

Protokół Nr 10/2025
z posiedzenia Komisji Ochrony Zdrowia, Polityki Społecznej, Rodziny i Sportu
Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego
23.04.2025 r.
godz. 12.00,
sala 424,
Urząd Marszałkowski.

1. Otwarcie posiedzenia.

Przewodniczący Komisji, p. Tadeusz Politewicz otworzył posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia, Polityki Społecznej, Rodziny i Sportu Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego i powitał wszystkich uczestników posiedzenia. Następnie stwierdził wymagane kworum.

Obecni Członkowie Komisji:

Tadeusz Politewicz – Przewodniczący Komisji,
Zbigniew Homza – Wiceprzewodniczący Komisji,
Sylwia Jaskulska,
Wojciech Cybulski,
Zbigniew Domżański,
Łukasz Kochan,
Bogusława Orzechowska,
Elżbieta Ruda,
Katarzyna Sobiech,
Piotr Soćko,
Rafał Wilczek,
Bożenna Ulewicz,
Ewa Wiśniewska.

Nieobecni Członkowie Komisji:

Maria Bąkowska,

Goście :

Dr n med. Jan Domitrz – Centrum Artemida Olsztyn,
Wioletta Ślaska – Zysk - Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.

2. Zatwierdzenie porządku posiedzenia.

Przewodniczący Komisji poinformował, że Członkowie Komisji otrzymali porządek posiedzenia. Ponieważ nie było uwag, poddał pod głosowanie przesłany porządek. Za przyjęciem porządku obrad głosowało 8 członków komisji, przeciw – 0, wstrzymało się – 0.

1. Otwarcie posiedzenia.
2. Zatwierdzenie porządku obrad.
3. Ochrona zdrowia prokreacyjnego w województwie warmińsko-mazurskim.
4. Planowany rozwój Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.

5. Sprawy różne.
6. Przyjęcie protokołu nr 9/2025 z 19 marca 2025 r.
7. Zakończenie posiedzenia.

3. Ochrona zdrowia prokreacyjnego w województwie warmińsko-mazurskim.

Dr n med. Jan Domitrz z Centrum Artemida w Olsztynie powiedział, iż odnosząc się do swojego akademickiego doświadczenia, że temat zdrowia prokreacyjnego – ze szczególnym uwzględnieniem województwa warmińsko-mazurskiego – jest złożony, lecz istotny społecznie. Podkreślił osobiste związki z regionem oraz satysfakcję z pracy zespołu, który prowadził ciężą kobiet mieszkających na Warmii i Mazurach. W dalszej części omówił pojęcie zdrowia reprodukcyjnego jako stanu pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby. Zdrowie to dotyczy całego życia człowieka, niezależnie od jego wieku, statusu materialnego czy wykształcenia, i obejmuje edukację seksualną, dostęp do antykoncepcji, opiekę medyczną nad kobietą i mężczyzną w wieku prokreacyjnym, leczenie chorób przenoszonych drogą płciową, a także wsparcie okołoporodowe. Podkreślił, że Polska w wielu aspektach wypada słabo na tle Europy, zwłaszcza pod względem dostępności antykoncepcji – zajmując ostatnie miejsca w rankingach. Dopiero wprowadzenie programu refundacji zapłodnienia pozaustrojowego w 2024 roku znacząco poprawiło sytuację, zwiększając wskaźniki dostępności leczenia. Zaznaczył również dwa istotne aspekty zdrowia reprodukcyjnego – osobisty (umożliwiający świadome i bezpieczne życie seksualne oraz posiadanie dzieci) oraz populacyjny. W tym drugim kontekście szczególnie alarmujące są dane demograficzne: w województwie warmińsko-mazurskim liczba urodzeń na 1000 mieszkańców spadła z 11 w 2010 roku, poniżej 6 w 2024 roku. Przyrost naturalny również obniżył się z dodatniego w roku 2010 (na poziomie 2) obniżył się do - 4, co świadczy o poważnym kryzysie demograficznym, którego skutki będą odczuwalne przez kolejne dekady. Doktor zwrócił uwagę na drastyczny spadek liczby mieszkańców, wskazując, że w ciągu ostatnich kilku lat ubyło około 5000 mieszkańców, co jest porównywalne do zniknięcia całych miejscowości. W obliczu tych danych, wyraził pesymizm co do możliwości odwrócenia trendów demograficznych, ponieważ skutki obecnych decyzji będą widoczne dopiero za 30 lat. Podano dane dotyczące spadku liczby urodzeń, zaznaczając, że w 2023 roku urodziło się 250 000 dzieci, a prognozy na 2055 rok mówią o jedynie 125 000 urodzeń, jeśli nie dojdzie do zmian w polityce migracyjnej czy innych trendów demograficznych. Podkreślił, że kobiety rodzą coraz później, a średni wiek pierwszego porodu wzrósł z 19 lat w 1960 roku do prawie 30 lat w 2023 roku. Z prognoz wynika, że w roku 2025 urodzi się 125 tys. dzieci, przy założeniu, że niepłodność wynosi 10%. Kolejnym tematem była kwestia niepłodności, która, stanowi poważnym problemem społecznym. Choć efektywne leczenie niepłodności może poprawić wyniki demograficzne, nie jest możliwe leczenie każdej pary, a proces ten musi być stosowany w odpowiednim czasie i ograniczony do kilku lat. Zwrócił uwagę na emocjonalny ciężar, jakim obarczona jest niepłodność, szczególnie w okresach świątecznych, kiedy pytania o dzieci stają się dla par ogromnym stresem. Doktor Jan Domitrz podkreślił, że niepłodność to nie tylko problem medyczny, ale przede wszystkim dramat psychiczny i społeczny, który dotyka nie tylko kobiety, ale także mężczyzn i całe rodziny. Leczenie nie może trwać bez końca – powinno być intensywne, skuteczne, ale ograniczone w czasie i zakończone, gdy nie przynosi rezultatów. Wtedy pacjenci potrzebują alternatyw – jak adopcja – oraz profesjonalnego wsparcia psychologicznego, które pomoże im pogodzić się z sytuacją. Kolejno zaznaczył, że brak środków nie oznacza wyleczenia, a jedynie wykluczenie z leczenia, natomiast choroba pozostaje. Kluczowym elementem zakończenia procesu leczenia niepłodności – jeśli nie skutkuje on ciążą – powinna być efektywna psychoterapia. Przedstawił wizję idealnego ośrodka

