

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 23)
z dnia 4 grudnia 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 23)

4 grudnia 2025 r.

Podkomisja stała do spraw wykorzystania środków pochodzących z Unii Europejskiej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, oraz posła **Krzysztofa Bojarskiego (KO)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek obrad:

- omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r.,
- rozpatrzenie informacji na temat stanu obecnego i perspektywy rozwoju dyscyplin internistycznych w Polsce – kontynuacja.

W posiedzeniu udział wzięli: **Magdalena Kramska** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Magdalena Kucharska** naczelnik wydziału w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych MZ, **Grażyna Głowacka** główny specjalista w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych MZ, prof. dr hab. n. med. **Iłona Kurnatowska** kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, **Marek Stopiński** konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego, **Łukasz Hnatkowski** przedstawiciel Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych oraz Izby Gospodarczej Farmacja Polska, **Katarzyna Baranow** ekspert Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Mucha** kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM, **Krystyna Płukis** dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, **Krystyna Ptok** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej Farmacja Polska.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** i **Aleksander Śmigrodzki** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Bardzo serdecznie witam panią profesor Iłonę Kurnatowską, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii, konsultant krajową w dziedzinie chorób wewnętrznych. Witam bardzo serdecznie pana profesora Marka Stopińskiego, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych województwa małopolskiego. Jest też z nami pani prezes Janicka. Nie ma. Prezes Jankowski z NIL? Też nie ma. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, panią dyrektor Magdalenę Kramską, zastępcę dyrektora Departamentu Lecznictwa. Pan profesor Krzysztof Mucha widzę, że jest. Witam serdecznie.

Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

Ja się może przedstawię. Krystyna Płukis, dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo nam miło. Ja też szukam na liście. Bardzo serdecznie państwa witam i witam wszystkich pozostałych gości, bo rozumiem, że państwo z ministerstwa z zespołem. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam również państwa posłów.

Szanowni państwo i państwo posłowie, otrzymaliście państwo projekt porządku dzisiejszego posiedzenia, który obejmuje dwa punkty. Mam taką propozycję, abyśmy omówienie planu pracy podkomisji na przyszły rok na pierwsze półrocze procedowali jako pierwszy punkt, a później drugi – rozpatrzenie informacji. Czy państwo posłowie macie jakieś uwagi do proponowanej zmiany? Nie widzę. W takim razie przejdziemy do procedowania pierwszego punktu.

Szanowni państwo, państwo posłowie otrzymali z sekretariatu Komisji prośbę o przekazanie propozycji tematów, którymi chcielibyśmy się zajmować w pierwszym półroczu. Jest trochę tych tematów. Po dyskusji wybraliśmy kilka, ponieważ mamy do dyspozycji tylko sześć miesięcy. Musimy to jakoś pogodzić, a nie zawsze udaje się zorganizować posiedzenie podkomisji dwa razy w ciągu miesiąca. W związku z tym po prostu dostosowujemy nasze ambicje do rytmu pracy i doświadczenia, jakie mamy. A właśnie, i tak mamy najwięcej posiedzeń, za co bardzo serdecznie przede wszystkim państwu posłom dziękuję, ale również i państwu, którzy chcecie brać udział w tych posiedzeniach.

Może pozwolić sobie szybciej przeczytać te propozycje. Jeżeli przede wszystkim państwo posłowie będziecie mieli jakieś uwagi, ale również i państwo, czy jakieś nowe propozycje, to jesteśmy otwarci i możemy dzisiaj jeszcze na ten temat podyskutować. Przy czym zaznaczam, że nawet jak podkomisja przyjmie teraz ten plan, to nic nie stoi na przeszkodzie, żebyśmy w ciągu tego półrocza, jeżeli pojawi się temat istotny, ważny z punktu widzenia organizacji ochrony zdrowia, zmodyfikowali plan i go wprowadzili.

Zatem propozycja brzmi następująco. Na styczeń: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat możliwości stworzenia ośrodków leczenia uzależnień od leków przeciwbólowych oraz nasennych skierowanych w szczególności do seniorów. Na luty: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat aktualnej sytuacji w publicznej służbie krwi, perspektyw dalszego finansowania oraz potencjalnego wpływu na pacjentów. Na luty też zaplanowaliśmy jeszcze kolejny temat: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat diagnostyki w onkologii, przy czym ten temat jest jeszcze do przedyskutowania z państwem, dlatego że jest podkomisja do spraw onkologii, natomiast przekazano ten temat do naszej podkomisji z Komisji Zdrowia. Musimy więc podjąć decyzję, czy będziemy się tym tematem zajmować, czy po prostu prześlemy dalej do podkomisji. Następnie na marzec: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat realizacji świadczeń limitowanych i Nielimitowanych w ramach karty DILO i poza kartą. Kwiecień: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek oraz organizacji efektów leczenia nerkozastępczego w systemie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ten temat też już w ciągu tej kadencji mieliśmy, ale myślę, że przyjmujemy taką zasadę, że do niektórych ważnych spraw będziemy wracać, żeby monitorować efekty, skuteczność wprowadzania w życie naszych pomysłów. W maju: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat sytuacji pacjentów z cukrzycą, zapewnienie bezpieczeństwa oraz równego dostępu do opieki diabetologicznej w Polsce. Tutaj został zgłoszony również punkt przez panią poseł Gelert. Może poproszę o krótki komentarz do tego punktu.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

To znaczy, chciałabym, żebyśmy się może zajęli diagnostyką i leczeniem zaburzeń lipidowych. Jest to dosyć istotne i ważne. Może właśnie w lutym. Oddzielnie, zamiast onkologii. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. I ostatni czerwiec: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opieki nad pacjentami z chorobami neurodegeneracyjnymi i realizacji jednego z kierunków projektów „Zdrowe serce, zdrowy mózg”. Taka propozycja wpłynęła. Teraz może chciałabym, żeby państwo posłowie zdecydowali, co z tą onkologią. Czy uważacie państwo, że... Pan poseł Wicher.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Pani przewodnicząca, ja uważam, że powinniśmy zostawić, tylko ten temat dla mnie jest istotny w kontekście nowoczesnych metod diagnostycznych, które ułatwiają leczenie czy też bardziej celowane leczenie pacjentów. Nie tylko onkologia, ale są też inne zakresy. W związku z tym, jeśliby miał się on ostać, to bym zrobił rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat w ogóle diagnostyki w różnych schorzeniach, między innymi w onkologii. Po prostu „między innymi w onkologii” trzeba dodać. I ja bym to zostawił, ponieważ to jest bardzo istotny temat. Terapia celowana potrzebuje podłoża dobrze rozpoznanego przeciwnika od strony genetycznej, diagnostycznej. W związku z tym dziwię się, że w ogóle główna Komisja się tym nie zajmuje,

ponieważ ten temat jest kosztochłonny, a daje duże efekty w prowadzonych terapiach i procedurach. W związku z tym myślę, że powinniśmy to zostawić. A w onkologii pewnie będą jakieś szczegóły omawiane. My tu będziemy bardziej holistycznie do tego tematu podchodzić. Takie jest moje zdanie oczywiście.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ja myślę, że polityki tu nie uprawiamy, więc nie będziemy politycznie podchodzić do tego tematu. Natomiast myślę, że właśnie on powinien się znaleźć w onkologii. Nie zajmujemy się tym, czym zajmuje się druga podkomisja. Natomiast tak szerokie potraktowanie jak diagnostyka ogólnie, to jest bardzo szeroki i bardzo duży temat. To jest bardzo duża kobyła i trudno...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

To jest diagnostyka genetyczna, pani przewodnicząca.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

A to już mieliśmy przecież niedawno o diagnostyce genetycznej, bodajże. Ale tak jak pan mówi, panie pośle, to wydaje mi się, że to należałoby skierować do Komisji głównej.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ale ona to odesłała.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja mam pytanie do sekretariatu, czy na przykład moglibyśmy skorelować to tak, żeby wspólnie z podkomisją onkologiczną zrobić jedno posiedzenie i wtedy może razem byśmy to omówili?

Sekretarz Komisji Zdrowia Monika Żołnierowicz-Kasprzyk:

Nie jest to praktykowane, żeby takie podkomisje się odbywały.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ale nie jest zabronione?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jak nie jest zabronione...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Zawsze ten pierwszy raz musi nastąpić.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To może zostawimy ten temat jako drugi w lutym i będziemy mieli czas, żeby się ewentualnie porozumieć i dostosować jakoś do podkomisji onkologii. Może rzeczywiście nawet by to rozszerzyło nasze spojrzenie na niektóre sprawy, bo porozmawialibyśmy w gronie drugiej podkomisji. Ja też się skontaktuję z przewodniczącym. Kto tam jest?

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Marek Hok.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

O właśnie, to skontaktujemy się i ustalimy, dobrze? Czyli ten temat na razie zostawiamy. Później dogramy, kiedy będzie realizowany. Czyli...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Proponowałabym, żeby jednak zostawić temat o zaburzeniach lipidowych i najwyżej umieścić go w maju.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

W takim razie razem z cukrzycą, bo myślę, że jakoś pośrednio się to łączy. Dobrze. Czy państwo posłowie mają jeszcze uwagi do projektowanego planu? Nie ma. W takim razie rozumiem, że nie musimy głosować, bo nie ma sprzeciwu. Aha, pani doktor, bardzo proszę.

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

Irena Rej, Izba Gospodarcza Farmacja Polska. Ja miałabym ogromną prośbę do pani poseł i w ogóle do państwa, żeby temat, który poprzednio referowaliśmy, który państwo znacie,

czyli ten nasz program, który już jest daleko zaawansowany – propozycje fleksji – można też było przy okazji gdzieś przy którymś temacie umieścić. Dlatego że to są programy lekowe, tak że też dosyć istotna rzecz. Myślę, że nasze propozycje wychodzą naprzeciw pacjentom i również budżetowi, tak że warto o nich porozmawiać. Będziemy mogli więcej zaprezentować, bo mamy już policzone pewne dane, tak że będziecie się mogli państwo zapoznać już bardziej ze szczegółami. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę o zdefiniowanie tego tematu i czy któryś z tematów, które wprowadziliśmy, można by było dostosować?

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

Patrzę, pani poseł, na to, jak jest napisane. W lutym jest rozpatrzenie informacji na temat... Nie, przepraszam. Tutaj jest, w marcu: rozpatrzenie informacji na temat realizacji świadczeń limitowanych i Nielimitowanych. To dotyczy przecież programów lekowych, bo to są rozliczenia konkretnych programów lekowych, więc może po prostu jakąś informację na temat w ogóle realizacji programów lekowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Nie, to jest co innego. To znaczy, myślę, że wnioskodawcy, którym był poseł Kapinos, chodziło o świadczenia w ramach onkologii, bo tak z tego wynika.

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

Ale to są też programy lekowe.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Znowu, właśnie. Programy lekowe. Onkologia.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

To jest tylko onkologia, tak jest. Nigdzie indziej się nie wystawia.

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

Ale, pani poseł, tu jest napisane „Nielimitowanych”. Nielimitowana jest tylko onkologia. Pozostałe programy pozaonkologiczne nie są niestety Nielimitowane. Programów onkologicznych mamy 41, a limitowanych 101. Tak że jest duża różnica i dlatego, jeżeli tu jest napisane Nielimitowane...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli to by się mieściło w tym, tak?

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

To Nielimitowane są wszystkie pozostałe. W limicie mieszczą się tylko onkologiczne programy.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Ze szczególnym uwzględnieniem programów lekowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli ogólnie: realizacja programów lekowych, tak?

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

Tak.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Mogą być dwa tematy na jednym posiedzeniu.

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

Tak. Ale on się będzie tematycznie wiązał z tym pierwszym, tak że rozszerzylibyśmy troszeczkę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli realizacja programów lekowych. Tak, bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Instytutu Rozwoju i Spraw Społecznych Łukasz Hnatkowski:

Łukasz Hnatkowski, Instytut Rozwoju i Spraw Społecznych. Szanowna pani przewodnicząca, jeżeli można, chcielibyśmy zaproponować pod rozwagę Wysokiej Komisji do planu prac omówienie szczegółowej organizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w zakresie chorób zakaźnych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale pan chce to zawęzić do HPV? Myśmy zasugerowali, żeby tak... Tak, bardzo proszę.

Przedstawiciel Instytutu Rozwoju i Spraw Społecznych Łukasz Hnatkowski:

Jeżeli mogę zaproponować konkretne brzmienie to: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia w sprawie szczegółowej organizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w zakresie chorób zakaźnych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To musimy w takim razie dopisać, dlatego że tematy, które już są, chciałabym, żeby były realizowane. W którym miesiącu? Może w marcu? Dobrze. Rozumiem, że pan złoży na piśmie, tak? Czy już jest złożony?

Przedstawiciel Instytutu Rozwoju i Spraw Społecznych Łukasz Hnatkowski:

Tak, oczywiście.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, tak. Dobrze.

Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska Irena Rej:

Ja jeszcze tylko chciałam bardzo serdecznie podziękować za ten temat, który będzie w czerwcu, czyli „Zdrowe serce, zdrowy mózg”. My w tym w temacie również mamy rozpoczęte działania, tak że cieszymy się bardzo, że ten temat się znalazł. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze, dziękuję bardzo. Rozumiem, że członkowie podkomisji akceptują ten projekt, dosyć ambitny, mam nadzieję, ale ambitnie realizowaliśmy w poprzednich latach, także teraz też może nam się uda. Liczymy na to. A tematy są bardzo ważne i widzimy też efekty, może niewielkie, ale są widoczne. Bardzo serdecznie państwu dziękuję. Przyjmujemy. Nie było sprzeciwu, więc przyjmujemy przez aklamację.

