

Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (MZ 901)

I. Opis sytuacji problemowej

Projekt rozporządzenia określa nowy katalog priorytetowych dziedzin medycyny. Różnicą w stosunku do dotychczas obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny jest uznanie za dziedzinę priorytetową także chirurgii dziecięcej, chorób zakaźnych i medycyny paliatywnej, natomiast dziedziną priorytetową przestaje być ortodoncja. Ustalenie nowych dziedzin priorytetowych podyktowane jest zmieniającą się sytuacją demograficzno-epidemiologiczną kraju.

Minister właściwy do spraw zdrowia, kierując się potrzebami w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, może określić priorytetowe dziedziny medycyny.

Priorytetowymi dziedzinami medycyny są:

- 1) anestezjologia i intensywne terapie;
- 2) chirurgia dziecięca;
- 3) chirurgia ogólna;
- 4) chirurgia onkologiczna;
- 5) choroby wewnętrzne;
- 6) choroby zakaźne;
- 7) geriatria;
- 8) hematologia;
- 9) kardiologia dziecięca;
- 10) medycyna paliatywna;
- 11) medycyna ratunkowa;



- 12) medycyna rodzinna;
- 13) neonatologia;
- 14) neurologia dziecięca;
- 15) onkologia i hematologia dziecięca;
- 16) onkologia kliniczna;
- 17) patomorfologia;
- 18) pediatria;
- 19) psychiatria;
- 20) psychiatria dzieci i młodzieży;
- 21) radioterapia onkologiczna;
- 22) stomatologia dziecięca.

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zgodnie z załącznikiem nr 1 ww. rozporządzenia znaczna część chorób, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej to choroby nowotworowe.

Jak wskazano w załączniku do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030, prognozy epidemiologiczne wskazują, że w okresie najbliższych 10 lat liczba pacjentów onkologicznych zwiększy się o 28%, a co za tym idzie zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej znacznie wzrośnie. Nie bez znaczenia pozostaje fakt starzenia się społeczeństwa, ponieważ w opiece paliatywnej ponad 60% stanowią pacjenci po 60 r. życia. Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną systematycznie wzrasta. Przewiduje się, że coraz większa grupa pacjentów z chorobami innymi niż nowotworowe będzie również wymagała opieki paliatywnej.

Zgodnie z szacunkami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej w celu zaspokojenia potrzeb z zakresu świadczeń opieki paliatywnej, konieczny jest ponad

100% wzrost liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej (z 539 lekarzy specjalistów do 1150). Jednocześnie liczba lekarzy chętnych do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny paliatywnej jest niewielka, szczególnie wśród młodych lekarzy. Średnio w danym roku Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie medycyny paliatywnej zdaje jedynie ok. 30-40 lekarzy.

Podobna sytuacja występuje w dziedzinie chorób zakaźnych. Aktualnie, zgodnie z danymi z Centralnego Rejestru Lekarzy – 1122 lekarzy wykonujących zawód posiada specjalizację z chorób zakaźnych (1006 specjalistów i 116 lekarzy posiadających I stopień specjalizacji). W trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest w chwili obecnej 124 lekarzy. Problemem jest średni wiek specjalistów, przekraczający 60 lat. Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych zwracał uwagę na zmniejszającą się liczbę chętnych na szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w tej dziedzinie medycyny. W niektórych województwach od lat nie było chętnych. Mała liczba osób rozpoczynających specjalizację nie zastąpi naturalnego ubytku kadry. Brak zainteresowania szkoleniem specjalizacyjnym w tej dziedzinie jest spowodowany faktem, iż specjalizacja ta jest uznawana za mało atrakcyjną finansowo, bowiem lekarze mogą znaleźć zatrudnienie wyłącznie w publicznej służbie zdrowia, gdzie wynagrodzenia są relatywnie niższe niż w podmiotach prywatnych.

Istotny brak lekarzy specjalistów w tej dziedzinie uwidoczniła obecna sytuacja epidemii wywołana rozprzestrzeniającym się COVID-19. Z wnioskiem o uznanie chorób zakaźnych za dziedzinę priorytetową wystąpił również Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, który podkreślił szczególną rolę lekarzy „zakaźników”, jako "pierwszej linii obrony" w hamowaniu pandemii.

