

Protokół nr 8
z posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia
w dniu 21 sierpnia 2019 roku,
Sala Błękitna, Urząd Marszałkowski w Katowicach, ul. Ligonia 46

Posiedzenie prowadził Piotr Bańka, Przewodniczący Komisji.

Członkowie Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia zgodnie z listą obecności (załącznik nr 1 do protokołu).

W posiedzeniu wzięli goście zgodnie z listą obecności (załącznik nr 2 do protokołu).

PORZĄDEK POSIEDZENIA:

1. Otwarcie posiedzenia, przyjęcie porządku.
2. Zatwierdzenie protokołów z posiedzeń Komisji.
3. Opracowanie potrzeb dla regionów województwa śląskiego w zakresie lekarzy poszczególnych specjalizacji – spotkanie z przedstawicielami izb lekarskich działających na terenie województwa śląskiego.
4. Propozycje Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia do projektu budżetu Województwa Śląskiego na rok 2020.
5. Opiniowanie projektów uchwał Sejmiku Województwa Śląskiego.
6. Sprawy różne.

Ad. 1

Otwarcie posiedzenia, przyjęcie porządku.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka rozpoczął posiedzenie Komisji. Stwierdził quorum potrzebne do podejmowania opinii i wniosków przez Komisję. Powitał wszystkich obecnych na posiedzeniu - członków Komisji oraz zaproszonych gości.

Następnie przeszedł do przesłanego porządku posiedzenia i zaproponował uzupełnienie porządku o punkt *Zatwierdzenie protokołów z posiedzeń Komisji*. Dodatkowy punkt byłby procedowany jako punkt 2 porządku posiedzenia. Pozostałe punkty będą omówione kolejno przy zmienionej numeracji. Wobec braku innych propozycji Przewodniczący poddał zaproponowany porządek posiedzenia pod głosowanie.

Komisja w głosowaniu – za: 13, przeciw:0, wstrzymało się:0 – przyjęła zaproponowany porządek posiedzenia.

Ad. 2

Zatwierdzenie protokołów z posiedzeń Komisji.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka przypomniał, że protokoły zostały przesłane drogą mailową. Następnie zapytał, czy ktoś ma uwagi do protokołu nr 5 a wobec ich braku poddał przyjęcie protokołu pod głosowanie.

Komisja w głosowaniu – za: 13, przeciw: 0, wstrzymało się: 0 przyjęła protokół nr 5 z dnia 10 kwietnia 2019 roku.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zapytał, czy ktoś ma uwagi do protokołu nr 6 a wobec ich braku poddał przyjęcie protokołu pod głosowanie.

Komisja w głosowaniu – za: 13, przeciw: 0, wstrzymało się: 0 przyjęła protokół nr 6 z dnia 15 maja 2019 roku.

Ad. 3

Opracowanie potrzeb dla regionów województwa śląskiego w zakresie lekarzy poszczególnych specjalizacji – spotkanie z przedstawicielami izb lekarskich działających na terenie województwa śląskiego.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka przypomniał, że temat posiedzenia został zaproponowany przez Pana Radnego Klaudiusza Komora. Temat jest ważny i musimy się z nim zmierzyć nie tylko na szczeblu wojewódzkim, powiatowym ale też na szczeblu centralnym. System kształcenia i zatrudnienia lekarzy jest bardzo istotny i wymaga pilnych rozwiązań. W celu rozpoznania problemu poproszono o informacje jednostki, które mają w swoim zakresie największą wiedzę i doświadczenie. Następnie poprosił zaproszonych gości o przedstawienie prezentacji dotyczących dzisiejszego tematu.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny na wstępie zasygnalizowała, że prezentacja została przygotowana w oparciu o dane ze stron Ministra Zdrowia oraz oficjalne dane publikowane przez Eurostat czy Główny Urząd Statystyczny. Następnie omówiła prezentację multimedialną pt. *„Kadry medyczne ochrony zdrowia w województwie śląskim”* (**wydruk prezentacji stanowi załącznik nr 3 do protokołu**).

