

Projekt
z dnia 22.04.2009 r.

**Rozporządzenie
Ministra Zdrowia ¹⁾
z dnia.....2009 r.**

w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe

Na podstawie art. 16 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 20, poz. 120 i Nr 40, poz. 323) zarządza się, co następuje:

§ 1. Uznaje się następujące dziedziny medycyny za priorytetowe:

- 1) anestezjologia i intensywna terapia;
- 2) chirurgia onkologiczna;
- 3) epidemiologia;
- 4) geriatria;
- 5) ginekologia onkologiczna;
- 6) kardiologia;
- 7) medycyna pracy;
- 8) medycyna ratunkowa;
- 9) medycyna rodzinna;
- 10) neonatologia;
- 11) onkologia kliniczna;
- 12) onkologia i hematologia dziecięca;
- 13) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
- 14) patomorfologia;
- 15) pediatria;
- 16) radiologia i diagnostyka obrazowa;
- 17) radioterapia onkologiczna;
- 18) rehabilitacja medyczna.

§ 2. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7).

§ 3. Przepisy rozporządzenia stosuje się od dnia 1 stycznia 2009 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Nauk i Szkolnictwa
Wyszego

Katarzyna Chmielewska

Za zgodność pod względem
formalnym i redakcyjnym
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Makulska

UZASADNIENIE

Wydanie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 16 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.).

W obecnie obowiązującym rozporządzeniu za priorytetowe uznano następujące dziedziny medycyny:

- 1) epidemiologia,
- 2) geriatria,
- 3) medycyna rodzinna,
- 4) onkologia kliniczna,
- 5) patomorfologia,
- 6) rehabilitacja medyczna.

W związku z wejściem w życie z dniem 15 marca br. ustawy z dnia 20 lutego 2009 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Nr 40, poz. 323) dotyczącej różnicowania wynagrodzeń dla lekarzy rezydentów z uwzględnieniem lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinie priorytetowej (wyższe wynagrodzenie) oraz przygotowaniem aktu wykonawczego, poszerzenie przedmiotowej listy dziedzin priorytetowych będzie powodowało znaczący wzrost wynagrodzeń lekarzy podejmujących specjalizację w w/w dziedzinach.

Wprowadzenie kolejnych dziedzin medycyny na przedmiotową listę i uznanie ich za priorytetowe jest niezbędne z uwagi na konieczność zabezpieczenia systemu opieki zdrowotnej w specjalistów w tych deficytowych dziedzinach.

Są to następujące dziedziny:

- 1) anestezjologia i intensywna terapia;
- 2) chirurgia onkologiczna;
- 3) ginekologia onkologiczna;
- 4) kardiologia;
- 5) medycyna pracy;
- 6) medycyna ratunkowa;
- 7) neonatologia;
- 8) onkologia i hematologia dziecięca;
- 9) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
- 10) pediatria;
- 11) radiologia i diagnostyka obrazowa;
- 12) radioterapia onkologiczna.

Anestezjologia i intensywna terapia jest specjalnością podstawową, która kształci nie tylko lekarzy anestezjologów, ale także równolegle lekarzy intensywnej terapii. Każda z tych dziedzin posiada szeroki wymiar i ładunek dydaktyczny ukierunkowany na inne specjalności lekarskie (pomoc doraźna, resuscytacja, terapia bólu, intensywna terapia). Zapotrzebowanie na specjalistów w ww. dziedzinie jest coraz większe ze względu na potrzeby kliniczne nowoczesnej medycyny. Należy zaznaczyć, że coraz więcej specjalistów w tej dziedzinie migruje. Wg danych NRL dotyczących wydanych zaświadczeń związanych z wyjazdami, w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii wskaźnik ten od kilku lat rośnie, a ostatnio wyniósł powyżej 18%. Sytuację tę potwierdza Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Kardiologia, dziedziny onkologiczne - chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, radioterapia onkologiczna, a także medycyna pracy, zostały objęte projektem współfinansowanym przez UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Kapitał Ludzki pn. „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”. Wsparciem i uzupełnieniem tego projektu jest zaliczenie ww. dziedzin do priorytetowych, co spowoduje zwiększenie wynagrodzeń lekarzy rezydentów w tych dziedzinach a w konsekwencji zwiększenie zainteresowania lekarzy podejmowaniem specjalizacji w tych dziedzinach.

