

TV (2)

TVN2418.07.22 17:00:22

tytuł programu: Fakty po południu

temat: Sytuacja epidemiczna w Polsce

MATERIAŁ

WTK1818.07.22 21:00:50

tytuł programu: Puls Dnia

temat: Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży w szpitalu

MATERIAŁ

RADIO (1)

Radio Zet19.07.22 02:02:39

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Kredyt na studia medyczne

MATERIAŁ

PRAWO – FINANSE – ZARZĄDZANIE

No fault – umiarkowany pesymizm

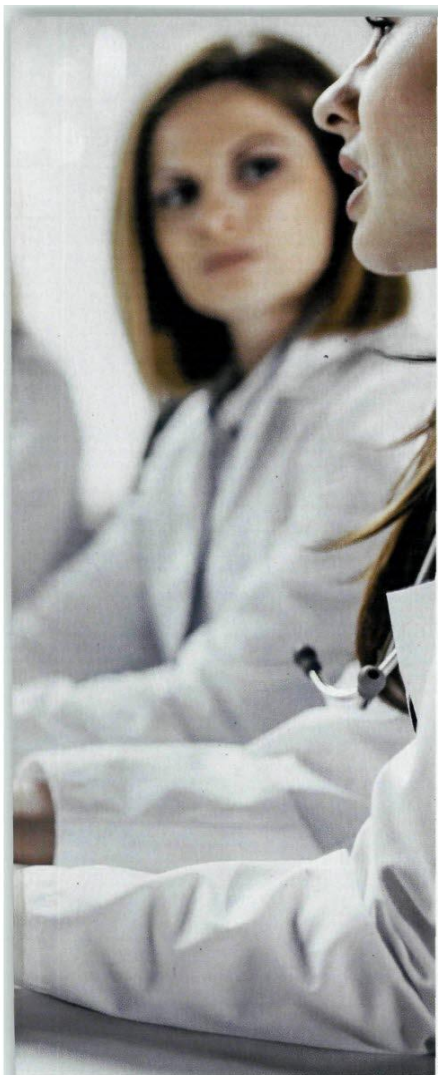
Najczęściej przytaczanym argumentem za zasadą *no fault* jest przekonywanie decydentów i pacjentów, że zniesienie odpowiedzialności karnej personelu medycznego, podnosząc bezpieczeństwo jego pracy, przyczyni się jednocześnie do lepszej efektywności i sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ogóle.

DR MARIUSZ
JĘDRZEJCZAK

Dość nieoczekiwanie, wraz z nowymi projektami zmian jakościowych w polskim systemie ochrony zdrowia, wróciła kwestia zasady *no fault*. Również, wpisując się w narrację ministra Adama Niedzielskiego, dr Łukasz Jankowski, nowy przewodniczący Naczelnej Rady Lekarskiej, jako główne zadanie swojej kadencji i motyw przewodni w wyborach ogłosił doprowadzenie do wdrożenia w życie w naszym systemie tej reguły. Miałaby ona mieć zastosowanie w odniesieniu do niezawinionych błędów lekarskich, szerzej – medycznych w ogóle. Zadanie, trzeba przyznać, tyle ambitne, co trudne. Choć kwestia odpowiedzialności medyków za błędy co jakiś czas wraca do publicznego dyskursu na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju, jak dotąd jednak bez efektów. Tym razem, pośrednim niejako asumptem

do ponownego zainteresowania się problemem, miał być pomysł powołania Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Pierwotnie chodziło głównie o rekompensowanie ewentualnych „szkód” pacjentów powstałych w wyniku szczepień przeciw wirusowi COVID-19. Sprawa ewoluowała i ostatni ministerialny projekt w zasadzie dotyczy wszystkich niepożądanych zdarzeń medycznych. Stąd dyskusja o zasadzie *no fault*. Rozwiązaniu funkcjonującym przede wszystkim w krajach skandynawskich, Szwecji, Danii czy Norwegii, choć nie tylko, bo np. także w Belgii.

Co oczywiste, najbardziej przekonani są do tego rozwiązania sami lekarze i personel medyczny. Najczęściej przytaczanym argumentem „za”, oprócz przytoczonych przykładów zagranicznych, jest przekonywanie decydentów i pacjentów, że znie-



PRAWO – FINANSE – ZARZĄDZANIE ●●●

Jakie wątpliwości budzi projekt?

Nie kwestionując bezwzględnie przytoczonych wyżej argumentów, nie sposób jednak nie podnieść przynajmniej kilku z szeregu nasuwających się wątpliwości.

