

## **Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (MZ 635)**

### **I. Opis sytuacji problemowej**

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zgodnie z powyższym upoważnieniem, minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, priorytetowe dziedziny medycyny, kierując się potrzebami w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z przedmiotowym projektem do priorytetowych Projektodawca zamierza zaliczyć następujące dziedziny: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, geriatria, hematologia, kardiologia dziecięca, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, ortodoncja, patomorfologia, pediatria, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna oraz stomatologia dziecięca.

Zatem względem obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny wykaz dziedzin priorytetowych zostanie poszerzony o 5 dziedzin w tym: chirurgię ogólną, choroby wewnętrzne, kardiologię dziecięcą, ortodoncję i psychiatrię, natomiast do dziedzin priorytetowych nie będzie już zaliczana ginekologia onkologiczna.

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika ze znacznego zwiększenia potrzeb kadrowych we wskazanych dziedzinach medycyny i konieczności zachęcenia młodych lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w tych dziedzinach. Należy mieć bowiem na względzie, że dziedziny priorytetowe są szczególnie traktowane pod względem wysokości

wynagrodzenia dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim w tych dziedzinach, a także pod względem liczby miejsc rezydenckich przyznawanych przez Ministra Zdrowia.

Priorytetowe traktowanie wyżej wskazanych dziedzin jest bardzo istotne w aktualnej sytuacji epidemiologicznej i demograficznej, tj. przy istnieniu ewidentnych zagrożeń dla zdrowia i życia mieszkańców Polski i postępującym starzeniu się naszego społeczeństwa. Szczególne traktowanie ww. dziedzin medycyny jest zdaniem Projektodawcy niezbędne dla zaspokojenia potrzeb społeczeństwa w zakresie realizacji podstawowych świadczeń zdrowotnych i zwiększenia dostępności do kompleksowej opieki jak również dla zapobieżenia dramatycznemu starzeniu się kadry specjalistów w tych dziedzinach.

Jak informuje konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii na dzień 31 maja 2017 r. liczba lekarzy specjalistów w Polsce wynosiła 3538 co daje wskaźnik 9,2 na 100 tys. mieszkańców. W Unii Europejskiej przykładowo wskaźnik ten wynosi: we Francji - 20, w Szwecji - 20, w Danii - 16, w Belgii -18, w Finlandii -16, w Czechach - 12.

Jak wskazuje konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej, problemy kadrowe w zakresie chirurgii ogólnej wynikają przede wszystkim z faktu małej atrakcyjności zawodu chirurga ogólnego, długiego okresu dochodzenia do samodzielności zawodowej, potencjalnie niskich stawek uposażenia w porównaniu do bardziej atrakcyjnych specjalności medycznych, czy specjalności zabiegowych. Ponadto bardzo niepokojący jest fakt dramatycznego starzenia się kadry chirurgów.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych sytuacja oddziałów wewnętrznych oraz internistów staje się coraz trudniejsza. Pracujący aktualnie interniści starzeją się i wielu z nich w najbliższym czasie odejdzie na emeryturę, natomiast spada liczba lekarzy otwierających specjalizację z chorób wewnętrznych. Oddziały wewnętrzne, szczególnie w małych miejscowościach cierpią na znaczne braki kadrowe. Trzeba pamiętać, że leczenie szpitalne w części zachowawczej opiera się w skali kraju na oddziałach wewnętrznych. W związku ze starzeniem się społeczeństwa

i niewystarczającą liczbą oddziałów geriatrycznych w kraju, zapotrzebowanie na opiekę internistyczną będzie rosło. Jeśli nie wzrośnie liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chorób wewnętrznych może wystąpić gwałtowne pogorszenie procesu leczenia chorych w Polsce.

