

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO

(NR 29)

z dnia 17 czerwca 2026 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 29)

17 czerwca 2026 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Wichy (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- informację na temat aktualnej sytuacji w systemie opieki ortopedycznej i traumatologicznej;
- informację na temat organizacji i perspektyw rozwoju opieki laryngologicznej w Polsce.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, **Karolina Dżaman** konsultant wojewódzki w dziedzinie otorynolaryngologii dla województwa mazowieckiego, **Arkadiusz Ujma** wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Łukasz Plichta** zastępca dyrektora ds. medycznych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz **Mateusz Stefankowski** dyrektor biura poselskiego Joanny Wichy ze współpracownikiem.

W posiedzeniu udział wziął pracownik Kancelarii Sejmu: **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat aktualnej sytuacji w systemie opieki ortopedycznej i traumatologicznej oraz informacji na temat organizacji i perspektyw rozwoju opieki laryngologicznej w Polsce. Przedstawia Ministerstwo Zdrowia. Zapraszam panią dyrektora do głosu.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry państwu. Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora w Departamencie Analiz i Strategii.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, minister zdrowia przekazał informację, natomiast ja skrótową informację przedstawię państwu teraz ustnie.

Jeśli chodzi o charakterystykę systemu i potencjał systemu ortopedycznego i traumatologii narządu ruchu, to system opieki ortopedycznej w Polsce stanowi jeden z kluczowych segmentów świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim ze względu na rosnące znaczenie chorób układu ruchu w starzejącej się populacji. Ortopedia, obejmująca zarówno leczenie zachowawcze, jak i operacyjne oraz profilaktykę, jest ściśle powiązana z traumatologią i odpowiada za leczenie urazów oraz chorób zwyrodnieniowych.

Potencjał kadrowy systemu jest relatywnie duży, bo mamy 4,8 tys. lekarzy z uprawnieniami w tej dziedzinie, z czego prawie 4,7 tys. aktywnie wykonuje zawód. Nie przekłada się to jednak na równomierną dostępność do świadczeń, ponieważ rozmieszczenie świadczeniodawców nie jest równomierne, a wyraźnie skoncentrowane na wybranych regionach.

Skala finansowania systemu dynamicznie rośnie. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wartość świadczeń wzrosła o około 1,33 mld w 2023 r. do 1,85 mld w 2025 r. Szacujemy, że w 2026 r. taka wartość rozliczonych świadczeń przekroczy 2 mld zł.

W leczeniu szpitalnym wzrost jest równie wyraźny, ale może nie ma zbyt dużej takiej tendencji... Nie, ma. Przepraszam, tu się pomyliłam. Ma, i to zdecydowanie większą. Przepraszam, proszę

mi wybaczyć. W 2023 r. to było około 6,5 mld, w 2025 r. to jest 7,79 mld zł, natomiast prognoza przekroczenia w tym roku to jest 8,3 mld zł. W konsekwencji mamy do czynienia z taką sytuacją, że mamy znaczące zasoby kadrowe, rosnące finansowanie, natomiast nadal są ograniczenia w dostępności i to w zakresie geograficznym, ale też organizacyjnym.

Teraz warto wspomnieć o endoprotezoplastyce jako centralnym elemencie systemu, ponieważ kluczowym obszarem ortopedii jest endoprotezoplastyka, która odpowiada za znaczną część wolumenu świadczeń i to ona absorbuje największe środki finansowe. Zabiegi te wykonywane są głównie osobom starszym, u których dochodzi do zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawów, powodującej nasilony ból i ograniczenia sprawności.

Najczęściej wykonywane są operacje stawu biodrowego i kolanowego, które umożliwiają odzyskanie sprawności i znaczną poprawę jakości życia. Z naszych danych wynika, że liczba wykonywanych zabiegów nie rośnie. W przypadku endoprotezy biodra obserwowany jest nawet spadek, to jest z około 70 w 2023 r. do 64 tys. w 2025 r. Natomiast jeśli chodzi o operacje kolan, to pozostają one na poziomie stabilnym.

Jednocześnie jest to obszar o bardzo dużym znaczeniu finansowym. Rocznie wydatki na endoprotezoplastykę sięgają około 2,4 mld przy utrzymującej się bardzo wysokiej liczbie wykonywanych procedur.

Rosnące nakłady w całym systemie ortopedii, zarówno w AOS, jak i w leczeniu szpitalnym nie przekładają się na zwiększenie liczby zabiegów, co może wskazywać na wysoką kosztochłonność systemu i ograniczenia przepustowości. Wprowadzony rejestr endoprotezoplastyk pełni funkcję narzędzia analitycznego i zarządczego, umożliwia monitorowanie wyników leczenia, analizy zabiegów rewizyjnych oraz bardziej racjonalne planowanie wydatków i potrzeb zdrowotnych.

Chciałabym zaznaczyć, że obecnie w procesie legislacyjnym mamy zmianę tego rejestru endoprotezoplastyk. To jest rzeczywiście modelowy rejestr, który jest powiązany z danymi z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest prowadzony w NFZ i tam zgłaszalność poszczególnych zdarzeń medycznych jest duża, ponieważ jest to uzależnione od płatności za te zabiegi. W tym bardzo duża zasługa konsultanta krajowego w dziedzinie ortopedii. Ten rejestr jest rozwijany. Można powiedzieć, że jest wzorem dla innych rejestrów.

Teraz nasza zmiana dotyczy małej deregulacji, a mianowicie w ramach działań regulacyjnych będziemy się starali ograniczyć dane, które są przekazywane, ale tylko dlatego, że one po prostu nie były wykorzystywane statystycznie. Natomiast sam rejestr przedstawia bardzo dużą wartość i jest podstawą dla analiz.

Co roku odbywa się szczyt ortopedyczny. Między innymi taki odbył się w tym roku w Ministerstwie Zdrowia. Tutaj zjeżdżają wszyscy konsultanci, wojewódzcy, konsultant krajowy i przedstawiane są wyniki dotyczące właśnie realizacji świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii ruchu. Można powiedzieć, że na pewno ministerstwo popiera ideę tego rejestru, aczkolwiek należy uporządkować rejestry medyczne. Myślę, że ten rejestr jest pod tym względem pewnego rodzaju wzorem dla innych rejestrów. No i to powiązanie raportowania z płaceniem, z rozliczaniem świadczeń jest dobrym pomysłem, dlatego że cierpimy na to, że tych danych mamy bardzo mało, a niestety nie ma żadnych sankcji za nieprzekazywanie danych.

Przechodzę do kolejnego elementu, który jest bardzo istotny z punktu widzenia świadczeń ortopedycznych, mianowicie rehabilitacji. To jest nieodłączny element leczenia. Już mówimy o tym, że rehabilitacja jest... Zresztą agencja ocenia nam zasadność prowadzenia prehabilitacji, czyli rehabilitacji przed zabiegiem i po nim, która też jest w tym momencie nowelizowana jako rozporządzenie. To jest bardzo istotny element systemu, to jest właściwie integralna część. Nie jest to świadczenie uzupełniające. To jest po prostu integralna część tych zakresów świadczeń.

Pacjenci wymagają różnych form rehabilitacji, zwłaszcza ci, którzy są po zabiegach endoprotezoplastyk. Są różnego rodzaju rehabilitacje. Mamy domową, dzienną, ambulatoryjną, aż po stacjonarną, która zazwyczaj, w zależności od zaleceń lekarza, jest wykonywana bezpośrednio po zabiegu. Oczywiście, jeżeli stan pacjenta wymaga takiego monitorowania całodobowego, to pacjent jest zostawiany w szpitalu.

