

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 2)
z dnia 19 marca 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 2)

19 marca 2024 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji do 31 lipca 2024 r.;
- rozpatrzenie informacji na temat kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia (liczba i potrzeby) w podziale na poszczególne grupy zawodowe i specjalności – stan na 31 grudnia 2023 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Mariusz Klencki** dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia ze współpracownikiem, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Mateusz Józef Chmielarz** sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Tomasz Dybek** prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikiem, **Kamilla Gólc** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Beata Guzak** dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, **Greta Kanownik** ekspert Polskiej Federacji Szpitali, **Klaudiusz Komor** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikiem, **Krystian Karol Krasowski** prezes zarządu Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia, **Paweł Łangowski** ekspert Pracodawców RP, **Dorota Ronek** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Grzegorz Święch** przewodniczący Komisji Krajowej Związku Zawodowego Pracowników Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień, **Emilia Szyszkowska** ekspert BCC, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownik Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na pierwszym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Bardzo mi miło, że państwo zechcieli przyjąć zaproszenie.

Bardzo serdecznie witam państwa posłów, którzy zdecydowali się na pracę w podkomisji do spraw organizacji ochrony zdrowia. Pozwolę państwu, że przedstawię posłów, którzy będą pracowali w tej podkomisji. Są z nami: pan poseł Krzysztof Bojarski – tak w porządku alfabetycznym – pan poseł Fryderyk Kapinos, pani poseł Elżbieta Gelert, pani poseł Elżbieta Polak – witamy serdecznie, pani poseł Ewa Szymanowska i pan poseł Patryk Wicher. W składzie podkomisji jest też pani poseł Jolanta Zięba-Gzik. Miło nam. Tak, jest pan poseł Wicher. Zapraszamy.

Szanowni państwo, dziękuję też za przyjęcie zaproszenia przez państwa. Obecność państwa świadczy o tym, że kwestie, którymi będziemy zajmować się w ramach prac podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia, są bardzo ważne.

Nazwa podkomisji wskazuje, że zakres prac naszej podkomisji jest bardzo duży. Szanowni państwo, wiemy, że tych problemów występujących w ochronie zdrowia nadal jest bardzo dużo. Mimo bardzo dużego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w ostatnich latach nie zostały rozwiązane te problemy, które są najbardziej dotkliwe dla pacjentów i na rozwiązanie których pacjenci bardzo czekają, a mianowicie zwiększenie dostępności do świadczeń, również poprawa jakości świadczeń, chociaż poprawa jakości to jest też dostępność do świadczeń. Myślę więc, że ten obszar wymaga innego spojrzenia, przeorganizowania. Spojrzenia może trochę szerzej na kwestie organizacyjne – i takimi kwestiami chcemy się w trakcie prac podkomisji stałej zajmować.

Dzisiejsze posiedzenie podkomisji poświęcone jest omówieniu i przyjęciu planu pracy do 31 lipca 2024 r. oraz chcielibyśmy na wstępie porozmawiać na temat kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia. Wiemy, że aby system mógł sprawnie działać, to musimy również dysponować odpowiednią liczbą kadry medycznej posiadającej odpowiednie kwalifikacje – i to jest jakby baza, podstawa do funkcjonowania tego systemu. Zatem w trakcie dzisiejszego posiedzenia tak wstępnie omówimy ten temat.

Ja bardzo serdecznie dziękuję przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia, którzy są w tej chwili tutaj na sali. Witamy pana dyrektora departamentu. Rozumiem, że pan dyrektor departamentu, pan Mariusz Klencki, będzie przedstawiał nam stanowisko Ministerstwa Zdrowia w tej kwestii. Bardzo doceniając udział pana dyrektora, nieco ubolewam, że nie ma nikogo z przedstawicielstwa kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, bo wydaje mi się, że temat jest na tyle ważny, że przedstawiciele kierownictwa powinni zaszczyścić nas swoją obecnością. Mam jednak nadzieję, że przy następnym posiedzeniu podkomisji będą.

Czy są uwagi do proponowanego porządku obrad? Państwo posłowie, czy mają państwo uwagi do proponowanego porządku obrad. Nie widzę zgłoszeń. W takim razie przyjmujemy ten zaproponowany porządek obrad i przystępujemy do pierwszego punktu.

Państwo posłowie otrzymali w systemie elektronicznym materiały dotyczące planu pracy podkomisji na pierwsze półrocze tego roku. Te materiały były dostępne. Ja pozwolę sobie odczytać proponowany przez nas, ale też przy współpracy z prezydium Komisji Zdrowia, plan pracy podkomisji do końca lipca tego roku. Oczywiście chciałabym poddać go pod dyskusję. To jest materiał roboczy i bardzo proszę państwa posłów o stanowisko w tej kwestii, ale również prosiłabym państwa o ewentualne uwagi.

Pozwolę sobie ten program państwu zaprezentować. W pierwszym miesiącu, marcu, zajmowalibyśmy się tym tematem, który jest przewidziany na dzisiejsze posiedzenie. To jest informacja ministra zdrowia na temat kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia (liczba i potrzeby), w podziale na poszczególne grupy zawodowe i specjalności, stan na 31 grudnia 2023 r. W kwietniu – informacja na temat systemu kształcenia przeddyplomowego, w szczególności aktualnej liczby studentów, liczby uczelni kształcących w poszczególnych zawodach medycznych. Maj – informacja ministra zdrowia w sprawie systemu kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych i proponowanych zmian w tym zakresie. Czerwiec – informacja ministra zdrowia w sprawie cyfryzacji w ochronie zdrowia, stan aktualny, perspektywy rozwoju i możliwe zagrożenia. I na lipiec informacja ministra zdrowia w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia.

Tak jak państwu powiedziałam na wstępie, proponuję, żebyśmy zajęli się właśnie analizą aktualnej sytuacji, jeżeli chodzi o kadry medyczne, i też perspektywami, w jakim kierunku będzie zmierzać, zarówno jeśli chodzi o ilość, jak i jakość kształcenia, jakie są proponowane zmiany w tym zakresie – bo tak jak powiedziałam, kadra medyczna to jest podstawa funkcjonowania systemu. Oczywiście inne, pozostałe, elementy są niezwykle ważne, ale bez odpowiednio wykształconej kadry system na pewno działał nie będzie. Dlatego też proponuję skupić się właśnie na ocenie zasobów kadrowych w systemie ochrony zdrowia, a później przejdziemy do tych tematów, które wymagają zmian organizacyjnych i ewentualnie wypracowania jakiegoś rozwiązania, które moglibyśmy rekomendować czy Komisji Zdrowia już na posiedzeniu Komisji Zdrowia, czy też Ministerstwu Zdrowia.

Poddaję ten program dyskusji. Czy państwo mają jakieś uwagi? Bardzo proszę. Może na początek, jeżeli państwo posłowie mają uwagi – bardzo proszę. Pani poseł chyba. Czy tak? Pani poseł Elżbieta Gelert, bardzo proszę.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Nie, nie. Ja myślę, że z chęcią wysłucham strony ministerialnej i może wtedy ewentualnie...

A, o planie pracy. Na to półrocze to jak najbardziej zgadzam się z panią przewodniczącą. To, co zaproponowała. Natomiast na drugie półrocze – ale to już może wybiegam. Ponieważ w lipcu kończy się informacja ministra w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia, dobrze by było, gdybyśmy w następnym półroczu przeszli do omawiania poszczególnych organizacji w służbie zdrowia, czyli zaczynając od POZ, poprzez specjalistykę i poprzez szpitalnictwo, jakie są plany odnośnie do poszczególnych zakresów działań. To może w przyszłym półroczu. Natomiast w tym jak najbardziej możemy kontynuować cały czas sprawę kadr, bo jest ważna i istotna. Zresztą cyfryzacja też.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze? Bardzo proszę.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Wydaje mi się, że absolutnie powinniśmy zacząć właśnie od tematu kadr medycznych – z kilku względów. Przede wszystkim z takiego, że proces zmian w tym obszarze jest długotrwały. Zwłaszcza jeżeli mówimy o kadrze lekarskiej, to musimy sobie zdawać sprawę z tego, że uruchomienie pewnych działań zacznie skutkować dopiero za kilka, a nawet – jeżeli mówimy o specjalistach – kilkanaście lat. Z mojej perspektywy jako również zarządzającego szpitalem jest to jeden z istotniejszych elementów pozwalających na dobrą organizację pracy w szpitalu.

W tym obszarze mam sporo różnych spostrzeżeń, jakby wynikających z mojego doświadczenia. Mam nawet taką lekką obawę, że ten temat jest na tyle szeroki, że dwa posiedzenia to będzie dla nas troszkę za mało, bo mam nadzieję, że nie będziemy rozmawiać tylko o lekarzach i o pielęgniarzach. W mojej ocenie przed nami ogromna dyskusja dotycząca roli innych zawodów medycznych w szpitalach. Myślę tu o farmaceutach, o diagnostach laboratoryjnych i tworzących się nowych zawodach medycznych. Myślę więc, pani przewodnicząca, że będziemy pewnie potrzebowali więcej czasu, ale zawsze będzie czas i możliwość korekty, gdyby się okazało, że te tematy wymagają dalszego zgłębienia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani poseł Polak.

Posel Elżbieta Anna Polak (KO):

Dzień dobry państwu.

Ja chciałabym zaproponować do tego planu na początek kompleksową ocenę efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia w Polsce. Mamy do wykonania w ramach KPO 48 reform, w tym m.in. reformę w systemie ochrony zdrowia – jest przygotowywana rewizja KPO. I jako taki podzespół do spraw organizacji systemu – myślę, że na początek jest konieczna kompleksowa ocena efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja bardzo serdecznie dziękuję za tę propozycję, natomiast to jest bardzo szeroki temat, bo jeżeli chodzi o cenę dostępności, jakości, to musielibyśmy zdefiniować odpowiednie mierniki. Ocena to też m.in. kadry medyczne, więc ja myślę, pani poseł, że... Rozumiem, tylko że musielibyśmy to wprowadzić w któryś punkt. Jeżeli więc by pani zdefiniowała to dokładniej, to... Czy pani oczekuje, żebyśmy zajęli się tym w pierwszym półroczu, czy później? Bo ja myślę, że kadry – to, na co państwo tutaj zwrócili uwagę – są niezwykle ważne. To jest nie tylko kwestia ilości systemu kształcenia przed- i podyplomowego,

ale może też kwestia kwalifikacji i migracji różnych kompetencji między poszczególnymi grupami zawodowymi. To jest istotne, bo ja myślę, że to może też wpłynąć na poprawę jakości czy dostępności do świadczeń. Jeżeli przyjrzymy się pewnym kompetencjom, to one są w tej chwili jakby zaanektowane przez pewne grupy zawodowe czy przypisane formalnoprawnie do konkretnych grup zawodowych. Jednak wiemy, że w toku kształcenia przedstawiciele różnych zawodów medycznych nabywają pewnych kompetencji, które nakładają się między zawodami. Ten obszar jest więc niezwykle ważny, żeby wykorzystać cały potencjał.

Myślę, że mamy cztery lata przed sobą – tak się wydaje. I taka dogłębna analiza zasobów kadrowych z oceną systemu kształcenia przed-, jak i podyplomowego, również określeniem kompetencji poszczególnych grup zawodowych – zrobienie takiej bazy będzie później dobrą pozycją wyjściową do pracy nad chociażby takimi obszarami, o których państwo mówili i o których tu pani poseł mówi. Proponuję zatem, żebyśmy może w drugim półroczu na przykład szerzej ten temat omówili, a teraz skupili się na tych kadrach medycznych. Czy może tak być, pani poseł?

Poseł Elżbieta Anna Polak (KO):

Ja nie będę się upierać, ale uważam, że skoro mamy zająć się organizacją ochrony zdrowia, to takim punktem wyjścia jest ocena obecnego stanu dostępności, jakości całego systemu, bo przygotowywana jest reforma, która jest podstawą w „Krajowym planie odbudowy” realizacji kluczowych inwestycji, które są tam wpisane – 280 modernizacji szpitali, 300 szpitali otrzyma nowy sprzęt. Żeby ocenić jakość tych reform, to powinniśmy zrobić taki audyt tego, co mamy na dzień dzisiejszy w tym systemie, bo organizacja ochrony zdrowia nie zależy tylko od kadr – takie mam przekonanie. Oczywiście myślę, że wspólnie ustalimy, czym się najpierw zajmiemy, bo to nie tylko system kształcenia jest miernikiem jakości i dostępności w polskim systemie ochrony zdrowia, nie tylko kadry, ale również zasoby, cała infrastruktura. Należałoby cały system poznać...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

W mojej ocenie jest to temat, którym generalnie powinniśmy się zajmować przez cztery lata. Ale dobrze, pani poseł, ja proponuję takie rozwiązanie. Proszę przedstawić na piśmie, żeby nie było jakichś przekłamań czy innej interpretacji i spróbujemy ten temat albo w lipcu, kiedy jest wstęp do planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia... Zresztą prześlemy do Ministerstwa Zdrowia, żeby nam odpowiednie materiały przygotowali, bo zebranie takich szczegółowych materiałów na pewno wymaga trochę pracy, więc i czasu.

Myślę zatem, że pierwsze trzy czy cztery miesiące poświęcimy tym tematom, które państwu dzisiaj proponuję, a później, w lipcu, przygotowalibyśmy taką analizę systemową zasobów ogólnie systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem, jak pani mówiła, dostępności, jakości, zasobów rzeczowych, instytucji. To jest bardzo pojemny temat. Tak więc jak najbardziej. Dziękuję bardzo.

Czy pan poseł ma jeszcze jakieś...

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Uważam, że plan jest bardzo dobry. Zaczniemy od tego i skupmy się na tych wszystkich informacjach, bo tych informacji jest bardzo dużo. No i też ministerstwo musi pracować. Oprócz tego, że musi nam przygotowywać informacje, to musi pracować, działać i funkcjonować. W związku z powyższym pracujemy nad tymi punktami. Myślę, że będziemy mieli co robić.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Dziękuję.

W takim razie, szanowni państwo członkowie podkomisji, bardzo proszę o stanowisko. Czy państwo są za przyjęciem? Kto z państwa jest za przyjęciem? Albo kto jest przeciw? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie plan pracy został przyjęty.

Przechodzimy do punktu drugiego. Rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia, liczba i potrzeby, w podziale na poszczególne grupy zawodowe specjalności. Uprzejmie proszę o przedstawienie stanu na dzień 31 grudnia. Bardzo proszę, pan dyrektor Klencki.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Mariusz Klencki:

Bardzo dziękuję.

Pani przewodnicząca, państwo posłowie, szanowni goście, pozwoliliśmy sobie przesłać na to posiedzenie materiał analityczny, który był przygotowany w Ministerstwie Zdrowia. Wydaje mi się, że on wymaga trochę komentarza, bo chyba trochę różni się od tego, co zwykle w przestrzeni publicznej jest przetwarzane w kontekście analizy zasobów kadrowych w systemie. Mianowicie chciałem zwrócić uwagę na to, że ten materiał jest chyba najbardziej konserwatywnym materiałem. To znaczy on będzie pokazywać prawdopodobnie najmniejsze liczby z tych, które krążą w różnych publikacjach, dlatego że on jest na przykładzie najliczniejszej grupy, czyli lekarzy... On jest skupiony... Tak, przepraszam. Jak to powiedziałem, to czułem, że zrobiłem małe faux pas.

