, które służy do określania, jak ma postępować lekarz POZ. Jest to też narzędzie do budowania wskaźników.

Polska jest oceniana już wskaźnikiem. Najgrubszym wskaźnikiem nieradzenia sobie podstawowej opieki zdrowotnej jest wskaźnik hospitalizacji.

Jeśli chodzi o niewydolność serca, mamy katastrofę – 80–90% pacjentów jest leczonych poprzez hospitalizację i oczywiście wielu pacjentów powinno być prowadzonych przez specjalistów, ale my właśnie diagnostykę robimy przez szpitale. Tak więc, proszę państwa, mamy problem taki, że mamy dziurę pomiędzy szpitalami, zapełniamy ją SOR-ami, a POZ nie dostaje też określonego pakietu.

Żeby to stworzyć, proszę państwa, muszą powstać wytyczne. Tutaj mamy olbrzymią dziurę, bo gdy ja patrzę na opiekę koordynowaną, to wszystko jest super, tylko że wiele placówek POZ

bierze pacjentów świeżych, mało obciążonych, a cała reszta spada na internę i na szpitale, kiedy pacjent już jest obciążony. Czyli nie objęliśmy tak naprawdę opieką koordynowaną całej populacji obciążonej wielochorobowością.

I powiem tak – skutki finansowe. Ja myślę, żeby gdyby pan dyrektor przyszedł tu nawet z 3 razy większymi liczbami, to ja szczerze bym powiedziała, że to nadal za mało, bo gdy zacznie spadać na szpitalach, tak jak w Danii, to powiemy, super.

Ja uważam tak. Nie bójmy się wydać więcej pieniędzy, ale zacznijmy mierzyć, co się dzieje w POZ – to jest mój trzeci punkt do integracji i koordynacji – bo nie wiemy, co się dzieje w placówkach POZ. My nie widzimy danych.

Ostatnie oburzenie na wążenie pacjentów. Mnie trochę oburza, powiem szczerze, żeby był problem ze zważeniem pacjenta. To chyba podstawowy parametr do podania niektórych leków.

Powiem tak. Nie zazdroszczę Ministerstwu Zdrowia. Bardzo trudne decyzje. Myślę, że przy tej sytuacji, kiedy mamy wybory w kraju, bardzo ryzykowne. Tylko pytanie – albo stwórzmy piętnastoletni plan i go konsekwentnie realizujemy...

Tak proszę państwa było w latach 90. Stworzyliśmy plan oparty na ICPC wdrażania podstawowej opieki zdrowotnej. Może do niego wrócmy, zrewidujmy i zacznijmy go stopniowo wdrażać. Pierwszy krok, opiekę koordynowaną, zrobiliśmy. Czas na drugi krok. To co się teraz dzieje – system będzie się sypał. Będziemy coraz więcej wydawać, a nie będziemy mieć... Jakość plus rzeczywista integracja. Koordynacja to jest osobna dyskusja, bo ona powinna być na różnych poziomach. Nie tylko podstawowa, ale na różnych poziomach. I trzeci krok – jakiś plan. Taka jest moja sugestia.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Tutaj chyba...

Zastępca kierownika Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, przewodnicząca Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Agnieszka Pawlak:

Ja króciutko, bo myślę, że już zostało tak wiele powiedziane i tak fantastycznie tutaj podsumowane przez panią Władysiuk, że niewiele jest do dodania. Natomiast ja z punktu widzenia kardiologicznego i w ogóle klinicznego chciałabym powiedzieć jeszcze o jednej rzeczy.

Tutaj między wierszami każdy z państwa powtórzył, że chciałby wiedzieć jako pacjent, że pacjent jest w systemie. My musimy też do tego systemu zaprząć naszych pacjentów. To nie jest tak, że będziemy tworzyli system, który będzie nam koordynował różne rzeczy, a pacjent nie będzie wiedział, o co chodzi. Pacjent musi być świadomie wyedukowany. Mamy możliwość edukacji w klinice w trakcie hospitalizacji. Dlaczego tego nie robimy? Dlaczego nie mamy koordynatorów medycznych, którzy uczą, żeby pacjent wiedział – nie jak owieczka, która jest prowadzona rzeź – gdzie ma się udać, po co i czego ma oczekiwać w jakim terminie czasowym?

Mamy AOS-y. Dlaczego tam nie mamy edukacji? Mamy wizyty edukacyjne. Ja to ostatnio sprawdziłam. W każdym z tych systemów państwo już stworzyło możliwość edukacji. W ogóle to się nie dzieje.

W POZ mamy aż 9 wizyt edukacyjnych. Ile z nich jest wykorzystanych? Nic! Pacjent w ogóle nie jest edukowany... Ja wiem. Jest troszeczkę, ale...

Ponadto przejrzałam, jak my edukujemy tych pacjentów. To, że on ma być na diecie? Na przykład, mamy problem niewydolności serca. Ogromne koszty. 2019 – 1,9 mld, 2024 – 3,6 mld. Pytam, jak my edukujemy naszych pacjentów? Nie mamy ustrukturyzowanej nawet wizyty edukacyjnej, żeby ten, kto edukuje, wiedział, do czego dąży, jakie są cele tej wizyty i po co ten pacjent ma się spotkać na tej wizycie, a ma 3 podstawowe rzeczy. Pacjent z niewydolnością serca trafia dlatego do szpitala i dlatego wydajemy 95% kosztów, czyli z tych 3,6 mld, że pacjent nie jest w stanie zaobserwować obręzków kończyn dolnych, nie jest w stanie się zważyć, nie jest w stanie się zmierzyć. Banalne, proste parametry, a my się zastanawiamy nad ogólnym wydatkowaniem pieniędzy.

Asocjacja Niewydolności Serca stworzyła kardiolię.pl, żeby każdy pacjent z niewydolnością serca w Polsce mógł z tego skorzystać. Jest tak i możemy to włożyć do systemu. Proszę bardzo. Zrobiliśmy pilotaż, mamy to. Mogą państwo tego użyć nie tylko w trakcie hospitalizacji, w trakcie leczenia w AOS-ie, w trakcie leczenia w POZ, ale też, jeżeli jesteśmy w domu. Mamy kardiolię. Możemy również zadzwonić jako opiekunowie czy jako pacjent, który ma problem. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz, która wydaje mi się również bardzo istotna z punktu widzenia klinicznego. My mówimy o tym, że jakość, jakość, jakość. Super! Tylko jak mamy zrobić tę jakość w ciągu 10 minutowej wizyty. Przecież, proszę państwa, my wypisujemy receptę, ten pacjent jeszcze nie zdążył wejść, a już wychodzi. I tak naprawdę, gdzie go odsyłamy. Odsyłamy go do Google, żeby sprawdził, że nie może brać neostatyny, nie może brać frozyny, nie może brać innych leków, które przedłużają mu przeżycie. Pacjenci potrafią w kardiologii odłączyć betabloker, który jest uznanym od wielu lat lekiem poprawiającym rokowanie, tylko dlatego, że przeczytają, że im wywoła blok, ale to dlatego, że my nie mamy czasu na rozmowę z tym pacjentem. My nie stwarzamy relacji zaufania.

Dzisiaj pacjenci mówią w systemie, że jesteśmy zagrożeniem dla nich i oni po prostu nas nie słuchają. Oni słuchają wróżbitów, słuchają Google, słuchają wszystkich, a eksperci nie są dla nich autorytetami. Jak mają być autorytetami, jeżeli skracamy wizytę do takich nieprawdopodobnych... Jeżeli lekarz przyjmuje 30–40 pacjentów w ciągu doby, nie uzyskamy żadnych rzeczy. Jeżeli nawet dołożymy jeszcze 15 razy tę kwotę, którą mamy, nie uzyskamy tych efektów.

Jest też bardzo ważne – mówimy o odwróconej piramidzie świadczeń. Bardzo dobrze, będziemy nad tym pracowali. I tak jak powiedziałam, zaangażowanie chorych.