Proces rehabilitacji w zasadzie obejmuje już pierwszy dzień po zabiegu. Należy zauważyć, że minister zdrowia chciałby wprowadzić w pewnym sensie deregulację, ale oczywiście nie jest to deregulacja w klasycznym brzmieniu. Chodzi o zaangażowanie większej liczby fizjoterapeutów i w ogóle zaangażowanie tej grupy zawodowej, która jest bardzo licznie reprezentowana, a która przyczynia się do tego, że pacjenci właśnie po zabiegach ortopedycznych mogą do siebie szybciej dochodzić. Co ważne, ta rehabilitacja – tak jak powiedziałam – powinna być rozpoczęta tak

naprawdę już w pierwszej dobie po zabiegu. Jest to podstawowe przywracanie funkcji ruchowych, nauka chodu, wzmacnianie mięśni, ale przede wszystkim edukacja.

Minister zdrowia prowadzi właśnie teraz zmianę koszykową, która ma na celu wprowadzenie różnych udogodnień dla pacjentów. Przede wszystkim, ocena funkcjonalna pacjenta, o czym zresztą dzisiaj była mowa na posiedzeniu Komisji Zdrowia, ale też odpowiednie kryteria kwalifikacji pacjentów na dany rodzaj rehabilitacji, po to, żeby z jednej strony udroźnić ścieżkę dla pacjentów – czyli ci, którzy potrzebują danej formy opieki rehabilitacyjnej, powinni ją dostać – a z drugiej strony, w przypadku tych pacjentów, którzy wymagają na przykład opieki stacjonarnej, kryteria powinny być tak wyjątkowo zaostrzone, aby trafiali tam rzeczywiście ci pacjenci, którzy tego potrzebują.

Poza tym chcemy troszkę zderegulować wymogi, a mianowicie pozostawić dowolność lekarza rehabilitacji. Nie wszędzie lekarz rehabilitacji – mamy ich naprawdę małą liczbę – jest potrzebny. W momencie, kiedy już jest ustawione leczenie, potrzebny jest tak naprawdę czynny udział fizjoterapeuty i w tym kierunku idą zmiany w naszej opiece.

Mamy naprawdę kilka tysięcy fizjoterapeutów, kilkuset specjalistów fizjoterapii i zabiegów i ćwiczenia, które są oferowane pacjentom, a także terapia manualna, są już na tak wysokim poziomie innowacyjności, że choć oczywiście lekarz jest bardzo ważną osobą przy planowaniu, nie musi być obecny non stop. Dzisiaj też o tym była mowa, że niestety niektóre wymogi mamy tak wyśrubowane, że one po prostu powodują, że koszty utrzymania oddziałów i w ogóle opieki czy stacjonarnej, czy ambulatoryjnej są tak duże, że należy iść w stronę deregulacji, co jednocześnie – i to mocno podkreślam – nie obniży jakości udzielanych świadczeń, bo to my to robimy wszystko z ekspertami. Na pewno nie robimy tego tylko z pozycji urzędnika, czyli patrząc okiem urzędnika i z NFZ, czyli pod kątem kosztów, ale przede wszystkim z ekspertami. Staramy się pogodzić środowiska i tak wypracować zakres czynności poszczególnych zawodów, czyli i fizjoterapeutów, i rehabilitantów, aby te dwa zawody ze sobą współpracowały, ale jednocześnie nie wchodziły sobie w drogę, że tak powiem.

Jeśli chodzi o dostępność do świadczeń, jakie mamy główne wyzwania systemowe. Tak jak powiedziałam, największym problemem systemowym pozostaje dostępność, w szczególności w przypadku leczenia planowego. W AOS średni czas oczekiwania wynosi około miesiąca dla przypadków pilnych, niemal 2 miesiące dla przypadków stabilnych, przy bardzo dużej liczbie pacjentów oczekujących na świadczenia.

Jeszcze bardziej wyraźnie ten problem jest zarysowany w leczeniu szpitalnym, ponieważ mediana czasu oczekiwania wynosi blisko 3 miesiące w przypadku pacjentów planowych. Należy podkreślić, że wydatki na leczenie szpitalne w ortopedii rosną mniej więcej od 6 do 9% rocznie, co oznacza, że jest zwiększone finansowanie, ale nie prowadzi to do automatycznego skrócenia kolejek.

Jednocześnie dane wskazują na istotne zróżnicowanie w zależności od rodzaju świadczenia. Procedury pilne oraz operacje rewizyjne są szybciej realizowane oczywiście, natomiast świadczenia planowe, takie jak artroskopia czy inne takie zabiegi, które poprawiają jakość życia, są odsuwane w czasie. W praktyce oznacza to, że system zachowuje zdolność reagowania na przypadki nagłe, ale odbywa się to zawsze kosztem leczenia planowego.

Jakie mamy tutaj kierunki rozwoju? Jednym z bardzo istotnych kierunków rozwoju, o których państwo na pewno słyszą, jest przede wszystkim wprowadzenie technologii robotycznych w ortopedii, w szczególności w endoprotezoplastyce kolana. Rozwiązania te mogą poprawić jakość i precyzję zabiegów.

Akurat w tym momencie taka analiza jest prowadzona w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ponieważ została zlecona przez pana ministra Maciejewskiego. Dochodziły do nas wyraźne głosy, żeby przyjrzeć się tej procedurze, czy ona ma udowodnioną skuteczność kliniczną i kosztową, i aktualnie oczekujemy... Konsultant krajowy, pan profesor Czubak, dostarczył niezbędne dokumenty. Agencja przygląda się, czy takie rozwiązanie wprowadzić i czy rzeczywiście będziemy jako pacjenci, ale też jako organizator systemu ochrony zdrowia, odczuwali realną wartość dodaną tych zabiegów, bo w ostatnich czasach analizy agencji wskazują, że tak naprawdę zabiegi robotyczne są na równi z zabiegami laparoskopowymi. Zobaczymy, jak wyjdzie to w obszarze ortopedii.

Proszę państwa, jeśli chodzi o ortopedię, to ja mam takie informacje skrótowe. Wiele znajduje się w materiale, ale oczywiście, jeżeli nie odpowiem na wszystkie pytania, to tak jak zwykle będziemy przekazywać odpowiedź na piśmie. Nie wiem, czy pani przewodnicząca życzy sobie, żebym teraz powiedziała parę słów...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Myślę, że teraz przeprowadzimy dyskusję na ten temat, a potem przejdziemy do laryngologii.
Czy pani posłanka życzy sobie... W pierwszej kolejności mamy zwyczaj... Wywołałam.
Zapraszam do głosu.

Poseł Iwona Kozłowska (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Pani dyrektor, może czegoś nie usłyszałam, ale w 2025 r. było mniej zabiegów endoprotezoplastyki niż w poprzednim roku. Z tego, co słyszę od pacjentów, to jest długie oczekiwanie na tę operację. Pacjenci uskarżają się, że ten czas oczekiwania jest bardzo długi. Jak to się ma do tej sytuacji? Gdyby pani była tak uprzejma i wyjaśniła.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

No właśnie, trochę nas zaskoczyły te dane, które dostaliśmy z NFZ, bo rzeczywiście mamy 6 tys. mniej. Wydaje się, że wszystkie zabiegi za 2025 r. powinny być już na pewno rozliczone, bo mamy już czerwiec tego roku. Nie chciałabym domniemywać – my wyjaśnimy te sytuacje, postaramy się to z konsultantami wyjaśnić – ale bardzo możliwe, że ta liczba 6 tys. została ukryta albo po prostu przeszła do liczby zabiegów, na przykład endoprotezoplastyk kolana, bo tutaj mamy endoprotezoplastyki biodra. Czyli tak naprawdę spadek mamy w przypadku biodra, ale nie mam informacji, czy czasami nie mamy więcej kolan zoperowanych, bo przy wzrastających kosztach – ale koszty świadczeń wzrastają – przy takich samych zasobach kadrowych może się tak zdarzyć, że po prostu to zostało w ten sposób rozłożone, ale nie jestem w stanie państwu teraz tego powiedzieć.