Po pierwsze, nieznana jest prawdziwa skala zjawiska, tzn. faktyczna liczba błędów, zaniechań itp. i ich ewentualnych skutków. Jak dotąd ani lekarze, ani dyrekcje szpitali nie byli szczególnie zainteresowani upublicznianiem takich informacji. Pośrednio o rozmiarze problemu można wnioskować ze sprawozdań Rzecznika Praw Pacjenta bądź danych sądowych. Coroczne raporty Rzecznika wskazują na rosnącą liczbę składanych skarg, co oczywiście nie musi oznaczać, że wszystkie one są zasadne. Pod koniec ubiegłego roku CMJ w Krakowie i Zrzeszenie Szpitali Akredytowanych wydało raport, oparty o badania ankietowe personelu medycznego, pt.: *Badanie kultury bezpieczeństwa w polskich szpitalach*. Omawiam go dość szczegółowo na łamach „OPM-u” 1/2022, tu zatem tylko krótkie wyjątki odnoszące się do omawianej kwestii. Otóż 68% ankietowanych uważa, że sytuacja bezpieczeństwa pacjentów na ich oddziałach jest bardzo dobra, a 29%, że wręcz doskonała. Tylko 3% dostrzega jakieś niedociągnięcia. Zdecydowana większość zatrudnionego personelu (72%) uważa, że ich przełożeni są otwarci na dyskusję i propozycje dotyczące poprawy bezpieczeństwa pracy personelu i opieki nad pacjentami. Jednakże blisko jedna trzecia (28%)



Nieznana jest prawdziwa skala zjawiska, tzn. faktyczna liczba błędów, zaniechań itp. i ich ewentualnych skutków. Jak dotąd ani lekarze, ani dyrekcje szpitali nie byli szczególnie zainteresowani upublicznianiem takich informacji

sienie odpowiedzialności karnej personelu medycznego, podnosząc bezpieczeństwo jego pracy, przyczyni się jednocześnie do lepszej efektywności i sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ogóle. Choćby przez fakt większej skłonności lekarzy i pielęgniarek do podejmowania zwiększonego, a koniecznego ryzyka przy udzielaniu chorym pomocy, możliwości spokojnej analizy zaistniałych przypadków ewentualnych błędów itp. W konsekwencji „uwolnienie” personelu od ciężaru odpowiedzialności karnej poprawi wydolność systemu i obróci się na korzyść pacjentów. Poza tym poszkodowani w proceduralnie prosty sposób i w relatywnie krótkim czasie uzyskają należną im rekompensatę finansową. Tyle, jeśli chodzi o fundamentalne założenia, na których oparty jest projekt.

deklaruje, że nigdy nie kwestionuje opinii bezpośrednich przełożonych. To opinie personelu medycznego. Nie znamy opinii pacjentów, bo ci nie brali udziału w badaniu. Jednocześnie, w innym miejscu, ci sami ankietowani – 42% wskazań – podkreślają, że nie są w praktyce raportowane i rozpatrywane sytuacje, gdy niepożądane zdarzenie (błąd) wystąpiło i zostało skorygowane, zanim jego negatywne skutki dotknęły pacjenta. Można powiedzieć, że to znacząca niekonsekwencja i w moim przekonaniu jednak dowód na to, że nie do końca wiemy, z czym się mierzymy.

Po drugie, musi się pojawić, przynajmniej u części odbiorców, pytanie, dlaczego akurat medycy mieliby uzyskać ten dość wyjątkowy status prawny i ochronę osobistych interesów w wykonywanej pracy? Są zawody, np. kierowcy transportu publicznego, kontrolerzy lotów itp., których wykonywanie wiąże się również ►

► z ogromną odpowiedzialnością za zdrowie i życie wielu ludzi jednocześnie. Czy nie rodzi się tu pewna wątpliwość? Tym bardziej, że idea rozwiązania, przewidując konieczną analizę i ocenę procedur, zakłada, że dokonywać jej będą również sami zainteresowani. To logiczne, powinno się umieć wyciągać wnioski, ale sytuacja ta musi prowadzić do konstatacji, że oceniać się będą sami zainteresowani. Ponadto, co trzeba jednak podnieść, nawet władze samorządów medyków zauważają słabość funkcjonowania branżowych, zawodowych sądów lekarskich.

Po trzecie, konieczne będzie, w miarę precyzyjne, wycenienie strat wynikłych z konkretnych niepożądanych zdarzeń medycznych. Sporządzenie taryfikatora. Nie mamy w tej sprawie szczególnie pozytywnych doświadczeń. Ścieżki wytycza orzecznictwo sądowe, zasądzając od jakiegoś czasu coraz wyższe odszkodowania. Dziś sięgają już one nawet kwot miliona złotych

Biorąc pod uwagę historyczne już doświadczenia z komisjami odszkodowawczymi przy urzędach wojewódzkich i generalny brak zaufania do zmian w systemie, można sądzić, że trudno będzie przekonać pacjentów do takiej zmiany, a w każdym razie nie szybko

i więcej. Jak jednak administracyjnie, obiektywnie wycenić np. utratę ręki u osoby w pełni sił zawodowych, której ta dysfunkcja nie daje możliwości kontynuowania pracy zarobkowej i utrzymywania rodziny, a jak u kogoś w podeszłym wieku, kto nie pracuje. Od takich decyzji powinny być sądy. I teraz w istocie, lepiej lub gorzej, spełniają taką rolę.

