

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 20)
z dnia 9 września 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 20)

9 września 2025 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Józefy Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– **informację ministra zdrowia na temat stanu obecnego i perspektywy rozwoju dyscyplin internistycznych w Polsce.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa i **Mariusz Klencki** dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia, **Ilona Kurnatowska** konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, **Michał Chmielewski** konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa pomorskiego, **Jan Duława** konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa śląskiego, **Anna Freus** dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Tomasza Karauda** specjalista chorób wewnętrznych z Kliniki Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi, **Anna Lipnicka** wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Krzysztof Mucha** kierownik Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Mazowieckiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich, **Krystyna Płukis** dyrektor Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, **Marek Stopiński** konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Jolanta Januszczak** sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Łukasz Sarnecki** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Witam bardzo serdecznie członków podkomisji i zaproszonych gości.

Dzisiaj mamy przyjemność gościć w trakcie naszego posiedzenia panią profesor Ilonę Kurnatowską – witam bardzo serdecznie – konsultanta do spraw chorób wewnętrznych dla województwa łódzkiego... Przepraszam, mam źle napisane. Konsultant krajowy. Witam bardzo serdecznie pana profesora Jana Duławę, konsultanta do spraw chorób wewnętrznych dla województwa śląskiego. Zgadza się tutaj? Tak.

Bardzo serdecznie witam pana profesora Michała Chmielewskiego, kierownika Katedry Kliniki Reumatologii, Immunologii Klinicznej, Geriatrii i Chorób Wewnętrznych, konsultanta do spraw chorób wewnętrznych dla województwa pomorskiego. Witam pana profesora Krzysztofa Muchę – jest pan profesor, czy tak? – kierownika Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezesa Mazowieckiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich.

Jest z nami też doktor nauk medycznych, pan Marek Stopiński, konsultant do spraw chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego. Również witam serdecznie pana Tomasza Karaudę, specjalistę chorób wewnętrznych z Kliniki Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych. Witam serdecznie.

Witam również przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Jest z nami pan dyrektor Departamentu Lecznictwa Maciej Karaszewski – witam. Jest również dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, pan Mariusz Klencki – witam bardzo serdecznie.

Witam wszystkich zaproszonych gości. Są oczywiście przedstawiciele związków zawodowych – pani doktor Grażyna Cebula-Kubat, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Witam serdecznie.

Witam też bardzo serdecznie przedstawicieli Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, panią Annę Janik. Witam wszystkich pozostałych gości. Stwierdzam kworum – do protokołu.

Szanowni państwo porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat stanu obecnego i perspektywy rozwoju dyscyplin internistycznych w Polsce. Poprosiliśmy w związku z tym Ministerstwo Zdrowia o przygotowanie materiału. Państwo posłowie obecni tutaj na sali – witamy panią poseł po raz pierwszy w naszej podkomisji – otrzymali ten materiał na iPady w folderze SDI. Dostępny jest również w formie papierowej. Jeżeli państwo są zainteresowani, to można w sekretariacie Komisji go otrzymać.

Szanowni państwo, ponieważ temat jest bardzo ważny i bardzo rozległy, chcielibyśmy wysłuchać przede wszystkim państwa specjalistów, jakie mają spojrzenie na strategię rozwoju tej jakże ważnej dyscypliny medycyny, dyscypliny naukowej. W związku z tym proponuję, aby na początek został przedstawiony materiał Ministerstwa Zdrowia, który pan dyrektor nam zaprezentuje. Później poproszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, pana dyrektora, o uzupełnienie tej informacji, a następnie poproszę państwa o państwa stanowisko. Wiem, że państwo mają przygotowane prezentacje, więc myślę, że na tym się skupimy dłużej. Natomiast, żeby już nie przedłużać, bardzo proszę, panie dyrektorze. Oddaję panu głos.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowna podkomisjo, szanowni zaproszeni goście, ja zagaję tylko na początku przed jakim wyzwaniem stoimy. Stoimy oczywiście przed wyzwaniem, z którego zdajemy sobie sprawę wszyscy w Ministerstwie Zdrowia i nie tylko, że nasze społeczeństwo bardzo szybko się starzeje. W 2050 roku 30% populacji będzie miało powyżej 65 lat, a problemy zdrowotne, które ich dotkną, będą głównie problemami chorób wewnętrznych, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca, POChP. W związku z tym zwiększa się presja na oddziały chorób wewnętrznych, na hospitalizacje.

Potrzebny jest też rozwój tego systemu kadrowego. Aktualnie aktywne prawo wykonywania zawodu w zakresie chorób wewnętrznych ma 29,3 tys. osób – to są specjaliści pierwszego stopnia – kardiologii – 5,5 tys., chorób płuc – 2860, nefrologii – 1460, endokrynologii – 1810, diabetologii – 1670, gastroenterologii – 1230 osób. W hematologii mamy 630 lekarzy i 580 geriatrów.

Z rzeczy, które już wdrożyliśmy lub są w toku, jest to ustawa o wzmocnieniu publicznej ochrony zdrowia, tworzenie powiatowych centrów zdrowia z całodobową interną i chirurgią ogólną i też możliwość lepszego wykorzystywania posiadanych zasobów poprzez przekształcanie części oddziałów z hospitalizacji całodobowej w hospitalizacje planowe i jednodniowe. To tak bardzo w skrócie.

Koordinacja i programy chorób przewlekłych – to jest Krajowa Sieć Kardiologiczna. Tu wdrożone w tym roku, na skalę całego kraju – szybsza diagnostyka i ścieżki pacjentów z chorobami serca. Trzeci rok jest opieka koordynowana w POZ, czyli przeniesienie elementów POZ-u, opieki nad pacjentem do ambulatorium, do lekarza POZ, który może korzystać również ze wsparcia specjalistów diabetologii, endokrynologii, pulmonologii, nefrologii i kardiologii. Są to też lekarze chorób wewnętrznych, którzy mają doświadczenie w pracy w oddziałach o tych profilach, więc nie tylko ograniczamy się do tych wąsko wyspecjalizowanych lekarzy.

Kolejna zmiana to jest wejście zmiany w wycenach wizyt pierwszorazowych w AOS-ie i zwiększenie nacisku na przyjmowanie pacjentów pierwszorazowych. Odnośnie do kadr i kompetencji, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, przekażę głos panu profesorowi Klenckiemu.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, że to jest cały materiał, który pan chciał zaprezentować, dotyczący strategii rozwoju... Nie, dopytuję pana dyrektora, czy to jest całość tego materiału. Aha, pana też. Dobrze, to poproszę. Pan dyrektor Klencki.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w MZ Mariusz Klencki:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, państwo posłowie, szanowni goście, ja pozwolę sobie trochę skomentować ten materiał, który przekazaliśmy wcześniej. On dotyczy głównie sytuacji kadrowej w internie i z tego materiału wyłania się taki obraz, że dosyć systematycznie i dosyć istotnie spada nam liczba lekarzy, którzy mają specjalizację z chorób wewnętrznych.

Czyli możemy powiedzieć, że choroby wewnętrzne jako specjalizacja, nie chcę używać takiego słowa bardzo dramatycznego, że umiera, ale rzeczywiście tych specjalistów mamy coraz mniej, no i pewnie gdybyśmy patrzyli na krzywą wieku, to będzie to perspektywa też niedobra.

Natomiast jeśli popatrzymy na specjalizacje, które wyłaniają się z tego modułu podstawowego interny, to właściwie wszędzie mamy przyrost liczby specjalistów. Tak naprawdę jest to konsekwencja polityki czy tego modelu szkolenia specjalizacyjnego, który został wprowadzony już 12 lat temu.

W 2013 r. został wprowadzony system modułowy i to wtedy stało się tak, że ta tradycyjna ścieżka kształcenia lekarzy w dyscyplinach internistycznych, która polegała na tym, że lekarz najpierw robił specjalizację z interny, a dopiero potem robił tę jakby nadspecjalizację z jakiejś dziedziny interny, została zastąpiona ścieżką modułową. Główna motywacja tego była taka, żeby szybciej otrzymać w systemie specjalistę. No i rzeczywiście otrzymujemy szybciej tych specjalistów – kardiologów, pulmonologów, gastroenterologów itd., ale pewnym kosztem. Ten koszt to jest to, co widzimy w statystykach – mniej lekarzy specjalistów z chorób wewnętrznych.

Jednak też jest dostrzegane, co wydaje mi się tak naprawdę istotą problemu, że tak naprawdę lekarze współcześnie specjalizują się dużo wcześniej, natomiast pacjenci złośliwie chorują na wiele chorób, czasami jednocześnie i w związku z tym zaczyna brakować tego bardziej szerokiego przygotowania lekarza współcześnie kształcącego się w systemie do tego, żeby sobie radzić z tymi potrzebami pacjenta. Pewnie jakieś rozwiązania systemowe temu sprzyjają, bo trzeba też powiedzieć, że lekarze zwykle wybierają jednak te ścieżki, które są dla nich bardziej atrakcyjne, jeśli chodzi o warunki pracy, w tym finanse, niemniej jednak system kształcenia temu niekorzystnemu zjawisku sprzyja.

Tutaj trzeba jeszcze wspomnieć, że ta idea modułu podstawowego nie do końca została zrealizowana tak jak była planowana, bo planowany był rzetelny moduł, w tej chwili dwuletni, z chorób wewnętrznych. Praktyka stała się taka, że ten moduł nie jest weryfikowany. To znaczy, on nie jest prawidłowo realizowany. Nie ma jakby zatwierdzenia jego realizacji w sensie potwierdzenia, czy ktoś zdobył te kompetencje, czy nie zdobył. On sobie po prostu zrealizował jakiś okres kształcenia.

W związku z tym, z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia kluczowe wydaje się to, żeby ten model może nie tyle odwrócić i wrócić do tego, co było kilkanaście lat temu, tylko jakby naprawić uchybienia w tym modelu modułowym. Czyli przede wszystkim wzmocnić moduł podstawowy, uczynić go bardziej realnym.

Pierwsze kroki tak naprawdę zostały już poczynione w momencie reakredytacji jednostek kształcących, bowiem CMKP zaczęło pilniej przestrzegać, komu daje akredytację na kształcenie w chorobach wewnętrznych, a to jest warunek, żeby ten moduł podstawowy realizować. Myślę, że ważną receptą jest też powrót do pierwotnej idei egzaminu po module, czyli jakiegoś elementu weryfikacji nabytych umiejętności i kompetencji.

Wreszcie, myślimy, żeby zachęcić lekarzy – bardziej zachęcić niż zmusić – do tego, żeby przynajmniej część z nich podejmowała dawną ścieżkę, czyli najpierw robiła specjalizację z chorób wewnętrznych, a dopiero potem wybierała specjalizację kolejną. W tej chwili jest to trudne. Są młodzi lekarze, którzy chcą tak robić, ale oni lądują w takiej pułapce, że jeśli zrobią rezydenturę z interny, to potem już nie mają możliwości wystąpienia o rezydenturę gdzieś indziej i to jest pułapka, którą musimy systemowo również usunąć. To jako komentarz. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście pan zdiagnozował te różne problemy, które się pojawiają w toku kształcenia w różnych specjalnościach. Rozumiem, że te pana zapowiedzi są już na pewnym etapie realizacji. Czyli o jakiejś weryfikacji tego programu szkolenia podyplomowego w pierwszym module, wprowadzeniu egzaminu, państwo już nie tylko mówicie, ale coś się dzieje wokół tego tematu. Czy tak?

Dyrektor departamentu w MZ Mariusz Klencki:

Pracujemy nad tym. Tak naprawdę, żeby wiele z tych rzeczy zrobić, będzie potrzebna nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przypomnę, że pierwotnie został wprowadzony państwowy egzamin modułowy. W postaci takich niedoskonałości legislacyjnych mamy resztki tego PEM-u w ustawie. To takie pozostałości, których nie udało się wyczyścić prawidłowo w toku nowelizacji, która usuwała ten PEM, bo mamy go właściwie usuniętego z ustawy. Zatem tak naprawdę potrzebna będzie nowelizacja ustawy. Myślę, że taką będziemy proponować.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim przejdziemy do dyskusji, proponuję oddać głos specjalistom. Bardzo proszę panią profesor Ilonę Kurnatowską, konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych. Myślę, że tutaj pani profesor też odniesie się do tych zagadnień, o których pan dyrektor mówił, weryfikacji tego programu kształcenia, ewentualnego egzaminu czy też kwestii stworzenia możliwości, aby drugą specjalizację po internie można było zdobywać również w trybie rezydenckim. To bardziej do Ministerstwa Zdrowia, jak mi się wydaje, ale pani profesor zapewne i w tym zakresie swoje stanowisko przedstawi. Bardzo proszę i dziękuję oczywiście za przygotowanie materiału.

Bardzo proszę, pani profesor, ale mimo wszystko prosimy w ten sposób, dlatego, że to nagrywamy i obrady podkomisji są też transmitowane, obserwowane przez innych uczestników. W związku z tym to spowodowałoby pewne problemy.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Z grzeczności i przyzwyczajenia chciałam troszkę... Szanowni państwo – panie posłanki, panowie posłowie, panowie dyrektorzy, ale i wszyscy zaproszeni goście, ja po pierwsze chciałabym bardzo serdecznie podziękować, że państwo zorganizowali to posiedzenie podkomisji i mogliśmy się tutaj spotkać. Ono jest pokłosiem naszego spotkania bodajże kwietniowego, które było poświęcone wielochorobowości, ale tak naprawdę głównie opiece koordynowanej w POZ-ie. Natomiast zaprosiłam na to posiedzenie podkomisji jako gości naszych konsultantów wojewódzkich, wybitne autorytety tak naprawdę w dziedzinie interny, ale również panie dyrektor dwóch szpitali – dużego Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, wielospecjalistycznego, ale również powiatowego w Wieluniu – żeby powiedziały, z jakimi problemami spotyka się u nich interna, która tak naprawdę stanowi taki wentyl bezpieczeństwa naszego społeczeństwa. To jest przede wszystkim zabezpieczenie na poziomie podstawowym całego naszego społeczeństwa.

Czym tak naprawdę jest interna, chciałabym, żeby powiedział – zawsze to mówi bardzo pięknie i podsumowująco – pan profesor Duława, który jest prezesem Polskiego Towarzystwa Internistów. Chciałabym, żeby teraz przez chwilę powiedział, czym tak naprawdę jest interna i dlaczego dziś tutaj się spotkaliśmy. Panie profesorze, bardzo prosimy.

Konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa śląskiego Jan Duława:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, również bardzo dziękuję za zaproszenie. To jest bardzo trudno powiedzieć, czym jest interna, ale spróbuję. Pozwalam sobie nawiązać do wypowiedzi panów dyrektorów.

Pierwsza rzecz. Pan dyrektor powiedział – 29 tys. internistów. To prawda, tak to w liczbach wygląda, ale z tego 9 tys. to jest pierwszy stopień, a pozostałe 20 tys. w większości już mają inne podspecjalizacje. W związku z tym nie pracuje 20 tys. osób w internie.

A druga rzecz, wypowiedź pana dyrektora Klenckiego, do której chciałbym nawiązać. Pan powiedział, że pacjenci są złośliwi i nie chorują na jedną chorobę. To jest absolutna prawda. Gdy się weźmie podstawowy podręcznik do interny Szczeklika – ja to liczyłem – weźmie się epidemiologię, to tam wyjdzie 90 mln chorych ludzi, no bo tyle jest tych różnych chorób w Polsce. No to przypada po trochu mniej niż trzy na obywatela Rzeczypospolitej.

Komu potrzebna jest interna? Chciałbym wyjść od pojęcia choroby. Choroba nie jest pojęciem jednoznacznym. Wręcz przeciwnie, jest wieloznacznym i język polski tego nie oddaje. Język angielski bardzo ładnie to oddaje.

Po pierwsze, choroba jest jednostką nozologiczną. Grypa, zawał serca, udar mózgu, to jest angielskie *disease* i to my – to znaczy medycyna, system ochrony zdrowia – potrafimy pięknie leczyć. Szczycimy się tym, że przeszczepiamy 90-latkowi serce, płuco. Wszystko bardzo dobrze. Problem polega na tym, że chory nie przychodzi z tą *disease*, z tą jednostką nozologiczną. On przychodzi ze swoją słabością zdrowotną, z objawami chorobowymi, czyli *illness* albo *ailment* po angielsku. Z tym przychodzi, z objawami.

