

Szczecin, marzec 2015r.

**Raport pt. „Demografia oraz sytuacja społeczno-ekonomiczna chirurgów w Polsce”**

Prof. dr hab. n. med. Józef Kładny: Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Chirurgów, Komisja ds. Socjalno-Zawodowych Towarzystwa Chirurgów Polskich

Współautorzy: Andrzej Gorzka, Jacek Kargul

Niniejsze opracowanie dotyczy następujących tematów:

1. Demografia chirurgów ogólnych w Polsce – stan aktualny
2. Standard kadrowego zabezpieczenia funkcjonowania Oddziału Chirurgii Ogólnej
3. Stabilność i przewidywalność warunków pracy, bezpieczeństwo finansowe

**Ad. 1. Demografia chirurgów ogólnych w Polsce – stan aktualny**

Od lat obserwujemy braki kadrowe wśród różnych grup lekarzy, przy czym nasza wiedza o liczbie lekarzy oparta jest na danych pozyskiwanych z Okręgowych i Naczelnej Rady Lekarskiej. Z racji zwięzłości tego opracowania nie będę zajmował się historią moich dociekań w tym obszarze, a sięga ona 2004 roku kiedy po raz pierwszy udowodniłem, iż w naszym regionie czynnych zawodowo jest tylko ok. 1/3 chirurgów spośród liczb, które oficjalnie publikowane były przez OIL.

Najnowsze publikowane statystyki na stronach NRL z 30.09.2014 roku wskazują, iż w Polsce wszystkich zarejestrowanych chirurgów ogólnych jest 9674, a czynnych zawodowo jest 8923. Inne źródło, nie mniej poważne gdyż opracowuje wszelkie dane statystyczne dla wszystkich krajów UE czyli EUROSTAT, publikuje na swoich stronach internetowych dane zweryfikowane 27.07.2014r z których wynika, że w Polsce w 2010 roku chirurgów ogólnych było 5651, a w 2011 roku (późniejszych danych brak) 5697. Zatem różnica sięga niemal 40%. Mając to na względzie postanowiliśmy zachęcić wszystkich przewodniczących oddziałów terenowych Towarzystwa Chirurgów Polskich i konsultantów wojewódzkich z zakresu chirurgii ogólnej aby mimo, obowiązywania ustawy o danych osobowych doprowadzili do zinwentaryzowania wszystkich chirurgów czynnych zawodowo w klinikach i oddziałach chirurgicznych kraju. Po różnych perturbacjach udało się ten temat zamknąć w styczniu b.r. Okazało się iż czynnych zawodowo mamy 3829 chirurgów. W tej grupie jest: chirurgów do 40 r.ż. – 893(23%), 41-50 r.ż. – 1031 (27%), 51-60 r.ż.- 1282 (34%) i powyżej 60 r.ż.- 623 (16%). Zatem 50% chirurgów ma powyżej 51 r.ż., a najmłodsza grupa do 40 r.ż to tylko 23% co oznacza, że w najbliższych latach obecny już kryzys kadrowy tylko się pogłębi. W tabeli nr. 1 podana jest liczba aktualnie czynnych zawodowo chirurgów ogólnych w różnych kategoriach wiekowych.

Tab. 1. Liczba czynnych zawodowo chirurgów w poszczególnych województwach. Grudzień 2014rok

Województwo	>=61	51-60	41-50	=<40	Razem	Razem
Dolnośląskie	61	96	61	39	257	257
Kujawsko-Pomorskie	53	68	50	63	234	234
Lubelskie	50	103	83	62	298	298
Lubuskie	25	37	33	19	114	114
Łódzkie	16	54	40	64	174	174
Małopolskie	57	107	102	79	345	345
Mazowieckie	64	145	104	72	385	385
Opolskie	22	33	31	27	113	113
Podkarpackie	9	46	42	23	120	120
Podlaskie	61	96	61	39	257	257
Pomorskie	11	43	43	55	152	152
Śląskie	65	226	160	160	611	611
Świętokrzyskie	20	38	41	42	141	141
Warmińsko-Mazurskie	38	37	40	13	128	128
Wielkopolskie	45	98	97	108	348	348
Zachodniopomorskie	26	55	43	28	152	152