Po czwarte, skoro odszkodowania poszkodowanym miałyby być wypłacane niejako „automatycznie”, górna granica to, wobec przywoływanych orzeczeń sądowych, niewygórowana kwota 200 tys. złotych, to jak rozumiem, istnieją przynajmniej dwa źródła potrzebnych na ten cel środków. Pierwszym jest proponowany przez rząd odpis ze składki zdrowotnej płaconej przez wszystkich ubezpieczonych. Co oczywiście oznacza, że w imię solidaryzmu społeczne-

go wszyscy ponoszą koszty takiego rozwiązania, a co ważniejsze – godzą się na pomniejszenie środków gromadzonych w NFZ, przeznaczonych na leczenie. Technicznie to dość proste rozwiązanie. Jest też inna możliwość, aby pieniądze na odszkodowania pochodziły np. z polis ubezpieczeniowych placówek. To mniej egalitarne rozwiązanie, nieobciążające jednak wszystkich potencjalnych pacjentów i w sposób bardziej bezpośredni „dotykające” placówki generujące większą liczbę niepożądanych zdarzeń. W tym przypadku konieczna jest jednak pełna świadomość, że koszty ubezpieczenia, a więc funkcjonowania placówek, musiałyby wzrosnąć. Choćby z tego powodu, że jeśli sprawcą niepożądanego zdarzenia będzie lekarz zatrudniony na umowę o pracę, to pracodawca, oczywiście o ile będzie tego chciał, może mieć w stosunku do niego regres finansowy, jednak tylko do wysokości trzykrotności miesięcznych poborów. Inaczej wygląda sytuacja z lekarzami kontraktowymi, w ich przypadku nie ma takich ograniczeń. Ale może to prowadzić do zabezpieczania się tej grupy specjalistów poprzez wyższe kwoty ubezpieczenia, zatem płacenie wyższych składek. Ten dodatkowy koszt swojej pracy bez trudu pokryją, negocjując wyższe stawki wynagrodzeń. *Per saldo* wzrosną koszty funkcjonowania placówek. Innymi słowy, wydaje się, że za ten ewentualny komfort będą musieli zapłacić pacjenci. Albo przez obniżenie ilości pieniędzy na leczenie (odpisy składek), albo poprzez wzrost kosztów (droższe polisy), co *per saldo* prowadzi także do obniżenia ilości dostępnych środków na działalność podstawową leczyć.

Po piąte, w końcu nie wiemy, co na to pacjenci. Biorąc pod uwagę historyczne już doświadczenia z komisjami odszkodowawczymi przy urzędach wojewódzkich i generalny brak zaufania do zmian w systemie, można sądzić, że trudno będzie ich przekonać do takiej zmiany, a w każdym razie nie szybko. Tym bardziej, że Ministerstwo Sprawiedliwości zgłosiło właśnie zastrzeżenia konstytucyjne do tego rozwiązania. Sądzę, że ich skutkiem będzie m.in., w najlepszym razie, podtrzymanie, jeśli nie wzmocnienie braku społecznego zaufania do proponowanych rozwiązań. Ponadto, o czym trzeba pamiętać, resort sprawiedliwości powołał do życia w kwietniu w Łodzi Instytut Ekspertyz Medycznych. Placówkę, której jednym z zadań jest m.in. opracowywanie procedur postępowania i standardów medycznych. Wydaje się, że ten fakt definitywnie, przynajmniej na dziś, zamyka drogę do procedowania wdrażania zasady *no fault*. Osobiście uważam, że każdy poszkodowany powinien mieć wybór w kwestii sposobu postępowania w konkretnej sytuacji, w tym oczywiście prawo do postępowania sądowego.

Konkludując, przywołałem tylko kilka, bo nie wszystkie oczywiście, wątpliwości, jakie nasuwają się w związku z ewentualną praktyczną aplikacją zasady *no fault*. Jeśli chodzi o możliwość jej wprowadzenia, jestem umiarkowanym pesymistą. □

Lekarze chcą zmian w egzaminie specjalizacyjnym

Naczelna Izba Lekarska chce wprowadzenia zmian w egzaminie specjalizacyjnym – pytania na pisemnym Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym powinny być wystandaryzowane, a lekarze, którzy uzyskali z testu ocenę bardzo dobrą lub dobrą, powinni być zwolnieni z egzaminu ustnego.