Oprócz tego jest coś takiego jak *sickness*, czyli to co uniemożliwia spełnianie uprawnień i obowiązków społecznych. On ma grypę, to leży w łóżku, nie może już ugotować obiadu. Takie coś. To jest jedna rzecz.

Następna sprawa, nie każde *illness* i *sickness* jest chorobą, jest *disease*. U 10–20% ludzi z różnymi objawami po prostu nie da się wykryć tej konkretnej *disease*. Specjaliści potrafią rzeczywiście znakomicie leczyć chorych z jednostkami nozologicznymi, natomiast mają ogromne kłopoty z tymi pozostałymi, o których mówiłem.

To na przykład wygląda tak w szpitalu czy na SOR-ze, czy na izbie przyjęć. Ja już mówiłem, że jest taśma, na którą kładzie się chorego i tam poszczególni specjaliści wyłapują tych chorych, których mogą leczyć, ale ta taśma leci dalej. Na końcu, że tak powiem, ci chorzy spadają na taką, przepraszam za wyrażenie, kupe i to jest właśnie ta interna i ten internista musi tym się zająć, obojętnie czy to jest *diseases* czy to jest *sickness* czy *illness*.

To nawet nie jest mój pomysł, ale okazuje się, że w szpitalach, jeżeli kogoś mamy przyjąć i leczyć, to rzeczywiście do tego są specjaliści inni niż interniści, ale jeżeli kogoś trzeba wypisać, to ten ktoś przez tego internistę musi przejść. Musi dlatego, że specjalista mówi – on się nie nadaje na kardiologię, nie nadaje się na chirurgię, nie nadaje się na pulmonologię, ale nie mogę go wypuścić do domu. Niech go internista zobaczy. Albo chirurg go już zrobił, że tak powiem, i mówi – a teraz niech go tylko internista dopieści, niech mu wyrównana metabolizm. Jak ja mam mu wyrównać ten metabolizm, szczerze mówiąc nie wiem, no ale on chce, żebym ja go wyrównał.

Jeszcze jedna rzecz, bo miałem tylko 3 minuty, a już chyba je przekroczyłem. Ostatnia rzecz. Pan dyrektor mówił o wielochorobowości, ale ja powiem jeszcze o wielolekowości, o związanej z tym polipragmazji. Im więcej lekarzy, tym więcej leków. To jest statystycznie dowiedzione bez wątpienia – dziewięciu lekarzy, piętnaście leków.

Proszę więc sobie wyobrazić, że jeżeli chory zażywa 5 leków, to ma 50% prawdopodobieństwa, że będzie miał działanie niepożądane. Gdy zażywa 8 leków, to ma 100% prawdopodobieństwa, że będzie miał działanie niepożądane. Czyli przy 8 lekach powstaje nowa choroba, na którą ten chory dostaje kolejny lek i robi się takie perpetuum mobile. Jest potrzebny lekarz, który to wszystko po prostu ogarnie.

Ostatnia rzecz. Przez to, co powiedziałem, Amerykanie policzyli 15 lat temu, ile się marnuje środków w służbie zdrowia. Oni wtedy wydawali 3 bln dolarów. Wyszło im, że 34–35% się marnuje. Mógłbym dokładnie omówić, z jakich powodów – błędów administracyjnych i daremnego leczenia, i również kryminalnych przekrętów, chociaż te kryminalne to najmniejsze. Ja wtedy liczyłem, ile to będzie w Polsce, bo my korzystamy z tych amerykańskich epidemiologicznych opracowań, transponujemy na polski i mi wyszło, że wtedy to było 34 mld. Teraz to już byłoby 60 albo więcej miliardów złotych marnowania pieniędzy w służbie zdrowia. Od tego jest internista, żeby jak najmniej marnować. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękujemy. Proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Szanowni państwo, to ja pozwolę sobie przedstawić taki przypadek kliniczny, bo chyba to nam podsumuje, po co jest ten internista. Ta taśma, o której pan profesor mówi, jest dość długa w szpitalu wielospecjalistycznym. Tam specjaliści mogą wybierać tych pacjentów. Jednak już w takim szpitalu, jak na przykład w Wieluniu, gdzie jest tylko interna, to tam trafia pacjent ze wszystkimi jednostkami chorobowymi, bo w Łęczycy, Łowiczu, czy w innym szpitalu nie ma pierwszego czy drugiego zabezpieczenia.

Proszę państwa, pogotowie przywozi na SOR pacjentkę z dusznością, z gorączką i zostaje rozpoznane zapalenie płuc. Ta pacjentka jest otyła, ma niewyrównaną cukrzycę od wielu lat leczoną, oporne nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, niewydolność serca, przy okazji przewlekłą chorobę nerek, obturacyjną chorobę płuc, nowotwór w trakcie chemioterapii, wole guzowate tarczycy, niedokrwistość i proszę powiedzieć, na jaki oddział ta chora trafi. Czy takiego chorego z niewyrównaną cukrzycą weźmie kardiologia, czy może onkologia, czy może nie daj bóg endokrynologia? Geriatria? To umówmy się, że ma 66 lat, więc na geriatrię by się nadawała, ale żaden geriatra nie weźmie takiego pacjenta. Ten pacjent, proszę państwa, trafi na internę, ponieważ to jest niewdzięczny pacjent, bo on nie ma właściwie żadnej zdefiniowanej jednostki chorobowej, tylko ma zapalenie płuc, a przy okazji wiele innych jeszcze powikłań i tego chorego musi ogarnąć tak naprawdę internista.

Przy wypisie taki chory dostanie zalecenie zgłoszenia się do sześciu albo siedmiu innych specjalistów, bo ma chorobę płuc, bo ma cukrzycę, bo ma niewydolność serca. Czyli zobaczcie państwo, on pójdzie do AOS-u i będzie siedział w różnych poczekalniach. Ten chory ma tak naprawdę wyleczone to zapalenie płuc, jeśli więc będzie dobry internista, to on sobie z wszystkimi tymi jednostkami sam poradzi. Jednak to musi być wykształcony internista.

Teraz jest bardzo popularna kardionefrodiabetologia albo onkokardiologia. Zapytano mnie, gdzie jest taki pacjent. Ano taki pacjent, proszę państwa, jest w Wieluniu na internie

i tam tak naprawdę internista jest w stanie sam sobie z tym poradzić, jeżeli on jest dobrze... W Grodzisku też. Tak, ale w Grodzisku... W Katowicach też, no i w Zabrzu i wszędzie internista z takim przypadkiem sobie poradzi.

Proszę państwa, my wiemy – o czym powiedział pan dyrektor – że społeczeństwo się starzeje. Jest coraz więcej osób powyżej 65 r.ż. Są badania na to, że osiemdziesiąt kilka procent pacjentów w wieku około 70 lat ma powyżej jednej choroby, ma wielochorobowość i w związku z tym ci chorzy będą częściej trafiali na internę.

Proszę popatrzeć, w oddziałach internistycznych rośnie z roku na rok liczba osób hospitalizowanych i tak naprawdę ta liczba osób rośnie przede wszystkim w szpitalach powiatowych i w szpitalach pierwszego, i drugiego zabezpieczenia. To jest 50% hospitalizowanych z powodów internistycznych, z tym kodem rozpoznania 4000.

W ciągu 3 lat zanotowano wzrost hospitalizacji w oddziałach chorób wewnętrznych o 36%. Oczywiście w kardiologii też rośnie. W onkologii jest stabilnie, jeżeli chodzi o hospitalizację. Tylko jaki jest problem w internie. W internie nie ma organizacji pacjenckich, nie ma lobby farmaceutycznego, które będzie za tymi procedurami internistycznymi się wstawiało, bo tam po prostu chory jest stary, starszy, ma wielochorobowość i nie ma benefitów z hospitalizacji takiego chorego albo wdrażania jakichś nowych, nowoczesnych, drogich terapii. Tak to po prostu wygląda. A ponieważ procedury internistyczne są kiepsko wycenione, to dyrektorzy szpitali redukują liczbę łóżek.

Proszę popatrzeć – ja tutaj zebrałam dane z w większości województw, które je mi przysłały – w każdym województwie spada liczba łóżek internistycznych, pomimo tego co pokazałam, że jest wzrost liczby hospitalizacji. Zatem, proszę państwa, na SOR-ach ci pacjenci zalegają. Często widzimy w telewizji, że pacjenci nie zostali przyjęci w ciągu iluś godzin. Tamte SOR-y już pękają, bo przede wszystkim obciążone są te szpitale, które mają SOR-y. Te, które nie mają SOR-ów – to zaraz pokażę – nie są aż tak bardzo przepełnione.

Na jedno łóżko internistyczne, proszę państwa, przypada mniej więcej 52 pacjentów na rok. Średni czas hospitalizacji na oddziale internistycznym to jest około 7 dni. Jednak, proszę państwa, rośnie nie tylko liczba hospitalizacji, rośnie nie tylko wiek pacjentów hospitalizowanych, ale też starzeją się lekarze. Średnia wieku osób pracujących w oddziałach internistycznych to jest 53–54 lata. To są ci lekarze, którzy pracują. Około 13 łóżek internistycznych przypada na jednego specjalistę i przede wszystkim problem jest w powiatach, właśnie w tych małych szpitalach pierwszego i drugiego zabezpieczenia. To tutaj jest dość dobrze pokazane.

Proszę państwa, ja ciągle dostaję listy. To jest między innymi list z czerwca tego roku dyrektora wydziału zdrowia w województwie pomorskim, który pisze mi, że sytuacja w województwie pomorskim jest dramatyczna. Województwo znajduje się na ostatnim miejscu w Polsce pod względem liczby łóżek internistycznych na 100 tys. mieszkańców. To są listy i telefony od ordynatorów, proszę państwa.

W związku z postulowaną przez panią propozycją dotyczącą urealnienia wyceny procedur internistycznych, o czym rozmawialiśmy wielokrotnie – ja państwu przesałam takie listy – zarówno z NFZ-em jak i AOTMiT-em, ze strony prezesów tych instytucji była obiecana jakaś nowelizacja wyceny tych procedur. Nic się nie wydarzyło. I właśnie urzędnik z województwa pomorskiego pisze do mnie taki list, proszę państwa.

Jednocześnie, proszę popatrzeć – to, o czym przed chwilą mówił pan dyrektor Klencki – zmniejsza się liczba osób chcących się specjalizować w internie, za to w tych nadspecjalizacjach, czy to w kardiologii, czy w tych drobniejszych specjalizacjach, w medycynie rodzinnej, rośnie liczba chętnych chcących rozpoczynać specjalizację. Zmniejsza się liczba osób zdających egzamin z chorób wewnętrznych, przy czym te osoby, które zdadzą ten egzamin liczą się z tym, że za chwilę będą robić kolejną specjalizację i nie będą chciały pracować w szpitalu, bo tu trzeba dyżurować. Wyliczono, że w 2028 r. będzie brakowało około 2,5 tys. specjalistów chorób wewnętrznych, więc system nie będzie zabezpieczony.

Proszę państwa, to list, osoby, która kilkakrotnie nie zdała egzaminu z chorób wewnętrznych. Ona pisze, że pracuje w oddziale chorób wewnętrznych w Opocznie – to jest województwo łódzkie – w poradni rejonowej. „Dyżuruje w oddziale od początku mojej pracy samodzielnie. Kierownik mojej specjalizacji już od 3 lat nie pracuje w tym oddziale. Obecnie jest tylko jeden specjalista chorób wewnętrznych w oddziale internistycznym...” – w Opocznie, wcale niemałej miejscowości – „Pozostałe osoby, które pracują ze mną, to trzech Ukraińcy oraz dwóch Białorusinów, którzy liczą na moje wsparcie i pomoc ode mnie”. Proszę państwa, ta osoba nie zdała

dziewięciokrotnie egzaminu z chorób wewnętrznych i ona jest autorytetem dla tych ludzi, którzy pracują w tym oddziale. To jest po prostu przerażające. Tam trafiają nasi obywatele. Tam trafiają pacjenci z chorobami.

Jakie są problemy? Podsumowując, do oddziałów internistycznych, zwłaszcza tych rejonowych, proszę państwa, trafiają powikłania onkologiczne, ortopedyczne, chirurgiczne, kardiologiczne, hematologiczne. Wszyscy ci pacjenci są hospitalizowani przede wszystkim w oddziałach chorób wewnętrznych, zwłaszcza poza tymi dużymi ośrodkami akademickimi. Nierówny jest dostęp do hospitalizacji. Szczególnie obłożone są te oddziały – o czym mówiłam – gdzie funkcjonuje SOR w szpitalu. Oddziały internistyczne są przepełnione – dostawki na korytarzach, niedofinansowane, nieremontowane, niedoposażone, bo dyrektor nie da pieniędzy na doposażenie oddziału, bo doposaży te oddziały, które przynoszą mu zyski.

Internista natomiast jest potrzebny nie tylko w oddziale. On konsultuje pacjentów we wszystkich oddziałach specjalistycznych, na SOR, no i często słyszymy od dyrektorów, że oni zarabiają, a was trzeba utrzymywać. Nasi lekarze są przeciążeni administracją – dramatycznie dużo jest różnych papierów – no i proszę państwa, uciekają do POZ-u, do AOS-u, gdzie nie trzeba dyżurować, gdzie praca kończy się o godzinie 18.00 i jest lepiej płatna.

Takie są moje uwagi odnośnie do funkcjonowania w oddziałach internistycznych. Poprosiłabym teraz pana doktora Marka Stopińskiego, żeby powiedział nam krótko o sytuacji w województwie mazowieckim. Czy prawdą jest to, co ja powiedziałam?

Konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego Marek Stopiński:

Poproszę o prezentację. Będzie krótka prezentacja. Mazowsze, proszę państwa, to 5,5 mln ludzi, a więc 100 tys. hospitalizacji z 600 tys. w kraju. To wszystko jest bardzo dobrze policzalne. Mamy dosłownie 105 tys. Większość tych hospitalizacji jest na rzeczywistych internach. Dosłownie 8 czy 9 tys. jest na tak zwanych oddziałach nietypowo internistycznych. Na przykład jest to kardiologia i oddział chorób wewnętrznych, bo tylko tak, jak państwo wiedzą, można otrzymać akredytację.

Tu jest krótki podział na grupy wiekowe. Te dane są aktualne. Dzięki uprzejmości mazowieckiego NFZ-u mam wgląd corocznie w strukturę wiekową pacjentów.

Proszę państwa, to, co jest na Mazowszu, to przede wszystkim podeszły wiek chorego, bo powyżej 80 r.ż. – zacznę może od tej senioralnej grupy – mamy prawie 30% chorych, a powyżej 60 r.ż. 75%. Tak więc generalnie zaczynamy od 50 r.ż. i to jest prawie 3/4 pacjentów.

Proszę zwrócić uwagę na to, że równolegle z tą gradacją wiekową co dziesięciolecie rośnie też długość hospitalizacji. Zaczynamy od 4 dni młodszych pacjentów, a kończymy na 10 dniach, co jest typowe dla interny.

Proszę państwa, czy zwrócimy uwagę na jednorodne grupy pacjentów, czy zwrócimy uwagę na ICD-10, to różnorodność chorób, jaka jest sprawozdawana w internie – to są aktualne dane z ubiegłego roku – mówi już sama za siebie. Mamy niewydolność serca. Oczywiście tam jest prawie 20%, ale reszta to są ilości po 2, maksymalnie po 3, czy po 1,7–1,9. Pierwsza ta dziesiątka zamyka się 50 %, a potem mamy następne 50%, gdzie mamy liczbę procentową hospitalizacji po 1,5–2. W związku z tym proszę zauważyć, jaka jest wielochorobowość, zróżnicowanie. Przecież mamy tu przewlekłą chorobę nerek, cukrzycę, nadciśnienie, zapalenia płuc, jak również problemy z niedokrwistością.

Proszę państwa, interna na co dzień – to już padło, ale chcę to podkreślić – to jest brak wolnych łóżek, kolejka chorych w SOR, wielochorobowość, senioralny wiek, przyjęcia wyłącznie ostrych stanów. Nie mamy praktycznie przyjęć planowych. Nie ma miejsca na przyjęcia planowe. Ludzie by bardzo chcieli, oczekiwali, żebyśmy przyjmowali. Nie jesteśmy w stanie.