Padła tu dzisiaj jeszcze kwestia, że powinniśmy lekarzy równo rozdzielać do ośrodków o niższej referencyjności w trakcie specjalizacji. Pytam, czy na pewno stać nasz kraj na to, żebyśmy szkolili ludzi, którzy są młodzi, w najniższej referencyjności. Tak naprawdę wiemy, że dzisiaj, żeby być dobrze wyszkolonym lekarzem, ludzie jeżdżą do ośrodków bardzo renomowanych – Harvard, Zurich i inne, a my teraz chcemy człowieka, który skończył studia, oddać do najniższej... Ja rozumiem, brakuje nam kadry, ale jeżeli kształcimy kadrę tak niekompetentną, to czego będziemy oczekiwali od tych ludzi. Oni powinni się kształcić w najbardziej renomowanych ośrodkach w Polsce, po to, żeby zdiagnozować poprawnie pacjenta. Jeśli będziemy kształcili kadłubków, to będziemy mieli kadłubkową medycynę i tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Momencik, chciałabym tylko pewne kwestie wyjaśnić. Pani profesor tu wspomniała, że odsyłamy lekarzy specjalizujących się do tych ośrodków powiatowych, bo chyba to pani profesor miała na myśli. Ja chcę podkreślić jedno, że w trakcie programu specjalizacji w podstawowych specjalnościach – interna, chirurgia, pediatria i ginekologia bodajże z położnictwem, jest wymóg sześciomiesięcznego stażu w POZ, i to wszystko w ciągu 5 lat...

Konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Nie, nie w POZ. W szpitalu pierwszej lub drugiej referencyjności. Tylko my tak naprawdę nie wiemy, do kogo odsyłamy tych lekarzy. Nie wiemy, kto...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, ale ja chcę tylko, żeby nie poszło w przestrzeń publiczną, że cały proces specjalizacji ma się odbywać na poziomie szpitala pierwszego poziomu referencyjnego. Jest obowiązek sześciu miesięcy.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Jeśli mogę się wtrącić, to jest 6 miesięcy, ale to akurat nie obowiązuje w ginekologii i w pediatrii, natomiast obowiązuje w każdej dziedzinie internistycznej, tak samo gastroenterologii, diabetologii, gdzie jest moduł podstawowy. Tam gdzie jest moduł podstawowy interny, pomimo że jest moduł dwuletni, trzeba na pół roku odesłać.

A pani powiedziała bardzo słuszną uwagę. Ja pisałam zresztą do ministerstwa w tej sprawie, że właściwie, dlaczego my odsyłamy lekarzy, żeby się uczyli, do szpitala, o którym nie wiemy, jaki jest poziom w tym szpitalu. Kto będzie ich uczył, tego też nie wiemy?

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Ale certyfikujemy. Konsultant wojewódzki daje zgodę na specjalizację...

Konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Panie pośle, konsultant wojewódzki nie ma nic do powiedzenia, jeżeli chodzi o wysyłanie i udzielanie akredytacji, ponieważ nie bierze żadnego udziału w przyznawaniu akredytacji ośrodkom.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Szanowni państwo, ja chciałabym tylko zwrócić uwagę, żebyśmy może tak otwarcie nie dyskredytowali wszystkich szpitali pierwszego stopnia referencyjnego... Tak, ale nie chciałabym, żeby to wybrzmiało, ponieważ znam to doskonale. Ja też przez kilkanaście lat byłam dyrektorem szpitala, gdzie wiele specjalizacji prowadziliśmy, a był to szpital pierwszego stopnia. Mieliliśmy nawet chętnych lekarzy, którzy mówili, że u nas przynajmniej można się nauczyć wielu dobrych rzeczy, ale nie po to tu jesteśmy. Chodzi o to, żebyśmy nie dyskredytowali.

Natomiast, jeżeli są konkretne uwagi odnośnie do programu specjalizacji, to my to też notujemy. Pan dyrektor jest tutaj i będziemy na pewno... Efektem naszego dzisiejszego posiedzenia będzie wniosek do Ministerstwa Zdrowia. I tak jak państwo przedtem akcentowali, być może w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej właściwe byłoby zobowiązanie rezydenta czy lekarza do dyżurów w nocnej i świątecznej opiece medycznej, tak jak w innych dziedzinach specjalizacji. Dlaczego akurat tam ma nie być?

Ja rozumiem, że lekarze POZ specjalizują się w praktyce lekarza rodzinnego albo w jakimś podmiocie niepublicznym, ale można umowę podpisać z nocną opieką i też można taki dyżur pełnić. Jest to więc na pewno taka racjonalizatorska uwaga.

Odnośnie do tych rzeczy, o których państwo mówicie również, o to mi chodzi, żebyśmy po prostu wskazali nawet małe kroczki, które mogą mieć ważne znaczenie w poprawie całego tego procesu, bo w tej chwili widzimy, że to jest proces naprawy całego systemu. Dobrze, pani pierwsza. Bardzo proszę. I proszę się przedstawiać, bo do protokołu musimy...

Przewodnicząca Naczelnego Sądu Aptekarskiego Naczelnej Rady Aptekarskiej Małgorzata Pietrzak:

Dziękuję pani przewodnicząca. Państwo posłowie, szanowni goście, Małgorzata Pietrzak, Naczelnia Izba Aptekarska. To miód na moje serce, to co usłyszałam od pana posła Wichera. Powiem tak, zabrał pan mi sporo słów, z uwagi na to, że rzeczywiście wielochorobowość to jest wielolekowość.

Szanowni państwo, naprawdę bardzo małym kroczkiem byłoby, aby stawka kapitacyjna dla POZ została po prostu zwiększona o stawkę przeznaczoną na zatrudnienie farmaceuty w POZ. Nie jakaś konsultacja z aptekarzem, który jest obok, tylko po prostu farmaceuta zatrudniony w POZ, który konsultuje, sprawdza polipragmazję, sprawdza, jakich leków używa pacjent od różnych lekarzy. Naprawdę to nie będzie koszt z uwagi na to, że ten pacjent wykupi dużo mniej leków. Gdy wykupi dużo mniej leków, to już jest dużo dla budżetu. Ten pacjent będzie dwa razy zdrowszy, bo będzie używał dwa razy mniej leków i naprawdę to nie będzie koszt dla ministerstwa ani dla budżetu, że w POZ czy w szpitalach będą zatrudnieni farmaceuci, którzy są przeszkoleni i naprawdę przeglądy lekowe robią znakomicie. Dla mnie ten mały kroczek to jest naprawdę zauważenie farmaceutów i wpisanie farmaceutów do koordynowanej opieki lekarskiej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”. Zabieram tutaj głos w imieniu lekarzy rodzinnych i muszę sprostować nieprawdziwe informacje, które jako mity krążą. Proszę państwa, od dwóch lat, od stycznia 2023 r., lekarz POZ nie ma możliwości kierowania pacjenta do SOR...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Formalnie nie ma.

Ekspert Federacji Porozumienie Zielonogórskie Joanna Zabielska-Cieciuch:

A nieformalnie? Pacjent ma możliwość zgłoszenia się na SOR bez skierowania. Taka została otwarta furtka. Proszę więc nie mówić, że lekarze kierują pacjentów na SOR. Oceniać państwo pracę POZ poprzez swoje środowiska. Nie tak wygląda to w całej Polsce.

Ja jestem wizytatorem akredytacyjnym w zakresie POZ. Jeżdżę w różne miejsca w Polsce i wiem, jak wyglądają placówki POZ.

Do tej pory w Polsce nikt nie oceniał jakości pracy ani szpitali, ani AOS-u, ani POZ. Mamy ustawę o jakości, która nakłada pewne obowiązki i NFZ będzie wyliczał współczynniki, będzie je publikował. Jest to początek całej drogi dbania o jakość i jeszcze dużo przed nami.

My już przymierzamy się do tej oceny POZ, ponieważ współczynniki zostały zidentyfikowane. Rada Narodowego Funduszu Zdrowia i fundusz pracowały nad tym. Nie pamiętam, kiedy ustawa nakłada obowiązek publikowania.

Chciałabym jeszcze państwu powiedzieć o tych dyżurach rezydentów POZ. Ja rezydenturę kończyłam w 1998 r. Byłam trzecim rocznikiem naboru na tę nową specjalizację. Od tego zaczął się system rezydencki kształcenia. Nikt nie wiedział, o co w tym chodzi.

Specjalizacja wtedy trwała 3 lata. My mieliśmy obowiązek odbycia w szpitalu na izbie przyjęć czterech dyżurów w miesiącu. W toku kolejnych modyfikacji te dyżury zostały odebrane. Dlaczego? Dlatego, że było cięcie kosztów. Ministerstwo otrzymywało od ministra finansów – to działo się latami, lat kilkanaście – redukcję 2, 3 mln. Oszczędności były robione kosztem kształcenia. W Polsce w ciągu 20 lat liczba studentów została zredukowana o połowę, bo cięto pensum dydaktyczne. Dlatego wydłużono specjalizację z medycyny rodzinnej do czterech lat, czyli trzeba było rezydentom zapewnić pieniądze na wypłaty, natomiast zabrano te dyżury, które są na pewno cennym doświadczeniem.