Na przykładzie lekarzy – powiem tak. Zwykle analizujemy liczbę osób, które mają prawo wykonywania zawodu w kontekście analizy, jakie mamy zasoby kadrowe. W tych materiałach mamy analizę, ile osób faktycznie pracuje, bo można mieć prawo wykonywania zawodu, a nie funkcjonować w systemie ochrony zdrowia. Prawda? Tak więc ten materiał z tego powodu jest konserwatywny, tak jak powiedziałem. A w tym kontekście warto też powiedzieć, że te dane pokazują dobrze, że jednak takie funkcjonujące w świadomości publicznej przeświadczenie, że mamy bardzo mało lekarzy, przy takich informacjach, które już od wielu lat funkcjonowały, że mamy na tle innych krajów europejskich wskaźnik 2,4 na 100 tys. mieszkańców, nie znajduje rzeczywiście pokrycia w faktach. Tak naprawdę mamy tych lekarzy więcej, i to funkcjonujących – podkreślę. Według danych, które mamy z Departamentu Analiz, to jest 3,6. Jeśli popatrzymy na wskaźniki krajów OECD czy krajów europejskich, to mieścimy się właściwie w środku stawki, w dobrym towarzystwie. Można więc powiedzieć...

Oczywiście trzeba podkreślić, że jest to też skutek tego, że od lat, diagnozując ten problem niedoboru kadry lekarskiej, podejmowano kroki, żeby zwiększyć generowanie nowych lekarzy i kierowanie ich do systemu. Odzwierciedlenie tego trendu widać w tych danych. Mamy informację, że między rokiem 2019 a 2022 liczba aktywnych lekarzy zwiększyła się o 8%. To jest dużo, uważam.

Oczywiście nie jest tak... Bo to są dane analizowane w kontekście całego kraju – trzeba jednak pamiętać, że w różnych regionach kraju będziemy mieć różne nasycenie lekarzami i wiadomo, że największe jest w województwie mazowieckim i pewnie w Warszawie. To od lat się nie zmienia. W mazowieckim na 100 tys. ludności mamy lekarzy 577, no 578 – to ułamki – podczas gdy mamy województwa, gdzie to nasycenie jest ponad dwa razy mniejsze, jeśli chodzi o lekarzy. Ale trzeba też powiedzieć, że w tych województwach, gdzie mamy tych lekarzy mniej, też obserwujemy wzrost na przestrzeni tych ostatnich lat, między 2019 r. a 2020 r.

Pewnie warto podkreślić, że to rozproszenie czy rozszerzenie bazy kształcenia lekarzy – pojawiły się ośrodki kształcące na kierunku lekarskim w województwach, w których takich miejsc nie było, jak warmińsko-mazurskie czy podkarpackie – też ułatwia trochę to zwiększanie nasycenia w tych miejscach. Taki efekt oczywiście nie jest sztywny, bo to nie jest tak, że jeśli ktoś studiuje w danym województwie, to w tym województwie będzie potem wykonywać swój zawód, i to jest prawda uniwersalna, ale wiadomo, że pewien wpływ to ma.

W tych materiałach widać też dane dotyczące struktury wiekowej lekarzy. Tutaj też mamy optymistyczne informacje, bo dzięki temu zwiększaniu liczby studentów, liczby osób studiujących na kierunku lekarskim mamy ten efekt wzrostu frakcji tych lekarzy, którzy są stosunkowo młodzi. Czyli teza, że mamy starzejącą się populację lekarzy, nie do końca jest prawdziwa.

Średnia wieku lekarzy praktykujących, pracujących w systemie jest dość wysoka, ale to też wynika z tego, że lekarze pracują często nawet na emeryturze i oni oczywiście do średniej się liczą. To samo w sobie nie jest nic złego. Trzeba po prostu podejść do tej średniej w taki sposób, że opisuje to, co w systemie się dzieje, ale to nie znaczy, że z powodu tej średniej mamy jakiś alarm, że po prostu populacja lekarzy nam się starzeje.

W tych materiałach też pięknie jest pokazany wykres, jak na przestrzeni od 2005 r. do 2022 r. rosła bardzo dynamicznie liczba miejsc na kierunkach lekarskich, których limity są co roku ogłaszane. To jest na przestrzeni tych lat wzrost o 162%, czyli ponad 2,5 razy zwiększyła się nam liczba miejsc, gdzie możemy lekarzy kształcić.

Tutaj mała dygresja, dlatego że my do tej pory właściwie koncentrowaliśmy się na tych miejscach, w których można studiować, ale trochę mniejszą uwagę przywiązaliśmy do kadry, która kształci lekarzy. Wydaje mi się, że na ten aspekt będziemy naszą uwagę kierować w resorcie, bo trzeba też powiedzieć, że siły kadry dydaktycznej na uczelniach to muszą być lekarze w wielu przypadkach, w wielu przedmiotach. Uczelnia przestała być konkurencyjnym miejscem pracy dla lekarzy. Chodzi o strukturę zarobków. Myślę więc, że temu problemowi w najbliższych latach trzeba będzie poświęcić trochę większą uwagę.

Departament Analiz spróbował dokonać takiego jakby karkołomnego zadania, czyli przewidzieć przyszłość. To zawsze jest trudne, jeśli chcemy analizować, co będzie w przyszłości. Stworzono taki model, w którym są analizowane przy pewnych założeniach trendy, po pierwsze, napływu, czyli brzydko mówiąc – podaży lekarzy i popytu. Podaż, chyba z racji tego, że ten proces trwa, możemy...

Tak jak pan poseł zauważył słusznie, ktoś zaczyna studia, a tak naprawdę jest lekarzem po specjalizacji po dziesięciu latach, czy nawet czasami dłużej. No tak, to zależy, jak długo trwa specjalizacja itd. Zatem to trwa i my, ponieważ wiemy, ile osób jest w tej chwili na pierwszym, drugim roku studiów, możemy racjonalnie zakładać, ilu będziemy mieć lekarzy specjalistów za dziesięć lat, modelować to.

Natomiast zakładanie, jaki będzie popyt na lekarzy, jest już dużo trudniejsze, dlatego że dużo zależy od tego, jak będzie zorganizowany system ochrony zdrowia, jaka będzie w nim funkcja lekarza, jakie będą środki techniczne wspomaganie, jakie będzie obciążenie chociażby czystą pracą biurokratyczną, którą lekarze też wykonują. To oczywiście jest dużo słabsza strona tego modelu. W związku z tym znajdują państwo zresztą w tym materiale takie zdania, które zastrzegają, że ta część tego modelu jest po prostu niepewna. Jednak przy różnych założeniach ta analiza i tak pokazuje raczej optymistyczne wydarzenia, mianowicie, że... To znaczy zależy, z jakiego punktu widzenia. Z punktu widzenia pacjentów raczej tak, bo wygląda na to, że za parę lat powinniśmy mieć zjawisko nienotowane w dziejach, czyli że będziemy mieć nadpodaż lekarzy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tylko do jakiego poziomu.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Tak. To jest właśnie to zastrzeżenie, które poczyniłem, bo my dalej, prawda... Rodzaj pracy lekarza... Bo mówimy o tym co będzie za pięć, dziesięć lat – tak naprawdę to lekarz może już wykonywać trochę inne funkcje. Tak sobie wyobrażam, że sztuczna inteligencja zacznie wkraczać i może się okazać, że rola lekarza też będzie musiała w systemie trochę się zmienić. To też zależy od tego, o jakiej specjalności mówimy, o jakim typie wykonywania zawodu.

Jeśli chodzi jeszcze o te analizy liczby dostępnych lekarzy, to może warto wtrącić taką małą dygresję, ale ona w sumie trochę wiąże się z liczbą lekarzy funkcjonujących w Polsce. Mianowicie mamy jednak olbrzymi napływ lekarzy z Ukrainy. Olbrzymi. To jest już w tej chwili ok. 6 tys. takich wniosków o tę możliwość tego uproszczonego wpuszczenia ukraińskich lekarzy do wykonywania zawodu. Będzie ona przedłużona do końca czerwca, na razie przynajmniej, więc tych wniosków jeszcze trochę napłynie prawdopodobnie.

Pytanie, czy to jest dobrze, czy źle. Powiem tak, że kraje ościennie, takie jak Czechy, nam zazdroszczą, że tak nam udało się zrobić, dlatego że przede wszystkim ci lekarze stanowią siłę fachową do tego, żeby zajmować się uchodźcami. Trzeba tym pamiętać, że mamy sporo pacjentów, którzy nie mówią po polsku, którzy dużo lepiej czują się wtedy, kiedy nimi opiekuje się lekarz, który mówi w ich ojczystym języku. Oczywiście to rodzi różne kłopoty, bo oni z kolei muszą komunikować się z innymi profesjonalistami, jeśli pracują w szpitalu itd., ale to jest generalnie na plus. Natomiast trzeba sobie zdawać

sprawę z tego, że po tych pięciu latach część z tych lekarzy wróci prawdopodobnie do Ukrainy, ale część zostanie. Czesi spekulują, że to będzie 70–80%.

Teraz znowu – czy to dobrze, czy źle? Musimy również pamiętać o tym, że pacjenci też zostaną. To znaczy ci Ukraińcy, szczególnie ci, którzy będą mieli jakieś choroby przewlekłe, w przypadku których, jak można zakładać, poziom opieki zdrowotnej w Polsce będzie wyższy niż w Ukrainie, będą chcieli zostać u nas również, więc ta siła też nam się przyda, patrząc z tego punktu widzenia. To jest taka dygresja, ale ponieważ to są liczby w tysiącach liczone, to one wpływają trochę na obraz.

Jeśli chodzi o kształcenie specjalizacyjne, to tutaj jakby symetrycznie do tego wzrostu liczby osób kończących kierunki lekarskie mamy też wzrost liczby...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze, ale my kształcenie podyplomowe proponujemy na oddzielnym spotkaniu. Chcieliśmy tylko ogólne dane. System kształcenia przed i po będziemy później omawiać, w kontekście nawet tych kompetencji. Natomiast sama ocena...

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Dobrze. Oczywiście.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli rozumiem, że jeżeli chodzi o zawód lekarski, przedstawiciele zawodu lekarskiego, to wszystko.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Tak. To teraz bym...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

I kolejne, bo wiemy, że przecież system ochrony zdrowia to wiele bardzo ważnych zawodów.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

To teraz najbardziej liczna grupa, czyli pielęgniarzy i położne.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Nie ukrywam, że powiało tutaj optymizmem i trochę tak...

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Prawda?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

I to bardzo dużym optymizmem. Do niedawna słyszeliśmy zewsząd, że jest za mało. Może jeszcze zanim zamkniemy tę część informacji, to odnośnie do tego wskaźnika, według którego jesteśmy porównywani z innymi krajami Unii Europejskiej czy w ogóle na świecie. Oczywiście pan wspominał, że my do tej pory posługiwaliśmy się wskaźnikiem według Eurostatu, że mamy 2,4. Wiemy, jaka jest metodologia liczenia tego wskaźnika, jeżeli chodzi o te dane. Natomiast państwo przedstawiając nam tutaj 3,6 średnio lekarza na 100 tys. Mieszkańców, bierzecie pod uwagę wszystkich lekarzy, którzy w ogóle mają kwalifikacje, czy pracujących w systemie? Tak?

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Właśnie nie. Chciałem powiedzieć, że tych, którzy pracują. To jest weryfikowane przez analizę danych ZUS.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czy to w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych, czy prywatny sektor też?

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Nie tylko. Prywatny sektor też, ale tutaj są dane na ten temat, że jednak znaczna większość lekarzy funkcjonuje w sektorze publicznym w jakimś...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, tylko żebyśmy mieli pewną jasność, jeżeli chodzi...

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

To wszyscy lekarze.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem. Czyli tutaj państwo nam pokazujecie, że jest to 3,6 lekarza, tak brzydko mówiąc, na 100 tys. mieszkańców...

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Tak.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Natomiast jeżeli bierzemy udział w różnego rodzaju rankingach, gdzie porównujemy się na arenie międzynarodowej, chyba ten wskaźnik według Eurostatu jest brany pod uwagę – czy coś się tu zmieniło? Ja pamiętam, że jeżeli chodzi o ten... Dobrze. Myślę, że przy okazji nam to państwo wytłumaczycie, bo my możemy tutaj sobie podawać takie dane, a za chwilę okaże się, że będą międzynarodowe dane, które zupełnie nijak mają się do tego, o czym my mówimy tutaj.

Dobrze, przejdźmy do kolejnych zawodów, a później w dyskusji może to będziemy omawiać. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

To teraz kolejna grupa zawodowa, czyli pielęgniarki i położne. Tutaj te dane niestety są mniej optymistyczne, dlatego że wskazują, iż w ostatnich latach, a także dającej się przewidzieć najbliższej przyszłości, liczba pielęgniarek funkcjonujących, czyli osiągniętych wiek emerytalny, będzie większa niż liczba pielęgniarek, które kończą studia i wchodzi do zawodu. Czyli nie mamy tej zastępowalności pokoleniowej, jak można by powiedzieć.

Ta luka będzie się zmniejszała. To jest optymistyczna wiadomość, że ten rozróżnienie pomiędzy pielęgniarkami odchodzącymi z zawodu z powodu wieku i tymi, które wchodzi do zawodu, będzie się zmniejszać. Jednak nie osiągniemy stanu równowagi jeszcze przynajmniej w ciągu najbliższego roku czy pewnie i dwóch. Trend jest jakby pozytywny, ale jeszcze nie mamy tego stanu, który chcielibyśmy mieć.

Podobnie jest, jeśli chodzi o położne. Też jest ten rozróżnienie pomiędzy... Tutaj oczywiście jest też kwestia analizy potrzeb, bo biorąc pod uwagę problemy demograficzne, jakie mamy, spadającą liczbę porodów, trzeba przyjąć, że liczba położnych potrzebnych w systemie zapewne nie rośnie stosownie do tego. W związku z tym sytuacja może nie być tak dramatyczna w sensie obsady oddziałów położniczych.

Nie wiem, czy to jest dobry moment, ale ja bym wspomniał o działaniach, które mają poprawić tę sytuację, bo tych działań trochę ostatnimi czasy było. Po pierwsze, rozszerzenie katalogu kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych o nowe uprawnienia, chociażby ordynację, wystawianie recept samodzielnie, wystawianie skierowań na badania diagnostyczne, udzielanie porad w POZ oraz w AOS, kwalifikowanie do szczepień, uprawnienia do stwierdzenia zgonu w ramach czynności ratunkowych czy nowe specjalizacje – może to bardziej zachęcająco brzmi od strony pielęgniarek.

Mamy też wzmocnienie roli pielęgniarek i położnych w systemie w ramach unijnego projektu REACT dla obszaru zdrowia lub realizowany przez samorząd zawodowy projekt „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” z konkretnym z wsparciem finansowym na kwotę ponad 112 mln zł – to jest na pewno wsparcie; dofinansowanie szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek i położnych w ubiegłym roku – 10 mln zł; planowane środki na wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w wysokości 84 mln zł w ramach nowej perspektywy FERS; system zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych właśnie w pielęgniarstwie i położnictwie w ramach „Krajowego planu odbudowy”.

Ministerstwo Zdrowia współpracuje z przedstawicielami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych przy opracowaniu kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem poziomu ich wykształcenia. Trwają też prace dotyczące

projektów przepisów regulujących zawody pielęgniarstwa i położnej. To będzie zmiana ustawy dotycząca m.in. kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych, kształcenia podyplomowego. Tak więc są podejmowane działania, które mają zachęcić i wspomóc tę grupę zawodową.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Kolejna jeszcze.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Kolejna. Nie chcę nikogo urazić, ale to kolejność przypadkowa.