RAZEM	623	1282	1031	893	3829	3829
-------	-----	------	------	-----	------	------

Oczywiście niniejsza statystyka jest obciążona trudnym do oszacowania błędem, gdyż nie ujęto chirurgów zatrudnionych w jednostkach tylko prywatnych, jak też raczej niedużą grupę chirurgów zatrudnionych tylko w poradniach. Ten błąd dotyczy głównie bardzo dużych aglomeracji. W województwie zachodniopomorskim w tym zakresie błąd jest bliski zeru gdyż, tylko kilku chirurgów pracuje wyłącznie w ambulatoriach i prawie wszyscy pracujący gdzieś w jednostkach komercyjnych są ujęci w naszym opracowaniu gdyż oddziały lub kliniki są ich podstawowym miejscem pracy.

Niniejsze opracowanie dotyczące demografii nasuwa pytanie, w jakich warunkach i w oparciu o jakie zasoby osobowe pracują w chwili obecnej oddziały chirurgiczne w Polsce, oraz jakie ma lub może mieć to konsekwencje jeśli chodzi o bezpieczeństwo zarówno pacjentów jak i leczących ich lekarzy chirurgów. Aby odpowiedzieć na to pytanie opracowaliśmy w sposób niezwykle czytelny standardy minimalnego kadrowego zabezpieczenia funkcjonowania oddziału chirurgii ogólnej.

## **Ad 2. Standardy minimalnego kadrowego zabezpieczenia funkcjonowania oddziału chirurgii ogólnej**

Na podstawie wieloletniego doświadczenia w zakresie pracy w oddziale i zarządzaniu, opracowaliśmy minimalny standard personalny modelowego oddziału chirurgii ogólnej, jako podstawy jakichkolwiek działań naprawczych. W przeciwieństwie do innych specjalności, a tak naprawdę jedynie anestezjologii i szpitalnych oddziałów ratunkowych, żaden przepis tego nie reguluje w chwili obecnej. Przyjęliśmy głęboko umocowane w praktyce niezbędne potrzeby, jak i wskaźniki statystyczne, które z jednej strony zapewnić mają bezpieczeństwo leczonego pacjenta, możliwość stosowania nowoczesnych metod leczenia przy ich uzasadnieniu ekonomicznym, racjonalne wykorzystanie środków finansowych (rentowność oddziału), właściwe wykorzystanie deficytowej kadry lekarskiej i bezpieczeństwo pracy chirurga.

Założenia modelowego oddziału chirurgicznego to:

### **30-40 łóżkowy oddział chirurgii ogólnej działający w systemie całodobowym.**

- Wskaźnik operacyjności oddziału nie może być niższy niż **70%**, czyli 909-1293 operacje rocznie.
- Średni czas zabiegu operacyjnego z przygotowaniem, znieczuleniem, wykonaniem opatrunków i opisem zabiegu przyjęto 2 godziny.
- Pełne wykorzystanie oddziału 30-40 łóżkowego (obłożenie 100%) to **10.950 – 14.600 osobodni**.
- Przy średnim czasie pobytu pacjenta w granicach 5 dni i założeniu obłożenia łóżek na poziomie 75% w oddziale w ciągu roku leczonych powinno być **1.642 – 2.190 pacjentów/rok**, czyli każdego dnia 22,5 – 30 pacjentów w oddziale.
- Wypisów i przyjęć każdego dnia powinno być 6,7 – 8,9 każdego dnia roboczego.
- Czas niezbędny na przygotowanie wypisu, zaleceń, ustalenie dalszego leczenia przyjęto jako 0,5 godziny/pacjenta