Natomiast zgodnie ze sprawozdaniem Konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej postępuje zjawisko starzenia się kadry specjalistów w tej dziedzinie. Zainteresowanie szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinie chirurgii dziecięcej jest bardzo małe, podczas gdy ponad połowa specjalistów w tej dziedzinie jest w wieku powyżej 50 lat. W okresie ostatnich 4 lat liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii

dziecięcej wzrosła jedynie o 38 osób. Średnio w danym roku Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie chirurgii dziecięcej zdaje jedynie ok. 20 lekarzy, to zdecydowanie zbyt mała liczba, aby zapełnić lukę po specjalistach, którzy odejdą z zawodu w okresie najbliższych 10/15 lat.

Mając na uwadze zachodzące zmiany demograficzne oraz niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinach: medycyny paliatywnej, chorób zakaźnych i chirurgii dziecięcej, minister właściwy do spraw zdrowia uznał za konieczne wprowadzenie tych dziedzin do katalogu dziedzin priorytetowych.

Z kolei ortodoncja jest dziedziną lekarsko-dentystyczną, która obecnie cieszy się dużą popularnością wśród lekarzy dentystów podejmujących szkolenie specjalizacyjne. W ostatnich postępowaniach kwalifikacyjnych liczba lekarzy dentystów chętnych do specjalizowania się w dziedzinie ortodoncji znacznie przekracza możliwości szkoleniowe jednostek szkolących. Zatem nie są konieczne dodatkowe narzędzia do zachęcania lekarzy do zdobywania specjalizacji w tej dziedzinie. Powyższe uzasadnia więc decyzję o wykreśleniu ortodoncji z katalogu dziedzin priorytetowych.

Jednocześnie w § 2 projektu rozporządzenia zachowano uprawnienia lekarzy dentystów, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ortodoncji przed wejściem w życie rozporządzenia do otrzymywania wynagrodzenia zasadniczego w wysokości przewidzianej dla dziedzin priorytetowych.

II. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich

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

1. Czy Pani/Pana zdaniem do listy priorytetowych dziedzin medycyny należy dopisać chirurgię dziecięcą?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	0	
Nie mam zdania	4	

2. Czy Pani/Pana zdaniem, do listy priorytetowych dziedzin medycyny należy dopisać choroby zakaźne?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	
Nie	0	
Nie mam zdania	3	

3. Czy Pani/Pana zdaniem do listy priorytetowych dziedzin medycyny należy dopisać medycynę paliatywną?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	1	
Nie mam zdania	4	

4. Czy Pani/Pana zdaniem z listy priorytetowych dziedzin medycyny należy usunąć ortodoncję?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	4	
Nie mam zdania	2	

5. Czy Pani/Pana zdaniem problem braku kadr medycznych w poszczególnych dziedzinach może być uregulowany jedynie przywilejami towarzyszącymi wpisaniu danej dziedziny na listę priorytetową?

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

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Zaliczenie określonej dziedziny medycyny do grupy priorytetowej ma na celu podniesienie atrakcyjności tej dziedziny w ocenie specjalistów. Dlatego jest niezwykle ważne, aby kwalifikacja oparta była o rzetelną analizę, wskazującą czy istnieją istotne niedobory kadry medycznej w określonej dziedzinie. Aby taka analiza miała cechę kompleksowej, konieczne jest skonsultowanie projektu z wszystkimi interesariuszami, tj. także z przedstawicielami dziedzin medycyny, które nie są planowane do umieszczenia na liście priorytetowej.

Środowiska pacjenckie zwracają uwagę na kilka ważnych głosów ubiegających się o status priorytetowej dziedziny medycyny, których argumentacja wydaje się przekonująca. I tak:

W domenie dyskusji publicznej pojawił się postulat dopisania dziedziny rehabilitacji medycznej do wykazu dziedzin określonych w rozporządzeniu jako priorytetowe. Prośbę uzasadnia się tym, że podobnie jak obecnie dopisana do dziedzin priorytetowych medycyna paliatywna, również dziedzina rehabilitacji medycznej, jak wynika z Narodowej Strategii Onkologicznej, w pierwszej kolejności zajmować się będzie pacjentami onkologicznymi. Pacjentami w trakcie samego leczenia onkologicznego, jak również pacjentami po leczeniu onkologicznym. Dopiero przy niepowodzeniu skojarzonego leczenia onkologicznego, w terminalnej fazie choroby, medycyna paliatywna będzie zajmować się pacjentami. Głównym założeniem Narodowej Strategii Onkologicznej jest zmniejszenie zachorowań na choroby nowotworowe oraz znacząca poprawa efektów leczenia, dlatego rehabilitacja medyczna będzie kluczowa przy powrocie do zdrowia, ograniczeniu niepełnosprawności oraz powrocie do społeczeństwa i ewentualnej pracy zawodowej. Poprawa jakości życia pacjenta onkologicznego powinna być priorytetem.