Dzisiaj zakończyłem dzień ze stanem 54 chorych i na SOR czekało sześciu czy siedmiu pacjentów do przyjęcia, więc jakiegokolwiek planowania są niemożliwe. Brak obsady, o czym była mowa. W tym szpitalu w Opocznie było dosłownie trzech lekarzy. W szpitalu w Chojnicach, skąd przyszła do mnie do pracy lekarka, było trzech lekarzy, więc na 30-łóżkowym oddziale, gdy wychodził ktoś po dyżurze, zostawała ich dwójka. Cóż, jesteśmy największą bazą łóżkową w regionie i tak jak pani profesor powiedziała, to jest wentyl bezpieczeństwa dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale także dla innych, zabiegowych.

Te przykłady są niesamowite. Rak krtani – pacjent, którego przyjąłem rok temu. To był rak krtani z niewydolnością oddechową. Pytanie, kto przyjmie takiego chorego. Onkologia

nie przyjmie dlatego, że nie ma rozpoznania histopatologicznego. Laryngologia nie przyjmie dlatego, że chory ma duszność. Pulmonologia nie, bo jest podejrzenie choroby nowotworowej i oczywiście ten łąduje u mnie. Ten chory został wysłany na ostry dyżur laryngologiczny, zaplanowano direktoskopię. Czekaliśmy dwa tygodnie na wynik histopatologiczny. Ustaliśmy konsultacje u onkologów. Proszę państwa, na pewno nie powinien leżeć na internie, ale leżał.

Korzyści, proszę państwa, jakie wynikają ze wzrostu finansowania interny, są właściwie jednoznaczne. Zahamowanie redukcji łóżek internistycznych, bo dyrektorzy powszechnie ze względu na straty finansowe obniżają ich liczbę. Kolejni dyrektorzy z kolejnych szpitali piszą do mnie o 5, o 2. Każdy pretekst jest dobry. Ja się nie zgadzam, ale nie ma to większego wpływu, dlatego że moja zgoda czy niezgoda jest tylko pewnym elementem opiniotwórczym, natomiast nie jest aż tak bardzo istotna. Te oddziały, jeśli z 45-łóżkowego oddziału zmniejszą się o 4 łóżka, czyli o prawie 10%, to wydaje się, że to jest żaden problem, ale to urasta do wielkiego problemu, dlatego że to będzie wydłużało i zmniejszało dostęp chorych do łóżek internistycznych. Będzie wzrost bezpieczeństwa pacjentów i będzie mniejsza kolejka w SOR. Myślę, że zwiększenie finansowania, które jest kluczowe dla zrozumienia całego tego elementu, poprawi stan i rezydenci zobaczą, że ci lekarze są lepiej wynagradzani. To będzie dla nich jakąś motywacją, tak jak dla zabiegowych wybór być może tej specjalizacji. Dziękuję bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Nie chciałabym tylko, żeby wybrzmiało, że my walczymy tutaj o pieniądze dla lekarzy, bo my tak naprawdę chcemy lepszych warunków dla pacjentów, ale też tak naprawdę lepszych warunków pracy, bo to chyba warunkuje chęci pracy w internie. Czy pan profesor Chmielewski by nam powiedział, co się dzieje w województwie pomorskim?

Konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa pomorskiego Michał Chmielewski:

Proszę o plik pomorski. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, profesor Kurnatowska poprosiła, żeby opowiedzieć trochę jak to jest na prowincji, więc głos z województwa pomorskiego. Ja w tych trzech minutach skupię się na jednym z aspektów, czyli na redukcji liczby łóżek internistycznych.

W województwie pomorskim takim symbolem jest likwidacja starych szpitali. W tym ćwierćwieczu w samym Gdańsku trzy szpitale zostały zlikwidowane – Szpital Stoczniowy, Szpitalu „na Łąkowej”, Szpital Studencki, wszystkie z dużymi internami. Oczywiście likwidacja tych szpitali była uzasadniona i ja z tym absolutnie nie chcę dyskutować. Natomiast każda taka likwidacja, restrukturyzacja, modernizacja łączy się z redukcją liczby łóżek najmniej dochodowych. W województwie pomorskim przekłada się to na zmniejszenie liczby łóżek internistycznych z 1100 do poniżej 900 w ciągu tego ćwierć wieku.

Tymczasem, według pomorskiego NFZ-u, liczba pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych w województwie z roku na rok przyrasta. To oczywiście się przekłada na wzrost liczby pacjentów oddziałów internistycznych. Oczywiście to jest zróżnicowane w województwie, natomiast jeżeli chodzi o Trójmiasto, to już jest miejsce całkowicie wysyczone a nawet przesycone, jeżeli chodzi o liczbę pacjentów.

To jest raport z InfoMED-u, gdzie oddziały przekazują koordynatorowi ratownictwa medycznego informacje o dostępności łóżek internistycznych. Jak państwo widzą z tych dwóch miesięcy – to pierwsze 2 miesiące roku – właściwie co dzień większość oddziałów zgłaszała całkowity brak tych łóżek. To się przekłada na sytuację już bezpośrednio dotyczącą zdrowia i życia pacjentów. Jeśli chodzi o te słupki, to każdy kolor to jest inny SOR w Trójmieście, natomiast to są średnie czasy oczekiwania zespołu ratownictwa medycznego na przekazanie pacjenta do SOR-u. O ile oczywiście większość mieści się w kwadransie, o tyle niestety już te czasy bywają wydłużone. A jeśli już pacjent trafi do SOR, to średni czas przebywania pacjenta w SOR przed przekazaniem go na oddział internistyczny często sięga 48 godzin. Nie wynika to w żaden sposób z gnuśności personelu tego SOR-u, tylko po prostu SOR nie ma gdzie tego pacjenta przekazać, bo oddział internistyczny jest przepełniony. Tak jest w województwie pomorskim, ale tak jest na pewno w całej Polsce. Dziękuję za uwagę.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Bardzo dziękuję i poprosiłabym teraz panią magister Plukis, dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, żeby pani dyrektor powiedziała, jak dyrekcja szpitala widzi sytuację oddziału internistycznego w szpitalu wielospecjalistycznym.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani dyrektor szpitala w Grodzisku Mazowieckim.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

Tak, Grodzisk Mazowiecki. Interna oczywiście jako wierzchołek góry lodowej.

Proszę państwa, Szpital Zachodni w Grodzisku działa 22 lata. Jest to nowoczesny, młody szpital, ale rozwijał się z dużymi problemami, ponieważ była to centralna inwestycja, więc czekaliśmy co roku na dodatkowe pieniądze, aby kolejne oddziały otwierać. Jest to jednak przeszłość, to już jest za nami.

Mieliśmy na początku 69 łóżek. Teraz mamy generalnie 54, w tym 8 stałych łóżek wykorzystywanych w innych oddziałach. Tu mamy oddział chorób wewnętrznych w liczbach – bardzo istotne. Mianowicie mamy zatrudnionych 10,5 specjalistów na etatach, czyli na podstawie umowy pracę. To jest sukces. To jest sukces tego szpitala, patrząc na inne placówki. Dlaczego? Dlatego, że robiliśmy wszystko, aby ten szpital miał bardzo dobrą diagnostykę. Diagnostykę szybką, sprawną. To też dawało poczucie bezpieczeństwa nie tylko pacjentom, ale przede wszystkim lekarzom, ponieważ oni wiedzieli, że mają możliwość leczyć tak naprawdę, a wcześniej diagnozować.

Średnia wieku lekarzy specjalistów 52 lata. Dwa dyżury lekarskie, dwa piony. Liczba leczonych 2558, liczba leczonych na jednego specjalistę – napisałam tutaj 8,9, faktycznie 6,7, dlatego że już państwo słyszeli, że lekarze interniści konsultują w innych oddziałach, szczególnie zabiegowych. Konsultują również, gdy trzeba to i w SOR, wykonują pracę w poradni specjalistycznej, są też urlopy.

Średnia długość pobytu pacjenta 6,37. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek 99,15%. Chciałabym króciutko przypomnieć, że główny inspektor sanitarny wyraźnie mówi, że bezpieczne łóżko to łóżko wykorzystane w 75 procentach, góra 85, dlatego że pacjent nie może złapać żadnej innej chorobowości szpitalnej. Trzeba je zdezynfekować, salę również, potrzebny jest czas. Mówię tylko, że i tak jesteśmy przeładowani.

Proszę państwa, rozliczenie za nadryczałt dla całego szpitala w latach 2023–2025. To jest bardzo ciekawy slajd i informacja. Otóż w roku 2023 cały szpital wykonał nadryczałt w wysokości 7 063 587 zł. Czyli 105% tego, co nam przekazano. Natomiast wartość zapłacona przez Narodowy Fundusz Zdrowia to 4 297 428 2024.

W 2024 r. jest większe nadwykonanie, czyli nadryczałt, też 105% i wartość zapłaconego tylko 2 152 122. W pierwszym półroczu tego roku już mamy nadwykonanie w wysokości 2 600 000 w ryczałcie, czyli w całym szpitalu tylko ryczałtowym 105%. Czy nam zapłacą? Tego jeszcze nie wiemy. Oby tak było, ale generalnie za te 2,5 roku mamy nadwykonań w ryczałcie 17 789 000, natomiast zapłacono 6 449 450. W sumie mamy 11 340 297 niezapłaconych świadczeń, które szpital wykonał – ratował zdrowie i życie pacjentów, kredytował Narodowy Fundusz Zdrowia, kredytował leczenie pacjentów.

Następny slajd, który również jest ciekawy, to finansowanie świadczeń w samym oddziale chorób wewnętrznych, również w latach 2023–2025. Nie mówię o punktach, ale wartość punktu rozliczeniowego, o którym ciągle Narodowy Fundusz Zdrowia nam mówi, w 2003 roku wynosiła 1,67 zł, natomiast koszt wykonania tego jednego punktu to 2,37 zł. Zatem brakująca kwota to 0,70 gr.

Wynik finansowy oddziałów w 2023 r. to strata w wysokości 6 173 316 zł. W 2024 mamy wzrost ceny za punkt, czyli 1,78. Natomiast koszt poszedł odrobinę w dół – bardzo dobrze, właściwa relacja – czyli brakowało 0,53, żeby mieć pełny sukces. Niestety, nie. Mamy stratę 4 866 341. Oczywiście mówimy o działalności oddziału chorób wewnętrznych.

Mamy teraz 2025 r., pierwsze półrocze. Mamy wzrost wyceny 1,84, wartość kosztu 2,52. Co tu się wydarzyło w pierwszym półroczu, że już idziemy do roku 2023 z kosztem? Jesteśmy w trakcie analizowania tych kosztów, co się takiego dzieje? Brakująca kwota to 0,68 gr. Strata już w pierwszym półroczu wynosi ponad 3 mln zł. Czyli łącznie strata na działalności w zakresie chorób wewnętrznych wynosi 14 133 891.

Gdybym dostała te 11 mln nadwykonań nadryczałtu, to bym powiedziała, że jestem szczęśliwym dyrektorem, ale nie mogę tak powiedzieć. Jestem szczęśliwym dlatego, że od wielu lat mamy dodatni wynik, ale nie z powodu chorób wewnętrznych. Staramy się tak tym tortem ryczałtowym i poza ryczałtowym dzielić, żeby wystarczało. Natomiast interna potrzebuje wzrostu wyceny zdecydowanie.

Następny slajd, który przygotowałam. To też jest ciekawe, bo tu na przykładzie wybranych chorób państwu pokazuję, jak dopłacamy do każdej procedury. Czyli, mamy zator płucny, który jest finansowany przez NFZ do 28 dni. Średni pobyt u nas takiego pacjenta to 18 dni. I całe szczęście. Za te 18 dostaję 9814 zł. Mam stratę na tym pacjencie 2 tys. zł, ale co by było, gdybym przedłużyła ten jego pobyt do 26. Strata, proszę państwa, wynosiłaby 12 tys. itd. itd. To samo dotyczy wszystkich procedur, które tutaj wymieniam.

Nie chcę zabierać czasu, ale warto zobaczyć, że te procedury najczęściej wykonywane są na stracie i stąd jest taki ujemny wynik w chorobach wewnętrznych. A ponieważ każą nam prowadzić rachunek kosztów po nowemu, to ten rachunek kosztów jest prawidłowo liczony. Dokładnie mówimy tylko o oddziale wewnętrznym.

Proszę państwa, kluczowe problemy oddziałów wewnętrznych. Nie chcę tu się powtarzać, ale tylko parę słów. Nadal oczywiście zbyt niska wycena procedur, zbędne obciążanie diagnostyką w oddziale zamiast w POZ-ie i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Kierowanie do szpitala i do SOR-u bez podstawowej diagnostyki pomimo przepisów. Proszę państwa, nie możemy wyegzekwować od lekarza rodzinnego, że jeżeli kieruje do szpitala, to niech da chociaż podstawowe badania, które tam zrobili. Nie ma nic! W 80 procentach lekarz rodzinny nie daje nam badań podstawowych, które by wskazywały na to, że rzeczywiście ten człowiek, pacjent, powinien się znaleźć w szpitalu.

Niska dostępność do ambulatoryjnej opieki. A dlaczego, proszę państwa? Od razu powiem. Jeżeli dostaję za poradę 78 zł, to ile mam dać lekarzowi wynagrodzenia w ramach kontraktu za tę poradę? Dostaję 50 zł, 60 zł. Za chwilę woła 70. Szpital z tego już niewiele ma. Dajmy wreszcie na tę poradę większe pieniądze po to, żeby ona była konkurencyjna do prywatnej porady, żebym ja jednak mogła temu lekarzowi zapłacić i więcej wymagać, bo tam jest specjalistyka i ja te badania robię. Ja robię, ale POZ tego nie robi.

Wielochorobowość – wysokokosztowa. Była o tym mowa. NFZ płaci tylko za jedną procedurę. To jest skandal przy wielochorobowości, proszę państwa. Tak nie powinno być. O tym mówiliśmy, że inne leki, dodatkowe badania a płacą nam tylko za jedną procedurę.

Nieuzasadnione przypadki w SOR blokują dostęp do oddziału. Bardzo dużo. Media o tym mówią, państwo o tym wiedzą, że pacjent z grypą, z bólem głowy chodzi 3–4 miesiące nieleczony prawidłowo, dostaje się do SOR-u i my nie możemy odmówić prawnie. Musimy przyjąć, musimy zbadać, musimy podjąć decyzję, ale to zabiera czas bardziej potrzebny dla innego.

Jeżeli do Szpitala Zachodniego regularnie wjeżdżają do SOR-u minimum 24 karetki, to proszę sobie wyobrazić, kiedy lekarz ma zająć się tymi grypami, bólem głowy czy innymi schorzeniami. No, czekają. Są awantury, są zdenerwowani. Nie da się inaczej.

Oddziały wewnętrzne często pełnią funkcję ZOL-u. Wiedzą państwo z mediów – święta, rodziny zostawiają nam pacjentów, ale czasami to łóżko jest naprawdę droższe aniżeli łóżko w ZOL-u. Nie ma tych ZOL-i. Cieszymy się, że już z ministerstwa czy z KPO, już nie pamiętam, poszły środki – chyba z funduszu – na ZOL-e. Bardzo dobrze, to należy pochwalić. Niech tego będzie jeszcze więcej. Tylko, proszę państwa, co z tego, że ZOL-e będziemy tworzyć, jeśli nie ma kadry, która tam będzie pracowała i to wszystko za chwilę się wróci, bo będziemy płakać, że nie mamy kim tych ZOL-i obsadzić. No tak to działa.

Od lat kredytowanie przez szpitale nadwykonań, proszę państwa, płaconych owszem przez NFZ częściowo, i też się cieszymy, ale niestety, nie na bieżąco. Czyli my koszty ponosimy, ale w przyszłym roku jakąś częśćkę zyskujemy.

Propozycje rozwiązań. Oczywiście one są do rozważenia. Wzrost finansowania interny dla szpitali wielospecjalistycznych posiadających SOR – pani profesor o tym mówiła – o 50 gr. za punkt. Może się da. Wzrost finansowania interny dla szpitali posiadających tylko izbę przyjęć o 20 gr. za punkt. Może się da. Wzrost ceny punktu rozliczeniowego dla pacjentów z wielochorobowością z 1,94 za punkt dzisiaj – dajmy 50% więcej – na 2,91, jeżeli wykazemy, że ta wielochorobowość była rzeczywiście.