leczenia niepłodności: zespołu interdyscyplinarnego złożonego z lekarza, psychologa, pracownika socjalnego i ewentualnie prawnika wspierającego procesy adopcyjne. Takie podejście byłoby efektywne nie tylko medycznie, ale też kosztowo. Przedstawił również ścieżkę diagnostyki i leczenia niepłodności w województwie warmińsko-mazurskim. Dodając, iż pierwszy kontakt odbywa się w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie lekarz rodzinny powinien rozpocząć podstawową diagnostykę i leczenie zachowawcze (np. wywoływanie owulacji, leczenie stanów zapalnych). Niestety, dostęp do niektórych procedur specjalistycznych (jak laparoscopia) bywa ograniczony i obarczony długim czasem oczekiwania. Zaawansowane leczenie odbywa się w certyfikowanych ośrodkach medycznie wspomagane go rozrodu, które posiadają odpowiednie zaplecze, wiedzę i akredytację Ministerstwa Zdrowia. Poinformował, iż od 2024 roku wiele procedur – w tym zapłodnienie pozaustrojowe – jest refundowanych z budżetu państwa, co znacząco zwiększyło dostępność terapii. Dzięki obecnym regulacjom, przeciętna para – np. trzydziestoletnia kobieta i mężczyzna bez poważnych problemów zdrowotnych – ma aż 90% szans na posiadanie dziecka po przejściu przez wszystkie etapy leczenia wspomaganego. To duży sukces systemowy, który może poprawić sytuację demograficzną, choć nie rozwiąże jej w pełni. Dawniej głównym ograniczeniem w leczeniu niepłodności były finanse – pacjentki często mogły sobie pozwolić na jedną procedurę, podczas gdy skuteczność leczenia zależy od ich powtarzalności. Obecnie sytuacja poprawiła się, ponieważ procedury zapłodnienia pozaustrojowego są refundowane, choć inseminacje – mniej skuteczne i kosztowne – nadal nie są objęte refundacją. Zdaniem prelegenta, ich znaczenie będzie spadać. Od 2015 roku leczenie niepłodności w Polsce funkcjonuje w ramach jasno określonych przepisów prawnych. Wcześniej brak regulacji umożliwiał wiele kontrowersyjnych praktyk. Nowe prawo wprowadziło m.in. zasady ochrony zarodków. Dodał, iż w Polsce ochrona zarodka stoi na najwyższym poziomie – nie można ich niszczyć ani przekazywać do badań, jedynie do adopcji. Ustawa określa też zasady działania ośrodków wspomaganego rozrodu, które muszą spełniać wysokie standardy, podobne do tych obowiązujących w transplantologii. Przypomniął, iż przed 2024 rokiem procedury były finansowane głównie ze środków prywatnych i programów samorządowych – m.in. dzięki wsparciu województwa warmińsko-mazurskiego i miasta Olsztyn. Od 2024 roku funkcjonuje nowy, ogólnopolski program refundacyjny, który daje pacjentkom dostęp do 4 procedur zapłodnienia pozaustrojowego i nieograniczonej liczby transferów zarodków. Dla przeciętnej pary szansa na dziecko wynosi aż 90%. W skali kraju dzięki zapłodnieniu pozaustrojowemu urodziło się już ok. 100 000 dzieci. Sam program rządowy z lat 2013–2016 pozwolił na narodziny ponad 21 000 dzieci przy średnim koszcie 11 400 zł za jedno dziecko – co jest bardzo efektywne ekonomicznie w porównaniu z wpływami podatkowymi, jakie państwo uzyskuje od wychowania dziecka do dorosłości. W Olsztynie działa ośrodek wspomaganego rozrodu wywodzący się z białostockiego środowiska akademickiego. Od 2017 roku wykonuje wszystkie procedury in vitro we własnym zakresie. Wykonano tam już ponad 2000 transferów, prowadzona jest także mrożenie komórek jajowych. Pod koniec prelekcji wspomniano, że skuteczność procedur in vitro w Polsce, która oscyluje na poziomie 30–40%, co nadal daje realne szanse wielu parom. Realna efektywność leczenia metodą in vitro, rozumiana jako odsetek urodzonych dzieci (a nie tylko ciąż klinicznych), wynosi około 20–25%, zgodnie z danymi europejskich i amerykańskich towarzystw medycyny rozrodu. W przypadku ośrodków, na ponad 2000 przeprowadzonych transferów urodziło się ponad 500 dzieci – co odpowiada tej właśnie skuteczności. W latach 2022–2024 ośrodek uczestniczył w realizacji programu leczenia niepłodności finansowanego przez samorząd województwa warmińsko-mazurskiego. Efekty programu w roku 2022 zakwalifikowano 25 par, 9 ciąż, koszt 1 dziecka: ok. 11 363 zł kolejny rok 2023: 29 par, 11 ciąż klinicznych, 10 urodzeń (1 poronienie), koszt 1 dziecka: ok. 16 000 zł, rok 2024 (program trwał do maja): uzyskano 10 ciąż klinicznych, 9 urodzeń, koszt 1 dziecka: ok. 10 300 zł. Ośrodek uczestniczył również w programie „In vitro to hit”, ciekawy program finansowanym przez organizację „Nasz Bocian”. Była to odpowiedź na kontrowersyjny fragment podręcznika szkolnego H.I.T., w którym podważano