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie Zbigniew Brzezina omówił w formie prezentacji multimedialnej dane statystyczne dotyczące ilości lekarzy w obrębie działania OIL w Częstochowie (**wydruk prezentacji stanowi załącznik nr 4 do protokołu**). Na zakończenie podkreślił, że na pewno istotna jest motywacja jeśli chodzi o specjalizacje deficytowe.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban omówił prezentację multimedialną pt.: *„Czy grozi nam kryzys związany z brakiem lekarzy?”* (**wydruk prezentacji stanowi załącznik nr 5 do protokołu**). Na zakończenie podkreślił, że aktualnie około 3,5 tys. absolwentów potencjalnie rocznie kończy uczelnie. Proces specjalizacji jest trudny i żmudny. Ludzie migrują po Polsce szukając miejsc, gdzie będą mogli się specjalizować. Rezydentur jest więcej ale pozostaje kwestia ich rozdziału. Szpital powiatowy ma jedno miejsce akredytacyjne, na które może przyjąć rezydenta bądź lekarza w trybie pozarezydenckim a ośrodek kliniczny ma 20. Dysproporcja jest olbrzymia stąd lekarze chętnie wybierają do specjalizacji duże ośrodki kliniczne. Kiedyś był odwrotny system kształcenia – szukało się najpierw etatu i miejsca pracy, a później zgłaszało się wnioski o rozpoczęcie specjalizacji. Wydaje się, że było to bardziej logiczne, lepsze. To dyrektor szpitala poniekąd decydował o swojej polityce kadrowej i wiedział, że jeżeli mu brakuje to zatrudni dwóch czy trzech ludzi a oni rozpoczną proces specjalizacji. Dzisiaj decyduje się o tym we Warszawie.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny zasygnalizowała, że jest komórka organizacyjna, która wydaje akredytacje. Konsultanci krajowi mają tutaj swoje zdanie. Istotne znaczenie ma też polityka lokalna, polityka samorządów, prezydentów miast, starostów, którzy są właścicielami szpitali. Oni mają wpływ na to by mobilizować dyrektorów szpitali, by miejsca szkoleniowe były otwierane. Mają narzędzia finansowe, by dopłacać do takiego etatu. Niektóre samorzady to robią a inne.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban zauważył, że są takie województwa, gdzie marszałkowie dopłacają do etatów, szczególnie tych bardziej deficytowych. Podkreślił, że generalnie powinno się wychowywać ludzi, kształcić i przywiązywać ich do miejsca. Praca powinna być takim miejscem. Zwrócił uwagę, że ważne jest pozyskanie specjalności w przywoitych warunkach, w miarę blisko domu, by lekarz nie musiał sprzedawać domu, wynajmować gdzieś mieszkania, zostawiać rodzinę i jechać gdzieś zdobywać specjalizację. Część ludzi wybiera specjalizację za granicą, ponieważ w Polsce jest coraz trudniej ją zrobić. Przykładowo jedzie do Niemiec, gdzie zdobywa specjalizację a w Polsce jest wpisywany

do rejestru z tytułami niemieckiego specjalisty, które są uznawane. Dzisiaj lekarze rozwiązują testy zamiast przy pacjencie i starszym lekarzu uczyć się praktycznej wiedzy. Praktyka pokazuje, że lekarzy nie ma. Nie możemy mówić o sytuacji w służbie zdrowia nie rozdzielając sektora publicznego i niepublicznego, szpitali i lecznictwa otwartego. Na lecznictwo otwarte był duży nacisk przy wielkiej reformie służby zdrowia w 1999 roku, gdy powstała wizja tworzenia lekarzy rodzinnych, którzy zajmą się opieką nad pacjentem. Wówczas powstały POZ, zlikwidowano dawne poradnie ogólne. POZ jest stosunkowo dużo. Specjalistów z medycyny rodzinnej nie ma aż tak wielu, jakkolwiek ilościowo tych lekarzy jest dużo. Oni prowadzą POZ ale zatrudniają specjalistów – pediatrów i internistów. W szpitalach natomiast brakuje internistów ogólnych. Brakuje również pediatrów, którzy idą do POZ, bo mają tam wyższą stawkę za godzinę i lżejszą pracę, nie obciążoną praktycznie żadnym ryzykiem. Praca w szpitalu jest coraz bardziej ryzykowna i coraz mniej ludzi chce to ryzyko podejmować. Zaczęliśmy mówić ostatnio z Profesorem Zembalą o zawodzie asystenta lekarza, bo zaczyna brakować ludzi. Mamy sytuację, gdzie zaczynamy być niewydolni, zamykamy oddziały, bo nie spinamy grafiku, bo brakuje lekarzy. Kolejna kwestia – NFZ, który w dalszym ciągu śrubuje normy zatrudnienia. W aglomeracji nie jest jeszcze najgorzej, jednostki są blisko i da się ściągnąć specjalistę. W innych regionach, przykładowo w województwie opolskim, już nie. Zamknięto oddział ginekologiczno – położniczy w Kluczborku, czy w Głubczycach. Nie ma lekarzy i mechanizmy finansowe nie są już do końca przekonujące. Łatwość doświadczenia zawodowego, łatwość pracy – to zaczyna być istotne. Śledzimy prace na temat zmian ustawy o pracy lekarza i lekarza dentyści. Pojawiają się głosy, że trzeba wrócić do starego systemu. Kiedyś był pierwszy i drugi stopień specjalizacji. Lekarz z pierwszym stopniem mógł pracować w poradni i mógł wiele robić. Dzisiaj tych młodych lekarzy bez specjalizacji i starych bez specjalizacji system nie widzi, a kiedyś pracowali w poradniach ogólnych, na oddziałach. Kiedyś nie zmuszało się do podjęcia specjalizacji, bo dopiero ze specjalizacją będzie lekarzem. Dzisiaj są potrzebni wszyscy – ludzie i ręce do pracy