Nocna i świąteczna pomoc. Proszę państwa, lekarz wyjazdowy – ja uważam, że na to szkoda pieniędzy. Ja tracę na niego 600 tys. zł, a on wyjeżdża raz albo dwa w ciągu doby. Pytam, po co. Po co mi ten lekarz wyjazdowy? Pacjenci nie są przygotowani do lekarza wyjazdowego. Uważam, że tam jest duża oszczędność i można byłoby przekierować te pieniądze zupełnie gdzieś indziej.

POZ – egzekwowanie przepisów obligujących lekarza rodzinnego do wykonywania podstawowych badań. Jest rozporządzenie, które o tym stanowi. Tylko kto ma to egzekwować? Triazysta? No nie.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – współpłacenie przy kontrolnych wizytach. Może warto w końcu odważyć się zadać społeczeństwu to pytanie, żeby dostęp do tych wizyt był trochę większy.

No i stworzenie regulacji prawnych kierowania pacjentów przez placówki prywatne do publicznego szpitala. My nie jesteśmy od tego, żeby leczyć powikłania pooperacyjne w prywatnych klinikach, a tak się dzieje i finansuje to Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podsumowanie, proszę państwa, z wielką nadzieją. Bardzo dziękuję, że w ogóle mogę jako praktyk tu powiedzieć – 20 lat zarządzam tym szpitalem i bardzo jestem dumna z niego, dumna ze swojego personelu. Cieszę się, że tu jestem, że mogę to powiedzieć.

Ufam, że to spotkanie i informację, którą państwu przekazujemy, naprawdę państwo wykorzystacie, przekażecie do komisji sejmowej i że komisja sejmowa podejmie nareszcie prawdziwe działania, które pomogą choć trochę tej internie. Bardzo o to wnoszę i proszę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Niestety nie napawają optymizmem te wypowiedzi. Natomiast ja panią poinformuję, że gdy my jako podkomisja zajmujemy się tematem, to zawsze z każdego posiedzenia przygotowujemy rekomendację do Ministerstwa Zdrowia, bo to minister zdrowia jest instytucją sprawczą. Komisja Zdrowia opiniuje, rekomenduje. Oczywiście mamy też możliwość przygotowania projektów ustaw regulujących dany obszar, ale większa kompetencja jest w Ministerstwie Zdrowia i w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zatem po każdym takim posiedzeniu wysyłamy tę rekomendację. Czy ktoś z państwa gości chciałby jeszcze zabrać głos?

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Mamy jeszcze dwa wystąpienia.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Aha, to bardzo proszę, bo państwo posłowie mają kolejne posiedzenia komisji. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Chciałabym zapytać, czy pani dyrektor Freus, która jest dyrektorem szpitala w Wieluniu, z innymi problemami się spotyka?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To ja bardzo bym prosiła pani dyrektor, żeby pani może zaakcentowała te kwestie, które tu być może nie zostały poruszone albo o bardzo krótkie podkreślenie...

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu Anna Freus:

Dobrze. Oczywiście oprę się na prezentacji, jeśli mogłabym prosić, ale odnośnie do wszystkich kwestii, które zostały do tej pory poruszone, muszę dwiema rękami się pod nimi podpisać. Rzeczywiście, tak jak mówiła pani dyrektor, mimo że jej szpital dużo większy, a szpital powiatowy w Wieluniu mniejszy, problemy pozostają te same mimo różnej skali. Dziękuję bardzo za zaproszenie i za możliwość wypowiedzenia się.

Szpital powiatowy w Wieluniu jest szpitalem w województwie łódzkim oddalonym od innych szpitali o 40 km. Ranga interny tutaj wzrasta dlatego, że na naszym terenie zbieramy chorych pacjentów z trzech powiatów tak naprawdę, ponieważ ościenne powiaty nie posiadają SOR-u. Szpital powiatowy w Wieluniu, mimo że niewielki, ma 11 oddziałów i SOR.

Posiadamy 11 oddziałów, w tym 3 oddziały zabiegowe. To też istotne z punktu widzenia interny, dlatego – tu już zostało to powiedziane – że interniści faktycznie, powiem w cudzysłowie, biegają po całym szpitalu poza zajmowaniem się własnymi pacjentami.

U nas, z punktu widzenia finansowego, oddział internistyczny został połączony. Interna o profilu ogólnym i interna o profilu kardiologicznym są rozdzielone w księdze rejestrowej, ale de facto ten sam zespół lekarski i pielęgniarzki obsługuje tych pacjentów. Jest to dopuszczalne w przepisach. Łącznie 41 pacjentów internistycznych. Tak więc prawdą jest, że dyrektorzy szpitali dążąc do zbilansowania sfinansowania szukają różnych ruchów na internie, dlatego że interna rzeczywiście się nie opłaca. Jako finansista tutaj potwierdzam, że takie rzeczy mają miejsce.

Interniści konsultują również na SOR-ze. Mamy 3 karetki systemowe. Oczywiście przyjmujemy również inne karetki, które zwożą do nas pacjentów – około 12 pacjentów na dobę. Mówimy oczywiście o dobach 7 dni w tygodniu. Praktycznie 70% pacjentów SOR-u wymaga konsultacji internistycznej. Poza tym interniści konsultują na wszystkich oddziałach zabiegowych, zarówno przedoperacyjnie, jak i pooperacyjnie.

Z oddziałów internistycznych mamy jeszcze tylko oddział pulmonologiczny. Jest to jedyna wąska specjalizacja. Poza tym wszystko spada na oddział internistyczny – 41 łóżek.

Z roku na rok mamy coraz więcej pacjentów internistycznych i ten wzrost jest o 10% w skali roku. W roku 2024 ponad 1500 pacjentów.

Średni czas hospitalizacji się wydłuża i średni wiek pacjenta również się wydłuża. Z naszych statystyk wynika, że ponad 70% pacjentów na internie jest w wieku ponad 70 lat i oni cierpią na wielochorobowość.

Jeżeli chodzi o cały szpital, przyjmujemy około 12 tys. pacjentów rocznie z czasem pobytu 3,5 dnia. Na internie już około 8 dni. Tak więc ten czas pobytu wzrasta. Wzrastają również koszty leczenia takiego pacjenta.

Tutaj mamy główne rozpoznania w naszym szpitalu wielunińskim. Jak to wygląda? Mają państwo zestawienie głównych grup chorobowych według JGP. Narodowy Fundusz Zdrowia płaci według jednej procedury, nawet jeżeli pacjent ma wielochorobowość, o czym tutaj też zostało powiedziane. Nasza wycena w roku 2024 wynosiła 1,83, a 1,90 w roku 2025. Czyli wzrost 3,83%.

Szanowni państwo, wzrost wynikający z ustawy o wynagrodzeniach w podmiotach leczniczych, czyli ustawowy, do którego jesteśmy zobligowani, wyniósł rok do roku 14,5%, więc ten wzrost wyceny na internie 3,83 naprawdę jest nieadekwatny. Na internie około 66% kosztów to są koszty wynagrodzeń i u nas w Wieluniu taki jest wskaźnik. Jest niski. Kolejne 30% to jest diagnostyka pacjenta i tutaj pozostałe koszty robią już powyżej 100% przychodów.

Proces diagnostyczny jest bardzo szeroki, bo nie ma innej możliwości. Niestety lekarze POZ-u kierują do naszego szpitala bardzo dużą liczbę skierowań, z czego 1/3 okazuje się bezzasadna. Dlaczego? Dlatego, że lekarze POZ-u nie prowadzą żadnej diagnostyki wstępnej. Do nas trafiają pacjenci bez diagnostyki i my w szpitalu musimy tę diagnostykę wykonać. Ona jest oczywiście kosztowna. Nie ma takiej możliwości, żeby internista tej diagnostyki nie wykonał, dlatego że w przypadku pomyłki lekarskiej kłania się prokurator. A nasz szpital, mimo że mały, ma pracownię diagnostyczną... Tak więc tutaj ten proces jest bardzo rozbudowany.

Propozycja rozwiązania jest bardzo ważna. Niestety chorobowość, o czym tu wszyscy prelegenci powiedzieli jasno i wyraźnie, jest częsta. W zasadzie ona jest już dzisiaj normą. Pacjenci trafiający do szpitala cierpią na wielochorobowość. Należy dodać jakieś produkty do sumowania. Jest właśnie propozycja pod dyskusję, czy nie dodawać jakieś kwoty czy oprocentowania do grupy JGP.

Analizujemy pacjentów – tutaj faktyczne przypadki naszego szpitala analizujemy. Proszę zobaczyć – czas pobytu, jednostki chorobowe... Ja już naprawdę kończę. To najważniejsze slajdy.

Jeżeli chodzi o jednostkę chorobową, jest kilka i tu faktyczne przypadki pacjentów. Widzimy tutaj, jaki jest przychód z NFZ-u, bo on jest tylko z jednej procedury. Mają państwo podane faktyczne koszty wykonanych procedur i wynik finansowy na pacjenta. To po prostu nie może się udać. Tu rzeczywiście są dłuższe pobyty, ale my zmagamy się z tym, że tych pacjentów z coraz dłuższymi pobytami jest coraz więcej.

Diagnostyka to oczywiście TK, USG, rezonans magnetyczny, EKG. Nic szczególnego. Normalne. Kolejne – widzimy, że nawet w przypadku pacjenta, który jest statystycznie 7 dni na oddziale, również jest strata minus 2 tys. I tutaj też diagnostyka.

Szpital jest w procesie naprawczym. Robimy co możemy, żeby zbilansować swoją działalność. Niestety, jak widać – tutaj są ogółem dane dla całego szpitala, a dla interny, tak jak powiedziałam 60% – zeszliśmy z kosztów wynagrodzeń. Czyli ci lekarze adekwatnie do wykonywanej pracy są naprawdę słabo opłacani u nas w szpitalu. Diagnostyka 30%.

Problemy, które mamy i które należy wyartykułować. Duża liczba skierowań z POZ-u, często bezzasadnych, bez wstępnej diagnostyki. Całość kosztów idzie na szpital. Obecne stawki oczywiście nie oddają rzeczywistych kosztów i wzrostów ustawowych, do których jesteśmy zobligowani jako szpital.

Braki kadrowe. Tutaj jest sytuacja, o której trzeba bardzo wyraźnie powiedzieć. Rzeczywiście tych internistów jest coraz mniej.

My jako szpital staramy się o akredytację. Obecnie na internie mamy miejsca akredytacyjne dla 9 rezydentów. Na internie tylko. Zero chętnych. To pokazuje, że nawet stażyści, którzy przejdą przez nasz szpital... My jesteśmy bardzo dobrze wyposażeni w sprzęt i aparaturę medyczną. Mimo że mały szpital, jest to dość dobrze rozwiązane. Niestety, interna jest

niedofinansowania, bo z punktu widzenia dyrektora zawsze oddział, który nie jest dochodowy, należy minimalizować. Jest to kompletnie niezgodne z mapą potrzeb zdrowotnych...

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Pani dyrektor, bardzo dziękuję. Natomiast chciałabym jeszcze dopuścić do głosu pana doktora Karaudę, który w 3 minuty opowie o dniu z życia młodego internisty i dlaczego interna tak naprawdę nie jest chętnie wybieraną specjalizacją.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Szanowni państwo, za momencik umożliwię panu wypowiedź, natomiast chciałabym też oddać głos państwu posłom, bo nie zawsze na posiedzeniu podkomisji jest tylu posłów. Ten temat wzbudza ogromne zainteresowanie i bardzo się cieszę, że dzisiaj mamy nawet państwa posłów spoza składu podkomisji, którzy przyszedli, bo po prostu dla nich ten temat jest bardzo ważny. Przyszli z nadzieją, że pewnie jakieś problemy poruszą czy zadadzą państwu pytania. Dlatego bym chciała, żebyśmy już może... Tak. Bardzo proszę. Później dyskusja. To będzie ważna i istotna rzecz, bo my też byśmy chcieli usłyszeć odpowiedzi na nasze pytania, które chcielibyśmy państwu zadać. Dziękuję.

Specjalista chorób wewnętrznych z Kliniki Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi Tomasz Karauda:

Dziękuję bardzo pani przewodnicząca. Dziękuję bardzo za zaproszenie. To jest ogromny zaszczyt. Już skracając, tak mniej więcej wygląda interna. Zobaczcie państwo jaka jest tu zachowania możliwość prywatności dla pacjenta. To wszystko się dzieje na środku. Nie wskazuję już, które szpitale itd., natomiast przechodzę do krótkiej opowieści.

Jeden ze szpitali powiatowych, który wspieram już od blisko 10 lat. Opowiem, jak to wygląda na dyżurze, bo to jest może najbardziej obrazowe. Dojeżdżam na godzinę 15.00 i tam już czeka na mnie trzech pacjentów na SOR. Wiem, że do godziny 19.00 będę miał jeszcze 12, często 13 skierowań. Czyli łącznie 15 pacjentów, w przypadku których ja muszę zdecydować o tym, co się dzieje. Jestem jedynym lekarzem. Na górze mam 84 łóżka dla chorych i dwie tak zwane erki.

Schodzę do takiego pacjenta, który przyjeżdża do SOR. Oczywiście ma stan zagrożenia życia. Jedni muszą czekać, drudzy nie. Triageuję ich sam. Decyduję, który z nich wymaga... W trakcie diagnostyki to jest pacjent, z którym muszę zebrać wywiad, zbadać go, zaplanować badania, później te badania zinterpretować i zdecydować, czy on musi zostać w domu, czy ma być przyjęty. Jeżeli ma zostać w domu, muszę mu całą kartę przygotować wraz z lekami, zaleceniami, skierowaniami do specjalistów itd. Jeżeli ma być przyjęty, to muszę rozważyć leki, interakcje między-lekowe, wziąć odpowiedzialność, „zalekować” go i znaleźć dla niego właściwe miejsce na górze.

Zajmuję się jednym pacjentem. Staram się go uratować. W tym czasie dostaję telefon od pielęgniarek na górze, że pacjent wchodzi w obrzęk płuc. Muszę lecieć na górę, opanować stan zagrożenia życia. Na górze już dostaję telefon z SOR-u, że niecierpliwą się pacjenci, którzy są na dole, więc muszę zbiec na dół. Dzwoni pielęgniarka z oddziału, że trzeba krew przetoczyć zgodnie z planem. Często toczę 3 czy 4 jednostki krwi, czasami jeszcze płytki i schodzę do oddziału.

W skrajnych przypadkach zdarzało się tak, że reanimowałem pacjenta i po prostu otwierało się to poszycie, które ma zachować jakąś prywatność dla pacjenta. Pacjentka, która długo oczekiwała – była w takim stanie, że mogłem pozwolić jej czekać – odsłoniła tę kotarę. Mówię – czy pani widzi, co się dzieje? Reanimujemy pacjenta. A ona pyta mnie, czy to długo jeszcze potrwa, bo czeka już ileś godzin. Gdy człowiek schodzi po takim dyżurze to na kolejny dzień nie pamięta jak się nazywa. Gdy ktoś pyta, czy być internistą, to musi wiedzieć, że z takim bagażem musi się mierzyć. Chyba, że mamy dobrą obsadę w szpitalu – bo pewnie szpital szpitalowi jest nierówny – gdzie na tylu pacjentów powinno być 1–2 lekarzy na górze i jeden w SOR-ze do konsultacji. Ponieważ jednak ten problem kadrowy cały czas się pogłębia, jakby coraz mniej ludzi musi opanować coraz bardziej nabrzmiały problem. Dziękuję za zaproszenie i możliwość przedstawienia sytuacji z jednego ze szpitali.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo obrazowo nam to pan doktor przedstawił. Mam nadzieję, że nie słyszeli tego studenci wydziałów lekarskich i też pacjenci. Studenci na pewno byłiby negatywnie zmotywowani do wyboru tej specjalizacji, ale rozumiem. To jest taka moja uwaga.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję i w tej chwili otwieram dyskusję. Wiem, że państwo posłowie chcieli zabrać głos. Nie wiem, od kogo zaczniemy. Proszę bardzo, pan poseł Krzysztof Bojarski. Lekarz i dyrektor.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Posłuchałem trochę o szpitalach konkurencyjnych. Szanowni państwo, dzisiaj przedstawili państwo moim zdaniem absolutnie cenną, ale złą diagnozę perspektywy interny w Polsce. My dzisiaj tak naprawdę chcielibyśmy bardzo posłuchać od państwa o tym, co możemy zrobić. Czyli, co należy zrobić, aby wyleczyć ten problem, z którym dzisiaj tutaj jesteśmy.