Nocna pomoc lekarska, konsorcja. Proszę państwa, to było, tylko to zostało zlikwidowane. Nie we wszystkich regionach Polski, ale w województwie kujawsko-pomorskim, na Śląsku, w Zabrzu, koledzy prowadzili nocną pomoc lekarską. Natomiast minister Arłukowicz podjął decyzję – nie, otwieramy w każdym szpitalu POZ, będziecie świetnie zarabiać. Otwieramy NPL, przenosimy do szpitali. Pacjenci SOR-ów, którzy się zgłaszają, będą odsyłani i tam konsultowani. Niestety to się nie sprawdza. To, co państwo proponujecie, nie jest czymś nowym, tylko formą, która już była. Wszystkie te rozwiązania, oprócz opieki koordynowanej, my już ćwiczyliśmy w ciągu tych prawie 30 lat.

Wprowadzenie opieki koordynowanej, zarządzanie chorobą przewlekłą. Myślałam, że już dotrwam do emerytury i nic w POZ się nie zmieni, tak jak ciągle przez prawie 30 lat słyszę, że instytucja lekarza rodzinnego się nie sprawdziła w Polsce. Nie sprawdziła się, bo nigdy nie miała możliwości realizowania swoich założeń. Podstawową misją lekarza rodzinnego nie jest bowiem leczenie pacjentów. Podstawową misją, pierwszym zadaniem, jest dbanie o zdrowie pacjentów. I dopiero teraz, w maju, mamy „Moje Zdrowie” – profilaktykę, zarządzanie profilaktyką pacjenta.

Potrzebujemy kilku lat na to, żeby te wdrożenia były efektywnie widoczne w całej Polsce. W tej chwili mówimy o placówkach POZ kilku prędkości, bo są miejsca, gdzie pacjent ma wykonywane USG. Tak jest w mojej przychodni. Dziecko kierowane do szpitala idzie z CRP, które możemy wszyscy wykonać, bo mamy aparaty do tego finansowane z budżetu powierzonego. Wykonujemy USG płuc i wiemy, że to dziecko wymaga leczenia szpitalnego, a nie na zasadzie – kaszle, nie wiemy o co chodzi, to niech idzie do szpitala. Nie wszędzie jest tak, jak państwo mówicie.

Jeśli chodzi natomiast o współpracę, to proszę nie oczekiwać, że jakieś akty prawne, wytyczne z ministerstwa unormują tę współpracę. To jest współpraca lokalna środowiska.

Ja taką współpracę w Białymstoku mam z Centrum Onkologii, gdzie robimy wspólnie pilotaże dotyczące koordynacji w zakresie mammografii – już w tej chwili robimy – gdzie mamy platformy do zgłaszania pacjentek do badań mammograficznych. Czekamy na platformę do zgłaszania podejrzeń i pacjentów z nowotworami, bo już taką możliwość mamy. Pacjent nie dostaje skierowania i idzie, odbija się jak bumerang od kolejnych drzwi, tylko kontaktujemy się z koordynatorem odpowiedniego unitu onkologicznego i tam przekazujemy informacje, badania i pacjent jest umawiany i zapraszany. Pacjenci są w szoku, że dostają od nas telefony, są zapraszani na wizytę, bo upłynął rok i trzeba zrobić podstawowy pakiet badań.

W ubiegłym roku skierowałam jednego pacjenta do poradni kardiologicznej, dlatego że mając zakres badań, który w tej chwili mamy w ramach opieki koordynowanej, mam kardiologa, który mi konsultuje pacjentów, mam dwie kliniki kardiologii i nefrologii, które umożliwiają umówienie hospitalizacji planowanej. Taka była inicjatywa pań profesorek, żebyśmy to uzgodnili i pacjent w ciągu pięciu dni, do tygodnia, jest hospitalizowany w określonym celu. Robimy to we współpracy z naszymi... Potrzebujemy jeszcze współpracy z gastrologiem, ale już z panem profesorem jesteśmy umówieni. Grupa 15–20 przychodni przeciera szlak całej reszcie, która może skorzystać lub może pisać i kierować na SOR.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

To jedno, jeżeli mogę...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

...odnośnie do akredytacji, dlatego, że pani powiedziała, że akredytacji nie było wcześniej, że się nie robiło i teraz dopiero Amerykę się odkrywa. To absolutnie z panią się nie zgodzę. W tej chwili Centrum Monitorowania Jakości daje nowe wskaźniki, to jest po nowemu, ale akredytacje w szpitalach były robione już od 20 lat. Faktycznie, jeżeli chodzi o POZ, jest od niedawna, ale były porównywane. Tak więc ta jakość była badana. Nie można mówić, że teraz odkrywamy Amerykę, bo będziemy akredytację robić. Faktycznie, potem rozpoczęło w specjalistycę, czyli w poradniach specjalistycznych i na końcu, teraz, w POZ również robi się akredytację. Jednak ta akredytacja przez szpitale była robiona bardzo dawno. A że to ewoluuje, to tak powinno być.

Tak samo pani mówi, że już wszystko kiedyś było w POZ ćwiczone. Owszem, ale wybrać teraz to, co jest dobre... I wie pani, każdy mówi ze swojego podwórka i to się sprawdza, że każdy, jak to się mówi, swój ogonek chwali. Pani mówi, że teraz żaden lekarz nie wypisze pacjenta, nie da skierowania. Jest pani w błędzie, bo takich przypadków jest bardzo dużo. Ten pacjent albo schowa to skierowanie i pójdzie na SOR bez skierowania, bo on ma prawo pójść na SOR bez skierowania i wtedy już lekarz POZ niby o tym nie wie. To jest właśnie takie, że niby nie wie, bo pacjent często nie pokaże tego skierowania. Często lekarz rodzinny słownie powie – proszę pójść na SOR, albo tak jak tu kolega mówi, że już o godzinie 14 czy 16 już mówi, że jest zamknięte i idźcie gdzieś dalej szukać.

Tak więc to nie jest tak do końca i tak ładnie. Chciałoby się, żeby tak było, na pewno. I na pewno dobrze by było, żeby tak było, ale... Jeżeli było dobrze, że kiedyś lekarz rodzinny robiący specjalizację mógł dyżurować te 4 dyżury, to nic nie stoi na przeszkodzie, żeby wrócić do tego. To tylko tak na marginesie. Przepraszam.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo, ale też dziękuję za te uwagi, bo rzeczywiście tutaj pani doktor powiedziała bardzo ważną rzecz, że pewne rzeczy można z góry systemowo uregulować, ale dużo też zależy od inicjatywy na dole – przysłowiowym dole. Wiemy doskonale, że tu wola osób zarządzających podmiotami czy wykonujących pewne świadczenia jest niezwykle ważna. Może właśnie w tym kierunku powinniśmy działać, żeby te dobre praktyki przenosić na inne podmioty, pokazywać itd.

Z drugiej strony, my jesteśmy też po to, żeby wskazywać te różnego rodzaju niedostatki na różnych poziomach opieki. Cieszę się, że pani doktor jest nami, bo rzeczywiście w trakcie tych rozmów na temat systemu, tak się składa, że najczęściej są narzekania na lekarzy POZ, że jest niedostępność do doświadczeń, że brak możliwości diagnostyki. Ale to wynika nie tylko z tych państwa uwarunkowań, ale też z przepisów prawa, bo jeżeli nie macie narzędzi, które można wykorzystać w diagnozowaniu, no to czym pracować. Dlatego to jest ważne. Bardzo dziękuję, bo już trochę trwa ta debata.

Nie wiem, kto. Chyba pani. Bardzo proszę. I pan profesor.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Monika Kaczmarek:

Dzień dobry. Nazywam się Monika Kaczmarek. Reprezentuję Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, ale dzisiaj mam zaszczyt reprezentować i występować w imieniu trzech organizacji pacjenckich, ponieważ zostałam upoważniona przez Stowarzyszenie EcoSerce oraz Stowarzyszenie Moje Nerki.

Jesteśmy organizacjami, które zrzeszają miliony pacjentów właśnie z wielochorobowością. Borykamy się z tym na co dzień i słyszymy, jakie problemy mają nasi pacjenci.

My jako organizacje pacjenckie napisaliśmy list do pani przewodniczącej i liczymy na dalszy dialog tutaj. Jeżeli byłaby możliwość spotkania się, to moglibyśmy szerzej porozmawiać właśnie z EcoSerce i Moje Nerki, abyśmy przedstawili szerszą perspektywę, ponieważ tutaj już wiele rzeczy zostało powiedzianych.

