

Specjalizacje-wystąpienie do Ministra Zdrowia

Jednym z najsilniej akcentowanych przez Samorząd zaniedbań władz publicznych w medycynie jest pozostawienie kształcenia podyplomowego Stomatologów poza zainteresowaniem i aktywną postawą państwa. Przez lata mówiono, że powodem małej liczby przyznawanych w stomatologii rezydentur jest brak miejsc akredytowanych do kształcenia specjalizacyjnego.

- Komentarz

  Jedynym racjonalnym powodem, dla którego placówki medycyny ogólnej zgłaszają się do akredytacji miejsc szkoleniowych, a placówki stomatologiczne robią to znacznie rzadziej, jest diametralmnie różna zawartość świadczen specjalistycznych w koszyku np. szpitala , a poradni stomatologicznej (nawet o profilu specjalistycznym). Mozliwość skonstruowania oferty dla NFZ na świadczenia specjalistyczne powoduje chęć kształcenia własnych specjalistów. Ponadto, samo przeprowadzanie szkolenia w oparciu o zakontraktowane świadczenia specjalistyczne jest łatwiejsze poza stomatologią, gdzie duża część procedur wymaganych do samodzielnego wykonania przez rezydenta musi być sfinansowana przez samego pacjenta.

Poniżej wystapienie NRL podsumowujące stan rozmów i konsultacji. Powodem jest zbliżający się koniec roku i wejście od 1 stycznia 2022r. nowego brzmienia art.16x ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ta zmiana powinna spowodować głęboka nowelizację rozporządzenia specjalizacyjnego. Samorząd postanowił uprzedzić prace legislacyjne składając swoje postulaty.

- Umiejętności

  Przystępując do (być może) redefinicji roli specjalizacji i lekarzy specjalistów w stomatologii nie można nie zauważyć obowiązujacego już przepisu umożliwiającego kształcenie w trybie umiejętności. Zdefiniowanie czym mają być umiejętności i jakie ich rodzaje sobie wyobrażamy, jest zadaniem, które trzeba wykonać niezwłocznie. I o tym też wspomina poniższe pismo.

Warszawa, 28.10.2021 r.

Sz. Pan

Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00 – 952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Przedstawiam stanowisko samorządu lekarskiego podsumowujące konsultacje prowadzone zarówno wewnątrz samorządu, jak i z gronem Konsultantów Krajowych w dziedzinach lekarsko-dentystycznych oraz przedstawicielami jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów.

W dniu 28 lipca 2021 r. wskutek wyrażonej apelami Naczelnej Rady Lekarskiej o przeprowadzenie debaty w tej sprawie, na zaproszenie Pana Ministra odbyło się spotkanie w siedzibie Ministerstwa , w trakcie którego staraliśmy się zidentyfikować najpoważniejsze przeszkody, jakie napotyka kształcenie specjalizacyjne stomatologów. Strona samorządowa zobowiązała się skonsultować zarysowane wstępnie w trakcie spotkania pomysły dróg wyjścia z tego wieloletniego już impasu.

I. Przebieg konsultacji

1. Konsultacje wewnątrz struktur samorządu lekarskiego (prowadzone w trybie ciągłym).
2. W dn. 28 lipca 2021 r. spotkanie w Ministerstwie Zdrowia.
3. Konsultacje (ankieta pisemna) z przedstawicielami jednostek szkolących.
4. W dn. 27 września 2021 r. w siedzibie NIL obyło się spotkanie z Konsultantami krajowymi w dziedzinach stomatologicznych.
5. W dn. 22 października 2021 r. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL, na którym wypracowano ostateczne wnioski w przedmiocie kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów.

II. Zgłoszone wnioski i uwagi

II.1 Liczba miejsc rezydenckich w stomatologii a potrzeby zdrowotne.

W trakcie spotkania w dn. 27 września 2021 r. z Konsultantami Krajowymi w dziedzinach stomatologicznych zaprezentowany został przez Konsultantów z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz ortodoncji pogląd o wystarczającej liczbie specjalistów w tych specjalnościach. Według zaprezentowanych opinii, można mówić o nierównomiernym rozmieszczeniu kadry specjalistycznej, niemniej liczba specjalistów w tych dwóch specjalnościach zdaniem Konsultantów zabezpiecza potrzeby zdrowotne.