podmiotowość dzieci poczętych metodą in vitro. W ramach akcji udało się zrealizować 100 cykli – urodziło się 5 dzieci. Od 2024 roku w Polsce funkcjonuje ogólnokrajowy program refundacji in vitro. Kluczowe elementy : refundacja do 4 procedur zapłodnienia pozaustrojowego. Brak limitów na transfer zarodków, brak wcześniejszych ograniczeń wiekowych. Polska stała się w ten sposób jednym z liderów w Europie pod względem dostępności leczenia niepłodności. Doktor Jan Domitrz zaznaczył, że zwiększenie dostępności niesie też wyzwania – m.in. trafiają pacjentki z dużo słabszymi rokowaniami, co wpływa na statystyki skuteczności. Podkreśla też znaczenie rozwiązywania problemu bezdzietności nie tylko poprzez leczenie, ale również poprzez adopcję i wsparcie psychologiczne. Z medycznego i ekonomicznego punktu widzenia leczenie niepłodności metodą in vitro jest efektywne, szczególnie w zestawieniu z kosztami społecznymi i fiskalnymi bezdzietności. Program refundacyjny z 2024 roku to ważny krok, który jednak musi być wspierany odpowiedzialną kwalifikacją pacjentek, opieką psychologiczną i alternatywnymi formami rozwiązywania problemu bezdzietności. Kontynuując stwierdził, iż problemem w leczeniu niepłodności są głównie bariery finansowe, edukacyjne i systemowe. Pacjenci nie zawsze wiedzą o dostępnych refundacjach, a także napotykać trudności związane z biurokracją i obawami przed rejestracją w systemie Ministerstwa Zdrowia. Istnieją także bariery psychologiczne, gdyż niektórzy pacjenci mają trudności z zaakceptowaniem metody leczenia z powodów emocjonalnych lub światopoglądowych. Mimo to, poprawa w edukacji medycznej oraz dostępność rekomendacji ułatwiają dostęp do leczenia. Dodał, iż także, że w Polsce wielu pacjentów nie otrzymuje odpowiedniego leczenia przez długotrwałe opóźnienia w diagnostyce i brak dostępu do nowoczesnych metod leczenia w czasie. Ważnym punktem jest edukacja, która powinna być kluczowa w walce z tymi barierami.