Diagności laboratoryjni. Liczba diagnostów zwiększa się – pomiędzy rokiem 2022 a 2019 o ok. 6%. Trochę mniej niż lekarzy, ale wzrost też wyraźnie widać. Liczba diagnostów wchodzących na rynek pracy będzie przewyższać liczbę diagnostów, którzy będą odchodzić z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego, zakładając oczywiście, że odchodzą, bo to nie jest przecież obowiązkowe. Zatem mamy sytuację dosyć stabilną, jeśli chodzi o diagnostów laboratoryjnych. Szkolenie podyplomowe to, jak rozumiem, odrębnie, więc o tym nie będę szerzej mówić.

Fizjoterapeuci – również nam wzrosła liczba i to dużo bardziej, o 17%. Oczywiście jeśli chodzi o zastępowalność pokoleniową, to też mamy bardzo dobre wskaźniki, że mamy przewagę wchodzących nad tymi, którzy opuszczają. To jest też trochę pochodną tego, że mamy ustawę o zawodzie fizjoterapeuty. Moim zdaniem to dało ten impuls wzrostowy i dlatego po prostu mamy więcej osób, które mają prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Ta regulacja zawodu też niewątpliwie podniosła rangę i zachęciła. Co ciekawe, liczba studentów na kierunku fizjoterapii wcale nie wzrosła, tylko trochę zmalała, ale to dalej nie stanowi zagrożenia, jeśli chodzi o uzupełnianie. Może to jest kwestia...

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Szkolenia pięcioletniego.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Tak. Chociaż to chyba na liczbę nie powinno wpływać, bo przypuszczam, że jest liczone sumarycznie.

Jeśli chodzi o farmaceutów, to również mamy optymistyczne wieści, że pomiędzy rokiem 2019 a 2022 wzrosła ona o 8%, czyli trochę analogiczny do tego, jak wygląda sytuacja u lekarzy. Zatem też nie widać jakichś zagrożeń na horyzoncie, jeśli chodzi o tę grupę zawodową.

Jeśli chodzi o pozostałe grupy zawodowe, to nie jest to tak łatwo powiedzieć. My w tych materiałach ich nie uwzględniliśmy, dlatego że właściwie dopiero teraz, w końcu marca, wchodzi w życie ustawa o niektórych zawodach medycznych. Konkretnie 26 marca. Ona definiuje 15 zawodów, takich jak elektroradiolog czy asystentka stomatologiczna, optometrysta, technik, protetyk słuchu itd. Nie będę wszystkich wymieniać, ale chciałbym powiedzieć, że do tej pory, ponieważ nie było takiej ustawy, nie było centralnego rejestru i my nie mamy pewnych, wiarygodnych informacji na temat liczby osób pracujących w poszczególnych zawodach. No i też trudno w związku z tym analitycznie śledzić, jak to się w czasie zmienia. To dopiero dzięki tej ustawie będzie można.

Ta ustawa przewiduje też centralny rejestr osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego. Oni będą w ten rejestr wpisywani, więc to już nie będzie tak jak w przypadku tych grup, które wymieniałem wcześniej, że każda z nich ma swój. Oni będą w tym jednym rejestrze i dzięki temu będziemy mogli jakby bardziej analitycznie podejść do tego zagadnienia. To wszystko.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Czy to wszystko? Dziękuję bardzo.

Dziękuję za przygotowany materiał, rzeczywiście optymistyczny. Myślę, że nie budzi to jakichś innych reakcji, bo do tej pory zawsze do nas kierowano informacje, że mamy za mało lekarzy, za mało pielęgniarek. W przypadku pielęgniarek to się potwierdza, że jednak jest ta luka dosyć spora, natomiast w pozostałych zawodach medycznych, jak wynika z informacji uzyskanych od Ministerstwa Zdrowia, generalnie poziom zabezpieczenia w kadrę medyczną jest wystarczający.

Rozpoczynamy dyskusję. Bardzo proszę, państwo posłowie. Na początku pan Fryderyk Kapinos. Proszę.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja również dziękuję za tę informację. Jednak tak patrzę na to moje województwo podkarpackie, gdzie jest lekarzy 292,9 na 100 tys. mieszkańców – i to jest o połowę mniej niż w województwie mazowieckim, gdzie jest 577,8. Ja się cieszę, że jest ten wzrost, o którym tu pan mówił, z 5,5 tys. do 6 tys., ponieważ jest kierunek lekarski na Uniwersytecie Rzeszowskim i 70% tych lekarzy zostaje na miejscu. A jeżeli chodzi o ranking, to podkarpackie, jeżeli chodzi o LEK, było w pierwszej dziesiątce. To też świadczy o dobrym kształceniu.

Jednak na Podkarpaciu lekarzy brakuje. Brakuje bardzo mocno. Pan powiedział, że to jest optymistyczne, ale ja cały czas słyszę, że jest podkupywanie lekarzy, że praktycznie w każdym szpitalu na Podkarpaciu brakuje lekarzy, brakuje specjalistów. Niektóre oddziały boją się, że mogą być zamknięte, bo jeżeli nie będzie na dany oddział tyle i tyle specjalisty, to ten oddział może być zamknięty. Szukają więc tych specjalistów i jest to naprawdę poważny problem.

Może tego problemu nie ma w województwie mazowieckim, ale w województwie podkarpackim jest. Chociaż ono nie jest na samym końcu, bo widzę, że niżej jest jeszcze lubuskie, jest warmińsko-mazurskie, w związku z czym należy dalej realizować te działania w kształceniu kadry medycznej.

Oczywiście nie każdy lekarz przyjedzie w Bieszczady. Nie każdy przyjedzie z Warszawy, żeby być doktorem Judymem i jeździć od ośrodka zdrowia do ośrodka zdrowia i leczyć ludzi. Nie każdy na to się zdecyduje, bo jego warunki rodzinne, życiowe nie zawsze na to pozwolą. To jest optymistyczne generalnie w Polsce, ale patrząc na poszczególne województwa – absolutnie nie jest optymistyczne.

Ja cały czas mam informacje, dzwonią do mnie, że tu brakuje pięciu na neurologii, tu brakuje siedmiu na innym oddziale. W związku z powyższym to nie jest takie... Jeśli państwo sobie przeanalizujecie powiatami, szpitalami powiatowymi... Ja mogę dzisiaj internet otworzyć i pokazać państwu, ilu lekarzy w poszczególnych szpitalach specjalistycznych czy powiatowych brakuje. I to są powiaty liczące 130, 140, 150 tys. mieszkańców – i tam te szpitale powiatowe naprawdę są potrzebne.

Ja jeszcze mam ogromną prośbę, ponieważ jeżeli chodzi o ten czas pracy, to jest za 2019 r. Może warto byłoby to uaktualnić, bo jeśli chodzi o średni miesięczny czas pracy lekarzy, to już było pięć lat temu. W związku z powyższym byłyby nam potrzebne bardziej aktualne informacje.

Ważne jest też dla mnie, czy nie należałoby się pokusić, żeby... Wiemy, że do niektórych specjalistów czeka się rok, przynajmniej w moim powiecie. Zapisy są na luty, marzec przyszłego roku, 2025 r. Czy nie należałoby zrobić takich białych plam, żeby pokazać, gdzie tych specjalistów brakuje i gdzie ich kierować? Może należałoby też podać, tak jak to tutaj bardzo pięknie zrobiliście w podziale na województwa, jaka jest liczba specjalistów w danym województwie. Bardzo bym prosił o taką informację, bo faktycznie tych specjalistów u nas, na Podkarpaciu, bardzo brakuje. Oczywiście dostępność jest naprawdę słaba, bo jeżeli na „pilne” ktoś ma termin na wrzesień czy na któryś miesiąc, to nie jest to za dobra informacja dla pacjenta.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Patryk Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Pani przewodnicząca, wysoka podkomisjo, szanowni państwo, na razie w formie głosu wstępnego. Ta analiza wysycenia liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców zwróciła uwagę w moim województwie, małopolskim, ponieważ jeżeli porównamy lata 2019–2022, to zauważymy, że gdy w innych województwach nasycenie wzrastało, to w tak wielkim województwie, które szczyty się wielkimi klinikami i szpitalami, jest najmniejszy przyrost wysycenia nauczycieli... przepraszam – lekarzy. Myślę o nauczycielach akademickich, którzy kształcą lekarzy, bo to następna część mojej wypowiedzi.

Moi drodzy państwo, kwestia jest taka, że tu może być wiele stymulantów lub destymulantów. Na przykład zbadać, ile jest kierunków lekarskich, to jest pierwsze, jeżeli jest jednak dominacja jednego collegium medicum w całej Małopolsce. Teraz powstały nowe kierunki lekarskie, co powinno rozproszyć i nasycić tę lukę, która powstała przez ostatnie lata.

A drugi temat, jeśli chodzi o to collegium medicum – jaka była proporcja kształcenia w języku angielskim a w języku polskim? A w przypadku języka angielskiego jaki był stosunek studentów zagranicznych do polskich? Bo wiadomo, że student, który idzie na ścieżkę angielską, jest obcokrajowcem, przyjeżdża tu tylko postudiować, żeby wyjechać. A ergo collegia medica nie otwierały nowych miejsc lekarskich, w związku z tym ten lekarz zajmował miejsce potencjalnego lekarza polskiego, który mógł tu zostać. Nieestety tak sobie część kadry wypychaliśmy, jeśli chodzi o możliwości kształcenia kadr, dając uczelniom swobodę w kształtowaniu stosunku odpłatnych do nieodpłatnych, anglojęzycznych do polskich. Też można byłoby zobaczyć, jak to wpływało na wysycenie w poszczególnych województwach. Czy liczba kierunków lekarskich miała na to wpływ? Czy wielkość ścieżek angielskich miała na to wpływ? Według mnie – miała.

Drugim ważnym tematem jest, moi drodzy państwo, na pewno gigantyczny problem ze specjalizacjami, z przydziałem miejsc specjalizacyjnych, z niezrozumiałym systemem specjalizacji. Jedno miejsce specjalizacyjne z bardzo ciężkiej gałęzi na całe województwo, a mówimy, że brakuje nam specjalistów. Albo na przykład de facto zmuszanie młodych lekarzy, żeby wybierali ze specjalizacji, do których nie mają serca. Chce na przykład być okulistą, a okazuje się, że nie może się dostać. Ostatecznie idzie na jakąś specjalizację, na którą po prostu się dostanie. Czasami marnujemy talenty młodych ludzi, którzy mają tak naprawdę talent do pewnej gałęzi, a my ich wmuszamy w ramy systemowe, niszczyliśmy ich marzenia, ich oczekiwania, nie dając im szans kształcenia się w specjalizacji.

Oczywiście ja rozumiem preferowanie specjalizacji bardzo rzadkich, rzadko wybieranych w stosunku do tych dochodowych, bo to musimy regulować, nie wiem, chirurga plastycznego względem innych. To jest oczywiście pewne strywializowanie problemu, ale moi drodzy państwo, trzeba naprawdę przyjrzeć się systemowi kierowania na specjalizacje, bo mam wrażenie, że nadal to stare... Jak to wszędzie w różnych zawodach były kliki, blokady rodzinne i nie tylko. Nie chcę oczywiście mówić, że to jakaś generalizacja, ale na pewno widać, że niektórzy uciekają ze swoich województw do innych, żeby robić specjalizację, bo u siebie nie mogą się dostać.

Tak więc, moi drodzy państwo, naprawdę system kierowania na specjalizacje. To otwarcie liczby specjalizacji według mnie jest istotne. Może zmniejszenie liczby specjalizacji, żebyśmy się tak nie rozdrabniali. To też jest do dyskusji. Oczywiście ja nie jestem ekspertem. Zostawmy to już ekspertom, ale to jest oczywiście mój głos w dyskusji.

No i, moi drodzy państwo, ostatnia rzecz. Panie dyrektorze, drodzy posłowie, ten optymizm, który powiał, pokazał – ponad podziałami mówię teraz, nie patrzmy na politykę – że jednak pewne działania akademickie zwiększania liczby kierunków, wzmacniania, dofinansowania i kierowania środków dodatkowych przyniosły w perspektywie tych ostatnich lat sukces i my powinniśmy wszyscy o to dbać, nie patrząc na partię, żeby to podtrzymać.

Dlatego też bardzo mi zależy, panie dyrektorze – bo pan odpowiada za kadry, pewnie będzie pan współpracował również z Państwową Komisją Akredytacyjną w zakresie kontroli nowych kierunków – żeby faktycznie to było zrobione rzetelnie, kompetentnie, żeby nie na rympał zamykać, tylko żeby faktycznie popatrzeć, czy te kierunki nie mają jednak sensu w wysyceniu i bardziej równomiernym rozłożeniu... To zresztą pan podkreślał, że jednak powstawanie tych kierunków pokazało, że bardziej równomiernie wysycał się rynek, choćby na przykład lekarzy.

No i pytanie ostateczne. Najbardziej martwią mnie pielęgniarzy, które są bliskie mojemu sercu, bo moja mama – przepraszam, teściowa – też jest pielęgniarką, która wykłada na uczelni. Tak więc mama – jak bym powiedział – też zwraca mi na to uwagę, bo dużo dziewczyn kończąc – albo mężczyzn, przepraszam, bo panowie też kończą – nie wchodzi do zawodu. Cały czas albo wyjeżdżają, albo nie podejmują pracy. Jak zwiększyć strumień tych, którzy nie rezygnują z tego? Zarobki rosną. Miejmy nadzieję,

że to uatrakcyjni w perspektywie najbliższego czasu, że to drgnie teraz, ale faktycznie jest to problemem.

Jeśli chodzi o inne zawody – zobaczymy. Tak jak pan dyrektor mówi, w przypadku niektórych trzeba śledzić, co się z nimi będzie działo, ale też, tak jak tutaj pani poseł mówiła – ostatnie słowo, żeby nie zagadać – jeśli chodzi o kwestię sztucznej inteligencji, to ona dużo zmienia.

Ostatnio czytałem badania naukowe, bodajże brytyjskie. Okazało się, że jeśli chodzi o system wykrywania nowotworów płuc ze zdjęć rentgenowskich AI wykrywała o 10% bardziej skutecznie niż pięciu najlepszych specjalistów, którzy oglądali te zdjęcia i opisywali je wcześniej. Przepraszam, całych zespołów specjalistycznych. Sztuczna inteligencja na przykład za chwilę może nam rozwiązać problem lekarzy diagnostów. Oczywiście nie do końca, ale może być jednak dużym wsparciem w tej kwestii. W związku z tym, moi drodzy państwo, to tyle w formie słowa wstępnego. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo dziękuję za to przejście do innych zawodów. Oczywiście zawód lekarski jest bardzo ważny i odgrywa wiodącą rolę w systemie, ale mamy też inne zawody, które są niezwykle ważne, pełnią ważną rolę i dlatego też warto tutaj o nich porozmawiać.

Ale tak po kolei, bo państwo zgłaszali chęć zabrania głosu. Poproszę, pan poseł Bojarski. Bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Szczerze mówiąc, wcale się nie cieszę. Nie wiem, czy to jest cały materiał, czy to jest jakaś zbitka głębszego materiału, ale szczerze mówiąc, uważam, że jeżeli mamy rozmawiać profesjonalnie o tym, jak powinny wyglądać kadry medyczne w Polsce, to nie stać nas jest na taką analizę, tylko trzeba dokonać naprawdę megaprofesjonalnej analizy, uwzględniając właśnie elementy, których jak pan dyrektor wspomniał, nawet nie uwzględnialiście.