Poseł Iwona Kozłowska (KO):

Tak, ale mówiła pani, że zabiegi kolana zostały na tym samym poziomie, więc... Proszę mi powiedzieć, czy państwo mają takie dane, ile jest w ogóle osób oczekujących na endoprotezy bioder i jak długi jest czas oczekiwania na endoprotezę bioder. Jak mówię, do mnie zgłaszają się pacjenci czy rodziny pacjentów i najczęściej pytają właśnie o ten problem – endoproteza biodra.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

O takie informacje, jeżeli nie ma ich w materiale rozszerzonym, ale zaraz jeszcze ich poszukam, po prostu my zwrócimy się do NFZ. Tam są takie informacje. To jest kilka miesięcy oczekiwania, ale w zależności od regionu. Rzeczywiście ja mówiłam o zróżnicowaniu geograficznym w dostępie do świadczeń. Zapewne pani poseł może mieć na myśli jakieś miasto, w którym ten czas oczekiwania jest jeszcze dłuższy i nie mówimy o miesiącach tylko latach na przykład, ale są miasta, gdzie ten czas jest do trzech miesięcy. Takie szczegółowe dane prześlemy państwu. Ja wystąpię o takie dane i będę. Rozumiem, że czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego i kolanowego... Czy tak?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Teraz ja sobie pozwolę zadać pytanie. Pani dyrektor powiedziała o tym, że w AOS czeka się na świadczenie 2 miesiące, w szpitalu – 3 miesiące. Moje pierwsze pytanie. Czy ta kolejka wynika z braku specjalistów, czy raczej z tego, że mamy tak dużo osób chętnych do świadczenia? To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Pani też powiedziała, że ponieważ ten czas oczekiwania jest wydłużony, na przykład jeśli chodzi o opiekę szpitalną, to takie zabiegi, które, jak pani powiedziała, mają poprawić jakość życia, czyli na przykład artroskopia, są odsuwane w czasie. To ja tutaj teraz prywatę będę uprawiać.

Ja mam problem z barkiem. Zaraz opowiem, z jaką historią się zetknęłam, jeśli chodzi o fizjoterapię. Natomiast mam taki problem czasowy, że jeżeli do sierpnia się nie wyrehabilituję, to czeka mnie artroskopia.

Dla mnie jest to trochę niezrozumiałe, że odsuwany jest w czasie taki zabieg, bo to nie jest poprawa jakości życia. To jest tak naprawdę decyzja o tym, czy ręka będzie funkcjonowała, czy bark będzie funkcjonował, czy nie. To jest tego typu dolegliwość, że jeśli się tego nie rozmasuje, mówiąc kolokwialnie, nie robi się odpowiedniej fizjoterapii, to po prostu ten narząd przestaje funkcjonować. Tak się zastanawiam, czy nie lepiej właśnie zapobiegać niż leczyć, czyli zrobić tak, żeby ta dostępność do fizjoterapii była większa, żeby nie trzeba było czekać – nie wiem, czy od dobrej strony zaczęłam to pytanie, bo też dzisiaj mam ciężki dzień – bo wtedy ta artroskopia nie byłaby konieczna.

Teraz powiem, o co mi chodzi z tą dostępnością. To, że się czeka na fizjoterapię, na rehabilitację, to wszyscy wiemy, natomiast ja zetknęłam się z bardzo ciekawą sprawą. Nie wiem, czy ja to dobrze opowiem, bo dla mnie to było tak absurdalne, że trudno mi to nawet ogarnąć moim umysłem. Byłam u lekarza pierwszego kontaktu, dostałam skierowanie do ortopedy. Poszłam do ortopedy, przemilego zresztą pana doktora z ulicy Stępińskiej, który zlecił mi rezonans na fundusz. Nawet nie czekałam długo. Zrobiłam ten rezonans. Wróciłam do pana doktora z rezonansem – mamy drugą wizytę, a właściwie trzecią, bo najpierw byłam u lekarza pierwszego kontaktu – i pan doktor zdecydował o tym, jakich ja potrzebuję zabiegów na ten bark. No i powiedział – to pani sobie wyszuka, gdzie najkrótsza kolejka, żeby było jak najszybciej, żeby nie musiała pani tej artroskopii robić.

Zaczęłam wyszukiwać i – żeby już skrócić historię – to skierowanie działało w przypadku POZ. To znaczy w momencie, kiedy poszłam do niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, gdzie jest rehabilitacja, dostałam tam określony termin i nikt nie miał uwag do formy i numeru tego skierowania. Natomiast gdy poszłam do szpitala na Wołoską, gdzie są szybsze terminy, okazało się, że nie mogę tam pójść na tę rehabilitację bez wizyty u lekarza, który tam pracuje. Tak więc, proszę państwa, czwarta wizyta u lekarza. Kolejka oczywiście. Czekałam 4 tygodnie i cały czas miałam ten bark, który coraz mniej się rusza, ale to już mniejsza z tym. Bardziej chodzi mi o to, że to jest czwarta wizyta u lekarza. To nie był ortopeda, tylko to był lekarz specjalista rehabilitacji i on dopiero, po zbadaniu mnie, zalecił ponownie w zasadzie te same zabiegi, które mi dał ten pan ortopeda. No ale on miał uprawnienia dać te zabiegi w tym szpitalu.

Szczerze mówiąc, ja się już nie pierwszy raz z tym stykam, tylko teraz zetknęłam się z tym sama, że pewne skierowania... Chodzi też o pobieranie krwi, że gdy dostanę na przykład w przychodni przyszpitalnej skierowanie na badanie krwi, to mogę zrobić je za darmo, na NFZ wyłącznie w tej przychodni przyszpitalnej. Natomiast już w innym miejscu, w innym szpitalu, w innej publicznej placówce ochrony zdrowia nie wykonam tego badania za darmo. Zrobimy więc porządek z tymi skierowaniami, bo to generuje... Jak mówię, cztery wizyty u lekarza. Zawracałam lekarzowi cztery razy głowę po to, żeby dostać dokładnie tę samą diagnozę, czyli to, jakiej rehabilitacji ja potrzebuję. Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani poseł, od tej drugiej części zacznę. Badania wykonujemy tam, gdzie przychodnia ma podpisaną umowę. Są przychodnie bardzo dobrze zorganizowane, jak można powiedzieć, i mają umowę podwykonawczą z tak zwanymi sieciówkami, to wtedy mamy na tyle dużo elastyczności, że możemy sobie zrobić to pod zakładem pracy i wtedy jest dla nas idealnie, ale ja też jestem przykładem pacjenta, który należy do takiej przychodni, że badania mogę zrobić tylko tam, w tej przychodni. To znaczy, ja nigdzie nie mogę iść z tym skierowaniem. Faktycznie jest to denerwujące troszkę, bo to można by było... Tylko to jest takie narzucanie jakby centralne, z kim dana przychodnia powinna zawiązać umowę. Ja myślę, że centralnie też można by było tym zarządzić i to by pacjentom bardzo ułatwiało, dlatego że też chodzi o wyniki.