Zagadnienie to jest kluczowe z punktu widzenia:

a. potrzeb całej dyskusji o wyjściu z impasu, w jakim znalazło się kształcenie specjalizacyjne stomatologów (zaprezentowana teza sugeruje brak konieczności podejmowania daleko idących zmian);

b. podstaw działania całej branży stomatologicznej – w kontekście omawianego w pkt. II.2 zastrzeżenia o braku uprawnień lekarzy nieposiadających specjalizacji do leczenia specjalistycznego. Zsumowane bowiem wnioski o z jednej strony wystarczającej liczbie specjalistów i rygorystycznym rozgraniczeniu kompetencji z drugiej strony, stawiałyby pod znakiem zapytania nie tylko sens ekonomiczny działalności ponad 30 tysięcy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ale i wyrażone w art.68 ust.1 Konstytucji RP prawo do ochrony zdrowia.

Będąc dysponentem rejestru lekarzy i lekarzy dentystów samorząd ma możliwość dokonywania różnorakich analiz. Poniżej zaprezentowane tabele obrazują liczebność grup specjalistów w 6 specjalnościach lekarsko-dentystycznych w rozbiciu na kategorie wiekowe.

Chirurgia stomatologiczna										
do 30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	pow. 70	
8	87	136	141	95	123	104	62	94	138	988
								232		23%
							294			30%
						398				40%

Ortodoncja										
do 30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	pow. 70	
17	75	130	88	109	234	223	135	102	173	1286
								275		21%
							410			32%
						633				49%

Periodontologia										
do 30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	pow. 70	
7	51	72	67	38	81	85	59	44	41	545
								85		16%
							144			26%
						229				42%

Protetyka stomatologiczna										
do 30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	pow. 70	
18	119	164	110	127	202	218	186	193	249	1586
								442		28%
							628			40%
						846				53%

Stomatologia dziecięca										
do 30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	pow. 70	
6	64	111	78	51	94	94	35	21	64	618
								85		14%
							120			19%
						214				35%

Stomatologia zachowawcza z endodoncją										
do 30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	pow. 70	
19	123	199	188	204	192	164	132	123	337	1681
								460		27%
							592			35%
						756				45%

Analiza danych z rejestru pod względem wieku lekarzy specjalistów jest o tyle istotna i

metodologicznie zasadna, że w latach sprzed reformy systemu opieki zdrowotnej, w ramach której nastąpiła prywatyzacja znacznej większości placówek branży stomatologicznej, kształcenie specjalizacyjne stomatologów miało bardziej powszechny charakter. Skutkiem tego, w rocznikach, które albo już są objęte wiekiem emerytalnym, albo w najbliższym czasie będą, reprezentacja grupy specjalistów jest znacząco wyższa. Oznacza to lukę pokoleniową, która (wobec zmniejszonej aktywności zawodowej lekarzy w wieku okołoemerytalnym) już jest wyraźnie widoczna.
Nie można więc -zdaniem samorządu lekarskiego- posługiwać się prostymi porównaniami np. z liczbą specjalistów na 100 tys. mieszkańców występującą w krajach o innej organizacji systemu opieki zdrowotnej. Potrzeby zdrowotne obywateli rosną w każdej dziedzinie medycyny. W stomatologii, wysyp nowych technologii zmusza wręcz do pogłębionej weryfikacji ich przydatności, do rzetelnego kształcenia w celu upowszechnienia postępu wynikającego z najnowszych badań. Niezasadne więc jest, zważywszy na rosnące potrzeby zdrowotne kontynuowanie obecnej organizacji kształcenia podyplomowego.

II.2 Zgłoszone zastrzeżenie co do zakresu uprawnień zawodowych lekarzy nieposiadających specjalizacji.