W takim razie przechodzimy do rozpatrzenia informacji na temat obecnego stanu perspektyw rozwoju dyscyplin internistycznych. Tak jak już wszyscy państwo tutaj obecni doskonale wiedzą, spotkaliśmy się już w tym temacie, rozmawialiśmy na temat perspektyw rozwoju dyscyplin internistycznych. Podkomisja uważa, że ten obszar, jeżeli chodzi o choroby wewnętrzne, jest bardzo istotny, a w ostatnich latach wybrzmiało na posiedzeniu podkomisji, że nie do końca był doceniany. Tak się składa, że w polskiej ochronie zdrowia idziemy czasami, czy w ogóle jest takie założenie, że idziemy w bardzo wąskie specjalizacje, specjalności, natomiast takie ogólne spojrzenie na zaburzenia czy na różne problemy zdrowotne nam umyka. Dlatego myślę, że zarówno dla członków podkomisji, jak i dla mnie ważne jest właśnie takie podejście holistyczne, całościowe spojrzenie z góry na wszystkie problemy pacjenta, przynajmniej te, które są we właściwości tego obszaru, bo to może spowodować duże korzyści zarówno dla pacjentów, jak i dla systemu. Było to tutaj wielokrotnie podkreślane. Państwo zwracali na to uwagę, co nas jeszcze bardziej zmotywowało, żeby wrócić do tematu, rozmawiać, przedstawiać propozycje, przekazywać do tych, którzy mają moc sprawczą i później rozmawiać na temat ewentualnego wdrożenia.

Po naszym posiedzeniu otrzymaliśmy z Ministerstwa Zdrowia odpowiedź, komentarz na wszystkie problemy, które były poruszane. Przyznam szczerze, że nie do końca nas satysfakcjonowały te wszystkie komentarze dotyczące problemów, które dla nas były istotne. Ale doceniamy też to, co zostało zrobione, więc nie tylko jesteśmy zawiedzeni, ale doceniamy to, co się dzieje w tym obszarze. Bo widać jakieś drobne działania. Dlatego postanowiliśmy wrócić do tematu. Jeszcze raz zwróciliśmy się do Ministerstwa Zdrowia o przygotowanie szerzej informacji, bo być może od tego czasu już coś więcej się zadziało.

Zatem bardzo chętnie zapoznamy się z państwa informacją, a później poprosimy o komentarz, wypowiedzi pani profesor i wszystkich szanownych gości, którzy są zaproszeni na dzisiejsze

posiedzenie. W takim razie oddaję głos przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Magdalena Kramska:

Dziękuję bardzo, szanowna pani przewodnicząca. Szanowni państwo, w kontekście problemu, który państwo poruszaliście już tutaj wcześniej i do którego podczas dzisiejszego posiedzenia mielibyśmy wrócić, to muszę powiedzieć, że to, o czym pani przewodnicząca mówi, z naszego punktu widzenia też jest tematem zauważanym.

W związku z tym działania są sukcesyjnie podejmowane. Część z tych działań ma trochę szerszy wymiar większych zmian systemowych, część zadań to są zadania mniejsze, które jednak sumarycznie składają się na pewne zmiany w tym obszarze. Jeżeli chodzi o zadania większe, o wymiarze systemowym, to chciałabym przede wszystkim podkreślić i wrócić do tematu ustawy tak zwanej reformującej szpitale. To jest przede wszystkim jedno z podstawowych narzędzi, które ma na celu lepiej przygotować możliwości udzielania świadczeń przez właśnie podmioty lecznicze, przez szpitale, w kontekście bieżących potrzeb pacjentów, ale również w kontekście w przyszłości zmieniającej się sytuacji demograficznej. Tak jak państwo wiecie, jednym z założeń tej reformy jest możliwość zmiany profilu działalności, jeżeli chodzi o niektóre szpitale, oddziały szpitalne, z przeznaczeniem na inne, właśnie takie, które będą potrafiły podejść do pacjenta może nie tylko w kontekście stanów nagłych, ale zapewnić bardziej bieżącą opiekę nad nim, szczególnie w związku z rozwojem wielochorobowości u osób starszych.

Dodatkowo to, co również ta ustawa wprowadza jako pewnego rodzaju novum, czyli taki łącznik między obszarem leczenia szpitalnego a obszarem leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, to są powiatowe centra zdrowia, które również miałyby docelowo przejąć część tych ciężarów, które spoczywają w tej chwili na szpitalach, właśnie po to, żeby zapewnić szpitalom możliwość udzielania tego rodzaju świadczeń, które pacjent w szpitalu powinien otrzymać. Żebyśmy nie mieli takiej sytuacji, że pacjenci w większości trafiają do oddziałów szpitalnych i tam potrzebują uzyskać pomoc, w związku z tym te oddziały i te zasoby szpitalne stają się w pewien sposób niewydolne.

Drugą dużą systemową zmianą, nad którą w tej chwili jeszcze pracujemy, jest odwracanie piramidy świadczeń. To również ma na celu spowodowanie, aby w taki sposób zorganizować przepływ pacjenta, ścieżkę pacjenta pomiędzy ambulatoryjną opieką specjalistyczną a leczeniem szpitalnym, aby ci pacjenci, którzy mogą w sposób optymalny i prawidłowy otrzymać pomoc w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, właśnie tam tę pomoc otrzymywali, bez konieczności kierowania się w stronę oddziałów szpitalnych.

Trzecim komponentem, który uzupełnia te zmiany systemowe, a który właściwie rozpoczyna całą ścieżkę pacjenta i jego kontakt z systemem ochrony zdrowia, to jest obszar podstawowej opieki zdrowotnej. Tutaj chcielibyśmy zwrócić państwa uwagę na program dotyczący opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, która znowu jest takim etapem pośrednim między POZ a AOS w ten sposób, że umożliwia lekarzowi POZ konsultacje ze specjalistami, umożliwia udzielanie części świadczeń takich, które do tej pory były zarezerwowane dla specjalistów, po to właśnie, aby w odpowiednich momentach, w odpowiednich stanach chorobowych czy z odpowiednimi problemami zdrowotnymi pacjent trafiał w odpowiednie miejsce. Jeżeli ułożymy prawidłowo ścieżkę pacjenta w systemie ochrony zdrowia w takim szerokim rozumieniu, czyli od jego wejścia do systemu, również w kontekście odpowiednich zasobów, jeżeli chodzi o infrastrukturę czy o kadry medyczne, to wtedy będziemy w stanie w pewien sposób te szpitalne oddziały odciążyć, tak aby mogły prawidłowo udzielać świadczeń tym pacjentom, którzy takiej pomocy potrzebują.

Dodatkowo to, na co trzeba zwrócić uwagę, to jest też – jeżeli chodzi o większe rozwiązania systemowe – wprowadzenie rozwiązań dotyczących krajowej sieci kardiologicznej, która ma na celu w sposób koordynowany, kompleksowy zapewnić ciągłość leczenia, prawidłową diagnostykę, prawidłowy nadzór i opiekę nad pacjentem. To również powinno spowodować, że oddziały internistyczne będą mniej obciążone w związku z prawidłową ścieżką pacjenta wynikającą z krajowej sieci kardiologicznej. Dodatkowo w ramach krajowego planu odbudowy, jeżeli chodzi już o takie wsparcie infrastrukturalne, to ponad 2,5 mld zł przeznaczono właśnie na modernizację infrastruktury, tu akurat szpitalnej w obszarze kardiologii. Te środki mają za zadanie wspierać ośrodki, które zostały zakwalifikowane do sieci w tych trzech poziomach, między innymi w zakresie pracowni hemodynamiki, oddziałów kardiologii i oddziałów

rehabilitacji czy też wdrażania nowoczesnych technologii medycznych. Czyli staramy się myśleć o tym systemie w sposób przede wszystkim skoncentrowany na pacjencie. Wszystkie te działania miałyby na celu stworzenie takiej opieki holistycznej, koordynowanej, aby pacjent od wejścia do systemu tak naprawdę przez cały swój przebieg choroby czy rozwój problemu zdrowotnego był należycie zaopiekowany.

Przechodząc już do rozwiązań też systemowych, ale może wymagających trochę mniej czasu na to, żebyśmy byli w stanie pewne efekty zobaczyć, bo tak jak wiemy, te duże zmiany systemowe wiążą się z tym, że od momentu, kiedy one są zainicjowane, do momentu, w którym będziemy widzieć ich pierwsze wymierne efekty, to tego czasu zazwyczaj potrzebujemy więcej. Natomiast z takich rozwiązań systemowych, które też mają dosyć istotnie wspierać, szczególnie odwracanie piramidy świadczeń, warto wspomnieć o nowym mechanizmie wprowadzonym w tym roku, który ma na celu zmianę sposobu rozliczania wizyt pierwszorazowych, tak aby do poradni specjalistycznych, do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogli się dostać również pacjenci kierowani do nich po raz pierwszy. W związku z tym te mechanizmy zostały szczegółowo opisane. Jeżeli chodzi o Polskę, została określona mediana udzielania świadczeń pierwszorazowych. Jeżeli znajdujemy grupę podmiotów, które nie mają takiej proporcji czy udziału świadczeń pierwszorazowych, wizyt pierwszorazowych, który jest równy medianie czy wyższy od niej, to w kolejnym kwartale taki podmiot leczniczy będzie otrzymywał niższą stawkę. Szczegółowo zostało to opisane w materiale, który do państwa przekazaliśmy.

Oczywiście te działania są uzupełniane poprzez działania bieżące związane zarówno ze zmianami dotyczącymi taryf, jak i współczynnikami korygującymi. Szczegółowo wskazaliśmy tu państwu od 2022 roku, przez 2023, jak to wyglądało dla poszczególnych grup, z poszczególnych sekcji, również z podaniem wartości tych zmian w wymiarze monetarnym. To więc też ma na celu dostosowanie sytuacji, jeżeli chodzi o rozliczenia do bieżącej sytuacji w systemie ochrony zdrowia, tak aby pacjenci mogli z tego odnieść jak największą korzyść, przede wszystkim właśnie poprzez zwiększanie dostępności.

Te działania o charakterze systemowym, które budują pewien fundament tego, jak pacjent w systemie ochrony zdrowia powinien się poruszać, są oczywiście uzupełniane poprzez środki dodatkowo przeznaczane na kwestie związane z rozwojem infrastruktury. W tym roku przede wszystkim są to środki z krajowego planu odbudowy, ale nie tylko. Mamy do czynienia również z innymi środkami z funduszy europejskich, które mogą wspomagać podmioty lecznicze w podnoszeniu swojego standardu, jeżeli chodzi o infrastrukturę, również w tym celu, żeby zwiększyć przede wszystkim dostępność do świadczeń i oczywiście równorzędnie zwiększyć jakość udzielanych świadczeń pacjentom.

Jeżeli chodzi o kwestie finansowe, to to, co już wielokrotnie wybrzmiało, ja też mogę tylko powtórzyć, że oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia zawierają ze świadczeniodawcami umowy do wysokości limitu, jakim dysponują w swoim planie finansowym. W miarę możliwości te środki, również na podstawie własnych analiz oddziałów wojewódzkich dotyczących niewykorzystania środków na niektórych umowach i zwiększonego zapotrzebowania z kolei w innych obszarach, są przesuwane. Dodatkowo to, co obserwujemy szczególnie w tym roku, to jest systematyczne zwiększanie środków, jeżeli chodzi o dotacje przekazywane z Ministerstwa Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia, po to, aby korzystnie wpływać na sytuację, tak by tych przeszkód i utrudnień w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej nie obserwować.

Tyle, jeżeli chodzi o obszar dotyczący funkcjonowania systemu. Nie wiem, czy życzyć sobie państwo, żeby jeszcze raz omówić kwestię dotyczącą już stricte dyscyplin internistycznych? To też jest informacja, którą oczywiście mamy przygotowaną. Poproszę panią Magdalенę Kucharską, naczelnik z Ministerstwa Zdrowia, o przedstawienie krótko tej informacji.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To bardzo proszę.

Naczelnik wydziału w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych MZ Magdalena Kucharska:

Dzień dobry. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałam tylko krótko potwierdzić – bo jak najbardziej to wszystko jest w materiale – że finalizujemy prace nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Mam nadzieję, że projekt ujrzy światło dzienne na początku przyszłego roku.

Tak jak jest w materiale, główne zmiany dotyczące dyscyplin internistycznych to wprowadzenie państwowego egzaminu kompetencyjnego. Wiem, że to pozytywnie zostało odebrane przez

całe środowisko lekarzy, samorząd, a także konsultantów krajowych. Będzie też zmiana przy postępowaniu kwalifikacyjnym na rezydentury. Będziemy się tutaj skupiać głównie na tym, żeby rezydentura była przypisana do podmiotu, a nie do osoby, do lekarza. Czyli bardziej się skupimy na problemach kadrowych podmiotów i te rezydentury będą przydzielane na konkretne województwa do konkretnego podmiotu, natomiast nie będą przechodziły z rezydentem z podmiotu do podmiotu.

Tak że to są takie główne rzeczy. Natomiast niebawem na pewno będzie więcej dostępnych informacji w kwestii całej nowelizacji. Wtedy pewnie też będziemy mogli się z państwem podzielić tymi wszystkimi informacjami. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Małymi krokami, ale do przodu. Dobrze. W takim razie poproszę teraz panią konsultant krajową, panią profesor Kurnatowską, i otworzymy dyskusję. Bardzo proszę, pani profesor.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

Dzień dobry państwu, dzień dobry, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję za ponowne pochylenie się nad problemem interny.

Może nie do końca dyscyplin internistycznych, ponieważ rozmawiamy w tej chwili o oddziałach chorób wewnętrznych, czyli tej bazie, nie o oddziałach specjalistycznych, bo dyscypliny internistyczne to są kardiologie, nefrologie, pulmonologie itd., a największy problem w tej chwili jest tak naprawdę w oddziałach bazowych chorób wewnętrznych, czyli pierwszego, drugiego zabezpieczenia, i tych, które rzeczywiście udzielają pomocy w ramach kodu 4000. To jest największy problem.

Ja bardzo dziękuję, ponieważ poprzednie spotkanie na pewno spowodowało to, że chociażby w dziedzinie edukacji chyba bardzo dużo dobrego się zdarzyło. Został rzeczywiście w zasadzie już upożyczonowany egzamin po module podstawowym – i to zresztą nie tylko z chorób wewnętrznych, ale to dotyczy również innych specjalizacji, które mają moduł podstawowy – walczyliśmy o to od wielu lat i to się ziściło, więc bardzo serdecznie za to dziękuję. Uważamy, że to też odciąży tak naprawdę finansowo system. Rozumiem bowiem, że ten egzamin będzie wentylem do tego, żeby ktoś mógł w ogóle przyjmować w AOS. Nawet jeżeli będzie robił kardiologię, to rozumiem, że będzie musiał mieć zdany egzamin LEK, żeby móc przyjmować na przykład pacjenta kardiologicznego, więc on już będzie wiedział chociaż, co to jest kreatynina 2, bo często gęsto nie wiedział i odsyłał do nefrologa, i mnożyły się te wszystkie konsultacje. Wydaje się więc, że to będzie bardzo ważna rzecz.