Przepraszam, jeżeli wynik pokazuje, że za parę lat będziemy mieli 30 tys. lekarzy za dużo – to nie jest żadna radość. Uważam, że on jest przekłamany, żeby było jasne, ale przekłamany jest dlatego, że właśnie nie ma głębokiej analizy całości sytuacji, jeżeli chodzi o kadrę medyczną w Polsce, z uwzględnieniem – wspomniał pan poseł – sztucznej inteligencji, wprowadzania umiejętności, nowych zawodów medycznych. Trzeba naprawdę – w mojej ocenie – na nowo usiąść... Epidemiologii, oczywiście. Na nowo usiąść, uwzględnić wszystkie elementy, zmienne, które wpływają na to, jak ta kadra medyczna się kształtuje w kolejnych latach i dopiero kolejnym elementem powinno być ustalenie liczby uczelni medycznych i liczby kształconych studentów, tak żebyśmy...

Ja jestem dyrektorem szpitala i oczywiście wiem, co znaczy niedobór lekarzy. Muszę powiedzieć, że Lubelszczyzna, z której jestem, ma 409 lekarzy na 100 tys. mieszkańców – i też podkupujemy lekarzy między szpitalami. Wcale nie jest tak dobrze, mimo że jesteśmy trzeci w Polsce. To jest złożony problem, bo to jest kwestia pewnie również bazy medycznej. Jeżeli bowiem mamy za dużo szpitali czy łóżek szpitalnych na Lubelszczyźnie, to niewątpliwie tych lekarzy będzie brakować, bo te potrzeby będą dużo większe, czasem zupełnie nieracjonalne.

Dlatego uważam, że jakby punktem wyjścia jest głęboka analiza. Powinniśmy mieć, jeżeli mówimy o lekarzach, ustalony poziom tej kadry medycznej na określony wskaźnik, który chcemy, plus 5%, nie wiem, 7%, ale nie 30 tys. Czyli nie 20%, nie 40% nadmiarowych lekarzy, bo nas na to nie stać, żeby kształcić lekarzy – kształcenie jest ogromnie drogie – żeby oni później chodzili i szukali pracy.

Ja ten czas pamiętam, gdy w 1993 r. skończyłem studia i jeździłem po całym województwie, żeby znaleźć pracę – i nikt mnie nie chciał zatrudnić. Uważam, że nie wolno nam iść w tym kierunku. To, jeżeli chodzi o lekarzy.

Oczywiście osobną rzeczą jest, proszę państwa, jakby norma dostępności do określonych świadczeń. Jeżeli gwarantujemy w konstytucji, że dostęp do świadczeń zdrowotnych będzie równy, a sami widzimy z tych danych, że on nie jest równy, bo jest inny na Mazowszu, inny na Podkarpaciu, inny na Lubelszczyźnie, jeszcze inny na Podlasiu, no to powinniśmy zacząć pracować nad tym. I to jest ten element, o którym pan poseł

wspomniał – również specjalizacje w określonych... Powinniśmy to mieć rozpisane w zasadzie na każdą specjalizację, tak, abyśmy mogli w sposób bardzo kierunkowy planować to wszystko, co będziemy robili w przyszłości.

Żeby było też o innych zawodach – diagności laboratoryjni i farmaceuci. Proszę państwa, według mnie musi nastąpić istotna zmiana roli tych osób w szpitalach, bo jeśli dzisiaj farmaceuta, z całym szacunkiem dla niego, skanuje paski na opakowaniach leków, to robi to i pani w Lidlu. To nie musi być człowiek z wykształceniem, który mógłby w tym czasie współpracować na oddziałach z lekarzem i pomagać lekarzowi w kwestii stosowania farmakoterapii.

To samo, jeśli chodzi o diagnostów laboratoryjnych. Tak naprawdę dzisiaj w dużej mierze ten proces diagnostyczny jest zautomatyzowany. Dzisiaj w przypadku farmaceutów już nie mamy sytuacji takiej jak kiedyś, że przygotowywało się większość leków ręcznie. Dzisiaj tego się nie robi, bo tak naprawdę w szpitalach mamy większość leków gotowych.

Diagności laboratoryjni podobnie. Oni powinni pełnić zupełnie inną rolę niż dzisiaj, bo z całym szacunkiem dla tych ludzi, którzy skończyli ciężkie studia, umieszczenie próbówki krwi w automacie, który za chwilę da wynik, jest dość prostą czynnością. Może to wykonać ktoś inny. Natomiast analiza tych wyników, współpraca z lekarzem w analizie tych wyników – bo gdybyście państwo zrobili test, to spora grupa lekarzy tylko w dużych grupach i w istotnych parametrach potrafi analizować te wyniki, a mówimy o zupełnie szerszym zakresie.

Nie chcę przedłużać, bo tak jak mówię, to jest rozmowa, w mojej ocenie, na bardzo długi czas, ale zachęcałbym, panie dyrektorze, do naprawdę bardzo, bardzo szerokiej takiej analizy – dotyczącej wszystkich zawodów medycznych. Dopiero konsekwencją tej analizy powinny być dalsze nasze ruchy, czyli uczelnie medyczne, kierunki kształcenia, wprowadzanie rozwiązań prawnych.

Mówimy o sztucznej inteligencji, ale w Polsce nie ma regulacji prawnych, które pozwalają tę sztuczną inteligencję do medycyny wprowadzić. A wiemy przecież oczywiście doskonale – co powiedział pan poseł – że komputer dużo precyzyjniej oceni zdjęcie klatki piersiowej niż ludzkie oko. Jest w stanie to naprawdę w sposób doskonały zrobić, tylko ktoś musi mieć odpowiedzialność za to badanie, za wynik tego badania. To trzeba po prostu uregulować. To na razie, bo za dużo będę mówił. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To bardzo cenne uwagi, tak więc dziękuję za tę wypowiedź. To świadczy o tym, jak potrzebna jest taka pogłębiona dyskusja. Nie tylko informacje o liczbie, ilu odejdzie na emeryturę, a ilu wpłynie do systemu, ale też to, co wspomniałam na początku – kompetencje. Myślę, że to klucz do późniejszego właściwego planowania, jeżeli chodzi o zasoby kadrowe. Dziękuję bardzo.

I pani poseł Polak, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Anna Polak (KO):

Bardzo dziękuję.

Bardzo dziękuję za dobre informacje. To cieszy oczywiście, że mamy więcej lekarzy. My do tego też się przyczyniliśmy – lubuskie. Też powstał szpital kliniczny jakieś osiem, dziewięć lat temu i mamy w tej chwili na rynku absolwentów, którzy tę sytuację poprawiają, ale jeszcze widać duże deficyty, zwłaszcza po pandemii. Pandemia bardzo mocno obnażyła nie tylko deficyty w polskim systemie ochrony zdrowia, ale na świecie, w europejskim.

Dobra informacja jest taka, że mamy w końcu „Krajowy plan odbudowy” i na poprawę jakości systemu ochrony zdrowia mamy 14 mld, na stworzenie lepszych warunków do kształcenia, bo tutaj chcę o tym powiedzieć. Żeby się nie powtarzać – zgadzam się z kolegami i przedmówcami w ocenie sytuacji. Ale na stworzenie lepszych warunków kształcenia – bo my mamy młodą uczelnię ośmio-, dziewięcioletnią, nie mamy dobrej bazy dydaktycznej, dobrych klinik – potrzebujemy tych środków. Na stworzenie lepszych warunków w ramach „Krajowego planu odbudowy” według tego, co wyczytałam, jest ponad 3 mld zł. Interesujące jest więc dla mnie dzisiaj, kiedy te środki będą już

w naszych szpitalach, żebyśmy zdążyli, bo mamy tylko dwa lata do rozliczenia „Krajowego planu odbudowy”.

To są duże środki, bardzo potrzebne dla naszych uczelni medycznych, zwłaszcza tych nowych, młodych, bo są potrzebne tam konkretne instytuty, nowoczesny sprzęt. Skoro bowiem już jakoś sobie poradziliśmy odnośnie do liczby kadry, to trzeba zadbać o odpowiednie, dobre warunki kształcenia, bo lekarz to naprawdę zawód wysokiej odpowiedzialności. Musi być dobrze przygotowany do wykonywania swojego zawodu. I oczywiście pielęgniarki, ratownicy w tym systemie również.

Na to właśnie zwracam uwagę – szczególnie na odpowiednie warunki kształcenia – bo wiemy, jaki jest wysyp tych uczelni. Niektóre nie mają nawet instytutów patomorfologii itd., już nie mówiąc o szerokiej bazie naukowej i dydaktycznej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan Marek Wójcik, prosimy bardzo.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, państwo posłowie, szanowni państwo, na początek nieco żartobliwie powiem – miło było patrzeć na radość pani przewodniczącej. To bardzo cieszy. Uzasadnioną.

Natomiast przechodząc do kwestii merytorycznych, ja chcę państwu powiedzieć w ten sposób, że ten materiał w części jest o charakterze rewolucyjnym, sensacyjnym – i tu gratulacje za pewne podejście do prezentacji potencjału kadrowego w systemie ochrony zdrowia. Natomiast ja pozwolę sobie jednak przede wszystkim przyłączyć się do prośby pana posła Bojarskiego, pana dyrektora, i uzasadnię, dlaczego. Otóż ten materiał wymaga korekty, ponieważ w wielu przypadkach mam poważne wątpliwości odnośnie do prawdziwości danych.

Dzisiaj mamy bowiem nieprawdopodobne różnice w danych – na lekarzach się skupię – chociażby GUS, mapy potrzeb, baza samorządu zawodowego. To są liczby o kilkanaście procent różniące się, jeżeli chodzi o ilość. To po pierwsze.

Po drugie, jeżeli czytamy, że polski lekarz przeciętnie pracuje w podmiocie publicznym 161 godzin, czyli 40 godzin w tygodniu, to ja mam przed oczami takie wypowiedzi sprzed lat lekarzy, którzy emigrowali z Polski. Mówili, że oni by chcieli tak jak w Niderlandach, jak we Francji, jak w Niemczech – mieć jeden etat, nie przejmować się niczym. Nie trzeba biegać po trzech, czterech, pięciu czy ośmiu miejscach. Jeden etat mi wystarczy i żyję sobie dostatnio. Takie oczekiwania były.

Dlatego ja powiedziałem, że to jest sensacyjny materiał? Dlatego, że z niego wynika, że my już mamy w Polsce nadwyżkę podaży nad popytem, przy założeniu, że lekarze dalej będą pracowali 161 godzin w miesiącu.

Chciałem natomiast w związku z tym zapytać, czy państwo uwzględniali w kontekście perspektywy wieloletniej zmiany demograficznej, które przynoszą, czy to nam się podoba, czy nie, większy popyt na lekarzy. Czy państwo uwzględniali fakt niezmiennia standardów zatrudnienia? To jest następna kwestia niezwykle istotna, bo cały czas tu mamy do czynienia z takimi oczekiwaniami, że one się zmieniają, przede wszystkim na poziomie pielęgniarek. To od lat wraca. Czy zakładacie niezmienną w tym zakresie?

Czy rzeczywiście stać nas na to dzisiaj, żeby w podmiotach publicznych przyjąć to, czego wielu się domaga, a co przede wszystkim w małych szpitalach powiatowych przyjąlibyśmy z ogromną radością – pracujesz w systemie publicznym na jednym etacie. Koniec kropka.

Dzisiaj, państwo wiedzą doskonale – i tu znów wracam do wypowiedzi pana dyrektora, zupełnie słusznej – my bijemy się o lekarzy w małych szpitalach, płacąc już nawet 200, 300 zł za godzinę, dlatego że my na dole w praktyce otrzymamy dokładnie coś innego – niedobór lekarzy, który w tej triadzie podaż-popyt powoduje, że cena za pracę gigantycznie rośnie. Dlatego tu rzeczywiście, gratulując pani przewodniczącej podjęcia tej tematyki – cieszę się, że państwo o tym rozmawia – a państwu gratulując tych materiałów, wydaje mi się, że wniosek o to, aby pogłębić tę analizę, poszerzyć ją, znajduje ogromne uzasadnienie.

Cieszy też to à propos specjalizacji. Rzeczywiście mamy więcej osób specjalizujących się niż tych, które odchodzą na emeryturę pod warunkiem, że w Polsce lekarze na emeryturę odchodzą. Tak jak państwo wiecie, jest to zjawisko nadzwyczaj rzadkie i praktycznie się nie pojawia.

Ja przypominam sobie taką sytuację w Małopolsce. Kiedy analizowaliśmy lekarzy, to na ponad 10 tys. lekarzy jeden pracował na jednym etacie w sanepidzie, a średnia wieku lekarzy pracujących w systemie publicznym wynosiła 75,1 roku... Niestety, w Małopolsce. Byłem przewodniczącym rady funduszu, pani przewodnicząca, jak pani wie, 14 lat i tym się interesowałem...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Na tym wykresie są nawet stulatkowie...

Pełnomocnik zarządu ZMP Marek Wójcik:

No tak, są. Natomiast chciałbym zapytać, jak wygląda w Polsce migracja personelu medycznego. Wydaje się, że udało się to powstrzymać – i to bardzo dobrze. Natomiast pytanie, ilu jeszcze wyjeżdża. I tak jak pan poseł Patryk Wicher podnosił – jaka jest dzisiaj skala studentów uczących się po angielsku?

Ja przypominam sobie taki uniwersytet medyczny w Olsztynie, gdzie było 50 na 50 w języku polskim i angielskim. Pytanie, jaka jest skala w tym przypadku. To jest następna rzecz.

No i ostatnia, która chyba bardziej będzie do przedstawicieli samorządu zawodowego lekarzy, bo cały czas jest ta dyskusja o jakości i ilości. Jak jest dzisiaj z egzaminem lekarskim? Ja nie znam innego elementu wskaźnika twardego dotyczącego jakości kształcenia niż egzamin lekarski. Jaka jest zdawalność, zakładając jego status quo, jeśli chodzi o jego skalę? Tak więc pytanie, czy to można zrobić.

I też nawiązując do wypowiedzi pana posła odnośnie do tych różnic. One rzeczywiście są szokujące, jeżeli chodzi o liczbę lekarzy w różnych województwach, ale ja znajduję pewne uzasadnienie. Zobaczcie państwo, jak to się cudownie składa z potencjałem instytucjonalnym w województwach. Liczba uczelni wyższych, instytutów, wysokospecjalistycznych szpitali – to jest wprost proporcjonalne do tego wskaźnika liczby lekarzy na daną populację, w tym przypadku na 100 tys. Oczywiście to nie zmienia postaci rzeczy, że są różnice regionalne, które trzeba zasypać. To jasne.

Nawiasem mówiąc, tutaj, przy tych przyrostach, w ciągu tych trzech lat najwięcej przyrastało w tych województwach, gdzie ta liczba lekarzy była najmniejsza. I też wydaje się – nawiążę teraz do wypowiedzi państwa, kończąc – że warto byłoby też tak ku przyszłości popatrzeć na rolę tych zawodów medycznych. Rzeczywiście ja nie miałbym dzisiaj odwagi mówić wprost, że jeżeli chodzi o fizjoterapeutów, diagnostów, my ich mamy wystarczająco dużo. Być może na dzisiejsze warunki, ale przy ich nowej roli – tak jak ktoś pięknie mówił, pani przewodnicząca, o migracji między zawodami – może to będzie za mało. Ale bardzo dziękuję za analizę i podjęcie tematu.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te cenne uwagi.