Natomiast proszę zauważyć, że dostaje pani wynik w przychodni, w której pani zrobiła badania, a chyba wynik przychodzi na sieciówkę online. Czyli to też pokazuje, że znowu mamy organizacyjnie tak to poukładane, że nie może pani zrobić badanie w sieciówce tak zwanej, ale tak naprawdę widać, skąd wynik pochodzi. Tak więc to są bardziej kwestie umów. Dobrze, że pani o tym mówi, bo my się staramy o różne udogodnienia. Pacjenci nam to zgłaszają, a my staramy się po prostu niwelować takie absurdy.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Dodam do tego – bo ja po prostu sprawdziłam kolejkę NFZ, gdzie mam najszybciej – że gdy zadzwoniłam do rejestracji na Wołoską i zaczęłam o tych numerach skierowań mówić – a jeszcze miałam na ostroge, ale to już mniejsza z tym – to obie się śmiałyśmy z tą panią w rejestracji, bo ona mówi: proszę pani, jest pani setną osobą, która nie może zrozumieć tego, że ja pani nie mogę bezpośrednio na tę fizjoterapię przyjąć, ale chodzi o to, że ma pani nie ten numer skierowania. Gdyby doktor ortopeda wystawił inny numer skierowania, to poniekąd ma uprawnienia do tego, żeby zadecydować, ale u siebie. Natomiast już gdzie indziej to nie, bo potrzebna jest wizyta u tego lekarza, który tam przyjmuje.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, i właśnie powiem o tym. Pacjent dostał skierowanie na rehabilitację od ortopedy i rzeczywiście kolejnym krokiem jest zjawienie się na rehabilitacji. Wtedy jeszcze rehabilitant układa plan leczenia, natomiast oczywiście może się posiłkować tym, co napisał lekarz ortopeda. Jednak ma pani poseł rację, że to jest kwestia kodu skierowania. I właśnie to nasze rozporządzenie dotyczące rehabilitacji ma też na celu uporządkowanie tych kwestii. Poczynając od rozpoznań, bardzo często na dany rodzaj rehabilitacji są kierowani pacjenci z danym rozpoznaniem, a osoby z tym samym rozpoznaniem mogą mieć inny stan kliniczny. Jeśli pacjent ma inny stan kliniczny, to powinien mieć zróżnicowaną rehabilitację. Na przykład, jeśli wymaga monitorowania całodobowego, to powinien mieć rehabilitację stacjonarną. Jednak nie jest tak, że każdy pacjent z rozpoznaniem, na przykład, stwardnienie rozsiane, wymaga takiej samej formy rehabilitacji. Właśnie to ma na celu trochę zniwelowanie tych kolejek, bo mamy duże kolejki.

Mamy tak naprawdę pozapychane kolejki do różnych form rehabilitacji, a chcielibyśmy dla tych pacjentów najbardziej potrzebujących odblokować właśnie te, gdzie mogą być tylko pacjenci najbardziej potrzebujący, a ci, którzy mogą sami dojechać, nie muszą mieć fizjoterapii domowej, mogą stawić się na fizjoterapii ambulatoryjnej albo fizjoterapii dziennej. To jest dla takich osób, które są zmotoryzowane i które same się poruszają. Postaramy się więc pewne absurdy zlikwidować w tej rehabilitacji.

To jest koszyk, który dawno nie był zmieniany, to też trzeba powiedzieć. Tam są różne zaszłości i pewne rzeczy, które trzeba zlikwidować, ale chyba najważniejsze jest to właśnie, żeby pacjent trafiał na taką rehabilitację, jaka jemu rzeczywiście przysługuje.

Będziemy się też zastanawiać – oczywiście to nie jest wątkiem dzisiejszego posiedzenia – bo pojawia się też wyodrębnienie rehabilitacji onkologicznej. To by spowodowało, że pacjenci onkologiczni trafialiby po prostu do innej kolejki. Oni potrzebują różnego rodzaju rehabilitacji, zwłaszcza w kompleksowych opiekach.

Mamy na przykład w Breast Cancer Unit, czy w raku płuca będziemy mieć taką trzecią formę opieki, oprócz AOS i szpitala też rehabilitację, no i dobrze by było, żeby ten pacjent, który wymaga naprawdę pilnej interwencji rehabilitacyjnej, zwłaszcza po odjęciu piersi – to są takie interwencje, które muszą zostać wdrożone – nie trafił do tej samej kolejki co inni. Jeżeli pacjentka jest w leczeniu w centrum kompetencji raka piersi, to ona ma zupełnie inny model opieki niż pacjentki onkologiczne, które nie są w modelu kompleksowej opieki. Tak więc takie rzeczy będziemy się starali usunąć, żeby właśnie nie było takich różnych skierowań, które powodują, że pacjent dwa razy musi się stawić w POZ, bo pewnie skończyłoby się na tym, że pani poseł znowu musiałaby trafić do POZ, żeby dostać skierowanie na rehabilitację albo wrócić do ortopedy.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Na szczęście ten pan doktor rehabilitacji już mi je wystawił i potem... To też jest zabawne, bo z kolei powiedział mi, jak ma przebiegać rehabilitacja, ale, tak jak pani powiedziała, że i tak ktoś musi potem na końcu zobaczyć wyniki badań... Powiem inaczej. Potem fizjoterapeuta i tak życzy sobie, żeby przynieść wyniki badań, i tak zbada, zanim zacznie tę fizjoterapię, więc ja tak szczerze mówiąc, nie widzę potrzeby wizyty u lekarza rehabilitacji, dlatego że i tak potem sam fizjoterapeuta będzie decydował o tym, jak ta rehabilitacja, ta fizjoterapia będzie przebiegała na podstawie zarówno mojego stanu fizycznego, badania fizykalnego, jak i na podstawie tego rezonansu. Dlatego mnie się wydaje, że sama wizyta u ortopedy i to, że on da skierowanie potem na rehabilitację, powinna wystarczyć... No albo u lekarza rehabilitacji. Wszystko jedno, ale skrócić chociaż o jedno oczko.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani poseł, tutaj dotykamy bardzo istotnego problemu, który tak naprawdę już uniemożliwił nam trzy razy skierowanie do konsultacji rozporządzenia z zakresu rehabilitacji, bo właśnie lekarz ortopeda może dać skierowanie na rehabilitację i tak naprawdę pani powinna trafić do lekarza rehabilitacji, który opracuje, może też z fizjoterapeutą, indywidualny plan opieki. Natomiast pewne kontrowersje pojawiają się w momencie końcowej oceny, ale też w ogóle oceny badań, bo fizjoterapeuta nie jest lekarzem, a tu mamy lekarza rehabilitacji.

Oczywiście lekarzy rehabilitacji jest mało. Oni mają swoje miejsce w oddziałach rehabilitacji i są bardzo potrzebni, natomiast mamy bardzo dobrze wykształconych fizjoterapeutów, którzy mają swój zakres czynności i rzeczywiście w tym niesamowicie się doskonała, bo bardzo dużo osób korzysta z usług fizjoterapeutów, ale nie możemy zapominać o kwestii podziału kompetencji.