Również bardzo pozytywnie jest postrzegana druga rezydentura, czyli możliwość ewentualnej drugiej rezydentury po rezydenturze z chorób wewnętrznych. To jest bardzo ważne, ponieważ bardzo często zdarzało się, że rezydenci kończyli specjalizacje z chorób wewnętrznych i już nie mogli robić na przykład nefrologii, pulmonologii czy kardiologii, czy innych specjalizacji, bo dyrektor już nie chciał tych osób zatrudniać. Tak że to jest bardzo ważne.

Ważne jest też to, co zauważyłam już w tegorocznej rekrutacji, że nie ma już tak dużo przyznawanych rezydentur na te wąskie dziedziny typu endokrynologia. 300 osób zadeklarowało chęć robienia specjalizacji z zakresu endokrynologii, a na choroby wewnętrzne złożyło podania chyba 270 osób. Natomiast przyznanych jest 50 parę rezydentur na endokrynologię i 470 na choroby wewnętrzne. To się więc zaczyna w jakiś sposób chyba kształtować w pozytywnym kierunku. Na pewno ta edukacja jest bardzo... Oby tylko ta ustawa została podpisana, bo to jest jeszcze najważniejsza sprawa, bo to jest chyba warunek, żeby ten postęp w zakresie rezydentur i specjalizacji miał jakiś sens. Chyba takim naprawdę największym nieszczęściem w internie było to, że pozwolono otwierać wąskie specjalizacje od razu po studiach. To jest chyba największy problem.

Natomiast jest problem chyba nadal nierozwiązany, jeżeli mogę się odnieść do tych działań, które mają na celu odciążenie oddziałów chorób wewnętrznych, bo one na razie, szczerze mówiąc, nie odciążają chorób wewnętrznych. Niestety oddziały internistyczne właściwie nie skorzystały na krajowej sieci kardiologicznej. Może trzeba by było powołać krajową sieć do spraw chorób wewnętrznych i spróbować to w jakiś sposób skopiować i systemowo rozwiązać. Bo pacjent, który trafia do AOS, a mieszka poza dużymi ośrodkami, jak będzie miał zaostrzoną niewydolność serca czy będzie miał zaburzenia rytmu, to on nie będzie jechał 200 km do Łodzi, Warszawy

czy Białegostoku, tylko trafi do swojego rejonowego oddziału i tam musi być hospitalizowany i tam będzie czekał na miejsce, być może, albo nie, albo będzie leczony, jeżeli nie będzie takiej potrzeby, żeby trafił do specjalistycznego ośrodka.

To, proszę państwa, że chcemy odwrócić tę piramidę zdrowia, to jest bardzo istotna rzecz. Ale ja sama pracuję w AOS, jestem nefrologiem. Mam w poniedziałki poradnię nefrologiczną. Tutaj pan profesor Mucha też pracuje w takiej poradni. Muszę powiedzieć, że nie wiem, którego pacjenta mogę odesłać do opieki koordynowanej, ponieważ pacjent nie wie i nie jest zorientowany, czy jego POZ ma opiekę koordynowaną, czy nie ma opieki koordynowanej. Pacjenci trafiają pierwszy raz, w ogóle nie ma żadnej informacji na ten temat. A rzeczywiście muszę powiedzieć, że 30, być może nawet 40% pacjentów, którzy przychodzą – przynajmniej moim zdaniem – do opieki na pewno nefrologicznej, a być może i kardiologicznej, mogłoby być leczonych w ramach opieki koordynowanej, tylko że pacjenci tego nie wiedzą. My też nie wiemy, które POZ, nawet jeżeli mają, to oferują. To jest pierwsza rzecz.

A druga rzecz, proszę państwa, to wydaje mi się, że te pierwszorazowe wizyty w AOS też nie są rozwiązywane. Bo pacjenci często przychodzą tak naprawdę bez sensu na te pierwszorazowe wizyty i później jak taki pacjent ma 30 eGFR, to on zostaje już w poradni nefrologicznej. Moim zdaniem więc te pierwszorazowe wizyty w AOS powinny być koordynowane właśnie przez opiekę koordynowaną. Jeżeli lekarz z danego POZ daje skierowanie do poradni nefrologicznej, to taki chory powinien być najpierw skonsultowany przez lekarza oferującego opiekę koordynowaną w POZ. Jeżeli ten lekarz uzna za stosowne, to dopiero wysyła takiego pacjenta do AOS. Ale to już jest poza naszymi problemami internistycznymi. Wydaje mi się jednak, że to warto byłoby rozważyć taką procedurę. Bo niestety opieka w podstawowej opiece zdrowotnej, która na pewno jest podstawą, niestety w tej chwili w żaden sposób nie jest weryfikowana, jej jakość. A jak pacjent trafia do szpitala, to jednak jest weryfikowane, że ten pacjent jest zarejestrowany, leży w szpitalu, więc wiemy, że on się tam znalazł. A w podstawowej opiece zdrowotnej, to właściwie, czy ten pacjent jest, czy go nie ma, czy on ma jedną chorobę, czy ma siedem chorób, to i tak POZ otrzymuje jakieś wynagrodzenie i jest ono indeksowane również względem zdrowia i wielochorobowości w POZ, czego nie ma w opiece hospitalizacyjnej w chorobach wewnętrznych. A nasi pacjenci mają wielochorobowość.

Średnia wieku pacjentów hospitalizowanych to 71 lat, więc to są pacjenci w wieku senioralnym. Powyżej 80% z tych pacjentów ma powyżej trzech chorób. Wobec tego my chcielibyśmy również, żeby uwzględniać wielochorobowość u naszych chorych. Na pewno na przykład takie zapalenie płuc, które za 17 dob hospitalizacji wycenione jest na 1600 punktów, czyli szpital otrzymuje 3200 zł, gdzie doba hospitalizacji kosztuje średnio tak naprawdę około 1000 zł. Doba hotelowa, bez leczenia, bez diagnostyki, tylko sama doba hotelowa. I jeżeli pacjent ma do tego cukrzycę i stopę cukrzycową, to już wtedy tak naprawdę... Ja muszę sama powiedzieć, jak to jest. Jak pacjent ma stopę cukrzycową i zapalenie płuc, to my tego chorego rozliczymy na stopę cukrzycową, a nie na zapalenie płuc, bo po prostu dostaniemy więcej pieniędzy, a i tak te pieniądze nie pokryją tak naprawdę hospitalizacji. Może więc warto byłoby, żeby współchorobowość chorego uwzględnić w hospitalizacji. Wtedy też raporty, które państwo otrzymujecie, czy NFZ otrzymuje, byłyby po prostu bardziej wiarygodne.

Muszę też powiedzieć, że właściwie co rusz otrzymuję informacje albo ktoś do mnie telefonuje, że są likwidowane łóżka internistyczne, że są zamykane oddziały, i to wcale nie w jakichś bardzo małych miejscowościach, bo chociażby ostatnio od dwóch tygodni jest problem z oddziałem chorób wewnętrznych w wojewódzkim szpitalu w Sieradzu, nie najmniejszym szpitalu. Te oddziały są zamykane ze względu na to, że młodzi ludzie nie chcą otwierać specjalizacji z chorób wewnętrznych. Głównym problemem więc tak naprawdę są niedobory kadrowe, zwłaszcza w tych małych oddziałach. Bo o ile myślę, że jednak w dużych miastach to się trochę poprawiło, to tak naprawdę w pierwszym i drugim zabezpieczeniu jest bardzo duży problem, przede wszystkim z młodymi ludźmi, którzy chcą mieć *work-life balance* i wolą iść do POZ bez specjalizacji i tam pracować za naprawdę dużo większe pieniądze niż na dyżurze w szpitalu, mając odpowiedzialność za pacjenta.

Poprosiłam dzisiaj panią dyrektorkę Szpitala Zachodniego, żeby przedstawiła czarno na białym, jak to jest z tym rozliczeniem. Bo te miliardy bardzo pięknie brzmią. Zresztą jak ja sama popatrzyłam ma te miliardy, to byłam zaskoczona, ale to tylko brzmi na papierze, bo niestety gros tych miliardów moim zdaniem na pewno nie idzie na internę i na pewno nie idzie na te oddziały, gdzie pacjenci trafiają, ci najciężsi pacjenci. Bo, szczerze mówiąc, nie wiem, kto będzie leczony

w powiatowych centrach zdrowia i kto tam będzie pracował, i na jakiej zasadzie te powiatowe centra zdrowia mają działać, ale tak naprawdę, póki co to nic nie zmienia dla hospitalizowanego pacjenta. Bo my nie chcemy pieniędzy, my nie chcemy na tym zarabiać. My chcemy tylko, żeby te procedury były wycenione na tyle, żeby po prostu pokryły faktyczne koszty, jakie pacjent ze sobą niesie. Żeby tak jak ortopedom się opłaca być ortopedami i chcą być ortopedami, tak tu się opłacało.

Mój student ostatnio był na dwumiesięcznym stażu, proszę państwa, w Japonii. W Japonii jest 30-procentowa składka zdrowotna. I on mówił, że internista jest tylko i wyłącznie lekarzem szpitalnym. Do internisty się nie idzie do AOS, bo tam nikt się nie zapisuje do internisty. Nawet u nas w Polsce też, bo się idzie do nefrologa, kardiologa, pulmonologa, ortopedy itd. Do internisty nikt nie idzie. To jest więc tak naprawdę tylko lekarz, który pracuje w szpitalu. Internista w Japonii jest najlepiej zarabiającym lekarzem w szpitalu, ponieważ na nim właściwie opiera się cała struktura szpitala. Kręgosłup służby zdrowia, jak tutaj mówi pan dyrektor. Ponieważ jak na chirurgii się coś dzieje ze starszym pacjentem – migotanie przedsionków, zapalenie płuc czy co – czy na ortopedii, czy gdziekolwiek, to tam internista idzie na konsultację. Jak my pracujemy w wieloprofilowych szpitalach, to jeszcze idzie czasem pulmonolog albo ktoś inny, ale w takich miejscach, gdzie jest tylko chirurgia, interna, czasem ortopedia, to tak naprawdę tam internista jest podstawowym lekarzem specjalistą, który idzie konsultować na SOR, idzie wszędzie. Zatem naprawdę musimy się zastanowić, czy w ogóle chcemy, żeby była interna. Bo jak nie chcemy, to jesteśmy na dość dobrej drodze ku temu. Dziękuję bardzo.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Jeżeli można, to się wtrączę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Bo chciałam zapytać panią konsultant, ponieważ mówiła pani, że w tym roku bodajże około 300 osób złożyło akces na internę, tak? A czy pani się orientuje, czy w stosunku do poprzedniego roku to jest więcej czy mniej? Przynajmniej w przypadku tych dwóch lat.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

To znaczy, jeśli chodzi o to, ile osób złożyło akces, to mniej. Albo tyle samo. Ale mniej, bo zwykle jesienią składa chyba mniej osób... Więcej jesienią. Więcej niż wiosną, ponieważ tak jest w cyklu kształcenia. Ale ponieważ mniej było przyznanych rezydentur specjalistycznych, to dzięki temu, jako drugi wybór... Bo umówmy się, że interna rzadko kiedy jest pierwszym wyborem. Interna jest drugim wyborem. Może na Mazowszu tak. To znaczy, ja też muszę powiedzieć, że ostatnio dyrektor CMKP powiedział, że ogłasza konkurs na kierownika kliniki kardiologii i warunkiem zostania u niego kierownikiem będzie to, że ktoś ma kardiologię i internę, ponieważ nie wyobraża sobie, żeby kardiolog nie był jednocześnie internistą. Może więc jakieś warunki konkursowe... Chociaż mało kto tak naprawdę teraz chce zostać szefem oddziału, bo to jest duża odpowiedzialność. Ale myślę, że na takie pytanie to może bardziej odpowie pani naczelnik, ponieważ ma więcej takich informacji.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Myślałam, że pani jako konsultant krajowy.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

Otworzę swój komputer, to odpowiem, ale na pewno jest więcej przyznanych rezydentur, bo więcej osób ma... Bo żeby było jasne, pula rezydentur jest duża i to nie ma tak, że ktoś nam ogranicza z chorób wewnętrznych, tylko chętnych nie ma.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Orientujemy się. Wiem. Tylko chodziło mi o to, jaki był wybór i w tym roku, i w poprzednim, bo mi się wydaje, na podstawie województwa warmińsko-mazurskiego, że w tym roku jednak dużo więcej się zgłosiło, a przynajmniej wyraziło chęć objęcia rezydentury na internię. Dlatego

się zastanawiam, czy to jest taki powolutki trend, ale jednak idący w tym kierunku, żeby wybierali internę, czy może nie.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

To znaczy, jest dużo mniej przyznanych rezydentur i na kardiologię, i na wąskie specjalizacje, dlatego automatycznie przesuwają się na internę. Umówmy się też, że trochę więcej studentów kończy studia. W tym mamy nadzieję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy panie z ministerstwa chciałyby uzupełnić tę odpowiedź dotyczącą... Tak? To jeszcze za moment. Dobrze. Rozumiem, że jak panie będziecie gotowe, to dacie znać.

Teraz pani dyrektor Szpitala Zachodniego. Bardzo prosimy o przedstawienie, bo rozumiem, że pani ma prezentację. Bardzo proszę o przedstawienie i po jej zakończeniu otworzymy debatę.

Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

Ja może kilka słów wstępu, ponieważ dzisiaj uczestniczyłam w bardzo ciekawym spotkaniu w Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, organów założycielskich. Obecna tutaj pani poseł Gelert również była. Było to bardzo interesujące, nawet nadzwyczajnie interesujące. Powiem krótko. Wczytałam się bardzo wnikliwie w odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na nasze problemy interny. Rzeczywiście robi wrażenie, kiedy się to czyta, ponieważ mówimy tu o wielkich milionach, które były przekazywane, i rzeczywiście na pewno część pieniędzy została przekazana. Tylko pytanie, czy te pieniądze są przekazane na właściwe kierunki, do właściwych świadczeń? Tu bym miała duże wątpliwości.

