



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.052.015.2015

Warszawa, 5 maja 2016 r.

Pan
Jerzy Wyszumirski
Przewodniczący Zarządu Głównego
Związku Zawodowego Anestezjologów

Łamary Pani Przewodniczący

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 kwietnia 2016 r. i zawarte w nim pytania uprzejmie informuję, iż kontrola *Kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych* objęła 15 podmiotów, tj. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, sześć uczelni medycznych oraz siedem urzędów wojewódzkich.

W trakcie wspomnianej kontroli Najwyższa Izba Kontroli zajmowała się szerokim zakresem zagadnień dotyczących problematyki kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego kadr medycznych.

W zakresie polityki państwa dotyczącej kształcenia kadr medycznych, w tym określania zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, NIK zbadała:

- procedurę określania zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, urzędy wojewódzkie),
- działania w celu zahamowania emigracji wykształconych w kraju kadr medycznych (Ministerstwo Zdrowia) oraz
- prawidłowość finansowania kształcenia kadr medycznych oraz zapewnienia nadzoru nad uczelniami i kształceniem (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego).

W kwestii zapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia kadr medycznych, kontrolerzy NIK analizowali:

- czy zapewniono prawidłowe przeddyplomowe kształcenie kadr medycznych (Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego),
- czy systemy rekrutacyjne poszczególnych uczelni funkcjonowały prawidłowo (uczelnie medyczne),
- czy zapewniono zgodność procesu kształcenia z obowiązującymi standardami (uczelnie medyczne),
- czy zapewniono odpowiednią dostępność specjalizacji oraz prawidłowy nadzór wojewody nad stażem podyplomowym i kształceniem specjalizacyjnym (urzędy wojewódzkie).?

Kontrola potwierdziła, iż nie tylko w odniesieniu do specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii (czy też nowo tworzonej specjalizacji o nazwie intensywna terapia), ale także dla innych specjalizacji medycznych nie stworzono instrumentów umożliwiających skuteczne monitorowanie systemu kształcenia i określanie zapotrzebowania na specjalistów. Minister Zdrowia nie określił pożądanej liczebności kadry medycznej w odniesieniu do liczby mieszkańców. Nie był zatem w stanie ocenić, czy liczba specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia jest odpowiednia w stosunku do potrzeb i liczby świadczeniobiorców. Minister Zdrowia nie posiadał też narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji strategicznych dotyczących kształcenia lekarzy i innych pracowników medycznych. Nie funkcjonował bowiem System Monitorowania

Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), który miał zapewnić gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, a także na monitorowanie kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego pracowników medycznych oraz wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych.

W odniesieniu do nowej specjalizacji w dziedzinie intensywnej terapii, NIK zwróciła uwagę, iż na jej wprowadzenie, rozporządzeniem z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów¹, (niezależnie od dotychczas funkcjonującej specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii), wpływ miało stanowisko, zawierające wniosek o ustanowienie specjalizacji w dziedzinie intensywnej terapii, złożone w dniu 3 stycznia 2012 r. do projektu ww. rozporządzenia w ramach przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia uzgodnień zewnętrznych, przez Towarzystwo Internistów Polskich, w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie angiologii. Postulat utworzenia ww. specjalizacji został uzasadniony potrzebą integracji intensywnej terapii z innymi dziedzinami medycyny (m.in. interny, pulmonologii, toksykologii, nefrologii, pediatrii, neonatologii, neurologii), w celu poprawy jakości leczenia najcięższych chorych pacjentów oraz w związku z niedoborem lekarzy anestezjologów i malejącym odsetkiem stanowisk intensywnej terapii².

Wnioskujący o wprowadzenie specjalizacji z intensywnej terapii argumentowali, że lekarze anestezjolodzy są potrzebni przede wszystkim na salach operacyjnych, gdzie nikt ich nie zastąpi, oraz wskazywali, że obserwujemy ograniczony nabór na specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii w związku z niedostateczną liczbą chętnych do kształcenia się w tej dziedzinie. Specjalizacja z anestezjologii i intensywnej terapii trwa sześć lat, z czego cztery lata zajmuje szkolenie z technik znieczulania na sali operacyjnej, które są zbędne w pracy na oddziałach intensywnej terapii. Stworzenie oddzielnej specjalizacji z intensywnej terapii, zdaniem wnioskodawców, miało dać możliwość lekarzom interny i innych dziedzin podstawowych do uzyskania dodatkowej specjalizacji i umożliwić im uzyskanie stałego zatrudnienia na oddziałach intensywnej terapii.

Zbadanie przesłanek zawartych w argumentacji wnioskodawców było niemożliwe w trakcie kontroli prowadzonej jedynie w Ministerstwie Zdrowia (kontrola *Kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych* nie obejmowała bowiem podmiotów leczniczych). Jednak w toku kontroli podejmowanych w przyszłości, w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli zwróci uwagę na tę problematykę.

Z p. Wasilewski
DYREKTOR
Departament Zdrowia
Piotr Wasilewski

¹ Dz. U. Nr 23.

² W stanowisku podano, że w Polsce odsetek stanowisk intensywnej terapii wynosił około 1,5% wszystkich łóżek szpitalnych, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej przyjmuje się, że powinny one stanowić co najmniej 5% ogółu łóżek, przy czym nie mniej niż 4% „ostrych łóżek” w szpitalach lokalnych i do 10% w szpitalach akademickich.