



Warszawa, dnia ...*12*... 2015 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-ZPR.420.130.2015.MPO

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Lanowy Pawe Minister

Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, zwanej dalej „ustawą”, jest ochrona praw pacjentów, określonych w niniejszej ustawie oraz przepisach odrębnych. Również troska o cały system służby zdrowia – nierozzerwalnie wpisuje się w misję którą postawiono przed Rzecznikiem.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy pacjenta ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy medycznej. Realizacja ww. prawa pacjenta jest uwarunkowana wieloma czynnikami a jednym z nich jest zapewnienie pacjentom realnego dostępu do wykwalifikowanej kadry lekarskiej.

Zagadnienie niewystarczającej liczby specjalistów stanowiło do tej pory przedmiot analizy i wystąpień wielu podmiotów czy też instytucji – problem wciąż jednak pozostaje aktualny. Tymi którzy zgłaszają do Rzecznika Praw Pacjenta skalę omawianego problemu są między innymi konsultanci krajowi z określonych dziedzin medycyny. Według danych przekazanych Rzecznikowi przez konsultantów krajowych największe braki zaobserwowano w następujących specjalnościach lekarskich: pediatria, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca², diabetologia, genetyka kliniczna, medycyna rodzinna, kardiologia dziecięca, nefrologia dziecięca, alergologia oraz geriatria.

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.

² w zakresie chirurgii ogólnej i dziecięcej Rzecznik Praw Pacjenta skierował odrębne wystąpienie z dnia 23 września 2015 r.

Podstawowym rozwiązaniem problemu niedoboru lekarzy powinno być stworzenie wskazanej grupie zawodowej możliwości kształcenia, rozwoju zawodowego i pracy w zawodzie. Należy podkreślić, że niezbędne są zmiany kompleksowe, obejmujące zarówno zmiany przepisów prawnych dotyczących kształcenia lekarzy, jak również zmiany programów kształcenia przed- i podyplomowego. Jednym z zasadniczych działań powinno być monitorowanie zasobów kadrowych lekarzy specjalistów.

Według danych³ zebranych przez WHO Polska prawo do wykonywania zawodu w Polsce w 2009 r. miało 132 800 lekarzy, 36 900 lekarzy dentyistów, 278 200 pielęgniarek, 33 900 położnych, 27 600 farmaceutów i 10 000 diagnostów laboratoryjnych. Natomiast informacje z 2015 r. wskazują, iż prawo do wykonywania zawodu ma 143 818 lekarzy, 40 840 lekarzy dentyistów⁴, 282 522 pielęgniarek, 35 454 położnych⁵ oraz 15 007 diagnostów laboratoryjnych⁶ (dane udostępniane przez samorzady zawodowe).

Omawiając przedmiotową problematykę należy także zwrócić uwagę na ustalenia Najwyższej Izby Kontroli podjęte w związku z przeprowadzoną kontrolą⁷, a mianowicie na tworzącą się lukę pokoleniową wśród personelu medycznego. Ponad 55% lekarzy stanowią osoby w wieku powyżej 45 roku życia. W niektórych specjalnościach luka pokoleniowa jest tak duża, że istnieje coraz bardziej realne ryzyko braku ciągłości udzielania świadczeń. Z ustaleń kontroli wynika, że część szpitali ma już tak duże trudności z pozyskaniem lekarzy specjalistów, że trzy z nich zmuszone były zaprzestać wykonywania niektórych świadczeń zdrowotnych z powodu braku wykwalifikowanej kadry.

Dodatkowo w ocenie Najwyższej Izby Kontroli obecny stan prawny dopuszczający nieprzerwaną wielogodzinną pracę lekarzy i pielęgniarek może powodować, że zmęczenie dyżurujących będzie stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów i samego personelu. Zdaniem NIK celowe jest zatem rozważenie zainicjowania zmiany obowiązujących przepisów w taki sposób, aby prawo do odpoczynku było przypisane do pracownika i uwzględniało łączny czas wykonywania obowiązków u jednego pracodawcy, niezależnie od formy zawartych umów.