Odniosę się tu do każdego prawie punktu w tej odpowiedzi. A mianowicie, powiatowe centra zdrowia to jeszcze nie powstały, więc to jest melodia, która, nie wydaje mi się, żeby była trafiona. Dzisiaj też była o tym mowa, bo był to postulat między innymi Związku Powiatów Polskich. Ale niestety, zdaje się, że to nie wypali do końca, ponieważ nie wiem, kto będzie leczył w tych powiatowych centrach. Bo my chcemy coś przekształcić, czyli z czegoś wyciągnąć to, co mamy w szpitalu, i z tego zrobić powiatowe centrum, gdzie będziemy leczyć pacjentów w zakresie chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych w trybie całodobowym. Śmiem wątpić, że to wypali.

Koordynacja programów. Krajowa sieć kardiologiczna. *Chapeau bas*. Bardzo dobrze. Ja to oceniam, mając sieć kardiologiczną i będąc w niej, że jest to bardzo dobry produkt i uważam, że w dobrym kierunku to poszło i są tego efekty. Należy to utrzymać. Ale znowu powiem za głosem pani konsultant, że nie ma to bezpośredniego, a nawet pośredniego wpływu na internę. Ale dobrze, że to jest i te pieniądze rzeczywiście zostały dobrze zadysponowane.

Opieka koordynowana w POZ – to jest nieporozumienie. Bo ja bym chciała na przykład wiedzieć, czy ktoś w ogóle zbadał, wstępnie chociażby, efekt tej koordynowanej opieki. Otóż, mam u siebie oczywiście podstawową opiekę zdrowotną, ale mam też lekarzy POZ, którzy, mając własne POZ-y, zasilają również i mój szpital. Zadaję im pytanie: jak wy u siebie koordynujecie to wszystko? A więc oni muszą mieć zawarte umowy ze specjalistami. Żeby sieć koordynowana wyszła, to muszą mieć dostęp do diabetologa, do pulmonologa, do kardiologa, do dietetyka. Muszą stworzyć plan i tego pacjenta muszą opanować. Proszę państwa, chciałabym wiedzieć, jakie są wstępne efekty tej opieki koordynowanej, ponieważ lekarze POZ mówią tak: czasami udaje nam się zawrzeć umowy z lekarzem z zewnątrz, który nie ma kontraktu NFZ-owskiego, bo nie musi. Pani doktor z POZ opłaca z własnych środków, bo jakieś pieniądze z tego dostaje, ale nie ma chętnych, dlatego że to są żadne pieniądze – oni mówią – to raz. Dwa: zadysponowanie ich czasem dla opieki koordynowanej jest niemalże niemożliwe. Ja sama mam z tym problem, żeby rzeczywiście w sposób koordynowany, z dostępnością do takich specjalistów, których nie mamy na rynku – diabetologa, pulmonologa, kardiologa – zabezpieczyć pacjentowi koordynowaną opiekę przez lekarza rodzinnego. Świetny pomysł, natomiast nierealny i bardzo trudny. Chyba że dany szpital ma swój POZ, gdzie są kardiolog, diabetolog, pulmonolog i oni będą zachęcani pieniędzmi do tego, żeby sprawować koordynowaną opiekę. Chciałabym za pół roku tej działalności spodziewać się jakichś efektów i ich oceny. Bardzo bym chciała. Bo to nie do końca jest prawdą, bo tylko 4330 placówek podpisało w ogóle umowy z NFZ na koordynowaną opiekę. Czyli jest to bardzo niewiele.

Następnie, mamy tu jeszcze do czynienia z POZ, który przede wszystkim dostaje stawkę kapi-tacyjną. Dzisiaj też ten temat był poruszany, że stawka kapita-cyjna leci, a pacjent nie przychodzi.

A więc POZ-y mają się z czego utrzymać, mają bardzo dobre środki i stąd bardzo wysokie stawki proponuje się lekarzom, którzy odchodzą z oddziałów wewnętrznych bądź z innych placówek. Też warto o tym pomyśleć, czy na pewno nie powinni mieć pieniędzy za pacjenta, którego rzeczywiście wyleczą, przeprowadzą mu diagnostykę. Czyli od pacjenta, który przyjdzie, który jest leczony, a nie od tego, który jedynie się zadeklarował być w tym POZ.

Następnie ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ten przelicznik, czy to coś, co miało być hitem, a więc że pacjent przychodzi do ambulatoryjnej opieki. Stwarzamy taką możliwość, że pewna pula pacjentów dostanie się pierwszorazowo. Bo rzeczywiście pacjenci nie mogą wejść do systemu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej po raz pierwszy, dlatego że gros pacjentów jest w tak zwanej opiece kontrolowanej, po zabiegu operacyjnym bądź po jakichś specjalistycznych badaniach i dla nich nie ma przestrzeni.

Zatem chcę powiedzieć, i tutaj jest nawiązanie do jednego mojego slajdu, gdzie jest wyraźnie pokazana właśnie ocena, która już została rozpoczęta przez NFZ, że niestety w ciągu jednego kwartału przesunęliśmy 400 wizyt kontrolnych po to, żeby udrożnić dostęp do wizyt pierwszorazowych. Proszę państwa, to nie jest tak, że za środki, które miałabym uzyskać z powodu dostępności do pierwszorazowej wizyty, opłacam lekarza specjalistę, który chętnie przyjmie pierwszorazowo pacjenta. Zatem, proszę państwa, to nie zadziała. To jest chybione i to jest marchewka, która jest marchewką – powinienam powiedzieć – nieświeżą. Ale też bym oczekiwała jakiejś oceny tego rozwiązania.

Dzisiaj lekarz dostaje w prywatnej służbie zdrowia za wizytę co najmniej 150 zł. Myśmy tam postulowali – tutaj też to jest – żeby wreszcie zapłacić w AOS dla specjalisty wyższą stawkę. A ja wtedy powiem: proszę bardzo, moje wszystkie gabinety stoją puste po południu, a mogłyby być zadedykowane tym lekarzom. Po co oni biegną do prywatnej opieki? Wystarczy trochę zwiększyć tam, a nie gdzie indziej finansowanie. Proszę bardziej patrzeć na efekty, czy rzeczywiście te pomysły są trafione. Nie ma efektywności. O to bym wnioskowała.

Teraz dalej. Ustosunkowuję się do tych słynnych grup, które zostały podniesione. Mamy tu informację, że w październiku 2020 roku wprowadzono współczynniki korygujące – to jest fakt – na 258 mln zł, z tego wprowadzono trochę taryf dla chorób wewnętrznych. Proszę państwa, co z tego wynika? Ano, wynika z tego, że na przykład... Proszę państwa, 2023 rok, pani minister się do tego odnosi i co my tutaj czytamy? Że jedynie podniesiono 13% spośród 157 procedur internistycznych, wycenę. Z tego, proszę państwa, tak naprawdę realizowanych w większej liczbie jest około 5–10 procedur. Więc to nie jest hit. Pokazujemy również, gdzie są obniżone współczynniki.

W 2024 roku czytamy w piśmie pani minister, że tylko jedną procedurę podniesiono – procedurę choroby zapalne układu nerwowego. Nie wiem, czy interna powinna się w ogóle zajmować neurologią. Po co neurologia jest w internie, a dlaczego nie w neurologii? Bo otóż w 2025 roku proszę zwrócić uwagę, o czym pisze pani minister, że zwiększono w grupie A kilkanaście pozycji, czyli 8 % znowu, na generalnie 157 wszystkich procedur. Z tego żadna nie jest realizowana w internie, bo to są neurologiczne lub neurochirurgiczne procedury. W naszym szpitalu. Oczywiście odnoszę się do wielospecjalistycznego szpitala. Zastanawiam się więc, po co to w ogóle jest w internie? Może warto się i nad tym pochylić, żeby pewne procedury były wyłączone z grup internistycznych? Chyba że dawno, dawno temu ktoś pomyślał, że skoro oddział nie ma neurologii, nie ma neurochirurgii, to niech to leczy w chorobach wewnętrznych i stąd są te procedury. To tak przy okazji, żeby to uporządkować, bo to jest chybiony temat w mojej ocenie.

Też tak mają. Mają dokładnie te same procedury co ja.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Czasami na oddziale szpitala powiatowego, gdzie nie ma neurologii, obdzwonimy wszystko dookoła, nie ma miejsca, i gdzie tego pacjenta położyć?

Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

Zgadza się.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Niestety, takie jest życie. Czy to jest dobre, czy złe, to możemy dyskutować.

Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

Ale oni i tak tam nie trafiają, bo nie mają ani neurologa, nie mają konsultantów. Wysyłają tam, gdzie jest to możliwe, bardziej dostępne. To jest fikcja.

Ja bym chciała, żeby NFZ sprawdził, ile takich przypadków w tych szpitalach, które nie mają neurologii czy udarów, czy neurochirurgii, ile takich przypadków jest? Bo może rzeczywiście warto to wyczyścić, przeczyścić, zwiększyć finansowanie, jeżeli już, na tym oddziale wewnętrznym, skoro mają się tym zajmować, bo nie ma dostępu do neurologii. Ale to wtedy te procedury trzeba wyżej docenić. Jednocześnie powiecie, że dobrze, ale potrzebny tam jest neurolog. Lekarz chorób wewnętrznych będzie mówił o guzie mózgu? A tu jest nawet guz mózgu. To jest chybione. Dlatego myślę, że warto o tym pomyśleć.

Kolejny slajd, który ostatnio też już pokazywałam – on się nic nie zmienił dla wewnętrznego – czyli zmiana taryfy. Tam, gdzie występują najczęstsze procedury, czyli zator płucny, zapalenie płuc, niewydolność nerek, proszę zwrócić uwagę, nic, złotówka nie drgnęła. Od września do teraz nic nie drgnęło, natomiast cały czas są straty. A więc cały czas na tych procedurach mamy straty. To są takie najczęstsze, typowe dla chorób wewnętrznych procedury czy świadczenia, które realizowane są w każdym niemalże oddziale wewnętrznym.

Proszę państwa, gdybym miała podsumować swoje wywody, to bym powiedziała, że nie można każdemu coś dać. Trzeba zacząć myśleć może grupami, ale solidnymi, czyli zwiększamy w jednej grupie, nie zabieramy innym grupom. Bo już się słyszy – pani Gelert na pewno o tym powie – wysokospecjalistyczne przeszczepy są przeszacowane. A więc tam, gdzie jest to przeszacowane, trzeba ocenić, o ile to zmniejszyć i czy trzeba zmniejszyć, żeby znaleźć pieniądze na choroby wewnętrzne. Proszę państwa, dopóki ten profil nie będzie dofinansowany w sposób prawidłowy... A wystarczy podnieść wskaźnik, co proponuję na samym końcu. Nie trzeba wyliczać procedur, tylko do każdej procedury wewnętrznej podnieść wskaźnik, a wówczas będą chętni do pracy w oddziale wewnętrznym. Koszty pokryjemy. Wskaźnik. Prosty wskaźnik. Albo wskaźnik wielochorobowości, albo generalnie do każdej procedury chorób wewnętrznych podnieść wskaźnik. Niewiele 0,2 gr za punkt. Nic więcej dodać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te bardzo szczegółowe informacje. Każdy z nas ma jakieś doświadczenia i też akurat tutaj posłowie, którzy pracują tu w Komisji, każdy z nas ma doświadczenie związane z zarządzaniem szpitalem. I właśnie tak rozmawiamy tu z panem posłem, że wszystko zależy od miasta, od szpitala, od wielkości, od poziomu. Różnie to wygląda, ale rzeczywiście Polska nie jest jednakowa i nie da się wszystkiego zrobić pod jeden szablon.

Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

Jeżeli mogę powiedzieć. Stratę, którą mi pan doktor Stopiński przynosi w chorobach wewnętrznych, w moim szpitalu, konsultant wojewódzki i geriatra, to jest 7 mln zł rocznie.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

To cud, że jeszcze pracuje.

Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis:

7 mln. Ale dobry głos, że szpitale są różne. Dlatego że na tym oddziale pracuje 8 do 10 specjalistów, ale jeżeli weźmiemy oddział 53-lóżkowy, gdzie jest tylko trzech specjalistów, to koszty tam będą mniejsze i straty nie będzie. Ale jakoś dla nas jest bardzo ważna, bo albo mówimy o jakości, albo o niej zapominamy.

Dlatego więc słusznie pani przewodnicząca mówi, że szpitale są różne i nie można ich wszystkich wrzucać do jednego worka.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale staryfikować procedurę w każdym szpitalu oddzielnie jest wręcz niemożliwe. Myślę, że już od wielu lat szukamy jakiegoś jednego wspólnego mianownika i raz lepiej, raz gorzej się to udaje. Ja też rozumiem, że są oddziały, które przynoszą straty, są takie, które mają nadwyżki. Ja też zarządzałam szpitalem, może nie aż tak dużym, ale znaczącym. Dla mnie było ważne, żeby szpital się bilansował, a czy ja mam w tej kieszeni pieniądze, czy w tamtej, to dla mnie nie miało znaczenia. To znaczy, jeżeli była potrzeba udzielania świadczeń, to się udzielało. Dlatego też zawsze naszych samorządowców wyczułam, że nie możemy patrzeć na każdą procedurę, czy ona mi się bilansuje, czy nie. Dywersyfikować dochody i wtedy jest szansa, że cała jednostka może jakoś działać. Ale każdy ma inny pomysł, inaczej to widzi.

Dobrze. To rozpoczynam dyskusję. Państwo posłowie, panowie posłowie, bo pani poseł wyszła, czy chcielibyście zabrać głos? Pan poseł Bojarski, bardzo proszę.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Muszę się zgodzić z wieloma pani spostrzeżeniami, pani dyrektor, natomiast nie zgadzam się z tą słabą wyceną w AOS, bo dzisiaj w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej ona jest naprawdę na dość dobrym poziomie. Absolutnie zgoda, że należałoby coś zrobić z pacjentami z wielochorobowością, bo to jest problem, który jest specyficzny dla oddziałów internistycznych. One są takim, przepraszam za wyrażenie, ale – nie wiem, czy tego już nie mówiłem – takim trochę śmietnikiem szpitalnym, bo jak się nie da czegoś upchnąć, to się upchnie na internie. Ale to też wynika z tego, że, trzeba powiedzieć uczciwie, tam są najlepsi specjaliści, bo mają najszerszą wiedzę medyczną ze wszystkich specjalistów w szpitalu, nie dyskredytując wszystkich innych, bo to też są ważni specjaliści.