Bardzo proszę. I bardzo proszę gości o przedstawianie się do protokołu.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor:

Dzień dobry, a właściwie dobry wieczór państwu. Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ja tutaj w pełni z panem posłem Bojarskim się zgadzam. Praktycznie to, co on powiedział, to jest sedno tego problemu. Ja też, proszę państwa, patrząc na te dane tutaj, mam bardzo mieszane uczucia. Statystyka ma to do siebie, że można ją w każdy sposób powykręcać i uzyskać takie dane, jakie chce się przedstawić. Ale już trzymając się tego, co tutaj dostaliśmy, zobaczcie państwo – tabela ósma. Po prostu zgroza. Choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia, trzy najpopularniejsze specjalizacje – zastępowalność, wymienialność lekarzy na minusie. Jeżeli chodzi o choroby wewnętrzne, nie dość, że odsetek lekarzy pracujących w wieku emerytalnym to jest 34%, to jeszcze zastępo-

walność jest na poziomie minus 10% – 2673. Czyli o tyle więcej przejdzie na emeryturę, niż się wyszkoli w najbliższym okresie.

To samo odnośnie do pediatrów. Zobaczcie państwo, średni wiek pediatry 57 lat, 49% pediatrów jest w wieku emerytalnym, a my mamy na minusie 5% w kolejnych latach. To samo chirurgia – średni wiek chirurga 57 lat. Ja wiem, że doświadczenie jest istotne, ale niestety w pewnym wieku jednak sprawność manualna zaczyna spadać, więc tutaj nam brakuje młodych chirurgów. Tak więc patrząc na to, wcale nie jestem takim optymistą, że to są dane, z których powiało optymizmem, ponieważ ta dziura pokoleniowa jest właściwie nie do zasypania.

Osiągnięcie specjalizacji z chorób wewnętrznych u tych osób, które w tym roku wstąpiły na otwarte nowe kierunki medyczne, będzie za dwanaście lat tak naprawdę, proszę państwa. My wszyscy tu siedzący przez te dwanaście lat pewnie odczujemy ten niedobór lekarzy internistów. Może nasze dzieci będą miały trochę lepiej, ale to jest dopiero sprawa przyszłości.

Oczywiście, tak jak mówię, statystyka ma to do siebie, że można ją w dobry sposób powykrzywiać. Ja pozwoliłem sobie dzisiaj przyjść z naszym specjalistą odnośnie do rynku ochrony zdrowia, kadr medycznych. Jeżeli pani przewodnicząca by pozwoliła, to jeszcze na dwa słowa oddałbym mu głos, ponieważ on zwrócił uwagę merytorycznie na założenia w tym raporcie, które nie do końca są prawdziwe i które powodują, że ten raport nie do końca możemy przyjąć jako rzeczywisty. Jeżeli mógłbym na chwileczkę panu Krzysztofowi Zdobylakowi oddać głos – to nasz ekspert z Naczelnej Izby Lekarskiej, który dla nas opracowuje podobne analizy dotyczące struktury wiekowej i specjalizacyjnej lekarzy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za tę wypowiedź. Ja oczywiście, ponieważ pan odniósł się do mojej wypowiedzi, w której stwierdziłam, że powiało optymizmem, też trochę prowokacyjnie to powiedziałam, bo wiem, mam pełną świadomość, jak wygląda sytuacja. I też zwróciłam uwagę na tę bazę, którą bierzemy do oceny. Bo jeżeli my przyjmujemy, że ta liczba lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów zatrudnionych w systemie na dzisiaj jest wystarczająca, no to wychodzi nam jakaś projekcja na przyszłość pozytywna, a bodajże tylko w zawodzie pielęgniarki negatywna. Natomiast trzeba sobie też odpowiedzieć na pytanie, czy te zasoby, które dzisiaj mamy, są wystarczające, i brać pod uwagę przy tych szczegółowych analizach te zmienne, o których państwo mówiliście – epidemiologia, rozwój techniki. Wszystkie te... To świadczy o tym, jak ten temat jest ważny i musimy po prostu szczegółowo go omówić, a państwa uwagi są niezwykle cenne. Dlatego cieszę się, że tak szczegółowo rozmawiamy na ten temat.

Bardzo proszę. I też proszę o przedstawienie się do protokołu.

Ekspert ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Izby Lekarskiej Krzysztof Zdobylak:

Oczywiście. Dzień dobry. Krzysztof Zdobylak, Naczelna Izba Lekarska. Zajmuję się w izbie analizami i rekomendacjami dotyczącymi transformacji i rozwoju systemu ochrony zdrowia. Nie jestem lekarzem, tylko miałem okazję przez kilka lat kierować takimi zespołami analitycznymi, więc może kilka komentarzy do tej analizy, która tutaj została przedstawiona.

To jest oczywiście bardzo dobry początek. Natomiast zgadzam się z przedmówcami, że wymaga to jeszcze znacznego pogłębienia, i myślę, że po pierwsze, musimy dobrze dobrać grupę porównawczą. To oczywiście cieszy, że mamy już liczbę lekarzy zbliżoną do średniej OECD, ale należy pamiętać, że w tej grupie znajdują się też państwa znacznie mniej rozwinięte niż Polska. Jeśli spojrzymy na efektywne, dobre systemy ochrony zdrowia, które mają zadowolonych pacjentów i zaspokojone potrzeby, to już tak optymistycznie nie wypadamy. Tam zdecydowana większość państw ma więcej lekarzy niż my.

Drugi aspekt. Nawet jeśli są państwa, które mają podobną liczbę lekarzy jak Polska, to pojawia się pytanie, czy one same uważają, że mają tych lekarzy wystarczająco na teraz i na przyszłość. Na czternaście państw, które sprawdziliśmy, wszystkie uważają, że mają tych lekarzy za mało. To znaczy nawet państwa, które mają 4,5–5 lekarza

na 1 tys. w tym momencie, biorąc pod uwagę zmiany demograficzne i technologiczne, i także powszechny w Europie klif emerytalny wśród lekarzy, uważają, że tych lekarzy mają za mało.

Pogłębić też należy oczywiście kwestie dystrybucji geograficznej i różnic pomiędzy specjalizacjami. Natomiast padło takie stwierdzenie, że tych lekarzy u nas jest podobna liczba jak w krajach OECD, ale mamy różnice w dystrybucji. Pytanie, czy te różnice w dystrybucji geograficznej są rzeczywiście większe niż w innych państwach. Dwu-, a nawet trzykrotne różnice pomiędzy województwami, landami, kantonami występują w większości analizowanych państw. Zatem nawet przy podobnych różnicach w dystrybucji geograficznej państwa o dobrych, skutecznych systemach ochrony zdrowia średnio mają więcej lekarzy niż Polska.

Oczywiście bardzo cennym narzędziem będzie model, który stworzyło Ministerstwo Zdrowia, natomiast jest kilka rzeczy, które należałoby tam jeszcze dodatkowo przeanalizować. No to mamy w tym momencie dobry kalkulator, ale trzeba jeszcze się zastanowić, jakie założenia są najbardziej prawdopodobne w perspektywie nie tylko dwunastu, trzynastu lat, bo to jest czas kształcenia lekarza. My przyjęliśmy w izbie lekarskiej perspektywę 25-letnią, dlatego że za dwanaście lat będzie widać dopiero pierwsze efekty podejmowanych obecnie decyzji, a musi przeminąć jeszcze kilka kolejnych roczników, żeby te zmiany były widoczne na poziomie systemowym.

Na pewno trzeba uwzględnić dynamikę zjawisk epidemiologicznych, technologicznych, demografii. Paradoksalnie na przykład rozwój technologiczny powoduje, że popyt na lekarzy nie maleje, ale rośnie ze względu na większą dostępność lekarzy, to, że ludzie żyją coraz dłużej, ale niekoniecznie żyją w zdrowiu. Czyli ten dłuższy czas życia to jest także dłuższy czas życia w chorobie i dłuższy czas korzystania z systemu ochrony zdrowia.

Należy też spojrzeć na efekty drugorzędowe. Na przykład mówimy tutaj, że za dwa lata będziemy już mieli nadwyżkę lekarzy – ale czy przypadkiem nie jest tak, że gdy będziemy mieli więcej lekarzy, to oni będą mogli poświęcić więcej czasu pacjentowi, zapewnić mu lepszej jakości opiekę i w efekcie powinniśmy najpierw poprawiać jakość, a dopiero potem powiedzieć, że przy jakimś poziomie opieki te standardy są już spełnione i wtedy mamy nadwyżkę lekarzy?

Co jeszcze jest istotne? Nasze analizy pokazują, że rola lekarza w przyszłości – tak jak powiedział pan dyrektor – oczywiście się zmieni, trzeba natomiast podjąć się jakiejś próby przewidzenia tego, w jakim kierunku.

My uważamy, że lekarz w przyszłości będzie zarządcą ekosystemu. To oznacza, że w tym ekosystemie muszą być też przedstawiciele innych zawodów. I tutaj, patrząc punktowo, można dojść do wniosku, że lekarzy mamy troszkę mniej niż inne państwa, pielęgniarek znacznie mniej niż inne państwa, ale innych zawodów też tak troszkę mniej, tylko że summa summarum nasza sytuacja kadrowa jest taka, że mamy dwa do trzech razy mniej osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia i opieki niż inne państwa o skutecznych systemach ochrony zdrowia. To znaczy nie można analizować każdego z tych zawodów w oderwaniu, tylko trzeba spojrzeć całościowo.

My w tym momencie, zwiększając istotnie kształcenie lekarzy, możemy dojść do sytuacji, gdy kompetencje będą przekazywane do lekarza, ponieważ w tej grupie zawodowej niedobór paradoksalnie może być za chwilę najmniejszy w porównaniu z innymi grupami. To jest działanie troszkę odwrotne niż w większości państw i systemów.

Jeszcze jeden aspekt, który nie został poruszony w ogóle, a uważamy, że jest bardzo istotny. To kwestie migracji. Obecnie każdego roku ok. 1/5 rocznika absolwentów kierunku lekarskiego wyjeżdża za granicę. Biorąc pod uwagę to, o czym powiedziałem wcześniej, że wszystkie państwa uważają, że mają za mało lekarzy, one będą potrzebować przyciągać z innych krajów jeszcze większą ich liczbę, co może sugerować, że w perspektywie następnych dziesięciu lat może nas czekać kolejna fala emigracji przedstawicieli zawodów medycznych, dlatego że jesteśmy dla tych państw zachodnich naturalnym źródłem takich kadr. Pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia monitoruje te trendy – na przykład to, że Izrael i Hiszpania w ostatnich dwóch, trzech latach bardzo mocno zwiększyły

liczbę lekarzy, których przyciągały z Polski – i jakie działania są podejmowane, żeby zmitigować to ryzyko. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pytanie – to może za chwilę, panie pośle. Dobrze? Bo tutaj jeszcze państwo czekają. To po kolei, bardzo proszę. Też proszę się przedstawić.

Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Ronek:

Dorota Ronek, wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Proszę państwa, tak chronologicznie, kwestia kształcenia pielęgniarek i położnych. Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych podnosi wielokrotnie, że jakość tego kształcenia na wielu uczelniach jest bardzo zła – w systemie weekendowym, online – i wiele uczelni ma warunkową akredytację. Zatem mój apel do Ministerstwa Zdrowia o zwrócenie uwagi, jak faktycznie wygląda możliwość uzyskania akredytacji przez te uczelnie i jaka jest jakość tego kształcenia.

Kolejna sprawa, to, co tutaj mówił poseł odnośnie do tego, że dużo osób kończy te studia, ale nie podejmuje pracy w zawodzie. Nie podejmuje, bo warunki pracy są takie, z jakich państwo będący na tej sali doskonale sobie zdajecie sprawę, czyli normy zatrudnienia minimalne lub często poniżej minimum. Osiągnięcia tego wynagrodzenia godnego, to jest jeszcze kilka lat kształcenia, bo to jest tytuł magistra i specjalizacja. Długość życia pielęgniarki to 62 lata w tej chwili – to też o tym świadczy, że jednak to wynika z procesu pracy.

Jeżeli chodzi o to, co ministerstwo robi dla poprawy naszej sytuacji, no to oczywiście są te środki na szkolenia, czyli jakość udzielanych świadczeń. Wydawałby się, że powinna się ona poprawiać, ale tymczasem kompetencje pielęgniarki są niewykorzystywane. Nawet mam takie pytanie do państwa zarządzających podmiotami leczniczymi – w którym podmiocie państwo wykorzystujecie poradę pielęgniarską w AOS, bo podejrzewam, że... No to brawo, bo dosłownie na palcach jednej ręki można policzyć podmioty, gdzie jest wykorzystywana porada, która jest nielimitowana. Jest płacona z NFZ jako porada nielimitowana. To jest przykład tych kompetencji, bo pracodawcy nie znają naszych kompetencji i nie wykorzystują tych kompetencji, a to przekłada się na nieuznawanie kwalifikacji i niewypłacanie adekwatnych wynagrodzeń. To jest powód, dla którego pielęgniarki nie podejmują tej pracy po ukończeniu studiów.

Kolejna rzecz to jest też wniosek o poszerzenie tego raportu o średnią wiek studentów pielęgniarstwa, dlatego że wśród tych zawodów tutaj przedstawionych jest to najszybsza ścieżka osiągnięcia prawa wykonywania zawodu, a skutek tego jest taki, że policjanci przechodzący na emeryturę idą na pielęgniarstwo. Strażacy idą na pielęgniarstwo, bo idą na wcześniejszą emeryturę i nie ma problemu ze znalezieniem pracy. Pracownicy marketów idą na pielęgniarstwo. Nie będzie więc pożytku w długofalowej perspektywie z tych osób. Tak więc wniosek o zmierzenie czy określenie średniej wieku na wydziałach pielęgniarstwa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę, pan. Przepraszam. Ja bardzo przepraszam, ale pani wcześniej... Tak, bardzo proszę.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat:

Grażyna Kubat, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca, za udzielenie mi głosu i za zaproszenie, ponieważ byłam bardzo ciekawa.

Zadam teraz jedno bardzo konkretne pytanie skierowane do pana dyrektora Klenckiego. Ilu mamy lekarzy specjalistów pracujących w publicznych jednostkach ochrony

zdrowia? To znaczy w szpitalach, AOS i POZ, ale na umowę o pracę. To jest pierwsza sprawa.

Czego mi brakuje w tym raporcie? W ogóle nie mamy rozbicia liczby lekarzy na specjalistów, rezydentów, lekarzy bez specjalizacji i lekarzy stażystów, bo to też jest bardzo istotne, ilu ich mamy w systemie. To, żeby rozbijać na poszczególne województwa itd. to jest inna strona medalu, ale my w ogóle nie wiemy, ilu konkretnie mamy lekarzy specjalistów na umowie o pracę, bo tu o tym mówimy.

Teraz mówimy, że tam było o tym, że jest nas za dużo. Wiemy doskonale, szczególnie menadżerowie i dyrektorzy szpitali wiedzą, że gdyby nie turystyka dyżurowa, jak my to nazywamy, toby trzeba było zamykać bardzo dużo oddziałów, bo po prostu tych lekarzy w niektórych województwach i z niektórych specjalizacji naprawdę jest za mało. Największą bolączką, jaka jest, jeżeli chodzi o szpitale publiczne, to są, proszę państwa, dyżury, nadgodziny – bo o czasie pracy lekarzy też powiem, jak to wygląda – no i brak takiej równowagi między odpoczynkiem, na co teraz pokolenie Z bardzo kładzie nacisk. No i to, co powiedziała koleżanka, przewodnicząca pielęgniarek, że niestety nie mamy norm zatrudnienia.