W trakcie wspomnianego spotkania z Konsultantami Krajowymi zaprezentowana została przez Konsultanta Krajowego z dziedziny ortodoncji, Panią prof. dr hab. Beatę Kawalę opinia o niedopuszczalności podejmowania się leczenia ortodontycznego (poza profilaktyką ortodontyczną) przez lekarzy dentystów nieposiadajacych specjalizacji włącznie ze stwierdzeniem, iż czyn taki jest w świetle prawa przestępstwem. Jest to zagadnienie, które musi być wyjaśnione. Nie sposób bowiem dyskutować o systemie specjalizacji bez wyjaśnienia warunków pracy w zawodzie w przypadku jej nieposiadania.
Zwróciliśmy się do Pani Profesor o przesłanie opinii prawnej będącej podstawą tego twierdzenia. W dniu 21 października br. nadesłana została kopia prezentacji Pani prof .dr hab. med. Joanny Lis. Nie jest to opinia prawna, charakter zaprezentowanych tam uogólnień budzi sprzeciw, co do uznania dużej części tez prezentacji za zgodnych z obowiązującym prawem. Dla zachowania zwartości i tak obszernego niniejszego wystąpienia, polemika z zaprezentowanymi nam tezami zawarta zostanie w odrębnym piśmie.[odrebne pismo] Niemniej zagadnienie to, a raczej istnienie konsensusu w tej sprawie uważane jest przez NRL za podstawę dyskusji w sprawie szkolenia specjalizacyjnego. Naczelna Rada Lekarska ma oczywiście wyrobiony pogląd na zakres uprawnień lekarzy i lekarzy dentystów, ale w tej sprawie niezbędny jest pomiędzy wszystkimi uczestnikami dyskusji konsensus. Kwestia ta rzutuje na ocenę należytej staranności w leczeniu, często bywa przedmiotem opinii sądowo-lekarskich. Zastrzeżenie zostało zgłoszone przez osobę o dużym autorytecie zawodowym, również pełniącą ważne stanowisko publiczne, stąd można zakładać, że nie jest to pogląd odosobniony.

III. Specjalności i umiejętności dostępne dla lekarzy dentystów

III.1 Umiejętności.

W przedłożeniu rządowym, zawartym w druku sejmowym nr 172 ze stycznia 2020 r. odnaleźć można projekt rozporządzenia wykonawczego do art.17 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wynika z niego, że wg Ministerstwa Zdrowia katalog umiejętności podzielony byłby na te, które dostępne byłyby dla wszystkich lekarzy, oraz te, które dostępne byłyby dla lekarzy posiadających określone (jedną lub więcej) specjalizację. **Naczelna Rada Lekarska postulować będzie wpisanie do tego katalogu umiejętności z radiologii stomatologicznej** jako dostępnej dla wszystkich lekarzy dentystów.
Sama potrzeba sformalizowania szkolenia rozwijającego kompetencje lekarzy dentystów, dostępnego bez żadnych wstępnych warunków nie jest obecnie przedmiotem sporu czy kontrowersji. Dyskusja w tej sprawie sprowadza się do odpowiedzi na pytanie czy miałaby to być