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie Zbigniew Brzezina zauważył, że lekarze z wyższych grup wiekowych nie są już na tyle mobilni by wziąć dyżury.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban stwierdził, że ci lekarze ratują sytuację w POZ, w poradniach ale nie są w stanie oprócz normalnego etatu dyżurować. Zauważył, że lekarze w szpitalach dyżurują i pracują ponad normy, bo inaczej się da się spać dyżurów. Przypomniał czasy, kiedy pełnił funkcję dyrektora szpitala, kiedy były sterty podań o pracę i lekarze szukali pracy. Później zaczęło się wszystko psuć, co było widać na prezentacji Pani Dyrektor. Nie pomyślano o tym, że lekarze się zestarzeją, wyjadą za granicę, przejdą do innej pracy. Brak natychmiastowej reakcji na niepokojące zjawiska spowodował obecną sytuację.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie Zbigniew Brzezina stwierdził, że nie jest tak że nikt nie przewidział obecnej sytuacji. Na jednym z pierwszych zjazdów częstochowskiej izby, zwracano uwagę, że obserwując statystykę średniej wieku lekarzy, za 20 lat sytuacja dotycząca specjalistów będzie katastrofalna. W chwili obecnej około 30% emerytów wykonuje kontrakty z NFZ. Wielu z nich nie jest do końca sprawnych elektronicznie i jeżeli wejdą w życie rozwiązania elektroniczne część z nich zrezygnuje z zawodu, bo jest to dla tej grupy istotny problem.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zauważył, że jest to kwestia indywidualnego podejścia. Zna osoby po 80, które są w tym obszarze sprawne.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie Zbigniew Brzezina stwierdził, że są oczywiście ludzie w tym wieku, którzy doskonale się orientują w tej sferze. Mowa jednak o procentach i część osób nie jest wydolna elektronicznie. Kolejną kwestią jest