Wydaje się, że absolutnie próba znalezienia jakiegoś pomysłu na inny... Oczywiście jest ryzyko. Bo zaraz będziemy wynajdować u tych pacjentów wiele chorób. Pewnie będzie tu jakiś margines do nadużycia. Trzeba też to zawsze wziąć pod uwagę.

Chciałbym do pani krajowej konsultant, do pani profesor, mam też u siebie w szpitalu oddział internistyczny i lekarzy internistów, ale którzy posiadają dodatkową specjalizację. Zawsze mnie denerwuje, jak patrzę na te liczby i porównuję – mam u siebie dwóch kardiologów, czyli de facto spełniam wymóg Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby otworzyć oddział kardiologiczny. Nie otwieram go, bo uważam, że jest bez sensu dublowanie kolejnych oddziałów. Ale też nie mogę się pogodzić z taką sytuacją, w której w oddziale kardiologicznym podobny pacjent leczony przez tych dwóch kardiologów jest wyceniony znacznie wyżej niż w moim oddziale chorób wewnętrznych. Myślę, że to jest jeden z elementów, o który warto by było powalczyć. Jeżeli w ramach oddziału internistycznego spełniamy wymogi kadrowe, które są wskazane do spełnienia w oddziałach specjalistycznych... Podobnie mam w tej chwili dwóch diabetologów.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Pan poseł swoje załatwia.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Nie, poruszam ważny, uważam, problem, bo przypuszczam, że jest sporo takich oddziałów.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

Tak jest z neurologią. Udarów na neurologii jest trzy tysiące...

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Mam również jeszcze, pani profesor, dwóch diabetologów na oddziale. To są inni lekarze, żeby było jasne. To nie jest tak, że jest dwóch i mają po pięć specjalizacji. Podobnie z pulmonologami. Czuję się więc trochę przez system niedoceniony. Ten model interny nazwałem na swój roboczy użytek kiścią winogron, czyli ona jest de facto jedną kiścią, ale składa się z wielu małych winogronek. Wydaje mi się, że to daje dobrą jakość w moim oddziale wewnętrznym, właśnie taki model ułożenia kadry w oddziale. To się przekłada również na AOS, bo ci lekarze pracują również w AOS i to jest dobrze. I tu jest tak naprawdę koordynowana opieka. Ona jest skoordynowana.

Chciałbym tylko wypowiedzieć taki postulat, pani profesor, żebyśmy wspólnie spróbowali powalczyć o to, żeby móc w takich sytuacjach... Nie pamiętam, mówili mi moi kardiologowie, ale chyba pacjentów ze skrajną niewydolnością krążenia na kardiologii jest kilkanaście tysięcy, a u mnie 3 tys. Pan profesor będzie wiedział lepiej ode mnie. Myślę, że ta wielochorobowość, absolutnie – trzeba tu powalczyć o jakiś wskaźnik.

Drugi element, to bym poruszył właśnie ten, o którym mówię, czyli ujednolicenie wycen tych samych jednostek w sytuacji, kiedy oddział spełnia. Jestem w stanie zaakceptować sytuację, że jeżeli skrajną niewydolność krążenia leczą lekarze interniści, co wcale nie oznacza, że leczą gorzej od kardiologów, ale jeżeli leczą, to nie spełniamy wymogu oddziału kardiologicznego, więc ta wycena jest troszkę inna. Tutaj natomiast bym widział takie miejsce do poprawienia sposobu finansowania w oddziałach wewnętrznych. Na razie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł? Nie. Pan poseł Wicher. Mam prośbę: czy posłowie mogą tę prezentację otrzymać na maila?

Posel Patryk Wicher (PiS):

Prezentację pani dyrektor też.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bo ciekawe są. Dobrze, to bardzo proszę. Pan poseł Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Krótko. Ponieważ w tej dyskusji już od dawna pojawia się w systemie dyskusja na temat specjalizacji i rozdrobnienia specjalizacji – bo przypominam, są kraje na świecie, gdzie jest znacznie mniej specjalizacji niż w Polsce i te systemy świetnie działają i są bardzo sprawne – jest następne pytanie, czy nie powinno się jednak stopniować specjalizacji. Najpierw są pewne podstawowe specjalizacje, które uprawniają tak naprawdę do pogłębiania wiedzy w jakimś zakresie, a jednak takie podstawowe umiejętności jak lekarz chorób wewnętrznych, to jest dla mnie podstawowa wiedza praktycznie dla każdego lekarza, a szczególnie lekarza POZ i innego, który powinien mieć holistyczną, no – komplementarną wiedzę na temat swojego pacjenta. Pytanie, czy nie powinniśmy utworzyć specjalizacji podstawowych i dopiero po nich pozwalać kierować się na specjalizację szczegółowe. Tak, ale i tych szczegółowych według mnie za dużo. To jest dyskusja też na poziomie profesorskim i nie tylko, żeby jednak zmodyfikować listę specjalizacji.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

Profesor nic nie może.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Mówię, konsultantów. Nie, nie, ja rozumiem, ale merytorycznie, żebyście państwo nas wsparli, żebyśmy wiedzieli, jak racjonalnie je łączyć. Polityczne decyzje finansowe to jest już wtórna sprawa, ale musi być wiedza merytoryczna, żeby nie wylać dziecka z kąpielą.

Natomiast, idąc dalej, oczywiście pytanie o długość tych rezydentur i specjalizacji. Umówmy się, w dzisiejszym świecie to zależy od człowieka, czy on jest bardziej zaangażowany i szybciej zrealizuje te moduły. Dlatego według mnie zmodułowanie specjalizacji, gdzie ktoś może przyspieszyć i wcale nie musi siedzieć na tej specjalizacji sześć lat, żeby osiągnąć te same efekty. On ma mieć pewne kompetencje i umiejętności, które powinien wykazać poprzez pewne testy, egzaminy, które są dopuszczeniem. Jeśli on to robi po dwóch latach, to chwała mu za to, a jeśli to robi po sześciu latach, to już jest jego sprawa, jak on będzie te moduły... Muszą być wyznaczone moduły merytoryczne i praktyczne, pewne kompetencje, umiejętności, które ma zaliczyć. To, w jakim horyzoncie czasowym specjalizujący się rezydent to robi, jest wtórną sprawą. Możemy dać granicę główną, której nie powinien przekroczyć – nie wiem, cztery, pięć, w zależności od specjalizacji – ale jeśli robi to w krótszym horyzoncie czasowym, to bym go w ogóle nie przetrzymywał na tej rezydenturze czy specjalizacji, otwierając mu drogę do specjalizacji szczegółowe, szybszego podejścia do nich, wyspecjalizowania się.

Następną rzeczą oczywiście, już tak nie wkładając kija w mrowisko, to jest też pytanie, czy młody lekarz powinien mieć prawo iść do POZ, czy naprawdę nie powinien przejść przez szpitale, przez SOR-y, przez karetki, nabrać doświadczenia i wiedzy, i dopiero później... Jeśli on ma w POZ odpowiadać holistycznie, to jest naprawdę ważne, żeby miał wiedzę o człowieku. Bo tak to młody lekarz idzie do POZ i bierze pełną odpowiedzialność za leczenie, a później, jak jest jakieś powikłanie bądź nie dał rady, to, przepraszam, idzie to wszystko do szpitala.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

Zazwyczaj od razu idzie do szpitala.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

No dokładnie. Dlatego, moi drodzy państwo, według mnie to są odważne decyzje zmiany.

Jeśli to zrobimy, to po pierwsze skończy się problem z lekarzami w szpitalach w AOS i na pogotowiu, bo będą mieli obowiązek w specjalizacjach, w rezydenturach, w stażach, żeby być tam i tam najpierw pracować, a dopiero później, jak odpracujesz na tym poziomie i masz już kompetencje i wiedzę, stajesz się prawdziwym lekarzem, który może samodzielnie podejmować decyzje. Bo błogosławieństwem pracy na oddziale jest to, że tam jest zespół i zawsze można się poradzić starszego kolegi ordynatora, zawsze możesz udoskonalić pod jego okiem swój warsztat, a w POZ, w gabinecie jesteś już sam na sam z pacjentem.

Zatem, moi drodzy państwo, moje zdanie jest takie, że przed nami... I tutaj, pani dyrektor, ja wiem, że to nie jest decyzja polityczna, ale pani minister, jeśli chce, to my jesteśmy

gotowi na taką dyskusję, bo to są rozwiązania, które ponad podziałami politycznymi jesteście w stanie przyjąć.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, że pan poseł składa taki wniosek.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Nie wierzę w skuteczność tego wniosku, ale składam deklarację pełni współpracy, żeby takie proste elementy rozwiązać. Oczywiście dzisiaj na spotkaniu szpitali, gdzie była pani dyrektor i pani poseł, ja siedziałam z tyłu, bo tak specjalnie chciałem się przysłuchać. Musieliśmy wyjść, a później wróciliśmy. Wiem, że padały tematy bardzo kontrowersyjne rozdziału służby zdrowia prywatnej od publicznej. Wyboru. To znaczy, że na przykład na rok trzeba zadeklarować, na dwa lata, i nie można zmienić tej deklaracji. Jest to kontrowersyjny pomysł, ale wiele krajów to zrobiło i świetnie sobie daje radę z tym tematem. Ale to jest do bardzo szerokiej dyskusji. Ja mówię o pewnych rozwiązaniach, bardzo głębokich, zmian systemowych, myślenia o systemie.

No i POZ. Według mnie oprócz tego, że interna powinna być podstawą, wiedza komplementarna – to jest ostatnia rzecz, rzucę kamyczek, bo nie chcę mówić za długo, bo to jest podkomisja, więc świata nie zwojujemy – moi drodzy państwo, jest jeszcze wiele zmian, które moglibyśmy systemowo wdrażać, ale jeśli POZ-y miałyby dobrze przygotowanych lekarzy, to mogłyby w końcu wrócić. Oczywiście mogą się dogadywać w danym mieście, mogą się wymieniać, tak jak apteki w dyżurach, przywrócić świąteczną. W POZ się zna pacjenta, to nasz pacjent, znany pacjent. Dzięki temu pacjenci nie będą jeździli do SOR-ów. Dzięki temu odciążymy SOR-y, szpitale.

Pamiętam, jak byłem młodym człowiekiem, to każdy wiedział, że jak jest chory, boli go gardło, to idzie do POZ, a jak się, przepraszam, przechodziło prawie na drugi świat i była trudna sytuacja, to się wzywało karetkę. Jak się wezwało karetkę bez przyczyny, to przyjechali i jeszcze opierdzielili, i powiedzieli, że następnym razem... i palcem pogrozili. A więc, moi drodzy państwo, ja wiem, że dzisiaj jest inny świat, inaczej funkcjonujemy, ale prawda jest taka, że POZ-y... Oczywiście nie mówię, że mają to zrobić za darmo, oczywiście wiem, że trzeba przeanalizować stawki, kwoty, ale według mnie taniej jest zorganizować to tam niż pierwszego pacjenta w szpitalu. I bardziej by to było racjonalne. Jeśli mówimy o odwróceniu piramidy świadczeń, to rozdzielmy te piramidy, żeby faktycznie POZ-y nabrały funkcjonalności.

No i taka rzecz, jeśli mówimy o koordynowanej opiece w POZ, to moim zdaniem jest tak: pierwszy lekarz powinien mieć prawo konsultacji na przygotowanych platformach, gdzie są specjaliści, albo telefonicznie, bądź na platformie. Powinno być tak, że on zadaje pytanie, wysyła badania danego pacjenta, umawia się z pacjentem na następną wizytę, kiedy on już jest konsultowany, i mówi mu wprost: proszę pana, niestety, moje kompetencje są takie i takie, jeśli coś wykroczy, to muszę pana odesłać do specjalisty, ale ma pan zrobić te i te badania. Ma pan tu skierowanie. Chodzi o to, żeby już na pierwszej wizycie być z konkretnymi badaniami, konkretnie przygotowanym, a nie marnować pierwszej wizyty u specjalisty, kiedy przychodzimy tak naprawdę zieloni. Przychodzi pacjent i co się dzieje? Muszę go wysłać na badania. Czyli pierwsza wizyta jest do niczego. A czemu nie skierować tego, że właśnie w tej koordynowanej lekarz rodzinny przygotowuje pacjenta do pierwszej wizyty w AOS?

Guzik jest. Guzik z pętelką. Nie istnieje. Nie mówmy i nie bądźmy obłudni, naprawdę. Bądźmy szczerzy. Bo albo się nauczymy mówić szczerze o służbie zdrowia... Wiem, że za chwilę mnie shejtują niektóre środowiska, ale albo mówimy szczerze, idziemy w głęboką reformę i porządkujemy... Bo możemy dosypywać dalsze miliardy, a one nie przyniosą efektywności, jakości, jeśli nie nauczymy się wydawać pieniędzy. Ten durszlak uszczelnijmy, a później mówmy o dosypywaniu następnych pieniędzy. Przepraszam, panie przewodniczący, że aż tak długo, ale jestem jakby co do dyspozycji. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ale ja myślę, że to, że mówi pan tak odważnie, to bardzo świetnie. Szkoda. Ja nie wiem, bo nie byłam do końca na tych szpitalach powiatowych. Może powinno to też tak zabrzmieć, bo na pewno jest jeszcze dużo dyskusji do tego, żeby coś pewnie stworzyć. Ja tu w zakresie nocnej i świątecznej chciałam tylko powiedzieć, że chodzi bardziej nie o to, żeby musieli to wykonywać u siebie lekarze rodzinni, tylko o bezpieczeństwo tych lekarzy. Bo faktycznie świat się zmienił

i w tej chwili w szpitalach jest niebezpiecznie, gdzie jest bardzo dużo ludzi, gdzie można kogoś wezwać, ochronę itd. A w takiej pojedynczej praktyce lekarza rodzinnego jak przyjdzie noc i on sam ma tam siedzieć, to nie wiem, czy...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ale, pani przewodnicząca, to jest do załatwienia. Są ochrony, są kamery, są monitoringi.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ale to wszystko kosztuje. Nie ma to, że jest ochrona.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ale nie tyle co szpital.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Nie wiem. Mi się wydaje, że to nie jest złe rozwiązanie, że niech to sobie będzie nawet w szpitalu, bo tam jest też szybszy dostęp do badań. Bo nawet lekarz nocnej i świątecznej też wykonuje podstawowe badania. On nie to, że tylko pacjenta obejrzy, ale badania z krwi od razu wyśle i się robi.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Iłona Kurnatowska:

Nie. To znaczy, pani poseł, oczywiście, że tak może być, że te centra mogą być przy szpitalach, tylko niech je obsługują lekarze rodzeni, a nie konsorcjum lekarzy, którzy sprawują nocną opiekę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Zgadza się. Ja nie dokończyłam po prostu. Bo tutaj z kolei pamiętam, że zgłaszałam gdzieś, żeby ewentualnie, słuchajcie państwo...