umiejętność, czy specjalizacja. Przedstawione nam na spotkaniu w dniu 27 września br. wspólne stanowisko Konsultantów Krajowych w dziedzinach lekarsko-dentystycznych przewiduje powołanie nowej specjalności lekarsko-dentystycznej „radiologia stomatologiczna" i prowadzenie w tej specjalności szkolenia specjalizacyjnego zakończonego PES i zdobyciem specjalizacji w tej dziedzinie. Formułowany, więc niniejszym wystąpieniem postulat ustanowienia umiejętności w tym zakresie wymaga szerszego omówienia. Naczelna Rada Lekarska, po wnikliwym omówieniu sprawy przez Komisję Stomatologiczną NRL czuje się w obowiązku zwrócić uwagę, iż szkolenie prowadzone w formie specjalizacji napotka od razu na podstawową przeszkodę jego popularyzacji w postaci znikomej liczby miejsc akredytowanych. Niezwykle potrzebne i wyczekiwane posunięcie, w zamyśle swym ułatwiające zdobywanie kompetencji w tak zasadniczej dziedzinie dla diagnostyki stomatologicznej, niejako już na starcie skazane zostanie na marginalizację. Szkolenie specjalizacyjne jest w wysokim stopniu sformalizowane. Jest dużym wyzwaniem zarówno dla jednostki szkolącej, jak i lekarza odbywającego szkolenie. Tymczasem istnieje naprawdę pilna potrzeba upowszechnienia szkolenia z dziedziny radiologii i wszelkie czynniki utrudniające jego prowadzenie, czy zniechęcające do jego podjęcia powinny być eliminowane. Trudno nie dostrzec oczywiście problemu statusu pracowników jednostek akademickich, którzy nie mają jako lekarze dentyści uprawnień do podjęcia specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej, z drugiej strony konsultują wyniki skomplikowanych badań nie mogąc opatrzyć ich podpisem ze wskazaniem specjalizacji bezpośrednio świadczącej o posiadanych kompetencjach. Odnotować należy pojawienie się w dyskusji publicznej trzeciej opcji, tzn. powołania zarówno nowej specjalności jak i umiejętności z zakresu radiologii, różnych zakresowo na tyle, aby oddalić ewentualny zarzut, iż programy obu form szkoleń pokrywają się. Niezależnie od przyjętego ostatecznie rozwiązania, istnienie umiejętności pozwalającej na zdobywanie kompetencji w dziedzinie obrazowania w stomatologii jest dla Naczelnej Rady Lekarskiej zagadnieniem pierwszoplanowym.

III.2 Naczelna Rada Lekarska opowiada się za udostępnieniem dla lekarzy dentystów możliwości specjalizowania się w mikrobiologii lekarskiej.

IV. Postępowanie kwalifikacyjne

IV.1 Stwarzanie warunków do tworzenia miejsc akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego.

Problem podnoszony był z całą ostrością podczas dyskusji nad założeniami do ostatniej dużej nowelizacji ustawy. Wysokość wynagrodzeń kierowników specjalizacji, warunki finansowe umów zawieranych z MZ, oraz cały szereg uwarunkowań, o których mowa będzie w pkt.V - wszystko to składa się na „atrakcyjność" przedsięwzięcia, jakim jest podjęcie się prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w liczbie zgłaszających się do akredytacji podmiotów. Sytuacja stomatologii jest zupełnie nieprzystająca do ogółu uwarunkowań występujących w specjalnościach lekarskich. Naczelna Rada Lekarska w swoich stanowiskach i apelach przekazywanych Ministrowi Zdrowia podkreślała, że na środowisko stomatologiczne nie może być przerzucana odpowiedzialność za zbyt niską liczbę miejsc akredytowanych. Ani zbiorowość lekarzy dentystów, ani samorząd lekarski jako jej reprezentacja nie mają żadnych narzędzi do stymulowania wzrostu liczby tych miejsc.

Powodem znaczącej dysproporcji pomiędzy dostępnością miejsc do szkolenia w specjalnościach lekarskich i lekarsko-dentystycznych jest z jednej strony brak w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego odpowiedniej liczby świadczeń specjalistycznych, a z drugiej niskie nakłady NFZ na świadczenia stomatologiczne, co w konsekwencji oznacza również niską dostępność do procedur specjalistycznych w stomatologii. Wskazane czynniki powodują, że dla placówki stomatologicznej szkolenie specjalizacyjne jest kosztem nierównoważonym perspektywą zawarcia korzystnej umowy z NFZ o udzielanie świadczeń

specjalistycznych.

IV.1.1 Uwolnienie naboru na szkolenie w trybie pozarezydenckim spod regulacji.

Na spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia, jakie odbyło się w dniu 28 lipca br. dyskutowana była wstępnie kwestia umożliwienia podmiotom akredytowanym do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach lekarsko-dentystycznych zgłaszania Ministerstwu Zdrowia osób mających odbywać w tym podmiocie szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim. Szkolenie takie pod względem kształtu relacji podmiotu szkolącego z osobą szkolącą się pozostawałoby wyłączną kwestią ich dwustronnych ustaleń. Liczba zgłoszonych osób musiałaby być równa liczbie miejsc udostępnionych na potrzeby postępowania kwalifikacyjnego. Swoista proporcja 1:1 byłaby z pewnością znaczącą zachętą dla podmiotów akredytowanych. Co więcej, mogłaby stanowić podstawę budowy swego rodzaju „rynku podmiotów szkolących" , a nade wszystko powrotem do postulowanej niezmiennie przez samorząd lekarski relacji „uczeń- mistrz". Samorząd lekarski podtrzymuje zgłoszoną podczas rozmów powyższą propozycję.