Według badań epidemiologicznych choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Zgodnie z informacją konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii, liczba świadczonych usług wysokospecjalistycznych sytuuje się poniżej średnich w państwach UE. W związku z powyższym, należy zwiększyć między innymi liczbę wykonywanych angioplastyk wieńcowych w świeżych zawałach serca, liczbę ablacji w zaburzeniach rytmu serca itp. Dodatkowo, sytuację Polaków pogarszają dysproporcje regionalne w świadczeniu poszczególnych usług kardiologicznych. W Polsce przypada ok. 45 kardiologów/mln mieszkańców, natomiast w woj. warmińsko-mazurskim 22, opolskim, lubuskim, zachodniopomorskim, podkarpackim 25-30. W krajach UE wskaźnik ten jest prawie 2-krotnie wyższy.

Odnosząc się do dziedzin onkologicznych należy zaznaczyć, że nowotwory są drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów w Polsce.

Obserwuje się:

- wzrost liczby nowych zachorowań na nowotwory oraz wysoki odsetek zgonów,
- brak lub niska skuteczność programów wczesnego wykrywania chorób nowotworowych,
- opóźnienia diagnostyczne i terapeutyczne,
- w całym kraju niedostateczną liczbę lekarzy onkologów w stosunku do potrzeb - „białe plamy” szczególnie w województwie lubuskim i śląskim, gdzie w dziedzinie ginekologii onkologicznej oraz onkologii i hematologii dziecięcej całkowity brak specjalistów i jednostek szkolących, w innych dziedzinach wskaźniki specjalistów do liczby mieszkańców niższe od zalecanych.

W kontekście zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad pracującymi bardzo potrzebni są lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie **medycyny pracy**.

Niekorzystny rozkład wiekowy lekarzy medycyny pracy w większości województw, gdzie ponad 50% stanowią lekarze powyżej 50 r. życia, w najbliższych latach może spowodować znaczne pogorszenia dostępności do świadczeń i realizacji zadań z zakresu medycyny pracy. Wg informacji konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny pracy, niedobory kadrowe

występują poza dużymi ośrodkami, w następujących województwach: dolnośląskie, śląskie, kujawsko-pomorskie, mazowieckie, łódzkie, wielkopolskie, lubuskie, świętokrzyskie.

Medycyna ratunkowa jest dziedziną rozwijającą się, której specjaliści powinni zabezpieczać Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) i Centra Powiadamiania Ratunkowego. Ograniczenia związane z prawidłowym funkcjonowaniem systemu (mimo opinii ekspertów WHO i Europejskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, iż system udzielania pomocy i świadczeń medycznych osobom w stanie zagrożenia życia jest jednym z najlepiej opracowanych i wdrożonych w krajach Unii Europejskiej) wynikają zdaniem konsultanta krajowego z braku zainteresowania realizacją tej specjalności przez lekarzy obawiających się o przyszłość tej dziedziny.

Niedofinansowanie działalności SOR, wyjazd ok. 10% specjalistów za granicę, ww. niepewność odnośnie przyszłości zawodowej specjalistów, a także zdaniem konsultanta krajowego dla prawidłowego funkcjonowania systemu, konieczność zatrudnienia minimum 3000 specjalistów, gdy dotychczas specjalizację w tej dziedzinie uzyskało 562 osoby, a duża część z nich nie pracuje w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, sprawi, iż uznanie specjalizacji za priorytetową może, choć w części poprawić ten stan.

Pediatria jest dziedziną medycyny skierowaną na pacjentów, którzy wymagają często dużo więcej opieki niż osoby dorosłe, a z uwagi na brak chętnych do podejmowania tej specjalizacji, mogących w nieodległej przyszłości być tej opieki pozbawionych.

Zdaniem konsultanta krajowego w tej dziedzinie, mimo zapotrzebowania na specjalistów i zbliżającą się lukę pokoleniową niekorzystna sytuacja wymaga pilnych działań, tym bardziej, że lekarze pierwszego kontaktu często nie radzą sobie z problemami zdrowotnymi dzieci. Także likwidacja łóżek i oddziałów dziecięcych nie tylko zaburza proces leczenia małych pacjentów, ale także zniechęca przyszłych potencjalnych specjalistów do ubiegania się o tę specjalizację tym bardziej, że jak informuje konsultant krajowy - w najbliższym czasie należałoby wykształcić ok. 500 lekarzy specjalistów zwiększając ich liczbę tak, aby w ciągu najbliższych 3-5 lat przybyło ok. 2000 specjalistów.