Dlatego na etapie prac nad rozporządzeniem mieliśmy wiele rozmów z lekarzami właśnie rehabilitacji i z fizjoterapeutami, żeby rozgraniczyć ich kompetencje. Jeśli chodzi o ocenę badań obrazowych, trzeba to bardzo dobrze wyważyć, żeby nie było takiej sytuacji, że na pewnym etapie kompletnie wykluczamy lekarza rehabilitacji i od razu z ortopedii przechodzimy na fizjoterapię.

Tak więc my to wszystko staramy się pogodzić. Mamy nadzieję, że już za 2 tygodnie to będzie widoczne i zobaczymy, jaki będzie efekt tych prac.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

W końcu zapraszam pana. Naczekał się pan bardzo, ale proszę bardzo.

Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Arkadiusz Ujma:

Dzień dobry. Arkadiusz Ujma, wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Chyba chciałbym zagospodarować teraz następne 20 minut, a może jeszcze więcej. Niezwykle przyjemnie jest mi słuchać tej rozmowy, ponieważ temat rozpoczął się od ortopedii a generalnie skończył się na fizjoterapii, czyli pokazuje, jak bardzo jest istotna. Pani dyrektor jeszcze zdążyła zahaczyć o temat onkologii, który też był połączony bezpośrednio z fizjoterapią. Pozwolę sobie jednak na parę zdań, jak bardzo ta dziedzina jest multidyscyplinarna.

Zapewne chciałbym wejść tutaj w polemikę, jak bardzo polscy fizjoterapeuci są wykształceni, bo są. Czy są w stanie przyjąć pacjenta bezpośrednio po ortopedzie? Są w stanie przyjąć pacjenta bezpośrednio po ortopedzie. Są w stanie samodzielnie zbudować plan terapii i są w stanie zbadać pacjenta pod względem funkcjonalnym, bo takie mamy prawa. Nie badamy pacjenta pod względem wyszukiwania jednostek chorobowych. Natomiast tutaj pani dyrektor świetnie to oceniła, że może być dwóch pacjentów o tej samej jednostce chorobowej i mieć całkowicie różne zaburzenia funkcjonalne i odwrotnie. Mogą być pacjenci, którzy mają takie same zaburzenia funkcjonalne, a przyjdą z innym tzw. ICD-10. To moja dygresja.

Natomiast jeżeli mogę powrócić do tematów, które nas tutaj zebrały, to ja bym miał kilka pytań, pani dyrektor. Czy mamy jakieś dane odnośnie do tej tzw. prehabilitacji – jeżeli ona w ogóle jest – dotyczącej pacjentów po endoprotezoplastyce? Czy ci pacjenci wracają szybciej do pracy? Bo to nie są tylko seniorzy, a często pacjenci pracujący. Czy ten proces jest po prostu szybszy i tańszy, jeżeli mają szansę skorzystać chociażby z porady fizjoterapeutycznej przed operacją i są w stanie się przygotować do tej operacji?

Wróć do sytuacji, o której była już mowa. Jednak w Europie mamy taką sytuację, że są jednostki chorobowe, które są bezpośrednio kierowane na fizjoterapię. Mówimy teraz na przykład o przewlekłych bólach odcinka lędźwiowego. I całkowicie bym się zgodził z panią przewodniczącą – ta sytuacja była troszkę inna, bo dotyczyła ostrego stanu bólowego, więc ta wizyta u ortopedy jest bezwzględna – że jeżeli pacjent ma możliwość zobaczenia się z fizjoterapeutą, a jego stan jest przewlekły, to koszty dla systemu by się zdecydowanie zmniejszyły.

Kolejna sprawa, którą znowu poruszała pani przewodnicząca, czyli ewentualnie jakaś kontynuacja pracy. Ja mówię teraz o pracy w przychodniach, w ambulatoriach. Fizjoterapeuci nie bardzo mają możliwość przedłużenia tej terapii. My możemy odesłać do lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza rehabilitacji, ale ten pacjent jakby traci coś, co zyskał.

Jeżeli więc mogę sobie pozwolić na taką prośbę czy sugestię do ministerstwa, to proszę prześledzić tę sytuację, w której my prowadzimy pacjentów, na przykład po operacji, i wiemy, że ten pacjent potrzebuje 10 – 10 byłoby super – 30–40 sesji, a nie właśnie 10, tak jak przewiduje przepis prawny. Czy nie można by było, jeżeli wiadomo, że pacjent jest pod kontrolą ortopedy, jednak zrzucić na nas pewną odpowiedzialność przedłużenia tej terapii i zmniejszenia kosztów systemowych? To są moje uwagi. Natomiast jeżeli można, to do tej prehabilitacji bym się chętnie odniósł, czy jakieś dane mamy.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, ja nie mam takich danych tutaj i myślę, że takich danych też nie będziemy mieć z NFZ. Natomiast mam dane dotyczące liczby oczekujących pacjentów i jeżeli państwo pozwolą, to teraz je przedstawię.

Jeśli chodzi o endoprotezoplastykę stawu biodrowego, przypadki pilne, to mamy 19 602. Średni czas oczekiwania to jest 75 dni. To są dane za IV kwartał 2025 r. Natomiast w przypadku kolana mamy 26 360 pacjentów i średni czas oczekiwania 89 dni, przypadek pilny. A w przypadku

stabilne to jest odpowiednio – biodro 165 dni i 212 kolano. Tyle mniej więcej wynosi czas oczekiwania. Takie świeżutkie dane dostałam...

Wiceprezes KIF Arkadiusz Ujma:

Te terminy oczekiwania to były na operację czy na rehabilitację?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Na operację.

Wiceprezes KIF Arkadiusz Ujma:

To trzeba dodać do tego jeszcze ten czas oczekiwania po...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, na rehabilitację.

Wiceprezes KIF Arkadiusz Ujma:

...bo pacjenci zostają w szpitalach, ale po szpitalach – przepraszam, że tak znowu w swojej działce – pacjenci czekając na ambulatorium czy oddział dziennym, chcą korzystać często z rehabilitacji domowej. Tutaj jest następny koszmarny. Po prostu nie są w stanie skorzystać, bo często ten czas oczekiwania jest tak długi jak limit, w jakim można wykonać rehabilitację domową po operacji. To jest 6 miesięcy i po prostu czasami ci pacjenci nie są w stanie się dostać. Są więc skazani troszkę na komercyjną usługę.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Tak, to, o czym pan mówi, dotyczy tak samo pacjentów neurologicznych. Niestety często jest tak, że tak długo czekają na tę fizjoterapię, że kończy się ten czas, kiedy mogą to dostać na NFZ. To jest oczywiście problem z kolejkami. Jedno, to jest to, że ktoś pilnie potrzebuje jakiejś pomocy, ale drugie, że są to pacjenci właśnie po udarach czy po wylewach plus pacjenci właśnie po operacjach ortopedycznych. Niestety tak to wygląda.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Nie. To, pani dyrektor, przechodzimy do drugiego punktu.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Otolaryngologia. Opieka laryngologiczna funkcjonuje w klasycznym modelu trójpoziomowym. To jest POZ, który odpowiada za pierwszy kontakt i wstępną diagnostykę, AOS, który prowadzi leczenie przewlekłe, natomiast oddziały szpitalne realizują zabiegi operacyjne. Model ten jest stabilny organizacyjnie, ale w praktyce ograniczony przez brak mechanizmów koordynacji pomiędzy tymi poziomami systemu.

