

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI DO SPRAW ORGANIZACJI
OCHRONY ZDROWIA
(NR 6)
z dnia 11 lipca 2024 r.**

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 6)

11 lipca 2024 r.

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

– omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 września do 31 grudnia 2024 r.,

– rozpatrzenie informacji w zakresie pogłębionej analizy kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia w perspektywie wieloletniej z uwzględnieniem zmian demograficznych, technologicznych i edukacyjnych, dynamiki zjawisk epidemiologicznych oraz dystrybucji geograficznej kadr.

W posiedzeniu udział wzięli: **Urszula Demkow** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Janusz Uriasz** przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej, **Michał Waszkiewicz** szef Biura Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Bernard Waśko** dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego, **Wojciech Załuska** przewodniczący-elekt Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, **Dobrawa Biadun** dyrektor ds. prawnych i procedur Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Małgorzata Czajkowska-Malinowska** prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, **Klaudiusz Komor** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikiem, **Łukasz Fijałkowski** ekspert Pracodawców RP, **Arkadiusz Grądkowski** prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED wraz ze współpracownikiem, **Tomasz Baj** członek prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Mariusz Kisiel** prezes zarządu Związku Aptek Franczyzowych, **Paweł Łangowski** ekspert Pracodawców RP, **Mariola Łodzińska** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Paweł Pikul** członek zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, **Monika Pintal-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze współpracownikiem, **Krystyna Ptok** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikiem,

Rafał Włodarczyk przedstawiciel Biura Krajowego WHO, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich.

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

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Witam serdecznie członków podkomisji oraz zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Chciałabym bardzo serdecznie przywitać na dzisiejszym posiedzeniu panią minister Urszulę Demkow – bardzo serdecznie witamy. Pani minister jest również z panem dyrektorem Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, panem Mariuszem Kłeckim – witam bardzo serdecznie. Witam panią Krystynę Ptok, przewodniczącą Związku Zawodowego

Pielęgniarek i Położnych. Witam panią prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariolę Łodzińską. Witam bardzo serdecznie pana profesora Wojciecha Załuskę – bardzo serdecznie witam panie profesorze – przewodniczącego elekta KRAUM-u, rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Witam serdecznie przewodniczącego Polskiej Komisji Akredytacyjnej, pana Janusza Uriasza – bardzo serdecznie witam i dziękuję, że pan profesor przyjął zaproszenie. Jest też z nami szef Biura Dyrektora CMKP, pan Michał Waszkiewicz. Witam pana Wojciecha Wiśniewskiego, eksperta Federacji Przedsiębiorców Polskich. Witam bardzo serdecznie pana Rafała Włodarczyka, przedstawiciela Biura Krajowego WHO. Jest z nami członek Zespołu roboczego do spraw transformacji w ochronie zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej, pan Krzysztof Zdobyłak – witamy serdecznie. Nie wiem, czy kogoś nie pominęłam, ale witam... Jest z nami pani profesor Małgorzata Czajkowska-Malinowska, konsultant krajowy. Czy tak? Bardzo serdecznie witam. Przepraszam. Witam bardzo serdecznie wszystkich zaproszonych gości, przedstawicieli podmiotów zainteresowanych naszym dzisiejszym posiedzeniem.

Szanowni państwo, pozwolę sobie przedstawić porządek dzisiejszego posiedzenia. Pierwszy punkt, to jest omówienie i przyjęcie planu prac podkomisji na okres od 1 września do 31 grudnia. Drugi, rozpatrzenie informacji w zakresie pogłębionej analizy kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia w perspektywie wieloletniej, z uwzględnieniem zmian demograficznych, technologicznych i edukacyjnych, dynamiki zjawisk epidemiologicznych oraz dystrybucji geograficznej kadr. Informację przygotował i przedstawił minister zdrowia. Pani minister przesłała nam bardzo szczegółową informację, nad nią będziemy zapewne debatować.

Czy są uwagi do proponowanego porządku dzisiejszego posiedzenia? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie przystępujemy do procedowania pierwszego punktu. Mam nadzieję, że nam sprawnie pójdzie.

Zwróciłam się do państwa posłów o przygotowanie tematów, które mogłyby być przedmiotem prac w naszej podkomisji w drugim półroczu. Bardzo serdecznie dziękuję państwu posłom, pani Elżbiecie Polak, panu posłowi Fryderykowi Kapinosowi, zresztą wiceprzewodniczącemu podkomisji, pani poseł Elżbiecie Gelert oraz panu posłowi Patrykowi Wicherowi za zaproponowanie tematów do rozpatrywania w drugim półroczu.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zgłosić jakieś punkty do tego planu pracy? Bardzo proszę, pani przewodnicząca Gelert.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Ja bym chciała, żeby może połączyć pkt 4 z pkt 3, czyli POZ razem z AOS-em w jednym temacie, natomiast w listopadzie, jeżeli by można było, wprowadzić temat dotyczący organizacji pracy personelu medycznego na podstawie krajów europejskich.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa posłów zgłasza uwagi do tego zaproponowanego, dodatkowego punktu? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie dobrze, formułujemy te punkty. Czyli rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat planowanych zmian w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przenosimy do punktu pierwszego, planowanego na październik, natomiast pani przewodnicząca doprecyzuje temat z sekretariatem i to przyjmujemy.

Kto z państwa jest za przyjęciem tego proponowanego planu...? Albo, czy ktoś się sprzeciwia z państwa posłów. Nie widzę zgłoszeń. W takim razie plan pracy został przyjęty. Dziękuję bardzo. Mam nadzieję, że go zrealizujemy, oczywiście przy aktywnym udziale państwa.

Szanowni państwo, na poprzednich posiedzeniach podkomisji żywo dyskutowaliśmy na temat kadr medycznych. Wiemy, że jest to podstawowy kapitał, który warunkuje funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Na przykładzie Polski przekonaliśmy się, jak brak odpowiedniej liczby kadr medycznych – bo odnośnie do jakości, to myślę, że nie mamy wątpliwości, że są przygotowane na bardzo dobrym poziomie – w dużej mierze determinuje jakość świadczeń, co jest równoznaczne z zadowoleniem pacjenta i ogólną oceną systemu ochrony zdrowia.

Z tym problemem boryka się wiele krajów. U nas też wiele tych problemów występowało. W ostatnim czasie podjęte zostały działania, które w odrębnym trybie – dzisiaj już na ten temat nie będziemy rozmawiać – były przedmiotem dyskusji na posiedzeniach Komisji Zdrowia, podkomisji, Komisji Edukacji i Nauki. Mam na myśli, powtarzam, tworzenie nowych wydziałów w nowych uczelniach medycznych.

Na pewno ideą tego działania była poprawa sytuacji demograficznej, ale – tak jak powiedziałam – ten temat był omawiany na posiedzeniach innych podkomisji i komisji, nie będziemy do niego wracać. Natomiast po uzyskaniu kompleksowej informacji z Ministerstwa Zdrowia, ale również od przedstawicieli samorządów zawodowych, które czasami niestety były rozbieżne, poprosiliśmy ministra zdrowia o przygotowanie kompleksowej informacji strategicznej, oceniającej zasoby kadrowe tu i teraz i perspektywę na kilkanaście czy kilkadziesiąt lat do przodu.

Bardzo serdecznie dziękuję pani minister za przedstawienie bardzo szerokiego materiału, bardzo ciekawego i pokazanie tej perspektywy, w jaki sposób te zasoby kadrowe w naszym kraju będą się kształtowały. Oczywiście za moment poproszę panią minister o przedstawienie szczegółów, podkreślenie tych najważniejszych rzeczy, które są istotne. Później otworzymy debatę. Będziemy dyskutować na ten temat.

Myślę, że przedstawiciele organizacji reprezentujących zawody medyczne też zapewne na ten temat swoje zdanie wyrażą. Mam nadzieję, że może jeszcze wypracujemy jakieś rozwiązanie, które będzie istotne, bo wszystkim nam oczywiście leży na sercu poprawa systemu ochrony zdrowia, wiemy bowiem doskonale, że nie wszyscy pacjenci są zadowoleni z tego, jak to funkcjonuje w naszym kraju. W takim razie bardzo proszę, pani minister, o przedstawienie tej informacji a potem rozpoczniemy dyskusję.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Urszula Demkow:

Pani przewodnicząca, państwo posłowie, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie i za możliwość zabrania głosu w tej bardzo ważnej i dyskusyjnej sprawie. Celem naszego spotkania jest przedstawienie analizy, jaką wykonał Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Takie w miarę obiektywne oszacowanie potrzeb zdrowotnych wydaje mi się, że powinno być zawsze podstawą do podejmowania decyzji. Oczekuję na owocną debatę, która nas poprowadzi w kierunku jak najlepszych rozwiązań.

Przede wszystkim to podstawowe pytanie, ilu powinno być lekarzy w Polsce, żeby w pełni zaspokoić potrzeby społeczeństwa. Na to pytanie jest bardzo trudno odpowiedzieć. Wczoraj któryś z posłów zadał takie konkretne pytanie – no to jakie powinny być te limity, żeby wszystkie te potrzeby były zaspokojone. Zatem ja spróbuję dojść do tego, abyśmy zobaczyli jak odpowiedź na to pytanie może wyglądać.

Oczywiście nie należy przekładać bezpośrednio liczby lekarzy w systemie na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, o czym mówią dane pochodzące z wielu krajów. Są takie kraje, gdzie tych lekarzy jest stosunkowo mało, jak na przykład Japonia, gdzie jest 2,4 lekarza na tysiąc mieszkańców a system działa sprawnie, a są takie systemy, jak na przykład w Grecji, gdzie jest 5,9 lekarza na tysiąc mieszkańców i system działa bardzo źle. Tak więc liczba lekarzy oczywiście jest ważna, nie możemy tu powiedzieć, że to jest nieważny miernik, ale jednak nie jest jedyny. Oprócz tego lekarz działa w jakimś systemie i sprawność całego systemu jest tutaj wypadkową, która wpływa na to, jak ten system działa.

Na to, jak oceniamy kadry medyczne, nie wpływa tylko liczba przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, ale także ich kompetencje i uprawnienia, czyli, powiedzmy specjalizacje, bo z dostępem do różnych specjalistów jest bardzo różnie. Czyli na te kompetencje musimy również zwrócić uwagę.

Optymalne rozmieszczenie kadr medycznych w regionach, to też jest ogromnie ważne. Będę to szerzej omawiać, żeby pokazać, jak to w Polsce jest zróżnicowane.

Czas pracy i jego optymalizacja. Czas pracy lekarza na przestrzeni czasu będzie się pewnie zmieniał. Lekarze kiedyś pracowali rzeczywiście bardzo dużo, natomiast powinno się to zdecydowanie zmienić ze względu na potrzeby zdrowotne lekarzy i stan zdrowia. Zdecydowanie powinniśmy dążyć do tego, żeby zmniejszyć biurokrację i żeby lekarz przede wszystkim był przy pacjencie a nie siedział z nosem w komputerze.

Mnie osobiście bardzo przeszkadzało to – teraz już nie prowadzę praktyki lekarskiej, ale dopóki ją prowadziłam – że nie mogłam pacjentowi patrzeć w oczy, tylko patrzyłam w klawiaturę albo w monitor. Myślę więc, że tutaj mamy dużo do zrobienia.

Inne zawody medyczne, które tworzą wraz z lekarzem zespół. Jest to bardzo ważne i również promowane przez Światową Organizację Zdrowia, że taka holistyczna opieka nad pacjentem powinna być zapewniana przez oparcie procesu terapeutycznego na współpracy interdyscyplinarnego zespołu, gdzie poza lekarzem są pielęgniarki, dianości, fizjoterapeuci, farmaceuci i przedstawiciele wielu innych zawodów medycznych. Taka holistyczna opieka interdyscyplinarna jest najlepsza. Efekty leczenia są najlepsze, czas hospitalizacji jest najkrótszy, błędy medyczne są zmniejszane i powikłania terapii są mniejsze. Mamy więc wiele mierników, które pokazują nam, że pacjentem powinien opiekować się interdyscyplinarny zespół samodzielnych – podkreślam tu, samodzielnych – zawodów medycznych.

Kolejne. Rozwój systemów informatycznych, szczególnie sztucznej inteligencji, na przykład w radiologii. Już bardzo wyraźnie widzimy, jak to może wesprzeć lekarza i jak sztuczna inteligencja może oceniać obrazy radiologiczne, a przynajmniej odsiewać te niekontrowersyjne, żeby ten lekarz miał rzeczywiście więcej czasu na to, żeby pochylić się nad trudnymi problemami.

Asystenci lekarza czy asystenci pielęgniarek, którzy troszkę ściągną z lekarzy te obowiązki administracyjne, żeby rzeczywiście pracownik medyczny mógł się skupić na opiece nad pacjentem. No i ważne jest też to, co zależy trochę od nas, od Ministerstwa Zdrowia, jak będziemy tworzyć miejsca szkoleniowe, jak one będą rozmieszczone i jak możemy wpływać na zainteresowanie daną specjalizacją.

Teraz dane dotyczące kadry medycznej w Polsce. Na tle Europy jesteśmy obecnie gdzieś mniej więcej w środku, jeśli chodzi o liczbę lekarzy na tysiąc mieszkańców. W 2022 r. Dział Analiz i Strategii wyliczył, że było to około 3,6 lekarza na tysiąc mieszkańców, natomiast według danych izby lekarskiej, aktywne prawo wykonywania zawodu ma tylu lekarzy, że statystycznie wypada 4,2 lekarza na tysiąc mieszkańców. To są dane najnowsze.

Tutaj widzimy też, że liczba pracujących lekarzy na przestrzeni ostatnich czterech lat, 2019-2022, systematycznie rośnie. Ważne jest też to, że będziemy pracować w ministerstwie nad tym, żeby pewne kompetencje przesuwać w dół, na inne zawody medyczne, czyli żeby pielęgniarki mogły samodzielnie wypisać receptę czy udzielić porady pacjentowi, bo są samodzielnym zawodem medycznym i mogą przejąć pewne kompetencje.

Natomiast to, co jest bardzo ważne i trudne, dla nas chyba najtrudniejsze, że liczba lekarzy jest zróżnicowana regionalnie i są takie regiony w kraju, gdzie rzeczywiście jest niedobór tych lekarzy. Tutaj widzimy, jaki mamy rozrzut, że w tych województwach, w których jest najsłabiej – opolskim i lubelskim – mamy 2,6 lekarza na 100 tys., a na przykład w mazowieckim 5,8. To już jest całkiem spora liczba. Generalnie – zaraz to pokażę na mapie – najlepiej zaopatrzone są powiaty, które są aglomeracjami miejskimi. Tam mamy powyżej 150% średniej krajowej.