- Czas niezbędny na codzienną ordynację, planowanie i analiza badań, kwalifikacja, zmiana opatrunków, ordynacja leków, dokumentacja etc. przyjęto 0,5 godziny/pacjenta
- Jako minimalną obsadę dyżurową przyjęto 1 chirurg stacjonarnie 24 godziny, oraz 1 chirurg w gotowości „pod telefonem“
- Jako minimalną obsadę operacyjną przyjęto dwuosobowy zespół zabiegowy (mamy świadomość, że taki skład praktycznie eliminuje naukę zawodu, gdyż 3 osoba to zwykle był szkolący się kandydat na chirurga) .
- Przy praktycznym wykorzystaniu powyższych założeń otrzymujemy minimalny czas pracy chirurgów niezbędny do zabezpieczenia ciągłej bieżącej pracy modelowego oddziału chirurgicznego, który w układzie tygodniowym daje nam **563,25 godzin**.
- Ze standardu wyłączono obsadę przyszpitalnej poradni chirurgicznej.
- W standardzie nie ujęto żadnych obciążeń z tytułu prowadzenia szkolenia, czy dydaktyki

Poniżej takich minimalnych założeń nie możemy czegoś nazywać oddziałem chirurgii ogólnej. Jeśli potrzeby wskazują na konieczność istnienia większego oddziału normy nie polegają na prostym ilorazie, ale na racjonalnym planowaniu.

Taki oddział przy założeniu że zostanie zakontraktowany na planowanym poziomie wykorzystania łóżek przy średniej wycenie procedur w oddziale chirurgii ogólnej na poziomie 55 punktów/pacjenta daje wartość finansową kontraktu rocznego na poziomie: **55x52złx1.642 (2.190)= 4.696.120 zł (6.263.400 zł)**, co z kolei warunkuje jego potencjalną rentowność, możliwość ekonomicznie uzasadnionego zastosowania nowoczesnych metod leczenia i satysfakcjonujący poziom wynagrodzenia personelu.

Przy usankcjonowaniu tego modelu jako podstawowego wzorca możliwe jest wyliczenie minimalnych norm zatrudnienia:

- Przy zachowaniu norm czasu pracy Dyrektywy nr 44 do minimalnego zabezpieczenia personalnego modelowego oddziału potrzebujemy  $563,25h:38h = 14,82$  etatu specjalisty chirurga !!!!
- W przypadku wydłużenia czasu pracy do 48 godzin tygodniowo **563,25h: 48h = min. 11,73 etatu specjalisty chirurga.**
- Przy zastosowaniu klauzuli „opt-out” wyłącznie za zgodą pracownika czas może być wydłużony ponad 48 godzin tygodniowo, ale nie więcej niż 78 godzin i nie dłużej niż przez 4 miesiące, ale tak naprawdę nie więcej niż 56 godzin co daje **563,25h: 56h = 10,06 etatu**

Dzisiejsze warunki pracy na umowach cywilno-prawnych, które w żaden sposób nie regulują czasu pracy (tzw. zadaniowe) teoretycznie pozwalają na wykonywanie zawodu przez 24 godziny/dobę i przez 365 dni w roku. To oczywiście teoria, gdzie rzekomo sam chirurg decyduje ile godzin tygodniowo pracuje, czyli w zachodniopomorskim 272 godziny stacjonarnie w miesiącu i 144 godziny w tzw. gotowości. Obowiązek i poczucie odpowiedzialności za pacjentów nie pozwala ich pozostawić bez ciągłości opieki, a zatem w większości przypadków chirurg nie chce ale z braku kadry musi pracować w tym wymiarze godzin.

Wariant minimalny, daleki od przepisów Dyrektywy, zapewniający w miarę bezpieczne funkcjonowanie oddziału dla chirurga i jego pacjenta przy zatrudnieniu kontraktowym to:

<b>Ordynator</b>	<b>1</b>
<b>Operatorzy</b>	<b>2-3</b>

<b>Lekarz dyżurny</b>	<b>1</b>
<b>Lekarze prowadzący</b>	<b>2-2,5</b>

**Razem 6-7,5 w każdym roboczym dniu pracy w godzinach podstawowej ordynacji.**

**Tylko taki poziom zatrudnienia stałego może być podstawą do zakontraktowania oddziału chirurgicznego przez NFZ.**

Dla uniknięcia, a właściwie minimalizacji kryzysu kadrowego w chirurgii ogólnej już dziś konieczne jest planowanie kształcenia minimum 3 lekarzy w każdym modelowym oddziale zanim znikną z rynku pracy specjaliści, którzy jeszcze mogą wykształcić nową kadrę. Wymaga to kolejnych działań organizacyjnych już na szczeblu Ministerstwa Zdrowia w zakresie zmiany systemu kształcenia i zwiększenia ilości rezydentur w chirurgii ogólnej.