Jakie mamy zasoby? System dysponuje stosunkowo dużą liczbą poradni, bo mamy 1,4 tys. poradni, co zapewnia bardzo szeroki dostęp do świadczeń ambulatoryjnych. Jednocześnie mamy 3,7 tys. lekarzy, przy czym wyraźnie mniejszy jest zasób specjalistów dziecięcych.

Jaka jest skala finansowania? W AOS za 2023 r. zostało rozliczonych 693 mln zł, natomiast w 2025 r. – 817 mln zł. Czyli świadczenia zostały rozliczone za taką kwotę.

Leczenie szpitalne to jest około 1,5 mld w 2023 r. i 2 mld za 2025 r. W tym roku mamy takie prognozy, że przekroczymy o około 850 mln, jeśli chodzi o świadczenia laryngologiczne. W systemie funkcjonuje segment wysokospecjalistyczny, który obejmuje segment leczenia zaburzeń słuchu z wykorzystaniem implantów.

Jaką mamy dostępność do świadczeń i strukturę kolejek? W AOS ten czas jest stosunkowo krótki. To jest od kilkunastu do kilkudziesięciu dni, natomiast w leczeniu szpitalnym jest obserwowany istotny problem dostępności przypadków planowych. Mediana przekracza 4 miesiące – więc sporo – pomimo wzrostu finansowania, ponieważ na przestrzeni ostatnich kilku lat wycena tych świadczeń wzrosła od 20 do 35%. Natomiast tak jak przy poprzednim zakresie, o którym opowiadałam, tutaj nie widzimy takiej proporcjonalnej poprawy dostępności do świadczeń.

Najdłuższe kolejki dotyczą procedur powszechnych, takich jak usunięcie migdałków czy operacje przegrody nosa, gdzie czas oczekiwania wynosi nawet 200 dni. Jednocześnie świadczenia wysokospecjalistyczne realizowane są relatywnie szybciej. Widzimy pewien stopień priorytyzacji tych świadczeń. Tyle mam informacji pani przewodnicząca, jeśli chodzi o tę dziedzinę.

Nie ukrywam, że jeśli chodzi o nasze prace resortowe, to nie jest główny priorytet dla ministra w obszarze działań regulacyjnych, ale co się rzuca w oczy. To oczywiście bardzo długie oczekiwanie na takie bardzo powszechne świadczenia, bo chyba wszyscy tutaj słyszeliśmy właśnie

o rekonstrukcji przegrody nosowej czy operacji migdałków. Aczkolwiek różnie się mówi na temat operacji przegrody nosowej ze względu na to, że tę operację często trzeba wykonywać niestety kilka razy, i to też może mówić o małej skuteczności klinicznej dla pacjenta, żadnych prac w tym obszarze nie prowadzimy. Nie dostrzegamy też jakichś krytycznych punktów. Tak więc ta informacja jest dość skąpa, ale takie mamy informacje.

Na tym zakończę, bo nawet żadne prace się nie toczą, jeśli chodzi o zmiany koszykowe. Może przypominam sobie jedną. Wiem, że była taka propozycja deregulacyjna, żeby wprowadzić możliwość, żeby nie tylko laryngolog dziecięcy, ale też laryngolog wykonywał pewną procedurę. To jest uzasadnione wobec tego, co powiedziałam, że mamy małą liczbę laryngologów dziecięcych, więc może rzeczywiście taka deregulacja by zwiększyła dostępność do tych świadczeń. Pewnie chodzi o operację usunięcia migdałków, ale tak jak mówię, więcej informacji nie mam na ten temat. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję. No właśnie to jest ciekawe z tą laryngologią, bo się wydaje, że to jest tylko naprawienie przegrody nosa czy też usunięcie migdałków, a tak naprawdę, na przykład jeśli chodzi o migdałki, to problem jest znacznie bardziej złożony. Niewycięte migdałki generują ogromne koszty, że tak powiem ekonomicznym językiem, dlatego że to jest cała masa infekcji więcej, jeśli chodzi o małe dziecko, jeżeli są przerosnięte migdały. To antybiotykoterapia... oczywiście wtedy dla takiego małego człowieka to nie jest fajne.

Druga rzecz, też w przypadku dzieci, jak i dorosłych, to bezdech nocny czy chrapanie. Chrapanie, jak wiadomo, oprócz tego, że jest dokuczliwe dla tego, kto śpi z taką osobą, to jest niedobre dla człowieka, bo powoduje niedotlenienie, może powodować zaburzenia rytmu i naprawdę wiele paskudnych powikłań. Tak więc czekanie na zabieg wycięcia migdałków tyle czasu to jednak jest sporo.

Ja pamiętam z mojej pracy zawodowej, że faktycznie zawsze brakowało laryngologów, a zwłaszcza laryngologów dziecięcych, i widzę, że nic się nie zmieniło. Zapomniałam zapytać, bo pani dyrektor powiedziała, że brakuje lekarzy do rehabilitacji. Jak jest z ortopedami dziecięcymi? Czy coś się zmieniło? Bo ja pamiętam, że za moich czasów jako mamy małego dziecka to była masakra zupełna, jeśli chodzi o dostanie się do ortopedy dziecięcego. Czy jakieś dane mamy, czy nic się nie zmieniło? Nie mamy. Ciekawa jestem.

Czy ktoś z państwa chciałby? Bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie otorynolaryngologii dla województwa mazowieckiego Karolina Dżaman:

Dzień dobry. Karolina Dżaman, konsultant wojewódzki w dziedzinie laryngologii.

Ja po prostu słucham tego wszystkiego z bardzo dużym oburzeniem. Powiem szczerze, że nikt się nie zajmuje laryngologią, dlatego że od 10 lat my cały czas się opieramy na procedurach ICD-9, które nie są w ogóle adekwatne do naszego systemu. My tych operacji, które są tam opisane, w ogóle nie wykonujemy, a wykonujemy zupełnie inne, o zupełnie innym zakresie. To skutkuje tym, że wycena operacji jest w ogóle nieadekwatna do rodzaju zabiegu. Na przykład operacje zatok, niezależnie od zakresu operacji tych zatok, wyceniane są cały czas tak samo. Czy zabieg trwa pół godziny, czy trwa 3 godziny, jest to ta sama, beznadziejna wycena.

Te terminy, które pani dyrektor przytoczyła, są nieprawdziwe. To nie jest tak, że się czeka pół roku na operację u dziecka. Takie średnie terminy to minimum 1,5 roku, na operację przegrody nosa i zatok to minimum 3 do 5 lat. Ja nie znam ośrodka, w którym jest czas oczekiwania 5 miesięcy, a rozmawiam z kolegami z całej Polski.

Kolejna sprawa. Operacja przegrody nosa jest najczęściej jednorazową operacją u człowieka, a nie wielokrotną. Być może pani dyrektor chodziło o operację zatok – to się zgodzę, ponieważ przewlekłe zapalenie zatok jest chorobą trochę na całe życie i u części pacjentów rzeczywiście trzeba ją powtarzać, ale raczej bardzo rzadko się tak zdarza w przypadku operacji przegrody nosa.

Nie znam też takich procedur, które mogą wykonywać tylko laryngolodzy dziecięcy. Dlatego jest ich mało, że laryngolodzy dorosłych robią procedury dla laryngologii dziecięcej. Nie na każdym oddziale, ale są oddziały laryngologiczne, które łączą ze sobą laryngologię dziecięcą i laryngologię dorosłych. I tak jak laryngolog dziecięcy nie może wykonywać procedur dla laryngologii dorosłych, tak laryngolog dorosłych może robić procedury dla laryngologii dziecięcej, bo gdybyśmy to zmienili, to dzieci w ogóle by nie miały opieki.