Na co my zwracamy uwagę? Przede wszystkim konieczne jest usprawnienie systemu opieki dla pacjentów z wielochorobowością. Wiemy, że przy pacjentach z wielochorobowością jest potrzebna wczesna diagnostyka. Od diagnostyki tak naprawdę wszystko się zaczyna. A gdzie

diagnostyka powstaje? W POZ, bo czy ten pacjent będzie skierowany do lekarza specjalisty, czy będzie dalej leczony w POZ, to tak naprawdę tam cała ścieżka pacjenta się odbywa.

Tu zostało też powiedziane, że może nie do końca wszyscy pacjenci wiedzą, bo nie wszyscy pacjenci mają dostęp do tego, jak powinna wyglądać ścieżka pacjenta. Przeważnie do tej pory jest tak, że pacjent przychodzi do POZ i albo zostaje, albo dostaje skierowanie, tak jak tutaj była mowa o tym taśmociągu. Jednak pacjent wychodzi z gabinetu, idzie do wujka Google i tam pozyskuje informacje, co jest najgorszą możliwością.

Cieszymy się, że pacjenci do naszych organizacji zwracają się o pomoc. Wielu pacjentom – śmiem powiedzieć, że wielu milionom pacjentów – pomogliśmy. Wytłumaczyliśmy, jak to powinno wyglądać. Mówimy o profilaktyce, ale tak jak powiedziałam, wczesna diagnostyka chorób.

Jeśli chodzi o opiekę koordynowaną, bardzo się cieszę, że tam, gdzie opieka koordynowana jest, ona spełnia swoją rolę, że pacjenci są zadowoleni, ale wiemy też, że opieka koordynowana w pełnym zakresie jest nie we wszystkich tych ośrodkach. Najwięcej jest chyba w kardiologii, z tego, co się orientuję, natomiast jeśli chodzi o nefrologię, to jest najmniej.

Dostęp do specjalistów jest utrudniony. Co też zostało tutaj wcześniej powiedziane, pacjenci często, ze względu na długi czas oczekiwania, leczą się prywatnie, czego konsekwencją jest to, że mają leki od kilku lekarzy. Nie ma więc przepływu całej dokumentacji.

Jeżeli mówimy o odwróconej piramidzie świadczeń, to jeżeli nie doinwestujemy POZ, to choćbyśmy mieli najlepsze pomysły na to wszystko, nie uda się nam. Są placówki POZ w gminach, gdzie naprawdę nie mają jeszcze odpowiedniego sprzętu, są braki kadrowe i to naprawdę bardzo duże. Jeżeli bowiem na wizytę do lekarza rodzinnego czy pierwszego kontaktu pacjent czeka ponad tydzień, no to proszę zobaczyć...

Natomiast jako Polskie Stowarzyszenie Diabetyków przeprowadziliśmy taką ankietę dotyczącą opieki diabetologicznej nad pacjentem. Teraz, w imieniu naszych trzech organizacji, będziemy ją poszerzać właśnie o wielochorobowość, ponieważ chcemy dokładnie dowiedzieć się, gdzie jest.

Z całym szacunkiem, bo nie chcemy wrzucać wszystkich przychodni, tak jak powiedziano, do jednego worka. Są bowiem przychodnie, które bardzo dobrze prosperują i bardzo dziękujemy im za to, ale też wiemy, że są przychodnie, gdzie nie do końca to wszystko idzie tak jakbyśmy chcieli. Nie ma też pielęgniarek w tych przychodniach, które mogłyby wspomóc pracę lekarza, bo jeżeli lekarz ma naprawdę krótki czas dla pacjenta, to pacjent faktycznie wyjdzie tylko z czterocyfrowym kodem na receptę, albo ze skierowaniem. On nie wie, co mieści się pod tymi czterema cyferkami. Dopiero gdy idzie do apteki to się dowiaduje, jakie to są leki albo gdy rejestruje się do lekarza specjalisty – aha, to do tego. Brakuje tego czasu. Ja nie mówię, że tak jest wszędzie, bo nie chcę oceniać.

Natomiast jest takie pytanie – już nie chcę tu się skupiać na diabetologii – jak ocenia pan/pani kompetencje lekarza POZ w zakresie leczenia cukrzycy. Blisko 1/3 respondentów, to jest 29%, określiła kompetencje lekarza POZ w zakresie cukrzycy jako słabe. Najczęściej respondenci – 35% – określili kompetencje lekarza POZ jako wystarczające...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam. Jaką miarą pacjenci mierzyli te kompetencje?

Prezes PSD Monika Kaczmarek:

Pytaliśmy ich o opinię.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Aha, o opinię.

Prezes PSD Monika Kaczmarek:

Tak, żeby pacjenci wyrazili swoje zdanie. Teraz więc naszą rolą jest, żeby odczarować, że lekarz POZ to też jest specjalista. To, co tu zostało wcześniej powiedziane – edukacja. Edukacja obowiązkowa dla wszystkich, dla pacjentów, ale i dla lekarzy. Postęp medycyny bardzo ruszył do przodu, ale lekarze, pielęgniarki, czy chociażby z osoby opieki środowiskowej, też muszą cały czas podnosić swoje kompetencje. To daje nam 64%.

Było pytanie – czy korzysta pani/pan z opieki koordynowanej w cukrzycy. Nie, POZ w mojej okolicy nie świadczy opieki koordynowanej – 48%. Nie, nie wiem, czym jest opieka koordynowana – 37.

Dlaczego o tym mówię? Praktycznie we wszystkich pytaniach w naszej ankiecie problem dotyczy miejscowości do 25 tys. mieszkańców. Wśród tych pacjentów, którzy wzięli udział w ankiecie, z opieki koordynowanej nie korzysta żadna z osób zamieszkujących wieś. Jeżeli więc mówimy o profilaktyce, dostępie do lekarza, to musimy pamiętać, żeby wyrównać szanse dla każdego pacjenta w dostępie do lekarza, do podstawowej opieki, bo jak on ma poruszać się w systemie, jeśli ma utrudniony dostęp chociażby do najbliższej przychodni – 15 km, nie ma kto go zawieźć, nie ma komunikacji. Zatem ta wielochorobowość tak naprawdę automatycznie u nich się rozwija. I to nie z ich winy, tylko po prostu z braku dostępu.

W przypadku miast poniżej 25 tys. z opieki koordynowanej nie korzysta 85% respondentów. Zatem jak najbardziej opieka koordynowana w pełnym zakresie, bo mamy opinię, że to się spełnia i wszystko jest bardzo ładnie, tylko wiemy, że ta opieka koordynowana w pełnym zakresie nie działa we wszystkich miejscowościach.

Mam więc takie pytanie w imieniu pacjentów. Jak państwo planują wzmocnić rolę POZ, aby ta opieka koordynowana była większa? Tu cały czas mówimy, że jeżeli nie zadamy o doinwestowanie POZ, nie zatroszczymy się o wzmocnienie kadry, bo POZ boryka się z kadrą, nie mają lekarzy, to ja chcemy posunąć się dalej. Tak jak powiedziałam, jedna placówka POZ jest na jedną gminę.

Czy są dane, czy ministerstwo je posiada – być może ministerstwo edukacji... Nie wiem do końca kto, ilu tak naprawdę lekarzy będzie dostępnych za rok, za 2 lata, którzy przyjmą pracę w POZ, zasila przychodnie, bo nie chcemy obciążać szpitali. To wszyscy wiemy.

Jeżeli mówimy o odwróconej piramidzie świadczeń, pacjenci chcą czuć się przy tym bezpiecznie. Mają obawy, że jeżeli z AOS-u wrócą do lekarza pierwszego kontaktu, bo są wyrównani, a nagle ich stan się pogorszy, czy mają prawo powrotu do AOS-u, do dalszych konsultacji. Nie wiedzą tego. Nikt im o tym nie powiedział. Żeby uświadamiać i podnosić świadomość wśród pacjentów, my musimy przekazywać takie proste komunikaty, bo pacjent, jeżeli będzie czuł się objęty opieką i bezpiecznie, będzie inaczej prosperował w systemie zdrowotnym. On będzie miał większą świadomość.