Neonatologia jest dziedziną medyczną, w której obserwuje się w ostatnich latach znaczny postęp. Konieczne jest dalsze doskonalenie systemu szkolenia oraz zapewnienie noworodkom z ryzykiem utraty życia intensywnej pomocy medycznej i interwencji chirurgicznej. Ujemny przyrost naturalny, jaki istnieje w Polsce, nakłada obowiązek ratowania każdego nowonarodzonego, a na ograniczenie liczby nieodwracalnych powikłań zdrowotnych, rzutujących na stan zdrowia przyszłych dorosłych, wszelkie działania naprawcze w najwcześniejszym okresie życia dla uniknięcia inwalidztwa mają swoje niepodważalne uzasadnienie. Należy zaznaczyć, że w ostatnich latach drastycznie zmniejszyła się liczba lekarzy chcących specjalizować się w dziedzinie neonatologii.

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu jest specjalnością, która również powinna zostać uznana za priorytetową. Ciągłe i gwałtownie narastająca liczba różnorodnych obrażeń ciała, w których to wypadkach ponad 95% pacjentów doznaje uszkodzeń narządu ruchu, nierzadko złożonych i wielomiejscowych, wymagających skomplikowanego i długotrwałego leczenia oraz gwałtowny ubytek lekarzy specjalistów oraz chętnych do specjalizowania się powoduje, że bardzo szybko maleje dostępność dla pacjentów do świadczeń z zakresu tej specjalności. Powoduje to ogromne niezadowolenie pacjentów, a także w przypadku obrażeń ciała czy postępujących deformacji u dzieci narażenie pacjentów na trwałe kalectwo w sytuacjach, gdzie w odpowiednim czasie udzielona pomoc specjalistyczna daje duże szanse na wyleczenie. Dodatkowo sytuację pogarsza zwiększająca się migracja lekarzy w tej dziedzinie.

Radiologia i diagnostyka obrazowa to specjalizacja, w której malejąca liczba lekarzy radiologów (szczególnie dobrze widoczna w małych ośrodkach) budzi niepokój i uzasadnione obawy, co do dalszego funkcjonowania wielu jednostek bez działów diagnostycznych. Brak wysoko wykwalifikowanej kadry lekarzy radiologów i techników radiologii jest jedną z głównych przeszkód w rozwoju badań profilaktycznych w naszym kraju. Na diagnostyce obrazowej opiera się większość wymienionych w projekcie specjalności medycznych i do ich rozwoju konieczne jest zapewnienie dobrze wykwalifikowanej kadry lekarzy radiologów i techników rtg.

Wymienione wyżej dziedziny medycyny proponuje się do dodania do wykazu ze względu na niedobory kadrowe i stale rosnące zapotrzebowanie na specjalistów w tych dziedzinach, a także z uwagi na wzrastającą migrację.

Zaszeregowanie ww. specjalności do kategorii priorytetowej pozwoli na zwiększenie miejsc specjalizacyjnych w ramach rezydentury i docelowe zwiększenie liczby specjalistów w tych dziedzinach.

W związku z powyższym minister właściwy do spraw zdrowia podjął decyzję o wydaniu nowego rozporządzenia w przedmiotowym zakresie uwzględniającego dotychczasowy stan prawny oraz niezbędne zmiany.

Wydanie powyższego rozporządzenia ma związek z nowelizacją ustawy z dnia 20 lutego 2009 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zakresie zróżnicowania wysokości wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystrów odbywających szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury.

Zgodnie z przepisem art. 5 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. Nr 68, poz. 449) w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość nadania aktowi normatywnemu wstecznej mocy obowiązującej, jeżeli zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie.

Przepisy rozporządzenia stosuje się od dnia 1 stycznia 2009 r., gdyż wydawane w zbliżonym czasie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystrów odbywających specjalizację w ramach rezydentury przewiduje zróżnicowanie wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystrów odbywających specjalizację w ramach rezydentury w zależności od wybranej dziedziny medycyny od dnia 1 stycznia 2009 r. Przepisy te nie naruszają powyższej zasady.