narastająca biurokracja, między innymi na SOR-ach. Trzecią istotną kwestią jest penalizacja. Bardzo wielu lekarzy z tytułu strachu przed wykonywaniem specjalizacji szczególnie obarczonych tym ryzykiem rezygnuje z tych specjalizacji. Minister Szumowski zapowiada, że jest gotowa ustawa o pozasądowym dochodzeniu roszczeń do ochrony zdrowia. Taka ustawa w krajach skandynawskich czy we Francji zmniejszyła ilość roszczeń o ponad połowę. Ta ustawa zmienia podejście i postępowanie z najbardziej roszczeniowymi pacjentami. Jest kilka drobnych istotnych rozwiązań jak np. asystent lekarza, który zmniejszą obciążenie pracą.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban stwierdził, że dostrzegano problem lekarzy ale bagatelizowano tą kwestię. Zaczęły się normy zatrudnienia pielęgniarek na łóżka przeliczeniowe. Obawiano się konsekwencji. Nic się nie stało, poza tym, że polikwidowano łóżka. Dzięki temu poprawią się normy i wskaźniki. Państwo osiągnęło to, co chciało, czyli zmniejszenie liczby łóżek i poprawę ich wykorzystania. Być może wykorzystanie dojdzie do 100%, choć jeżeli szpital wykorzystuje łóżka w 100%, to jest niewydolny, bo w razie choćby wypadku autobusu nie będzie w stanie przyjąć ludzi. Nie jest też w stanie należycie dezynfekować i odkażać łóżek czy sprzętać pomieszczeń. Muszą być w szpitalu wolne, dyspozycyjne łóżka, by można w każdej chwili przyjąć pacjentów, gdy nagle zwiększy się ilość zachorowań kardiologicznych czy neurologicznych. Zmniejszyła się ilość łóżek, zamyka się oddziały. Nasuwa się pytanie, jak to będzie się rozkładało w różnych miastach. Jak zamknie się w Katowicach jeden mały oddział, to niewielu to zauważy. Co będzie jednak, jak zaczną się sypać te duże oddziały pediatryczne czy internistyczne. Jest duża konkurencja w niepublicznych jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej i w szpitalach. Jak dyrektor szpitala ma wygrać z POZ, który młodemu lekarzowi proponuje się tam 120 zł za godzinę?! Bezpieczeństwo społeczeństwa to nie poradnie – to szpitale, gdzie trafiają te najtrudniejsze przypadki. To powinno być utrzymane i nie oparte na niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej tylko na jednostkach, na które państwo ma jakikolwiek wpływ i które zapewnią bezpieczeństwo. Jeżeli zamknie się jedna czy dwie poradnie, to nie pogorszy to istotnie sytuacji ale jeżeli zamknie się jeden czy drugi oddział w dużym szpitalu powstanie problem. Dyrektorzy różnie reagują na zmniejszające się zatrudnienie, bo poprawia się wynik finansowy. Redukowanie kosztów w nieskończoność może doprowadzić do sytuacji, kiedy szpital przestanie być wydolny.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny zauważyła, że na przestrzeni ostatnich 15/20 lat strasznie wzrosła ilość specjalizacji, co odbyło się kosztem tych dziedzin podstawowych. W tej chwili uprawnienia, które posiada lekarz kiedyś robiący specjalizację w dużej dziedzinie podstawowej, nijak się ma do tego, co może robić teraz. Teraz specjalizacje są wąskie i one są potrzebne. Jeśli jednak NFZ potencjalnemu świadczeniodawcy wpisuje wymóg posiadania szczegółowej specjalizacji, której nie ma za wiele, to w iluś szpitalach działalność w zakresie danej dziedziny nie będzie możliwa do uruchomienia. Najczęściej lekarze posiadają podwójną specjalizację i wybierają to, co jest dla nich najbardziej korzystne, w której spełniają się zawodowo. To jest błąd systemowy. Były pewne zapowiedzi, sygnały, że ilość specjalizacji ma być zmniejszona ale nic na to nie wskazuje, wręcz odwrotnie. Jeżeli spojrzymy na system kwalifikacji do odbywania specjalizacji, to od pewnego czasu jest Lekarski Egzamin Końcowy, który nie jest idealnym rozwiązaniem do możliwości uzyskiwania specjalizacji. Kiedyś było inaczej. Nie ma rozwiązań idealnych. Jeżeli lekarz nie uzyska odpowiedniej średniej z egzaminu, to wniosek nie przejdzie. Egzamin końcowy to jeden wielki test, naszpikowany bardzo szczegółowymi pytaniami. Część lekarzy, która może w innym

systemie czy innej kwalifikacji mogłaby ubiegać się o tą specjalizację, jak nie przejdzie tego testu nie ma szans.

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Dariusz Starzycki zwrócił uwagę na statystyki dotyczące zaliczania Lekarskiego Egzaminu Końcowego. Warto przypomnieć, że w stosunku do tego jak było 4 lata temu, o 2 tys. wzrósł nabór lekarzy; musimy poczekać jak wykształcą się. Trzeba mieć nadzieję, że ten wzrost zostanie utrzymany, a być może będzie jeszcze wzrastał. W tym czasie musimy wykorzystać te rezerwy, którymi dysponujemy. Trzeba znaleźć w trybie pilnym miejsce dla lekarzy bez specjalizacji. Nie wszyscy mają potrzebę robienia specjalizacji i to jest spora grupa lekarzy, którzy mogliby zafunkcjonować w systemie. Dzisiaj oni bez nadzoru lekarza specjalisty mogą pracować chyba jedynie w nocnej i świątecznej opiece. Ta grupa to rezerwa, którą należy wykorzystać przynajmniej do tego momentu aż na rynek wejdą nowi wykształceni lekarze, co potrwa jakiś czas. Kolejną istotną kwestią jest Lekarski Egzamin Końcowy, którego połowa osób nie zdaje. Po 6 latach kształcenia osoby, które nie zdały egzaminu nie mogą być nawet pielęgniarkami, pielęgniarkami, nie mogą nic zrobić w systemie, a przecież mogliby jakieś funkcje medyczne pełnić. Trzeba zastanowić się w ogóle nad zasadnością Lekarskiego Egzaminu Końcowego. Obecni tutaj Prezesi Izby czy większość dzisiejszych profesorów medycyny w naszym kraju nie zdawało tego egzaminu. Ten egzamin wszedł około 15 lat temu.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban zauważył, że jest to zapisane w traktacie akcesyjnym.