My w ogóle ich nie mamy. Były w 1984 r. opracowane normy zatrudnienia, a w tej chwili w ogóle ich nie mamy. Mamy tylko normy kontraktowania i dyrektorzy jednostek wiedzą, jak to wygląda. Szpital zakontraktuje jakiś oddział, bo dwóch specjalistów jest potrzebnych, ale potem albo jeden z tych dwóch specjalistów się rozchoruje albo odejdzie z pracy na emeryturę, albo się pokłóć z dyrekcją i odchodzą. I co się dzieje, proszę państwa? Najbardziej na tym wszystkim cierpi pacjent, bo on jest pozbawiony udzielania świadczeń zdrowotnych, które mu się należą. Prawda? Natomiast dyrektor musi na trzy miesiące zawiesić dany oddział. Jeżeli za następne trzy miesiące czy za sześć miesięcy nie znajdzie dwóch specjalistów, to trzeba zawiesić oddział. A raz zawieszony oddział naprawdę bardzo trudno jest potem odbudować. Mówię z doświadczenia, jak to wygląda.

Dlatego my już od dwóch lat walczymy i mówimy, że muszą być koniecznie zrobione minimalne normy zapewnienia opieki specjalistycznej na oddziałach szpitalnych w publicznych jednostkach, żeby nie zamykać tych oddziałów w przyszłości. Ponadto będzie nam to dawało odpowiednią jakość kształcenia i bezpieczeństwo pacjentom i wszystkim zawodom medycznym, które są w danej jednostce.

Nie wiem, dlaczego państwo odnieśli się tutaj do czasu pracy w zależności... Średnia miesięczna liczba godzin pracy lekarza w sektorze publicznym w odniesieniu do wieku. Dlaczego, proszę państwa, do wieku i dlaczego jeszcze potem jest rozbieżność na mężczyzn i na kobiety? To jak powinien wyglądać czas pracy nijak ma się do tego, jak wygląda. Czas rezydenta w tej chwili to 200 godzin, proszę państwa, ponieważ rezydent w swoim programie specjalizacji ma 160 godzin pracy i dodatkowo 40 godzin dyżurów towarzyszących. To jest 200. My zgodnie z dyrektywą unijną powinniśmy pracować też 160 godzin, ale ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. mówi, że pracodawca może nam dać pracę do 48 godzin, a więc pracujemy niekiedy ponad 200 godzin. To jest wszystko na jednym etacie, proszę państwa.

Ja już nie mówię o sytuacjach, kiedy lekarze muszą wziąć dyżury, bo nie ma jak inaczej zapewnić ciągłości świadczeń zdrowotnych i oni wtedy pracują po kilkaset godzin. Ja w tej chwili odnoszę się wyłącznie do zatrudnienia na jednym etacie. Tak więc to nie jest napisane konkretnie.

Natomiast jeszcze chciałabym wiedzieć, jaka jest liczba lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, ale pracujących z pacjentem, ponieważ posiadających prawo wykonywania zawodu może być o wiele więcej, bo mogą pracować na przykład w firmach farmaceutycznych, w ZUS itd. Chodzi o tych, którzy pracują rzeczywiście z pacjentami. Myślę, że Narodowy Fundusz Zdrowia bez żadnego większego problemu powinien nam to podać.

Państwo poruszyliście jeszcze bardzo ważny temat, że mamy coraz bardziej starzejące się społeczeństwo, proszę państwa, a więc ludzi z wielochorobowością, z chorobami przewlekłymi, onkologicznymi, paliatywnym, a z drugiej strony mamy coraz większy postęp w zakresie osiągnięć diagnostyczno-technicznych i możliwości leczenia pacjentów naprawdę na bardzo dobrym poziomie. Do tego wszystkiego potrzeba kadry.

Dlatego w jak największej liczbie powinny powstawać zespoły terapeutyczne, zespoły interdyscyplinarne, które by zapewniały tym pacjentom, naprawdę bardzo ciężko chorującym, po pierwsze, bardzo szybką diagnostykę. A po drugie, żeby ci pacjenci troszeczkę mniej się czuli zagubieni w systemie, bo jeżeli pacjent z wielochorobowością idzie do lekarza POZ i dostaje skierowanie do pięciu, sześciu specjalistów, a tak jak sami państwo mówiliście, do niektórych trzeba czekać rok, to ten pacjent, w sumie ciężko chory, jest jeszcze bardziej ciężko chory, a w przypadku choroby onkologicznej to niekiedy już może być wyrok śmierci, przychodzi po kilku latach. Prawda?

Dlatego musimy myśleć w ogóle o nowym modelu diagnostyki, terapii i opieki nad pacjentami. Czyli to, co mówiłam przed chwilą – konieczność utworzenia zespołów interdyscyplinarnych terapeutycznych w szpitalu, gdzie jesteśmy wszyscy potrzebni. Począwszy od lekarza, pielęgniarki, farmaceuty, diagnosty – wszyscy są potrzebni. I fizjoterapeuci, proszę państwa. Wtedy naprawdę możemy na wysokim poziomie leczyć tych pacjentów.

Migracja jeszcze, żeby nie przedłużać. Migracja, proszę państwa, w tej chwili jest może mniejsza zewnętrzna, ale jest wewnętrzna. My dwa razy robiliśmy badania opinii wśród lekarzy specjalistów pracujących w publicznej ochronie zdrowia. Na początku, dwa lata temu, 80% chciało pracować w publicznej, dlatego że może lepiej diagnozować pacjenta i jest szybka możliwość doskonalenia zawodowego. Zarobki były tam na prawie ostatnim miejscu. Natomiast w tej chwili większość przechodzi nawet już nie do publicznych czy prywatnych szpitali, proszę państwa, gdzie jest lepsza organizacja pracy i większa płaca, tylko do AOS i POZ. A dlaczego przechodzą? Dlatego, że nie muszą dyżurować. Jak mówię, największy problem, jaki mamy, naprawdę...

Mamy tutaj pana doktora z Naczelnej Izby Lekarskiej. Ja ostatnio czytałam, panie doktorze, że według waszych badań 70% specjalistów ma zamiar odejść z publicznej ochrony zdrowia. Czy to prawda? To teraz, proszę państwa, zobaczcie, co nas czeka. Nawet te wszystkie wydziały, które są, bo to, co mówicie państwo, wszyscy wiemy... To, ilu ludzi skończy te wydziały, to jest jedna sprawa, to, ilu zostanie w systemie – druga. A kształcenie ich to jest naprawdę następne sześć, siedem lat. Tak więc my naprawdę musimy wszystko zrobić, żeby zatrzymać specjalistów w publicznej ochronie zdrowia, jeżeli nie chcemy zamykać oddziałów.

Nie wiem, czy pamiętają państwo, ile było zamykanych oddziałów w 2020 r. My to wtedy spisywaliśmy jako związek zawodowy lekarzy i Naczelna Izba Lekarska. Były to naprawdę bardzo duże liczby. Na Śląsku w ciągu tego roku pięć szpitali musiało pozawieszać różne oddziały, bo nie ma kadry lekarskiej. To tyle. Dużo by można było mówić, ale to są takie najważniejsze rzeczy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

Ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

Dużą karierę na dzisiejszym posiedzeniu robi ta liczba lekarzy i to, że pojawiają się tutaj takie dosyć daleko idące stwierdzenia, że podaż lekarzy przewyższy zapotrzebowanie w prognozowanym okresie. Nie ukrywam, że nie dlatego, że jestem taki sprytny, ale dla mnie to nie jest zaskoczeniem, bo w roku 2018 na spotkaniu podzespołu do spraw ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego – i pamiętam tamto spotkanie jeszcze lepiej, bo pani przewodnicząca nadzorowała wówczas Departament Dialogu Społecznego – pan dr Stefan Bogusławski powiedział, że dokładnie tak będzie. To znaczy, że jeżeli patrzemy en bloc na liczbę lekarzy, to sytuacja mniej więcej w tej dekadzie powinna się stabilizować. Kłopotem jest liczba pielęgniarek. Prawdopodobnie to w tej dziedzinie te wyzwania w tej dekadzie będą największe, zaś w kolejnej dekadzie zapewne sytuacja się ustabilizuje. Zatem nie jest tak, że nie jesteśmy w stanie tego prognozować, ale jak każdy model ten też ma swoje ograniczenia.

Z racji tego, że kilka lat przepracowałem w fundacji pomagającej pacjentom onkologicznym, nie tylko zresztą ja, ale i zespół w Naczelnej Izbie Lekarskiej, bardzo blisko przyglądałem się temu, z jakimi dziedzinami medycyny absolwenci czy studenci ostatniego roku studiów lekarskich wiążą swoją przyszłość. Niestety mamy do czynienia z sytuacją, kiedy najmniejszy odsetek w historii wiąże swoją przyszłość właśnie z onkologią. Dlatego chciałbym zapytać – ja znam te dane, ale uważam, że każdy powinien je usłyszeć – jaka była liczba i odsetek rezydentów w dziedzinach onkologicznych, które zostały objęte w ostatnich naborach, bo za chwilę faktycznie en bloc będziemy mieli dużo lekarzy, ale też będziemy mieli bardzo duże różnice – pan poseł był łaskaw powiedzieć o różnicach regionalnych – jeżeli chodzi o poszczególne specjalizacje. Może się okazać, że będziemy mieli mnóstwo laryngologów, ale nie będzie onkologów klinicznych, żeby podać tę chemioterapię blisko domu, co jak rozumiem, jest niekontrowersyjnym i ponadpolitycznym konsensem. Jeżeli więc mogę, prosiłbym o odpowiedź na pytanie, jak wyglądają te liczby obejmowanych rezydentur. Przyjmijmy, że ostatnie dwa nabory.

Druga rzecz. Jeżeli mnie pamięć nie myli, doszliśmy do momentu, w którym to nie pieniądze decydują, z jaką dziedziną młodzi ludzie wiążą swoją przyszłość, bo mamy te dziedziny priorytetowe i wydaje się, że ten system zachęt po prostu się wyczerpał. Dlatego chciałbym zapytać, jakie plany ma Ministerstwo Zdrowia, jeżeli chodzi o niefinansowe zachęty do tego, aby młodzi ludzie, którzy są na początku swojej drogi i też pewnie nie wiedzą wszystkiego, mogliby zostać zachęceni do tego, aby związać swoją przyszłość na przykład z onkologią. Mamy do czynienia z sytuacją, kiedy w ciągu ostatnich czterech lat liczba chorych na raka piersi wzrosła o 25%, chorych na raka gruczołu krokowego o 24%. Jeżeli więc mogę prosić o odpowiedź na te dwa pytania, byłbym zobowiązany.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Ja myślę, że po wypowiedziach wszystkich gości pan dyrektor z Ministerstwa Zdrowia się ustosunkuje. Bardzo proszę, po kolei.

Prezes zarządu Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia Krystian Karol Krasowski:

Krystian Krasowski, Ogólnopolski Międzyzakładowy Związek Zawodowy Pracowników Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia.

W tym raporcie zabrakło mi opiekunów medycznych. Ja rozumiem, że te zawody dopiero wchodzi, natomiast już na rynku mamy trochę tych opiekunów medycznych, są przekazywane im kompetencje. Tutaj powinna być analiza, jaki będzie miał wpływ chociażby od strony pielęgniarstwa. Czy wprowadzenie opiekunów będzie to realna pomoc dla pielęgniarek i położnych? Ilu tych opiekunów wprowadzimy do systemu i czy będziemy rozszerzać ich kompetencje o kolejne, oczywiście w toku nauczania? To jest ta kwestia, której brakuje.

Tutaj wszyscy rozmawiamy o kadrze medycznej, zapominając o kadrze niemedycznej, która część kompetencji tych stricte niemedycznych ma w swoim zakresie obowiązków. Pracownicy medyczni nie są nigdzie uwzględniani. Ministerstwo Zdrowia jednak, odkąd działa nasz związek zawodowy, ma świadomość, jakie zakresy obowiązków mają pracownicy niemedyczni. My dążymy do tego, żeby jakoś uregulować te kompetencje, żeby na siebie nie zachodziły, ale żeby ten pracownik niemedyczny był w tym systemie. To, co już pan poseł powiedział, że są pewne czynności, które mógłby robić na przykład pracownik niemedyczny, a fachowiec mógłby zajmować się pacjentami i tymi celami wyższymi. Tutaj mi tego brakuje. W tej analizie państwo nie uwzględnia tej pomocy pracowników niemedycznych i jakie to będzie miało konsekwencje, czy jak będzie to rzutowało właśnie na pracę specjalistów chociażby pielęgniarstwa, ale również innych zawodów medycznych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Tak, proszę. Następna osoba.

Sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Mateusz Józef Chmielarz:

Dzień dobry. Szanowna pani przewodnicząca, szanowna podkomisjo, panie dyrektorze, szanowni państwo, Mateusz Chmielarz, sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Wielokrotnie dzisiejszego wieczora padały już informacje dotyczące m.in. rzetelności tych danych i ich przełożenia na rzeczywistość w systemie ochrony zdrowia. Ja chciałbym przedstawić polemikę z tymi danymi, jeśli chodzi właśnie o grupę zawodową diagnostów laboratoryjnych.

Z raportu wynika, że na 2023 r. zakładane było 415 nowych osób w zawodzie diagnosty laboratoryjnego, natomiast w roku 2023 wpisaliśmy 464 nowych diagnostów. Natomiast to, czego nie zakłada ten raport, to są diagnosty, którzy się wykreślili na swój wniosek. Mieliliśmy w tym roku 145. Saldo więc wynosi 319 diagnostów. Natomiast według danych, które mamy w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, ok. 320 diagnostów nabyło uprawnienia emerytalne w tym roku. W związku z tym mamy tak naprawdę dla całego systemu ochrony zdrowia ubytek diagnostów laboratoryjnych w tymże systemie.

Jednocześnie, jeśli chodzi o diagnostów laboratoryjnych, którzy w tym momencie są po 65. roku życia – to jest ich ponad 2300. Jest to 13% całej grupy zawodowej diagnostów laboratoryjnych. Co ważne dla całego systemu ochrony zdrowia, mamy ponad 6 tys. specjalistów – co m.in. pan poseł podnosił – i kompetencje specjalistów z dziedzin medycyny laboratoryjnej, które są niewykorzystane. Tak naprawdę specjaliści w dziedzinach medycyny laboratoryjnej mogą pełnić szaczytną funkcję kierownika laboratorium, która jest oczywiście bardzo ważna i wiąże się z wieloma dodatkowymi wyzwaniem, natomiast ci specjaliści nie są zauważani w systemie poprzez ich efektywne wykorzystanie i wykorzystanie ich wiedzy.

Jako Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych w tym roku składaliśmy już do wielu rozporządzeń propozycje wykorzystania tychże specjalistów w dziedzinach medycyny laboratoryjnej, m.in. poprzez udzielanie przez nich porady diagnostycznej, czyli współpracy przede wszystkim z lekarzami, chociażby przy programie KOS-BMI czy KOS-BMI dziecięcym, jeśli ten pacjent wpływa już do naszego systemu opieki zdrowotnej, a doskonale wiemy, jakie jest wykorzystanie badań laboratoryjnych wśród populacji Rzeczypospolitej. Tak naprawdę więcej Polaków przywiązuje wagę do badań cyklicznych swojego samochodu niż do badań laboratoryjnych. W związku z tym, jeśli już ten pacjent wpada do naszego systemu opieki zdrowotnej, to wykorzystajmy to i zrobmy mu szczegółowy przegląd, również jeśli chodzi o medycynę laboratoryjną.

A jeśli chodzi o kadry, to ostatnie wydarzenia i działania z ostatnich lat, które zwiększyły nabór na kierunek lekarski, wpływają również – co na ten moment jest niekoniecznie zauważalne – na pozostałe kierunki medyczne. Tak naprawdę mamy informacje z poszczególnych uniwersytetów medycznych, że na drugim, trzecim roku mamy odpływ na niektórych uczelniach nawet połowy studentów na tych kierunkach, którzy przenoszą się na kierunek lekarski na nowo otwieranych uczelniach medycznych. Tak naprawdę, jeśli mówimy o roku, dwóch latach kształcenia tych studentów na kierunku analityka medyczna, to na jedną osobę mamy koszty, które sięgają ok. 50 tys. zł. Jest to więc poniekąd marnotrawienie publicznych pieniędzy, które tak naprawdę mogłyby być wykorzystane.