Zarówno lekarze, którzy odbywają specjalizację w dziedzinie uznanej za priorytetową (epidemiologia, geriatryka, medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia, rehabilitacja medyczna) - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. Nr 1, poz. 7), jak również lekarze, którzy odbywają specjalizację w dziedzinie priorytetowej wprowadzonej przedmiotowym rozporządzeniem będą objęci zróżnicowaniem wynagrodzenia od dnia 1 stycznia 2009 r..

Jednocześnie w związku z zapewnieniem środków na wynagrodzenia lekarzy rezydentów od dnia 1 stycznia 2009 r., przepisy w tym zakresie znajdą zastosowanie od tego dnia, również dla specjalności priorytetowych uwzględnionych w przedmiotowej nowelizacji.

Wysokość zarezerwowanych w planie finansowym Funduszu Pracy środków na rezydentury (402.983 tys. zł) pozwoliła na określenie zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego dla lekarza odbywającego specjalizację w dziedzinie medycyny, która nie została uznana za

priorytetową na poziomie 110% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok 2007 (w pierwszych dwóch latach rezydentury w wysokości 3170 zł) oraz 120% (po dwóch latach rezydentury w wysokości 3458 zł).

Dla potrzeb różnicowania wynagrodzeń przyjęto, iż mnożnik wynagrodzenia będzie większy o 15 punktów procentowych dla lekarza specjalizującego się w dziedzinie uznanej za priorytetową i wyniesie 125% w pierwszych dwóch latach oraz 135% po dwóch latach (i wyniesie odpowiednio 3602 zł i 3890 zł.).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) – zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja.

Lekarze, lekarze dentyści, jednostki prowadzące specjalizację dla lekarzy, lekarzy dentyistów w dziedzinach: anestezjologia i intensywne terapia, chirurgia onkologiczna, epidemiologia, geriatryka, ginekologia onkologiczna, kardiologia, medycyna pracy; medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, patomorfologia, pediatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

Wejście w życie projektu rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla jednostek sektora finansów publicznych bowiem w roku 2009 rezydentury są finansowane w ramach Funduszu Pracy.

3. Wpływ regulacji na warunki życia społecznego i gospodarczego w regionach.

Projektowane regulacje spowodują zwiększenie zainteresowania lekarzy w/w specjalnościami, a następnie zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w tych dziedzinach medycyny.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na rynek pracy, poprzez zwiększenie liczby specjalistów w w/w dziedzinach medycyny.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na konkurencyjność gospodarki, poprzez zwiększenie liczby specjalistów w w/w dziedzinach medycyny.

6. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Wejście w życie projektu rozporządzenia spowoduje pozytywne skutki w postaci zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych w w/w specjalnościach.

7. Konsultacje społeczne

Projekt rozporządzenia będzie skonsultowany m.in. przez Naczelną Izbę Lekarską, Radę Główną Szkolnictwa Wyższego, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Federację Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz konsultantów krajowych.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) – zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu



MINISTER CZŁONEK RADY MINISTRÓW
PRZEWODNICZĄCY STAŁEGO KOMITETU
RADY MINISTRÓW

MICHAŁ BONI

DKRM-142-392(2)/09

Departament Nauki i Szkoleniowej
Wysokości

2009-04-16

Znak sprawy.....5890.....
przekazano.....

Warszawa, 14 kwietnia 2009 r.

MT
S.P. [Signature]

SEKRETARIAT
PODSEKRETARZA STANU
Adama Fronczaka

2009-04-15

Nr rejestru pozycji.....3826.....

Pan
Adam FRONCZAK
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Adam Fronczak

[Handwritten signature]

w związku z otrzymanym przy piśmie z dnia 7 kwietnia 2009 r. (Nr MZ-NSK-842-7596-23/MT/09) projektem

rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe

oraz w nawiązaniu do § 11 ust. 1 uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221 z późn. zm.) uprzejmie informuję, iż zgodnie z § 10 ust 6 pkt 2 ww. Regulaminu wskazane jest uzupełnienie przedłożonej Oceny Skutków Regulacji o wyniki konsultacji społecznych. Ponadto, wskazane jest oszacowanie deficytu specjalistów w każdej z proponowanych, priorytetowych dziedzin medycyny, zakładanego wzrostu liczby specjalistów w tych dziedzinach oraz oszacowanie przyrostu wydatków związanych z poszerzeniem przedmiotowej listy dziedzin priorytetowych.

2
[Handwritten signature]