IV.1.2 Zatrudnianie lekarzy w praktykach.

Zakończone w lipcu 2020 r. prace w Sejmie i Senacie skończyły się odrzuceniem poprawki Senatu w kwestii nowelizacji art.53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przypomnieć należy, że mocnym uzasadnieniem proponowanej przez samorząd lekarski zmiany jest właśnie przystosowanie praktyk lekarzy specjalistów do możliwości przyjęcia (niekoniecznie jako stała, wieloletnia dostępność miejsca stażowego) lekarza dentysty celem odbycia np. stażu cząstkowego. Infrastruktura praktyki musi być już do tego przystosowana. To zapewnić może tylko odpowiednia wielkość praktyki jako przedsiębiorstwa. Stąd ograniczone prawo do zatrudniania lekarza-asystenta praktyki wydaje się być znakomitym czynnikiem ułatwiającym pozyskiwanie placówek jako miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. W trakcie debat parlamentarnych strona rządowa opowiadała się za niewprowadzaniem tej zmiany bez koniecznych zmian wynikających z prawa spółek handlowych i deklarowała podjęcie tych prac. Należy bezwzględnie podjąć te prace.

IV.2 Rozpoczynanie szkolenia specjalizacyjnego

W dyskusji środowiskowej przewijał się też motyw optymalnego okresu, jaki powinien dzielić zakończenie stażu podyplomowego od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej nie znalazła wystarczających powodów do wysunięcia postulatu wprowadzenia specjalnego okresu pomiędzy zakończeniem stażu podyplomowego a momentem rozpoczęcia specjalizacji. Niemniej zważyć należy, że w grupie osób mających kontakt bądź ze studentami ostatnich lat studiów, jak też ze stażystami pogląd o konieczności zachowania niezbędnego okresu pracy w zawodzie po stażu był częściej reprezentowany. Aspekt ten poruszamy szczególnie w kontekście projektu likwidacji stażu podyplomowego. W razie przyjęcia takiego rozwiązania, (którego samorząd nie może pozytywnie zaopiniować) za niezbędne trzeba będzie uznać wprowadzenie minimalnego okresu (1 rok - 2 lat) pracy w zawodzie lekarza dentysty, jaki uprawniał będzie do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Należy również dodać że likwidacja stażu podyplomowego w stomatologii powinna na nowo otworzyć dyskusję o przywróceniu specjalizacji I stopnia, dedykowanej lekarzom dentystom ogólnie praktykującym.

Punktem wyjścia wszelkich rozważań dotyczących kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów jest wyraźnie sformowany postulat, aby nasza grupa zawodowa mogła cieszyć się takimi samymi proporcjonalnie nakładami na szkolenie podyplomowe co grupa lekarzy. Winno to materializować się poprzez rezerwowanie proporcjonalnych do liczebności lekarzy dentystów środków z funduszu przeznaczanego na szkolenie specjalizacyjne. Niewykorzystane na szkolenie specjalizacyjne fundusze mogłyby zostać przeznaczone np. na szkolenie specjalizacyjne pierwszego stopnia, których organizacji mógłby się podjąć samorząd lekarski.

IV.3 Preferencje w postępowaniu kwalifikacyjnym

IV.3.1 Posiadane specjalizacje.

Szeroko podnoszonym postulatem jest likwidacja w postępowaniu kwalifikacyjnym punktów za już posiadane stopnie specjalizacyjne. Jest to preferencja niemająca większego uzasadnienia. Przy tak znaczącym deficycie miejsc specjalizacyjnych, w pierwszej kolejności nakłady powinny pójść na refundację szkolenia w ramach pierwszej specjalizacji.