Natomiast odnośnie do tych braków, jeśli mówimy, że na niektórych uczelniach zakładamy, że będzie określony nabór, a na drugim, trzecim roku mamy połowę tych studentów, to tak naprawdę w przyszłych latach będą wypuszczane na rynek zawodowy również zmniejszone liczby diagnostów, którzy później będą specjalistami w ochronie zdrowia, co warto już w tym momencie zauważyć. I tak jak mieliśmy do tej pory problemy z dostępnością lekarzy, to tak naprawdę w przyszłości możemy mieć problemy z pozostałymi kadrami medycznymi. Proszę, aby wszyscy państwo mieli to na uwadze. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, będziemy musieli powoli zmierzać do końca, bo salę mamy zamówioną na określony czas. Tak więc bardzo proszę, pani, później jeszcze pan i jeszcze pan prezes. Tak? Na końcu jeszcze poproszę państwa z ministerstwa o odpowiedź na zadawane pytania. Na te, na które państwo potraficie odpowiedzieć w tej chwili, a na resztę to myślę w innym trybie. Proszę bardzo.

Przewodniczący Komisji Krajowej Związku Zawodowego Pracowników Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień Grzegorz Świątek:

Dobry wieczór. Grzegorz Świątek, Związek Zawodowy Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień. Reprezentuję grupę zawodową specjalistów psychoterapii uzależnień i chciałbym troszeczkę rzucić światło na potrzeby kadry medycznej w zdrowiu psychicznym, ponieważ tutaj operują państwo różnymi dziedzinami medycyny i myślę sobie, że do tej pory ten wątek się nie pojawił, a jest niesłychanie ważny.

Przede wszystkim, tak jak pani przewodnicząca rozpoczęła nasze spotkanie, chodzi o odpowiednią liczbę kadry medycznej i odpowiednie kwalifikacje tej kadry. Pan dyrektor, przedstawiając raport, zauważył, że raport nie obejmuje zawodów, które zostały dawno uregulowane ustawą o niektórych zawodach medycznych. Jeżeli ta sytuacja tak dalej będzie wyglądała, to będziemy mieli w obszarze zdrowia psychicznego wielką dziurę, ponieważ nie będzie wiadomo, w czym kadry specjalistyczne pomagają pacjentom. Taką dziedziną na przykład jest właśnie psychoterapia uzależnień.

Nasza organizacja od czterech lat, a od dwóch lat bardzo intensywnie, upomina się o pewne prawa i obowiązki dla tej grupy zawodowej, zwracając się zarówno do Ministerstwa Zdrowia, jak i do parlamentarzystów. Zresztą nie jesteśmy w tym głosie odosobnieni, ponieważ kiedy przepisy o niektórych zawodach medycznych weszły do konsultacji publicznych, nawet Naczelna Izba Lekarska wyrażała w swoich opiniach zdanie, że ten zawód powinien być po prostu uregulowany w taki najprostszy sposób, w jaki jest to możliwe, czyli właśnie ustawą o niektórych zawodach medycznych. Do tej pory niestety to się nie stało.

Chcę powiedzieć, że ten zawód to 4 tys. ludzi, którzy pracują w publicznej ochronie zdrowia, która obsługuje prawie ćwierć miliona pacjentów. My bardzo się dziwimy, proszę państwa – mówię to i do ministerstwa, i do państwa posłów – że do tej pory nie wykazujecie dostatecznej determinacji współpracy, żeby ten zawód uregulować. Uważam, że jest to szkoda dla pacjentów i dla personelu, ponieważ zwróćmy uwagę na to – mówicie państwo i ministerstwo przedstawia dane – że mówimy o zawodach uregulowanych. Te zawody mają swoje ustawy, mają swoje samorządy, jest bardzo porządna struktura, która pomaga zawodowi pracować, pomagać pacjentom.

W zdrowiu psychicznym, oprócz oczywiście zawodu lekarza psychiatry, których też w tej chwili bardzo brakuje, są też zawody inne. Zawód psychoterapeutów uzależnień nie ma ani rejestru zawodowego, ani nie jest uregulowana kwestia odpowiedzialności zawodowej. Wiemy, że dzieją się też nadużycia od strony osób, które do zawodu przechodzą niewyselekcjonowane. Mamy takie przypadki, szczególnie w sektorze prywatnym. My domagamy się po prostu pewnego porządku i uważamy, że państwo i ministerstwo jesteście do tego nam potrzebni. My chcemy z wami współpracować.

Generalnie ja pozwolę sobie na ręce pani przewodniczącej złożyć takie pismo, w którym my konkretnie przedstawiamy nasze stanowisko. Są tu pewne konkretne propozycje. Zresztą Ministerstwo Zdrowia też o tym wie. My mieliśmy miesiąc temu spotkanie z panem ministrem Koniecznym, ale bardzo prosimy i parlamentarzystów, i Ministerstwo Zdrowia, i państwa posłów o pomoc, żeby w końcu ta dziedzina pomocy pacjentom uzależnionym została należycie potraktowana przez parlamentarzystów.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę.

Ekspert Pracodawców RP Paweł Łangowski:

Dzień dobry. Paweł Łangowski, ekspert do spraw ochrony zdrowia Pracodawców RP i od niedawna też przewodniczący podzespołu do spraw ochrony zdrowia przy Radzie Dialogu Społecznego.

Bardzo ciekawe te dane. Nie będę już mówił, że na pewno nadwyżka lekarzy w stosunku do popytu wywołała tutaj tę ożywioną dyskusję, ale myślę, że najlepiej to weryfikuje stan SOR i długość terminów dostępu do lekarzy – czy mamy tę nadwyżkę, czy nie. Pytanie, jak na to wpływa efektywność tej ścieżki terapeutycznej. To jest pewnie dyskusja na inne spotkanie.

Natomiast to, co chciałbym poruszyć tak naprawdę, patrząc z perspektywy też pracodawcy i podmiotu medycznego, to kwestia specjalizacji priorytetowych versus miejsca na tych specjalizacjach. Jest nadal wiele województw, gdzie na przykład na alergologii albo na gastroenterologii, mimo że to są specjalizacje priorytetowe, jest dokładnie zero miejsc. W związku z tym ta priorytetowość jest wyłącznie na piśmie niestety. Warto to prześledzić chociażby w kontekście ostatniego naboru. Trudno wtedy mówić o tym, że mamy zbalansowaną podaż do popytu.

Patrząc także, jeśli chodzi o tempo wzrostu wynagrodzeń, w momencie kiedy mamy niedobór lekarzy w takich specjalizacjach jak endokrynologia, alergologia, dermatologia, gastroenterologia, nie wspominając już o psychiatrii dzieci i młodzieży, to trudno dziwić się, że stawki godzinowe w Warszawie są rzędu 400, 500, 600 zł. Tak. I żaden system tego nie jest w stanie długofalowo obsłużyć.

Inna kwestia to to, jak są wykorzystywane kompetencje innych zawodów medycznych. Tu dziękuję za ten przykład, bo akurat w naszej grupie pielęgniarki są wykorzystywane chociażby w sezonie infekcyjnym podczas porad infekcyjnych i bardzo często mają wyższe wskaźniki NPS niż lekarze. I nie jest to żadna rywalizacja. Tak samo opiekunowie medyczni teraz mogą pobierać krew i pracować w tym obszarze, i także mam nadzieję, że nie będzie to przedmiot żadnej rywalizacji, tylko po prostu tzw. task shifting, gdzie możemy skupić się na tych kompetencjach, które są zarezerwowane dla wyłącznie jednej grupy zawodowej.

W tym kontekście myślę, że warto przede wszystkim przeanalizować kwestię tego, w jaki sposób te procesy będą kształtowane i w jaki sposób te procesy możemy usprawnić, a nie to, ile mamy lekarzy z danej specjalizacji, skupiając się wyłącznie na statystyce. Tak więc z tej perspektywy myślę, że gdyby skupiać się na statystyce, to w obszarze medycyny pracy nie mamy żadnych lekarzy, bo średnia wieku to jest sześćdziesiąt parę lat. Gdyby wszyscy ci lekarze przeszli na emeryturę, zostalibyśmy bez możliwości zatrudnienia kogokolwiek w Polsce.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Myślę, że wyczerpaliśmy listę osób, które zgłosiły się do zabrania głosu. Pan poseł jeszcze. I pan poseł Wicher chciał jeszcze zadać pytanie. Pan poseł Kapinos, bardzo proszę, a później pan dyrektor.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ja też bardzo dziękuję za tę dyskusję, ale tak jak tutaj patrzę na ten średni czas pracy lekarzy, że kobiety w wieku do 59 lat pracują średnio 160 godzin, no to jest coś... Albo oni kłamią, ponieważ mówią, że pracują 160 plus pięć dyżurów, plus jeszcze w różnych... Czy to dotyczy tylko umowy? Jak jest? Czy te kontrakty też są w tych danych? No to jeśli nie ma kontraktów, to mówmy o realnych danych.

Oczywiście zgadzam się z panią i z panem Markiem Wójcikiem, że lekarze nie chcą już pracować po 300 godzin w miesiącu i nawet jeśli będzie dużo więcej tych lekarzy, to oni chcą pracować 160 godzin, maks 200. Ja nie chcę mówić za nich wszystkich, ale jak z nimi rozmawiam, to słyszę: my chcemy pracować tak jak wszystkie inne zawody – 160 godzin w miesiącu. Gdy będziemy na dyżurze, to następny dzień chcemy mieć wolny, a nie chcemy iść dalej do pracy. Tak więc to musimy też brać pod uwagę. Nie możemy mówić, że jest wszystko OK, bo pracują po 250–300 godzin w miesiącu i jest wszystko OK. No nie jest OK, absolutnie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.
I poseł Wicher.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Już króciutko, ponieważ to wszystko było już sformułowane. Ale mnie zainteresowała ta migracja. Z migracją wewnętrzną się zgodzę, bo jest ona widoczna w wielu punktach, natomiast migracja zewnętrzna według mnie już w ostatnim czasie bardzo wyhamowała.

Chciałbym zobaczyć, ile w tych statystykach wyjazdowych jest właśnie studentów obcojęzycznych studiujących w Polsce w języku angielskim, a ilu studentów polskojęzycznych, którzy studiowali w języku angielskim. Wiadomo, że jeśli ktoś wybiera ścieżkę anglojęzyczną, to z założenia przygotowuje się do wyjazdu za granicę. W związku z tym chciałbym wiedzieć, jaki jest udział tych osób w tej statystyce wyjazdowej zagranicznej, a ile jest z kierunku podstawowego, polskojęzycznego, klasycznego. To jest pierwsze pytanie.

Druga sprawa – oczywiście ustawa kompetencyjna. Umówmy się, żeby wykorzystywać wiedzę pań pielęgniarek, która jest gigantyczna, faktycznie w wielu zakresach nie wykorzystywana. Przypominam, że przecież pielęgniarki specjalistki mogą wystawiać recepty, mogą wykonywać niektóre podstawowe zabiegi. Jest to niewykorzystywane. Zatem dopóki nie dojdziemy do ustawy kompetencyjnej, która będzie bardzo ciężkim i karkołomnym tematem, tak naprawdę tego nie wykorzystamy.

Te zespoły międzydyscyplinarne, które na czele z lekarzami powinny funkcjonować, powinny wykorzystywać te kompetencje – farmaceuta do przeglądów lekowych, do tego, żeby nie stykały się substancje czynne, żeby się nie wykluczały. Dlatego chcieliśmy wdrożyć przeglądy lekowe w aptekach, zwiększyć udział farmaceuty w szpitalach w procesie opieki nad pacjentem, bo przecież zdarzają się takie sytuacje, że leki się wykluczały, wzmacniały swoje działania, wręcz szkodziły pacjentowi, ponieważ jeden lekarz nie wiedział o drugim lekarzu, o jednych lekach, o drugich. Ktoś zapomniał powiedzieć o tym w czasie wywiadu i tak pacjent sobie sam szkodził.

Idealny przykład w skrócie. Kiedyś pamiętam – tylko mogę przekreślić nazwę leku – jak mój dziadek zażywał lek na wzmocnienie serca, który wywołał rozrost mięśnia. Poszedł do chirurga. Chirurg oczywiście – ciąć, nowotwór, prawdopodobieństwo do badania biopsji. Później się okazało, że młody lekarz powiedział: OK, ale zobaczmy, jakie leki. Przerost mięśnia był wynikiem tego leku. Po odłożeniu tego leku po kilku miesiącach wszystko wróciło do równowagi. Zero operacji. Zero diagnostyki. Zero kosztów dla systemu. Dlatego udział farmaceuty, diagnosty, innych specjalizacji w tym powinien być właśnie... Ale to niestety potężna ustawa kompetencyjna. To byłaby podstawa do pensji, do zarobkowania, do innych rzeczy...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo, panie pośle.
Jeszcze pan prezes Dybek, bo rzeczywiście zgłaszał się.

Prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Tomasz Dybek:

Dziękuję.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja nie będę polemizował z ministerstwem, aczkolwiek dziękuję za te dane. Każda z izb ma swoje dane. Jako przedostatnia osoba, która ma głos, nie będę podsumowywał, ale pochwalę się swoimi danymi.

W Polsce kształcenie fizjoterapeutów jest pięcioletnie, trzyletnie studia i trzyletnia specjalizacja. Nie wiem, czy państwo mają tego świadomość, ale tylko Polska i Luksemburg tak kształcą w Europie fizjoterapeutów. Dopiero od 2021 r. Francja wprowadziła pięcioletnie studia magisterskie.

Mamy 78 tys. aktywnych fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu. Na sali padała informacja – średnia wieku 50–60 lat. A my się pochwalimy, średnia wieku osób z aktywnym prawem wykonywania zawodu – 38 lat.

Idziemy dalej. Tu mamy taki mały problem...

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor:

Przedszkole.

Prezes KIF Tomasz Dybek:

Bardzo dziękuję za to „przedszkole”.

Patrząc jednak na kolegę lekarza i na koleżankę lekarkę, tylko w koszyku rehabilitacji leczniczej całościowo wskazuje się na rolę fizjoterapeuty. Mieliśmy ostatnio sytuację rozporządzenia koszykowego i właśnie współdzielenia kompetencji – tak pan tu powiedział, że lekarze chcą odpoczywać – lekarza rehabilitacji z fizjoterapeutą ze specjalizacją. Jak się to skończyło? Dobrze państwo wiecie. A kto na tym cierpi? Cierpi po prostu pacjent. Wykorzystajmy i zrobmy normy zatrudnienia dla fizjoterapeuty i zrobmy systemowe podejście odnośnie do roli fizjoterapeuty w systemie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan dyrektor Klencki.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Bardzo dziękuję.

Mnóstwo wątków i tematów zostało poruszonych, bo tak naprawdę kwestia kadr i liczby osób pracujących w systemie to jest tylko jeden z kawałków tego całego systemu. Pozwolę sobie pokrótce odnieść się do tych tematów, które były sygnalizowane w tych pytaniach.