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Dariusz Starzycki zauważył, że część krajów Unii Europejskiej nie ma tego egzaminu. Chodzi też o stopień trudności tego egzaminu – należy go dostosować do realiów, do poziomu kształcenia na studiach. Egzamin jest tak obszerny, że większość specjalistów by tego nie zdała. Łatwiej jest wyjechać i zrobić specjalizację za granicą. W dyskusjach z posłami z sejmowej komisji zdrowia często słychać o tych dwóch elementach: wykorzystaniu lekarzy bez specjalizacji oraz Lekarskim Egzaminie Końcowym. W przypadku LEK będzie zmiana – egzamin będzie można zdawać już na przedostatnim roku; będą też dwa lata na podejścia do egzaminu. Jest więc jakiś drobny progres.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban zwrócił uwagę, że po każdym studiach w Polsce dostaje się dyplom, podpisuje się umowę i można podjąć pracę. Lekarz po ukończeniu studiów musi iść na staż i dalej się uczyć, ale nie ma prawa wykonywania zawodu. Nie może leczyć, jak nie zda egzaminu. Wystarczy jedna zmiana w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. dotycząca zapisu, że trzeba zdać LEK by dostać prawo wykonywania zawodów. Gdyby usunąć ten zapis, lekarz dostałby prawo wykonywania zawodu, poszedłby do pracy i dalej się uczył. To, czy dostanie specjalizację, to już jest inna kwestia. Dzisiaj brakuje czterech podstawowych specjalizacji.

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Dariusz Starzycki stwierdził, że główny argument przeciwników zmian dotyczących LEK dotyczy obaw o obniżenie jakości lekarzy. Zwolenników przekonanych do zmian jest coraz więcej. Te decyzje są jeszcze przed nami. Głosy za zmianami będą cennym wsparciem, zwłaszcza ze środowiska autorytetów, którzy potwierdzą, że nikt nie chce obniżyć jakości leczenia.

Radny Jan Kawulok na wstępie zasygnalizował, że miał wątpliwości przy organizacji dzisiejszego posiedzenia. Takie spotkania są często. Po każdym jesteśmy zgodni, wychodzimy stąd a po roku spotykamy się znowu. Nasuwa się pytanie, czy chociaż w jednym punkcie potrafimy wymusić zmiany?! Ani jedna nowa specjalizacja nie powstała inaczej niż z inicjatywy lekarzy. To nie pacjenci wymyślili kolejną specjalizację tylko lekarze. Pytanie, czy potrafimy coś zrobić?! Na pewno olbrzymia szansa to