Radna Bogusława Orzechowska zapytała jak często z ww. procedury występują cięższe bliźniacze.

Dr n med. Jan Domitrz dodał, iż rzadko występują cięższe bliźniacze, dodał iż w jego ośrodku występują głównie cięższe monozygotyczne (jednojajowe), które stanowią 99% przypadków. Podkreśla, że kontrola nad procedurą leczenia jest kluczowa, aby uniknąć nadmiernej liczby zapłodnionych jajeczek i związanych z tym komplikacji zdrowotnych. Dodał, iż transferowanie większej liczby zarodków zwiększa ryzyko poronień i porodów przedwczesnych, co stwarza zagrożenie dla zdrowia dzieci. Mimo to, w przeszłości, kiedy skuteczność in vitro była niższa, transferowano trzy zarodki, co prowadziło do przypadków ciąży mnogich, a nawet ich poronień w późniejszych etapach ciąży. Stwierdził, iż dzięki postępowi w medycynie, procedura pozwala na transfer pojedynczego zarodka, co daje większą kontrolę nad wynikiem i zmniejsza ryzyko powikłań, zarówno zdrowotnych, jak i emocjonalnych, dla pacjentów.

Radna Bożenna Ulewicz przypomniała, iż na zdalnym posiedzeniu komisji w okresie Covid – 19 gościem był doktor *Tadeusz Wasilewski* (...), który leczy pacjentki metodami naturalnymi. Wyraziła ubolewanie, że pomimo zaproszenia w posiedzeniu komisji nie mogła uczestniczyć rok później, będąca autorytetem w dziedzinie leczenia niepłodności, dr n. med. Aleksandra Kicińska, które podaje następujące dane : ogólna skuteczność in vitro podana przez Ministra Zdrowia w odniesieniu do uzyskanych ciąży, a nie narodzin dzieci, wynosi 32 proc. Z kolei liczba dzieci urodzonych z tych ciąży, wg innych źródeł, nie przekracza 17 proc. Procent powodzenia in vitro jest więc nieproporcjonalny do ogromnych nakładów finansowych, które ta procedura generuje.

Doktor Jan Domitrz zapytał, 17% dzieci po czym urodzonych ?

Radna Bożenna Ulewicz wyjaśniła, iż procent powodzenia in vitro jest nieproporcjonalny do poniesionych nakładów finansowych, natomiast leczenie niepłodności z zastosowaniem metod naturalnych jest zdecydowanie mniej kosztowne, co zostało sprawdzone w praktyce. Dodała, iż osoby podające się in vitro narażone są na szereg działań związanych z ryzykiem zdrowotnym. Kobiety poddające się stymulacji jajników, mając na celu uzyskanie komórek jajowych, są narażone na zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory jajnika oraz inne schorzenia, takie jak zespół hiperstymulacji jajników (OHSS) 25% natomiast ciężkie przypadki mogące zakończyć się zgonem występują u 1- 2% . Mówi się także o wyższym ryzyku wrodzonych wad i chorób nowotworowych u dzieci urodzonych metodą in vitro, w porównaniu do dzieci poczętych naturalnie. Niska waga urodzeniowa i często występujące ciążę mnogie. Badania potwierdzają, że umieralność okołoporodowa u dzieci poczętych in vitro jest trzykrotnie wyższa niż w populacji ogólnej. To oznacza, że dzieci urodzone po zapłodnieniu in vitro mają większe ryzyko zgonu w okresie okołoporodowym. Ryzyko martwego urodzenia jest o 37% wyższe u dzieci poczętych in vitro w porównaniu do dzieci poczętych naturalnie. Wady wrodzone tzw. defekty u dzieci urodzonych dzięki metodzie in vitro występują dwukrotnie więcej, co stanowi 4% przypadków w tej populacji (na 100 dzieci, 4 mogą mieć wady wrodzone).