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 31 grudnia 2017 r. obecnie jest w kraju jedynie 142 kardiologów dziecięcych. To stanowczo za mało biorąc pod uwagę opinie konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej zgodnie, z którą według przeprowadzonych przez niego szacunków optymalna liczba specjalistów w tej dziedzinie powinna wynosić przynajmniej 305 specjalistów. Biorąc pod uwagę że rocznie specjalizację tą w trybie rezydentury rozpoczyna mniej niż 10 lekarzy, należy stwierdzić, że podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinie kardiologii dziecięcej jest konieczne, szczególnie ze względu na obecnie prowadzoną polityką demograficzną i spodziewany wzrost demograficzny.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej informuje, że wskaźnik kardiologów dziecięcych w kraju wynosi ok 1,7/ 100 tys. dzieci (stan na 2016 r. wg. danych Naczelnej Izby Lekarskiej i GUS), podczas gdy w Stanach Zjednoczonych Ameryki jest on dwukrotnie wyższy i wynosi 3,2/100 tys. Konsultanci wojewódzcy podnoszą problem gwałtownego starzenia się populacji lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie kardiologii dziecięcej (większość jest po 55 roku życia i zbliża się do wieku emerytalnego). Zamykane są poradnie kardiologiczne (dotyczy to szczególnie mniejszych miejscowości), z powodu przejścia na emeryturę lekarza prowadzącego i braku nowych kandydatów na jego miejsce. Istnieją województwa takie jak świętokrzyskie, opolskie, czy zielonogórskie (gdzie nie ma ośrodków referencyjnych wysokospecjalistycznych), gdzie sytuacja jest szczególnie trudna – zupełny brak naboru. Ponadto bardzo istotnym problemem jest brak zainteresowania rozpoczęciem specjalizacji przez młodych lekarzy (nawet przy istniejących miejscach szkoleniowych).

Zgodnie z danymi przekazanymi przez konsultanta krajowego w dziedzinie ortodoncji w 2015 r. w trzech województwach – mazowieckim, lubelskim i dolnośląskim - został

przeprowadzony monitoring stanu zdrowia jamy ustnej, który obejmował także, po raz pierwszy, badania epidemiologiczne w zakresie ortodoncji. Wyniki uzyskane podczas monitoringu zostały opracowane i opublikowane w 2016 r. Wykazano występowanie: 97,3% wad zgryzu w populacji dzieci 10-letnich oraz 94% u 15-letniej młodzieży. Bezwzględna potrzebę leczenia stwierdzono u 27,95% badanych, a przypadki graniczne – u 27,4%. Poza tym do leczenia zgłasza się coraz więcej pacjentów dorosłych, np. z patologiczną wędrowką zębów w przebiegu schorzeń periodontologicznych, w celu regulacji łuków zębowych przed rehabilitacją protetyczną lub ze wskazań estetycznych. Ponadto jak wynika z raportu konsultanta potrzeby leczenia ortodontycznego będą rosnąć. Kolejnym zagadnieniem, na które warto zwrócić uwagę jest mała liczba młodych specjalistów w dziedzinie ortodoncji (do 40 roku życia).

Jak twierdzi Projektodawca, zgodnie z opinią konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej, obecna sytuacja kadrowa oraz dostępność do specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej jest bardzo dobra. Zatem w ocenie Ministra Zdrowia nie ma potrzeby, aby dziedzina ta nadal znajdowała się w katalogu dziedzin priorytetowych. Ponadto ginekologia onkologiczna jest specjalizacją, którą mogą odbywać jedynie lekarze, którzy posiadają specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W związku z powyższym szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie ginekologii onkologicznej nie może być realizowane w trybie rezydenckim. Biorąc pod uwagę fakt, że to głównie z trybem rezydenckim związane są gratyfikacje, jakie wynikają z zaliczenia danej dziedziny medycyny do katalogu dziedzin priorytetowych oraz bardzo dobrą dostępność do specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Projektodawca uznaje za zasadne usunięcie ginekologii onkologicznej z katalogu dziedzin priorytetowych.

Co się tyczy pozostałych dziedzin znajdujących się obecnie w wykazie dziedzin priorytetowych (z wyjątkiem ginekologii onkologicznej) zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, należy wskazać, że pomimo uwzględnienia ich w wykazie dziedzin priorytetowych, a co za tym idzie przyznaniu wyższego wynagrodzenia dla lekarzy

odbywających specjalizacje w trybie rezydenckim, w dziedzinach tych nadal występują znaczne deficyty kadrowe, zatem w ocenie Ministra Zdrowia zasadne będzie podtrzymanie ich statusu dziedzin priorytetowych, gdyż konieczne jest utrzymanie działań mających na celu pozyskanie lekarzy i lekarzy dentyków chętnych do odbycia specjalizacji w tych dziedzinach.