przyjęcie na kierunki lekarskie 7816 osób z tych 4 tysięcy (co roku od 4 lat o 25% więcej). Pytanie, czy ci lekarze skończą studia, czy nie będą w zawieszaniu bo nie zdadzą LEK?! Czy wymusimy wykreślenie jednego zdania w ustawie?! Czy potrafimy coś zrobić poprzez wspólne działania?! Za każdym tematem ktoś stoi. W kwestii wspomnianych dzisiaj odszkodowań lansowałem rozwiązania niemieckie – że górna wartość odszkodowania zdrowia ludzkiego jest określona, przykładowo 1 mln zł. Dzisiaj sprawny prawnik żąda nawet 6 mln zł za błąd w sztuce, co powoduje, że lekarz się boi pracować. Skoro ubezpieczenie dobrowolne mamy na poziomie 70 czy 140 tys. zł, to nasuwa się pytanie, dlaczego przy leczeniu publicznym odszkodowanie mamy mieć w wysokości 6 mln zł?! Trzeba w ustawie o odpowiedzialności cywilnej wprowadzić górny próg. Firmy ubezpieczeniowe będą z pewnością bronić wolnego rynku. Kolejną kwestią jest pomocnik lekarza. Po wojnie funkcjonował tzw. felczer. Czy faktycznie uda się przywrócić szkolenie, o którym mówił Pan Prezes i odwrócić, że to dyrektor szpitala zatrudniał internistę z potencjalnym nastawieniem, że będzie się kształcił?! Kolejną kwestią budzącą wiele wątpliwości jest wybór: wolny rynek czy administracja. Może należałoby się zgodzić, że jest jakiś podmiot, może Wojewoda, który będzie jednak ustalał pewne zasady np. ilość oddziałów na danym obszarze. Nie w każdym mieście musi być dany oddział, szczególnie ten bardziej specjalistyczny. W nawiązaniu do przedstawionego w prezentacji slajdu dotyczącego nasycenia kadry lekarskiej na powiaty uwaga do Pani Dyrektor Pietrzak – Wolny, że powiat jest zbyt małą jednostką populacyjną. Widoczne są w prezentacji Rybnik i powiat rybnicki czy Bielsko – Biała i powiat bielski. Robiąc analizy należy łączyć tę ludność – jeżeli wszystkie szpitale są na terenie miasta, to lekarze nie będą wykazani w powiecie. Podobnie miasto Częstochowa i powiat częstochowski. Bardzo ważne jest określenie pewnej filozofii podejścia do służby zdrowia. Istotna jest odpowiedź na pytanie, czy jesteśmy w stanie zadziałać, ponieważ nie różnimy się w wielu obszarach w ogóle. Być może trzeba zaproponować konkretne zapisy w ustawie, spotkać się jeszcze raz na posiedzeniu, by przyjąć konkretne propozycje zmian np. w danej ustawie wykreślić zapis. Pod propozycją podpiszą się trzy izby lekarskie, Komisja Zdrowia czy też Sejmik i stanowisko wysłane zostanie do posłów, Ministra Zdrowia. To będzie konkretne działanie. Możemy też napisać, że chcemy ograniczyć specjalizacje i spróbujemy wymienić, które wykreślamy. Jest chyba szansa, by z wymienionych tutaj problemów rozwiązać przynajmniej dwa. Ważnym problemem na pewno jest LEK czy też wykonywanie zawodu lekarza bez LEK, bądź w ogóle zlikwidowanie tego egzaminu. Nie trzeba chyba przekonywać lekarzy, by nie wyjeżdżali. Lekarz wyjedzie jeśli ze dwa razy nie zda egzaminu; nie chodzi o sprawy finansowe, bo płace lekarze poszły do góry. Lekarze chcą normalnie pracować, kształcić się i rozwijać się w naszym systemie, a nie brać bezpłatnego urlopu by przez 4 miesiące przygotowywać się do egzaminu. Musimy próbować konstruktywnie zrealizować dwa, trzy punkty.

Radna Urszula Koszutska podkreśliła, że chyba wszyscy chcemy ułatwić funkcjonowanie ale problem jest chyba zdecydowanie szerszy. Braki w służbie zdrowia to też kwestia depopulacji. W każdym środowisku widoczne są potężne braki ludzi do pracy. Nie wiem, czy dobrą drogą byłoby obniżanie standardów. Mogłoby to pojawić się w sytuacji przejściowej, do czasu gdy nie wypełnimy luki, która się pojawia, a to praca na wiele lat. Pytanie, czy rozważamy wsparcie systemu ochrony zdrowia tak, jak robią to inne kraje, gdzie są braki na przykład poprzez zaproszenie specjalistów już wykształconych z innych krajów. Czy jest pomysł, by zasilić ochronę zdrowia specjalistami z innych krajów?

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban odpowiedział, że z Zachodu lekarze nie przyjadą, bo są na innym poziomie. Lekarze

ze Wschodu chcą przyjeżdżać. Spotykamy się Polakami mieszkającymi na Wschodzie i oni bardzo chcieliby przyjechać do Polski pracować ale wymogi uznania ich dyplomów są bardzo wyśrubowane. Teraz nostryfikację dyplomów wykonuje się na wyższych uczelniach. Uczelnie są tym zainteresowane, najczęściej robią dwa razy w roku dosyć trudny test. Trzeba znać dobrze język polski. To dotyczy Ukraińców, Białorusinów, Bułgarów. Oni przyjeżdżając na szkolenie nie są jednak w stanie utrzymać się przez dłuższy czas nie pracując w zawodzie, a muszą przechodzić żmudny proces nostryfikacji. Jest nowa propozycja Pana Ministra, że jeżeli dyrektor szpitala wyrazi chęć zatrudnienia człowieka z papierami, to on do nostryfikacji do 5 lat będzie mógł uzyskać zgodę samorządu i będzie mógł być zatrudniony. Zapis mówi jednak nie o lekarzu ale o specjalście. Polska jest dla przyjezdnych już dobrym miejscem, gdzie jest jeszcze blisko do rodziny, by wrócić do niej czy ją ściągnąć. Dotyczy to szczególnie mieszkających za wschodnią granicą Polaków. Na razie jednak prościej nie będzie. Będzie centralny egzamin (200 pytań, zdawalność 70%). Generalnie zainteresowanie przyjazdem jest duże ale niełatwo wejść na rynek pracy. Świadomość niedoboru kadry jest wielka i koledzy zza wschodniej granicy byłiby mile widziani. Człowiekowi, który zda najtrudniejsze w Polsce sześcioletnie studia, w trakcie których zalicza poszczególne przedmioty, na koniec zostaje dodatkowo najtrudniejsza bariera w postaci końcowego egzaminu. LEK może być rankingiem porządkującym ludzi w kolejce do specjalizacji, ale problem stanowi to, że ci ludzie nie mogą pracować. W krajach Unii Europejskiej, gdzie wymyślono ten przepis mają system boloński na studiach – tam studenci nie zdają egzaminów tylko zaliczają kolejne partie. W Polsce jest stary klasyczny system, egzamin za egzaminem, zaliczenie za zaliczeniem, a na koniec super egzamin i w razie nie zdania go nie mogą pracować.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zauważył, że jeżeli są takie a nie inne wyniki to oznacza, że coś niedomaga: albo system nauczania na uczelni albo system weryfikacji wiedzy. Poziom pytań w testach jest niejednokrotnie „wzięty z sufitu” a prawidłowa odpowiedź zależy od ośrodka, który tworzył pytania. Coś jest nie tak, że aż tak duża ilość osób jest niezdolnych po studiach do zdania tego egzaminu. Pytanie do Pani Dyrektora Pietrzak – Wolny, co się dzieje z osobą która chce zrobić specjalizację, jeżeli się nie zakwalifikuje się w danej sesji?