IV.3.2 Lekarze dentyści posiadający stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Bardzo wnikliwej analizie poddano przepis art.. 16 x pkt. 18 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewidujący możliwość uznania dorobku zawodowego i naukowego lekarza dentysty posiadającego stopień naukowy doktora nauk medycznych za równoważny z odbyciem szkolenia specjalizacyjnego. Zasady prawidłowej legislacji nakazują poszukiwanie źródłowego przepisu (regulującego choćby to, czy preferencja ta dotyczy również ominięcia postępowania kwalifikacyjnego, jak i kwestię który podmiot uprawniony będzie do podjęcia takiej decyzji, po przeprowadzeniu postępowania w trybie określonym w rozporządzeniu specjalizacyjnym). Niestety, w przepisach ustawy obecnie funkcjonujących, jak i mających wejść dopiero w życie przepisach nie ma przepisu normującego możliwość uznania dorobku zawodowego i naukowego osoby posiadającej stopień doktora nauk medycznych za równoważne z odbyciem specjalizacji lekarsko-dentystycznej. Niezależnie od tego, sama ta możliwość wzbudza liczne kontrowersje. Stopień doktora nauk medycznych lekarz dentysta może otrzymać za pracę niekoniecznie dotyczącą zagadnień klinicznych. Stopień ten nadawany jest również na podstawie np. rozprawy z historii medycyny. Konsultanci Krajowi w uzgodnionym przez siebie stanowisku postulują, aby podstawowym, określonym w rozporządzeniu specjalizacyjnym kryterium skorzystania z tej ścieżki było uprzednie zatrudnienie przez okres co najmniej 5 lat w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne. Samorząd lekarski nie może zgodzić się z postulatem zawarcia w rozporządzeniu takiego kryterium, które automatycznie ograniczy krąg adresatów tej regulacji do pracowników jednostek akademickich. Gdyby ten ustawowy przepis miał w ogóle być w rozporządzeniu precyzowany, nie mógłby tak znacząco i drastycznie ograniczać kręgu beneficjentów tej możliwości. Komisja Stomatologiczna NRL stoi na stanowisku o braku konieczności funkcjonowania w ogóle takiej „skróconej ścieżki”. Pomijając trudności w obiektywnej ocenie dorobku zawodowego i naukowego zważyć należy, że posiadanie stopnia naukowego jest już w tej chwili premiowane dodatkową punktacją w postępowaniu kwalifikacyjnym. Naczelna Rada Lekarska postulować będzie nierozwijane tego zagadnienia w rozporządzeniu specjalizacyjnym.

V. Odbywanie szkolenia specjalizacyjnego

V.1 Możliwość realizowania programu szkolenia na bazie świadczeń gwarantowanych.
W zgodnej opinii przedstawicieli większości konsultowanych placówek prowadzących szkolenie specjalizacyjne podstawowym narzędziem ułatwiającym prowadzenie szkolenia byłoby nadanie procedurom wymaganym programem staży statusu świadczeń gwarantowanych, oczywiście z zastrzeżenie, że ze statusu takiego korzystałyby świadczenia udzielane przez osoby odbywające szkolenie specjalizacyjne i w ramach tego szkolenia. W programach różnych specjalizacji potrzeba powyższej zmiany występuje z różnym nasileniem. Najmniejszy udział świadczeń gwarantowanych w programach staży występuje w ortodoncji i protetyce stomatologicznej. Wydaje się jednak, że na tle ogólnego budżetu NFZ koszt tych dodatkowych świadczeń nie powinien być pozycją znaczącą. Stan obecny wymusza prowadzenie programu szkoleniowego w znaczącej części na bazie świadczeń komercyjnych. Jest to poważne utrudnienie, gdyż specyfiką rynku stomatologicznego jest jego duża konkurencyjność. Procedury będące zasadniczą częścią szkolenia specjalizacyjnego są obarczone kosztem pokrywanym przez pacjenta, który z kolei płacąc za specjalistyczne świadczenie spodziewa się, że będzie miał je udzielone przez specjalistę. Jest to jeden z poważniejszych powodów niepodejmowania się przez podmioty roli jednostki akredytowanej.