Należy mieć na względzie, że polityka Ministra Zdrowia dotycząca przyznawania i finansowania miejsc rezydenckich co do zasady ma na celu stymulować wzrost liczby specjalistów w dziedzinach najbardziej deficytowych, w których występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów. Do takich dziedzin należą przede wszystkim: anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, geriatria, hematologia, kardiologia dziecięca, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, ortodoncja, patomorfologia, pediatria, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca, które w ocenie Ministra Zdrowia należy uznać za priorytetowe. Uznanie ww. dziedzin za priorytetowe, a co za tym idzie wyjątkowe traktowanie ich na tle innych dziedzin medycyny ma służyć przede wszystkim zachęceniu lekarzy do podejmowania ww. specjalizacji, a co za tym idzie do zapewnienia społeczeństwu odpowiedniej opieki zdrowotnej, czyli realizację obowiązku państwa określonego w art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

## **II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji**

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

### III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem zawarte w regulacjach korzyści dla lekarzy rezydentów związane z wyborem specjalizacji priorytetowej będą wystarczające aby uzupełnić braki kadrowe lekarzy specjalistów w priorytetowych dziedzinach?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	5	
Nie mam zdania	2	

2. Czy Pani/Pana zdaniem wejście w życie rozporządzenia bez okresu przeznaczzonego na przygotowanie się podmiotów prawnych i osób indywidualnych dla jego stosowania jest właściwe?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	2	
Nie	4	
Nie mam zdania	4	

3. Czy Pani/Pana zdaniem wycofanie ginekologii onkologicznej z listy priorytetowych specjalizacji jest zasadne, w świetle argumentacji zawartej w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	2	
Nie	2	
Nie mam zdania	6	

4. Czy Pani/Pana zdaniem w dziedzinie ortodontyki, w świetle wyników badań epidemiologicznych stanu zdrowia jamy ustnej u młodzieży, wprowadzenie ortodontyki na listę priorytetów będzie wystarczające dla poprawienia dostępności pacjentów do lekarzy ortodontów?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	2	

Nie 5

Nie mam zdania 3

#### Pytania otwarte:

1. Jakie inne ułatwienia dla rezydenta dokonującego wyboru priorytetowej dziedziny, poza instrumentami związanymi z zaliczeniem danej dziedziny do priorytetów, powinny być wprowadzone do systemu systemu motywacyjnego?
2. Jakie zagrożenia dla pacjentów wynikają z niedostatecznego dostępu do lekarzy specjalistów?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

#### IV. Opinia Ars Vivendi

1. Projektodawca zakłada, że projektowane regulacje przyczynią się do wzrostu liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach: anestezjologia i intensywne terapia, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, geriatryka, hematologia, kardiologia dziecięca, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, ortodoncja, patomorfologia, pediatria, psychiatryka, psychiatryka dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna oraz stomatologia dziecięca, co powinno mieć pozytywny wpływ na jakość świadczonych usług opieki zdrowotnej, a co za tym idzie, będzie mieć również pozytywny wpływ na sytuację ekonomiczną i społeczną osób niepełnosprawnych oraz osób starszych (lepszy dostęp do specjalistów w ramach ubezpieczenia zdrowotnego).

Należy zgodzić się z Projektodawcą, że motywacja finansowa skierowana dla lekarzy rezydentów wybierających kierunek specjalizacji stanowi pozytywny element przy



podejmowaniu przez nich decyzji. Jednak może jednocześnie obawiać się, że może być ona niedostateczna do tego, aby wybrać daną dziedzinę objętą priorytetyzacją w sytuacji, kiedy oczekiwane, przyszłe korzyści finansowe oraz awansu zawodowego związane z wykonywaniem zawodu lekarza specjalisty w innych dziedzinach będą bardziej atrakcyjne.

2. Projektowane rozporządzenie, zdaniem Projektodawcy, nie pociąga za sobą dodatkowych skutków finansowych. Skutki finansowe związane z wyższym wynagrodzeniem zostały bowiem przewidziane podczas prac nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury. Zgodnie z tym rozporządzeniem dla lekarzy, którzy rozpoczynają szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach objętych projektowanym rozporządzeniem, począwszy od drugiego postępowania kwalifikacyjnego w 2017 r., przewidziano wyższe stawki wynagrodzeń, niż dla lekarzy rozpoczynających szkolenie w innych dziedzinach medycyny. Ponadto przy pracach nad ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przewidziano skutki finansowe wprowadzenia podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury zakładając, że chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, kardiologia dziecięca, ortodoncja i psychiatria od dnia 1 lipca 2018 r. będą dziedzinami priorytetowymi.