Każdy rezydent w innej specjalności ma obowiązek dyżuru 40 godzin w ciągu miesiąca, natomiast lekarz rodzinny robiący specjalizację z medycyny rodzinnej nie ma. W związku z tym tu należałoby zobowiązać takiego lekarza do nocnej i świątecznej, do dyżurowania, bo to, czy ona będzie zrobiona w tym miejscu, to też tak... Ona na pewno powinna być w jednym miejscu zorganizowana. Nie może być tak, że jest 10 placówek lekarza rodzinnego i w każdej tej placówce jest dyżurny, i teraz pacjent musi się zorientować, która akurat placówka dzisiaj będzie miała dyżur. Ale wiecie co, to są takie szczegóły. Te szczegóły na pewno przecież można rozwiązać. To nie jest jakby takim wielkim problemem. Natomiast oczywiście scedowano to na szpitale, łącznie z obsługą personelu. I to jest takie dosyć trudne do udźwignięcia.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Jeszcze pan poseł, bardzo proszę.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ja szybciej. Moi drodzy państwo, uważam, że szpitale powinny się zajmować AOS-ami i szpitalnictwem, a nie podstawową poradą. Wiem, jak jest w Nowym Sączu w szpitalu. Jest SOR i zaraz w drugim budynku jest nocna. 90% ludzi idzie najpierw na SOR, stoi w kolejce, zawraca głowę po to, żeby pani rejestratorka powiedziała: proszę pana, ale z bólem gardła proszę tam.

Zatem, moi drodzy państwo, albo nauczymy mentalnie ludzi i przywrócimy tę świadomość, że do szpitala się idzie z poważnymi stanami, a jeśli POZ na nocnej czy świątecznej uzna, że pacjent potrzebuje badań, to kieruje na SOR. Wtedy trzeba takiego pacjenta przyjąć, SOR nie może go odesłać. Jeśli, powiedzmy, ta nocna odsyła, to ma być przyjęty, nie można go odesłać z SOR-u. Taka zasada powinna być święta, jeśli lekarz uzna, że wymagana jest interwencja SOR-owska.

Oczywiście zgadzam się z panią przewodniczącą, że to są niuanse, ale niuanse, które budują świadomość w pacjencie i przyzwyczajenie. A jeśli my mówimy o odwróceniu piramidy, a nie odwrócimy tak naprawdę przyzwyczajenia, to nawet najlepsze przepisy nie zmienią przyzwyczajenia ludzi i zawsze będą chodzili na SOR-y. A jak są przeciążone SOR-y? SOR w Nowym Sączu jest drugim najbardziej przeciążonym SOR-em w województwie małopolskim. A więc, drodzy państwo, naprawdę... Jeszcze w ogóle likwidacja izb wytrzeźwień. Uważam, że powinniśmy mieć państwowy system izby wytrzeźwień, żeby to odseparować. Bo to dociążyło i dociąża SOR-ry bardzo, ale to jest jeszcze inny temat.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Ja też pozwolę sobie na drobną dygresję. Pamiętajcie państwo, że to, o czym mówiliśmy, że młodzi ludzie, młodzi lekarze, pracują w POZ, to też jest wynik tego, że po pierwsze personel POZ-owski nam się bardzo zestarzał. W tej chwili – robiłem analizę na swoim powiecie – wyobraźcie sobie państwo, nie ma pediatry poniżej 60. roku życia. Chciałem wprowadzić dyżur pediatryczny w NiŚ przynajmniej w sobotę w niedzielę, żeby dać ludziom opiekę, ale nie ma w ogóle chętnych. Poza tym jest jeszcze jeden element, o którym i pani profesor mówiła. Ten balans dotyka wszystkich – i tych młodych, i tych starszych już w tej chwili. Jak wszyscy mamy już trochę więcej pieniędzy w naszym środowisku, to wszyscy co do zasady, co jest naturalne, mniej pracujemy. Więc też w NiŚ-ach pracują młodzi, najczęściej rezydenci z różnych specjalności. Po prostu sobie dorabiają.

Nie wierzę w to, że znajdziemy kadrę lekarzy rodzinnych, żeby dyżurowali w NiŚ-ach, ale zgadzam się z tym, co pani dyrektor napisała odnośnie do lekarza wyjazdowego. To jest w ogóle nieporozumienie, bo w wielu miejscach to jest tylko stwierdzanie zgonów i wymiana cewników. Reszty można odmówić i przekonać pacjenta, żeby pojechał do ambulatorium. Pan profesor, bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego dr n. med. Marek Stopiński:

Proszę państwa, ja tylko chciałem się odnieść jeszcze raz i podkreślić rolę interny, która ma być kręgosłupem. Ale nie chodzi o to, żebyśmy dyskutowali, bo w tej chwili oczywiście pięknie mówimy, jest dużo trafnych wypowiedzi dotyczących funkcjonowania systemu zdrowia, natomiast oczywiście to będzie dotyczyło interny. Ale mi się wydaje, że my mamy mówić o oddziałach wewnętrznych. Proszę państwa, chcę powiedzieć, że oddziały wewnętrzne, jeśli mają być kręgosłupem... Bo w tytule dzisiejszego spotkania, jeszcze raz podkreślę, są dyscypliny internistyczne. Nie chodzi o dyscypliny internistyczne. Nie chodzi nam o pulmonologię, gastrologię itd. Mówimy o oddziałach wewnętrznych, gdzie 95% pacjentów na oddziałach wewnętrznych to są pacjenci w ostrym stanie zagrożenia życia. To nie jest pacjent planowo przyjęty, to nie jest pacjent, któremu mamy zoperować to czy tamto, przepuklinę w trybie planowym. Może przyjść za tydzień czy za miesiąc, biodro będziemy operować. To jest pacjent, który stracił przytomność, ma bradykardię, ma kwasicę, ma sól 108 albo 115 i to jest chory, który został znaleziony w domu, sam, w różnych przypadkach.

Naprawdę jesteśmy już bogatym krajem, wydaje mi się, i wciąż nie możemy uwierzyć, że te interny... Tak jak pani poseł Mucha poprzednio powiedziała, że jak ona wejdzie do szpitala, to rozpozna, gdzie jest interna. To widać po prostu po pewnych zaniedbaniach, po nieeleganckich łózkach. Naprawdę państwa rodzice, rodziny, najbliżsi nie trafiają w pierwszej kolejności do specjalistycznych oddziałów, bo nie ma miejsc, bo kolejka, bo trzeba jechać 50–80 km. Trafiają na internę. I chodzi o to, żeby te interny były tym pierwszym elementem specjalistycznym, bo przecież w każdym szpitalu jest tomografia, w każdym w miarę szpitalu jest dzisiaj anestezjolog, OIOM itd. Chodzi o to, żeby chorego zabezpieczyć, wykonać niezbędne badania, w tym na przykład tomografię, dializę itd. Jeśli trzeba, to przesłać dalej.

I my tu po to jesteśmy, żeby pani dyrektor nie mówiła, że przynoszę tyle strat. Bo ja rozumiem, że było 120 czy 130 oddziałów w Polsce, które się bilansują. W lubuskim, w koszalińskim, gdzie jest zatrudnionych 3–4 lekarzy, gdzie dyżur jest permanentny, a leczenie polega na tym, żeby bardzo prosto czy w miarę krótko załatwić chorego.

Mówimy o holistyce. Nie mówmy o holistyce, bo holistyka odbywa się tylko na internie. To jest tak, jak powiedział... Już muszę się odnieść do... Kto trafia na internę? Jeśli pacjent jest kardiologiczny i czysty, to idzie na kardiologię, a jeśli ten pacjent jest zaniedbany, brudny – przepraszam, że tak powiem z pozycji SOR-u – to ten pacjent idzie na internę. I żeby państwo w to uwierzyli, to nie ja wymyśliłem, ale to stwierdzenie, że kto pójdzie na kardiologię. To właśnie ten, kto ma niewydolność serca i niestety jest zaniedbany, to pójdzie na internę, a ten, który chodzi, to pójdzie na kardiologię.

Naprawdę stwórzmy warunki tym ciężko chorym w ostrych stanach zagrożenia życia, żeby ci chorzy mieli... Ale nie możemy o tym opowiedzieć, bo wszystkim się wydaje, że te stany ostre będą leczone w oddziałach specjalistycznych. Są leczone w oddziałach specjalistycznych, ale jeśli chory trafi do szpitala podstawowego z wielochorobowością, to ląduje na internie, bo jeśli on ma być i dializowany, i ma podłączony respirator itd., to wszyscy umywają rękę i mówią: no nie, na nefrologię nie pójdzie – zresztą najczęściej on umiera na tej nefrologii – ale nie pójdzie,

na pulmonologię nie pójdzie, bo ma niewydolność nerek, nie pójdzie na kardiologię, bo ten zawał jest typu drugiego, to wiesz, miał hemoglobinę 5 itd. A ciężka trzustka – na chirurgii nie ma miejsca, to łąduje na internie i właściwie to nawet jak jest martwica, to mówię: dajcie mi chociaż jakąś przestrzeń. I tak jak zawsze: moja interna, 53 chorych, jeden dzisiaj na neurochirurgii, jeden na naczyniówce, ośmiu czekających w SOR-e, cztery wypisy i dwa respiratory chodzące. Przepraszam.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić do protokołu.

**Kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Mucha:**

Witam, panie przewodniczący. Dziękuję za pozwolenie i zaproszenie. Dziękuję państwu. Ja się nazywam Krzysztof Mucha. Jestem kierownikiem Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych. Nazwa długa. Przygotowałem kilka slajdów dotyczących patrzenia na internę z trochę innej perspektywy. To jest klinika powołana kiedyś przez pana profesora Orłowskiego. 60 lat temu w styczniu upłyne, jak przeszczepiono pierwszą nerkę. Był internistą.

Mamy 59 łóżek. Budżet kliniki to jest ponad 60 mln zł, 4,5 tys. hospitalizacji rocznie. Ponad 32 tys. w ambulatorium, 12 tys. dializ. Na 59 łóżkach dzisiaj mam 30 chorych internistycznych. Klinika transplantologii, wysokospecjalistyczne procedury, przeszczepy wątroby, nerek itd. Największa tego typu klinika w Polsce i największa w Europie.

Byłem w dziewięciu uniwersytetach na świecie, odwiedziłem wiele miejsc i wiem mniej więcej, jak to wygląda. Teraz tak: pytanie do wszystkich, bo tu wszyscy się znają na medycynie, z tego, co słyszę, kto w ciągu ostatnich 10 lat może powiedzieć, że uznaje, że w szpitalach jest lepsza opieka internistyczna, ręka do góry. Medyczna. Internistyczna. Że pani poseł może powiedzieć, że na przestrzeni ostatnich 10, 15 lat opieka medyczna na internach poprawiła się. Tak czy nie?

Bo jak ja słucham pacjentów, nie wiem, w którym segmencie, jeżeli chodzi o liczbę łóżek, która spadła o kilkadziesiąt albo kilka tysięcy w skali kraju, o liczbę internistów, których jest mniej, i zapchane oddziały internistyczne, SOR-y itd., to ja tej poprawy nie widzę. Ale to jest moja czy nasza perspektywa. Zresztą, jak słuchałem pani dyrektor czy pana doktora Stopińskiego, czy słucham pani konsultant, to również, jakby to powiedzieć, nie słyszę o poprawie.

I teraz tak: tutaj o finansach państwo dosyć dużo rzeczy powiedzieli. Finanse są sprawą oczywistą. To jest kwestia decyzji ogólniejszej, dotyczącej tego, jak duże te finanse mają być i w jaki sposób mają być alokowane, pani poseł. Co do tego, to my tutaj nie mamy za bardzo nic do powiedzenia. Trochę mnie zmartwił pan poseł, mówiąc, że to jest tylko podkomisja i tu możemy sobie pogadać, a i tak świata nie zbawimy, więc nie wiem, czy jest sens, ale spróbujemy. Tak, ja spróbuję.

Ja kształcę studentów od 28 lat w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i mnie uczono i nauczono, że najważniejsza jakość – co pani dyrektor tu powiedziała i wszyscy wiemy – wynika z jakości ludzi. Czyli jak będziemy mieli dobre kadry, to z finansami, gorszymi bądź lepszymi, sobie poradzimy.

Teraz tak: czy warto kształcić w Polsce internistów? Może zamiast jednego internisty lepiej mieć czterech specjalistów. Tutaj rozmawialiśmy o konsultacjach, AOS-ach itd. Spóźniłem się na posiedzenie parę minut, ponieważ – będąc kierownikiem – przyjmuję permanentnie u nas w poradni specjalistycznej. Więc AOS specjalistyczny w rejonie nie działa. I nie ma czegoś takiego, w ogóle można o tym zapomnieć. Właśnie wypisywałem serię skierowań na różnego rodzaju ginekologów, endokrynologów, kardiologów, chirurgów naczyniowych dla pacjentów, którzy przychodzą do poradni specjalistycznej z Garwolina, z województwa mazowieckiego, odbijani z POZ-ów miejscowych. Zapomnijmy więc o tym. To nie działa. W związku z tym, czy warto kształcić internistów?