V.2 Brak elastyczności w odblokowywaniu zajętych miejsc rezydenckich.
Problemem wymagającym rozwiązania jest z pewnością brak elastyczności w odblokowywaniu zajętych miejsc rezydenckich, w przypadku których szkolenie ulega na dłuższy czas zawieszeniu, najczęściej z powodu urlopu macierzyńskiego, czy wychowawczego lekarki. Przerwy te są na tyle długie, że w istotny sposób wpływają na płynność szkolenia.

V.3 Powiększenie pakietu świadczeń wynikające z konieczności refundacji rzeczywistych kosztów szkolenia.
Finansowanie szkolenia powinno obejmować podwyższone wynagrodzenie dla kierowników specjalizacji i staży kierunkowych, ale również koszty:

a. comiesięcznej obsługi kadrowo- płacowej i administracyjnej rezydenta oraz obsługi programu specjalizacji przez administratora, kierownika podmiotu, jak też comiesięcznej obsługi administracyjnej procesu szkolenia , w zryczałtowanej wysokości 5% wynagrodzenia brutto w odniesieniu do rezydenta;
b. wypełniania przez podmiot wymogów Bezpieczeństwa i Higieny Pracy i udokumentowane fakturą pracownicze badania lekarskie wstępne i okresowe, jak również koszty szkoleń BHP, odzieży ochronnej i środków ochrony osobistej
c. wzrostu składki z tytułu ubezpieczenia działalności leczniczej;
d. wzrostu wydatków rzeczowych wynikający z udzielania świadczeń przez lekarzy odbywających szkolenie;
e. składki, jakie podmiot zobowiązany jest odprowadzać na rzecz Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych, jeżeli dotyczy;
f. urlopów szkoleniowych; podróży służbowych związanych ze szkoleniem, noclegów, diet
g. pokrycia zobowiązań podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do przekazania środków na wynagrodzenie lekarzy odbywających staż kierunkowy poza tym podmiotem,

h. Funduszu pracy odprowadzanego do ZUS (ze stawki 2,45% Ministerstwo refunduje tylko 1%;
i. uczestnictwa rezydentów w Pracowniczych planach kapitałowych
j. ekwiwalentów za urlopy wypoczynkowe wynikające ze stosunku pracy, kiedy rezydent jest na urlopie macierzyńskim i wychowawczym

z poważaniem,

Andrzej Cisło
wiceprezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

[odrebne pismo]

- W piśmie tym, które do wiadomości otrzymał zarówno Minister Zdrowia, jak i Konsultanci Krajowi przedstawione zostało....

stanowisko Komsiji Stomatologicznej NRL i Zespołu RadcówPrawnych NIL. Jak czytamy w piśmie do MZ, komentowanezastrzeżenia oparte są nie o opinię prawną , a o prezentacjęwygłoszoną podczas jednej z konferencji Polskiego TowarzystwaOrtodontycznego. Prezentacja stawia tezę o nie tylkoniedopuszczalności leczenia ortodontycznego przez niespecjalistów,ale wręcz o przestepczym charakterze takiej czynności. StanowiskoNIL mocno akcentuje, że waga rzetelnego wykształceniaspecjalistycznego nie podlega dyskusji, niemniej z samego faktubraku stopnia specjalizacyjnego nie można wysnuwać wniosku obraku odpowiednich umiejętności i że ocena taka musi byc wkażdym przypadku zindywidualizowana i uwzględniać całokształt okoliczności faktycznych. Przestępstwo z art. 58 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dotyczy sytuacji udzielania świadczeń przez osobę, która nie posiada uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób i ich leczeniu, tzn. nie posiada prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty Stanowisko podkreśla dalej, że postawienie granicy czynu zabronionego w sposób zaproponowany w prezentacji miałoby niekorzystny wpływ na ogromną liczbę postępowań zarówno przed sądami lekarskimi, jak i powszechnymi i to w sprawach dotyczących zarówno lekarzy, jak i lekarzy dentystów.