Tutaj jest taka bardzo ciekawa mapka, moim zdaniem najlepiej obrazująca sytuację. Po lewej stronie mamy mapę Polski, po pierwsze, w podziale na województwa, a po prawej stronie, w podziale na powiaty. Teraz widzimy, jak te zasoby medyczne, jeśli chodzi o kadry lekarskie, są bardzo nierówno rozmieszczone. Szczególnie większa liczba lekarzy jest w tych województwach, w których działały od dawna wyższe uczelnie medyczne. Czyli szczególnie mazowieckie, ale także podlaskie, lubelskie, łódzkie, śląskie, małopolskie, dolnośląskie, pomorskie i zachodniopomorskie. Natomiast najsłabiej jest w tych województwach, gdzie te uczelnie nie działały albo działają od niedawna – podkarpackie, warmińsko-mazurskie, opolskie czy lubuskie.

Gdy spojrzymy na mapę powiatów, to jeszcze bardziej dokładnie widać, że wokół tych dużych aglomeracji jest skupisko lekarzy w tych powiatach wokół, gdzie są uczelnie wyższe. Na wschodzie Polski jest zdecydowanie dużo białych plam, co nie oznacza, że tam nie ma lekarzy, ale jest ich zdecydowanie za mało. W tym kontekście tworzenie wyższych uczelni medycznych, szczególnie w tych rejonach, gdzie zaopatrzenie w kadry medyczne jest niskie, ma sens. Ja nie wiem, czy jest sens tworzenia piątej uczelni medycznej

w Warszawie, natomiast zdecydowanie Rzeszów czy Zielona Góra to są te uczelnie, które trzeba wspierać, dlatego, że one produkują – brzydko mówiąc – absolwentów na potrzeby tamtych mieszkańców.

Jeśli chodzi o strukturę wiekową lekarzy ogółem, ten wykres też jest bardzo ciekawy. Pokazuje nam, jak kształtuje się wiek lekarzy i ich liczba. Widać, że mamy bardzo dużo młodych lekarzy. Czyli nastąpiło takie odbicie i teraz, ze względu na to, że uczelnie zaczęły zwiększać liczbę absolwentów, te pierwsze średnio nowe uczelnie, na przykład Rzeszów, już wypuściły pierwszych absolwentów, ta liczba lekarzy zaczęła nam wzrastać.

Natomiast tutaj widzimy taką dziurę, jeśli chodzi o lekarzy w średnim wieku, około czterdziestki. To jest pokłosie tego, że jakiś czas temu te limity były dużo niższe. Były trochę ponad 2 tys., a więc to było zdecydowanie za mało. Widać też jest sporo lekarzy w wieku starszym, emerytalnym i naprawdę widzimy nawet tych stulatków. Oczywiście ci lekarze podwyższają nam średnią, natomiast, tak jak państwu dalej pokażę, nie wszyscy z nich pracują w pełnym wymiarze godzin. Im starsi, tym wymiar zatrudnienia jest mniejszy, dlatego też nie trzeba ich liczyć tak jak lekarzy, którzy pracują na pełen etat.

Jeszcze to jest bardzo ciekawe, ile godzin w miesiącu pracują lekarze w różnym wieku. Tutaj widać, że lekarze do 59 r.ż. pracują średnio 180 godzin w sektorze publicznym i około 22 godziny w sektorze prywatnym, natomiast powyżej 59 r.ż. to zatrudnienie w sektorze publicznym zdecydowanie spada. W prywatnym natomiast się nie zmienia. Czyli ci lekarze zostawiają sobie pewnie prywatne gabinety, a redukują liczbę godzin, w jakich są zatrudnieni w sektorze publicznym.

Poniżej w tabeli, w podziale na mężczyzn i kobiety, w każdym przedziale wiekowym kobiety pracują nieco mniej niż mężczyźni. To jest myślę bardzo dobrze wytłumaczalne tym, że kobiety pełnią inne role społeczne, że jednak mają przerwy związane z macierzyństwem, z koniecznością opieki nad dziećmi, więc nie są chętne do tego, żeby tak intensywnie pracować jak panowie. No i też wcześniej przechodzą na emeryturę, w związku z tym pewnie w wieku post emerytalnym ta liczba godzin jest zmniejszona.

Jeśli chodzi o limity, na przestrzeni lat 2005-2022 wzrosły one bardzo znacząco. Taka uwaga, o której już mówiłam, że znaczna część absolwentów decyduje się na pozostanie po ukończonych studiach w województwie, w którym studiowali. Generalnie wielkiej migracji lekarzy po kraju nie mamy, tak więc spodziewamy się, że nowe uczelnie będą mogły dostarczać kadry w miejscu, gdzie powstaną.

Te strzałeczki pokazują nam, że jednak na specjalistę w systemie musimy czekać długo i teraz, po zwiększeniu limitów, efekt będzie obserwowany, jeśli chodzi o liczbę specjalistów, dopiero za minimum 11 do 17 lat, ze względu na sześcioletnie studia, rok stażu i około sześcioletni okres specjalizacji. To jest optimum. Jeżeli są jakieś przerwy, związane na przykład z macierzyństwem, to ten okres kształcenia trwa dłużej.

Tutaj widzicie państwo wykres słupkowy – to, jakie były limity przyjęć na studia lekarskie w latach 2005-2022. Widzimy, że to sukcesywnie, relatywnie rośnie. Szczególnie od 2015 r. ten wzrost limitów jest zauważalny.

Liczba studentów jest pokłosiem limitów, więc widać, że ta liczba studentów rośnie. W 2022 r. mamy ponad 40 tys. studentów kierunku lekarskiego. No i też liczba absolwentów. Widać – 2014, 2019 prawie niecałe 3 tys. absolwentów, a w 2022 już ponad 4 tys. absolwentów, a więc przybywa nam lekarzy.

Teraz model podatkowo-popytowy, który określiliśmy nam – zobaczcie państwo – zapotrzebowanie i prognozę na kadry medyczne, konkretnie na lekarzy. Ten model nie wskazuje dokładnie, ilu lekarzy nam brakuje, ale pokazuje trendy, kierunki zmian. Tak więc, na podstawie tych trendów, decydenci w systemie będą mogli podjąć odpowiednie decyzje.

Ważne jest też to, jakie są wnioski, to że liczba potrzebnych lekarzy jest ściśle zależna od czasu pracy. Czas pracy jest związany z wiekiem i płcią oraz zmianami społeczno-demograficznymi. Te zmiany społeczno-demograficzne polegają na tym, że młodzi ludzie, to pokolenie XYZ czy milenialsi, chcą żyć trochę inaczej. Nie chcą żyć tylko dla pracy, ale chcą też korzystać z życia i poświęcić się rodzinie czy przyjemnościom. Możemy oczekiwać, że oni będą chcieli pracować mniej i wtedy tych lekarzy w systemie oczywiście będzie potrzeba więcej. Tak więc te modele zawsze będzie trzeba modyfikować

wprowadzając nowe dane. Jeżeli za jakiś czas okaże się, że odejdą ci najstarsi pracownicy, przyjdą nowi, to te dane mogą się zmienić.

Generalnie – zaraz pokażę wyniki na wykresach – wyniki analizy pokazują, że w najbliższych latach nie powinno nam brakować lekarzy, a nawet będziemy mieli nadwyżkę, ale będzie to zależne od regionów i od wyboru specjalizacji. Zaraz państwu pokażę, jak to wygląda.

Tutaj jest model podaży-popytowy. Tutaj są dwie krzywe. Krzywa czerwona pokazuje nam zapotrzebowanie na lekarzy, natomiast krzywa niebieska pokazuje nam podaż lekarzy. Widać, że już po 2025 r. – według tych danych – nastąpi równowaga i podaż mniej więcej będzie równoważyła popyt. Później te krzywe się rozjadą, czyli będziemy mieli nadpodaż lekarzy. To jest wynik analiz Ministerstwa Zdrowia.

Natomiast tak wygląda wynik analiz Naczelnej Rady Lekarskiej. Tutaj te krzywe również są bardzo podobne. Pokazują nam, że w przypadku tego modelu w najbliższych latach, na początku lat 30., nastąpi to zrównanie podaży i popytu, i później ta podaż będzie przewyższała popyt.

Czy to jest dobre zjawisko? Z jednej strony, może się wydawać dobre, że tych lekarzy nie będzie brakowało. Jednak z drugiej strony, musimy być świadomi, że lekarz jest najdroższym, brzydko mówiąc, elementem systemu, że bardzo drogie jest kształcenie lekarzy, że lekarze mają najwyższe pensje. Wobec tego warto byłoby się zastanowić, czy nas stać na to, żeby lekarzy kształcić niepotrzebnie, czy raczej próbować zbudować ten system opierając się także na innych zawodach medycznych, które będą przejmowały pewne kompetencje i wspomagały lekarza, a także na redukcji biurokracji czy narzędziach cyfrowych, które będą wspomagały lekarzy.

Jeżeli chodzi o lekarzy specjalistów, również wzrosła nam liczba lekarzy specjalistów... Tutaj nie jestem w stanie nic pokazać, niestety, ale w tabelce widzą państwo, że ta liczba specjalistów przyrasta. To nie jest oczywiście duży wzrost, dlatego że ci młodzi lekarze są ciągle na studiach i ciągle są w cyklu kształcenia. Dopiero gdy skończą studia i zwiększy się liczba rezydentów, to zobaczymy więcej specjalistów.

Największy wzrost liczby rezydentur przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia był w takich dziedzinach, gdzie wydawało się, że rośnie zapotrzebowanie, takich jak psychiatria dzieci i młodzieży, rehabilitacja, onkologia, hematologia dziecięca oraz toksykologia. Natomiast nie pokryło się to z wyborami absolwentów. Największy wzrost w przypadku lekarzy, którzy uzyskali te rezydentury, nastąpił w medycynie rodzinnej i psychiatrii. Psychiatria zrobiła się teraz bardzo modna, no bo świat wariuje i coraz więcej potrzeba psychiatrów. Ta potrzeba została dostrzeżona przez młodych lekarzy. Natomiast, niestety, są dziedziny...

Psychiatria dziecięca wygląda inaczej. Mimo to, że zwiększona jest podaż rezydentów z psychiatrii dziecięcej, lekarze tej specjalizacji nie wybierają. Dlaczego? Dlatego, że jest ona niezwykle trudna. Trudno jest leczyć dziecko, które jest bite, molestowane, przypalane papierosami, przykuwane do kaloryfera, gwałcone przez rodziców czy wreszcie niechciane i niekochane i z tego powodu ma problemy. Jest to tak ogromne obciążenie, że mało kto podejmuje tę ścieżkę, która jest naprawdę niezwykle trudna, mimo to, że bardzo łatwo jest o dobre zarobki i o pracę w sektorze niepublicznym. Ta specjalizacja wymaga jakiegoś chuchania i dmuchania i zastanowienia się, jakiego jeszcze wsparcia udzielić tym specjalistom, żeby lekarze wybierali tę specjalizację.

O regionach już mówiłam, to teraz powiem o dziedzinach. Są takie specjalizacje, gdzie rzeczywiście liczba specjalistów nie jest deficytowa, co nie oznacza, że oni są w systemie publicznym. Oni mogą też działać w systemie niepublicznym, ale są w systemie. To dotyczy kardiologii, psychiatrii czy radiologii – sytuacja przedstawia się korzystnie. Natomiast odwrotna sytuacja jest w takich specjalnościach, jak choroby wewnętrzne, pediatria czy na przykład chirurgia ogólna, gdzie liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny jest zdecydowanie wyższa niż lekarzy w trakcie specjalizacji.

Tutaj widzą państwo dwa wykresy do porównania. Górny wykres to jest kardiologia. Widzą państwo – ten wykres jest taki, jak być powinien. Najwięcej specjalistów z kardiologii mamy w średniej grupie wiekowej, ale jest też bardzo dużo chętnych do wybierania tej specjalizacji i z wiekiem oczywiście maleje liczba specjalistów. Tak byśmy chcieli, żeby

to się układało. To jest idealny wykres. Widać obok, że wkrótce podaż kardiologów przekroczy popyt, przy założeniu oczywiście, że bierzemy pod uwagę tych, którzy są w systemie publicznym i niepublicznym.

Natomiast jeśli chodzi o choroby wewnętrzne, popatrzcie państwo, szczyt jest około 60 r.ż., więc ta grupa jest zdecydowanie starsza i nie ma prawie w ogóle młodych. Tych chętnych do 40 r.ż. jest bardzo mało. Jest to więc taka specjalizacja, na którą też trzeba chuchać i dmuchać, dlatego że internisty, który całościowo obejmuje człowieka, nikt nie zastąpi.

Następnie chirurgia ogólna. Druga katastrofa. Też widzicie – średni wiek chirurga ogólnego 60 lat i bardzo mało chętnych. Nie było i nie ma chętnych do podjęcia tej specjalizacji.

Jeśli chodzi o psychiatrię, tutaj mówiłam, że sytuacja jest dobra. Dużo chętnych młodych. Im młodszy, tym wcześniej ten szczyt. Mamy dużo psychiatrów i mamy chętnych do tego, żeby się specjalizować.

Tutaj znowu druga sytuacja przykra. To są choroby płuc, gdzie jest podobnie jak w chirurgii. Nie ma niestety narybku. Tutaj siedzi pani konsultant i kiwa głową. Obie wiemy, że choroby płuc też wymagają wsparcia.

No i radiologia. Tutaj widać, że radiologia cieszy się dużym powodzeniem u osób młodych. Mimo to, że była przejściowa luka, są młodzi chętni, żeby uczyć się tej specjalizacji. Jest przecież radiologia zdalna, cyfrowa, która na pewno tę specjalizację wesprze.

To tyle, jeśli chodzi o lekarzy. Ja nie wiem, czy poruszać inne zawody medyczne, bo już dużo czasu państwu zajęłam. Jeżeli będzie taka potrzeba, to...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę o przedstawienie też informacji dotyczących pozostałych zawodów. To co państwo przygotowali...