W Stanach Zjednoczonych 24% kadry na uniwersytetach stanowią interniści. Dane oficjalne. U nas mniej niż 10%. W Stanach Zjednoczonych aktualni rezydenci – dane z października tego roku – 24,9% to są rezydentury z interny. Ogólnie ustalone – jedna czwarta rezydentur w Stanach Zjednoczonych to są interniści. Kropka. W Polsce – dane z dzisiaj – CMKP 27 listopada wszystkich rezydentur przyznanych 4277, interna 457 po powiększeniu z tych 270, o których Ilona mówiła, 10,9%. Tak, zwiększono od wiosny aż o 0,5%. Sprawdziłem. Na wiosnę było 10,4%. To są miejsca rezydenckie, nie porezydenckie, bo pani dyrektor na mnie patrzy ze zdziwieniem. Mamy 4277 miejsc. Strona internetowa CMKP. Jest prawie 6000 z miejscami pozarezydenckimi,

specjalizacjami. A ja mówię o rezydenturach płaconych, o miejscach rezydenckich, 10,9%. Można dodać do tego to, co pani chce mi powiedzieć, że 1400, to będzie 14%, ale mamy 10% sztywno. To jest 15% mniej niż w Stanach. Jeżeli byśmy tylko chcieli dorównać do tego, co nie jest mistrzostwem świata, bo we Francji jest ich jeszcze więcej. Francuski system, najlepszy na świecie, jest oparty o internę, nie o specjalistykę. Ameryka jest 22. systemem medycznym w świecie. Francuzi są pierwsi. Żeby mieć 24%, musieli mieć 1200 rezydentów albo 1200 kształconych internistów w każdym roku, czyli tyle, ile było w naszych czasach. Bo w naszych czasach – przecież pan dyrektor to pamięta i my to pamiętamy – zdawało po 600–800 internistów. A w tej chwili na egzaminie jest 200 czy 300.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Iłona Kurnatowska:
230.

Kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM prof. dr hab. n. med. Krzysztof Mucha:

230. W związku z tym system medyczny w każdym kraju i w Polsce również jest oparty o internę i o wiedzę podstawową. Każdy z dyrektorów szpitala powiatowego, ale u mnie również. Przecież my mamy największy, najbardziej obciążony SOR w Warszawie. SOR na Lindleya. Szpital, w którym jest 21 miejsc akredytacyjnych z interny na 400 łóżek. To jest na łbie postawione. 21 miejsc, a ja mam na transplantologii na 59 łóżkach 32 chorych przysyłanych z SOR-u. W ogóle nie mówię o akredytacji.

Pamiętajcie więc państwo, bo ja mówię tutaj do ludzi, którzy mają moc sprawczą w podkomisji, w Komisji. Jesteście reprezentantami partii politycznych, ale społeczeństwa. Są państwo z ministerstwa. W związku z tym mówimy o miejscach rezydenckich. Tu nie trzeba o 1%, tu trzeba razy 0,5, razy 0,3 albo razy 1. To jest pierwszy punkt, jeżeli chcemy zobaczyć jakość różnicy i obniżenie kosztów. Bo to, że transplantologia – moja czy oddział Marka – w ogóle się jeszcze trzyma... My pracujemy po 30 lat w tym zawodzie. To się trzyma ludźmi, którzy jeszcze chcą pracować. Młodzi ludzie? Pomędzy mną a moimi wychowankami jest 20 lat różnicy. To są ludzie w wieku 35 lat, którzy skończyli specjalizację, zrobili doktoraty, ale żeby być samodzielnymi w tym oddziale, to jeszcze 8 lat, jeszcze 5 lat. Ale trzeba wytrwać.

Czas trwania specjalizacji, bo pan poseł dotknął tego tematu. Stany Zjednoczone. Interna od 4,6 do 6,5, a wszystkich średnio jest 6,5 roku, biorąc pod uwagę przerwy macierzyńskie, które w Stanach nie istnieją, urlopy, choroby itd. I to być może trzeba wprowadzić i trzeba powiedzieć rezydentom, że nie zrobicie państwo specjalizacji w 4 lata i nie obiecywać gruszek na wierzbie. A nas jako szefów specjalizacji, kierowników, ordynatorów i dyrektorów szpitali w pewien sposób dociska system, że musimy pilnować kalendarza ich specjalizacji. Bo to jest stawianie nam – osobom rządzącym – poprzeczki. Czyli pani poseł, panu dyrektorowi, wszystkim nam, bo ja mam rezydenta, ja muszę spełnić jego marzenia, które są wpisane w ustawie. Dzisiaj w nocy przeczytałem 67 stron tej ustawy. Rezydentów zebrałem dzisiaj rano. I jest jeden punkt – że mogę przesunąć staż ze szkolenia podstawowego na szkolenie specjalizacyjne, na moją prośbę na wniosek rezydenta napisany do dyrektora CMKP. *No comments*. To ja go kształcę jako szef specjalizacji, ja się pod tym podpisuję, ja gwarantuję jego jakość i ja mam go prosić, żeby on tydzień z psychiatrii w ostatnim tygodniu grudnia przesunął... Nie, bo on ma prawo. Dobrze, Marek... 4,5 do 6,5 roku. W związku z tym, jeżeli państwo mówią o nowym programie specjalizacyjnym, to być może trzeba, że tak powiem, pomyśleć o tym, że trzeba te pół roku skrócenia, zgadzam się. To znaczy, bardziej myślę o tym, że niektóre rzeczy są mniej lub bardziej potrzebne, a nie skrócenie.

W USA możliwe jest odbywanie podwójnej specjalizacji. Macie tu państwo małą czcionką, ale wszyscy macie tę prezentację. Popatrzcie. Zresztą ja byłem na stypendium w Niemczech, w Monachium. Oddział się nazywał Czwarta Klinika Interny, Nefrologii i Gastroenterologii. Szefem był nefrolog, miał największy dorobek naukowy. Było tam 100 łóżek, ale były trzy kliniki. Po to – co ja już mówiłem w tym miejscu sto razy i trzeba to w pewnym momencie wprowadzić w Polsce – po to, że jeżeli interna się nie bilansuje finansowo, to bilansowała się nefrologia, transplantologia, gastroenterologia. W związku z tym, jak dyrektorzy szpitali powiatowych przesuwają finanse, to oni przesuwali w obrębie 1120-łóżkowego oddziału. Czyli grali, nazwijmy, tym, co się opłaca versus to, co się nie opłaca. Amerykanie to przewidzieli wiele lat temu. Można robić internę z medycyną paliatywną, internę z geriatrią, internę z czymś tam itd. Czyli to jest

też rozwiązanie i wyjście naprzeciw temu, że anestezjolog czy geriatra będzie robił roczny staż specjalizacyjny w internie i w ten sposób nabierzemy kadry.

My mówimy o tym, żeby przesunąć środki ludzkie w taki sposób, żeby pojawiły się do wykorzystania w SOR-ach, w internach, w powiatach itd. Mając tego typu furtkę, otwieramy w sposób naturalny możliwość włączenia tych ludzi do systemu, który jest nam potrzebny, a oni robią specjalizację. Finalnie wszyscy są wygrani. Pacjent ma opiekę, SOR jest obstawiony, dyżur jest obstawiony. Ja mam 90 dyżurów miesięcznie do obstawienia, bo mam dwa oddziały i stację dializ. Mam 90 dyżurów miesięcznie do obstawienia. I biję się piętami, nie powiem po czym, bo muszę to obstawić. To nie jest jeden dyżur. Ja de facto pracuję jak w oddziale zabiegowym. De facto.

Kształcenie. Programy specjalizacyjne nie uwzględniają wielochorobowości, o czym było powiedziane. Obowiązujący program specjalizacyjny ze Stanów. Popatrzcie państwo. Zwracam uwagę, że w programie jest wpisane: jeden dzień z siedmiu wolny. Jeden dzień. To jest kratka po lewej stronie. Jeden dzień z siedmiu wolny, czyli sześć dni w tygodniu pracują w oddziale. I robią, pracują, chcą być lekarzami.

Moim zdaniem – przepraszam, że to powiem w tej sali – to, co jest napisane w programie specjalizacyjnym, jest nie prosystem, nie prodyrektor, nie propacjent, tylko prezydent. Zrobiliśmy, że tak powiem, ukłon w stosunku do nich, żeby oni łaskawie chcieli robić rezydenturę. Ja nie chcę występować przeciwko nim, bo to są ludzie, ja też byłem kiedyś kształcony, ale uważam, że to trzeba zbilansować. Panie przewodniczący, uważam, że powinniście wewnętrznie przeprowadzić dyskusję, w jaki sposób trochę podnieść wymagania w stosunku do rezydentów. W sensie – my ich kształcimy i my ich wykształcimy, ale państwo muszą włożyć swój czas pracy. To jest bardzo ważne. Program specjalizacji jest bardziej zawężony do bycia w oddziale i do pewnych, że tak powiem, procedur.

Program naszej specjalizacji. Wziąłem pod uwagę diabetologię. Píše w książce: cukrzyca – 40-procentowe ryzyko przewlekłej niewydolności nerek, jedna z najczęstszych przyczyn. W specjalizacji z diabetologii są dwa tygodnie szkolenia z nefrologii. Brawo. Nefrolog bez szkolenia w diabetologii. Brawo. Kropek nie jestem w stanie połączyć.

To znaczy, nie wiem, kto to pisał, kto to podpisał. Nie pytam. Panie pośle, ja tylko pokazuję. Diabetolog – dwa tygodnie szkolenia z nefrologii. Przecież gdyby ten diabetolog miał ileś szkolenia z interny, ileś z nefrologii, to do pana do szpitala on przychodzi na miesiąc i musi tam siedzieć, bo musi zobaczyć tych pacjentów geriatrycznych, z cukrzycami itd. To jest naturalne miejsce, gdzie on powinien być. Inaczej, nie będzie rozumiał, o czym mówi.

Lepsze. Staże z nefrologii. W hipertensjologii mamy jeden tydzień, w kardiologii – zero. Czyli pacjenci kardiologiczni nie chorują na nerki. Tylko dziwnie potem kardiologowie do mnie piszą: GFR 57, czy mogę zrobić tomografię z kontrastem? To tu powinno być po dwa miesiące i to tak lekką rączką. Powinni mieć normalną internę, przyjść na internę, zobaczyć tych pacjentów, których potem chcą leczyć.

To są miejsca, w których moim zdaniem – tutaj państwo z ministerstwa, ale i państwo posłowie – są niewykorzystane pokłady ludzkie, które mogłyby być, że tak powiem, przesunięte.

Przydział rezydentów. To jest najlepsze. Minister zdrowia dzieli, ale wojewoda dzieli: gdzie kto. No to przeszedłem się po różnych rezydenturach w moim mieście. Dermatologia: 10 lekarzy. Jedna z klinik dermatologicznych w Warszawie. 10 łóżek, 28 rezydentów. Wniosek? Rezydenci w grupach trzyosobowych uczą się zawodu lekarza. Mogę wam odsłonić nazwiska. To znaczy, nie. Pani poseł, z całym szacunkiem. Wojewoda dzieli. 28 rezydentów na 10 łóżkach z dermatologii?

Główny specjalista w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych MZ Grażyna Głowacka:

Mogę sprostować. Obecnie w przepisach jest tak, że to lekarz wybiera miejsce szkoleniowe zgodnie z kolejnością na liście.

Kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM prof. dr hab. n. med. Krzysztof Mucha:

Ale ja nie o tym mówię. My mówimy o czym innym. My mówimy o tym, że wojewoda widzi potrzeby zdrowotne społeczeństwa na terenie województwa i będąc wojewodą, pani by powiedziała: nie potrzebujemy w tym województwie 60 wykształconych dermatologów. Potrzebujemy 120 internistów. I to jest kwestia decyzji administracyjnej o zwiększeniu albo zmniejszeniu puli. A potem lekarz składa. My mówimy o tym, że... Pani by poszła ze mną dzisiaj na dyżur, zobaczyłaby pani SOR. Jutro by pani podjęła tę decyzję, będąc wojewodą: bierzemy 10 internistów i musimy ich kształcić, *now*. Ja o tym mówię.

Teraz na sam koniec dwie takie rzeczy: czy kadry, czy finanse? Czy PKB koreluje z długością życia? Polska *life expectancy* – 78 lat, Portugalia – 81, Grecja – 79, Albania – 78. Dzień dobry. 52. miejsce na liście kraju, który jest w G20, dzisiaj zaproszony przez prezydenta Stanów Zjednoczonych na spotkanie w przyszłym roku. 52. miejsce *life expectancy*. Jesteśmy pomiędzy Albanią a Omanem i to jest porażka. To jest po prostu porażka tego państwa, że my jako lekarze, my jako osoby, które pracują dla społeczeństwa, musimy czytać takie dane. Bo jak się na to patrzy, to serce się kraje.

Mój wniosek jest taki: można oczekiwać, że 20. gospodarka świata nie zaakceptuje 52. pozycji na liście oczekiwanej długości życia i kadry medyczne są warunkiem koniecznym. W mojej ocenie po to się tutaj spotkaliśmy. Jak szedłem tutaj, to się zastanawiałem, że musimy wyrzucić presję wspólnie z państwem – bez państwa tego nie zrobimy – na to, że państwo musi spojrzeć na to, że kadry medyczne są absolutnie priorytetem. To jest kwestia przesunięć. To nie jest kwestia zniechęcania ludzi do robienia tego czy poszukiwania nowych środków, bo uważam, tak samo jak państwo, że te środki są do przesunięcia. Ja je przesuwam w obrębie oddziału, szukam oszczędności itd. Tak samo w ministerstwie. Nikt z nas tu nie przyszedł: dorzucicie kolejne 20 mld do systemu. Przyszliśmy, żeby porozmawiać na temat tego, w jaki sposób zrestrukturizować zarządzanie, gdzie przesłać rezydentów, jak zmienić im staże. Kwestia dotycząca zmiany programu specjalizacyjnego to jest decyzja administracyjna do podjęcia. Wydłużenie stażu z interny do trzech miesięcy dla kardiologów czy hipertensjologów, czy diabetologów – w ten sposób oni się pojawiają w oddziałach internistycznych, a w przyszłym roku widziecie państwo efekty. Wszystko jest w waszych rękach.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję, panie profesorze. Muszę panu przyznać rację odnośnie do rezydentów. Próbowałem jednego zwolnić. To jest po prostu zadanie niemożliwe. To jest misja niemożliwa, proszę mi wierzyć. Mają tak specjalnie sformułowane umowy, że są nie do dotknięcia, żeby nie wiem, co robili. Tak że tu całkowicie się zgadzam.