Lekarz rezydent, chcąc stać się specjalistą, musi po latach nauki zdać Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES), składający się z części testowej i ustnej. Młodzi lekarze od dawna walczą o zlikwidowanie egzaminu ustnego, a obecnie mają wsparcie NIL. Jak wskazuje NIL, zmiany przyczyniłyby się do przyspieszenia wchodzenia młodych adeptów do zawodu i pozwoliły zachować ciągłość pokoleniową.

Mniej egzaminów pomoże w brakach kadrowych

Lekarze rezydenci, aby zdać PES, biorą nawet dwa miesiące wolnego. W tym czasie wyłączają się z życia zawodowego, by cały czas poświęcić nauce. Łukasz

Jankowski, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, zwrócił się do ministra zdrowia o wprowadzenie zmian legislacyjnych zwalniających z egzaminu ustnego lekarzy, którzy uzyskali z części pisemnej ocenę bardzo dobrą lub dobrą. – W przypadku lekarzy, którzy po szkoleniu specjalizacyjnym, trwającym kilka lat, zdali egzamin pisemny z oceną co najmniej dobrą, nie ma potrzeby ponownej weryfikacji ich wiedzy i predyspozycji poprzez część ustną – tłumaczy dr Jankowski i dodaje, że rezygnacja z części ustnej egzaminu pozwoli lekarzom szybciej rozpocząć pracę z uprawnieniami specjalistów, a to przy problemach kadrowych w systemie ochrony zdrowia nie jest bez

znaczenia. W tym kontekście podkreślić należy również fakt, że czas, w którym lekarze skupiają się na przygotowaniach do drugiej części PES, mogliby przeznaczyć dla pacjentów.

Standaryzacja pytań testowych

Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej chciałby również standaryzacji pytań testowych. Chodzi o to, aby egzamin pisemny zawierał odpowiednią liczbę pytań ogólnych i szczegółowych. Udzielenie odpowiedzi na pytania ogólne daje gwarancję, że kandydat posiada odpowiednią wiedzę. Pytania szczegółowe pozwalają zróżnicować ocenę przygotowania. Pozwala to zatem stwierdzić, że pytania egzaminacyjne zostały dobrze przygotowane.

Katarzyna Redmerska



inf. Shutterstock

MEDYCyna

Luka w chirurgii

W Polsce dramatycznie brakuje specjalistów chirurgii ogólnej

Urszula Wróbel

Eksperci alarmują: jeśli resort zdrowia nie podejmie zdecydowanych działań, to za kilka lat oddziały chirurgiczne będą masowo likwidowane. Już teraz niektóre placówki zmuszone są ograniczać swoją działalność. To efekt luki pokoleniowej w chirurgii ogólnej, która narasta z każdym rokiem. O problemie mówi nam prof. Grzegorz Wallner, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej, kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. – W wielu regionach Polski oddziały czy zespoły z różnych jednostek są komasowane w celu zapewnienia ciągłości pracy przynajmniej jednego oddziału chirurgii. Spadek zain-

teresowania chirurgią ogólną wśród młodych lekarzy jest już obserwowany od wielu lat. A działania resortu zdrowia, aby odwrócić ten niepokojący trend, lub chociażby go przyhamować, są dalece niewystarczające. Zresztą nie tylko w Polsce, lecz także w całej Europie. A okres pandemii jeszcze ten problem nasilił – przekazuje nasz rozmówca.

Podobnie uważa prof. Przemysław Matras, zastępca dyrektora ds. medycznych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. W jego ocenie, aby coś się zmieniło na lepsze, konieczne jest uaktualnienie wyceny świadczeń chirurgicznych. – Obecnie w chirurgii nie ma żadnej procedury, która by przynosiła jakiś dochód. Wszystkie przyczyniają się do zadłużenia szpitala. A świadomość, że wykonuje się za-

wód, który finansowo pogrąży miejsce pracy, nie zachęca do podjęcia tej specjalizacji – wskazuje na jedną z przyczyn kadrowej zapaści chirurg.

Tymczasem resort zdrowia przekonuje, że nieustannie podejmuje działania, aby zapewnić optymalną liczbę lekarzy specjalistów na rynku pracy, zwłaszcza w dziedzinach priorytetowych, do których należy chirurgia ogólna. Niestety, wśród przedsięwzięć próżno szukać planów nowej wyceny. – Do działań tych należy zaliczyć przede wszystkim zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski czy wprowadzenie kredytów na studia odpłatne na kierunku lekarskim oraz tzw. Naboru Centralnego na specjalizację – wylicza Monika Bugaj-Wojciechowska, ekspert z Biura Komunikacji MZ. □