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny odpowiedziała, że jeżeli ma taką chęć podchodzi drugi raz.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka interesował się, czy nie można wybrać sobie kilka specjalizacji i w zależności jaki wynik się uzyska, nie czekać na kolejną sesję tylko wybrać inną specjalizację.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny odpowiedziała, że to byłoby bardzo wygodne dla lekarza. pytanie ile miałyby wybrać tych specjalizacji. Podkreśliła, że w tej chwili lekarz może złożyć wniosek w dwóch trybach – rezydentckim i pozarezydentckim. Jeżeli nie dostanie się na rezydenturę może rozpocząć w trybie pozarezydentckim i potem zmienić tryb.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zauważył, że są braki w każdej specjalności.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny odpowiedziała, że są dziedziny, które nie mają braków. Generalnie brakuje lekarzy. Rozłożenie tych lekarzy jest bardzo niesystematyczne. Z poziomu wojewódzkiego nie mamy wpływu na to, w jaki sposób odbywa się system kwalifikacji, jakie uprawnienia lekarzowi przysługują. Co może, a czego nie może zrobić składając wniosek. Te kwestie są rozwiązywane na poziomie centralnym. Jeżeli poruszamy jakieś aspekty o charakterze technicznym są one brane pod uwagę. Generalnie

polityka Ministerstwa jest bardzo samodzielna i pomimo wielu dyskusji odbywających się również na poziomie wojewódzkim, spotkaniami nie mamy większej siły przebicia. **Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie Zbigniew Brzezina** stwierdził, że dość rewolucyjny jest system proponowany przez rezydentów.

Radny Rafał Porc zapytał Pana Przewodniczącego o konkluzję, wnioski z dzisiejszego posiedzenia.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka stwierdził, że prezentacje z dzisiejszego posiedzenia zostaną przesłane do wszystkich członków Komisji. Każdy z Radnych będzie miał czas do zastanowienia i z pewnością wrócimy jeszcze do tematu. Na razie Radni otrzymali szereg informacji. Jako Komisja powinniśmy wypracować jakieś sugestie. Dzisiaj nie jest to możliwe.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban można na pewno wnioskować do ustawodawcy o zmiany ustawy. Ponadto Marszałek Województwa może poprosić dyrektorów szpitali marszałkowskich aby wystąpili o zwiększenie ilości miejsc akredytacyjnych.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zasygnalizował, że w szpitalu powiatowym, którym pracuje mieli jedno miejsce akredytacyjne. Z zasadnych powodów odmówili przyjęcia skierowanej przez Urząd Wojewódzki osoby i stracili to miejsce i możliwość akredytacji.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny odpowiedziała, że takie niestety są przepisy.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zauważył, że jeżeli przepisy nie są dostosowane do realiów, to należy je zmienić.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Jolanta Pietrzak – Wolny odpowiedziała, że dlatego jest jak najbardziej za tym, by Komisja wniosowała o zmiany w przepisach.

Radna Urszula Koszutska zauważyła, że nawet jak zwiększymy ilość lekarzy nie będziemy mieć średniego personelu. Tutaj też jest problem.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka podziękował gościom i Radnym za poświęcony czas i dyskusję.