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Dobrze, to tak króciutko, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli mi jeszcze dłużej gadać, powiem też o pielęgniarstwie. Nie mam tu tak dokładnie opracowanych materiałów, ale wystarczy, żebyście państwo spojrzeli na te dwie mapki Polski. Widać, że tutaj rozmieszczenie pielęgniarstwa i podaż pielęgniarstwa są zupełnie inne niż w przypadku lekarzy. Oczywiście województwo mazowieckie, ale wschód Polski jest dużo zasobniejszy w pielęgniarstwo niż zachód. Pewnie to jest pokłosie tego, gdzie istnieją szkoły, które kształcą pielęgniarstwo. Może także są jakieś inne czynniki, że jednak zawód pielęgniarstwa jest teraz troszkę lepiej opłacalny i może więcej osób z tych regionów wybiera ten zawód. Także widać, jak to jest w powiatach. Bardzo różnie, ale nie ma takiej sytuacji jak w przypadku lekarzy.

Natomiast w przypadku pielęgniarstwa, zdecydowanie pan pielęgniarstwa i panów – przepraszam – pielęgniarzy jest ciągle za mało. Te krzywe popytu i podaży – widać – się nie przecinają. Tak więc tutaj mamy bardzo dużo do zrobienia. Są tutaj także przedstawicielki, które o tym wiedzą i też będziemy debatować nad tym, jak tę sytuację zmienić.

Takie systemy ochrony zdrowia, gdzie jest dużo lekarzy a mało pielęgniarstwa, działają bardzo źle. Po pierwsze, pielęgniarstwo pełni inną rolę niż lekarze i też są samodzielne. Powinno być jakaś równowaga. A po drugie, nie powinno być też tak, że lekarze przejmują kompetencje pielęgniarstwa, bo niby dlaczego lekarz ma zastępować pielęgniarstwo w pewnych czynnościach, w których one są zdecydowanie lepsze.

Jeśli chodzi o położne, tutaj sytuacja jest bardzo podobna, jak w przypadku pielęgniarstwa, z tym, że problem jest może mniejszy ze względu na to, że niestety w naszym kraju spada liczba urodzeń. Trzeba więc pomyśleć o tym, żeby te panie położne dostały jakiś inny zakres zadań. Na przykład, ja nie rozumiem, dlaczego położna nie może pobrać krwi mężczyźnie. Takie drobniaczki powinny być zmienione. Jeśli chodzi o położne, również wydaje się nam, że to zapotrzebowanie będzie wystarczające, ponieważ liczba kształconych położnych w ostatnim czasie nam wzrosła.

Jeśli chodzi o diagnostów laboratoryjnych, tutaj mamy rzeczywiście dwa mocne regiony, tzn. mazowieckie i podlaskie. Rzeczywiście tam są dobre, mocne uczelnie kształcące kadrę pielęgniarstwa, Uniwersytet w Białymstoku i Warszawski Uniwersytet

Medyczny to są naprawdę mocne ośrodki. Widać także, że województwo małopolskie kształci diagnostów i jest ich tam więcej. Są też białe plamy – województwo opolskie czy województwo lubuskie, gdzie tych diagnostów jest za mało.

Generalnie, ponieważ ubywa nam takich przedstawicieli jak technicy laboratoryjni – techników nie kształci się od wielu lat – nie ma tego średniego personelu w laboratoriach i diagnosty muszą przejmować obowiązki tego średniego personelu. Oczywiście laboratoria też bardzo się zmieniają, bo teraz nie ma raczej przelewania z probówek, mycia szkła itd., ale diagnostyka laboratoryjna idzie w takim kierunku – na przykład diagnostyka genetyczna – gdzie oczekiwane są wysokie kompetencje, bardzo wysokie, i będzie coraz większe zapotrzebowanie na diagnostów specjalistów. Wobec tego tutaj zostawiam kwestię otwartą i może diagnosty zabiorą głos, jakie jest zdanie samorządu.

Jeśli chodzi o fizjoterapeutów, wydaje się nam, że liczba fizjoterapeutów systematycznie rośnie. Oczywiście są też takie ośrodki, gdzie tych fizjoterapeutów jest więcej – Polska południowa. Tutaj bardzo ładnie widać podkarpackie – to kształcenie jest tam na dobrym poziomie – mazowieckie, ale widać też w tych powiatach białe plamy, a ponieważ nie wyobrażamy sobie, żeby proces terapeutyczny odbywał się bez następowej fizjoterapii, wobec tego również ten zawód medyczny musi się rozwijać.

Liczba studentów na kierunku fizjoterapia troszkę się zmniejszyła i prognoza zastępowalności pokoleniowej nie jest najlepsza. Tak więc prawdopodobnie liczba fizjoterapeutów wchodzących na rynek pracy będzie przewyższała tych wchodzących w wiek emerytalny. Zatem również nad tym zawodem medycznym powinniśmy się pochylić.

Farmaceuci. Tutaj jest troszkę inny problem. Zmieniają się zadania farmaceutów. Nie ma już takich obowiązków jak wykonywanie leków własnoręczne w aptekach, więc generalnie jest trochę frustracji wśród młodych studentów, którzy chcieliby mieć bardziej ambitne zadania. Myślmy również o tym, żeby farmaceutów włączyć do zespołu opiekującego się pacjentem, żeby doradzali czy sprawdzali na przykład, czy nie ma jakichś niezgodności między terapiami. Są to więc bardzo ważne zadania. No i ta porada farmaceutyczna, która też powinna się rozwijać, być może zachęci młode osoby do tego, żeby podejmowały ten zawód. Dziękuję serdecznie i czekam na państwa głosy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo pani minister za przygotowanie takich szczegółowych materiałów. Teraz otwieram dyskusję. Rozumiem, że izba lekarska w tym momencie, czy samorząd... No to dobrze. To może zrobimy tak, że w takim razie ja poproszę przedstawicieli wszystkich samorządów zawodów medycznych, którzy chcieliby w tym momencie przedstawić swoje stanowisko w tej kwestii, a potem rozpoczniemy dyskusję o wszystkich zawodach medycznych, żeby już nie dzielić. No właśnie, pani poseł podpowiada, żeby w miarę streszczać się. Bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor:

Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej. Ja przede wszystkim chciałbym podziękować pani minister, bo te dane są dużo lepsze niż te, które dostaliśmy na początku pracy tej podkomisji. Rzeczywiście one są oparte na dosyć solidnych podstawach i myślę, że możemy już teraz zastanowić się bardziej koncepcyjnie, a nie tylko nad tą krytyką, że nie mamy o czym myśleć...

Przed wszystkim różnica, bo mamy 3,6, dane ZUS-u, jeżeli chodzi o lekarzy, 4,2 dane izbowe. To wynika z tego, że członkiem izby lekarskiej lekarz jest właściwie tak długo, jak żyje. I nawet jeżeli jest lekarzem emerytem i już nie pracuje, ale wystawia na przykład receptę sam dla siebie, to on będzie figurował u nas w rejestrze. A ponieważ wiemy, że lekarzy w wieku emerytalnym mamy ponad 30%, dokładnie 33, dlatego też pewnie wliczając ich do tych aktywnie pracujących wychodzi nam 4,2, nie 3,6. Przypuszczam więc, że prawda będzie bliżej tego 3,6 niż tego 4,2.

Druga sprawa. Jeżeli chodzi o to, zobaczymy, że rzeczywiście problemem jest ten niedobór specjalistów i że jego zapełnienie będzie bardzo trudne, jeżeli chodzi o czas. To jest te 11, 12 lat, tak jak było przedstawione. Co zrobić, żeby przynajmniej ta dziura się nie pogłębiała? To, co my cały czas podkreślamy, że wydaje się, iż dla lekarza w Polsce w tej chwili najważniejszym elementem – to widać po tych młodych ludziach, jak wybierają

specjalizację – są przede wszystkim warunki pracy i bezpieczeństwo prawne wykonywanej pracy. Młodzi lekarze nie chcą wybierać specjalizacji typu neurologia, gdzie wiadomo, że są ciężkie dyżury, gdzie są bardzo ciężkie przypadki, gdzie trzeba się po prostu na tym dyżurze napracować. Wolą radiologię, gdzie czas pracy można sobie dostosować. Kiedy człowiek ma wolne, to siada i te badania przed komputerem opisuje, i może sobie zrobić przerwę, i może sobie zrobić kawę itd.

Natomiast druga sprawa, dlaczego chirurgia. No przede wszystkim te specjalności zabiegowe obciążone są bardzo dużym ryzykiem powikłań, a więc również pozwów i później ewentualnych kar. A jak wiemy – co my cały czas podkreślamy – w Polsce w tej chwili za niezawinione błędy, tak naprawdę za powikłania, może lekarzowi grozić nawet kara więzienia. Apelujemy więc tutaj – jeżeli chcemy to szybko zmienić, to działajmy w tym kierunku, żeby poprawić organizację pracy i żeby zmienić prawo.

I ostatnia rzecz. Ja jestem akurat i kardiologiem i internistą, więc bardzo mnie zainteresowały te dwa wykresy. Powiem, że jeżeli chodzi o kardiologię, to w ówczesnych czasach była bardzo dobra polityka. Ta specjalizacja była bardzo dobrze dofinansowana. Były zwroty za kursy, zwroty za zamieszkanie w trakcie tych kursów. Zresztą jest to bardzo dobra specjalizacja, bo ona jest częściowo zabiegowa i młodzi ludzie się do niej garną, i dlatego mamy tak, jak mamy.

Jeżeli chodzi o choroby wewnętrzne, no to jest zdecydowanie gorzej. Ta specjalizacja jest mniej popularna, ale co my w związku z tym robimy – o tym z panem dyrektorem mówiłem – poprzez zwiększenie wymagań akredytacyjnych zmniejszamy liczbę miejsc specjalizacyjnych akredytacyjnych na internę. Oczywiście ich jest dość, ich nie brakuje, ale gdy na przykład ktoś będzie miał sobie wybrać, czy otwiera internę czy kardiologię w Bielsku, to sobie wybierze kardiologię, bo będzie miał więcej miejsc, a internę będzie musiał robić albo na jednym oddziale, który tam został, albo pójść gdzieś poza Bielsko, ponieważ dotychczas było tak, że oddziały takie jak na przykład kardiologia czy gastroenterologia, czy nefrologia mogły kształcić zarówno w tej dziedzinie specjalizacyjnej swojej, jak również w internie. W tej chwili, według tych nowych wymagań, one wszystkie, jeden po drugim, miejsca internistyczne tracą.

Jeżeli więc mamy taki wykres i taki niedobór młodych ludzi, to działajmy w drugą stronę. Działajmy tak, żeby ułatwić i zachęcić do wybierania tej specjalizacji. Myślę, że nad tym powinniśmy razem pracować. Jako samorząd deklarujemy współpracę z ministerstwem, ale i z CMKP. Jeżeli można, nasz pan ekspert chciałby tylko zwrócić uwagę odnośnie do konkretnych danych, które tutaj troszeczkę się różnią od naszych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. To może nie dwa słowa, tylko dwa zdania.

Członek Zespołu ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia NRL Krzysztof Zdobylak:

Dobrze. Dziękuję. Krzysztof Zdobylak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia. Również chciałbym podziękować za te analizy, które zostały przygotowane, a także za dołączenie naszych analiz do materiałów. Traktujemy to jako wyraz uznania dla pracy, którą realizujemy od początku tego roku.

Cieszy, że zgadzamy się odnośnie do kierunku. To znaczy, niedobór lekarzy w tym momencie w Polsce jest niewielki. Zostanie on praktycznie zniwelowany przez ukończenie studiów przez osoby, które już je rozpoczęły.

Oczywiście w kilku miejscach możemy dyskutować. Po pierwsze, odnośnie do liczby godzin, które pracują lekarze. Wydaje się nam, że jednak jest to liczba nadal troszkę zaniżona. Musimy pamiętać, że jeśli założymy, że w przyszłości lekarze będą pracowali średnio po 180 godzin miesięcznie, to młodzi lekarze będą pracowali znacznie więcej. To raz. A dwa, że w całej Europie obserwujemy jednak trendy zmniejszania tej liczby godzin do tego stopnia, że nawet 1/5 lekarzy w krajach zachodnich pracuje na mniej niż pełny etat. Musimy więc przy takich analizach uwzględnić te czynniki.

Nie demonizowałbym także tej średniej wieku lekarza, która w tym momencie, jak wskazujemy, wynosi ponad 50 lat. Porównaliśmy to z innymi państwami i jest to zaledwie o 2-3 lata więcej niż w innych państwach, a biorąc pod uwagę skalę kształcenia,

którą mamy obecnie, bardzo szybko zmierzamy w kierunku nawet poniżej tego średniego wieku, który widzimy w innych państwach.

Myślę, że warto podkreślenia jeszcze raz jest to, że nie ma tutaj miejsca taka prosta logika pt. „są kolejki do lekarzy, to znaczy, że brakuje lekarzy”. Kolejki do lekarzy wynikają, po pierwsze, z tego, że lekarze poświęcają nadmierną część czasu swojej pracy na wypełnianie biurokracji zamiast na leczenie pacjentów, a po drugie, że brakuje przedstawicieli innych zawodów medycznych. Jak wykazywaliśmy, na przykład liczba pielęgniarek, w porównaniu z efektywnymi systemami ochrony zdrowia, jest w Polsce dwa razy niższa. To znaczy, że lekarze bardzo często na oddziałach wykonują po prostu zadania, których nie muszą i nie powinni, nie mówiąc już o absolutnym braku asystentów lekarzy, niedoborach sekretarzy, opiekunów pacjentów itd.

To, czego troszkę jeszcze zabrakło, a jest naturalnym następnym krokiem, o którym musimy dyskutować, to jest to, jakie działania podejmie ministerstwo na podstawie tych analiz. Myślę, że wszyscy dochodzimy tutaj do wniosku, że obecnie proponowane limity kształcenia na kierunkach lekarskich są nadmierne i doprowadzą nas do nadpodaży lekarzy już w ciągu kilku lat, a w efekcie do tego, że będziemy kształcili lekarzy...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę zmierzać do brzegu...

Członek Zespołu NRL Krzysztof Zdobyłak:

...na eksport. Tak. Ja bym zaproponował taki prosty eksperyment myślowy, że jeśli będziemy przez każdy rok przyjmowali 8 tys. osób na kierunki lekarskie, ukończy je około 6,5 tys. rocznie, to nawet zakładając, że nie zmaleje nam liczba populacji w Polsce, bardzo szybko dojdziemy do wskaźnika 7 lekarzy na tysiąc. Jest to wartość, której w tym momencie nie osiąga żadne państwo w naszej grupie porównawczej efektywnych systemów. Niektóre kraje skandynawskie rozważały możliwość tak dużej liczby lekarzy i odrzuciły ją ze względu na to, że żaden system ochrony zdrowia nie jest w stanie ponieść takich kosztów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. Proszę się przedstawić do protokołu.