Jak argumentują lekarze tej specjalności, porównywalna sytuacja, jeżeli chodzi o liczbę i wiek lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, występuje w dopisanej do dziedzin priorytetowych chirurgii dziecięcej i dziedzinie chorób zakaźnych. Obecnie liczba lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, przy średniej wieku około 55 lat, zbyt

mała liczba lekarzy podejmujących tą specjalizację w trybie rezydenckim, nie rokuje dobrze na przyszłość. Znaczną większość lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej stanowią kobiety, o dużo krótszej karierze zawodowej.

Potrzeby kadrowe w dziedzinie rehabilitacji medycznej już obecnie są duże, a będą dużo większe w sytuacji epidemiologicznej i demograficznej wynikającej z opublikowanych w 2018 roku Map Potrzeb Zdrowotnych. Rola lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, prowadzącego leczenie pacjentów po urazach, ostrych zachorowaniach czy zabiegach operacyjnych, jest niezaprzeczalna. Choroby i urazy układu nerwowego czy narządu ruchu będą dominować w starzejącym się społeczeństwie. Choroby nowotworowe są kolejnym elementem zwiększającym niepełnosprawność w naszym społeczeństwie. Wreszcie wielochorobowość, do której nie są przygotowani inni specjaliści, niejednokrotnie wykonujący jedynie specjalistyczne procedury medyczne, nie lecząc pacjenta kompleksowo.

Rola lekarza specjalisty jest tu niezaprzeczalna, tylko on jest w stanie pokierować procesem kompleksowej rehabilitacji umożliwiając powrót do zdrowia lub doprowadzić do ograniczenia niepełnosprawności. Fizjoterapeuci raczej nie zajmą się problemem pacjenta z wielochorobowością, u którego nakładają się problemy kardiologiczne, neurologiczne czy onkologiczne. Nie zajmą się chorym pacjentem w wieku senioralnym, gdyż nie są lekarzami i nie mają do tego kompetencji. Zakończone prace w AOTMiT nad zmianą systemu funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce i prace w Ministerstwie Zdrowia związane ze zmianą funkcjonowania leczenia uzdrowiskowego oraz prace związane z powstaniem Narodowego Instytutu Onkologii i Sieci Szpitali Onkologicznych, jasno wskazują na drogę prowadzenia kompleksowej rehabilitacji pod kierunkiem lekarza specjalisty rehabilitacji. W związku z określeniem roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w tych przedsięwzięciach, ważne będzie zwiększenie kadry, dlatego konieczne jest wpisanie dziedziny rehabilitacji medycznej do dziedzin priorytetowych w medycynie.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Z kolei NIL nie zgadza się z tezami uzasadnienia projektu rozporządzenia i wyraża zaniepokojenie usunięciem ortodoncji z wykazu priorytetowych dziedzin medycyny, ze względu na fakt, iż stan uzębienia jest dziś wyznacznikiem rozwoju cywilizacyjnego społeczeństwa a zwiększona potrzeba leczenia ortodontycznego nadal istnieje. W związku z tym zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów w tej dziedzinie dalej rośnie i nie powinna być ona wykreślana z wykazu.

Zdaniem Izby warto również zwrócić uwagę na to, iż w dziedzinach takich jak: medycyna nuklearna, rehabilitacja medyczna oraz transfuzjologia kliniczna rysuje się luka pokoleniowa, której przy dalszym spadku zainteresowania tymi specjalizacjami nie zdoła się zapełnić. Nie zostały również wzięte pod rozwagę inne specjalizacje w których średnia wieku lekarzy je wykonujących jest wysoka, takie jak m.in. położnictwo i ginekologia, a zarazem potrzeby w zakresie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych są duże. Wymagałoby to przeprowadzenia analizy wiekowej lekarzy specjalistów z poszczególnych specjalizacji i zapotrzebowania na nie w przyszłych latach, a nie jedynie wzięcie pod uwagę specjalizacji związanych z aktualnymi potrzebami społeczeństwa.

Specjaliści w dziedzinie transfuzjologii klinicznej, ze względu na interdyscyplinarny charakter tej specjalizacji i udzielanie na bieżąco konsultacji lekarzom różnych specjalizacji są niezbędni m.in. w zakresie dobierania składnika krwi do przetoczenia, analizy i postępowania w razie niepożądanych reakcji i zdarzeń poprzetoczeniowych, nadzoru nad poprawnym organizacyjnie i merytorycznie działaniem Banków krwi i Pracowni Serologii Transfuzjologicznej w podmiotach leczniczych. Zgodnie z § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne do dnia 31 grudnia 2027r. obowiązki lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią i jej składnikami można powierzyć innemu lekarzowi specjalście. W związku z powyższym lekarz odpowiedzialny za gospodarkę

krwią powinien do tego czasu uzyskać specjalizację w dziedzinie transfuzjologii klinicznej.