Dokończenie na s. 3



Dokończenie ze s. 1

Średnia wieku chirurga w Polsce – zgodnie z danymi przekazanymi nam przez resort zdrowia – już 2 lata temu wynosiła 57 lat. Lekarze są jednak zgodni co do tego, że z każdym rokiem zbliża się ona nieuchronnie do 60 lat. – Jedni się starzeją, młodszych nie przybywa. Szpital, w którym pracuję, jest kliniką uniwersytecką. Prowadzone są tu więc np. wykłady dla studentów medycyny. Kiedy zaczynałem tu pracę 27 lat temu, było nas dwudziestu paru. Dziś – tylko trzynastu, połowa po pięćdziesiąt. Różnica ogromna. Wielu chirurgów odeszło na emeryturę. A przecież liczba zabiegów się nie zmniejsza, liczba pacjentów rośnie, podobnie jak liczba studentów. Niestety, nie mogę tego powiedzieć o młodych chirurgach. Tych nie przybywa – martwi się prof. Przemysław Matras. Lekarz wspomina też lata, kiedy ta specjalizacja cieszyła się dużym zainteresowaniem młodych lekarzy. – Pamiętam czasy, kiedy na 4 lata zawieszono z tego powodu przyjęcia na tę specjalizację. Zdecydowano się na takie ograniczenie, bo obłożenie kadry było wyjątkowo duże. Konsekwencją tych decyzji była taka, że kiedy ja zaczynałem pracę, byłem najmłodszym chirurgiem i taki stan rzeczy utrzymywał się przez kilkanaście lat – opowiada prof. Przemysław Matras.

Dziś – jak przekazuje nam prof. Grzegorz Wallner – w każdym z województw wykorzystanych jest zaledwie 50 proc. miejsc szkoleniowych. Reszta to wakaty. – Szacujemy, że optymalne uzupełnienie kadry na dziś to nawet około 2 tys. chirurgów w skali całego kraju. Tylko od 2017 r. do 2020 r. ubyło blisko 18 proc. chirurgów. Pandemia COVID-19 jeszcze ten proces wykruszenia się kadry nasiliła – mówi prof. Grzegorz Wallner.

Odpowiedzią resortu zdrowia na tak dramatyczne relacje środowiska chirurgów jest przekaz, że w ostatnim jesennym postępowaniu kwalifikacyjnym, które odbyło się jesienią 2021 r., do szkolenia specjalizacyjnego w

dziedzinie chirurgii ogólnej w trybie rezydenckim zostało zakwalifikowanych 127 lekarzy. – Był to 10. najlepszy wynik (na 75 specjalizacji) pod względem liczby zakwalifikowanych w trybie rezydenckim; w postępowaniu wiosennym 2022 r. zostało zakwalifikowanych w sumie 32 lekarzy. Wynik ten daje chirurgii ogólnej 9. miejsce – zaznacza Monika Bugaj-Wojciechowska. I dodaje, że według danych na koniec czerwca 2022 r. szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chirurgii ogólnej odbywało 1029 lekarzy (w tym 943 w trybie rezydenckim i 86 w trybie pozarezydenckim). – Jest to o 39 lekarzy więcej niż w 2015 r., kiedy szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie odbywało 990 lekarzy – przekazuje.

Narastające braki kadrowe

Co na to chirurdzy? – Nawet przyjmując tę optymistyczną interpretację wyników rekrutacji z 2021 r. podaną przez Ministerstwo Zdrowia, to i tak jest to jedynie 25 proc. wykorzystania wolnych miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie chirurgii. To zdecydowanie za mało, aby uzupełnić niepokojąco narastające braki kadrowe. W mojej opinii stanowi to już istotne zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów. A toczące się działania wojenne za naszą wschodnią granicą tylko te obawy nasilają. Nadal pozostaje ponad 420 wolnych miejsc szkolenia specjalizacyjnego – odpowiada prof. Grzegorz Wallner.

Wpływ na dzisiejszą sytuację ma też wiele innych, bardzo zróżnicowanych czynników. Jednym z nich jest fakt, że ryzyko powikłań, a co za tym idzie – rozszczeń pacjentów – po zabiegach chirurgii ogólnej jest zdecydowanie większe niż w innych specjalnościach. – W porównaniu np. z laryngologią czy innymi specjalnościami zabiegowymi, które nie zajmują

MEDYCyna

Luka w chirurgii

się przewodem pokarmowym, w chirurgii ogólnej odsetek powikłań jest potencjalnie wysoki. A jeśli występują powikłania, to i rozszczenia pacjentów. To wszystko sprawia, że młodzi lekarze nie chcą uczestniczyć w ryzykownych procedurach. Chętniej wybierają specjalizacje tzw. bezpieczne – wyjaśnia nam prof. Przemysław Matras.