Przewodniczący-elekt Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie Wojciech Załuska:

Czy mogę zabrać głos, pani przewodnicząca?

Ekspert Pracodawców RP Paweł Łangowski:

To nie wiem, czy pan, czy...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę, panie profesorze.

Przewodniczący-elekt KRAUM, rektor UM w Lublinie Wojciech Załuska:

Wojciech Załuska. Reprezentuję jako przewodniczący-elekt Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Kontynuując nasze rozważania z wczoraj, chciałbym podkreślić to, co jest niezwykle ważne – pilnowanie w edukacji medycznej jakości kształcenia. Tutaj ze wsparciem Polskiej Komisji Akredytacyjnej uważam, i uważamy, że kształcenie lekarzy powinno być na bardzo wysokim i pilnowanym, monitorowanym poziomie. Odnośnie do tego nie ma najmniejszych wątpliwości.

Ponieważ 38 lat pracuję w specjalizacjach takich jak choroby wewnętrzne, hipertensjologia, nefrologia, zdrowie publiczne i transplantologia kliniczna, jest to dosyć szerokie spektrum, niemniej jednak mam doświadczenie z pracy klinicznej i również wieloletniej pracy w Niemczech Zachodnich i Stanach Zjednoczonych, w celu porównania pewnych modeli... Tutaj chciałem zwrócić uwagę na to, co pani minister bardzo mocno, wydaje mi się, podkreślała – organizacja pracy, szanowni państwo. My musimy postawić na lepszą organizację pracy z kompetentnym wykorzystaniem wszystkich członków zespołów medycznych. W mojej specjalizacji, na przykład w nefrologii, gdzie panie pielęgniarki jeszcze w zdecydowanej większości, bo pielęgniarzy jest znacznie mniej, stanowią główną siłę, jeśli chodzi o leczenie pacjentów. Zadbanie również o to, żeby te bardzo

wykształcone osoby miały szanse na trochę wyższy poziom referencji. Tutaj myślimy na przykład o zaproponowaniu wprowadzenia takiej pozycji advanced clinical nursing, czyli zaawansowanej klinicznie. Musimy myśleć o tym, o czym wspominaliśmy, o asystentach lekarza, asystentach pielęgniarek, także innych członkach.

Chciałbym powiedzieć, że w naszej uczelni już prowadzimy studia z udziałem wszystkich, również farmaceutów, pielęgniarek, czyli przedstawicieli wszystkich dyscyplin, na tych samych zajęciach, w tych samych zespołach. Oni mają zajęcia kliniczne i to daje bardzo dobry wynik, ale przede wszystkim też w poczuciu kompetencji, w ramach bardzo trudnych, ciężkich studiów, bo farmaceuci mają bardzo trudne studia, tak jak zresztą i lekarze, i pielęgniarki u nas w kraju.

Mnie się wydaje, że my jesteśmy naprawdę reprezentatywną grupą w sensie międzynarodowym. Z mojego rocznika – w 1986 r. skończyłem studia – 20% wyjechało do Stanów Zjednoczonych, Kanady, Wielkiej Brytanii i Skandynawii. 96% pracuje w zawodzie. Tak więc chciałbym zwrócić uwagę nie tylko na liczbę lekarzy. Proszę zwrócić uwagę na to, co stało się w Hiszpanii w chwili obecnej. W Hiszpanii jest za dużo absolwentów, za dużo lekarzy. Nie mają pracy. Szukają pracy.

Ten podział kompetentny zespołów medycznych jest również bardzo ważny. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że będziemy bardzo prosić ministerstwo, żeby wspomogło nas w działaniach w ramach specjalizacji tych szczególnie trudnych. Jestem przerażony tym, co dzieje się z oddziałami chorób wewnętrznych, szczególnie w szpitalach powiatowych. Między innymi w moim regionie, gdzie były naprawdę świetne oddziały chorób wewnętrznych. To się diametralnie zmieniło na skutek tych zjawisk, o których mówimy – zatem to trzeba zmienić – i też charakteru specjalizacji. Dla nas każdy, kto robił specjalizację czy podspecjalizację nazwijmy to w ramach chorób wewnętrznych, najpierw musiał mieć specjalizację z chorób wewnętrznych. To było niezwykle ważne.

Zatem wydaje mi się, że ten trend, cały czas z błaganiami o jakość i monitorowanie procesów... Dwa dni temu miałem zaszczyt być w komisji nefrologicznej, i to co nasi pacjenci pokazali... Niezwykle jesteśmy zadowoleni ze współpracy ze stowarzyszeniami pacjentów, którzy nas bardzo wspierają, o czasie spostrzegają te wszystkie problemy, o których mówimy. Co się dzieje z tym, że zabierają nam łóżka nefrologiczne? Gdzie będziemy leczyć? To są podstawowe pytania. Postulowałbym, żeby w takich komisjach uczestniczyły też organizacje pacjentów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te cenne uwagi. Tak, bardzo proszę i później po kolei...

Ekspert Pracodawców RP Paweł Łangowski:

Paweł Łangowski, przewodniczący podzespołu do spraw ochrony zdrowia przy Radzie Dialogu Społecznego i członek Zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej. Bardzo dziękuję ministerstwu za przedstawione analizy, natomiast chciałbym dopytać o dwie rzeczy.

Wspomnieli państwo, że będą państwo planowali taką analizę, matrycę kompetencji poszczególnych zawodów medycznych, po to, żeby przeanalizować... Myślę, że to jest bardzo dobra inicjatywa. To też zostało podniesione na poprzednim posiedzeniu podzespołu, że taka analiza i pogrupowanie tych kompetencji na poszczególne zawody medyczne byłoby na pewno wartościową inicjatywą, tylko chciałbym zapytać, kiedy. Czy państwo planują jakiś terminarz prac? Czy znają państwo datę, kiedy ta analiza zostanie zakończona lub przedstawiona?

I druga kwestia. Czy zapowiadana przez państwa analiza przekrojowa także innych sektorów ochrony zdrowia na rynkach zagranicznych zostanie uwzględniona i jakie będą wnioski? Co państwo planują zrobić z tą analizą i w jakim zakresie chcieliby państwo to wpłatać do polskiego systemu prawnego?

Natomiast moje drugie pytanie dotyczy kwestii analizy popytowo-podażowej. Wspominali państwo, że jest planowana mapa takich potrzeb zdrowotnych i dzisiaj pani minister Leszczyna zapowiedziała, że tego typu analiza będzie prowadzona we współpracy z wojewodami. Teraz pytanie, czy państwa analiza, którą państwo planują we współpracy z wojewodami, będzie kontynuacją mapy potrzeb zdrowotnych, która była do tej pory prowadzona, czy jakby wymyślaniem koła na nowo w tym zakresie? Myślę bowiem,

że to jest ważny element, czy to jest kontynuacja dotychczasowych działań instytucjonalnych czy jakaś nowa inicjatywa. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo, i po kolei, bardzo proszę. Za moment, tylko tutaj pani, bardzo proszę.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintał-Ślimak:

Szanowni państwo, Monika Pintał-Ślimak, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych. Ja bym chciała odnieść się do tych informacji, które przedstawiła pani minister. Rzeczywiście, jeżeli chodzi o zawód diagnosty laboratoryjnego, mamy problem liczby specjalistów z zakresu medycyny laboratoryjnej. Możemy się kształcić w 13 dziedzinach medycyny laboratoryjnej, jednakże jeszcze do ubiegłego roku finansowanie specjalizacji diagnostyki laboratoryjnej ponosili sami. Nie była ona finansowana z budżetu państwa, a w tej chwili jest jedynie dofinansowywana, więc cała trudność podjęcia specjalizacji 3-4-letniej ciążyła na osobach, które w systemie ochrony zdrowia jeszcze do niedawna bardzo mało zarabiali. Taki mamy problem.

Też bardzo prosimy, wnosimy i czekamy na aktualizację standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna. Co jeszcze? Na pewno następną barierą, którą sprzyja temu, że diagnostyki nie podejmują trudu specjalizacji jest to, że specjaliści, którzy nie są kierownikami laboratoriów, bardzo często nie są wynagradzani tak, jak wynikałoby z siatki płac. To jest ten problem, z którym na pewno się spotykamy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. I pani prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych...

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Ja w uzupełnieniu danych, które pani minister przygotowała na dzisiejsze spotkanie, chcę powiedzieć, że zgadzam się z tym, co powiedziała pani minister, natomiast niestety – tak jak tutaj było przedstawione – mamy problem z grupą zawodową pielęgniarek i położnych. Można te problemy podzielić faktycznie na te dwie grupy. Z jednej strony, dramatycznie brakuje nam pielęgniarek. Średnia wieku pielęgniarki w tej chwili dobiega 55 lat i mamy tylko około 8% młodych osób, które stanowią system ochrony zdrowia.

Kolejny problem, to są nasze koleżanki, panie położne, które w związku z likwidacją oddziałów położniczo-ginekologicznych za chwilę zostaną bez pracy. To jest województwo świętokrzyskie, to będzie województwo podkarpackie i oczywiście szpitale powiatowe, gdzie już zaczyna się to dziać. Stoimy więc przed dylematem, co zrobić z naszymi koleżankami położnymi, które nie będą miały miejsc pracy.

Ponadto chciałabym też zwrócić uwagę – nie wiem, czy moją opinię podzieli pan, który reprezentuje KRAUM – że mamy bardzo dużą grupę osób, które już są po kosmologii i wstępują w szeregi uczelni medycznych na wydziałach pielęgniarstwa, aby zdobyć dodatkowe uprawnienia, i te osoby – to jest około 30% – w ogóle nie trafiają do systemu. To są osoby, które w dalszym ciągu działają w medycynie estetycznej, mając w ich mniemaniu dodatkowe uprawnienia do przerywania ciągłości tkanek. Zatem też będziemy musieli zastanowić się, co zrobić, żeby osoba, która skończyła tak trudne studia, niejednokrotnie finansowane ze środków publicznych, zasilila szeregi publicznej ochrony zdrowia.

Było już tu też powiedziane, że warto by było zastanowić się nad wykorzystaniem potencjału pielęgniarek, tych które faktycznie mają wysokie kwalifikacje i które mają bardzo dużą praktykę w danej dziedzinie. My oczywiście pracujemy nad kompetencjami, ale wśród tych kompetencji dostrzegamy już możliwość wprowadzenia zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa i położniczej, która daje bardzo dużą samodzielność, co oczywiście będzie się też wiązało z dużą odpowiedzialnością za to, co będą wykonywały nasze koleżanki.

Jednak z drugiej strony, mamy poważny problem. Tak jak było tu wskazane, województwa dolnośląskie, lubuskie i zachodniopomorskie, to są województwa z dramatycznym brakiem pielęgniarek i położnych. Natomiast na Podkarpaciu, z kolei w województwie lubelskim jest dramatyczny wzrost liczby pielęgniarek, które już ukończyły system

kształcenia. Trudno jest podjąć decyzję i przenieść się na przykład do zachodniopomorskiego czy lubuskiego, bo Podkarpacie to są z reguły rodziny, to są więzy rodzinne, to już jest założona rodzina.

Mało tego, nie mamy możliwości, żeby wesprzeć naszą grupę zawodową chociażby w mieszkania, dofinansowanie do mieszkań, a koleżanki, które podjęły decyzję o pracy w Niemczech, dostały mieszkania i one do Polski już nie wrócą. Pytałam, czy nawet przy wzroście wynagrodzeń, które w tej chwili mamy, nie podejmą takiej decyzji. Powiedziały, że nie, bo tam pensja pielęgniarki i tak jest w tej chwili trzykrotnie wyższa niż w Polsce.

Natomiast w tej chwili obserwujemy powrót naszych koleżanek z wysp brytyjskich, tylko mamy kolejny problem i musimy się z tym zmierzyć. Myślę, że z Ministerstwem Zdrowia będziemy musieli to przeanalizować, ponieważ to są już obcokrajowcy i podlegają wszystkim tym regulacjom, którym podlegają również Ukrainki, chociaż – z całym szacunkiem – Ukrainki miały lepszą sytuację ze względu na wojnę. A to są nasze koleżanki, które władają językiem polskim, ale wykształciły się w Wielkiej Brytanii. Zatem tych złożonych elementów dotyczących grupy zawodowej pielęgniarek i położnych jest niezwykle dużo i naprawdę trzeba podjąć wspólną decyzję i analizę, co dalej robimy w tym kierunku. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, później pani profesor, która się zgłaszała, i tam na końcu... Tylko bardzo państwa proszę o zwięzłość, bo czas ucieka, a jeszcze... Właśnie, może pytania do pani minister albo krótkie przedstawienie różnic w patrzeniu na niektóre sprawy, które pani minister przedstawiła, bo potem jeszcze posłowie chcą wypowiedzieć się na ten temat. Bardzo proszę.

Ekspert Pracodawców RP Łukasz Fijałkowski:

Dzień dobry. Łukasz Fijałkowski, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, farmaceuta, nauczyciel akademicki. Nie widzę żadnych reprezentantów samorządu zawodu farmaceuty, więc pozwolę sobie zabrać głos... O, dzień dobry. No to tylko króciutko.

Generalnie bardzo się cieszę, że Ministerstwo Zdrowia zwróciło uwagę na farmaceutów jako też element tych zespołów terapeutycznych, więc myślę, że wszyscy tutaj przedstawiciele zawodów medycznych zgadzają się, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Wydaje się, że rzeczywiście liczba farmaceutów jest wystarczająca, natomiast myślę, że trzeba reagować wcześniej.

To, na co chcę zwrócić uwagę, to progi przyjęć. Tutaj pan rektor też to wskazywał, jeżeli chodzi o farmaceutów. W tym momencie progi przyjęć na farmację są rekordowo niskie. Chcę zwrócić państwa uwagę na to, jeśli chodzi o te trudne studia, że praktycznie wystarczy zdać maturę z chemii i z biologii na 30%, żeby dostać się na farmację. Zatem oprócz liczby studentów, jakość studentów też jest niezwykle ważna. To, że farmacja to jest często drugi, trzeci, czwarty wybór, to już jest pierwszy sygnał. Myślę więc, że w tych analizach, które Ministerstwo Zdrowia robiło, wysokość progów także wskazuje popularność danego kierunku, bo w tym momencie farmacja jest rekordowo nisko. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie, ponieważ mamy tu przedstawiciela prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej, jest pan Tomasz Baj – przepraszam, że nie przywitałam osobiście – ale w tym momencie... Pani profesor, za moment, a oddam głos, żeby już tak kompleksowo temat...