Poza tym ja swoim rezydentom powtarzam jedną rzecz: jesteście jedynym zawodem, któremu państwo finansuje specjalizację. Bo jak ktoś skończy politechnikę, to żeby mieć uprawnienia na kierownika budowy czy na kogokolwiek, to za własny *cash* musi pójść i się wyszkolić, ale tego po prostu nikt z tych młodych osób nie docenia, niestety. 10,5 godziny dyżuru, proszę państwa. Możemy też o tym gadać godzinami. Kiedy, gdzie? O trzeciej w nocy ma wyjść ze szpitala? Przecież to co do zasady jest nienormalne. A wszyscy w tym trwamy od lat i wiemy, że te dyżury często są zwykłą fikcją, ale wszyscy to akceptujemy. Pewnie długo byśmy mogli jeszcze grać, ale dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Myślę, tutaj Ela odpowiedziała i to jest chyba bardzo dobre rozwiązanie, że będziemy uparci i jeszcze wrócimy do tematu interny. Ale bardzo bym chciał zaprosić na to spotkanie jednak, z całym szacunkiem dla pań z ministerstwa, ale pan profesor Kencki, tak? Od kadr. Mariusz Klencki, przepraszam. No, właśnie. Bo ja już wiele razy rozmawiałem z nim na ten temat i odkąd jestem posłem i mam możliwość z nim rozmawiać, to cały czas proszę o jedną rzecz, żeby kiedyś ktoś u nas w ogóle stworzył plan tego, co my potrzebujemy w zakresie kadr medycznych przez następne lata. Bo najczęściej biegamy od ściany do ściany w tych wszystkich naszych rozwiązaniach. Poprosimy też panią wiceminister, nie wiem jeszcze, kiedy, bo plan prac naszej podkomisji jest napięty, ale porozmawiamy z panią przewodniczącą. Myślę, że Patryk też chętnie, tak że pewnie znajdziemy jakiś kawałek sali, panie nam pomogą, kawałeczek, tak, i spróbujemy wrócić do tematu. Bo to trzeba podnosić, podnosić, podnosić. Już pani profesor. Bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Ilona Kurnatowska:

Jeszcze jest kwestia zatrudniania obcokrajowców – to też jest ogromny kłopot – od których właściwie nie mamy żadnych wymagań. Zatrudniamy na określony czas, w określonym miejscu i określonych warunkach. Właściwie nie ma żadnych wymagań dla tych ludzi. Nie jest weryfikowana ich wiedza. Tę kwestię też należałoby podnieść, ponieważ ja ciągle piszę opinie do ministerstwa i nie zgadzam się, żeby na przykład recepty albo zaświadczenia wypisywali ludzie, którzy w ogóle nie znają polskiego prawa. To jest karygodne, to naprawdę powinno się ukrócić. CEM w Łodzi organizuje lekarski egzamin weryfikacyjny, do którego przystępują Białorusini, Ukraińcy, wszyscy, ale to są dwie główne nacje. Tam zdaje 10% i to jest najlepszy

wynik, bo zwykle ten egzamin zdaje 2–3%. A ci ludzie są wpuszczani do naszego systemu bez żadnego opamiętania.

Wieluński szpital w święta tamtego roku, SOR, interna – to był białorusko-ukraiński szpital, bo tam byli tacy lekarze na chirurgii, internie, kiepsko w ogóle mówiący po polsku. Proszę państwa, to są nasi obywatele, których musimy zabezpieczyć. Tak nie może być. Musi być jakaś weryfikacja wiedzy tych ludzi, zanim ich dopuścimy do pracy.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Bardzo proszę, pan poseł jeszcze.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ja się tak zastanawiam, bo jesteśmy dużym krajem i dzisiaj sztuczna inteligencja, a my tak naprawdę na każdej konferencji, nawet dzisiaj na spotkaniu szpitali powiatowych, nie jesteśmy w stanie powiedzieć, ilu mamy lekarzy w kraju, ilu mamy aktywnych lekarzy w kraju i w jakim wieku mamy tych lekarzy. Dla mnie jest to w ogóle paranoja, że mamy tyle baz danych, wymieniamy się, NIL, a nie jesteśmy w stanie... Pamiętam, jak była kwestia tworzenia nowych kierunków lekarskich, bo umówmy się, niektóre collegia medica po prostu już nie chciały więcej studentów przyjmować, ponieważ nie były tym zainteresowane. No to powstał pomysł stworzenia nowych kierunków lekarskich. I, moi drodzy państwo, do dzisiaj nie jestem w stanie powiedzieć, ilu w Polsce mamy tak naprawdę lekarzy. Bo jedni przedstawiają dane po etatach, drudzy inne, trzeci pozasystemowe. I tak naprawdę prosba do ministerstwa: czy moglibyśmy w końcu poznać dane? No, nie wiem – po PESEL-u, że jeden człowiek jest raz liczony, a nie jest wliczany do statystyki, bo jest specjalistą kardiologiem i jest dwa razy wliczany albo pracuje w dwóch miejscach i jest dwa razy wliczany, tylko jeden człowiek żyjący liczony jako jeden PESEL i z określeniem jego wieku. Żebyśmy naprawdę wiedzieli, ile my w tym kraju mamy kadr medycznych, lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, dietetyków, farmaceutów, diagnostów. Bo naprawdę, moi drodzy państwo, wydaje mi się, że bardzo często lecimy po omacku.

Pan profesor mówił o planowaniu w przyszłości kadr i szkoleniu, ale musimy wiedzieć. Planowanie polega na tym, że musimy wiedzieć, ile tych kadr potrzebujemy, w jakich specjalizacjach, z jakimi kompetencjami, umiejętnościami i gdzie te kadry mają być skierowane. Do tego musimy mieć podstawową wiedzę, co się dzieje w systemie na chwilę obecną. A jestem przerażony, bo dzisiaj usłyszałem na przykład, że na powiatach jest 4,2 lekarza. A kiedyś słyszałem, że mamy 3 lekarzy, a jeszcze kiedyś, jak jeszcze nie było nowych kierunków lekarskich, to NIL mówił: nie mamy lekarzy, nie mamy lekarzy. Później, jak przyszły kierunki lekarskie: mamy za dużo lekarzy. Ta sama instytucja.

Zatem, moi drodzy państwo, bardzo bym prosił ministerstwo o wiarygodne dane, o przeliczenie lekarzy i innych zawodów medycznych. Jedna osoba to jedno życie, jeden wykonujący zawód i w jakim są wieku. Dziękuję serdecznie.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Jedno życie, ale niekoniecznie wykonują zawód.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego dr n. med. Marek Stopiński:

Ja właśnie chciałbym przypomnieć, że mamy na Mazowszu 3000 łóżek internistycznych. W skali kraju około 25 tys. To jest największa baza łóżkowa. Nie rozmawiamy o specjalności, tak jak już wspominałem, bo muszę to mówić. Nie mam nic do laryngologów itd. Skala laryngologii na Mazowszu, a skala interny na Mazowszu to są dwa światy. To jest 66 oddziałów zakontraktowanych, a jeszcze kilkanaście oddziałów, które są kardiologią i wykonują procedury internistyczne.

Jeszcze raz chciałem przypomnieć, o czym mówimy, że to jest olbrzymia pula łóżkowa, największa, i w skali kraju również. Tak że dlatego do tego kręgosłupa chcemy się odwołać jako wentylu bezpieczeństwa dla epidemii, dla przeróżnych rzeczy. Interna naprawdę świadczy usługi i może być ekonomiczna, tak jak to już tu pan profesor powiedział.

Jedna rzecz jeszcze, którą bym chciał też podkreślić, to jest to, że dzisiaj chyba bym był zwolennikiem likwidacji stażu podyplomowego. To jest strata pieniędzy. Ci lekarze nie wypełniają

funkcji w żaden sposób. Byłbym tu orędownikiem likwidacji, bo to jest bardzo duży wydatek dla budżetu. My finansujemy roczny staż, nawet jeszcze dłuższy niż roczny, ludzi, którzy i tak są sześć lat w procesie kształcenia. Uważam, że student, który przyjdzie do mnie do oddziału, po roku lepiej się wykaże znajomością medycyny – nawet nie wiedzą, czy on chce tę internę robić, czy nie – niż po całym stażu, który polega na bieganiu od szpitala do szpitala.

Byłem taki szczęśliwy 10 lat temu, kiedy w 2014 roku był moment likwidacji. Nie wiem, chyba rezydenci to podgrzali, że sytuacja się odwróciła i dalej brniemy w te staże, które niczego nie załatwiają, niczego nie uczą według mnie, lub bardzo niewiele. I chciałbym tylko, żeby te pieniądze pracowały w szpitalu pana posła, jako wypełnione.

Już tylko tytułem dalszej rozmowy o internie, to chciałem państwa zaprosić, jeśli państwo przyjmą zaproszenie. Każdy z państwa może wziąć udział w konferencji, którą wspólnie z panią dyrektorem, z panią konsultantką robimy w Radziejowicach, z panem profesorem Muchą. Od wielu lat odbywają się konferencje poświęcone tylko internie na Mazowszu. Przedstawicielami z NFZ-u są zwykle pan prezes czy nawet szef agencji ODM-u, gdzie ja mam dane z bieżącego roku. Wiem dokładnie, ile było hospitalizacji, jakie było 10 najczęstszych JGP, jakie było 10 najczęstszych hospitalizacji, jakie są struktury wiekowe, kogo hospitalizujemy. Mogę powiedzieć, że mamy dokładne dane. To jest takie środowisko i to spotkanie jest integrujące, ale – jednym słowem – mówiące tylko i wyłącznie o internie. Tak że serdecznie zapraszam.

Będzie w marcu, 13 marca w Radziejowicach. Piękne otoczenie, bo to jest pałac w Radziejowicach, Dom Pracy Twórczej. Serdecznie zapraszam, jeśli ktokolwiek z państwa chciałby uczestniczyć, to będzie mówić tylko o internie, 2,5 godziny. Nie będziemy przedłużać. Dane dotyczące Mazowsza, czyli 5,5 mln ludzi, są bardzo proporcjonalne i świeże, bo mamy wszystko, co będzie w 2025 roku. Są zaproszeni przeze mnie ordynatorzy z oddziałów wewnętrznych, bo taka jest intencja spotkania. Wyślemy zaproszenia. Oczywiście serdecznie państwa zapraszam.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

13 marca mamy akurat Sejm i głosowania.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego dr n. med. Marek Stopiński:

To jest piątek 13 marca, o godzinie 17.00, tak że nie od rana. Zapraszam na 17.00 do Radziejowic. Naprawdę urocze miejsce, największa kolekcja Chełmońskiego i poza tym jest tam jakiś urok w tych Radziejowicach. Zapraszam.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze widziałem pan profesor.

Kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM prof. dr hab. n. med. Krzysztof Mucha:

Tak. To znaczy jeszcze tylko jedną rzecz chciałem powiedzieć odnośnie do tych staży. Zdania są tu podzielone. Amerykanie skrócili studia do 5 lat. Niektóre uniwersytety prywatne w Stanach kształcą 4,5 roku. Ja to obserwuję. Rozmawiałem zresztą na ten temat u nas w uczelni z władzami. Są niektóre przedmioty, które swobodnie można by było skrócić. Biochemia przez 12 miesięcy to, tak jak lubię panią profesor Martę Strugę, tak samo ona uważa, że można by to było przyciąć.

Mówiąc o oszczędności – tutaj bardziej decyzja z punktu widzenia państwa jako organizatora – to jest kwestia przesunięcia. Czy chcemy skrócić studia o pół roku czy o rok, czy chcemy skrócić staż o pół roku czy o rok. To jest kwestia techniczna. Finansowo wyjdzie to samo. Tak jak mówię, akurat są miejsca na świecie, tak samo Francuzi nad tym myślą. Oni kiedyś kształcili 7 lat, potem 6, teraz już 5,5 roku. Już skrócili do 5,5 roku. Uważam więc, że przy dzisiejszej technologii kształcenia, to bardziej bym się chyba zastanawiał, jeżeli miałbym podjąć decyzję jako lekarz, a kształcę tych studentów i wykształciłem, nie wiem, tysiące i iluś tam rezydentów, to raczej bym chyba szukał oszczędności w obrębie skrócenia studiów o pół roku czy rok. A staż też być może, ale to jest kwestia dyskusyjna. To spotkanie nie jest do tego.

A co do Radziejowic, to zaletą Radziejowic jest to, że to się odbywa zawsze w bardzo dobrej atmosferze. Tam nikt nigdy z nikim się nie pokłócił. Jest to piękne miejsce i bardzo dobrze służy po pierwsze takiej intelektualnej wycieczce dotyczącej w ogóle medycyny, a obrazy Chełmońskiego, jeżeli ktoś nie widział, to naprawdę... W szczególności Marek wspomniał to organizuje i rzeczywiście przyjeżdżają bardzo miłe osoby, znakomici wykładowcy. Zatem gdyby państwo

jako podkomisja w tym roku zaszczytli nas, to byłoby absolutnie wspaniale. Byłoby to dla nas wyróżnienie.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze widzę pani profesor.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Iłona Kurnatowska:

Chciałam tylko skomentować jedną rzecz. My nie możemy za bardzo skrócić programu studiów, bo jesteśmy w systemie bolońskim i tam jest wymagana liczba godzin. Niestety nie jesteśmy w stanie tego w tej chwili skrócić, bo nie będziemy mieć uznawanych studiów w Europie.

Kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM prof. dr hab. n. med. Krzysztof Mucha:

Trzy miesiące wakacji masz.

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Transplantacyjnej UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Iłona Kurnatowska:

No tak. Natomiast ja mam jeszcze taki apel i prośbę. Jak państwo kształtujecie w swoich środowiskach opinię, to niestety my czujemy w tej chwili straszną nagonkę na służbę zdrowia i na lekarzy. Efektem tego wszystkiego, proszę państwa, jest to, że dzisiaj koordynator transplantologii w naszym szpitalu, który nie jest lekarzem, kwalifikuje dawców do przeszczepu, powiedział, że nigdy jeszcze nie było takiej liczby odmów rodzin. W tej chwili 50% od kilku miesięcy, zaczęło się to kilka miesięcy temu. Zresztą widzimy realnie spadek przeszczepów. To jest konsekwencja tego, że jest taka nagonka na służbę zdrowia. Naprawdę. My to zawsze widzimy. Jak jest tak źle w okolicach i mówi się tylko o pieniądzach, to to skutkuje takimi problemami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Chcę tylko powiedzieć, że jak macie taką dobrą imprezę, to politycy mogą ją zepsuć. Chociaż akurat w tym gronie, jak tutaj jesteśmy, zawsze dyskutujemy i rozmawiamy naprawdę w równie dobrej atmosferze.

Dziękuję państwu za przybycie. Wyczerpaliśmy program dzisiejszego spotkania. Zamykam posiedzenie.