Kolejną przyczyną omijania szerokim łukiem chirurgii ogólnej jest to, że czas, po którym chirurg uzyskuje pełną samodzielność, jest wyjątkowo długi. – Musi upłynąć wiele lat, aby uzyskać pełną samodzielność jako specjalista. W tym zawodzie nie chodzi wyłącznie o przeprowadzenie zabiegu, ale

także o nabycie umiejętności podejmowania samodzielnych decyzji i radzenia sobie z powikłaniami. To jest istota chirurgii – akcentuje prof. Przemysław Matras. Aby być samodzielnym chirurgiem, trzeba przeprowadzić wiele operacji. – W chirurgii abdominalnej, czyli brzusznej, zabiegi w większości wymagają sali operacyjnej. O prywatnej praktyce nie ma mowy. A należy też pamiętać, że i wymogów dotyczących sali chirurgicznej jest coraz więcej. To wszystko odstrasza absolwentów kierunków lekarskich od wyboru chirurgii ogólnej – dodaje.

Niedofinansowane procedury

Jak zgodnie potwierdzają nasi rozmówcy, kluczową kwestią jest też nieadekwatna do obecnej rzeczywistości wycena świadczeń chirurgicznych. – To musi się zmienić. Porównanie wyceny świadczeń chirurgicznych z kardiologicznymi jest szokujące. Mimo że zabiegi chirurgiczne wymagają zespołu personelu: oprócz chirurgów także instrumentariuszek, anestezjologów, sali chirurgicznej, to kosztują one 10 razy mniej niż procedury kardiologiczne! I nie mówię tego po to, aby obniżyć wyceny kardiologiczne. Chodzi o pokazanie skali niedofinansowania procedur chirurgicznych – wyjaśnia dyrektor medyczny SPSK4. Wskazuje też, na czym – jego zdaniem – powinna polegać nowa wycena. – Chodzi o zwiększenie nie wyceny za punkt, tylko liczby punktów za daną procedurę. Wtedy dopiero chirurgia ma szansę stać się specjalizacją atrakcyjną – podnosi prof. Przemysław Matras.

Podobny postulat wysuwa prof. Grzegorz Wallner, który uważa, że rozwiązania tego palącego problemu powinny być szybkie i zdecydowane. – Wpisanie chirurgii jako specjalizacji priorytetowej niewiele dało. Być może ta decyzja spowolniła

niedługo proces z roku na rok malejącej kadry chirurgicznej. Ale zwiększenie uposażenia rezydenta z 4 tys. do 5,8 tys. naprawdę nie jest argumentem, który – w obliczu tylu problemów – mógłby przekonać do tego zawodu. Mówi też o paradoksach związanych z zarobkami chirurgów. – Ci, którzy są na kontraktach, mają wyższe uposażenie niż lekarze zatrudnieni na etacie. Od lat postulowane jest przez Naczelną Izbę Lekarską, Towarzystwo Chirurgów Polskich i całe środowisko chirurgów podwyższenie uposażenia zasadniczego dla specjalisty chirurga do minimum trzech średnich wynagrodzenia minimalnego. Niestety, nie znajduje to pozytywnego odzewu ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Zachęcić młodych lekarzy

Jak tę finansową patologię ukroć, a tym samym zachęcić młodych lekarzy do podjęcia specjalizacji z chirurgii? – Trzeba by sownie podnieść płace lekarzy, ale myślę, że nie jest to do końca realne – przewiduje prof. Przemysław Matras.

Resort zdrowia zapewnia, że wzrostu liczby lekarzy możemy spodziewać się już za rok. – Od 2016 r. minister zdrowia znacznie zwiększył limity przyjęć na kierunek lekarski. Pierwsze roczniki ze zwiększonych naborów będą kończyć studia w 2022 r., a w 2023 r. będą kończyć staż podyplomowy. Wtedy właśnie spodziewany jest znaczny wzrost liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne, również w dziedzinie chirurgii ogólnej – informuje Monika Bugaj-Wojciechowska. Sceptyczny co do zapewnień MZ jest prof. Grzegorz Wallner. – Jako nauczyciel akademicki zawsze pytam studentów, absolwentów kierunku lekarskiego uczelni medycznych, kto z nich planuje rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgii ogólnej. Z reguły towarzyszy temu krępująca cisza i nic w tym zakresie nie zmienia się od lat – komentuje prof. Grzegorz Wallner. ■

Urszula Wróbel



Szacujemy, że optymalne uzupełnienie kadry na dziś to nawet około 2 tys. chirurgów w skali całego kraju. Tylko od 2017 r. do 2020 r. ubyło blisko 18 proc. chirurgów.

Prof. Grzegorz Wallner
konsultant krajowy
w dziedzinie
chirurgii ogólnej



Adam Niedzielski (49 l.)
od dwóch lat kieruje
resortem zdrowia

**Minister
Niedzielski
zapowiada
reformę,
ale nie ma
dobrych
wiadomości:**

Kolejek nie da się zlikwidować z dnia na dzień

**Z MINISTREM
ZDROWIA ADAMEM
NIEDZIELSKIM
rozmawia
Justyna Łukawska**

Fakt: Panie ministrze, czy korzysta pan ze stomatologa na NFZ?