Członek prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej Tomasz Baj:

W uzupełnieniu do kolegi farmaceuty. Dzień dobry państwu. Tomasz Baj, Naczelna Izba Aptekarska, również pracownik uczelni medycznej w Lublinie.

Bardzo dziękuję za tę analizę, jeśli chodzi o farmaceutów i stwierdzenie, że w celu uatrakcyjnienia naszego zawodu potrzebne są zmiany. Cieszę się, że ministerstwo widzi i powiększa możliwości, które są dla farmaceuty. Również bym prosił o tę opiekę farmaceutyczną, o której pani minister była skłonna wspomnieć, ponieważ nasi absolwenci są przygotowani do realizacji różnych zadań. Myślę więc, że włączenie ich do systemu

ochrony zdrowia odciążąłoby troszeczkę ten system i pomogło zarówno lekarzom, jak i pacjentom, naszemu społeczeństwu. Tak więc, dziękuję bardzo.

Natomiast odnośnie do limitów, faktycznie tak jest, ale myślę, że jest to również związane z atrakcyjnością tego zawodu i ciężkością tego zawodu. Tak jak Jego Magnificencja Rektor wspomniał, są to ciężkie studia, natomiast później ta praca w aptece jest dosyć ciężka i myślę, że tutaj jest ten problem. Natomiast kierunek podjęty przez ministerstwo uważam za słuszny i myślę, że to uatrakcyjni i zwiększy popyt na nasze studia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. I teraz bardzo proszę, pani profesor.

Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Bardzo dziękuję. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie chorób płuc, ale reprezentuję też Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. Chcę powiedzieć, że choroby płuc są specjalizacją wyjątkowo niedoszacowaną, niedocenianą i niedofinansowaną od lat.

Ja bardzo dziękuję pani minister za tak wnikliwy raport. To jest pierwszy raport, proszę państwa, dotyczący kadry lekarskiej tak bardzo analitycznie, całościowo podchodzący do wszystkiego, pokazujący nie tylko rzeczywistą liczbę lekarzy. My zwracaliśmy uwagę na to, że to, co jest w izbie lekarskiej pokazywane – na co zresztą zwrócił uwagę pan doktor – nie jest pełnym obrazem.

Ja chcę tylko zwrócić uwagę na to, że na specjalizację trzeba też spojrzeć z punktu widzenia zdrowia publicznego, jeżeli choroby płuc są jednym z pięciu najważniejszych problemów zdrowia publicznego. Lekarze specjaliści chorób odpowiadają za diagnostykę raka płuca. Nie ma innej specjalizacji poza torakochirurgią, która rozwiąże ten problem.

Rak płuca jest zabójcą nr 1, w przypadku którego 23 tys. Polaków umiera, a rozpoznanie to jest 21 tys. Czyli rozpoznajemy raka płuca stanowczo za późno, i to jest rola pneumonologów. Kolejne, to inne choroby populacyjne, takie jak przewlekła obturacyjna choroba płuc i inne.

Ja chcę zwrócić uwagę jeszcze tylko na jedną rzecz. Pracujemy w tej chwili z Ministerstwem Zdrowia i z NFZ-em. Myślimy o odwróconej piramidzie świadczeń. Nie uda się tego zrobić, jeżeli nie będzie lekarzy, bo żeby odwrócić piramidę świadczeń musi być więcej lekarzy ambulatoryjnych.

Chcę jeszcze powiedzieć, uzupełniając analizę, którą przekazała pani minister, w Polsce mamy 1450 lekarzy aktywnie pracujących w zakresie chorób płuc, plus 45%, którzy są w wieku emerytalnym. Średni wiek to 58 lat. Analizy pokazują zastępowalność. Wśród tych specjalizacji, gdzie nie będzie zastępowalności, są właśnie choroby wewnętrzne, chirurgia i choroby płuc. W 2027 r. ubędzie 330 lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny, a nie będzie lekarzy, których wykształcimy, i to jest ważne.

Taki mój wniosek, po raz kolejny, ażeby specjalizacja choroby płuc była specjalizacją priorytetową. Zwrócił na to uwagę pan doktor Komor, że kiedy kardiologia była specjalizacją priorytetową, był rozwój tej dziedziny. Nasza specjalizacja też w dużej mierze opiera się na diagnostyce inwazyjnej. Dużo jest tych inwazyjnych technik – zaburzenia oddychania w czasie snu. Za chwilę mamy zmiany ICD 11 – nowa klasyfikacja chorób, w której będą zaburzenia snu i czuwania, olbrzymia grupa, której nie było dotychczas. Pulmonolodzy są do tego przygotowani, ale oni muszą być. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, pani Krystyna Ptok. Bardzo proszę.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Krystyna Ptok:

Dzień dobry. Witam wszystkich bardzo serdecznie. Chciałabym dodać kilka słów do tego, co powiedziała pani prezes, że w tej chwili mamy w systemie 1/3 pielęgniarek w wieku emerytalnym, po emerytalnym – 90 tys. Tak jak powiedziałyśmy, średnia to 55 lat, czyli bardzo krótki okres 5 lat i mamy 3/4 pielęgniarek w wieku emerytalnym, w ciężkiej, fizycznej pracy. Powiem, że młodzi... Niestety, mamy sytuację taką, że licencjatka

nie zarabia w tej chwili nawet średniej krajowej. Patrząc na to pokolenie XYZ i sytuację, że rodzice pytani czy wybraliby zawód pielęgniarstwa dla swojego dziecka odpowiadają, że nie, że chętniej inny, powinniśmy się zastanowić nad mechanizmami, które spowodują uatrakcyjnienie zawodu, wypromowanie tego zawodu, bo ostatnio były analizy dotyczące zastępowania zawodów sztuczną inteligencją. Powiem, że pielęgniarstwo jest na drugim miejscu wśród osób, które nie zostaną sztuczną inteligencją zastąpione.

Miałabym ogromną prośbę, żeby takie dane dotyczące pielęgniarstwa też zostały przedstawione nam dogłębniej, tak jak w przypadku grupy zawodowej lekarzy, bo nie sądzę... Koledzy lekarze nie są zainteresowani tym, żeby wykonywać czynności pielęgniarstwa. Powiem to zupełnie inaczej – jesteśmy przygotowani do zawodów. Powiem, że to jest dobry kierunek, bo niestety, jeszcze jest styl ordynatorski w wielu oddziałach a szkolenie wszystkich razem w tych zespołach już w okresie studiów powoduje, że mechanizm tego zespołu terapeutycznego i tych działań wspólnych na zasadzie uzupełniania swoich kompetencji jest jak najbardziej pożądanym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. I bardzo proszę, pani Biadun.

Dyrektor ds. prawnych i procedur Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów Dobrawa Biadun:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Dobrawa Biadun, Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Ja tylko dwa zdania chciałabym powiedzieć tak uzupełniając. Jeśli chodzi o liczbę kadry, która wchodzi na rynek pracy, to żeby państwu tylko tak uzmysłować, to 2,21 i taki pik w górę, to wynikało z tego, że kończyło się kształcenie w systemie bolońskim. Wtedy było 3+2, więc te osoby, które jeszcze miały licencjat, a mogły się dostać, kończyły studia magisterskie. A już 2022 r. to są już absolwenci pięcioletnich jednolitych studiów. Dlatego jest ta różnica. Zatem tutaj jakby nic się nie zmieniło, jeśli chodzi o liczbę studentów, którzy wchodzi, tylko po prostu zmienił się system kształcenia.

I druga rzecz, na którą chciałabym zwrócić uwagę, z jednej strony dziękując Ministerstwu Zdrowia, że podjęło się trudu, aby na dzisiaj, na razie ze środków unijnych, dofinansować specjalizacje. Natomiast my widzimy tutaj możliwość, aby specjaliści przejmowali pewne kompetencje, które mają i wspierali lekarzy czy pielęgniarstwa. Ważne jest, żeby stworzyć jakiś mechanizm, taki już stały, dofinansowania specjalizacji, bo ona jest długa i dość kosztowna. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. To już chyba ostatnie zgłoszenie. Bardzo proszę.

Członek Zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych Paweł Pikul:

Dzień dobry państwu. Paweł Pikul, członek zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, również dyrektor szpitala powiatowego. Na wstępie chciałbym podziękować pani minister za przedstawienie prezentacji, która, jak można powiedzieć, w bardzo dobry sposób odzwierciedla sytuację, jaka jest na rynku lekarskim. Ja akurat reprezentuję województwo podkarpackie, gdzie widzieliśmy, że cierpimy tak naprawdę na brak lekarzy, a w szczególności w szpitalach powiatowych. Również zachęcałbym do tego, żeby wzmocnić i sprawić, żeby powstały mechanizmy, które pozwolą na to, by przyszli lekarze wybierali jednak chirurgię ogólną czy choroby wewnętrzne, bo to pozwoli zabezpieczyć nam te podstawowe świadczenia w szpitalach powiatowych.

Proponowałbym jednak zastanowić się nad liczbą specjalizacji. Uważam bowiem, że w dniu dzisiejszym mamy na tyle rozdrobnioną tę liczbę specjalizacji, że w naszym systemie powinna być zdecydowanie mniejsza. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję państwu za bardzo ważne uwagi. Rozumiem, że teraz państwo posłowie chcieliby się wypowiedzieć. Bardzo proszę, może pani poseł Elżbieta Gelert.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Też przyłączę się do podziękowań, bo wydaje mi się, że gdyby ta prezentacja była chociaż częściowo pokazana wczoraj na posiedzeniu Komisji, to może nie byłoby takiego zdenerwowania i niepotrzebnych uwag, które akurat wszyscy z nas posłów mieli na ten temat. Natomiast tutaj jest zdecydowanie lepsza wiedza nas wszystkich i za to dziękuję.

Ja myślę, że niezmiernie ważną i istotną sprawą jest właśnie ta matryca kompetencji zawodów medycznych. Myślę, że jeżeli to faktycznie dopracujemy i to ujrzy światło dzienne, to będzie to zarówno dobre dla dyrektorów szpitali, dla poszczególnych zawodów, jak i dobre do kształtowania płac, żeby nie było wątpliwości, jak one mają się odbywać. Sądzę więc, że tutaj należałoby bardzo za tym optować i żeby to ujrzało jak najszybciej światło dzienne.

Mam też kilka uwag, po wysłuchaniu państwa. Na pewno farmacja kliniczna jest niezmiernie istotna i ważna... To znaczy, kliniczna, Przepraszam. Farmacja jako farmacja, natomiast na pewno zdecydowanie ciekawsza jest farmacja kliniczna, czyli farmaceuty, którzy pracują w szpitalach, bo tam – no może też w zależności od tego, jak dyrektor pozwoli – jednak uczestniczą w grupach terapeutycznych łącznie z lekarzami. W związku z tym ta praca może wydawać się ciekawsza niż tego farmaceuty w aptece. Tym bardziej, że ta ustawa „apteka dla aptekarza” wprowadziła chyba to, że z taką małą liczbą punktów można dostać się na farmację. Myślę więc, że tutaj jest bardzo ważna sprawa, żeby uaktualnić całe kształcenie farmaceuty, ale przede wszystkim to kształcenie specjalistyczne później.

Specjalizacje. Słyszałam od państwa, że specjalizacje należałoby jak gdyby uatrakcyjnić. Pewnie coś w tym jest, tylko dokąd będziemy brnąć w tym uatrakcyjnianiu tych specjalizacji.

Pewnie, że kardiologia inwazyjna 20 lat temu to była nowość i naprawdę chęć młodych ludzi do pracy w kardiologii inwazyjnej była bardzo duża. W związku z tym tak duży był nabór lekarzy. To było już 25 lat temu, można powiedzieć. Wtedy faktycznie wszyscy młodzi adepci chcieli się kształcić w kardiologii inwazyjnej.

W pulmonologii wydaje się, że w tej chwili też jest tak mnóstwo metod diagnostycznych, że jeżeli by je wyjąć i pokazać młodym adeptom, to może też by byli o wiele bardziej zainteresowani, tak jak w przypadku gastroenterologii. Bo zobaczcie państwo, co się dzieje w tej chwili. Mnóstwo ludzi chce robić gastroenterologię, bo jest niezmiernie ciekawa, też na pograniczu zabiegówki, czyli też metod chirurgicznych. I takich metod chirurgicznych jest coraz więcej w połączeniu z zachowawczymi metodami.

A to, że część pielęgniarek przejdzie do pracy, wykorzystując oczywiście uprawnienia pielęgniarki... Żeby je wykorzystywać, to muszą być w bazie pielęgniarek, muszą być w izbie pielęgniarskiej. To tak nie może być, że pójdzie prywatnie pracować i będzie mogła naruszać ciągłość tkanek nie będąc w izbie. To już izby muszą zadbać o to. Ale czy to piętnować, to nie wiem. To też jest wybór człowieka. Nie wszyscy dermatolodzy pracują w dermatologii. Może po części jest im to potrzebne do czegoś innego. Tak więc byłabym chyba z tym ostrożna.

Tutaj bym bardzo poparła fizjoterapeutów przede wszystkim, bo powiem państwu, że specjalizacji w fizjoterapii jest niezmiernie mało. Miejsc dla fizjoterapeutów, którzy mogliby się kształcić i robić specjalizację w całej Polsce, jest naprawdę bardzo mały procent i do tej pory jest to jedyna specjalizacja, że w 100% robi się ją za swoje własne pieniądze. Myślę, że ministerstwo – zresztą dawało takie sygnały, że też się pochyli nad tym i tak jak diagnostom w jakimś stopniu jednak uchyliło te drzwi i daje możliwość pokrycia w jakiejś części, to i tak samo fizjoterapeutom. Jeżeli bowiem chcemy mieć fizjoterapeutów, którzy byliby partnerami dla lekarzy, w szczególności na neurologów i ortopedów, ale nie tylko, bo przecież i w pediatrii... No, jest dużo możliwości, gdzie fizjoterapeuta może robić specjalizację i gdzie może być tym partnerem.

Apelowałabym więc, że jeżeli można, to trzeba by się pochylić nad większą liczbą miejsc specjalizacyjnych dla fizjoterapeutów, bo faktycznie dużo mogą sami, jeżeli pokończą te specjalizacje. I oczywiście, jeżeli można prosić, żeby zobaczyć, jak ewentualnie można by pomóc finansowo w kształceniu. Ja widziałam ostatnio, że między

25 a 30 tys. kosztuje specjalizacja z fizjoterapii, którą ma pokryć sam fizjoterapeuta. To dobrze, jeżeli danemu dyrektorowi zależy na tym, żeby miał chociaż jednego czy dwóch specjalistów, to trochę mu dopłaci, ale to są koszty chyba nie na pobory takiego pracownika, który jest w grupie szóstej czy w grupie piątej. To tylko taki mój apel, ale dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. I pan poseł Fryderyk Kapinos.