Bardzo prosimy, żeby w tej wielochorobowości, jeśli chodzi o cukrzycę, nerki, serce, przechylić się do tego, aby koncentracja tej opieki była po prostu zwiększona, bo tak jak mówimy, jest opieka koordynowana, ale chcielibyśmy, żeby ona i obejmowała i upowszechniała. A przede wszystkim ta wczesna diagnostyka już w POZ, kompleksowa, żeby POZ miała narzędzia do tej diagnostyki, to jest podstawa. Wiem, że są przychodnie, które nieraz borykają się chociażby ze sprzętem EKG, tak więc taki pacjent musi trafić do innej placówki. Ja nie mówię, że wszystkie, ale zdarzają się takie pojedyncze. Pod opieką takiej przychodni jest kilka setek pacjentów, a mówimy o tych pacjentach, w szczególności osobach starszych, które są wykluczone.

Natomiast bardzo bym prosiła o pilne inwestycje w zapobieganie, wczesne wykrywanie i opiekę, która jest bardzo potrzebna, w przypadku wielochorobowości. Na początku chcielibyśmy jako organizacje, żeby zapobiegać rozszerzeniu powikłań, a nie – i mogę to powtórzyć – gasić pożar, kiedy ten pacjent ma wielochorobowość i tak naprawdę już tylko leczymy konsekwencje tego. Uważamy, że inwestycja w pacjenta to jest tak naprawdę inwestycja w ochronę zdrowia.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję za ten głos pacjentów, bo przecież to wszystko robimy dla pacjentów...

Prezes PSD Monika Kaczmarek:

Pozwolę sobie przekazać tę ankietę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Rozumiem, że teraz pan profesor.

Specjalista medycyny rodzinnej Ośrodka Szkolenia Lekarzy Medycyny Rodzinnej CMKP Janusz Krupa:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, Janusz Krupa. Wielokrotnie mówiliśmy o POZ. Ja, tak jak pani doktor, jestem lekarzem rodzinnym. Przyjmuję codziennie dziesiątki pacjentów. Postaram się zmieścić dosłownie w trzech minutach.

Bardzo się cieszę, że wszyscy jesteśmy za opieką koordynowaną. W naszej przychodni to absolutnie zmieniło dynamikę przyjmowania pacjentów. Mamy wreszcie narzędzia do diagnostyki. W ciągu ostatnich 2,5 roku, kiedy jesteśmy w opiece koordynowanej, to są pojedynczy pacjenci,

których odesłałem do AOS. Kiedyś zdarzało się tego o wiele więcej. W tej chwili już z niej rezygnują, zostając w naszej przychodni, więc absolutnie to jest ważne.

Opieka koordynowana to nie jest tylko leczenie. Bardzo ważny aspekt opieki koordynowanej, według mnie, to jest profilaktyka. Podczas porady kompleksowej raz do roku mamy pół godziny, żeby przeanalizować to, co pacjenci stosują, jakie leki, ewentualnie właśnie wychwycić pewnego rodzaju nieścisłości, dublowanie się leków. Co więcej, poinformować ich o szczepieniach, zachęcić do szczepień, zachęcić do udziału w akcjach profilaktycznych, przesiewowych onkologicznych. My to robimy i to wszystko odnotowujemy w dokumentacji. Zachęcamy pacjentów.

Niestety, mam dla pani profesor bardzo złe wiadomości, dlaczego edukacja wygląda źle. Pacjenci nie chcą się edukować. To jest jedyny problem, proszę państwa. Jeśli pacjentom rok i dwa lata temu proponowało się dietetyków, każdy chciał. Po dwóch latach z dietetyka już prawie nikt nie chce korzystać, bo nie, wszystko wiem, a tam niewiele się zmieniło. Musimy więc być też świadomi pewnych ograniczeń po drugiej stronie.

Powiem też państwu, bo tu pan dyrektor bardzo fajną statystykę na początku nam przytoczył, co jest oczywiście nam znane, że wielochorobowi to są głównie pacjenci geriatryczni. Nie stać nas pewnie na wyedukowanie geriatrów, którzy pracowaliby i byłby bardzo łatwy dostęp. Natomiast my mamy zaprzyjaźnioną panią doktor geriatrę, do której po prostu w trudnych przypadkach, gdy naprawdę nie bardzo wiemy, jak sobie poradzić z pacjentami, odsyłamy tych pacjentów. Rzeczywiście oni są objęci opieką bardzo kompleksowo. Co najważniejsze pacjent, który ma 17 leków, wraca od geriatry z sześcioma, siedmioma lekami i to jest fantastyczne, naprawdę.

Być może, gdybyśmy mieli myśleć o następnej specjalizacji w opiece koordynowanej, która mogłaby nam konsultować pacjentów, to pomyślałbym o geriatrze. Częściowo robi to nefrolog. Rzeczywiście nefrolodzy są świetnymi lekarzami i wykorzystujemy ich właśnie w tym celu, ale myślę, że geriatra by się przydał.

No i oczywiście system P1. Wydaje mi się, że przynajmniej nasi pacjenci zawsze nam umożliwiają wgląd w dokumentację. Dzięki systemowi P1 wiemy, co pacjenci stosują, kiedy wykupili, kiedy nie wykupili, kiedy nie stosują, monitorujemy *compliance*. Wydaje mi się więc, że jeśli chodzi o opiekę koordynowaną, to rzeczywiście w zasadzie wielu naszych pacjentów, tak zwanych abonamentowych, z różnych sieci medycznych wraca do nas i mówią, że mają taką opiekę, jakiej nie mają w tamtych przychodniach.

Wydaje mi się, że to jest fajna rekomendacja. Mamy ogromną satysfakcję z tej pracy, ale – i pani doktor o tym powiedziała – dostaliśmy w końcu narzędzia, które pozwalają nam być lekarzami, a nie tylko kontynuatorami recept i „wystawiaczami” skierowań. Dziękuję.

Prezes PSD Monika Kaczmarek:

Ja tylko ad vocem, jeśli pani przewodnicząca pozwoli. Jeśli chodzi o edukację, zapraszam do stowarzyszenia, dlatego że do nas pacjenci z chęcią przychodzą na spotkania. Ja mogę powiedzieć o swoim, Polskim Stowarzyszeniu Diabetyków, gdzie zrzeszamy ponad 50 tys. osób. Mamy ponad 330 oddziałów w kraju. Jesteśmy w każdym województwie. Śmiem powiedzieć, ponieważ dostaję głosy od lekarzy, że pacjenci, którzy są zorganizowani przy takich stowarzyszeniach jak PSD, EcoSerce czy Moje Nerki, są bardziej świadomi, jeśli chodzi o rozmowę z lekarzem.

Natomiast jeśli chodzi o to, że pacjenci są niechętni, to być może problem tkwi w komunikacji, w dialogu w gabinecie pomiędzy lekarzem a pacjentem. Być może to jest brak czasu, a być może po prostu dialog. Nieraz pacjent wstydzi się zapytać albo obawia się przyznać, bo wydaje mu się, że to jest tak prosty problem, że lekarz może go – nie chcę używać tego słowa – wyśmiać. Pacjenci mają dystans, bo bardzo często traktują lekarza jako autorytet. Być może tu jest problem komunikacji.

Specjalista medycyny rodzinnej Ośrodka Szkolenia Lekarzy Medycyny Rodzinnej CMKP Janusz Krupa:

Potwierdzam, że pacjenci zrzeszeni w PSD są świetnymi i pacjentami, świetnie wydrukowanymi i zmotywowanymi. Bardzo pani dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Bardzo ciekawa ta dyskusja. Właśnie to jest dowód na to, że potrzebne są takie spotkania. Bardzo proszę, jeszcze pan profesor.

Prezes TIP Jan Duława:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. No, strasznie dużo tego. Przede wszystkim tutaj padło wiele świetnych, że tak powiem, zdań. Nie będę mówił o tych, z którymi się zgadzam, szczególnie o polipragmazji, bo to jest naprawdę niezwykle istotna sprawa.

Edukacja. Tak nawiasem mówiąc, wszyscy podkreślają, jaka jest ważna edukacja, a nie wprowadzono tej edukacji do szkoły. Nie wiem dlaczego i wszystko na lekarzy... No, nie wiem, co zrobiono, ale nie wprowadzono. Wypaczono.

Pani tutaj mówi... Ile tysięcy pani ma? 50 tys., a chorych na cukrzycę są 3 mln albo więcej...

Prezes PSD Monika Kaczmarek:

Chorych na cukrzycę jest ponad 3 mln, natomiast na całym świecie jest 589...

Prezes TIP Jan Duława:

No właśnie. To jest problem. Niestety, my często mylimy empatię z minoderią. Po prostu uważamy, że empatia, empatią, a często stosujemy minoderię.