Dr n med. Jan Domitrz ustosunkował się do wypowiedzi przedmówczyni wyjaśniając iż na 100 % dzieci, 4% urodzi się z defektami natomiast 96 % bez wad. Podsumowując dodał, iż, ryzyko wad wrodzonych u dzieci poczętych metodą in vitro jest wyższe, nie wynika to tylko z samej procedury, ale także z czynników zdrowotnych pacjentek, które poddają się leczeniu niepłodności.

Radny Wojciech Cybulski odniósł się do kontrowersji dotyczącej opinii autora podręcznika HIT ,który według przedmówcy "odebrał podmiotowość dzieciom poczętym metodą in vitro" i wyraził to w publicznie opublikowanym podręczniku. Dodał, iż ten podręcznik przeczytał ale w żadnym miejscu nie pojawiła się sugestia, że dzieci poczęte tą metodą nie mają podmiotowości. Zdaniem radnego autor książki Profesor ocenił samą procedurę.

Doktor Jan Domitrz dodał, iż w tej kwestii wytoczono sprawę sądową. Ostatecznie sprawa zakończyła się ugodą, co sugeruje, że doszło do porozumienia między stronami bez kontynuacji procesu sądowego.

Radny Wojciech Cybulski poinformował, iż z jego informacji wynika, że żadnej sprawy Profesor nie przegrał, bo skarżący wycofywali zarzuty stawiane autorowi podręcznika.

Przewodniczący Komisji podziękował Dr n med. Janowi Domitrz za przedstawione informacje, a następnie poprosił Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Centrum chorób Płuc w Olsztynie o przedstawienie kolejnego zagadnienia.

Planowany rozwój Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie

Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie, p. Woletta Śląska-Zyśk posiłkując się prezentacją multimedialną przedstawiła ww. temat. Dyrektor zaprezentowała program inwestycyjny Centrum na lata 2022-2025. Przedstawiając szczegółowe informacje dotyczące planów rozwoju szpitala, inwestycji w sprzęt medyczny

oraz realizacji projektów mających na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej. Poinformowała, iż szpital realizuje program badań przesiewowych dla osób powyżej 50. roku życia, z dofinansowaniem z Ministerstwa Zdrowia. Podjęto również wiele działań, takich jak zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego, w tym tomografu komputerowego, oraz dostosowanie budynków do wymagań ppoż. Podziękowała radnym za wsparcie finansowe udzielone przy zakupie sprzętu na kwotę 1 860 000 zł. Przez ostatnie 2 lata otrzymali sporo sprzętu zakupionego przez WOŚ o wartości 4 mln zł. Wskazała, iż centrum uczestniczy w projektach międzynarodowych, takich jak hybrydowa rehabilitacja pacjentów z przewlekłymi chorobami płuc. Projekt ten współfinansują Finowie i Estończycy. Istnieje również projekt badań i przygotowania szpitala na sytuacje kryzysowe, finansowany przez Komisję Europejską. Szpital otrzymał dofinansowanie na poprawę efektywności energetycznej budynków oraz na zakup samochodu elektrycznego do transportu sprzętu medycznego. Zrealizowano także projekty dotyczące transformacji cyfrowej. W ubiegłym roku wybudowali studnię za własne środki ponieważ jako szpital muszą mieć alternatywne źródło wody. Następnie przedstawiła planowaną rozbudowę szpitala. W roku 2025 sukcesem zakończyła się starania o dofinansowanie projektów: modernizacja i doposażenie WMCCP w Olsztynie w nowoczesny sprzęt medyczny oraz drugi projekt poprawa efektywności energetycznej budynku. Z programu Polska – Litwa planują zakup pulmobusa, który będzie jeździł po województwie warmińsko-mazurskim w celu prowadzenia badań w terenie. Złożyli również projekt do Urzędu Marszałkowskiego na wdrożenie e-usług. Kontynuując przedstawiła jak prze 4 lata zmienił się budżet placówki. Kolejno przedstawiła wynik finansowy i przychody ogółem oraz kapitał własny.