Niskie zainteresowanie odbycia tej specjalizacji a w konsekwencji brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w tej dziedzinie może doprowadzić do paraliżu również w obszarach pośrednio z nią związanych.

Niedobory kadrowe oraz małe zainteresowanie wśród absolwentów wydziałów lekarskich można zauważyć również w przypadku medycyny nuklearnej, która jest jedną z dziedzin mających istotny udział w opiece nad pacjentami onkologicznymi, których liczba rośnie. W ocenie NIL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny powinna zostać przywrócona ortodoncja oraz powinny zostać dodane dziedziny medycyny takie jak: medycyna nuklearna, rehabilitacja medyczna, transfuzjologia kliniczna oraz położnictwo i ginekologia.

Środowiska pacjenckie solidaryzują się z postulatem wprowadzenia neurologii na listę priorytetowych dziedzin medycyny. Neurologia to dziedzina medycyny, która obejmuje bardzo szerokie spektrum chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego; od chorób z największą frekwencją, np. choroba Parkinsona, choroba Alzheimerera, udar mózgu czy stwardnienie rozsiane do całego spektrum neurologicznych chorób rzadkich, np. choroba Huntingtona, neuropatie wrodzone, rdzeniowy zanik mięśni i wiele innych.

W większości przypadków są to choroby przewlekłe, które towarzyszą pacjentom do końca życia i które, ze względu na postępujący charakter, wymagają stałej opieki medycznej. Liczba chorych na choroby neurologiczne stale zwiększa się z powodu starzenia się społeczeństwa. Neurologia należy do dziedzin medycyny, które rozwijają się spektakularnie szybko, pojawiają się nowoczesne sposoby diagnostyczne wykorzystujące metody genetyczne, obrazowe czy elektrofizjologiczne, a także nowoczesne terapie opierające się na modyfikacji genomu osób chorych, stosowaniu przeciwciał monoklonalnych czy różnych sposobów stymulacji mózgu.

Wymusza to konieczność intensywnego kształcenia się neurologów. Obecnie w Polsce praktykuje tylko około 2000 neurologów, średnia wieku wynosi ponad 55 lat. Liczba ta w ciągu kilku następnych lat będzie się naturalnie zmniejszać, a już teraz nie zaspokaja aktualnych potrzeb społeczeństwa w tym zakresie. W ostatnim roku wiele Oddziałów Neurologii z powodu braków kadrowych zostało zamkniętych, powodując gigantyczne przeciążenie pozostałych. Niestety liczba młodych lekarzy chętnych do specjalizowania się w dziedzinie neurologii jest niewielka mimo systematycznego zwiększania liczby miejsc rezydenckich. Obecnie w Polsce około 25% miejsc rezydenckich dla neurologii jest nie obsadzona.

Warto zaznaczyć, że wśród neurologów obserwuje się największy odsetek wypalenia zawodowego; jest to specjalizacja, która wymaga wielkiego zaangażowania i poświęcenia w opiece nad pacjentami. Z jednej strony neurologowie widzą spektakularne efekty swojego postępowania w postaci leczenia inwazyjnego udaru mózgu czy leczenia rdzeniowego zaniku mięśni; z drugiej strony przez wiele lat prowadzą ciężko chorych pacjentów z przewlekłymi, postępującymi chorobami neurologicznymi. Do tego dochodzą bardzo ciężkie, dyżury szpitalne. Wszystko to powoduje, że młodzi lekarze nie chcą podejmować się realizowania tej trudnej specjalizacji.

Tak więc umieszczenie neurologii na liście dziedzin priorytetowych, co wiąże się ze wzmocnieniem finansowym specjalizantów, powinna spowodować zwiększenie liczby osób realizujących program rezydentury z neurologii, a to z kolei spowoduje stopniowe zabezpieczanie coraz większych potrzeb społecznych w tym zakresie.

Zdaniem środowisk pacjenckich, podobnie jak i wielu środowisk medycznych, problem niedoboru kadr wymaga bardziej całościowych działań systemowych niż stopniowego dopisywania większości specjalizacji na listę dziedzin priorytetowych. Same proste działania administracyjne nie zmniejszą niedoboru kadr.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