Tutaj pan poseł powiedział, że nieważne, ile razy chory jest hospitalizowany, czy 2 czy 8, byleby był zdrowy. Nie jest nieważne, tylko jest bardzo ważne, ile razy on jest hospitalizowany, bo hospitalizacja, szczególnie u chorego starszego, jest też czynnikiem ryzyka.

Dużo jeszcze chciałbym powiedzieć, ale już nie ma czasu. Natomiast o jednej rzeczy chciałbym powiedzieć. Prawdopodobnie nie ma na sali nikogo innego, oprócz mnie, który pamięta, że w Polsce była opieka koordynowana, tylko niestety, ze względów ideologicznych, została, że tak powiem odrzucona. Nie wiem, czy państwo znają ten problem. Sam na własne uszy słyszałem w roku 1998, kiedy ten, kto wprowadzał reformy, mówił, że nie może być tak, że w Polsce służba zdrowia wygląda tak jak za Lenina, bo to Lenin wprowadził, że były rejonowe ZOZ-y – tam był internista, pediatra – i to tak nie może wyglądać.

Tutaj to wybrzmiało przed chwilą. Pani doktor powiedziała, i pan doktor również, że w pewnych miejscach to działa. Gdzie to działa? Działa wtedy, kiedy, jak pan doktor mówi, mamy znajomą geriatrę, kiedy ludzie nie są anonimowi. I tak było. Po prostu internista dyżurował na internie, kierował chorych na oddziały internistyczne i mógł się z ordynatorem i swoimi kolegami na oddziale porozumiewać, dyżurował tam i razem, w sposób koordynowany to prowadzili. To samo ginekolog, to samo chirurg, to samo pediatra. Komu to przeszkadzało? Nie wiem.

Teraz zwracamy Wisłę kijem. Nie wiem, co da się zawrócić, czego się nie da zawrócić. Mówimy, że zastanawiamy się, co zrobić... No, było. Ja wiem, że się nie zawróci tej Wisły kijem, ale można by spróbować nawiązać jednak do tych wzorów uważam dobrych, jeżeli coś dobrze się robi. To ja od diabła samego mogę się nauczyć, jeżeli on to dobrze zrobił.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani profesor na koniec.

Konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Padło takie stwierdzenie, że nie ma lekarzy do opieki koordynowanej, specjalistów, a ponieważ pani przewodnicząca mówiła, żeby państwu coś sugerować do zmiany, no to może w programach specjalizacji na tych specjalistycznych modułach – trzeci, czwarty, piąty rok specjalizacji – niech lekarze realizujący specjalizację z kardiologii, diabetologii, nefrologii mają obowiązek pracy w opiece koordynowanej. Może to w ten sposób zmienić. Jeżeli można wysłać do pierwszego czy drugiego zabezpieczenia, to może wysłać właśnie do POZ tych lekarzy rezydentów.

Te 6 miesięcy jest nieporozumieniem. My już staraliśmy się. Zresztą pan profesor Duława uczestniczył w kształtowaniu programu specjalizacji. Nawet byłam świadkiem, jak z ówczesnym panem ministrem się sprzeczał, że to jest nieporozumienie wysyłanie lekarza na 6 miesięcy nie wiadomo, gdzie...

Prezes TIP Jan Duława:

Przy całym szacunku dla oddziałów chorób wewnętrznych...

Konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Żeby było jasne, bo te oddziały robią bardzo dużą pracę. To są najważniejsze oddziały tak naprawdę, bo jeśli nie będziemy mieć zabezpieczenia w tych oddziałach pierwszego czy drugiego zabezpieczenia, to w ogóle padnie system zdrowia. To jest bardzo ważna rzecz, żeby tam właśnie kierować ludzi, którzy będą już coś umieli.

Myślę jeszcze, że taka placówka POZ – a nawet kilka placówek POZ – mogłaby zawiązać współpracę z jakąś placówką AOS-u w jakimś szpitalu, który świadczy opiekę, który ma specjalistów nefrologów, nawet na zasadzie takiej, że lekarz rodzinny dzwoni do lekarza specjalisty i radzi się tak naprawdę, co zrobić z w danej sytuacji. To naprawdę można w jakiś sposób rozwiązać... No właśnie, po prostu nawiązać współpracę z AOS-em.

Natomiast mam jeszcze taką prośbę, jeżeli chodzi o te specjalizacje. My walczyliśmy już od dość dawna o wprowadzenie egzaminu po module podstawowym z tych podstawowych specjalizacji. Czyli, kiedy kończy się moduł podstawowy z chorób wewnętrznych w każdej specjalizacji, czy to diabetologii, pulmonologii, nefrologii, żeby był egzamin z interny. Podstawowy, ta dawna jedynka. Tak samo zresztą w medycynie rodzinnej. Ta dawna jedynka z tych tak naprawdę podstawowych jednostek chorobowych, bo wykształcony lekarz, umiejący leczyć zapalenie płuc, umiejący leczyć zakażenie układu moczowego...

U mnie mnóstwo ludzi jest skierowanych do poradni nefrologicznej, bo mają nawracające zakażenie układu moczowego. No, ludzie kochani! On nigdy nie będzie tak naprawdę leczony przez tego specjalistę, jak będzie miał to zakażenie. To jest bez sensu tak naprawdę. Tak więc ten egzamin po module podstawowym powinien być z podstawy interny, bo taki diabetolog, który później robi specjalizację z diabetologii, tak naprawdę jest specjalistą od jednej choroby. A on powinien umieć leczyć zapalenie płuc, podstawowe rzeczy, co to jest przewlekła choroba nerek. On będzie wtedy mniejszy koszt generował dla systemu opieki zdrowia.

Jeszcze jedna rzecz w systemie specjalizacji. Oprócz tego, że lekarz rezydent z medycyny rodzinnej nie jest obowiązany do dyżurowania, co jest skandalem, to lekarz z każdej innej specjalizacji obowiązany jest do dwóch dyżurów, tak naprawdę, bo to jest 40 godzin dyżurowych w miesiącu. No, proszę państwa, co to jest. Tak naprawdę u mnie w szpitalu dyżurują specjaliści, bo rezydenci nie chcą dyżurować – mówią, że mają obowiązek tylko dwóch dyżurów. To jest skandal. To powinno się naprawdę zmienić. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję za te opinie. No i teraz, panie dyrektorze, prosimy o komentarz, poczynawszy od tej pierwszej uwagi pana Zdobyłaka, poprzez pozostałe. Rozumiem, że pewnie na wszystkie nie usłyszymy odpowiedzi. A swoją drogą, panie dyrektorze – zresztą to już nie do pana – myślę, że my zwrócimy się do kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, z szacunkiem, bo my doceniamy pana obecność i pana wiedzę itd., jednak pewne rzeczy, które państwo tu postulują i które my byśmy chcieli przekazać ministerstwu jako posłowie, bo mamy taką kompetencję i taką możliwość, wymagają decyzji już konkretnych, kierowniczych, na poziomie nawet politycznym. Dobrze by więc było, żeby jednak przedstawiciele kierownictwa Ministerstwa Zdrowia brali udział. My odrębnym sposobem zwrócimy się do kierownictwa. Natomiast bardzo proszę o odpowiedzi na te pytania czy tematy, czy komentarze, bo to nie wszystko można określić pytaniami. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie za to, że mogłem wysłuchać takiej ciekawej dyskusji. Padło tutaj bardzo dużo postulatów i pomysłów. Jeden z podstawowych elementów w tej dyskusji, do którego wydaje mi się mogę się odnieść.

My mamy bardzo duży problem z komunikacją nawet pomiędzy pacjentami, realizatorami. Od dwóch lat jest jakaś opieka koordynowana, o której tak naprawdę wiedzą ci pacjenci, którzy akurat mają szczęście do niej należeć i ci realizatorzy, którzy to realizują, mimo że by się wydawało, że to jest prawie 50% POZ w Polsce. Tutaj siedzą specjaliści ze szpitali i mówią, że właściwie to oni nie wiedzieli i tak do końca nie wiedzą, że na przykład jest możliwość takiej pracy w koordynowanej opiece, że są konsultacje lekarz-lekarz, że takie umowy są podpisywane w opiece koordynowanej i że jest możliwość korzystania z tych zasobów.