Przewodniczący Komisji zapytał, czy NFZ zapłacił za nadwykonania.

Dyrektor p. Wioletta Ślaska-Zysk potwierdziła, iż W-M O/Wojewódzki NFZ zapłacił za nadwykonania. Natomiast mają problemy z programami lekowymi.

Radna Bożenna Ulewicz zapytała o kapitał własny.

Dyrektor p. Wioletta Ślaska-Zysk wyjaśniła, iż kapitał własny jest uzależniony od przychodów. Kolejno podała dane dotyczące liczby łóżek: 171 – bez zmian w ostatnich latach, liczby pacjentów przyjętych w roku 2021- 8,5 tysiąca, a w roku 2024: prawie 15 tysięcy – wzrost o ponad 75% w ciągu 3 lat. Natomiast długość pobytu w roku 2021 średnio 5 dni, natomiast w 2024: średnio 3,6 dnia – skrócenie hospitalizacji o ok. 1,4 dnia na pacjenta. To oznacza, że szpital istotnie zwiększył rotację pacjentów, poprawiając wydajność łóżek szpitalnych bez ich fizycznego zwiększania. W dalszej części poinformowała, iż zauważono rosnącą liczbę przypadków nowotworów, w tym raka płuca, szczególnie wśród mężczyzn. Szpital stara się rozwijać diagnostykę i leczenie nowotworów, mimo trudności z finansowaniem kosztownych terapii lekowych przez NFZ. Statystyki wskazują na wzrost liczby pacjentów i wizyt lekarskich, szczególnie w zakresie onkologii i pulmonologii. W 2024 roku szpital udzielił ponad 31 000 porad lekarskich, a liczba przyjęć wzrosła do niemal 15 000. Następnie omówiła sytuację dotyczącą wzrostu zachorowań na raka płuca, który od lat był główną przyczyną zgonów u mężczyzn, a w ostatnich latach również kobiet, wyprzedzając raka piersi. Wspominała również o wpływie zanieczyszczenia środowiska oraz palenia papierosów na wzrost liczby przypadków. Podkreśla konieczność rozwijania placówki, wspominała o wzroście liczby wykonywanych badań, w tym bronchoskopii i biopsji. Dyrektor podkreśliła, iż liczba pacjentów rośnie, placówka napotyka trudności związane z ograniczoną liczbą pomieszczeń i personelu, co powoduje wydłużenie godzin pracy. Poinformowała o rosnącej liczbie pacjentów diagnozowanych z nowotworami, z których ponad 43% ma potwierdzony nowotwór. Dodała, że choć placówka odnosi sukcesy w leczeniu pacjentów, to jednak napotyka trudności finansowe związane z programami lekowymi, szczególnie w przypadku raka płuca, gdzie

koszty leczenia są bardzo wysokie. NFZ nie pokrywa pełnych wydatków na te programy, co zmusza placówkę do kredytowania tych kosztów. Pomimo tych trudności, pacjenci kwalifikujący się do programów lekowych otrzymują najlepsze możliwe leczenie. W 2021 roku placówka leczyła 500 pacjentów, a w 2024 roku już 1800, przy czym pacjenci pochodzą nie tylko z regionu, ale także z innych województw.

Radna Bożenna Ulewicz zapytała, na czym polega elastyczność jeżeli chodzi o programy lekowe.

Dyrektor p. Wioletta Ślaska-Zyśk udzieliła odpowiedzi podając przykład, iż placówka wydaje na programy lekowe 27 milionów złotych rocznie, NFZ przyznaje umowę tylko na 8 milionów, co jest niewystarczające. Podpisuje umowę na kwotę 8 milionów i czeka na zapłatę ze strony NFZ pozostałej kwoty po zakończeniu każdego kwartału. Natomiast pacjenci otrzymują leczenie.

