GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 08.11.2017 r.
nr 5823 podpis

Minister Zdrowia

Warszawa, 30. 10. 2017

NSK.070.11.2017.AK

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 9.11.17
nr 5650 podpis

Pan
Stanisław Karczewski
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

na podstawie art. 49 ust. 5 uchwały Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 23 listopada 1990 r. Regulamin Senatu (M.P. z 2017 r. poz. 827) przekazuję odpowiedź na oświadczenie złożone przez senatora Władysława Komarnickiego podczas 49. posiedzenia Senatu w dniu 28 września 2017 r., przesłane przy piśmie Wicemarszałka Senatu z dnia 11 października 2017 r., znak: BPS/043-47-1242/17.

Na wstępie pragnę wyjaśnić, iż utworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: PSZ) nie ograniczyło liczby podstawowych oddziałów szpitalnych (takich jak wymienione w wystąpieniu: interna, chirurgia ogólna, pediatria) objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w trybie hospitalizacji.

Należy zauważyć, że do poziomu szpitali I stopnia PSZ, skupiającego szpitale udzielające świadczeń w ramach 5 podstawowych profili (oprócz interny, chirurgii ogólnej i pediatrii również położnictwo i ginekologia oraz neonatologia), włączono 283 jednostki. Ponadto profile te są realizowane również przez znaczną część szpitali zakwalifikowanych do wyższych poziomów PSZ.

Co więcej, należy podkreślić, że wprowadzona zmiana w systemie kontraktowania świadczeń szpitalnych zawiera rozwiązania, które wręcz sprzyjają rozwojowi oddziałów ogólnych, w szczególności chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 *w sprawie określenia*

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu zabezpieczenia (Dz. U. z 2017 r., poz. 1163) zawarto regulację, zgodnie z którą szpital zakwalifikowany do poziomu szpitali I albo II stopnia, który w systemie PSZ udziela świadczeń w ramach ww. profili, będzie mógł udzielać również świadczeń należących do szeregu profili specjalistycznych, ale możliwych do realizacji również na oddziałach internistycznych, chirurgicznych i pediatrycznych. Co za tym idzie szpital taki otrzymał również, w kwocie ryczałtu PSZ przypadającego na ww. oddziały ogólne, odpowiednie środki finansowe, odpowiadające wartości odpowiednich świadczeń udzielanych i rozliczanych uprzednio w ramach profili specjalistycznych.

Warto też zaznaczyć, że wprowadzenie PSZ nie oznacza całkowitego zastąpienia przez ten system obecnego konkursowego trybu kontraktowania tych świadczeń, który zostanie równolegle zachowany. W związku z tym niezakwalifikowanie danego szpitala do PSZ nie musi oznaczać, że zostanie on pozbawiony możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dyrektor danego oddziału wojewódzkiego Funduszu - na podstawie porównania planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzonego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, z rzeczywistym stanem zabezpieczenia świadczeń przez szpitale włączone do PSZ - przeprowadza uzupełniające postępowania w sprawie zawarcia umów na świadczenia, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie byłyby właściwie zaspokojone w ramach PSZ.

W związku z powyższym nieuzasadniona jest teza, jakoby wprowadzenie PSZ zniechęcało młodych lekarzy do wyboru specjalizacji w ww. dziedzinach.

Prawdą natomiast jest, że pomimo systematycznego wzrostu liczby lekarzy specjalistów zasilających system w takich dziedzinach jak chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne czy pediatria, w dalszym ciągu obserwuje się małe zainteresowanie lekarzy podejmowaniem szkolenia specjalistycznego w tych wskazanych wyżej dziedzinach medycyny. Warto przy tym zwrócić uwagę, że na decyzję lekarzy dotyczącą wyboru specjalizacji mają wpływ różne przesłanki. Do ważniejszych z nich należy, w opinii lekarzy, mała atrakcyjność zawodu w tych specjalizacjach, spowodowana m.in. długim okresem dochodzenia do samodzielności zawodowej, potencjalnie niskimi stawkami uposażenia w porównaniu do bardziej atrakcyjnych specjalności medycznych czy specjalności zabiegowych, takich jak np. chirurgia plastyczna, okulistyka, urologia czy ginekologia.