Poseł Fryderyk Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna pani minister, szanowni państwo, przede wszystkim – może zacznę trochę inaczej – podziękuję tutaj pani przewodniczącej podkomisji, że... Nie, nie „łubudubu”, tylko że posiedzenia tej podkomisji są dobrze prowadzone i każdy ma możliwość wypowiedzenia się. To też jest bardzo ważne, tak więc bardzo dziękuję. Nie krzyczymy na siebie i możemy tutaj spokojnie rozmawiać, pani przewodnicząca. Bardzo dziękuję. Dziękuję również pani minister za ten bardzo wnikliwie przygotowany materiał.

Padło tu kilka razy – Podkarpacie i Rzeszów, i od tego chciałbym zacząć. Czyli jak patrzymy na podkarpackie, to jest 292,9 lekarza na 100 tys. ludności. Podkarpacie jest na czwartym miejscu, podczas gdy mazowieckie ma 577,8. Czyli na Podkarpaciu mamy dwukrotnie mniej lekarzy w stosunku do województwa mazowieckiego.

Rzeszów jako kierunek lekarski też był negowany, też była negatywna opinia. Dziś z Uniwersytetu Rzeszowskiego są też bardzo dobrzy lekarze. LEK jest w pierwszej dziesiątce zdawany, jeżeli chodzi o Polskę. Dziękuję więc za to, że była kiedyś ta szansa dla Rzeszowa.

Co się okazuje, 70% lekarzy, którzy kończą Uniwersytet Rzeszowski, kierunek lekarski, zostaje na Podkarpaciu. To co pani minister powiedziała, że bardzo dużo studentów, którzy się kształcą i otrzymują dyplom lekarza, pozostaje właśnie w tym województwie. Ważne jest więc, żeby jednak kształcić tych lekarzy.

Dobrze, że zostały pokazane te statystyki. Jednak ja mam takie pytanie, czy mamy informację, ilu z tych 129 tys. lekarzy – tak to jest teraz w Polsce – jest w wieku emerytalnym. To jest bardzo ważna informacja... 33%, czyli ponad 30 tys. lekarzy jest... 1/3. Czy w tej symulacji było więc brane...? Bo mówimy tutaj, że już za kilka lat będzie nadwyżka tych lekarzy. No co by było, gdyby ci lekarze przestali pracować albo pracowaliby bardzo mało. Czy ta symulacja była tak przeprowadzana?

I druga sprawa. To, co pan z Naczelnej Izby Lekarskiej powiedział, że 20% lekarzy na Zachodzie pracuje zdecydowanie mniej niż wynosi liczba godzin w miesiącu w danym kraju.

Mówiono tutaj o tych deficytowych specjalizacjach albo tych priorytetowych. Jakie działania ministerstwo zamierza podjąć, jaki system zachęt, żeby te specjalizacje deficytowe, te priorytetowe, były wybierane przez lekarzy? To jest bardzo ważne, bo możemy dzisiaj tutaj porozmawiać jeszcze 2 czy 3 godziny, ale jeśli nie będziemy mieć jakiegoś planu nakreślonego, jaki jest system zachęt...

Pani mówiła o pulmonologii. Ja wiem, że u mnie w powiatowym szpitalu w Mielcu jest też problem, bo musi być 2,5 lekarza na oddziale. Jeżeli coś się stanie, no to zostaniemy bez oddziału pulmonologicznego. Wiemy też, ile osób po COVID-zie... Proszę? W związku z tym mamy ten problem wszędzie. Co należy zrobić, jakie działania podjąć, żeby ograniczyć tę biurokrację? Mówimy wszyscy, że tej biurokracji jest za dużo, że asystenci powinni część tej pracy wykonywać, że powinni być sekretarze medyczni, sekretarki medyczne, pielęgniarki powinny wykonywać pewne działania. Może należałoby przyjąć taki harmonogram, co należy zrobić, żeby odciążyć tych lekarzy, bo gdy słyszę to, co pani minister powiedziała, że jako lekarz bardzo dużo patrzyła w komputer, więcej niż w oczy pacjentowi – to dzisiaj pani powiedziała – to jest pani dzisiaj najlepszym ambasadorem tego, żeby to zmienić, żeby lekarz więcej patrzył pacjentowi w oczy a mniej patrzył w komputer, żeby był bliżej pacjenta. Tak więc to bardzo, bardzo ważna sprawa.

Ponieważ padło tutaj też, że położne nie mogą pewnych prac pielęgniarских wykonywać – w domach pomocy społecznej położna nie może pracować jako pielęgniarka –

czy nie należy tego zmienić. Myślę, że należy to zmienić. Słyszę, że w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych położna nie może wykonywać zawodu pielęgniarki... No nie może. W związku z powyższym...

Prezes NRPiP Mariola Łodzińska:

Nie może. To są dwa odrębne zawody.

Poseł Fryderyk Kapinos (PiS):

No tak, ale chyba ma większe kompetencje niż pielęgniarka...Przepraszam, porównywalne. Nie wchodzę w to, broń boże... Inne ma kompetencje...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale kobietami może się opiekować.

Poseł Fryderyk Kapinos (PiS):

Kobietami może się opiekować w domu pomocy społecznej. Czy nie należałoby tego zmienić, bo każda pielęgniarka ma inne kompetencje...?

Jeszcze właśnie to, co tutaj padło, żeby farmaceuci, pielęgniarki, położne, asystenci, lekarze, sekretarze i sekretarki medyczne wspomagali ten system bardzo mocno, skoro mogą wspomagać. Jakie działania należy podjąć, żeby lekarz mógł więcej być z pacjentem a mniej przy komputerze? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jeszcze pan profesor prosił. Właśnie, bo na poprzednich posiedzeniach bardzo głośno było o Polskiej Komisji Akredytacyjnej, a dzisiaj pan profesor prosi o możliwość zabrania głosu. Tak więc, bardzo proszę.

Przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej Janusz Uriasz:

Bardzo dziękuję. Janusz Uriasz, Polska Komisja Akredytacyjna. Z przyjemnością tak naprawdę przysłuchuję się państwa dyskusji i widzę, jakie są tutaj potrzeby, ale widzę też, jakie są ryzyka.

Szanowni państwo, w jakości kształcenia w tych zawodach wrażliwych społecznie nie ma drogi na skróty tak naprawdę i taka prosta relacja popyt-podaż jednak musi być pogłębiona. Polska Komisja Akredytacyjna, czy to komuś się podoba, czy nie – ale mam nadzieję, że wszystkim się podoba – jest strażnikiem jakości, i chce być strażnikiem jakości kształcenia. Fakt, że brakuje pewnych zasobów, pewnych osób, pewnych zawodów nie jest prostym wyznacznikiem tego, że ten brak każdy może uzupełnić.

Ja tylko dla statystyki państwu powiem, że na przestrzeni 12 lat Polska Komisja Akredytacyjna wydała 26 negatywnych ocen wniosków, gdy jednostki starały się o uruchomienie kierunku lekarskiego. Czasami jednak ta negatywna ocena nie była ostatecznie przeszkodą do uruchomienia kształcenia, ponieważ wnioskodawca mógł powtórzyć ten wniosek raz, drugi, trzeci i ostatecznie uzupełniał pewne braki i to kształcenie uruchomił. Obecnie mamy sytuację specyficzną, że pewna liczba uczelni rozpoczęła kształcenie mimo negatywnej opinii. W chwili obecnej oceniamy te jednostki, ale oceniamy też jakość kształcenia po pierwszym roku zakończonym, po trzecim roku i po zakończonym cyklu kształcenia, i cały czas jesteśmy przed tym.

Chciałbym też podkreślić, szanowni państwo – były tutaj pewne statystyki, ale gdzieś w tych statystykach pewne rzeczy nam umykają. Otóż uczelnie w swojej misji mają różne podejście. Rynek polski jest dzisiaj atrakcyjnym rynkiem także do studiowania. Mamy program „Study in Poland”. Ponad 100 tys. osób, studentów z zagranicy wybrało Polskę na studia, jako miejsce właśnie, gdzie tę karierę edukacyjną będą rozpoczynały. Wśród nich są także przedstawiciele tych zawodów. I my oceniając uczelnie oceniamy także tę kwestię. Ja nie wiem, gdzie ostatecznie absolwenci tych kierunków znajdują swoją pracę, czy pozostają u nas w kraju, czy wracają do swoich krajów macierzystych.

Chciałbym więc zwrócić uwagę, że wiele osób, historycznie kandydatów na studia, które z jakiegoś względu nie rozpoczęły kształcenia u nas w Polsce, rozpoczęły kształcenie poza granicami kraju. Nie wiem, czy państwo pamiętacie sytuację rozpoczęcia wojny na Ukrainie. Okazało się, że ponad tysiąc, jeśli się nie mylę 1600 osób, było tam na studiach i my później ich tutaj przyjmowaliśmy.

W chwili obecnej także są osoby studiujące, Polacy, na Słowacji i w innych krajach ościennych. Myślę, że to także są potencjalne kadry, które będą zasilały raczej nasz rynek, tak więc ich też należałoby uwzględnić.

Zatem jak gdyby stoimy na straży jakości kształcenia. Cieszę się bardzo, i chciałbym także podziękować tutaj Ministerstwu Zdrowia, że mimo tego wrażliwego punktu, mianowicie limitów rekrutacyjnych, ministerstwo cierpliwie czeka na zakończenie procesu oceny tych jednostek, który obecnie trwa. Tak więc bardzo dziękuję za zachowanie i uwzględnienie tej niezależności, którą polska komisja posiada i państwo to respektuje. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Ja nie chciałabym rozpoczynać dyskusji na temat możliwości uruchomienia tych nowych uczelni, bo to już wybrzmiało wiele razy i na posiedzeniach Komisji i podkomisji, natomiast gdyby pan, panie profesorze, mógł tak krótko powiedzieć, jeśli chodzi o te negatywne opinie, jakich warunków nie spełniały te uczelnie. Czy jest jakaś grupa problemów, która dotyczyła wszystkich tych wniosków, czy bardzo różne? Tak ogólnie, bo my ciągle dyskutowaliśmy, że negatywne opinie, że nie spełniają... Jedni mówili, że to jest poziom, który zagraża bezpieczeństwu, drudzy z kolei, że to są niewielkie uchybienia i dlatego negatywne opinie. Czy są jakieś kategorie tych niespełnionych kryteriów, bo to są ustawowe kryteria, które trzeba spełnić...?

Przewodniczący PKA Janusz Uriasz:

Dziękuję bardzo. Tych kryteriów jest 10. One są publicznie dostępne, transparentne. Cała procedura wnioskowania i ubiegania się, i elementy, które mają być spełnione, są dostępne. Każdy z tych przypadków był indywidualny tak naprawdę i różny, ale zacznijmy od tego, że aby poprowadzić każde studia, czy tego rodzaju studia, trzeba mieć właściwe warunki, infrastrukturę. Ona nie jest konieczna w momencie wnioskowania, ale w momencie rozpoczęcia kształcenia danego typu, czy w danym momencie, ta infrastruktura musi być. Zatem jeżeli jednostka na przykład wskazuje – nie mam prosektorium, OK., to jest dobre, rozumiemy, natomiast interesuje nas, w jaki sposób jednostka ten problem zamierza rozwiązać w okresie przejściowym, jak rozumiemy, ale ostatecznie, w jaki sposób na stałe ten zasób jednostka będzie posiadała.

Jeżeli jest to sytuacja taka, w której studenci pokonywać odległości rzędu 100-200 czy 300 km, też rozumiemy, ale pytanie, jak wygląda organizacja całości procesu kształcenia właśnie w tej ekstraordynaryjnych sytuacji. Tak naprawdę interesuje nas etap dojścia.

Dwa – kadra. Kadra na pewno jest problematyczna, bo jej dostępność nie jest duża. To, po pierwsze. To musi być kadra, która posiada także dorobek naukowy, zatem musi być aktywna nie tylko zawodowo, ale i naukowo. Dostępność tej kadry nie jest największa, i to był kolejny problem, który tak naprawdę się objawił.

Pozostałe elementy związane z zapewnieniem jakości, ze spełnieniem standardów, to są takie może mniej kluczowe, ale też w szczegółach gdzieś się pojawiały, elementy związane z rekrutacją, z pomysłem na kształcenie, z misją, którą ta uczelnia posiada. To takie ogólne rzeczy, które mogą przedstawić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Tak. Pan poseł Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowna pani minister, szanowni państwo, bardzo dziękuję za ten głos. Materiał jest bardzo ciekawy, ale dociekliwie chciałbym dopytać. To znaczy, prośba nie na dzisiaj, ale jeśli można byłoby na piśmie dosłać, to bardzo mnie interesuje sposób agregowania danych odnośnie do liczby lekarzy i sposób wyliczenia liczby lekarzy, ponieważ znamy sytuację, na przykład z mojego szpitala. Wojewódzki szpital, ale w byłym mieście wojewódzkim.

Ostatnio mieliśmy tam problem z urologią. Ordynator powiedział wprost – przez tyle lat brałem wszystkie dodatkowe dyżury, gdy nie było zastępstw i nie tylko. Ja już nie daję

radę, koniec z tym, proszę znaleźć dwóch-trzech dodatkowych urologów, żeby zastąpić tych właśnie starszych urologów, którzy pracowali ponad wymiar i dopiero wtedy możecie utrzymać urologię. Skończyło się na tym, że zlecono to firmie zewnętrznej, która była w stanie tych urologów znaleźć.

Jak pan doktor był wyliczany? Z tego, co wiem, pan doktor był na etacie, na kontrakcie, ma gabinet prywatny i jeszcze pracuje w jednym miejscu, więc ile razy był w statystyce liczony. Jak on tam się pojawia? Sposób agregacji danych, sposób podziału danych. No, najlepiej byłoby mieć wiedzę po numerze PESEL. Wtedy wiemy dokładnie, ilu mamy... Najbardziej by mnie interesowało, czy mamy dane wręcz po numerze PESEL, łącznie z tym, że ja chciałbym, jeśli to macie państwo zagregowane, w rozbiciu na specjalizacje, bo wtedy to nam pokaże specyfikę i inne regiony.