Wydaje mi się, że sytuacja wymaga chyba na nowo zdefiniowania roli oddziału internistycznego w systemie polskiej ochrony zdrowia. To, o czym państwo mówią, pieniądze, to jest ważna rzecz, natomiast my chyba na nowo musimy pomyśleć o tym, jaką rolę ten oddział powinien pełnić, jaki powinien być model tego oddziału i jaka powinna być kadra w tym oddziale. Z jakiegoś powodu mamy 21 podspecjalizacji internistycznych. Nie tworzyli tego Polacy, tylko tworzyli to lekarze, medycy – przepraszam, że to powiem – profesorowie określonych dziedzin, którzy chcieli się w danych dziedzinach jeszcze bardziej specjalizować.

Stykamy się z problemem młodych osób, ale też musimy zrozumieć tych młodych lekarzy, bo oni też, aby być atrakcyjniejsi na rynku, idą w te specjalizacje, bo to będzie dla nich lepsza szansa raz, rozwoju, a dwa, również zarobienia pieniędzy, bo będą specjalistami w danej dziedzinie, a nie lekarzem internistą. Widujemy gabinety prywatne diabetologów, neurologów, a lekarzy chorób wewnętrznych stosunkowo rzadko. Prawda? Myśląc więc o tym modelu, o czym powiedziałem na początku, należałoby się też zastanowić nad pogodzeniem ambicji tych młodych ludzi, chęci zdobywania tych węższych specjalizacji. Oczywiście te ambicje również wiążą się z możliwością korzystania z nowoczesnego sprzętu, nowoczesnej diagnostyki, co się po prostu łączy. To jest moim zdaniem chyba dużo ważniejszy element wpływający na to, czy ktoś chce być internistą, czy nie chce niż same pieniądze i sam sposób finansowania oddziału internistycznego. Nie wiem czy lekarze bardzo dużą wiedzę mają na ten temat, tak jak panie dyrektor tutaj przedstawiły te wyliczenia strat na poszczególnych procedurach i innych rzeczach.

Ja troszkę powiem, jak ja to widzę u siebie i jak robię u siebie, bo też mam oddział chorób wewnętrznych, w którym mam właśnie takich bardzo młodych, ambitnych lekarzy. Ja zaproponowałem im taki model interny, który będzie polegał na tym, że w ramach interny tworzymy pewne zespoły podspecjalistyczne. Czyli mam dwóch kardiologów, dwóch diabetologów, dwóch pulmonologów i wydaje się, że to zachęca ich do tego, żeby pracować, bo z jednej strony mogą się realizować jako lekarze chorób wewnętrznych. Z drugiej strony, tworzą pewien zespół, który wydaje się, że jest dobrą ofertą dla pacjenta, bo jak państwo tutaj wielokrotnie podkreślali ten pacjent nie przychodzi z jedną jednostką chorobową, tylko najczęściej ma ich kilka lub kilkanaście.

Wydaje się, że dopiero odnośnie do tego modelu, który powinniśmy zdefiniować, czy na nowo go opisać – o czym powiedziałem na początku – powinniśmy pomyśleć nad procesami specjalizacyjnymi, czyli całą specjalizacją w tym zakresie, z jednej strony, a z drugiej strony nad sposobem finansowania tych oddziałów. Podam przykład. Pani dyrektor o tym mówiła, ale proszę na to zwrócić uwagę – oczywiście leczymy pacjentów, ale ja powiem tak trochę kolokwialnie – że podobne jednostki chorobowe leczone na oddziale w szpitalu powiatowym i na oddziale specjalistycznym, jakimś kardiologicznym na przykład, są diametralnie różnie wycenione. To jest naprawdę duży problem szpitali powiatowych i nad tym należałoby się zastanowić, czy w przypadku, jeśli szpital powiatowy – bo to jest jakby główny obszar funkcjonowania oddziału chorób wewnętrznych – spełnia wymogi, a więc ma na przykład dwóch kardiologów, czyli to minimum, które jest w przypadku oddziałów specjalistycznych, nie powinien mieć możliwości rozliczania tych procedur właśnie według procedur rozliczanych w oddziałach specjalistycznych. To jest oczywiście do dyskusji i do przeliczenia.

Wydaje mi się, już tak krótko podsumowując, że najpierw musimy pomyśleć o tym, jaka rola w systemie, jaki model i do tego dostosować proces specjalizacji i wycen świadczeń. Taka droga analizy i postępowania byłaby najlepsza w tym kierunku, abyśmy pomyśleli, jak tę specjalizację, tę internę w Polsce odbudować.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Elżbieta Gelert, bardzo proszę.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Ja chciałabym się zwrócić do ministerstwa, ponieważ tutaj słyszałam, że pracuje się nad tym państwowym egzaminem modułowym. Wydaje się, że nie należy w kółko mówić, że się nad czymś pracuje, tylko trzeba wyznaczyć sobie termin i powiedzieć, kiedy należy skończyć pracę i kiedy to ujrzy światło dzienne. Przecież tak naprawdę – mówił to pan profesor – kiedyś było nawet więcej, bo 3 lata tego podstawowego modułu internistycznego, a w tej chwili tylko bodajże w reumatologii jest trzyletni...

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Nie, wszędzie są dwa lata.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

A może też przeszło na 2 lata, a więc wszędzie jest dwuletni. Jest to bardzo krótki okres, tym bardziej – proszę zauważyć – że jeszcze przez pół roku trzeba delegować pracownika do powiatowego szpitala. Nie wiem, czy to cokolwiek tym powiatowym szpitalom dało, bo tak naprawdę tym powiatowym, które nie mają akredytacji na szkolenie, nie można przecież wysyłać pracowników. Czyli to nie jest równość podmiotów, bo w tych powiatowych nie będzie tych lekarzy. Zostaje więc 1,5 roku, a z tego 1,5 roku bardzo często oddziały wyrywają sobie tych lekarzy – niech on pracuje u mnie, bo u mnie nikogo akurat nie ma, bo w onkologii brakuje, bo w reumatologii brakuje, bo tu brakuje i właściwie ten lekarz tak naprawdę na tej internie jest bardzo niewiele albo bardzo mało.

Gdyby był ten egzamin modułowy, który by naprawdę zobowiązał tego rezydenta czy stażującego lekarza, żeby przyswoił sobie szeroki i poważny zakres tej nauki, to na pewno wtedy sam ten lekarz inaczej by do tego podchodził. On by chciał tę internę mieć przez te 2 lata, żeby faktycznie się czegoś nauczyć, bo trzeba będzie zdać egzamin. Byłby to egzamin państwowy, jednolity. Dla całego kraju byłby on taki sam. To należałoby chyba w pierwszej kolejności... Ja rozumiem, że można się zastanawiać, żeby nie dać bóg nie wprowadzać następnej jeszcze, o mniejszym zakresie specjalizacji internistycznej, bo ciągle są jakieś zapędy do tego.

Proszę państwa, to samo co się dzieje w internie, dzieje się w chirurgii ogólnej. To jest identyczny problem. To są dwa problemy – interny i chirurgii ogólnej – w każdym szpitalu i dotyczą tych samych zagadnień. No niestety. A jeżeli ta interna jest potem właściwie zaliczona, bo zaliczona, bo to się zaliczy, a jeszcze dany lekarz często w tym samym szpitalu odbywa tę internę, to zaliczy się koledze, bo akurat kardiolog krzyczy, że u niego brakuje tego lekarza, więc on pójdzie tam. Potem, kiedy za jakiś czas okazuje się, że ten lekarz robi specjalizację inną niż interna, to mówi, że on już do pacjenta internistycznego się nie dotknie. On nie. Jego zawołać na dół do konsultacji – a broń boże! Przecież on nie ma pojęcia, bo on jest reumatologiem. On nie ma pojęcia, bo on jest nefrologiem itd. itd. i już nie jest internistą. Tak więc ten podstawowy moduł dosyć szybko zapomina. Dlatego – co kolega już mówił – bardzo trudno jest na jednym oddziale połączyć różne specjalności, bo każdy potem się osadza tylko w swojej specjalności.

Wydaje mi się, że jednak zaproponowanie, żeby ten egzamin państwowy modułowy był, to jest rzecz, którą można jak najszybciej wprowadzić, jak najszybciej zrobić. Może to w jakiś stopniu tutaj dopomoże. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Joanna Mucha.

Posel Joanna Mucha (Polska2050-TD) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję bardzo. Słuchałam państwa z wielką uwagą, również moich kolegów posłów, którzy sami są praktykami i wydaje mi się, że widzę 5–6 takich tematów, które są bardzo istotne. Pierwszy, to jest oczywiście ten moduł podstawowy, o którym wszyscy państwo powiedzieli. Myślę, że to jest naprawdę bardzo istotne. Chciałabym więc usłyszeć ze strony Ministerstwa Zdrowia, na jakim etapie jest nowelizacja tej ustawy i czy nowe kierownictwo ministerstwa podpisuje się pod tym kierunkiem, bo to jest ten znak zapytania – jak rozumiem – na który dzisiaj nie możemy odpowiedzieć.

Panowie dyrektorzy powiedzieli, że trzeba wzmocnić ten moduł podstawowy, że trzeba zachęcić lekarzy, by wybierali tę dawną ścieżkę. Tylko pytanie jest takie, jak. Czy są rzeczywiście przygotowane rozwiązania? Czy rzeczywiście to w tej ustawie już się znajduje? To jest pierwszy temat.

Drugi temat. Dla mnie niezwykle ciekawy jest ten temat wielochorobowości. Zastanawiam się czy nie powinniśmy jako podkomisja zwrócić do AOMiT-u o to, żeby dokonała ekspertyzy w tej sprawie. Jeśli bowiem jest tak, że wielochorobowość to już jest sytuacja właściwie prawie wszystkich pacjentów, którzy się pojawiają, to wycena, która obejmuje tylko jedną chorobę, jest nie na miejscu. To systemowo jest nie na miejscu. Powinniśmy więc chyba zwrócić się o to, żeby taka ekspertyza, takie badanie zostało w AOTMiT-ie wykonane, żeby jakby pokazać analizę cost-benefit. Czyli analiza finansowa, która pokaże, w jaki sposób powinniśmy systemowo tutaj zadziałać, bo to jest nienormalne.

Trzeci temat to jest jakby konsekwencja tego drugiego, o którym powiedziałam. Wydaje mi się, że zwiększenie wyceny punktu jest absolutną koniecznością, bo państwu pokazują, że właściwie na wszystkich procedurach mają stratę. Ja nie widziałam procedur, na których nie ma straty. Nie wiem, być może nie pokazali tego państwo, ale rozumiem, że nie ma procedur, na których nie byłoby straty... Są? No dobrze, ale jeśli oddziały są na minusie, to zdecydowana większość procedur jest na minusie. Jest pytanie, nad którym się zastanawiam, czy nie ma chęci odsyłania tych pacjentów, na których robimy największą stratę, bo to jest oczywiście sytuacja, która byłaby bardzo trudna z punktu widzenia systemowego. Nie wiem, być może też powinniśmy spróbować to zbadać od strony systemowej czy tego typu sytuacje się zdarzają. Jeśli tak było, to by naprawdę oznaczało, że te wyceny muszą się zmienić, bo z punktu widzenia systemowego to jest absolutnie nie do zaakceptowania.

Mówili państwo bardzo dużo na temat tego, że przychodzi pacjent z POZ-u i nie ma badań. Poprawcie mnie państwo, ale moje doświadczenie życiowe jest takie, że przychodzę z POZ-u z badaniami, a w szpitalu mi mówią – a te badania to dla nas nie są istotne. Nie, nie, to nie są dobre badania...

Dyrektor SPZOZ w Wieluniu Anna Freus:

Tu bardziej chodzi o to, że pacjenci mają skierowanie do szpitala na hospitalizację, a tak naprawdę ta diagnoza nie jest poparta...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Nie ma wskazanego uzasadnienia do hospitalizacji.

Poseł Joanna Mucha (Polska2050-TD) – spoza składu podkomisji:

Tak, ale są takie sytuacje, że rzeczywiście pacjent nie ma badań i nie ma diagnozy, albo są takie sytuacje, że ma badania, a lekarz w szpitalu mówi, ale te badania mi się nie podobają, my musimy zrobić swoje, bo nasze są lepsze. Pani prezeska potwierdza, więc myślę, że mogę mieć tutaj rację. Jak mówię, to jest moje doświadczenie życiowe. Zatem pytanie do Ministerstwa Zdrowia, kiedy będziemy mieli w końcu ucyfrowione badania diagnostyczne i kiedy każdy lekarz będzie mógł sięgnąć do badań diagnostycznych z dowolnego miejsca.

I jeszcze jedna, ostatnia rzecz, bo piąta, ale to też jest mój znak zapytania, bo to jest bardziej moja intuicja niż wiedza. Mam takie wrażenie bywając w szpitalach, że te oddziały internistyczne są rzeczywiście jednymi z tych najbardziej zaniedbanych. Pytanie, czy nie przydałby się program remontowy kierowany dokładnie do interny. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałabym spytać o ten wątek wyceny. Rozumiem, że panie – pani prezes i pani dyrektor – przekazują te koszty do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Są państwo w programie. Czy tak? Nawiazuję do kwestii wyceny tej procedury wielochorobowości. W związku z tym my też wystąpimy do Ministerstwa Zdrowia, bo taka jest procedura, żeby Ministerstwo Zdrowia skierowało wniosek do AOTMiT-u, aby dokonać ponownej wyceny tej procedury – państwo pomogą nam określić to dokładnie, żeby wiadomo było, o co chodzi – realizowanej przez oddziały chorób wewnętrznych w zakresie właśnie tej wielochorobowości. Taki wniosek z naszej strony pójdzie. To jest jeden z tych elementów, które są najistotniejsze w tej debacie.

Za chwilę jeszcze się odniesiemy do tego. Teraz, bardzo proszę, może po kolei, pan poseł Fryderyk Kapinos.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja też miałem takie przypadki, że przyszedł pacjent do szpitala z badaniami i oczywiście te badania były powtórzone. Tydzień wcześniej miał

zrobione badania i te badania by powtórzone, tak jak tutaj pani poseł przedmówczyni mówiła. Myślę, że to jest praktyka w wielu szpitalach. Przecież jest Internetowe Konto Pacjenta, była „Profilaktyka 40+”, która teraz jest zamieniona na inną profilaktykę, więc lekarz rodzinny kieruje pacjentów, ci pacjenci potem z tymi badaniami przychodzą i te badania powinny być wykorzystane. Absolutnie z panią poseł się zgadzam.

Natomiast do ministerstwa mam takie pytanie, czy jest jakiś oddział internistyczny w Polsce, który nie przynosi strat... A ile to to jest procentowo? Czy to jest 10%...?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie pośle, myślę, że później panowie się odniosą do tych naszych komentarzy.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ale ile procentowo jest tych oddziałów w Polsce, które nie przynoszą strat? To jest jedno z moich pytań.

Oczywiście chciałbym się odnieść do pana dyrektora, w sprawie wynagrodzeń lekarzy rezydentów, bo pani tu powiedziała, że nie chodzi o pieniądze. Chodzi o pieniądze, ponieważ, jeżeli lekarz nie będzie zarabiał odpowiednich pieniędzy to nie podejmie tej specjalizacji deficytowej, trudnej specjalizacji.

Byłem na Forum Ekonomicznym w Karpaczu. Dyrektorzy szpitali mówią w ten sposób – szanowni państwo posłowie, jeżeli idzie ktoś do fryzjera, robi sobie pielęgnację brody i za pół godziny płaci 150 zł, czyli za godzinę 300 zł, a ja lekarzowi na SOR płacę 210 zł, to mówią, że lekarze zarabiają bardzo dużo. Gdy pracuje 300 godzin w miesiącu i zarabia 60 tys., to mówią, że zarabia dużo. Patrząc jednak na to, że ktoś idzie z psem do fryzjera i płaci 260 zł za strzyżenie psa....

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie pośle, do brzegu.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Takie miałam informacje na forum ekonomicznym i oczywiście chciałem się podzielić... To może pan dyrektor wejść w Internet. Takie strzyżenie psa – ja przed chwilą sprawdzałem – kosztuje 260 zł. Musimy więc patrzeć na wynagrodzenie lekarzy, że oni nie przyjdą i nie będą wykonywać specjalizacji, gdy nie będą mieli odpowiedniego wynagradzania.