Już dziś wiemy, że w województwie zachodniopomorskim z braku kadry w najbliższych 5 latach zniknie z mapy 4-5 oddziałów chirurgii ogólnej i prawdopodobnie tego procesu nie da się zatrzymać. Zwłoka w działaniu spowoduje zamknięcie kolejnych, które również z powodu kryzysu kadrowego nie będą w stanie przejąć obowiązków po zlikwidowanych. Trzeba jednak pamiętać, iż specjalność chirurgia ogólna jest specjalnością podstawową i jej załamanie będzie głęboko odczuwalne dla każdego obywatela i pacjenta. Analiza ankietowa w oddziałach chirurgicznych województwa zachodniopomorskiego wykazała, iż praktycznie nie ma ani jednego oddziału zatrudniającego więcej niż 6 chirurgów, a w kilku oddziałach pracuje poniżej 3 lekarzy! Co prawda wystarczy to na zakontraktowanie przez NFZ takiego oddziału, ale nie pozwala na jego działanie. O bezpieczeństwie pacjenta i chirurga nie wspominając.

Niebagatelną przestrzenią do dyskusji jest kwestia odpowiedzialności zawodowej przeniesione przez dyrekcje szpitali i ubezpieczycieli w całości na chirurga, wysokości wynagrodzenia za wykonywaną pracę często w warunkach szczególnych, zabezpieczenie emerytalne, które z racji demografii będzie coraz mocniej odczuwalne. Te tematy można jednak w drodze negocjacji przy minimum dobrej woli stron rozwiązać w terminach późniejszych.

### **Ad. 3. Stabilność i przewidywalność warunków pracy, bezpieczeństwo finansowe.**

W poprzednim rozdziale przedstawiliśmy standard minimalnego zatrudnienia w przeciętnym oddziale chirurgicznym co powinno zapewnić bezpieczeństwo przede wszystkim pacjentom. W opisanym standardzie wprowadzie określonym jako minimalny i tak chirurg będzie musiał pracować około 100 godzin więcej niż wynikałoby to z umowy kodeksowej, zatem powstaje kolejne pytanie – jak ten system funkcjonuje obecnie? Otóż, w znakomitej większości o ile nie we wszystkich oddziałach i klinikach naszego kraju dyrektorzy „nauczyl” się świetnie omijać obowiązujące przepisy i rozwiązują problemy kadrowe najprostszym rozwiązaniem jakim jest zmuszanie chirurgów ( i nie tylko) do pracy na umowach cywilno-prawnych. Chirurdzy wówczas wprawdzie zarabiają 15-25 tys złotych miesięcznie ale łatwo wyliczyć ile godzin muszą pracować. Z naszych obserwacji wynika, że płaca specjalisty chirurga za godzinę pracy waha się od 30 do 50- maksymalnie 60/godz.

Łatwo wyliczyć, że chirurg pracujący nawet po 50 zł za godzinę aby zarobić 15 tys zł musi przepracować w miesiącu 300 godzin, a jak chce zarobić 20 tys to godzin 400 i tak to wygląda w rzeczywistości. Jak zatem radzą sobie dyrektorzy jednostek w których chirurdzy pracują na umowach

kodeksowych? Otóż, ponieważ w tych jednostkach niemożliwe jest ułożenie grafików pracy bez łamania przepisów KP, stąd stosuje się kolejny trick czyli proponowanie aby ci sami chirurdzy obstawiali dyżurowo daną jednostkę jako firma zewnętrzna. Taka firma podpisuje umowę cywilno-prawną z chirurgami zazwyczaj na korzystnych warunkach finansowych i oficjalnie nie ma problemu. W tym rozwiązaniu chirurg również pracuje kilkaset godzin bo zazwyczaj taka firma zewnętrzna gwarantuje pracę w wielu szpitalach stąd, od pewnego czasu obserwujemy w kraju wyjazdy chirurgów na dyżury do wielu szpitali co zyskało już sobie swoistą nazwę „turystyki wyjazdowej chirurgów”.