Ad. 4

Propozycje Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia do projektu budżetu Województwa Śląskiego na rok 2020.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zapytał, czy ktoś ma propozycje do projektu budżetu Województwa na 2020 roku. Propozycje powinny spłynąć do Zarządu do 15 września. Jeśli jako Komisja chcielibyśmy złożyć jakieś propozycje, to powinniśmy przyjąć je na dzisiejszym posiedzeniu.

Radna Ewa Żak zasygnalizowała, że na Komisji Budżetu Pani Skarbnik powiedziała, że propozycje należy składać do Zarządu Województwa do 10 września.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka stwierdził, że każdy Radny może złożyć swoje propozycje indywidualnie. Jako Komisja też możemy jakieś propozycje zgłaszać. Wobec braku zgłoszeń Przewodniczący przeszedł do kolejnego punktu posiedzenia.

Ad. 5

Opiniowanie projektów uchwał Sejmiku Województwa Śląskiego.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka poinformował, że w materiałach na najbliższą sesję Sejmiku nie ma konkretnych projektów uchwał skierowanych wprost do Komisji celem zaopiniowania. Są natomiast zmiany w budżecie i WPF. Jest wprowadzenie nowych przedsięwzięć: przebudowa hydroforni i stacji uzdatniania wody oraz

częściowa rozbiórka i budowa sieci wodociągowej GCR „Repty” w Tarnowskich Górach oraz doposażenie w sprzęt medyczny Bloku Operacyjnego Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu (program na trzy lata i kilkanaście milionów złotych).

Radna Ewa Żak zauważyła, że jeden szpital dostaje 18 mln zł a inny nie może dostać pożyczki. Zasygnalizowała, że zwróci się z pismem, bo Szpital w Bielsku też potrzebuje pieniędzy – 3 mln zł na oddział neurologii. W szpitalu ogólnym w Bielsku – Białej będzie zlikwidowany oddział neurologii i wszyscy przejdą do Szpitala Wojewódzkiego i Szpitala Kolejowego w Wilkowicach – Bystrej. Szpital im. „Św. Barbary” dostaje często środki. Czy w Szpitalu im. Św. Barbary jest oddział neurochirurgii?

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego Grzegorz Gwóźdź odpowiedział, że jest jeden z większych oddziałów. Ta inwestycja jest kolejnym etapem modernizacji całościowej Szpitala. Jeśli chodzi o Szpital w Bielsku temat neurologii jest nam znany. Odbyło się spotkanie u Pana Wojewody, Pani Dyrektor była również u Pana Wicemarszałka Starzyckiego. Wiemy, jaka jest sytuacja neurologii na Podbeskidziu i pracujemy nad tym. Zdajemy sobie sprawę, że Szpital Wojewódzki musi przejąć całość obsługi neurologicznej regionu. Kolejne wnioski do budżetu na następny rok ze strony Szpitala również dzisiaj wpłynęły. To wszystko będzie przedmiotem pracy Wydziału, Zarządu a później Sejmiku.

Radna Ewa Żak podkreśliła, że Szpital jest w ciężkiej sytuacji i potrzebuje wsparcia.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka poinformował, że Szpital w Wilkowicach otrzyma 1,5 mln zł.

Radna Ewa Żak zauważyła, że to dotyczy drogi do Szpitala.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka poinformował, że kolejna zmiana to dokapitalizowanie spółki Śląskie Centrum Reumatologii i Rehabilitacji (zmniejsza się o 800 tys.). Więcej zmian dotyczących ochrony zdrowia i polityki społecznych nie ma.

Ad. 6

Sprawy różne.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka zapytał czy ktoś ma jakieś sprawy, pytania?

Radna Ewa Żak poprosiła, aby w kierowanych do członków Komisji zaproszeniach były wymienione projekty uchwał, które będą opiniowane.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka poinformował, że w momencie wysyłania zaproszeń nie było jeszcze informacji, jakie projekty będą na sesję.

Radna Ewa Żak poprosiła, by później była Radnym przekazana informacja, które konkretnie projekty będą procedowane na posiedzeniu.

Przewodniczący Komisji Piotr Bańka przypomniał, że dekretacje Pana Przewodniczącego są w ogólnych materiałach na każdą sesję.

Radna Ewa Żak poprosiła, by pomimo to była przekazana informacja, które projekty będą głosowane na posiedzeniu.

Wobec braku dalszych uwag Przewodniczący Komisji zakończył posiedzenie.

Protokół sporządziła
Małgorzata Cieszyńska – Sokołowska

Przewodniczący Komisji
Polityki Społecznej i Ochrony
Piotr Bańka