Oczywiście rezydenci – tak jak państwo dyrektorzy mówili – pójdą na inne specjalizacje, które będą dla nich finansowo bardziej korzystne. Trzeba tutaj obiektywnie to sobie powiedzieć i nie można mówić, że nie chodzi o pieniądze. Chodzi o pieniądze. Dzisiaj młodzi lekarze nie chcą pracować 300 godzin w miesiącu. Chcą normalnie pracować 8 godzin, iść do domu po pracy i normalnie funkcjonować, mieć rodzinę, dzieci. Gdy dzisiaj z młodymi lekarzami się rozmawia, to oni w ten sposób mówią. Nie można mówić, że oni muszą pracować 360 godzin... Dobrze.

Jeszcze mam pytanie takie, ponieważ w Mielcu był też 66-lóżkowy oddział internistyczny. Ze względu na brak lekarzy jedno piętro zostało wyłączone. Lekarze nie chcą tych specjalizacji wykonywać, a jeśli nawet je robią, to robią sobie potem następną specjalizację i w innej specjalizacji pracują. I oczywiście zgadzam się z moimi przedmówcami, że należy wypracować takie rozwiązania, żeby rezydenci wybierali tę specjalizację deficytową i potem zasilali oddziały internistyczne, ponieważ potrzebujemy internistów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję i bardzo proszę pani, poseł Jolanta Zięba-Gzik.

Poseł Jolanta Zięba-Gzik (PSL-TD):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, przede wszystkim dziękuję za obecność tylu zacnych osób na tym posiedzeniu podkomisji, bo myślę, że oddziały wewnętrzne są bolączką wszystkich szpitali. Co prawda szpital szpitalowi nierówny i tak jak tutaj było powiedziane, w tych szpitalach, gdzie są SOR-y zupełnie inaczej funkcjonują oddziały internistyczne niż w szpitalach powiatowych.

Ja akurat mieszkam w mieście Zduńska Wola, gdzie jest szpital powiatowy i ostatnio – co prawda, po rozmowie z panią prezes – u nas ten oddział internistyczny wychodzi na plus. Wynagrodzenia to 44%, więc jest to dosyć niski udział, natomiast na pewno jest problem z lekarzami. To jest faktycznie bolączka, chyba największa, oddziałów internistycznych w Polsce powiatowej. Gdy rozmawiałam z ordynatorem, to powiedział, że oni

są jakimiś dinozaurami, które zostały na tym polu bitwy, ale tak naprawdę nie ma osób do pracy. Nie ma osób młodych, nie ma osób chętnych. Myślę więc, że przede wszystkim apel do ministerstwa o przyspieszenia tych prac, bo to jest niezwykle istotne.

Zgadzam się też z moimi kolegami posłami, że pieniądze są bardzo istotne, bo pewnie w tym moim szpitalu powiatowym jest taka sytuacja, że ci lekarze nie zarabiają dużo i ten wynik tak wygląda, jak wygląda. Jednak, gdy zabraknie tych, którzy są lokalnie związani ze Zduńską Wolą – jeszcze chcą pracować i mają siły, a już są w słusznym wieku – to tak naprawdę nie będzie następców. Myślę, że to jest największy problem, bo obecnie grafik dyżurów wygląda tak, że w większości na dyżurach jest dwóch lekarzy, a w weekendy są dodatkowi lekarze, którzy są zatrudnieni. Tak więc przede wszystkim personel.

Zgadzam się też, jeśli chodzi o tę podwójną diagnostykę, bo sama to wiem. Gdy leczyłam mojego tatę, to bardzo często ta diagnostyka mimo wszystko była podwójna. Mam nadzieję, że teraz się coś w tej kwestii zmieniło, ale to jest jednak trochę przepalanie pieniędzy w systemie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Porównywalne. Dziękuję bardzo. Jeszcze pani poseł Elżbieta Polak. Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Anna Polak (KO):

Bardzo dziękuję. Proszę państwa, niestety wciąż czas Judymów i siłaczek trwa. Nie skończył się.

Z panią dyrektor Płukis widziałyśmy się chyba 17 lat temu, tak sobie policzyłam, i widzę, że rekomendacje i wnioski niezmiennie takie same w naszym systemie, ale państwa propozycje rozwiązań systemowych są bardzo cenne. Nie wszystkie wiążą się oczywiście z finansowaniem, ale proszę państwa – to też do ministerstwa – nie może być tak, że wynagrodzenia rosną dużo szybciej niż wycena. To są dane, które powinny być ze sobą powiązane, bo nie może być tak, że szpital kredytuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Tak więc urealnienie wyceny od 17 lat to samo.

Wielochorobowość, czyli za mało oddziałów geriatrycznych. Czyli też rozwiązania systemowe... I ZOL-i. W województwie lubuskim mamy jeden oddział geriatryczny.

Jeżeli chodzi o deficyt lekarzy, udało się nam pozytywnie rozwiązać deficyty w niektórych specjalizacjach tworząc system stypendialny. Stypendia dla absolwentów medycyny, którzy wybiorą deficytową specjalizację. Wysokie stypendia pokrywające specjalizacje nie tylko zmotywowały, nawet w taki sposób, że nie mamy deficytu psychiatrów dziecięcych, co było jeszcze bardziej deficytowe niż na oddziałach wewnętrznych.

Egzekwowanie standardu opieki nad pacjentem w POZ-ie. Myślę, że to też można wyegzekwować. Powinien to robić Narodowy Fundusz Zdrowia, który płaci, a więc powinien w końcu rozliczać placówki POZ.

Obciążanie szpitali publicznych powikłaniami w szpitalach prywatnych to również można uregulować poprzez nadzór i kontrole sprawowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeśli kontraktuje określoną procedurę, która jest dochodowa, przynosi zysk dla klinik prywatnych, przeważnie jednego dnia, to również w tym kontrakcie powinna być rehabilitacja, ewentualne powikłania itd. Dostaliśmy tu propozycje rozwiązań systemowych, tak więc powinniśmy poważnie nad nimi się zastanowić i te rekomendacje realizować.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja państwu za moment oddam głos, tylko na zakończenie tej tury wypowiedzi poselskich pozwolę sobie też mój mały komentarz do tej debaty dołożyć. Otóż te problemy, które zostały poruszone i przez państwa, i przez państwa posłów, można pogrupować w dwie-trzy grupy.

Pierwsza, to takie, które rzeczywiście można zarządzeniem czy aktywnością prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia już uregulować. Pewne wymagają być może jakichś zmian na poziomie rozporządzenia ministra zdrowia, a część to są zmiany, które będą musiały mieć charakter systemowy, wymagający dłuższej pracy, szczególnie to, o czym mówił pan poseł Bojarski – zdefiniowanie. Chyba że państwo tutaj za chwilę odniosą się do tej wypowiedzi. Być może inne macie patrzyenie. Natomiast myślę, że można to wszystko w taki sposób poukładać.

Dlatego państwo sygnalizowali te kwestie, jeżeli chodzi o wycenę procedur, czy chociażby możliwość rozliczenia pewnych procedur w ramach oddziału chorób wewnętrznych, które w tej chwili nie jest możliwe. Musi to być na przykład przez pododdział kardiologiczny czy neurologiczny, czy jakiś inny i konieczność zatrudnienia dodatkowego specjalisty daje dopiero możliwość rozliczenia tej procedury... Proszę? Nie wszystkie procedury można rozliczyć stricte przez oddział wewnętrzny... Tak, dokładnie. Czyli tu jakby uwolnienie możliwości rozliczania

pewnych procedur. Trochę wiem na ten temat, ponieważ do niedawna przez 20 lat byłam dyrektorem szpitala, więc też nas to blokowało przed możliwością rozliczenia niektórych procedur. Myślę, że z taką rekomendacją też wystąpimy do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odrębną kwestią – nawiązując do braku lekarzy – są wyśrubowane wymogi w poradniach odnośnie do kwalifikacji lekarzy. Czy do oddziału wewnętrznego? Może nie tyle do oddziału wewnętrznego, ile do poradni. W zasadzie wszędzie, jeżeli chcemy rozliczyć jakąś procedurę to musi być specjalista z danego kierunku, a może rzeczywiście takie procedury mogłyby być rozliczane w ramach procedur chorób wewnętrznych.

Trochę zaintrygował mnie ten list, który pani profesor nam tutaj pokazała, przedstawiciela wojewody pomorskiego jakby zwracającego się z prośbą o jakąś interwencję i sygnalizującego zbyt małą liczbę łóżek. Ja myślę, że też napiszemy do Ministerstwa Zdrowia, bo de facto to wojewoda podejmuje decyzję odnośnie do zmiany statutów szpitali. Wyraża zgodę na likwidację łóżek, na zwiększenie jej liczby, przeprofilowanie łóżek. Może więc zwrócimy się do Ministerstwa Zdrowia, aby minister zdrowia w jakiś sposób zwrócił się do wojewodów, by przyjrzeni się całej tej procedurze, żeby nie było jakiegoś niekontrolowanego zjawiska likwidacji, przekształcania. Ja nie jestem przeciwko takim zmianom, ale niech to wynika z mapy potrzeb zdrowotnych, a nie tylko z tego powodu, że na przykład oddział przynosi stratę, albo z powodu jakichś innych okoliczności. To są kwestie, które niekoniecznie wymagają regulacji w warstwie prawnej, tylko wystarczy przypomnieć pewne rzeczy.

Kwestia kierowania do szpitala pacjentów bez badań też. Ubolewam, że nie mamy nikogo z Narodowego Funduszu Zdrowia. Informowaliśmy fundusz o posiedzeniu... No właśnie. Następnym razem zwrócimy się bardziej kategorycznie, żeby jednak wzięli udział, bo myślę, że wiele tych rzeczy prezes NFZ-u naprawdę może wyegzekwować, bo już ma narzędzie w postaci aktów prawnych, które mu pozwalają działać. Myślę więc, że zdyscyplinowanie niektórych może przynieść konkretny efekt.

No i oczywiście kwestia do rozważenia – ale to już wymaga zapewne zmian w warstwie prawnej – dotycząca wymogów w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej odnośnie do tego lekarza wyjazdowego, który pełni wyłącznie funkcję wyjazdową. Ja też z własnego doświadczenia wiem, że tych wyjazdów jest niewiele, a lekarz musi być i niekoniecznie on może być angażowany do udzielania świadczeń czy porad w ramach stacjonarnej nocnej i świątecznej opieki. Tę kwestię trzeba albo uelastyczyć bardziej w przepisach, albo dać wybór dyrektorom, że mają być realizowane.

Te wszystkie kwestie będziemy oczywiście kierować do właściwych instytucji, czyli NFZ-u i Ministerstwa Zdrowia, natomiast pozostałe będą wymagały pewnie wspólnej państwa pracy. Teraz oddaję państwu głos. Proszę się przedstawić do protokołu.

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Anna Lipnicka:

Anna Lipnicka, wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Ja krótko właśnie do tego, co powiedzieli pani poseł i pan poseł odnośnie do powtarzania badań laboratoryjnych. My nad tym ubolewamy jako diagnostów laboratoryjni. W szpitalach absolutnie nie ma żadnych wątpliwości. Macie państwo laboratoria i też jako dyrektorzy wiecie, że każde laboratorium prowadzi wewnątrzlaboratoryjną kontrolę, zewnątrzlaboratoryjną kontrolę, o którą razem z panem dyrektorem zawalczyliśmy, bo nie było zapisu ustawowego, ale oczywiście niedługo się pojawi zapis w ustawie, tej naszej, nowej, z 2022 r. Nie widzę więc potrzeby – o czym monitujemy, rozmawiamy z Naczelną Radą Lekarską – żeby były powtarzane badania.

Każdy diagnosta ponosi odpowiedzialność za wykonanie, podpisuje wyniki badań, więc to tylko jakieś rozwiązanie przekazywania i wykonywania. To po pierwsze.

Po drugie, to co właśnie powiedział pan doktor po sąsiedzku. Panie doktorze, ja też widzę, że niektóre placówki POZ wykonują bardzo mało badań laboratoryjnych.

Niestety Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi absolutnie żadnej kontroli nad tym. Są placówki POZ, które znam, bo z nimi współpracuje, które wydają ze swojej stawki kapitałowej dużą kwotę. Wprowadziły opiekę koordynowaną – 50% placówek POZ w tej opiece koordynowanej występuje. Pacjenci są bardzo zadowoleni, bo jednak te podstawowe specjalności, z zakresu których państwo macie później pacjentów właśnie z tą wielochorobowością, mogą być załatwiane na etapie POZ. Czyli opieka koordynowana, proszę państwa. No i cały czas mówimy też o odwróconej piramidzie świadczeń, żeby lekarz POZ-u jednak brał na siebie odpowiedzialność,

bo prowadzi tego pacjenta, zna pacjenta i powinien go zabezpieczyć od początku – znając pacjenta, odpowiednio go prowadzić.

Ja jeszcze podzielię się jedną refleksją na temat tego, co obserwuję w laboratorium. Oczywiście nie jesteśmy jako diagności włączeni bezpośrednio do programu „Moje Zdrowie”, o co się upominaliśmy i będziemy dalej upominać, natomiast oczywiście jesteśmy wykonawcami badań laboratoryjnych. Poddajemy się kontroli, dostarczamy wyniki badań. Co obserwuję w laboratorium? To, że coraz młodszy pacjenci interesują się profilaktyką zdrowotną.

Mamy bardzo dużo pacjentów 20-letnich. Odkąd obowiązuje program „Moje Zdrowie” po prostu są naszymi pacjentami. Dostarczamy wyniki badań, mamy rozszerzone kompetencje – tak więc chciałabym bardzo podziękować państwu, bo też rozumiecie diagnostykę laboratoryjną – pomagamy interpretować badania.

Tak jak państwo wiecie, immunologia czy hematologia bez diagnostyki laboratoryjnej nie funkcjonuje... nie żyjecie. Prawda? Tak więc ta porada diagnostyczna, o którą się upominamy, też ma zastosowanie w tych oddziałach, które państwo obejmujecie. Prawda, pani profesor? Myślę, że mamy podobne zdanie. I oto więc, bardzo bym prosiła.

Cieszę się, że akurat dzisiaj tu jestem i bardzo proszę o usłyszenie naszego głosu jako środowiska diagnostów, bo naprawdę teraz, w kontekście współpracy między kadrami, zmieniają się przecież w ogóle programy studiów, standardy na uczelniach medycznych w kontekście umiejętności, tworzenia zespołów interdyscyplinarnych, mówi się o zespołach terapeutycznych.

Dziękuję bardzo i dziękuję za umożliwienie zabrania głosu, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że jeszcze pani doktor. Bardzo proszę, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat:

Dziękuję bardzo pani przewodnicząca za udzielenie mi głosu. Jestem bardzo szczęśliwa, że mogłam państwa posłuchać, ponieważ to, co mówicie, to jest prawda. Czysta prawda. Jako przewodnicząca ogólnopolskiego związku zawodowego chciałabym państwu pomóc w jakiś sposób, dlatego pracujemy już od roku nad normami zatrudnienia na poszczególnych oddziałach.

Na początku roku wysyłam do wielu z państwa konsultantów krajowych prośbę o podpowiedź, bo nie chcemy stworzyć czegoś, co jest niemożliwe, ale chcemy wprowadzić coś, co wam pomoże. Przecież to, co mówił pan doktor Karauda, jest po prostu niemożliwe, ale prawdziwe, bo ja też tak pracowałam. Nie może jeden lekarz, proszę państwa, pracować w ten sposób. Mówimy o ustawie o jakości, o bezpieczeństwie. Ja tego nie będę komentować, bo w związku z tym, co państwo powiedzieli, to nawet szkoda naszego czasu.

Jestem już umówiona z panem dyrektorem do spraw lecznictwa, że pod koniec września się spotkamy, bo my już to opracowaliśmy dzięki państwa pomocy. Rozmawiając z wieloma kolegami wiemy, jak się pracuje. Chcemy w ten sposób pomóc. Mamy tylko normy kontraktowania. Prawda? Normy zatrudnienia były chyba w 1959 r. Troszeczkę działały, a potem ich nie ma. Natomiast myślę, że jeżeli byłoby wypracowane zabezpieczenie w kadrę specjalistyczną na poszczególnych oddziałach, wiele by to może zmieniło.