W obu tych podstawowych wariantach wprawdzie pozornie lekarze chirurdzy zarabiają kilka średnich krajowych ale ponoszą lub będą ponosili wszelkie tego konsekwencje, nie mając ochrony wynikających z przepisów Kodeksu Pracy. Zasadnicze różnice między zatrudnieniem tzw. „kodeksowym „ i umowie cywilno-prawnej opisane są poniżej.

### **Zatrudnienie na umowie o pracę:**

Po stronie niewyliczalnych przywilejów pracowniczych prawo do:

- płatnego urlopu w wymiarze 26 dni
- uczestniczenia w systemie premiowania w zależności od układu pracowniczego
- płatnych dni wolnych związanych z kształceniem i szkoleniem
- odpowiedzialności ubezpieczeniowej wynikającej z kodeksu pracy ze zobowiązaniem maksymalnym do 3 średnich wynagrodzeń miesięcznych, a nie całego posiadanego majątku wraz ze spadkobiercami
- ewentualnych płatnych delegacji
- bezpieczeństwa na wypadek choroby lub urazu w postaci zasiłku chorobowego i/lub rehabilitacyjnego liczonego od poziomu wynagrodzenia, a nie opłacanej składki z działalności gospodarczej
- bezpłatnych badań profilaktycznych i certyfikatów dopuszczających do pracy w warunkach szczególnych

### **Umowa cywilno- prawna, nie jesteś lekarzem tylko podmiotem gospodarczym**

Masz złudnie większe pieniądze – wypłacana na bieżąco ale :

- Sam fundujesz sobie urlop
- Nie masz prawa do zwolnienia,
- Niezdolność do pracy to twój problem
- Wypadek w pracy to tylko też twój problem
- Jakikolwiek roszczenia pacjenta pokrywasz z własnego majątku
- Niezdolność do pracy oznacza życie za najniższą emeryturę lub rentę – pochodna najniższej stawki ZUS.

Trudno ocenić, ilu lekarzy zdaje sobie sprawę z zagrożeń jakie wiążą się z tego rodzaju pracą, chociaż mając wiedzę na temat fizjologii człowieka, pracujący kilka dni pod rząd lekarz nie tylko chirurg, musi zdawać sobie sprawę z tego jakim jest zagrożeniem dla swoich pacjentów, jak też dla siebie samego. Przypadki zgonów lekarzy z przepracowania już publikowano ale chyba nigdy nie dowiemy się ilu pacjentów zmarło lub było niewłaściwie leczonych z tego samego powodu.

Reasumując, pracując w warunkach wymuszonych chirurdzy w Polsce w żadnym razie nie mogą mówić o stabilności warunków pracy, a pozorne większe zarobki z racji umów cywilnoprawnych są iluzoryczne o czym boleśnie przekonali się ci, którzy już przeszli na emeryturę ale najboleśniej ci, którym z powodztwa cywilnego zasądzono odszkodowania z majątku własnego. Najwyższy wyrok w tym względzie dla chirurga to 1,2 mln zł (2010rok), a wygląda na to, że to dopiero początek tej drogi.

W kontekście tego całego wyводу powstaje podstawowe pytanie, jak pracują i na jakich warunkach chirurdzy w UE skoro powstała słynna dyrektywa 44 i miał to być z założenia podstawowy dokument regulujący sprawy zatrudnieniowo-płacowe wszystkich pracujących w UE, Szybko wprawdzie wymyślono wytrych pt. opt-out ale i tak warunki w jakich pracują polscy chirurdzy nijak się do tego mają, zatem złośliwie można by stwierdzić, że jeszcze w tym względzie daleko nam do tej Europy.