Pani minister ma rację, że dzisiaj zmieniło się podejście – to, co właśnie pokazałem przed chwilą na przykładzie urologii – że dzisiaj młody lekarz chce mieć ten balans, jak to się mówi. Tłumacząc – on chce żyć w pewnej równowadze, zarówno dobrze zarabiać, mieć prestiż pracy, możliwość rozwoju zawodowego, swoich kompetencji, ale w równowadze z życiem codziennym, zabawą, rodziną i nie tylko. On już nie chce pracować więcej. I on – zrobiono badania ostatnio, które gdzieś czytałem – nie chce pracować daleko od miejsca zamieszkania. Zatem szukają mieszkań bardzo blisko swoich szpitali, swoich placówek, żeby mieć 15 do 20 minut maksymalnie dojazdu do tych placówek. I nie są zainteresowani tym, żeby z dużych miast – Warszawy, Krakowa, Wrocławia – jechać na prowincję, do miast powiatowych, ponieważ to wykracza poza ich styl życia. To im go zaburza.

Dlatego szpitale walczyły pieniędzmi, że ściągały do mniejszej miejscowości przepłacając lekarzy, powiedzmy sobie wprost, zachęcając ich do przyjazdu do miasta, ale kończy się właśnie ta pula starszych lekarzy, tych 30, 40, 50% powyżej 50 r.ż., którzy w ogóle są zainteresowani taką dodatkową pracą. Dzisiaj młode pokolenie – tak jak przed chwilą było to wykazane – chce zupełnie inaczej funkcjonować. W związku z tym ten wykaz danych – ale pani minister ma rację, że trzeba to „zblasować” z nowymi technologiami i z dodatkowymi zawodami, które są kluczem. I kluczem jest znaczenie kwalifikacji matrycy kwalifikacyjnej. Jeśli my nie wykorzystamy tak doskonałego personelu, jak na przykład pielęgniarki – w Polsce pielęgniarka jest super przygotowana, wręcz w niektórych zakresie może wydawać leki i recepty, ale i niektóre zabiegi można byłoby powierzyć bez problemu pielęgniarkom, bo są do tego kompetentnie przygotowane. Chwalimy się na całym świecie, jakością, tak naprawdę, i tu Jego Magnificencja ma rację – poziom kształcenia w Polsce jest wybitny, jeśli chodzi o lekarzy i kadry medyczne. Trzeba zachować tę jakość.

Na przykład pan profesor wczoraj źle mnie zrozumiał, bo mi nie chodziło o to, że ścieżka angielska czy prywatne studia są czymś złym. Mnie chodziło o to, żeby one nie dominowały, nie wypierały limitów ze studiów podstawowych, w przypadku których wiemy, że obcokrajowiec raczej w 90-procentach wyjedzie, a Polak raczej zostanie. Mnie tylko o to chodziło, ale do rozwoju naukowego, do publikacji międzynarodowych w dużych periodykach my potrzebujemy kontaktów międzynarodowych, do wymiany myśli, technologii, szkoleń, staży. Ja to rozumiem. Musimy też kształcić tych lekarzy, naszych za granicą. To jest naturalna forma rozwoju, bo wczoraj chyba źle się zrozumieliśmy. Dlatego chciałem to dzisiaj dopowiedzieć po prostu. Tak więc, moi drodzy państwo, pani przewodnicząca, ja wiem, będę się skracał, jak zawsze... Dlatego bardzo bym prosił o tę agregację danych, ten podział, „zblasowanie” w kontekście właśnie tych dodatkowych zawodów.

Ja też się zgadzam – na przykład panie położne, które też są wybitne... Ja mam bardzo dobre doświadczenia, kiedy moje córki przychodziły na świat, z położnymi w naszych szpitalach powiatowych i nie tylko. Natomiast można byłoby zwiększyć rolę położnych, tak jak dawniej było, w prowadzeniu ciąży. To nie tylko lekarz powinien występować, tylko tak naprawdę w okresach jednej kontroli, później ewentualnie, kiedy są zaburzenia, zakłócenia. Dzisiaj, ze względu na to, że przepisy mówiły, że jeśli jest ciąża zagrożona lub skomplikowana, jest więcej punktów, ergo więcej pieniędzy, to wszystkie ciążę zrobiły się zagrożone. Wszystkie są w kartach wpisane jako te o podwyższonym ryzyku,

no bo to się bardziej opłaca w rozliczeniu. Żeby uniknąć tych patologii trzeba też spojrzeć na wycenę świadczeń i zobaczyć, jak to wygląda tak naprawdę.

Tak więc, moi drodzy państwo, jest dużo takich tematów, o których też warto byłoby porozmawiać. Następny temat to staże lekarzy. Jeśli lekarz musi wyjechać z miasta, w którym pracuje lub nawet przyjmijmy – jest mała miejscowość, jest uczelnia medyczna, wykształcił się, został w szpitalu lokalnym, bo jest taka preferencja, że nie chce wyjeżdżać. Z natury młodsze społeczeństwo jest bardziej leniwe, jest bardziej mobilne w odniesieniu do wyjazdów, wycieczek, ale nie wyjazdów za pracę – co przed chwilą powiedzieliśmy – ale musi wyjechać na przykład za specjalizacją, bo ta specjalizacja, która go interesuje, jest 300 km dalej. Na przykład, nie ma w Krakowie, ale jest wolne miejsce w Szczecinie. On migruje i już tam najprawdopodobniej zostanie albo będzie rozważał taką możliwość.

Jeśli chodzi o ten stary model specjalizacji, wielu lekarzy mi mówi, że to było fajne, kiedy to rezydent czy też lekarz wybierał sobie tutora, swojego mistrza. On go kształcił, oczywiście były kursy dodatkowe, były egzaminy i nie tylko, ale on był cały czas związany z tym szpitalem w swojej miejscowości i nie musiał szukać tej specjalizacji. Jest więc też pytanie, jak prowadzić specjalizację...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie pośle...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Tak, tak. Już kończę, ale to jest ten ostatni aspekt tych specjalizacji. Zatem, moi drodzy państwo... I te uczelnie, panie profesorze... Oczywiście nikt nie mówił o braku jakości. Jakość jest priorytetem, ale czasami wiemy, że do jakości można dochodzić bez zaburzenia tej jakości, czyli, tak jak pan powiedział, są te etapy okresy przejściowe. Dlatego mi chodzi o to, żeby dać szansę poprawy niektórych błędów tym uczelniom młodym, bo jak widzimy, okazało się, że te uczelnie, które powstawały w Polsce przez ostatnie lata w niedużych ośrodkach, odnoszą dobre sukcesy i też kształcą na wysokim poziomie.

I ostatni element. Panie profesorze, trudno jest inwestować na przykład w infrastrukturę przed możliwością pozyskania kierunku. Wyobraźmy sobie, że ktoś wybuduje budynek za 50 mln z prosektorium, kupi wszystkie preparaty, kupi nowoczesne technologie – bo jeszcze dodajmy, że dzisiaj owszem trzeba dotknąć serca, ale dzisiaj też każdy kardiolog chirurg, który operuje, ma model serca przy trudnych operacjach... Są drukowane albo elektronicznie pokazywane, żeby opracować operację przed jej rozpoczęciem, żeby nie otwierać pacjenta i dopiero wtedy się dowiadywać, co tam jest. Tak więc nowoczesnej technologii też trzeba i w prosektorium też musi być taka nowoczesna technologia. Dlatego trzeba zrozumieć tych rektorów, że bali się inwestować zawczasu, na przykład w budowę prosektorium, bo nie wiedzieli, czy dostaną te uprawnienia. Dostali i zaczęli budować. Mam więc nadzieję, że weźmiecie to pod uwagę. Jakość priorytetem, ale też trzeba dać nadzieję i szansę. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za tę wyczerpującą odpowiedź. Szanowni państwo, będziemy zmierzać do zakończenia dzisiejszego posiedzenia, Ja również dołączę się do tych państwa opinii na temat tych materiałów, które otrzymaliśmy z Ministerstwa Zdrowia. Rzeczywiście bardzo merytorycznie przygotowany materiał, szczególnie w części dotyczącej zawodu lekarskiego. Padła tutaj taka propozycja, żeby podobnie przygotować – prośba do pani minister – taką dogłębną analizę zawodów pielęgniarstwa i położnej, ponieważ z tej dzisiejszej debaty wynika jedna kwestia priorytetowa, że o ile z zawodem lekarzy są jeszcze problemy, co wynika jeszcze z różnych uwarunkowań, ale idziemy w dobrym kierunku, tak można to nakreślić, o tyle niestety w zawodach pielęgniarstwa i położnej mamy bardzo trudną sytuację i nawet nie ma takiego trendu dającego chociaż trochę nadziei.

Brakuje mi tu bardzo też takiej analizy pogłębionej, jeżeli chodzi o kształcenie pielęgniarów – liczba szkół kształcących pielęgniarstwa, tak jak państwo zrobiliście w przypadku lekarzy, ile studentów na pierwszym poziomie kształcenia, czyli licencjackim, ile mamy na drugim poziomie. To jest bardzo ważne. No i też taka analiza rozmieszczenia geograficznego plus wiekowego. Myślę, że to wszystko byłoby dla nas ważne, bo materiał –

tak jak mówię – jest bardzo dobrze przygotowany. Myślę więc, że niedobrze by się stało, gdyby on, poza prezentacją dzisiaj, trafił do szuflad.

Ja mam nadzieję i myślę, że to jest wręcz nasze oczekiwanie wobec ministra zdrowia, aby na bazie tego materiału przygotował właśnie przyszłościową strategię zarządzania kadrami, uwzględniając wszystkie te aspekty – kwestię rozmieszczenia geograficznego, bo to ewidentnie widać... O ile z ilością nie jest to aż tak duży problem, o tyle rozmieszczenie geograficzne występuje. Nie chcielibyśmy, żeby ta dysproporcja była w tych różnych środowiskach i może w kontekście tej debaty, toczącej się od kilku miesięcy, dotyczącej uruchomienia nowych kierunków, podjąć by jakieś działania przez Ministerstwo Zdrowia, żeby pomóc tym uczelniom, które w tej chwili nie spełniają tych kryteriów, mają negatywne opinie, ale funkcjonują na takim terenie, gdzie ewidentnie trzeba nam wypełnić lukę, która tam istnieje.

Dowodem na takie działanie jest chociażby to, że powstała uczelnia w Rzeszowie czy w Zielonej Górze. Tam mieliśmy duży niedobór. W tej chwili już zaczyna się to wyrównywać. Myślę więc, że też takie logiczne podejście do tego, oczywiście cały czas walcząc o jakość... Ale tę jakość państwo też możecie, bo nawet na uzupełnienie infrastruktury czy wsparcie, jeżeli chodzi o przygotowanie tej uczelni w zakresie potencjału naukowego, dydaktycznego... Tak więc oczekiwilibyśmy, żeby państwo w tym obszarze podjęli takie działania.

Mam pytanie odnośnie do liczby specjalizacji, bo to jest też taki temat, który od wielu, wielu lat gdzieś tam w pojawia się w agendzie Ministerstwa Zdrowia i umiera śmiercią naturalną. Z tych dyskusji, które się pojawiły, wynika jednak, że chyba mimo wszystko mamy zbyt rozdrobnione te specjalizacje w Polsce. Wiemy, że w krajach Unii Europejskiej jest ich o wiele mniej, bo 50 czy 60, a my mamy aktualnie chyba ponad 80.

Ja rozumiem, że medycyna jest taką dziedziną, że wymaga sprofilowania, ale czy to jest zasadne w naszych warunkach. Może jednak warto przeprowadzić taką debatę w tym zakresie. Ja wiem, że to będzie bardzo trudne, bo każdy będzie bronił swojego obszaru i każdy obszar medycyny jest niezwykle ważny, ale może warto, tym bardziej wzorując się na tych doświadczeniach zachodnich. To też jest powód, żeby poprawić sytuację, jeżeli chodzi o te specjalizacje w kierunkach deficytowych.

Myślę też, że ministerstwo uwzględni te opinie dotyczące wsparcia tych dziedzin – interna, pulmonologia czy psychiatria dziecięca. I bardzo się cieszę, bo po raz pierwszy usłyszałam tę informację, że jeżeli chodzi o psychiatrię generalnie, mamy więcej chętnych na rezydentury. To już jest jakiś fajny sygnał. Natomiast największe potrzeby mamy u dzieci, więc też apelujemy i prosimy, żeby uwzględnić wszystkie te działania.

Mam też takie pytanie, ponieważ państwo wykazaliście w raporcie, jeżeli chodzi o kardiologię, psychiatrię i radiologię, że tutaj już mamy pewien poziom nasycenia. Czy nadal te specjalności państwo uznajecie za priorytetowe? Nadal... Nie. No właśnie, bo ja już nie mam bieżącej informacji, ale może warto się zastanowić i na to konto po prostu... Tak? To się zmienia, ale... Aha, już nie jest tak. Ale rozumiem, że minister zdrowia to analizuje i odpowiednio... Bo trudno, żebyśmy wszystkie specjalności traktowali jako priorytet... Tak, rozumiem.

Jeszcze jedno. No i właśnie to szczegółowe pochylenie się jednak nad tematem pielęgniarek. Może warto, nawet w Ministerstwie Zdrowia, powołać jakiś zespół, grupę, czy... No, to jest naprawdę temat bardzo ważny. Nie będzie służba zdrowia dobrze funkcjonowała, nawet jeżeli będziemy mieli wielu specjalistów, lekarzy, fizjoterapeutów czy przedstawicieli innych zawodów, jeżeli nie będzie pielęgniarek i położnych. A te działania, które były podjęte – a z tego, co wiem, bo też były moim udziałem, wiele tych działań, które miały poprawić sytuację, było podejmowanych – jednak nie dały tego efektu. Czyli może zbyt mało intensywne te działania były i teraz trzeba by ten kierunek jakby wzmocnić.

Oczywiście, gdybyście państwo rozważyli możliwość dofinansowania tego kształcenia podyplomowego w przypadku innych zawodów medycznych. Ja rozumiem, że w ochronie zdrowia zawód lekarza... Tutaj nie chcielibyśmy dyskutować nad ważnością poszczególnych zawodów, ale skoro w jednym zawodzie wspieramy finansowo, pielęgniarki też mają jakąś pulę, to znaczy mniejszą chyba, ale też przeznaczoną na dofinansowanie

kształcenia podyplomowego, to i pozostałe zawody, żeby nie było poczucia krzywdy... Jakąś ścieżkę dojścia do takiego rozwiązania, bo to niepotrzebnie budzi różnego rodzaju dysproporcje.