Ponadto jest jeszcze jedna sprawa bardzo ważna, o czym też mówimy głośno. Lekarz powinien leczyć, nie zajmować się papierkami. Powinni być koordynatorzy. Pan doktor zbadał, powiedział to i tamto, jest osoba, która teraz robi za niego pewne rzeczy. To tyle, jeżeli chodzi o to, co chcemy zrobić jako związek zawodowy. Mam szczerą nadzieję, że nam się uda wypracować wspólnie w ciągu roku te normy zatrudnienia dla lekarzy specjalistów. Ponadto, kto będzie szkolił rezydentów, jeśli nie będzie specjalistów. To jest następna sprawa.

Natomiast chciałabym tylko krótko powiedzieć na temat „wieczorynek”. Ja tak mówię o nocnej i świątecznej pomocy. Do momentu, gdy „wieczorynki” były w centrach miasta, na przykład oddzielnie od SOR-ów, to rzeczywiście w SOR-ach mieliśmy mniej pacjentów. Potem, nie wiem, kto wpadł na taki pomysł, że przy każdym SOR-ze musi być „wieczorynka”.

Proszę państwa, jest dwóch lekarzy, jak mówicie, biorą pieniądze. Ten wyjazdowy wyjeżdża albo nie wyjeżdża, ale pieniądze musi dostać. Natomiast jeżeli nie wiedzą, co zrobić, no to SOR mają przecież pod nosem i pacjenci idą na SOR. SOR zamiast być odblokowany jest dopiero doładowany pracą.

Ja rozmawiałam z panem wiceministrem Bromberem, gdy był, że te „wieczorynki” powinno się zlikwidować, ale trzeba się naprawdę zastanowić. Nie szukajmy pieniędzy tam,

gdzie nie powinniśmy szukać, tylko tam, gdzie naprawdę można ich szukać i nie zaszkodzimy ani pacjentowi, ani personelowi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. I jeszcze pan. Bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Mazowieckiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich Krzysztof Mucha:

Nazywam się Krzysztof Mucha. Jestem lekarzem, który pracuje od 27 lat w Klinice Transplantologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych. Od października mam być kierownikiem kliniki tej jednostki. Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, panowie dyrektorzy, jestem pod dużym wrażeniem, ponieważ przy tym nawale nienajlepszych informacji z naszej strony, odnoszę wrażenie i chyba będę wyrazicielem tutaj osób, które są po tej stronie stołu, że państwo w sposób bardzo doskonały, panie i panowie posłowie, wychwycili krytyczne punkty. Gdyby tylko to, co z państwa strony padło zostało zrealizowane, poczynawszy od kwestii przyspieszenia prac ustawodawczych, co jest absolutnie krytyczną kwestią, zwiększenia finansowania – o czym pani poseł wspomniała – jeżeli chodzi o oddziały czy dofinansowanie remontów oraz zwrócenie się do instytucji państwowych, NFZ w szczególności, o pewien nadzór właścicielski nad pewnymi procedurami, to zobaczylibyśmy skokową różnicę jakości obsługi i bezpieczeństwa.

Temat spotkania, który państwo prowadzą, ma w tytule trzy nazwy – bezpieczeństwo, jakość i wyniki leczenia. My tutaj do państwa przyszlismy z informacją w imieniu naszych pacjentów. W imieniu państwa rodzin, naszych rodzin. Nie w imieniu naszym przyszlismy. Przyszlismy w imieniu naszych pacjentów, ponieważ za nami jest ściana.

Tutaj pani dyrektor pokazała absolutnie zdefiniowane rzeczy. Pani dyrektor jest powszechnie szanowaną osobą. W naszym środowisku, nie tylko internistycznym, jest osobą, która zna ten system do imentu. To wszystko zrewolucjonizowałoby internę, ale to jest plan maksimum.

Nie ma systemu na świecie, który nie ma interny. Gdyby tak było, to interna by zniknęła. Ja byłem w 11 uniwersytetach na świecie. Byłem na stypendium w Niemczech. Współpracuję z Amerykanami od kilkunastu lat. Pracuję na Columbia University. Nie ma takiego miejsca, gdzie nie ma interny. Mało tego, ta interna wszędzie jest, jakby to powiedzieć, jednostką, która jest rozwijana. Jesteśmy jedynym krajem, który w ciągu 20–25 lat – a ja pracuję 28 lat w tym biznesie – internę zwija. To jest absolutnie bezdyskusyjne. Czyli to jest błąd strategiczny. Absolutnie strategiczny błąd, który trzeba zmienić.

Interna to jest jak na boisku rozgrywający. My jesteśmy kimś pomiędzy napastnikami, naszymi doskonałymi kolegami neurochirurgami, gastroenterologami, którzy robią procedury oraz SOR-em, czyli tym miejscem, gdzie pacjent przychodzi. My musimy zdecydować, czy pacjent ma trafić na taki oddział, ma być leczony u nas, czy ma pójść na dializy, być „przeszczepiony”, czy ma wrócić do domu. Tego nikt za nas nie robi.

Doinwestowanie interny przy pomocy państwa – my bez państwa tego nie zrobimy – rodzi finalnie oszczędności w skali państwa. Pani dyrektor tu pokazała – średnia wieku internistów to 52 lata. Czyli to jest 27 lat od skończenia studiów. Internistów jest coraz mniej, wiek internistów rośnie. Każdy z nas tu siedzących – ja skończyłem najpierw internę, potem nefrologię, potem transplantologię i immunologię kliniczną – jesteśmy internistami. To, że bronimy tej bramki, tak jak pan doktor w tym szpitalu powiatowym, tak jak Marek w szpitalu w Grodzisku, tak jak ja, mając 12 miejsc akredytacyjnych na 59-lózkowym transplantologicznym oddziale... Dzisiaj wychodząc z pracy mam 34 chorych internistycznych z SOR-u, a pacjenci po przeszczepieniu wątroby, płuc i serca czekają w domu na przyjęcie do mojego oddziału. Jest to w ogóle postawione na głowie.

Płacimy za procedurę transplantacyjną 370 tys. na przeszczepienie wątroby, a moja pacjentka, która mieszka w Jeleniej Górze, czeka na przyjęcie do mnie na biopsję, bo ja mam na SOR blok, nie mogę przyjąć nikogo. W związku z tym płacimy i wydajemy pieniądze – 120 mln zł zostało wydane na przeszczepy wątroby rok temu w szpitalu przy ul. Banacha – ja mam tych pacjentów w obserwacji, a nie mogę ich przyjąć, bo mam codziennie przyjmowanych sześciu pacjentów z SOR-u. W związku z tym, zdecydujemy się.

Mówimy to po raz kolejny w tym naszym gremium. Zwracamy się do państwa, bo istotnie – ja słucham tej naszej dyskusji od dwóch godzin – jest dosyć duża życzliwość z państwa strony

plus absolutne zdefiniowanie, że tak powiem, problemu. Musimy się zdecydować. Jeżeli chcemy, aby system medyczny w Polsce był wydajny, bezpieczny i tani w skali państwa – i tani, podkreślam – to musi być rozgrywający. Musimy wykształcić internistów.

Żeby tanio bezpiecznie i skutecznie leczyć, zawsze są dwa mechanizmy. Edukacja – to zawsze się zwraca. I druga rzecz – doinwestowanie miejsc. Nie całej medycyny, bo tu nie chodzi o wpakowanie kolejnych 100 mld zł w system medyczny, tylko przesunięcie środków.

Pani dyrektor, każdy z nas jest w stanie powiedzieć, które procedury są lekko przeinwestowane. My nie chcemy zabierać naszym kolegom. Jeżeli państwo nas wesprą, finalnie Ministerstwo Zdrowia zobaczy zysk w skali nie 10 lat, tylko w skali pół roku, roku, dwóch-trzech, czyli w skali państwa kadencji, a naszej pracy.

Dlatego zwracamy się z wielką prośbą o to, aby państwo pomogli – to, co tutaj pani przewodnicząca powiedziała. My ze swej strony oczywiście będziemy w tym uczestniczyli, jeżeli będzie taka państwa wola, żeby przygotować odpowiednie dokumenty, pytania. Nie tylko my mamy mnóstwo osób, które chcą w tym uczestniczyć. Jesteśmy środowiskiem dosyć zbornym w tej kwestii. Przygotować pytania, propozycje ustaw i uczestniczyć w tej w tej pracy, ponieważ to jest finalnie dla nas wszystkich, dla naszego dobra. Dla nas, dla naszych pacjentów, dla naszych rodzin. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa?

Konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego Marek Stopiński:

Dwa zdania chcę jeszcze powiedzieć, żeby państwo dobrze zrozumieli internę, bo ona jest niczyja. Katalog internistyczny, którym się posługujemy, jest ułożony nie przez internistów. On jest ułożony przez wielu specjalistów i z tych specjalności wybrane są poszczególne procedury, które składają się na ten katalog. Jednak w tym katalogu nie ma asów. Asy zostały w poszczególnych specjalnościach – w pulmonologii, w kardiologii... Mamy wszystko z wielu dziedzin, ale asów nie mamy, bo one pozostały w tych dziedzinach.

Na spotkaniu, na którym byliśmy z panem profesorem wspólnie, jednym w AOTMiT-ie, bo zrozumieliśmy, że tam jest klucz do całej tej filozofii, biegła analityczka natychmiast policzyła jedną z jednostek chorobowych, która jest w wysokospecjalistycznych klinikach i na tak zwanej internie. Jakakolwiek jednostkę wzięliśmy: zapalenie płuc, chorobę wrzodową – różnica wieku rzuciła się w oczy. To było co najmniej 10 lat. Czyli ze specjalistycznej kliniki z procedurą tą samą, jak na tak zwanej internie powiatowej, różnica wieku jest na niekorzyść interny powiatowej 10 lat. Czyli pacjent na internie powiatowej z tą samą rozliczoną jednostką jest 10 lat starszy. To tylko tyle. Dziękuję uprzejmie.

Ta wielochrowość wraca na każdym pułapie. Bardzo dziękuję, że państwo poświęcili nam czas.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Pani profesor jeszcze. Czy tak?

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Jeżeli mogłabym jeszcze dodać...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To jedno zdanie.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

...to my przygotowaliśmy listę współchorobowości albo chorób, które powinny być współfinansowane. Wydawało się, że pan prezes AOTMiT-u jest nam życzliwy. Powiedział: tak, to jest bardzo krótka lista, będziemy nad nią pracować. Nic się nie zdarzyło, a lista była przekazana w lutym 2025 r. W lipcu uzyskaliśmy informację, że dofinansowane będą neurologie, psychiatrie, izby przyjęć, natomiast nie interny. Byliśmy mocno rozczarowani. Zatem na pewno taka lista jest.

Jeszcze jedna rzecz. Jeżeli chodzi o te „wieczorynki”, o których powiedziała pani przewodnicząca, to proszę państwa, ja tego nie rozumiem. Dlaczego NPL nie obsługuje lekarz rodzinny, konsorcjum lekarzy rodzinnych? Dlaczego oni nie dyżurują? Dlaczego oni nie są w ten proces zaangażowani? Przecież to są ich pacjenci. Pięć placówek POZ powinno złożyć się na opiekę

w NPL-u i tam powinien dyżurować lekarz rodzinny, a nie internista, bo to jest jego pacjent. Wtedy tak naprawdę on zrozumie internistę.

Mnie się jeszcze nigdy nie zdarzyło, żebym otrzymała jakąś zwrotną informację od lekarza rodzinnego, jak leczony jest jego chory. Jako nefrolog zawsze wydaję pacjentowi przynajmniej raz do roku informację, jak leczony jest pacjent i jakie otrzymuje ode mnie leki. Nigdy nie otrzymałam zwrotnej informacji. Do mnie nigdy nie zadzwonił lekarz rodzinny zapytać o swojego chorego, który jest hospitalizowany w moim oddziale. Nie zdarzyło się to nigdy.

Kierownik kliniki Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, prezes MO TIP Krzysztofa Mucha:

Czy mogę ostatnie zdanie?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę bardzo.

Kierownik kliniki Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, prezes MO TIP Krzysztofa Mucha:

To znaczy, naszym wrogiem nie są lekarze POZ-u. My tu nie przyszliśmy po to, żeby nie było takiego wrażenia. My mówimy i państwo patrzą w skali systemu. Państwo są posłami w tym kraju i państwo patrzą w skali pewnego systemu. To, co mówił pan poseł, Krzysztof zresztą – bardzo dobre imię. My patrzymy na to w skali systemu. I to, co pani przewodnicząca powiedziała, jest krytyczne. Trzeba patrzeć, żeby znaleźć mechanizmy, które możemy już wprowadzić. Państwo wiedzą, w jaki sposób – średnio i długoterminowo.

A propos POZ-u. Dzisiaj wychodząc dostałem, że tak powiem deser przed spotkaniem z państwem. Przyjmuję w poradni transplantacyjnej. Przyjechała pacjentka z Garwolina, która miała niedokrwistość. Została skierowana z SOR-u do swojego lekarza POZ-u. Lekarz POZ-u nic nie robiąc, bo się nie zna na tym, skierował ją do hematologa. Hematolog przeczytał – przyjechała do mnie dzisiaj z hemoglobina 7,9, ale sprzed 5 dni. Badań po drodze nie miała.

Weszła druga osoba – myślałem, że oczom nie wierzę – która trafiła do swojego laryngologa. Kwalifikowana do przeszczepienia wątroby musi mieć konsultację laryngologiczną. Laryngolog powiedział, że oczywiście skonsultuje, tylko potrzebuje tomografii komputerowej. Pewnie nie ma komputera w swoim gabinecie, więc wysłał do lekarza POZ-u, żeby dał skierowanie, a lekarz POZ-u wysłał ją do mnie. W związku z tym profesor Mucha dzisiaj napisał skierowanie na tomografię komputerową, którą wykonamy u nas w szpitalu. To mamy 7 wizyt przy dwóch pacjentach.

Weszła trzecia osoba, więc już myślałem, że rzeczywiście coś się dzieje, albo państwo być może jakiś scenariusz dzisiejszego spotkania kreują u mnie w gabinecie. Ta trzecia osoba trafiła do Szpitala Południowego w Warszawie z powodu zakrzepowego zapalenia naczyń. Na SOR-ze została załatwiona w taki sposób, że lekarz POZ-u niech się nią zajmie. Pani z obrzękami. Dostała Clexane, ale nie miała żadnego badania zrobionego. Trafiła do POZ-u, a POZ wysłała ją do chirurga naczyniowego – czekaj tatka latka, wizyta za 2 lata. W związku z tym pani, jako że przyjeżdża do mnie od dłuższego czasu, przyjechała dzisiaj. Dałem trzecie skierowanie. Trzech pacjentów, 10 wizyt, licząc ze mną. NFZ za to zapłacił. Zero badań.

Ja mam pytanie takie. Tak patrzyłem na to, jechałem tutaj do państwa i się zastanawiałem, jaka jest instytucja i kto to kontroluje. Kto zapłacił za 7 wizyt wstecz i dlaczego? Gdyby ktoś mnie zapytał, to uważam, że te 3 wizyty absolutnie powinny zostać cofnięte.

W Niemczech nie ma takiej opcji. Jeżeli pacjent w Niemczech trafia i jest niezałatwiony, krankenkasse daje karę dwuletniego nadzoru. Jeżeli to się powtarza, jest absolutnie cofnięta licencja. To są setki tysięcy złotych w skali państwa. Uważam, że ministerstwo powinno zareagować, bo to – ja nie mówię o mnie i dzisiejszych wizytach – dzieje się notorycznie.

Oczywiście to, co państwo powiedzieli, nieakceptowanie badań z innych laboratoriów, to się w głowie nie mieści. To jest w ogóle jakiś ciemnogród. Ja nigdy czegoś takiego nie robię. Pacjent przyjeżdża z badaniami. Ta pacjentka przyjechała do mnie z hemoglobina 7, to wysłałem ją na SOR, że przetoczyć krew. Przecież nie będę jej powtarzał morfologii po dwóch dniach czy po trzech. Tak więc to działa w dwie strony. Zwracam jednak uwagę na to, że lekarze innych specjalności oszczędzają na wizytach nie dając skierowań, co jest irracjonalne.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. No i teraz słuchamy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu w MZ Maciej Karaszewski:

Bardzo serdecznie dziękuję, bo bardzo dużo rzeczy zostało powiedzianych. Być może bardzo dużo negatywnych, z których pewnie niektóre można rozwiązać, a niektóre być może nie tak do końca są prawdziwe.