Radna Bożenna Ulewicz zapytała jak wygląda sprawa wkładu własnego do projektów, czy są to środki szpitala.

Dyrektor p. Wioletta Ślaska-Zyśk wyjaśniła, iż w większości środki na wkład własny stanowią pomoc samorządu województwa.

Wiceprzewodniczący Komisji p. Zbigniew Homza zapytał o pulmobusem, czy będzie jeździł po województwie i czy zakup jest refundowany przez NFZ.

Dyrektor p. Wioletta Ślaska-Zyśk wyjaśniła, iż będzie jeździł po województwie i koszty personelu obsługującego pulmobusa zostały zaplanowane w ramach projektu.

Wicemarszałek Województwa, p. Sylwia Jaskulska, podkreśliła konieczność wpisania pulmobusu do koszyka świadczeń gwarantowanych. Jak zaznaczyła, sytuacja w tym przypadku jest analogiczna do tej, która dotyczy cytobusa, który od 1 kwietnia został objęty koszykiem świadczeń gwarantowanych, co umożliwi przeprowadzanie badań cytologicznych nie tylko w gabinetach stacjonarnych, ale również w gabinetach mobilnych. Zdaniem pani Wicemarszałek, podobne rozwiązanie powinno zostać zastosowane w przypadku pulmobusu, co zwiększyłoby dostępność badań diagnostycznych z zakresu pulmonologii dla mieszkańców.

Dyrektor p. Wioletta Ślaska-Zyśk podkreśliła, że pacjenci onkologiczni często mają trudności finansowe, co utrudnia im dostęp do leczenia i diagnostyki. Wspomina o pacjentach w podeszłym wieku (średni wiek to 65-70 lat), którzy z powodu niskich emerytur nie stać na podróż, a w niektórych przypadkach nawet na dojazd do szpitala. Część pacjentów decyduje się pozostać w szpitalu, ponieważ nie mają pieniędzy na transport do domu. Inni pacjenci nie mogą sobie pozwolić na korzystanie z taksówek, by dotrzeć do miejsca diagnostyki. Dyrektor dodała, że wczesne wykrycie nowotworu daje duże szanse na skuteczne leczenie, ale w przypadku późnej diagnozy leczenie staje się długotrwałe i kosztowne.

Radny Rafał Wilczek zapytał, czy po zakończeniu projektu pulmobus dalej będzie jeździł po województwie.

Dyrektor p. Wioletta Ślaska-Zyśk potwierdziła, a następnie dodała, że będą szukać innych środków na funkcjonowanie pulmobusa. Kontynuując omawia trudności związane z utrzymaniem pełnej gotowości szpitala, szczególnie w kontekście onkologii i ratunkowej opieki medycznej. Podkreśla, że placówka dopłaca około 2 miliony złotych rocznie do kosztów

związanych z dyżurami izby przyjęć oraz utrzymaniem banku krwi, tomografu i personelu (pielęgniarki, ratownicy, lekarze). Na minusie jest pulmonologia. Mimo tego, NFZ pokrywa jedynie część kosztów leczenia pacjentów, co zmusza placówkę do starań o indywidualne rozliczenia, które jednak są często odrzucane. Dodała, iż zarabia ambulatoryjna opieka specjalistyczna i torakochirurgia.

Przewodniczący Komisji podziękował Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc za przedstawienie ww. tematu.

4. Sprawy różne.

Przewodniczący Komisji poinformował, iż kolejne posiedzenie komisji odbędzie się 23 maja 2025 r. w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce.

5. Przyjęcie protokołu nr 9/2025 z 19 marca 2025 r.

Przewodniczący Komisji zapytał, czy są uwagi do Protokołu nr 9/2025 z 19 marca 2025 r. W związku z brakiem innych uwag Przewodniczący Komisji zarządził głosowanie nad przyjęciem protokołu. Za przyjęciem protokołu głosowało – 13 Członków Komisji, przeciw - 0, wstrzymało się – 0.

6. Zakończenie posiedzenia.

Po wyczerpaniu porządku obrad Przewodniczący Komisji podziękował wszystkim uczestnikom za udział w obradach i zakończył posiedzenie Komisji.

Przewodniczący Komisji

/-/Tadeusz Politewicz

Protokołowała:

Mirosława Baran-Styczyszyn