Takie dziecko, które czeka przez 2 lata na operację migdałków, przykładowo, gdzie ten rozwój u dziecka wygląda inaczej niż u osoby dorosłej, będzie już miało bardzo często trwałe zmiany,

na przykład w uszach. Będzie miało perlaka, będzie miało już trwałe niedosłuch, różne zaburzenia rozwoju mowy, bo ono przez 2 lata takiego głównego rozwoju nie słyszało, bo czekało na operację.

Podobnie, tak jak tutaj pani przewodnicząca powiedziała, jeżeli chodzi o przegrody nosa. To nie jest tylko kwestia poprawy drożności nosa, bo z tym się wiąże chociażby te bezdechy, a więc dwa razy większe ryzyko zawału serca, udaru. W kwestii operacji zatok jakoś życia pacjenta z przewlekłym zapaleniem zatok bardzo często oceniana jest tak jak u pacjentów po zawale.

Tak więc szczerze mówiąc, pani dyrektor, jestem oburzona, że państwo w ogóle nie biorą tu pod uwagę jakichś zmian w zakresie laryngologii, ponieważ my od 10 lat nie mamy żadnych zmian. My o to apelujemy. Nasze procedury wycenione są beznadziejnie, według kodów ICD-9, które nie istnieją, nikt nie robi takich... Już o tym informowaliśmy. Próbowaliśmy z panem konsultantem krajowym to zmienić, natomiast nie bardzo widzimy od strony państwa, nie chcę powiedzieć zrozumienia, ale może właśnie zainteresowania, bo pani dyrektor powiedziała, że państwo się tym nie zajmujecie.

Dlaczego nikt nie operuje migdałków? Pani bardzo dobrze powiedziała, że to nie jest kwestia tylko operacji migdałków, bo to są nawracające anginy, to są zapalenia wsierdza, to są zapalenia stawów, bo takich pacjentów kwalifikujemy do operacji. Kto będzie operował migdałki, które nie są prostą procedurą – szczególnie u dorosłych, bo u dzieci migdałki są zupełnie inną operacją – jeżeli procedura jest wyceniona beznadziejnie, a jeszcze jest to pacjent wysokiego ryzyka, bo często wraca później po operacji, krwawi itd.? Konsekwencja jest taka, że w ogóle nie pracujemy nad tym od 10 lat – nad realną poprawą wyceny.

My mamy w tej chwili wycenę taką, że gdy pacjent z migdałkami przychodzi do mnie na operację, to ja biorę za niego około 5 tys. – biorę w znaczeniu procedury NFZ – a u mnie osobodzień, czyli jeden dzień bez dania leków pacjentowi, to 2 tys. Prawie jak w Hiltonie. Sam pobyt w szpitalu to 2 tys., wjazd na blok operacyjny to 3,5 tys. Czyli on wjeżdża do mnie na salę operacyjną i ja już od razu mam minus. Kto zatem będzie się rzucał na takie operacje, jeśli na koniec dnia mamy minus na wjeździe tego pacjenta do oddziału? Apelujemy o to, prosimy, mówimy, a pani dyrektor mówi, że jednak laryngologia nadal nie jest w państwa zainteresowaniu. Bardzo przykro to słyszeć.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Nigdy mi nikt nie zarzucił, że się nie interesujemy danym obszarem. Ja myślę, że po to mamy konsultantów – pani jest konsultantem wojewódzkim – żeby podzielać. Proszę mi wybaczyć, ale jeżeli my nie dostajemy takich sygnałów jako Departament Analiz i Strategii, jako ministerstwo, co należy zmienić, to z punktu widzenia urzędnika taka zmiana nie nastąpi, bo zrobilibyśmy tylko krzywdę państwu.

Mogę tylko powiedzieć, że konsultanci wojewódzcy i krajowi są aktywni i w wielu zakresach potrafią zwrócić uwagę na rzeczy, które należy poprawić. Ja o tym dzisiaj właśnie mówiłam. Proszę mi wybaczyć, ale naprawdę aktywność w tym zakresie jakby nie wskazuje na to, że jest taka pilna potrzeba.

Oczywiście mamy głosy, że procedury są za nisko wycenione. Dostajemy takie sygnały. Oczywiście agencja w planie taryfikacji musiałaby sprawdzić, czy to było przedmiotem planu taryfikacji, czy taryfikacja ostatnio się odbywała, ale na pewno czas zwrócić uwagę na to, że od 1 lipca wchodzi nowy tryb elastycznej organizacji i państwo będą mogli przyjąć więcej pacjentów. Nie trzeba będzie kłaść pacjenta, nie będzie osobodnia, tylko będzie procedura wykonywana w kilka godzin i będzie można przyjąć większy wolumen pacjentów. To się równa temu, że przy zachowaniu wyceny, która została już przedstawiona przez AOTMiT i NFZ – ona nie jest niższa, powinna być adekwatna, bo to było na nowo wyceniane – to może być odpowiedzią na państwa pytania, czyli niepotrzebnie kładziony pacjent, generowane koszty.

Ja akurat nadzoruję kwestie koszykowe, czyli kwalifikacji nowych świadczeń, usuwania świadczeń, zmiany warunków realizacji i nie mieliśmy w tym zakresie sygnałów jako takich, co należy poprawić w organizacji. Dlatego też ja w ten sposób się wypowiedziałam, a nie tak, żeby bagatelizować problem, bo absolutnie nie.

Ja z chęcią z panią wymienię tutaj swoje kontakty, poglądy. Może trzeba będzie sięgnąć do innych departamentów, zobaczymy, bo naprawdę my do tej pory zajmowaliśmy się albo procedurami wysokospecjalistycznymi, jak implanty, jakąś deregulacją. Natomiast jeśli chodzi o te problemy, o których pani teraz powiedziała, to po prostu one nie są tak bardzo mocno nam sygnalizowane. Dlatego też taka moja wypowiedź krótka.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To ja dodam do tego, że przyznam się szczerze pani, że też pierwszy raz słyszę. Do mnie naprawdę z różnych dziedzin medycyny piszą czy lekarze, czy właśnie konsultanci, żeby zainterweniować i do tej pory ani razu nie słyszałam o tego typu problemach ze strony laryngologii. Mateusz, który jest dyrektorem mojego biura, przegląda dosłownie wszystkie moje maile i pierwszy raz się z takim...

I właśnie pierwsza rzecz, o którą chciałam panią zapytać, zanim jeszcze pani dyrektor zaczęła odpowiadać, czy państwo gdzieś wysłali jakieś informacje dotyczące tego, że tak się dzieje. Ja pamiętam taką sytuację dotyczącą leczenia, akurat onkologicznego – nie będę już w to wnikać – i też był taki problem podnoszony, że tutaj nikt nie słucha, że przydałaby się taka, a nie inna metoda radioterapii i się okazało, że te osoby w ogóle nie zgłosiły tej metody do AOTMiT. Dlatego pytałam, czy państwo... Bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie otorynolaryngologii dla województwa mazowieckiego Karolina Dżaman:

Jako konsultant wojewódzki już wielokrotnie pisałam pisma do konsultanta krajowego na ten temat. Według informacji, jakie miałam, konsultant krajowy w tym zakresie próbuje działać, więc ciężko mi powiedzieć, ile tu jest prawdy, natomiast my o tym w środowisku laryngologicznym mówimy od wielu lat. Ja zaproponowałam konsultantowi krajowemu, że pomogę w przygotowaniu, w zmianie tych procedur ICD-9, bo to jest bardzo dużo pracy i od kilku miesięcy takie prace trwają. Rozmawiamy akurat z NFZ – może to powinna być inna ścieżka – nad zmianami w tych kodach ICD-9.