To podchwytliwe pytanie? Nie, ja na szczęście nie mam konieczności korzystania w ogóle ze stomatologa, poza przeglądem od czasu do czasu.

Nie, pytanie nie jest podchwytliwe. W przyszłym roku na leczenie stomatologiczne na jednego pacjenta NFZ zaplanował kwotę 71 zł. Rocznie. W tym to niespełna 60 zł. Mamy pewien segment stomatologii publicznej, ale zdecydowana większość usług dla pacjentów jest finansowana prywatnie.

To wynika z jednej strony z pewnego wzorca przyzwyczajenia, z drugiej strony nie widzimy aż takiego oczekiwania, szczególnie ze strony dorosłych, by był to segment publiczny. To pewnego rodzaju wybór, który dokonał się wiele lat temu.

Jaki ma pan plan na to, by skrócić kolejki?

Głównym ograniczeniem jest dostępność kadry medycznej w Polsce. A to nie jest zagadnienie, które można zmienić z dnia na dzień. Kolejnym instrumentem jest kwestia sprowadzania lekarzy z zagranicy – w ciągu roku udało nam się zatrudnić 2 tys. medyków spoza Unii Europejskiej. Kilka dni temu uruchomiliśmy kolejny instrument, który dotyczy kredytowania kosztów kształcenia lekarskiego. Osoby, których nie stać na studia medyczne w trybie płatnym, a nie mogą dostać się na tryb dzienny, będą mogły dzięki kredytowi pozwolić sobie na studiowanie. Ma to perspektywę umorzenia, co może oznaczać, że student nic nie zapłaci za taką naukę.

Kolejna rzecz to reforma POZ, która zakłada, że to na le-

rze rodzinnego zostanie przełożona część specjalistycznej opieki nad pacjentem. Chodzi o to, by osoby z chorobami przewlekłymi, jak np. cukrzyca czy hashimoto, mogły być prowadzone przez lekarzy POZ, to także zmniejszy kolejki do specjalistów.

Od października z kolei wprowadzamy konsultacje specjalistyczną „lekarz do lekarza”. Pacjent nie będzie musiał się kierować do lekarza specjalisty. To lekarz POZ sam przepisze mu receptę lub w razie konieczności skonsultuje jego przypadek ze specjalistą.

A kiedy znikną kolejki do sanatoriów?

Pani oczekuje zero-jedynkowej odpowiedzi, a takiej nie ma, tak jak w przypadku wizyty u specjalisty. Zmiany w ochronie zdrowia to proces, a nie jednorazowe strzały. Tak jak reformujemy Podstawową Opiekę Zdrowotną, tak reformujemy leczenie sanatoryjne.

Niedługo wejdzie w życie reforma, która da pacjentowi możliwość samodzielnego decydowania, gdzie chce wyjechać na leczenie i rehabilitację. Będzie miał do dyspozycji listę sanatoriów z ich pełnym opisem oraz czasem oczekiwania i to pacjent zdecyduje, dokąd chce jechać, i tym samym ile może czekać. To upłyni ruch i ograniczy kolejki, ale przecież od razu ich nie zlikwiduje.

Cały wywiad na Fakt.pl

Z ministrem Adamem Niedzielskim rozmawiała Justyna Łukawska, szefowa działu Pieniądze, prawo, porady w Fakcie

Przymus w DPS – resort analizuje i powiadamia rzecznika

POMOC SPOŁECZNA

Dorota Beker

dorota.beker@infor.pl

O przypadkach przywiązywania mieszkańców ZOL i DPS do łóżek został powiadomiony rzecznik praw pacjenta, choć w większości nie są one powodowane względami zdrowia psychicznego – informuje resort zdrowia.

To odpowiedź na wystąpienie rzecznika praw obywatelskich (RPO), który wskazywał na potrzebę uregulowania tzw. niestandardowych form opieki stosowanych w domach pomocy społecznej (DPS), innych placówkach całodobowej opieki czy zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL). Mowa m.in. o zakładaniu skarpetek na dłonie podopiecznych w celu uniknięcia dotykania miejsc chorobowo zmienionych czy przywiązywania za rękę paskiem do łóżka, by zapobiec np. wyrwaniu urządzeń medycznych.

– Świadczy to o systemowym problemie stosowania przez personel placówek metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim. Choć nie zostały one uregulowane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, to faktycznie ograniczają swobodę osób im poddanych. To stwarza zaś ryzyko nadmiernej i niekontrolowanej ingerencji w wolność jednostki – argumentował RPO w swoim wystąpieniu.

Zdaniem rzecznika brakuje regulacji i wytycznych, które określałyby przesłanki uzasadniające zastosowanie takich działań, procedurę ich stosowania oraz używany do tego sprzęt. Dlatego należałoby podjąć pracę nad wprowadzeniem przepisów rangi ustawowej, które gwarantowałyby, że niestandardowe formy opieki będą wykonywane profesjonalnie i bezpiecznie.