Z drugiej strony, wydaje mi się, że wielokrotnie to mówiłem, że dzięki opiece koordynowanej bardzo dużo młodych lekarzy chce zostać lekarzami rodzinnymi, ponieważ dostrzegają w tym szansę na przeprowadzenie dosyć dobrej diagnostyki. To oczywiście jeszcze nie jest wszystko, co możemy POZ udostępnić, ale też pamiętajmy, że takim ograniczeniem tej listy, która jest – najpierw wybieraliśmy tę listę badań, które są dostępne w tym budżecie diagnostycznym i w budżecie opieki koordynowanej – to jest to, żeby faktycznie lekarz POZ znalazł kogoś, kto będzie dla niego to realizował. Na przykład echo serca. Jeżeli zrobilibyśmy tam coś bardziej skomplikowanego, dopisali rezonans czy tomografię, być może na miejscu byłoby mu

ciężko podpisać jakąś umowę z realizatorem. Dlatego też ten pierwszy panel został tak dobrany, żeby móc diagnozować dosyć skutecznie te podstawowe choroby cywilizacyjne, natomiast była też możliwość znalezienia realizatorów.

Odpowiadając, ja oczywiście przeproszę. Faktycznie nie zwróciłem uwagi, przesyłając do państwa ten materiał, że tam są stawki z zeszłego roku, a nie z tego roku. Czyli powinno być 215,28 stawki kapitałowej dla lekarza, 52,68 zł dla pielęgniarki i 34,92 dla położnej. Już się poprawiam, przepraszam. Mój błąd. Sprawdziłem na stronie NFZ, jakie są stawki w rozporządzeniu aktualnym prezesa NFZ. Tak, 215,28, przy czym dla osób w wieku 40–65 lat to jest mnożnik 1,34. Czyli efektywnie to jest... Nie mnożyłem tego. Dla osób w wieku 66–75 lat to trzeba pomnożyć razy 2,7 i dla osób powyżej 75 r.ż. tę stawkę trzeba pomnożyć razy 3,1. Plus wielochorobowość, tak.

Jeśli już przy tym jesteśmy, to dokończę ten element, o którym tutaj pan doktor Zdobyłak mówił. Jakie są tak naprawdę cele? Cel jest taki, jeżeli chodzi o opiekę koordynowaną – wczesne wykrycie i prowadzenie pacjentów w POZ w jak najdłuższym zdrowiu.

Jak mierzymy te efekty? Wbrew pozorom, mimo tego, że to nie jest publikowane, to gdy pracowałem w NFZ, to mierzyłem i robiłem takie prezentacje dotyczące tego, jakie są efekty tej opieki koordynowanej i sprawdzałem liczbę osób objętych opieką koordynowaną, liczbę osób, u których wykonano poradę kompleksową, liczbę o osób, które objęto edukacją lub poradami dietetycznymi, czas oczekiwania na te podstawowe badania jak holter, echo, który jest kilkakrotnie niższy w opiece koordynowanej niż w AOS-ie, odsetek pacjentów, którzy skorzystali z porad lekarzy specjalistów i liczbę konsultacji lekarz–lekarz. To było jeszcze rozdrobnione na kolejne, ile było badań itd. itd.

Kolejną rzeczą, którą chciałem, żeby NFZ zrobił, to jest sprawdzenie, jak pacjenci przyjmują leki. Czyli, żeby zajrzał troszeczkę głębiej, jak realizują recepty, bo to jest jedyny sposób, w jaki możemy to zmierzyć. Możemy zmierzyć ten *compliance*.

Dodatkowy element, który planujemy zrobić, to jest sprawdzenie, jak wygląda kierowanie z opieki koordynowanej do specjalistów. To też już było w zeszłym roku robione, ale na małej próbce. Generalnie już widać trend spadkowy, jeżeli chodzi o liczbę skierowań do specjalistów w opiece koordynowanej, u tych, którzy realizują opiekę, w stosunku do tych, którzy nie realizują. Chciałbym też jeszcze, pewnie w przyszłym półroczu, zlecić analizę ruchu chorych po hospitalizacji z poradni i odmeldowanie się na SOR-y.

Ekspert NIL do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Krzysztof Zdobyłak:

To oczywiście odnosi się do opieki koordynowanej, ale jeśli chodzi o tę wielochorobowość, to tam wydajemy 3 razy więcej i większość placówek POZ, nawet jeśli jest w opiece koordynowanej, to jest w jednej, dwóch ścieżkach, nie w pięciu. Jakie są efekty tych 1,5 mld zł wydawanych na wielochorobowość i jak to jest mierzone?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tam jest po prostu zaszyty mechanizm niechodzenia do specjalisty. To jest po prostu czysty efekt systemowy. Nie dostaje się tych pieniędzy, jeżeli pacjenta wysyła się do specjalisty.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale czy państwo mają już wskaźniki. O to chodziło. Czy tak? Efekty, jeżeli chodzi o wielochorobowość...

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

W kontekście mierzenia chodzenia do specjalisty to jeszcze takiego pomiaru nie dokonaliśmy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam. A od kiedy jest wprowadzona ta wyższa stawka za prowadzenie pacjenta z wielochorobowością?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

W tym roku w czerwcu będzie 2 lata. Myślę, że to będzie czas, żeby to zmierzyć.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze by było, żeby właśnie w tej chwili to ocenić.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Odnosnie do chodzenia pacjentów do SOR, ja myślę, że to jest wieloczynnikowy problem i na pewno nie można tego zrzucić tylko na POZ. To jest też to, że często pacjenci po prostu

korzystają z krótszej ścieżki. Jeżeli dowiadują się, że mają czekać do specjalisty, na przykład, 6 czy 7 miesięcy, to idą do SOR z jakąś dolegliwością, którą zgłaszają, żeby dostać szybko diagnostykę, która niekoniecznie jest w zakresie POZ. Być może w tym POZ coś im zrobiono, natomiast szczególnie tam, gdzie nie ma opieki koordynowanej, już dalszej ścieżki dla tego pacjenta nie ma. Dlatego jest odsyłany albo nieodsyłany. Sam pacjent wie, przeczyta, że najlepszą diagnostykę dostanie na SOR-ze.

Zgadzam się z tym, że lekarze POZ czy rezydenci powinni dyżurować. Myślę, że to jest taki element, który został w systemie zapomniany. Wydaje mi się kształcenie na tym traci, że oni nie dyżurują. Powinniśmy iść nie tylko ścieżką jakby wygody nowego pokolenia lekarzy, ale tego, że muszą być wykształceni i znać się też na działaniu w trybie ostrym. Kiedy sam studiowałem, to był wtedy wymóg 6 dyżurów na rezydenturze, pamiętam. Miałem 6 dyżurów w ramach rezydentury, a nie 4 czy 2. A mówiąc szczerze, gdy byłem samodzielnym lekarzem na szpital, to wtedy najbardziej uczyłem się medycyny.

Pójdźmy dalej. Też zastanawialiśmy się nad takim pytaniem, czy faktycznie ten POZ jest taki zły. Słyszeliśmy tu przedstawicieli, że nie jest taki zły. Mówiąc szczerze, tak jak patrzymy na nakłady na ten POZ, to mamy ponad 180 mln porad rocznie udzielanych w POZ za 220 mld i zdaje się – nie powiem dokładnie – że trzykrotnie mniej porad w AOS-ie za bardzo podobną kwotę. Czy z tego powodu spadła nam liczba hospitalizacji albo skróciły się kolejki? Można się zastanowić, czy ten efekt płacenia AOS-owi za wszystko, co zrobi, zadziałał, bo wydaje się, że nie do końca. Dlatego jest wprowadzony ten efekt pierwszorazowości, że musi być jednak przyjętych trochę tych pacjentów pierwszorazowych, i ten odsetek ma być zwiększony zarządzeniem prezesa, bo mamy dużo pieniędzy, porad mamy jakoś adekwatnie, bo to są droższe porady, natomiast kolejki się nie skracają.

Jeżeli chodzi o wzmocnienie POZ infrastrukturalnie, to teraz skończył się pierwszy nabór na projekt FEnIKS, gdzie jest 100% finansowania z Unii Europejskiej. W tym projekcie są 2 mld. Na pierwszy nabór – nie chcę zmyślać – alokowane było około 30% tych 2 mld zł.

Koordynacja. Mamy teraz OK POZ. To wiadomo. Jest ustawa o KSK, no i druga ustawa o KSO, która też opiera się na koordynacji w opiece onkologicznej.