Po pierwsze, pytanie pana posła Kapinosa. To na początku powiedzmy, na czym jesteśmy. Rok 2024 – dane, które zostały przekazane do agencji i wyniki finansowe z 393 szpitali, które mają oddziały chorób wewnętrznych. Mówimy teraz o wyniku finansowym w zakresie chorób wewnętrznych. Z tego stratę wykazało 245 oddziałów chorób wewnętrznych, czyli to jest 62%. Przy tym połowa z tych oddziałów miała obłożenie poniżej 70%, czyli poniżej tego bezpiecznego... Wychodzi na to, że połowa z tych, które miały stratę, to były te, które miały niskie obłożenie. Jest więc pytanie, czy mamy za mało łóżek internistycznych czy źle rozlokowane łóżka internistyczne, bo to są dwa różne aspekty. Widać, że 120 oddziałów w Polsce nie ma po prostu 70% obłożenia średniego łóżek.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A czy mierzyliście czas pobytu pacjenta na tych oddziałach, czy to też...

Dyrektor departamentu w MZ Maciej Karaszewski:

To jakby nie do końca jest analizowane pod tym... No nie. Jak nie ma? Państwo się posługują swoimi przykładami, a ja się posługuję dużymi liczbami. Ja nie mówię, że ta sytuacja, że 62% oddziałów internistycznych wykazuje stratę, jest dobrą sytuacją. Ja tego nie mówię. Ja tylko mówię, że z tego być może 120 oddziałów, czyli połowa, mogłoby wyjść na zero, gdyby ruchem pacjentów lepiej zarządzano... Zmniejszenie na przykład liczby łóżek, bo być może po prostu stoją puste łóżka, a koszty cały czas są generowane.

Kolejny element dotyczący wzrostu ceny punktów, bo tutaj też było bardzo dużo omówione o cenach punktu. To popatrzmy, co się wydarzyło. Nie chcę mówić o poprzednich latach, bo chyba nie ma co mówić, że 3 lata temu punkt to było 1,20 zł, a teraz jest 2 zł. Tak było. Natomiast jeżeli popatrzmy na rekomendację, która weszła w lipcu tego roku, to ona nie tylko podniosła cenę punktu dla wszystkich z 1,84 zł na 1,96 zł, czyli o 6,5%, bo to, że państwo dostali w rozłożeniu... Ale dostaliście wyrównanie od początku roku... Tak, zgadzam się.

Dodatkowo te oddziały, które głównie prowadzą interny, czyli pierwsze poziomy i drugie poziomy, dostały współczynnik 1,07, czyli cena punktu jest 2,10, a na drugim poziomie PSZ-u jest 2,08. Czyli to jest odpowiednio prawie 10% wzrostu ceny punktu w porównaniu z poprzednim rokiem i 9,4% wzrostu ceny punktów w porównaniu z poprzednim rokiem. Nie możemy więc tutaj mówić o 3,83. Nie wydaje mi się, żeby taki dali.

Jeżeli chodzi o wyceny, to w 2024 r. były zrobione taryfy dla trzech sekcji dotyczących między innymi interny. To były sekcje F, G i S, czyli choroby układu pokarmowego, choroby wątroby, trzustki i śledziony i choroby zakaźne. W tym w całości z tych taryf, z sekcji F – choroby układu pokarmowego był nieduży udział, bo to było 11% i 85 mln zwiększenia finansowania interny. Z 352 mln w sekcji G 125 mln poszło na... Czyli choroby wątroby... Nie, nie. Przepraszam, to nie są wynagrodzenia. Mówimy o taryfach. Mówiliśmy o cenach punktu, czyli to były wynagrodzenia. Teraz mówimy o taryfach, czyli o wyliczeniach z faktycznych kosztów. Czyli generalnie zwiększone wyceny. Abstrahuję od cen punktów, które poszły z wynagrodzeniami i inflacją. Z tego ponad 220 mln zostało w 2024 r. na samych wycenach na internę.

Jedźmy dalej. Kolejne było pytanie takie, czy wycena dotyczy jednej choroby. Myślę, że trochę mylimy porządk, bo wycena jaką robi AOTMiT, bierze rzeczywiste koszty hospitalizacji. Czyli, jeżeli pacjent choruje na kilkanaście chorób, to patrzy na rzeczywiste koszty hospitalizacji, uśrednia – bo patrzy na tych pacjentów, którzy mają jedną chorobę, 5, 10 czy 15 – i mówi, że średnio taka hospitalizacja kosztuje tyle. Czyli to nie jest tak, że... Czym innym jest wypisanie, że jest zapalenie płuc, co nie znaczy, że w tej sekcji D, czyli chorób układu oddechowego, nie ma kosztów leczenia nadciśnienia, cukrzycy, tylko one są rozłożone...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To jest kwestia tego, z którego roku dane brane są do wyceny. Dane sprzed dwóch lat, to...

Dyrektor departamentu w MZ Maciej Karaszewski:

Tak. No i przechodząc do zysków i strat, tu są dwie panie, które zarządzają szpitalami. Jeżeli szpital generalnie – akurat u pani nie – wychodzi na plus, bo ja rozumiem, że wychodzi na plus niezależnie od tego, czy są niezapłacone przekroczenia w ryczałcie albo są z opóźnieniem,

część niedowyońań, to strata, którą pani pokazywała na internie, jest pokrywana z zysków z innej działalności. Najrozsądniejsze jest więc chyba to, co tutaj było prezentowane, po prostu przecenienie, zmniejszenie wycen w tych miejscach, gdzie przynoszą zyski i dołożenie tam, gdzie są straty... No bo to nie chodzi o to, żeby szpitalom multiplikować zyski, żeby miał jeszcze więcej, żeby miał zysk, jeśli teraz jest na wyniku finansowym plus 3 czy plus 4 – nie wiem, ile w pani szpitalu jest – tylko żeby on został na tym samym wyniku, ale żeby to było bardziej rozsądnie ustawione do potrzeb zdrowotnych. Jeżeli potrzeba zdrowotna jest tak duża na internie, to być może faktycznie obetnijmy trochę wyceny gdzieś indziej... Nie, nie. Chodzi o marżę. Jeżeli tam jest marża taka, że pani mimo straty ma zysk, to znaczy, że ta marża na niektórych procedurach...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bo ten zysk może jest na przykład z opłat parkingowych pacjentów. Dyrektorzy w różny sposób ratują budżety... Szanowni państwo, ponieważ bardzo długo ta debata trwa, pozwólm panu dyrektorowi swoje stanowisko przedstawić, ewentualnie może jeszcze później będziemy dyskutować.

Dyrektor departamentu w MZ Maciej Karaszewski:

Tak jak widać po tych wynikach finansowych, ta interna... I to jest w planie taryfikacji, żeby tę internę przecenić, natomiast nie wiadomo czy faktycznie nie jest tak, że za niektóre te specjalności nie przepłacamy. To też jest pewnie do sprawdzenia, na ile tam przepłacamy, bo nie bez powodu jest stać dyrektora szpitala w Kutnie czy w Koninie zapłacić doktorowi 200 tys. miesięcznie. To to znaczy, że jest to dużo przecenione, skoro stać go, żeby zapłacić mu takie pieniądze za... Analizujemy troszkę, bo jeżeli ktoś robi tyle ablacji...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze, dobrze, to kwestia wyceny...

Dyrektor departamentu w MZ Maciej Karaszewski:

Nie chciałbym dyskutować.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze, bo my na pewno taką rekomendację do Ministerstwa Zdrowia wyślemy, więc może tutaj niekoniecznie musimy o takich szczegółach mówić, tylko bardzo proszę o jeszcze inne aspekty.

Dyrektor departamentu w MZ Maciej Karaszewski:

Jeszcze jedna rzecz. Bardzo się cieszę, że pan tutaj podniósł tę kwestię kontroli krantenkasse. Krantenkasse pożera 10-15% – zależy od krantenkasse – składek zdrowotnych na obsługę, żeby kontrolować. Narodowy Fundusz Zdrowia niecały 1% i z tego wynika to, że fundusz po prostu za mało kontroluje to, co się dzieje i ja z tym się zgadzam. Tu wielokrotnie padało, że te nakłady na obsługę są po prostu za niskie. Żeby wprowadzić rzeczywistą kontrolę potrzeba po prostu więcej merytorycznych pracowników, którzy na tym się znają. Przecież w funduszu, powiedzmy sobie szczerze, przy tych pensjach, które są, praktycznie nie pracuje już nikt z białego personelu, kto mógłby merytorycznie popatrzeć, czy to było zasadne, czy niezasadne. Obracamy się więc w ramach tego, jaką mamy rzeczywistość.

I ostatnie, do pani. Tak, jest obowiązek przekazywania na platformę P1 badań laboratoryjnych, który częściowo jest wykonywany a częściowo nie. No i oczywiście każdy pacjent może pozwolić każdemu lekarzowi, jeżeli tak chce. Może kliknąć zgodę, że ten lekarz może na P1 zajrzeć na te jego konto... Tak jest, tylko jeszcze mamy kłopot z pełnością przekazywanych danych i też dotyczących badań.

Tutaj bardzo dziękuję. z diagnostami laboratoryjnym opublikowaliśmy standardy badań laboratoryjnych. Udało się w końcu. To znaczy, zrobiliśmy je wspólnie i myślę, że tym bardziej jest możliwość zaufania badaniom z miasta, jeżeli są zrobione. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo, ale jeszcze taki mój mały komentarz do tej funkcji kontrolnej NFZ-u. Odnosnie do tego, że mamy mało środków w budżecie, to ktoś ten budżet planuje, jeżeli chodzi o funkcjonowanie, obsługę, kontrolę, nadzorowanie, czyli tę działalność administracyjną NFZ-u. Wielokrotnie na posiedzeniach, kiedy był opiniowany plan finansowy Narodowego Funduszu

Zdrowia zwracaliśmy uwagę, że jednak zbyt mało środków przeznaczamy na działalność NFZ-u. Patrząc nawet na inne fundusze celowe, jest to bardzo niewielki koszt jeżeli chodzi o obsługę Narodowego Funduszu Zdrowia i teraz się okazuje, że dlatego, że nie mamy tych środków, to jak przez sito przecieka może 2-3 razy więcej pieniędzy, niż gdybyśmy wydali na te czynności kontrolne. Zatem na pewno będziemy wносить przy konstrukcji kolejnego planu, ewentualnie przy nowelizacji, żeby uwzględnić ten fakt, bo to jest takie błędne koło – nie ma kto kontrolować, to te pieniądze będą przeciekały. Rzeczywiście być może ktoś ma rację mówiąc, że ochrona zdrowia to studnia bez dna, chociaż ja nie zgadzam się do końca z tym stwierdzeniem. Dobrze, szanowni państwo, bo już...

Poseł Joanna Mucha (Polska2050-TD) – spoza składu podkomisji:

To nie może być tylko kwestia wydanych pieniędzy. To jest kwestia procedur kontrolnych i wypracowania systemu kontrolnego.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, możemy się zająć kwestią tego typu na odrębnym posiedzeniu. Myślę, że to byłoby bardzo ciekawe. Natomiast, tak jak pan dyrektor powiedział, te czynności muszą wykonywać specjaliści, a nie zatrudniać się, bo za te pieniądze nie będą po prostu pracować i jest to zrozumiałe.

Czy jeszcze ktoś z państwa, ponieważ ta dyskusja już trwa bardzo długo? Zresztą bardzo dobra dyskusja i dla nas, posłów, bardzo interesująca. Czy jeszcze z państwa gości ktoś chciałby? Pani dyrektor. To jeszcze dwa zdania.

Dyrektor SPZOZ w Wieluniu Anna Freus:

Chciałabym się odnieść do wypowiedzi, dlatego że dane, które przedstawiamy, dotyczą naszego szpitala, który ja akurat prezentowałam, szpitala pierwszego poziomu referencyjności, a nie drugiego czy trzeciego, czy szpitala typu specjalistycznego. Tutaj różnice są. Różnica dotyczy stawki od początku roku, bo tak zostało to rozwiązane i wtedy rzeczywiście taki procent wychodzi. To pierwsza kwestia.

Druga. Należy się zastanowić, kiedy interna nie będzie przynosić straty. Powiem tak: można wprowadzić rozwiązania wewnętrzne, żeby interna nie przynosiła straty. Jakie? Takie. Jeżeli liby interniści na przykład przyjmowali pacjentów bez diagnostyki na SOR-ze tylko od razu na oddział internistyczny, część z nich by była przyjęta w stanach lekkich. To są pacjenci, którzy by się opłacili i finansowo lepiej by to się opłaciło. Nie mielibyśmy przerzuconych dużych kosztów, które nie byłyby w żaden sposób pokryte, dlatego że jeżeli na izbie przyjęć lekarz internista dokonuje diagnostyki, czyli poza SOR-em, tylko jest skierowanie lekarskie na oddział internistyczny, dokonuje szerokiej diagnostyki w tym celu, czy ten pacjent się kwalifikuje, czy być może nie. Gdyby nie było tych kosztów, przyjąłby na oddział, zapełniłby oddział pewnie w 50-40 procentach pacjentami lekkimi, którzy by się zbilansowali, którzy by przynieśli zysk. Tylko czy dla systemu to jest dobre rozwiązanie.

Ja akurat w swoim oddziale, i myślę, że pani konsultant krajowa to potwierdzi, mam internistów bardzo zaangażowanych. To są interniści, którzy rzeczywiście angażują się bardzo w diagnostykę, weryfikację tych pacjentów i w ten pierwszy sort – tak to nazwę – żeby pacjenci faktycznie wymagający pomocy szpitalnej trafili na oddział. Efekt jest taki, że u mnie na internie są pacjenci ciężcy, kosztowni, czyli cierpiący bardzo często na wielochorobowość i oni, niestety, się nie opłacają.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Szanowni państwo, ostatni głos w dyskusji, bardzo proszę.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

Ja mam bardzo dobrą wiadomość. Szpital Zachodni tydzień temu wygrał w sądzie przeciwko NFZ-owi o nadryczałt za 2017 r. Czyli wy nas kontrolujcie, zabierajcie, a my będziemy w sądzie egzekwować pieniądze za nadwykonania. Wygraliśmy!

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Szanowni państwo, ja bardzo serdecznie państwu dziękuję, szczególnie zaproszonym gościom: paniom profesor, panom profesorom, specjalistom, pani prezes, pani dyrektor, wszystkim państwu, bo naprawdę te informacje, które nam państwo przedstawili, są niezwykle dla nas ważne. Jak państwo widzą, zainteresowanie akurat tym tematem jest duże. Są przedstawiciele

wszystkich opcji politycznych. Tutaj dyskusja, państwo widzą, jest pozbawiona barw polityki, nie ma jakichś wycieczek. W taki sposób traktujemy pracę w tej podkomisji. Chcemy od państwa usłyszeć, co dla państwa jest najważniejsze. Zawsze nasze posiedzenie kończy się podsumowaniem, rekomendacjami. Trafia to do Narodowego Funduszu Zdrowia, do Ministerstwa Zdrowia i też zawsze piszemy do minister czy ministra zwrotną informację, w jaki sposób wykorzystuje nasze rekomendacje i zawsze jesteśmy otwarci na dalszą współpracę. Tak więc bardzo państwu dziękuję.

Dziękuję państwu posłom za takie zainteresowanie, bo rzeczywiście jest to chyba jedno z niewielu posiedzeń podkomisji, że mamy tak duże zainteresowanie. To świadczy o tym, jak ważne dla nas są problemy tej specjalności chorób wewnętrznych. Mam nadzieję, że uda się nam wspólnie, tak jak powiedziałam, ponad podziałami, powoli, ten proces poprawy sytuacji, bo wiemy, że to wymaga czasu. Większość z nas jest praktykami, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia i wiemy, że pewne procesy wymagają czasu, ale są rzeczy, które można tak jak powiedziałam, w miarę szybko załatwić.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję. Oczywiście zapraszamy też na kolejne posiedzenia.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Ilona Kurnatowska:

Zdrowie jest apolityczne.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak. Tak to traktujemy. I formułka – zamykam posiedzenie.