Jednakże uprzejmie informuję, że resort zdrowia podejmuje wiele działań zmierzających do zagwarantowania dostępności do świadczeń medycznych i zapewnienia ciągłości opieki medycznej nad pacjentami, sprawowanej przez lekarzy specjalistów w różnych dziedzinach medycyny, a także utrzymania na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy i lekarzy dentystów.

Działania te prowadzone są wielotorowo, w tym m.in. poprzez zwiększenie liczby osób studiujących na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, zmiany w systemie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów, a także opracowanie nowych zasad organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu opieki zdrowotnej. Wiąże się to także ze zwiększaniem liczby uczelni, a co za tym idzie zwiększeniem limitów przyjęć na uczelnie medyczne. Prowadzone działania mają również na celu wypracowanie rozwiązań zachęcających młode osoby do podejmowania edukacji na studiach na kierunku lekarskim poprzez m.in. zapewnienie innowacyjnego kształcenia symulacyjnego w dziedzinach klinicznych, korzystnych zmian w systemie odbywania stażu podyplomowego oraz kształcenia specjalizacyjnego.

Warto podkreślić, że limity przyjęć na studia lekarskie wciąż rosną. W roku akademickim 2015/2016 na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym ustalono limit 7550 miejsc, który w roku akademickim 2016/2017 podwyższono do 8490 miejsc(wzrost o 940 miejsc). W roku akademickim 2017/2018 ustalono limit 8935 miejsc, co oznacza, że ogólna pula miejsc wzrosła w stosunku do roku akademickiego 2016/2017 o kolejne 445 miejsc.

Polityka resortu zdrowia konsekwentnie też zmierza do zapewnienia wszystkim młodym lekarzom możliwości zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury finansowanej z budżetu państwa. Należy zaznaczyć, że z roku na rok wzrasta liczba przyznawanych miejsc rezydenckich, a ustalana przez resort zdrowia lista tych miejsc, co do zasady ma na celu stymulować wzrost liczby specjalistów w dziedzinach najbardziej deficytowych, tj. w tych, w których występuje największe zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów.

Zgodnie z postulatami młodych lekarzy resort zdrowia podejmuje również działania mające na celu dokonanie zmian w systemie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. W 2016 i 2017 r. nastąpiła zmiana przepisów rozporządzenia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, umożliwiająca łatwiejsze zdobywanie punktów edukacyjnych przez lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego, które są zaliczone

do ewidencji doskonalenia zawodowego oraz zniesione zostały ograniczenia i limity punktów edukacyjnych w poszczególnych zakresach doskonalenia.

Niezależnie od powyższego, dostrzegana jest także potrzeba dokonania zmian w systemie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów. Jednym z najważniejszych obecnie działań pozalegislacyjnych jest aktualizacja programów specjalizacyjnych. Resort zdrowia, wychodząc naprzeciw licznym postulatom młodych lekarzy, w tym m.in. dotyczących zmian w zakresie naboru na specjalizacje, podniesienia jakości szkolenia podyplomowego oraz pełnienia dyżurów medycznych, podjął prace zmierzające do wprowadzenia zmian systemowych związanych z procesem kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów poprzez nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Ponadto należy wskazać, że weszła w życie ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), która określa sposób ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych pracowników wykonujących zawody medyczne oraz tryb i harmonogram dochodzenia do ustalonego poziomu wynagrodzenia zasadniczego.

W tym obszarze trwają również prace legislacyjne związane z nowelizacją rozporządzeń, które uregulują m.in. wynagrodzenia lekarzy odbywających staż podyplomowy oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury. Przewiduje się podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego o tzw. dodatek motywacyjny (w wysokości 1200 zł brutto) lekarzom rezydentom, którzy specjalizują się w deficytowych dziedzinach medycyny. Będzie to stanowić swoisty instrument motywacyjny do podejmowania określonych specjalizacji mających szczególne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Z poważaniem

Katarzyna Głowala

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Katarzyna Głowala