Ja bym tak od razu wszystkiego nie krytykował w czambuł, że zrobili coś i nie działa, bo wiemy, jak system opieki zdrowotnej... Pani przewodnicząca prowadziła szpital, ja też pracuję w systemie administracyjnie lat już chyba 14 i każda zmiana wymaga jednak takiego zejścia w dół i nauczania się – musicie nam przyjaść. Oczywiście ta propagacja jest, ale ona zabiera czas. To już widać po „KOS-zawale”, że teraz trzeba będzie twardszych narzędzi użyć, bo ta propagacja osiągnęła swoją granicę i więcej już nikt nie zmieni swojego systemu postępowania, jeżeli chodzi o leczenie zawału, oprócz zastentowania i odesłania w świat, a powinni jednak zająć się kompleksowo tym problem. Pewnie podobnie będzie w przyszłości z opieką koordynowaną w POZ.

Teraz jeszcze jeden element, który pewnie tutaj trochę wybrzmiał, ale nie do końca. To jest element dotyczący tego programu bilans zdrowia osoby dorosłej, stworzony trochę z kompilacji ankiety, którą pacjent wypełnia na IKP, albo z personelem medycznym, podobnie jak w „Profilaktyce 40+”, wygenerowaniem jakiejś listy badań, w zależności od tego, co w tej ankiecie wyjdzie pacjentowi.

Tu różnica jest taka, że następnie pacjent musi przyjść do POZ po to, żeby zrobić wizytę podsumowującą. To jest ten moment, kiedy tak naprawdę włączamy POZ na szeroką skalę – bo to będzie obowiązkowe do realizacji przez POZ – do tego, żeby zaangażowała się również w takie działania profilaktyczne, profilaktyki pierwotnej, jak i profilaktyki wtórnej, bo clou zakończenia tego programu jest indywidualny plan zdrowotny. Zadanie jest takie, żeby zaplanować interwencje prozdrowotne. Czy to będą u zupełnie zdrowego, młodego człowieka szczepienia, chociażby na grypę, to populacyjnie dobrze, żeby Polacy szczepili się na grypę i nawet ci zdrowi, młodzi nie roznosili tej grypy po rodzinie, po autobusach i po miejscach pracy, czy też wszystkie inne. Czyli u kobiet oczywiście cytologia, mammografia. U obu płci kolonoskopia, inne zalecane szczepienia – półpasiec czy pneumokoki. To wszystko w tym indywidualnym planie zdrowotnym musi się znaleźć.

Wydaje się, że dajemy narzędzie POZ – bo przecież głównie będą to robiły pielęgniarki, mamy nadzieję, i położne, profilaktycy – do zarządzania tak naprawdę zdrowiem tego pacjenta. Mówimy pacjentowi, ale tego człowieka, który jest zapisany do POZ i wytworzeniem też w społeczeństwie takiego zwyczaju, takiego rozumienia, że tą koordynacją i jakby tą profilaktyką zajmuje się

jego POZ i to jest jego zadanie, że gdy tam przychodzę co 5 lat, to dostanę cały zestaw badań i też mi powiedzą, co mam jeszcze zrobić, czego jeszcze nie, a gdy wykryją chorobę, to oczywiście muszę iść do tego lekarza, pogłębić diagnostykę i włączyć adekwatnie leczenie. Tak bardzo pokrótce chciałbym szybcutko powiedzieć...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie dyrektorze, bo to jest ważne, o czym teraz pan mówił. Nowy program, który zastępuje „Profilaktykę 40+”, rozumiem, że wchodzi od 1 maja. Czy tak? Od 5 maja wchodzi. Mogą korzystać z niego pacjenci od 20 roku...

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, od 20 r.ż. Górnej granicy nie ma...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Co 5 lat.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, do 49. Od 50 r.ż. co 3 lata są interwały.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

OK. Żeby wejść w system, w to badanie, to wystarczy wypełnić ankietę albo w IKP, albo u swojego lekarza rodzinnego. W przypadku wypełnienia w IKP, od razu generowane są skierowania. Czy tak? Tak to rozumiem.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Nie. Jest tylko generowana lista badań. Skierowanie jest poprzez kontakt z POZ, ale POZ dostaje powiadomienie, że pacjent wypełnił. I to może być na zasadzie telefonu, że proszę przyjść do poradni, do punktu pobrań, bo nie wszystkie placówki POZ mają punkty pobrań u siebie w gabinecie. Czasami mają te punkty pobrań w laboratoriach. Pacjent musi więc dowiedzieć się, gdzie pójść.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, że po wygenerowaniu musi być kontakt z POZ. A jeżeli pacjent nie wróci z tymi badaniami? Czy macie jakiś mechanizm?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

To jest mechanizm zachęcania po prostu, żeby zmotywować POZ, to znaczy, że zapłacimy na koniec.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A jak z finansowaniem, bo rozumiem, że to lekarz POZ otrzymuje te środki za diagnostykę i...

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak. Generalnie finansowanie wygląda w ten sposób, że płacimy na koniec całego procesu, czyli po wystawieniu tego planu zdrowotnego. Tak naprawdę osobie, nawet tej, która prowadzi ten bilans, czyli pielęgniarce POZ, powinno zależeć, żeby tego pacjenta ściągnąć po wykonaniu tych badań – zmierzyć, zważyć, zmierzyć obwód talii, zmierzyć ciśnienie. Powinno jej na tym zależeć, żeby po prostu otrzymać płatność.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. To jest ważne. Zachęcamy wszystkich pacjentów, a właściwie nie pacjentów, tylko wszystkich obywateli naszego kraju, żeby korzystali z tej możliwości. Czyli ci, którzy ukończyli 20 r.ż., od 5 maja mogą korzystać z tego nowego programu.

Konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Może trzeba to rozpropagować w mediach, żeby pacjenci to wiedzieli. Jest telewizja, różne programy...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

No właśnie. Ponieważ mamy kolejny temat zaplanowany w naszej podkomisji jako profilaktyka, będziemy prosić ministerstwo, żeby bardzo szczegółowo na ten temat poinformowało. Nasze spotkania, posiedzenia są transmitowane. Wiemy, że wiele posiedzeń pacjenci oglądają, dlatego też dopytuję o niektóre rzeczy, żeby ta informacja poszła, że jest taka możliwość, żeby pacjenci jednak korzystali. Czy jeszcze coś, panie dyrektorze?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Ja bardzo dużo wysłuchałem. Na pewno mój pracownik też słucha, więc będzie jakieś notatki robił, ale w przypadku niektórych postulatów oczywiście jest bardzo za.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. To ja bardzo serdecznie dziękuję za te informacje. Tradycyjnie wystąpimy do ministerstwa z konkretnymi wnioskami i zapytaniem, z prośbą o odpowiedź na pytania, których nie otrzymaliśmy.

Jeszcze jedno, ale myślę, że może państwo nam to przygotujecie na kolejne posiedzenie, ponieważ tu państwo zwracali uwagę, że nierównomiernie rozłożone są te placówki POZ, które realizują opiekę koordynowaną. Jak wygląda mapa na terenie kraju? Czy to jest koncentracja w dużych miejscowościach, czy też... Taką informację albo nawet mapkę, gdyby państwo nam wygenerowali, żebyśmy mieli taki obraz. To ja w takim razie bardzo serdecznie dziękuję.

Dziękuję państwu, zaproszonym gościom, państwu specjalistom, bo naprawdę państwa głos jest niezwykle cenny. Tak jak powiedziałam, dla nas to jest ogromna wiedza, której nabywamy i którą potem próbujemy wykorzystywać w naszej działalności, ale też dla tych, którzy nas obserwują, bo są ciekawi tego, co się dzieje na posiedzeniu podkomisji, a dowiadują się wielu rzeczy, z których później mogą korzystać. Tak więc bardzo serdecznie dziękuję za ten bardzo ważny, poświęcony dla nas czas. Dziękuję i zachęcamy do udziału w kolejnych posiedzeniach.

Konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Pani przewodnicząca, ponieważ jestem konsultantem krajowym do spraw chorób wewnętrznych, mam taką prośbę. Czy można byłoby taką debatę zorganizować albo porozmawiać na temat sytuacji w ogóle interny w Polsce i chorób wewnętrznych? My na razie mówimy o POZ, ale naprawdę jest dramatyczna sytuacja w oddziałach chorób wewnętrznych, podobnie zresztą w chirurgii. Myślę, że taka debata miałaby naprawdę bardzo duże znaczenie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Właśnie pan poseł Kapinos mi podpowiada, że niedługo będziemy przygotowywać projekt pracy podkomisji na kolejne półrocze, postaramy się więc uwzględnić ten temat. Bardzo serdecznie państwu dziękuję.

Na tym kończymy posiedzenie podkomisji.