Biorąc pod uwagę, że szkolenie lekarzy w ramach rezydentur jest finansowane ze środków budżetowych, a część wykwalifikowanej kadry medycznej emigruje po zakończeniu szkoleń do krajów, w których zawód lekarza jest lepiej opłacany, celowe jest uzależnienie

³ Zarys systemu ochrony zdrowia – Raport WHO z 2012 r.

⁴ dane aktualne na dzień 10 listopada 2015 r.

⁵ dane aktualne na dzień 31 grudnia 2014 r.

⁶ dane aktualne na dzień 10 października 2015 r.

⁷ KZD-4101-009/2014

uczestnictwa w takim szkoleniu od zobowiązania przyszłych specjalistów do przepracowania określonego czasu w Polsce, w systemie ubezpieczeń zdrowotnych (rozwiązania o charakterze lojalnościowych stosowane są powszechnie zarówno w administracji publicznej oraz sektorze prywatnym).

Jako osobny wątek należy omówić niewystarczającą ilość lekarzy geriatrów. W Polsce liczba geriatrów znacznie odbiega od średniej europejskiej: w połowie 2014 r. było jedynie 321 geriatrów, czyli średnio 0,8 geriatry na 100 tys. mieszkańców. Tymczasem w Niemczech wskaźnik ten wynosi 2,2, w Czechach 2,1, w Słowacji 3,1, a w Szwecji blisko 8.

Wśród 10 wybranych krajów wskaźnik ten sytuuje Polskę na ostatnim miejscu i wskazuje na ograniczony w znacznym stopniu dostęp do świadczeń lekarzy geriatrów. W związku z tym opieka nad osobami w wieku podeszłym, realizowana zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej jest znacznie utrudniona.

Z kontroli przeprowadzonej przez NIK wynika, iż geriatrów wszędzie jest za mało, ale są miejsca, gdzie sytuacja wygląda wręcz dramatycznie. Na przykład w województwie warmińsko-mazurskim w czasie objętym kontrolą (tzn. do połowy roku 2014), nie było ani jednego szpitalnego łóżka geriatrycznego i ani jednej poradni geriatrycznej. Na tym terenie również żaden lekarz geriatra nie przyjmował pacjentów w ramach umowy z NFZ. Z kolei w województwie zachodniopomorskim kontrakt z Funduszem miał podpisany jeden geriatra. Najlepiej zorganizowana opieka geriatryczna jest w województwie śląskim, na terenie którego 42 lekarzy udzielało świadczeń w zakresie geriatry.

Dodatkowo należy podkreślić, iż wykłady z geriatryki dotychczas prowadzone były na uczelniach wyłącznie jako przedmiot fakultatywny, a zajęcia praktyczne w tej dziedzinie prowadziło tylko pięć spośród jedenastu uczelni medycznych.

Uwzględniając szybki rozwój medycyny oraz sytuację demograficzną społeczeństwa polskiego wskazać należy, iż liczba dotychczasowych specjalistów oraz zainteresowanie niektórymi dziedzinami medycyny nie gwarantują zabezpieczenia realizacji świadczeń specjalistycznych wykonywanych przez lekarzy. W konsekwencji istnieje konieczność oceny zapotrzebowania na specjalistów w danych dziedzinach w oparciu o faktyczne potrzeby systemu ochrony zdrowia w danym województwie.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy, zwracam się z prośbą do Pana Ministra o przedstawienie aktualnych prac (działań) podejmowanych w celu wyeliminowania (ograniczenia) zjawiska niedoboru lekarzy specjalistów w danych dziedzinach medycyny, w tym odpowiedź na następujące pytania:

1. Jakie działania systemowe, legislacyjne oraz organizacyjne zostały bądź zostaną podjęte celem zabezpieczenia niezbędnej liczby lekarzy specjalistów w podmiotach leczniczych, w szczególności w placówkach szpitalnych udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych?
2. W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia planuje zabezpieczyć możliwość wystąpienia niedoborów personelu lekarskiego w perspektywie długoterminowej?

2
poufne
D. Dokoński

Do wiadomości:

1. Pani Beata Szydło Prezes Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów,
Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa;
2. Pan Maciej Hamankiewicz, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, ul. J. Sobieskiego 110. 00-764
Warszawa.