W odpowiedzi resort zdrowia wskazał, że przedstawiona przez RPO problematyka odnosi się do zakresu szerszego, niż obejmuje to ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685 ze zm.). Zaś większość z opisanych działań nie jest uwarunkowana względami zdrowia psychicznego, w związku z czym uregulowanie tych kwestii na mocy ustawy nie jest możliwe ani merytorycznie uzasadnione. Niemniej jednak resort zdrowia zwraca uwagę, że o problemie został zawiadomiony rzecznik praw pacjenta. – Podjęcie jednak ewentualnych działań w tym kierunku wymaga przeprowadzenia pogłębionej analizy odnośnie do poprawy ochrony praw wszystkich grup pacjentów – wskazuje resort. Podkreśla, że po jej przeprowadzeniu zostanie rozważone, w której ustawie można byłoby kompleksowo uregulować tę kwestię. ©

Resort zdrowia zamierza wycofać się z egzaminów, których nie było

OCHRONA ZDROWIA

Dorota Beker
dorota.beker@infor.pl

Rezygnacja z egzaminów końcowych dla ratowników medycznych i fizjoterapeutów to w tym momencie dobra decyzja – wskazują przedstawiciele tych środowisk. Nie jest wykluczone, że zostaną one wprowadzone ponownie, ale najlepiej w innej formule.

Dziś w sejmowej komisji zdrowia jest zaplanowane I czytanie rządowego projektu nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw. Jej głównym założeniem jest dostosowanie polskich przepisów do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Zdaniem Komisji Europejskiej poprzednia implementacja nie została przeprowadzona prawidłowo. Toteż projektowana regulacja obejmuje kwestie dotyczące zarówno swobody świadczenia usług pielęgniarstwa i położnictwa, jak i uznawania tzw. minimalnych wymogów w zakresie kształcenia na podstawie przepisów o koordynacji.

Na tym jednak nie koniec, bo w projekcie znajdują się również zapowiedzi od jakiegoś czasu przez przedstawicieli resortu zdrowia zmiany prowadzące do rezygnacji z Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego oraz Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego. Przypomnijmy, przepisy te zostały wprowadzone w 2018 r., jednak do tej pory nie przeprowadzono ani jednej tury egzaminu. W przypadku ratowników pierwszy raz miało się to odbyć w 2020 r., ale ze względu

na pandemię termin ten przesuwano, by ostatecznie zdecydować o całkowitym wycofaniu się z pomysłu. – Likwidacja tych egzaminów znacznie przyspieszy wejście na rynek pracy fizjoterapeutów, a przede wszystkim ratowników medycznych, którzy w trakcie epidemii oraz inwazji Rosji na Ukrainę są bardzo potrzebni – argumentuje resort zdrowia w uzasadnieniu projektu.

Jak sami zainteresowani oceniają plan wycofania egzaminów, które na dobrą sprawę jeszcze nie zdążyły wejść w życie? Zarówno w przypadku ratowników medycznych, jak i fizjoterapeutów – pozytywnie.

– Zmiana z pewnością jest korzystna. Zawód ratownika medycznego to w większości praktyka, a państwowy egzamin miał mieć charakter teoretyczny – podkreśla dr Jarosław Madowicz, prezes Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych. Z kolei dr Tomasz Dybek, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, zwraca uwagę na sytuację pocovidową i konieczność umożliwienia fizjoterapeutom szybkiego wchodzenia do systemu ochrony zdrowia. – Trzeba mieć na względzie, że na rynku pracy jest ogromne zapotrzebowanie na kadrę medyczną. Tysiące pacjentów dotkniętych skutkami pandemii czeka na wspar-

cie ze strony medyków, w tym także fizjoterapeutów – wskazuje.

Co jednak istotne, wycofanie się z państwowych egzaminów z ratownictwa medycznego oraz fizjoterapii nie oznacza zakończenia dyskusji o egzaminach końcowych na tych kierunkach w ogóle.

– Prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów zastrzega sobie możliwość powrotu do tematu w przyszłości. Naszym zdaniem kwestia egzaminu była do tej pory zbyt płytko konsultowana w środowisku, czego wyrazem są sprzeczne opinie na ten temat pojawiające się w przestrzeni publicznej – podkreśla dr Dybek.

Z kolei dr Madowicz wskazuje, że egzaminy są konieczne, natomiast powinny one zostać przeniesione na uczelnie i składać się z części zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. – Proponowaliśmy również, by ministerstwo stworzyło korpus osób uczestniczących w ich przeprowadzaniu, by nadzorować go z zewnątrz. W pozostałym zakresie – naszym zdaniem – standardy kształcenia poszczególnych uczelni wystarczająco dbają o jakość kształcenia ratowników – podkreśla ekspert.

©

Etap legislacyjny
Projekt przed I czytaniem w Sejmie