No i oczywiście to rozszerzenie kompetencji. Ja myślę, że jeżeli chodzi o grupę pielęgniarek i położnych, to wiemy doskonale, że pielęgniarki są wyposażane w kompetencje, które są niewykorzystywane w systemie, ale to wynika też z tego, że jest ich po prostu za mało, że one są wykorzystywane do innych czynności. I teraz kwestia może większego wprowadzenia do zawodu opiekunów medycznych. Nie wiem... Jest taka możliwość, więc gdybyście państwo też... No właśnie, albo rozszerzenie kompetencji opiekunów medycznych, żeby w tych czynnościach...

Zresztą tu panie są specjalistkami, mogłyby więc dookreślić, które kompetencje mogą być delegowane na przykład do innych zawodów medycznych, po to, żeby pielęgniarka rzeczywiście wykorzystywała swoją wiedzę, bo to są przedstawiciele zawodów medycznych, którzy 5 lat uczą się na wyższych studiach magisterskich. Może nie większość, ale duża liczba pielęgniarek posiada specjalizację i to też, w mojej ocenie, jest niewykorzystanie tego potencjału. Warto może o tym pomyśleć i właśnie w tym kierunku pójść, nie zaniedbując oczywiście tego kształcenia pielęgniarek i zwiększenia liczby szkół. Gdyby pani minister pokazała nam tutaj jakąś taką perspektywę – czy zamierzacie w tym kierunku działać, czy zwiększyć liczbę miejsc na uczelniach, które już kształcą pielęgniarki, no bo jest problem, a biorąc pod uwagę wiek pielęgniarek po prostu zaczynam się niepokoić, bo jestem w takim wieku, że pewnie będę musiała niedługo korzystać. Bardzo więc prosimy, taki mój apel.

Ja wierzę, że pani minister to w taki sposób potraktuje, że jest to bardzo dobra baza do budowania konkretnych strategii rozwoju poszczególnych zawodów medycznych, tak żebyśmy pokazywali sobie te cele w perspektywie, gdzie będziemy dochodzić do takiego poziomu, który będzie akceptowalny z różnych powodów, bo i budżet państwa też musimy brać pod uwagę. Tak więc, ja bardzo dziękuję.

Czy pani minister chciałaby w tym momencie jeszcze odnieść się do tego, bo my zagadaliśmy? Krótka jakoś.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Postaram się króciutko, bo czas nas goni. Ja też chciałabym zacząć od podziękowania pani przewodniczącej, pani poseł, za to, że temat zaistniał, że pani poseł pozwoliła mi tutaj rozwinąć skrzydła, że mogłam dogłębnie temat przedstawić, bo debaty, które są powierzchowne, tylko ślizgają się po temacie, z reguły prowadzą do nieprawidłowych wniosków. Zatem bardzo dziękuję, i za kulturalną atmosferę, co ogromnie cieszy.

Tak bardzo szybciotko. Ja tu coś sobie spisywałam i naprawdę ekspresowo przez te pytania... Ktoś zapytał o te dane ZUS-u, jak były wyliczane, agregowane. Może oddam głos pani Hannie Marcinkiewicz, która bezpośrednio przeprowadza te analizy. Może pani odpowiedziałaby panu posłowi, jak to było obliczane, a potem jeszcze wróć...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę bardzo.

Główny analityk w Departamencie Analiz i Strategii MZ Hanna Marcinkiewicz:

Jeśli chodzi o dane, to były one liczone na zanonimizowanych numerach PESEL, więc są to dane unikatowej osoby. Osoby nie były dublowane. Jeśli jakaś osoba pracowała na przykład w dwóch województwach, pokazywaliśmy ją w jednym i drugim województwie, ale w skali Polski była liczona tylko raz. Nie ma więc jakby tego ryzyka, ale oczywiście, jeśli ktoś pracuje w kilku miejscach, to nie mogliśmy go wyciąć.

Te dane, które prezentowała pani minister, są w większości dostępne publicznie na stronie basiw.mz.gov.pl. Tam jest bardzo dużo analiz, jest specjalna zakładka dla kadry medycznej. Jest też dużo analiz, jeśli chodzi o pielęgniarki, są też rozkłady wieku i myślę, że w troszkę większym stopniu można to zobaczyć. Analizy są opublikowane już od 2020 r., są ciągle pogłębiane i jest ich coraz więcej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Oddajemy głos pani minister.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Jeśli chodzi o mapę kompetencji, dopiero zaczęliśmy nad tym pracować, ale uważam, że to jest ogromnie ważne zadanie i wymaga rozmów z przedstawicielami zawodów medycznych, żeby to poukładać i też żeby nie było wojny, krótko mówiąc. Będziemy dążyli do tego, żeby coś takiego opracować i oczywiście, żeby te kompetencje troszeczkę przekazywać w dół, bo tak jak pani poseł wspomniała, pielęgniarki mamy fantastycznie wykształcone i nie ma powodu, żeby one nie były w niektórych zadaniach absolutnie samodzielne.

Poza tym, przypominam sobie, co ja wyrabiałam jako młody lekarz i co by ze mną było, gdyby nie pielęgniarki, które gdzieś obok stały – niech pani doktor nie idzie w tym kierunku. Tak więc zdecydowanie, absolutnie myślę, że... Tyle, że to wymaga naprawdę wielu rozmów, spotkań, ale generalnie jesteśmy tutaj z panem dyrektorem oboje bardzo mocno zdeterminowani, żeby te badania prowadzić.

Kolejne pytanie. To były mapy potrzeb. Mapy potrzeb też są niezwykle ważne, bo powinny być narzędziem do podejmowania decyzji, szczególnie na szczeblach lokalnych, na podstawie zmian w Krajowym Planie Transformacji i też w wojewódzkich planach transformacji. Będziemy te mapy ulepszać, ale broń boże niczego nie wyrzucamy do kosza, żadnej pracy, która została wykonana. Nie wycofujemy się, nie będziemy wymyślać koła na nowo i otwierać otwartych drzwi. Tak więc generalnie te mapy będą cały czas ulepszone i też zmieniane, bo to są mapy potrzeb. Potrzeby się zmieniają. Generalnie w tym kierunku pójdziemy.

Standardy kształcenia na kierunku analityka medyczna. Z analitykami, czyli diagnostami, będziemy pracować w tym kierunku.

Wzrost kompetencji uprawnień położnych. Jak najbardziej, tylko tego też nie da się w skrócie. Z paniami pielęgniarkami musimy się wiele razy spotkać i wiele przegadać. Tak więc jesteśmy umówione...

Prezes NRPiP Mariola Łodzińska:

Jesteśmy gotowe.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

My też.

Prezes NRPiP Mariola Łodzińska:

Przy okazji prezydencji chcielibyśmy może zainicjować zmiany dyrektywy, żeby krótką panie położne mogły krótką ścieżką skończyć pielęgniarstwo. Wtedy byłaby alternatywa, bo brakuje pielęgniarek. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Polska objęła teraz prezydencję Grupy Wyszehradzkiej i tam właśnie te problemy związane z pielęgniarkami i położnymi będą szczególnie dogłębnie analizowane. Mamy więc ambitne plany i mamy motywację do tego, żeby jak najbardziej to kontynuować.

Progi przyjąć – to ktoś poruszył. Bardzo ważna informacja. Te progi przyjąć będą nas bolały wszędzie. Także bardzo obniżyły się progi przyjąć na wydziały lekarskie, co u mnie też wywołuje lekkie obawy, dlatego że kiedyś na studia medyczne na wydział lekarski bardzo trudno było się dostać, a teraz... Ja widziałam nawet takie ogłoszenie – „Nie zdałeś matury z chemii, a chcesz być lekarzem, nie martw się, zorganizujemy ci egzamin”. Czyli były po prostu... No niestety, nie każdy człowiek ma potencjał do tego, żeby być lekarzem czy być farmaceutą, bo to farmaceuci akurat poruszyli ten problem. Generalnie nie jest tak, że każdy, kto sobie to zamarzy, do tego zawodu się nadaje i intelektualnie, i też empatycznie, i emocjonalnie. Bo to są dwie rzeczy – i potencjał intelektualny, i ta inteligencja emocjonalna. Tak więc generalnie, tutaj rzeczywiście nie możemy tych progów tak obniżać, żeby zbyt łatwo było je przekroczyć.

Jeśli chodzi o Rzeszów, ja z całym sercem. Cieszę się bardzo, że są plany budowy szpitala onkologicznego w Rzeszowie. Mówiła mi o tym pani wojewoda. To wzmocni potencjał i da też możliwości, żeby tam studenci zdobywali dodatkowe kompetencje, więc trzymamy kciuki za Rzeszów.

Specjalizacje priorytetowe. Na pewno z panem dyrektorem przedyskutujemy ten temat. Przyjrzymy się, bo pewnie trzeba będzie niektóre specjalizacje spriorytetyzować, a inne, które sobie dobrze radzą, niekoniecznie.

Takim ważnym kierunkiem, który może pomóc niektórym specjalizacjom, internie na przykład czy chirurgii, jest zrobienie specjalizacji modułowej. Lekarze chorób zakaźnych powiedzieli mi, że specjalizacje z chorób zakaźnych rzadko są wybierane, dlatego że lekarz, który wejdzie na ścieżkę kształcenia w chorobach zakaźnych nie ma już potem manewru. Musi wyłącznie te choroby zakaźne uprawiać. Jeżeli będzie miał specjalizację modułową, czyli pierwszy moduł z interny, to po pierwsze, zdobędzie tę wiedzę internistyczną, a po drugie, jeżeli zrobi moduł z chorób zakaźnych, będzie mógł sobie potem jeszcze jakiś inny moduł dorobić, bo okaże się, że chce być jeszcze hepatologiem, na przykład. Czyli jakieś specjalności pokrewne. Tak więc generalnie ja bym w tym kierunku poszła.

No i to, co jeszcze specjalizacje wzmagają, to wycena świadczeń. Ta wycena świadczeń w dziedzinie chirurgii ogólnej, to co pani minister Leszczyna teraz zaproponowała, no to jest krok w dobrym kierunku, bo niestety, powiem to z żalem, lekarze też idą za pieniądzem. Młodzi ludzie idą za pieniądzem, więc tam, gdzie te specjalizacje są dobrze wycenione, będą chętniej zatrudniani, będą chętniej przyjmowani przez dyrektorów szpitala, będą mieli większe pensje. Tak więc, żebyśmy przyjrzeliby się tym procedurom, które są niedoszacowane i przez to lekarze nie chcą kształcić się w tym kierunku i kolejki do tych świadczeń dramatycznie się wydłużają.

Pulmonolodzy, ogromnie ważni. Szczególnie chciałabym powiedzieć jedną rzecz, która tutaj nie została powiedziana. Rak płuca – to zostało powiedziane – jest najczęstszym nowotworem, ale w momencie kiedy wprowadzamy KSO pulmonolodzy powinni mieć takie same uprawnienia jak lekarze onkolodzy kliniczni do leczenia raka płuca, dlatego że jest tak dużo tych przypadków raka płuca, ponad 20 tys. rocznie, że ten tysiąc onkologów klinicznych – nie wiem, ilu ich jest – nie ogarnie tego. Tak więc takie współdzielenie kompetencji, wydaje mi się, że to akurat tutaj bardzo dobrze widać.

Fizjoterapeuci, naprawdę niezwykle potrzebni, bo co z tego, że pacjent dostanie trombektomię, jeżeli po tym udarze nie wstanie z łóżka, bo nie będzie miał go kto uruchomić. Generalnie, jak najbardziej.

Dofinansowanie specjalizacji. Wydaje mi się, że to też jest istotne. No i te kompetencje fizjoterapeutów. Ważne, żeby fizjoterapeuta mógł wypisać czasem receptę, na przykład na żel do masażu, i nie musiał pacjenta odsyłać po tę receptę do lekarza. Na pewno będziemy z państwem o tym rozmawiać.

Liczba specjalizacji. No, jest za duża, ale czy wiedzą państwo, na jaką wojnę pójdziemy. Z panem dyrektorem usiedliśmy nad tą listą specjalizacji – a tu tylko jedna dziedzina, może zmienimy. Naprawdę, bardzo nam ciężko. Ciężka droga przed nami. Będziemy się starać.

Ostatnia rzecz, którą chciałabym poruszyć. Może źle myślę, ale ja wiele lat uczyłam studentów anglojęzycznych i czasami z nimi rozmawiałam. Pytałam, czy chcieliby zostać tutaj, w Polsce, po studiach, nawet jeśli to egzotyczny kraj, jakaś Malezja... No i część z nich mówiła, że owszem, by została, ale trudności z uzyskaniem stałego pobytu, język. Jeżeli już, to powinniśmy ich intensywnie kształcić. Oni mają język polski na studiach, ale to jest traktowane jako niespecjalnie ważny przedmiot. Jakies ułatwienia dla tych cudzoziemców, żeby u nas zostali. Jeżeli my już ich wykształcimy i damy im dyplom naszej uczelni, to może warto też o tym pomyśleć, żeby zachęcić ich do pozostania w naszym kraju. Dziękuję bardzo serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo pani minister. Z przykrością kończę to posiedzenie naszej podkomisji, bo naprawdę bardzo interesująca debata. Bardzo serdecznie państwu dziękuję za merytoryczne wypowiedzi. Spotkamy się zapewne niebawem, bo mamy plan pracy bardzo szczegółowo dopracowany.

Ja bym jednak prosiła, jeśli chodzi o ten materiał dotyczący pielęgniarek, gdybyście państwo byli gotowi przedstawić... My poczekamy i gdy będziecie państwo gotowi

przedstawić w takim porównywalnym wymiarze, jak dotyczący na przykład zawodu lekarskiego, to chcielibyśmy też na posiedzeniu podkomisji porozmawiać na ten temat.

Podsekretarz stanu w MZ Urszula Demkow:

Tak. Myślę, że po wakacjach. Ja jeszcze muszę sprawdzić, na jakim etapie są te analizy, porozmawiać z panią Agatą Śmiglewską, dyrektorem departamentu, która jest matką tych analiz. Nie mogła tu dzisiaj być, bo się rozchorowała, ale ja jej też gorąco podziękuję i dopytam, na jakim etapie są te analizy dotyczące pielęgniarek. Może jeszcze potrzebujemy chwilki, żeby coś dopracować, żeby państwu to też tak ładnie przedstawić, jak w przypadku lekarzy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Zamykam posiedzenie podkomisji.