Po pierwsze, chciałbym zauważyć, że wyczułem taki dysonans pomiędzy tym, co mówią dane, że mamy dużo lekarzy, a tym, co dyrektorzy szpitali mają na co dzień, czyli kłopot z kadrami. Moim zdaniem to wynika z tego, że gdy mówimy ogólnie o liczbie lekarzy, to nam wychodzi to, co nam wychodzi w statystykach, a kiedy chcemy zatrudnić lekarza, to nie szukamy lekarza jako takiego, tylko konkretnego specjalisty. To, myślę, jest powód, dla którego mamy tę różnicę. Brakuje nam po prostu konkretnych specjalistów w konkretnych dziedzinach... Ale pani przewodnicząca mnie powstrzymała. Zresztą, rozumiem, że to będzie kolejny temat.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Myślę, że wtedy ten wątek i problemy z tym związane będzie można szerzej mówić. Jeśli chodzi o Państwową Komisję Akredytacyjną i nowe kierunki, to chciałbym powiedzieć, że to jest poza sferą odpowiedzialności Ministerstwa Zdrowia. To raczej Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, bo minister zdrowia nie nadzoruje tych uczelni, które prowadzą te nowe kierunki, tylko opiniował przy uruchomieniu. Natomiast jeśli chodzi o kwestię ewentualnego zamykania – rozumiem, że tego dotyczyło pytanie – to jest kwestia rzeczywiście, po pierwsze, wyników kontroli PKA, tego, jakie będą... Tak, rozumiem, tylko chciałem zaszykalizować, że gospodarzem tego postępowania będzie minister nauki.

W kilku wypowiedziach pojawił się wątek współpracy między różnymi grupami zawodowymi. Chciałbym powiedzieć, że ten element jest coraz bardziej wprowadzany w kształceniu przeddyplomowym. Jeśli chodzi o lekarzy, weszły nowe standardy kształcenia i one większy akcent kładą na kompetencje miękkie. Zresztą, tak prawdę mówiąc, kształcenie na studiach poszczególnych studentów różnych kierunków i prowadzenie zajęć, które uczą, jak pracować w zespole wielodyscyplinarnym, to jest jeden z nowszych trendów. To pojawia się w naszych programach kształcenia, aczkolwiek to jest trudne do zorganizowania w uczelniach. Szczególnie w uczelniach, które jednak są przeładowane liczbą studentów kształcących się. Natomiast tam pojawia się też egzamin OSCE, czyli ten, który bada te kompetencje miękkie. On będzie na pewno na końcu studiów, ale on też bada współdziałanie. Ten kierunek jest na pewno uwzględniony w kolejnych działaniach.

Poza tym chciałbym powiedzieć, że uczelnie będą teraz dostawały w ramach KPO środki na inwestycje w centra symulacji, które będą ukierunkowane, nie tylko dla leka-

rzy, ale też dla poszczególnych grup, takich jak ratownicy na przykład. Zatem to też poprawi jakość kształcenia i też pewnie będzie platformą do tego, żeby to multidyscyplinarne współdziałanie poszczególnych grup zawodowych wspomagać.

Pojawił się też kilka razy temat studentów anglojęzycznych. To jest tak, że z punktu widzenia uczelni jako takiej fakt, że na uczelni są studenci anglojęzyczni – to jest atut. To jest pozytywnie oceniane przez PKA, bo współpraca międzynarodowa, wymiana to jest jeden z takich elementów, które trochę poszerzają horyzonty, polepszają jakość kształcenia. Zatem ja bym nie szedł tą drogą, żebyśmy zakazywali kształcenia studentów w języku angielskim, bo to trochę rozszerza horyzonty uczelni. Oczywiście zgadzam się, że to byłoby dziwne, gdyby ten odsetek studentów kształconych w języku angielskim wynosił 50%, ale jestem przekonany, że na większości uczelni, zresztą zgodnie z limitami, które są co roku – bo to też jest limitowane – ten odsetek globalnie jest dużo, dużo niższy.

Pojawiło się hasło lekarskiego egzaminu końcowego jako miernika jakości kształcenia. Nie będzie chyba zaskoczeniem, jeśli powiem, że w mojej opinii obecnie LEK nie mierzy jakości kształcenia, tylko to, czy ktoś zapoznał się z bazą pytań. W związku z tym niewątpliwie warto ten LEK zmodernizować. Ale też chciałbym powiedzieć, że LEK nigdy, od zarania swojego istnienia, nie był egzaminem licencyjnym, tylko był przede wszystkim egzaminem, który miał na celu kwalifikację, czyli przy procesie kwalifikacji do przydzielania miejsc specjalizacyjnych. To jest jakby główna rola LEK i ta rola w tej chwili cierpi na tym, jak on jest skonstruowany, więc na pewno trzeba będzie rozpocząć pracę nad zmianą.

Ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej pojawił się sygnał z dramatycznym obrazem, jeśli chodzi o te specjalności podstawowe – interna, pediatria, chirurgia. Owszem, dane wyglądają dramatycznie, jeśli patrzymy na statystyki, tak jak one tam są pokazane, ale musimy zdawać sobie sprawę z tego, skąd one się biorą. Bo my systematycznie od wielu lat powodowaliśmy, że lekarze nie podejmują specjalizacji w tych podstawowych, tylko od razu startują w tych szczegółowych. Czyli kiedyś mieliśmy mnóstwo internistów, którzy zajmowali się chorobami serca, a teraz mamy kardiologów, którzy się zajmują chorobami serca, ale już nie mają specjalizacji z interny.

Prawda jest też taka, że jakby sposób kontraktowania procedur przez NFZ przez lata premiował lekarzy tzw. wąskich specjalności, a jakby penalizował lekarzy z tymi właśnie... Obserwujemy po prostu skutki tej wieloletniej praktyki. Dyskusja na temat śmierci i chorób interny jako takiej też jest już długotrwała.

Jeśli chodzi o pana Krzysztofa Zdobylaka, to chciałbym powiedzieć, że w Ministerstwie Zdrowia funkcjonuje zespół do spraw kadr medycznych i tam jest miejsce dla Naczelnej Izby Lekarskiej. Czuję się upoważniony do przekazania zaproszenia do włączenia się do prac tego zespołu. Tak więc proszę czuć się zaproszonym

Ekspert ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia NIL Krzysztof Zdobylak:

Dziękuję. Z przyjemnością.

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Na pewno taki wkład będzie wykorzystany, więc zapraszam do aktywności.

Jakość kształcenia, jeśli chodzi o pielęgniarki. Taka kwestia była podnoszona, że jakość tego kształcenia jest niska czy za niska. Takie sygnały do ministerstwa docierają, mogę powiedzieć, i że jednym z elementów jakby poprawy sytuacji wydaje mi się ten aktualny projekt fuzji Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Przynajmniej w zakresie kształcenia podyplomowego to jakby ułatwi zwiększenie wymagań wobec tych podmiotów, które prowadzą kształcenie specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych.

Natomiast jeśli chodzi o kształcenie przeddyplomowe, to rola Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych jest tutaj... Tak. Jest, działa i wydaje się, że co najwyżej można pomyśleć o jakimś wzmocnieniu. Nie wiem, czy jest taka potrzeba.

Temat onkologów i liczba specjalistów. Chciałbym powiedzieć, że wszystkie trzy podstawowe specjalizacje onkologiczne, czyli onkolog kliniczny, chirurgia onkolo-

giczna, radioterapia onkologiczna są na liście dziedzin priorytetowych. To, czy to działa czy nie działa, to myślę, że będzie to temat na spotkanie, jeśli chodzi o nasze problemy ze skonstruowaniem systemu szkolenia specjalizacyjnego. Natomiast też chciałbym dodać, bo tu padł przykład raka prostaty, że wydaje mi się, że akurat rakiem prostaty w dużym stopniu zajmują się urolodzy. To jest przykład na to, że opieka nad pacjentem onkologicznym wykracza poza te trzy specjalizacje. Oczywiście w każdym nowotworze jest trochę inna. Mamy taką specyfikę, jeśli chodzi o te nowotwory, kto tak naprawdę prowadzi to leczenie, już nie wspominając o ginekologii onkologicznej jako też oddzielnej specjalizacji.

Pracownicy niemedyczni, organizacja pracy. Absolutnie tak. To znaczy udział pracowników w tych zawodach takich wspomagających, ale nawet i w tych zawodach medycznych – optometrysta odciąża okulistę – jakby zmienia trochę rynek, bo rzeczywiście to jest marnowanie sił i środków, żeby kształcić okulistę do tego, żeby dobierał okulary. To jest przykład tylko na to, że oczywiście jak najbardziej tą drogą trzeba iść.

W tej krytyce danych, pojawiało się to chyba akurat à propos diagnostów laboratoryjnych, ale to jest prawda uniwersalna, że to nie jest oczywiście tak, że liczba absolwentów danego kierunku równa się liczbie osób, które wchodzi do danego zawodu. To nawet w przypadku lekarzy nie jest prawda, chociaż akurat chyba w tym wypadku odsetek jest najwyższy, bo mam wrażenie, że po tych studiach ludzie już nie mają koncepcji innej, niż tylko pracować jako lekarz. Skazani na to nie są oczywiście, bo nie muszą, ale pewnie 1% absolwentów nawet z kierunków lekarskich pracy w zawodzie nie podejmuje.

To oczywiście też jest znana sprawa, że ratownicy, którzy mają studia tylko jednostopniowe, w części po tych studiach wcale nie idą do zawodu ratownika, tylko na przykład rozpoczynają studia pielęgniarские. To wiemy i to też są liczby, które pewnie nam zginęły w tych statystykach, ale to ma znaczenie. Z tym że akurat jeśli chodzi o ratowników, tę sytuację może poprawić to, że ma być drugi stopień, czyli to będą studia magisterskie. Może być wtedy lepiej, bo mam wrażenie, że część z tych wyborów wynika nie z niechęci podjęcia zawodu ratownika, tylko z chęci uzyskania stopnia magistra.

Jeśli chodzi o psychoterapię uzależnień – psychoterapia to w ogóle jest temat trudny. Regulacja zawodów psychoterapeuty i psychologa jest trudna, bo to są zawody trochę wykraczające poza czystą sferę oddziaływania Ministerstwa Zdrowia. Trochę mamy tu z ministerstwem pracy i to jest trochę kłopot z uregulowaniem tych zawodów. Myślę, że to jest przyczyna, dla której nie mamy ustawy o zawodzie psychoterapeuty, a nie jakaś niechęć na poziomie ministra zdrowia, żeby to uregulować.

No i ostatnia chyba kwestia, priorytetowość... Nie, priorytetowość specjalizacji to nie dzisiaj.

Czas pracy lekarzy. Oczywiście my na kontraktach nie wiemy, jak... To jest trochę business-to-business i to właściwie nie podlega regulacjom chroniącym pracowników z kodeksu pracy. Jest to więc temat, który trochę wychodzi poza kwestię samych zasobów kadrowych. To raczej kwestia tego, jak ten zawód jest wykonywany i dlaczego w tej formie, a nie w formie umowy o pracę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Ja bardzo serdecznie dziękuję za przygotowany materiał. Dziękuję za tę bardzo owocną dyskusję, która pokazała, jak bardzo ważny jest ten problem kadr medycznych i wykorzystania poszczególnych zawodów w systemie – i to właściwe wykorzystanie dopiero może doprowadzić do tego, że ten system zacznie sprawniej działać.

Tutaj państwo zwrócili uwagę na wiele aspektów – państwo posłowie, ale również szanowni goście – dotyczących właśnie kadry medycznej, które należałoby uwzględnić w racjonalnym projektowaniu tych zasobów na przyszłość. Ja myślę, że w tej chwili nie odpowiemy na te wszystkie kwestie. Nawet nie wiem, czy Ministerstwo Zdrowia jest w stanie przygotować na przykład taką analizę, w jaki sposób powinna kształtować się ta kadra medyczna w poszczególnych zawodach medycznych w ciągu na przykład pięciu, dziesięciu czy piętnastu lat, uwzględniając te wszystkie okoliczności czy kryteria, o których państwo mówili, ale myślę, że po to jest ta nasza podkomisja. Mamy trochę

czasu, żeby przeanalizować, ale tak rzetelnie i dogłębnie, te zasoby – tutaj mówimy o zasobach kadrowych, ale później przejdziemy do innych zasobów, które warunkują jakość systemu ochrony zdrowia – i żeby dopiero na tej bazie można było projektować ewentualne zmiany.

Państwo tu wskazujecie, że ten system wymaga korekty właściwie w każdym obszarze, którego dotkniemy. Wymaga korekty, nie tylko dosypywania wprost środków finansowych, o czym przekonaliśmy się w ostatnich latach, bo przecież środki finansowe, które wpłynęły do systemu, zostały podwojone, a de facto pacjenci chyba nie odczuli tej jakości – ani dostępności, ani jakości udzielanych świadczeń. Na pewno w wielu obszarach się poprawiło, ale to nie jest wyłącznie ten jeden czynnik, który warunkuje poprawę systemu ochrony zdrowia.

Tutaj zastanawiamy się – zresztą pan poseł i państwo posłowie, którzy słuchali z bardzo dużą uwagą państwa wypowiedzi – czy jednak nie byłaby potrzebna taka pogłębiona analiza, ale uwzględniająca wszystkie te aspekty, o których państwo mówicie, funkcjonowania poszczególnych zawodów, ale też potrzeb, pojawiających się nowych problemów zdrowotnych, rozwoju medycyny itd., rozwoju cyfrowego też. Czy nie byłaby potrzebna? Tak nam się wydaje, że potrzebna byłaby taka dogłębna analiza. Może warto nad tym się zastanowić.

My też w naszej podkomisji przedyskutujemy ten problem, ale myślę, że aby można było rzetelnie, uczciwie i rozsądnie myśleć o zmianach, które mogłyby w systemie ochrony zdrowia zafunkcjonować, które przyniosłyby konkretną wartość dodaną do tego systemu, to musi to być budowane na takiej szczegółowej analizie. Myślę więc, że będziemy się zastanawiali. Sądzę, że w gronie podkomisji podejmiemy jakąś decyzję i wystąpimy też do Ministerstwa Zdrowia z jakimś konkretnym wnioskiem czy apelem do rozważenia, bo myślę, że to jest niezwykle ważne i istotne.

Ja bardzo serdecznie państwu dziękuję. Bardzo merytoryczna dyskusja w takiej spokojnej atmosferze. I właśnie myślę, że po to są te podkomisje powoływane, żeby można było merytorycznie rozmawiać o problemach, bo czasami schodzimy na inne tematy, które są istotne w ogóle w życiu publicznym, ale akurat w podkomisjach możemy rzeczywiście pozwolić sobie na merytoryczne rozmowy o konkretnych wyzwaniach. Mam nadzieję, że tak będzie wyglądała ta praca.

Spotkamy się zapewne jeszcze w kwietniu, kiedy będziemy poruszać, omawiać kolejne tematy. Natomiast ja państwu proponuję, żeby zastanowić się nad taką dogłębną analizą. Ja nie ukrywam, że mam świadomość, jakie są zasoby ministerstwa. Oczywiście zaangażowanie pracowników jest niezwykle ważne i potencjał kadrowy i intelektualny pracowników jest bardzo wysoki, ale myślę, że dokonanie szczegółowego audytu, takiej analizy wymagałoby może skorzystania też z innych zasobów. Tak więc zastanowimy się i będziemy w kontakcie.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ja jeszcze jedno słowo, pani przewodnicząca. Chciałbym podziękować za sposób prowadzenia tego posiedzenia podkomisji, ale ponieważ również dzisiaj jest Józefy, pani przewodniczącej imieniny, chciałbym złożyć najlepsze serdecznie życzenia, dużo zdrowia, szczęścia i wszelkiej pomyślności. Jeżeli mamy innych Józefów lub Józefy, to wszystkim państwu również składam najlepsze życzenie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję pięknie.

Do zobaczenia.