Zabezpieczenie finansowania wynagrodzeń lekarzy rezydentów zgodne z rozszerzoną listą specjalizacji priorytetowych należy uznać za działanie racjonalne. Jednak nadal pozostaje niejasne, czy ogólny fundusz zabezpieczenia jest wystarczający, aby można było zwiększyć liczbę lekarzy rezydentów wybierających priorytetowe specjalizacje na tyle, żeby istniejące oraz przewidywane w następnych latach luki kadrowe zostały w ten sposób uzupełnione.

3. Projektodawca utrzymuje, że wejście w życie rozporządzenia w dniu następującym po dniu ogłoszenia nie spowoduje naruszenia zasady demokratycznego państwa prawnego, utrzymując, że jest ono zgodne z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i innych aktów prawnych, który stanowi, że przepisy mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być nawet dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym.

Projektodawca wskazuje ponadto, iż wejście w życie regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia z mocą od dnia 1 lipca 2018 r. jest podyktowane chęcią umożliwienia lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w 5 nowych priorytetowych dziedzinach medycyny otrzymania dodatku dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie priorytetowej, który wprowadza ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dodatkowo wskazuje, że z wejściem w życie niniejszego rozporządzenia związane są jedynie korzyści dla lekarzy, którzy są adresatami przepisów rozporządzenia przede wszystkim polegające na podwyższeniu wynagrodzenia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w 5 nowych dziedzinach priorytetowych.

Nie podważając zasadności samego, przywołanego przez Projektodawcę przepisu, należy jednak stwierdzić, iż zasady dobrej legislacji kładą duży nacisk na konieczność wprowadzania stosownej długości *vacatio legis*, ponieważ wielu bardzo różnych interesariuszy powinno mieć możliwość przygotowania się, zarówno jako instytucje jak i indywidualne osoby, do wdrożenia lub dostosowania się do zapisów nowo wprowadzanego aktu normatywnego. Niestety, stosowny zapis przedmiotowego rozporządzenia im tego nie umożliwia.

4. Projektodawca argumentuje również, iż szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie ginekologii onkologicznej można odbywać tylko w trybie pozarezydenckim (niefinansowanym przez

Ministra Zdrowia), zatem usunięcie tej dziedziny z katalogu dziedzin priorytetowych nie będzie mieć wpływu na wynagrodzenia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie. Wyciąga z tego wniosek, że wsteczna moc obowiązująca niniejszego rozporządzenia nie pociąga za sobą żadnych negatywnych skutków dla społeczeństwa w tym dla lekarzy.

Jednak, nie podważając zasadności decyzji dotyczącej samego wycofania specjalizacji ginekologii onkologicznej z listy specjalizacji priorytetowych, należy co do zasady zaprotestować przeciwko złej praktyce legislacyjnej, w ramach której rozporządzenie mogłoby obowiązywać z mocą wsteczną, bowiem podważa to konstytucyjną zasadę pewności prawa.

5. Projektodawca informuje w uzasadnieniu, iż zgodnie z art. 16j ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty rezydentura jest przyznawana i finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem. Natomiast zgodnie z ust. 1g ww. przepisu w 2018 r. rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.

Należy przypomnieć, iż przepis z 2018 roku zezwalający na to, aby rezydentura była finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy, został wielokrotnie oprotestowany przez partnerów społecznych na forum Rady Dialogu Społecznego jako niezgodny z celami Funduszu Pracy zapisanymi w ustawie. Dlatego też można przewidywać, że Fundusz Pracy jako źródło finansowania wynagrodzeń lekarzy rezydentów w następnych latach nie będzie funkcjonować w obecnym kształcie, co może spowodować trudności w finansowaniu ww. wynagrodzeń w przyszłym okresie.

6. Należy poprzeć zapis przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którym ewaluacja efektów zostanie wykonana po przeprowadzeniu najbliższego i kolejnych postępowań kwalifikacyjnych na specjalizacje lekarskie – w zakresie zwiększenia zainteresowania odbyciem specjalizacji w nowowprowadzonych dziedzinach priorytetowych. Natomiast w zakresie zwiększenia liczby

lekarzy specjalistów w dziedzinach priorytetowych ewaluacja efektów zostanie przeprowadzona w 2024 r., kiedy to pierwsi lekarze, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne po wydaniu przedmiotowego rozporządzenia (w dziedzinach priorytetowych) ukończą szkolenie specjalizacyjne.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projekt



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