Wielokrotnie też były kierowane do mnie jako do kierownika kliniki pytania, dlaczego na przykład operacje migdałków mają takie, a nie inne terminy i ja wtedy na te pytania odpowiadałam, że to są pytania najczęściej kierowane z NFZ. Powiem więc szczerze – szłam taką ścieżką do konsultanta krajowego.

Natomiast proszę państwa, jakby ktokolwiek z państwa zadzwonił do szpitala przy ul. Banacha, bródnowskiego, gdziekolwiek i chciał się zapisać na operację przegrody, zatok, to niech mi państwo wierzą – to będzie minimum 3 lata albo więcej, a to jest problem, który będzie dotyczył 90% pacjentów laryngologicznych. Natomiast implanty uszne ślimakowe – one są bardzo ważne, żeby była jasna sprawa – dotyczą naprawdę niewielkiej grupy osób i też niewielka grupa ośrodków te implanty wykonuje, a i tak, jak państwo widzą, termin oczekiwania jest krótki, bo pani tutaj podała. Cała Polska wykonuje wszystkie inne zabiegi i właściwie wszystkie oddziały laryngologiczne są na wielkim minusie, co wynika z tego, co powiedziałam, bo czy robię jedną zatokę, czy robię wszystkie zatoki po obu stronach, mam tę samą wycenę dla pacjenta, a jest różnica w technice, w czasie... no we wszystkim. Realnie rzecz biorąc, powinnam tego pacjenta operować pięć razy – raz mu zrobić jedną zatokę po prawej stronie, następny raz po lewej, później przegrodę, później plastykę małżowin, dlatego że jeśli zrobię to za jednym razem, co jest dobre dla pacjenta, to mam śmieszne pieniądze. To jest problem od 10 lat ten sam.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja chciałam tylko powiedzieć, że mieliśmy konsultantów krajowych zaproszonych na dzisiejsze posiedzenie podkomisji. Niestety ani z dziedziny ortopedii, ani laryngologii nikt nie przybył. Pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Jeszcze dwa słowa, bo mamy taką możliwość, żeby sprawdzić korespondencję i takie postulaty. Nie odnotowaliśmy takiego sygnału. Natomiast, na to chciałam zwrócić uwagę, że te procedury do 12 godzin, które będzie można wykonywać, są już w opublikowanym zarządzeniu prezesa NFZ. Dla przykładu, dla zabiegów – średnie zabiegi nosa, między innymi będzie to wycięcie śluzówki, przeszczep skóry na przegrody i boczną ścianę nosa przy krwotoku z nosa, wycięcie polipa nosa, endoskopowe miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany nosa, operacje nosa: plastyka, rekonstrukcja i inne; endoskopowa biopsja zatoki nosa. To są takie przykładowe zabiegi, które będzie można wykonywać do 12 godzin. One też mają swoją wycenę i nie będzie konieczności hospitalizacji.

Oczywiście my to jeszcze sprawdzimy, ale jeszcze raz podkreślę, że myślę, iż nie ośmieliłabym się nigdy powiedzieć tak w publicznym miejscu, że coś docierało do ministerstwa fizycznie, a my po prostu to bagatelizujemy. Naprawdę próbowaliśmy nawet zgłębić temat i zastanowić się, co może być przedmiotem dzisiejszego posiedzenia i dlatego akurat ten temat, ale może dobrze,

że pani przewodnicząca go przywołała, bo była taka możliwość, że pani konsultant właśnie też się wypowiedziała. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Właśnie po to, między innymi, są te posiedzenia podkomisji, żeby właśnie takie rzeczy skonfrontować.

Bardzo proszę, pani konsultant.

**Konsultant wojewódzki w dziedzinie otorynolaryngologii dla województwa mazowieckiego
Karolina Dżaman:**

Jeszcze tylko powiem, że o tych wszystkich zabiegach, które pani przeczytała, doskonale wiem, że teraz będą wchodziły w tę taryfikację do 12 godzin, ale one w tej chwili są wykonywane w trybie tzw. jednodniowym, czyli bez kładzenia pacjenta w szpitalu, na zasadzie takiej, że pacjent przychodzi, ma założoną historię choroby, siedzi dwie godziny w szpitalu – czyli krótki zabieg – i później pacjenta po tym zabiegu, po krótkiej obserwacji wypisujemy. Tak więc to generalnie nie zmienia pozycji laryngologii ani kwestii całej wyceny, bo ja mówię o tych zabiegach, które wymagają głównie znieczulenia ogólnego. Po prostu takie są koszty bloku operacyjnego, takie są koszty hospitalizacji, o których tutaj powiedziałam.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Leczenie jednodniowe to jest leczenie z monitorowaniem 24-godzinny, a tu mamy tylko zabiegi do 12 godzin. Może u pani jest to tak wykonywane, ale są przykłady świadczeniodawców, którzy maksymalnie wykorzystują ten czas opieki nad pacjentem, a my chcemy go skrócić i być może właśnie przyjąć dwóch pacjentów, a nie jednego w to miejsce. Nie wiem, czy dobrze to tłumaczę, ale zobaczymy, jak to będzie w praktyce wyglądało. Oczywiście nie możemy zająć się...

**Konsultant wojewódzki w dziedzinie otorynolaryngologii dla województwa mazowieckiego
Karolina Dżaman:**

To dużo nie poprawi. Zdarza się, że jakiś pacjent po krótkim zabiegu musi zostać do tych 24 godzin, ale realnie rzecz biorąc, to się zdarza 1 na 100, a wszyscy inni wychodzą w ciągu 2–3 godzin. Czyli te 12 godzin jest jak najbardziej OK, ale to za dużo nie zmienia.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Będziemy w takim razie czekać na postulaty państwa, co zmienić, żeby wiedzieć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To ja bardzo się cieszę, bo bardzo doceniam pracę laryngologów. Kiedyś pracowałam jako pielęgniarka anestezjologiczna i muszę przyznać, że gdy trafiałam na salę laryngologiczną, bo rotowałyśmy, to była moja najmniej ulubiona sala, bo to są dosyć okropne zabiegi. Kiedyś się załapałam na krwotok – w cudzysłowie załapałam – plus utkwienie tych kleszczy tam... Nie zazdroścę, bo to jest naprawdę bardzo delikatny narząd i jednak powikłania bywają mimo wszystko. Może nie są częste, ale się zdarzają. No i właśnie w takiej sytuacji ta baza w postaci tego, że pacjent ma możliwość zostania, monitorowania jest szalenie ważna, i są te wyceny na to, co w takiej sytuacji, bo na przykład jest 12-godzinny pobyt, ale zdarza się taka nefajna sytuacja z takim powikłaniem. Rozumiem, że potem jest kolejny etap, kolejna wycena, co z pacjentem, który musi zostać. Jednak mam nadzieję, że panie wszystkie te procedury sobie wyjaśnią i bardzo się cieszę, że udało mi się dzisiaj właśnie panie spotkać tutaj w dobrym duchu.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Nie słyszę zgłoszeń.

Szanowni państwo, stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Bardzo serdecznie państwu dziękuję. Wszystkie materiały ze spotkania będą oczywiście dostępne na stronie SDI Sejmu. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie.