

Problem niedoboru lekarzy – czy jest remedium?

Why too few doctors – is there a remedy?

Kamila Kocańda

Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Streszczenie

Niedobór lekarzy w Polsce stał się ostatnio poważnym problemem dla systemu opieki zdrowotnej. To negatywne zjawisko jest jednak wynikiem wielu czynników, które występowały od wielu lat i wciąż stanowią problem systemowy. Niedobór ten oznacza dalsze komplikacje dla systemu opieki zdrowotnej, powodując poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości procesu świadczenia usług zdrowotnych. Niewątpliwie źródła obecnego kryzysu można zidentyfikować, jednak remedium jest wątpliwe.

Słowa kluczowe: dyżur medyczny, godziny dyżuru, umowa cywilnoprawna

Folia Cardiologica 2018; 13, 2: 196–198

Dyżur medyczny to czas pracy

Europejska dyrektywa dotycząca czasu pracy (EWTD, nr 93/104/WE), wdrożona w celu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa wszystkich pracowników w Unii Europejskiej (UE), stała się obowiązującym prawem dla państw członkowskich UE w 1998 roku [1, 2]. W ramach powołanej dyrektywy ustalono, między innymi, następujące wymogi: maksymalny tygodniowy czas pracy wynoszący 48 godzin, minimalny okres odpoczynku wynoszący 11 kolejnych godzin w 24-godzinnym przedziale czasowym, minimalny 20-minutowy okres odpoczynku na każde 6 przepracowanych godzin.

Artykuł 32j ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (UZOZ) w swoim pierwotnym brzmieniu przewidywał, że lekarze zatrudnieni w szpitalu mogą być zobowiązani do pełnienia w tym podmiocie leczniczym dyżuru medycznego. Jednak przepis ten nie kwalifikował takiego dyżuru jako czasu pracy. Legalna definicja dyżuru medycznego została wdrożona do UZOZ w 1999 roku, gdy jedna z poprawek do ustawy przesądziła o tym, że dyżur medyczny oznacza pracę po godzinach normalnej ordynacji. Mimo tego, jak już wspomniano, czasu spędzonego na pełnieniu takiego dyżuru wciąż nie zaliczano do czasu pracy. Liczba dyżurów została ograniczona do 2 na tydzień i 8 na miesiąc [3].

W 2003 roku Europejski Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że, zgodnie z postanowieniami dyrektywy 93/104/WE, która jest wiążąca dla wszystkich państw członkowskich, godziny dyżuru medycznego należy traktować jako czas pracy ze wszystkimi konsekwencjami prawnymi [4]. Wyrok ten był przełomowy, albowiem przesądził o tym, że bez względu na sposób spędzenia dyżuru medycznego jest to czas przeznaczony na pracę, dlatego zalicza się go do norm dotyczących tego czasu pracy. Powyższe orzeczenie skutkowało koniecznością poszukiwania rozwiązań, które umożliwiłyby lekarzom świadczenie pracy w wymiarze większym niż wynika z ogólnych norm prawnych [5–11].

Przepisem art. 32ja UZOZ w 2007 roku wprowadzono do polskiego systemu prawnego klauzulę *opt-out*, która umożliwiła lekarzom pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień, z limitem wynoszącym około 78 godzin na tydzień. Pracownik mógł wycofać swoją zgodę na pracę w takim wymiarze, informując pracodawcę na piśmie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia [12].

Klauzula *opt-out* nie taka atrakcyjna

Mimo że klauzula *opt-out* umożliwia lekarzom pracę przez ponad 48 godzin tygodniowo, to nie gwarantuje

adekwatnych do wymiaru świadczonej pracy wynagrodzeń. Po każdym dyżurze medycznym lekarz jest zobowiązany do zachowania obowiązkowego okresu odpoczynku. Pracodawca jest zatem uprawniony do zaliczenia pewnej liczby godzin dyżuru medycznego do nominalnego czasu pracy w zakresie niezbędnym do zrekompensowania tych nominalnych godzin pracy, które lekarz poświęcił na odpoczynek. W rezultacie i wskutek powyższego za pierwsze kilka godzin każdego dyżuru medycznego pracodawca wypłaca jedynie dodatek z tytułu pracy w porze nocnej lub w niedzielę [13].

W konsekwencji im więcej lekarz pracuje, tym mniej zarabia, ponieważ pracodawca może zaliczyć do nominalnego czasu pracy niektóre godziny dyżurowe, natomiast obowiązkowy czas odpoczynku jest wymogiem prawnym. Ponadto wynagrodzenie za pracę jest obciążone wieloma składnikami okołonominalnymi, w tym składkami na ubezpieczenie społeczne. W praktyce wartość *netto* wynagrodzenia jest o około 40% niższa od jego wartości *brutto*.

Dodatkowa cecha, która powoduje, że zatrudnienie w ramach stosunku pracy jest finansowo mniej atrakcyjne, to obowiązkowy czas odpoczynku wymagany przepisami prawa dla każdego pracownika. Wymóg ten ogranicza lekarzy do pracy w ramach każdej jednostki medycznej w wymiarze nie większym, niż decyduje ustawodawca.

Etat albo umowa cywilnoprawna

W związku z ograniczeniami prawnymi oraz niedogodnościami finansowymi związanymi z czasem pracy etatowej alternatywą dla mniej atrakcyjnego zatrudnienia pracowniczego stały się umowy cywilnoprawne. Lekarze łączyli umowę o pracę z dyżurami tak zwanymi kontraktowymi, realizowanymi w ramach umowy cywilnoprawnej. Wynagrodzenie uzyskane na podstawie takiej umowy nie podlegało obciążeniu składkami z tytułu ubezpieczenia społecznego. Godziny dyżuru medycznego, realizowanego przez lekarza w ramach umowy cywilnoprawnej (jako podwykonawcę), teoretycznie nie były zaliczane do czasu pracy i nie skutkowały koniecznością odbycia obowiązkowego odpoczynku. Rozwiązanie, obejmujące łączenie zatrudnienia etatowego z dyżurem tak zwanym kontraktowym, stało się powszechną praktyką, jednakże na krótko. W 2017 roku utrzymała się linia orzecznicza, zgodnie z którą za niedopuszczalne uznano łączenie pracy na pełen etat z umową cywilnoprawną w jednym podmiocie leczniczym [14].

Istotna różnica, dotycząca etatu oraz umowy cywilnoprawnej, odnosiła się do kwestii odpowiedzialności za szkody będące następstwem określonego działania lub zaniechania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W ramach etatu lekarz korzysta z dobrodziejstwa ograniczenia odpowiedzialności, albowiem za szkody wobec osoby trzeciej, będące następstwem zawinionego działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika, odpowiada wyłącznie pracodawca.

Odpowiedzialność lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej jest solidarna. Za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych odpowiada on solidarnie z podmiotem leczniczym, z którym łączy go ta umowa. Zakres odpowiedzialności każdego ze zobowiązanych solidarnie podmiotów zależy od stopnia, w jakim uczestniczą w szkodzi. Mimo wspomnianych różnic w odpowiedzialności za zobowiązania, które mogłyby wskazywać na odrębność obu tytułów prawnych udzielania świadczeń zdrowotnych (etat/kontrakt), ich łączenie w praktyce funkcjonowania szpitali stało się na tyle ryzykowne, że przestało być stosowane na dotychczasową skalę. To z kolei ograniczyło dostępność do lekarzy, którzy ze względu na nieatrakcyjność zatrudnienia wyłącznie pracowniczego zaczęli masowo wypowiadać klauzule *opt-out*.

Wnioski

Przyczyny niewystarczającej liczby lekarzy w Polsce są złożone. Proces kształcenia w zawodach medycznych jest długotrwały, a liczba miejsc szkoleniowych w ramach kształcenia podyplomowego pozostaje niewystarczająca. Dyżur medyczny to czas poświęcony na pracę, za którą należy się wynagrodzenie. Wymiar czasu pracy lekarzy zależy od ich woli, w świetle czego mogą go legalnie ograniczyć do ustawowego minimum [15–22].

Standardy organizacyjne Narodowego Funduszu Zdrowia wymagają, aby w poszczególnych zakresach działalności leczniczej świadczeń zdrowotnych udzielała określona liczba lekarzy. Utrwalona linia orzecznicza, wykluczająca dopuszczalność łączenia etatu z dyżurem kontraktowym, w sposób istotny ogranicza możliwość spełnienia standardów organizacyjnych płatnika świadczeń gwarantowanych, ograniczając możliwość legalnego łączenia przez lekarza obu form wykonywania zawodu.

Konsekwencje powyższego są dla systemu opieki zdrowotnej poważne. Liczba lekarzy jest niewystarczająca, a zapotrzebowanie na nich – ogromne. Argument, że lekarze nie chcą pracować ponad swoje możliwości, jest zrozumiały, ale musi zostać skonfrontowany z wymaganiami systemowymi, albowiem zbyt mała liczba lekarzy wiąże się z ryzykiem dla pacjentów. Z powodu braku rozwiązań legislacyjnych problem pozostaje nierozwiązany [23–25].

W lutym 2018 roku, po kilku miesiącach kryzysu, Ministerstwo Zdrowia i przedstawiciele lekarzy osiągnęły porozumienie, w ramach którego przewidziano pewne kompromisowe rozwiązania, między innymi wzrost wynagrodzeń lekarzy specjalistów oraz rezydentów zatrudnionych na etacie do pewnego, akceptowalnego dla medyków, poziomu, począwszy 1 lipca 2018 roku. W tym porozumieniu przewidziano także wiele innych rozwiązań legislacyjnych służących usprawnieniu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz poprawie komfortu pracy

osób wykonujących zawód medyczny. Strony zaapelowały do lekarzy o podpisywanie klauzul *opt-out* masowo wypożyczonych w IV kwartale 2017 roku.

Konflikt interesów

Brak.

Abstract

The deficiency of doctors in Poland has recently become a huge problem for our healthcare system. However, this negative phenomenon is a result of a number of factors which have been arising for many years and currently constitute obstacles as well. This deficiency means further complications for the healthcare system, causing a serious threat for the safety of patients and the continuity of the process of health services. Undoubtedly the sources of current crisis can be identifiable, however a remedy is dubious.

Key words: medical duty, duty hours, civil contract

Folia Cardiologica 2018; 13, 2: 196–198

Piśmiennictwo

1. Temple J. Resident duty hours around the globe: where are we now? *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S8, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S8](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S8), indexed in Pubmed: 25559277.
2. UK Department of Health: What is the European Working Time Directive? 2009. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Workforce/Workforceplanninganddevelopment/Europeanworkingtimedirective/index.htm> (18.03.2018).
3. By virtue of the Act of 22 December 1999 amending the Act on Healthcare Institutions. *Journal of Laws.* 2000; No. 3(item 28).
4. European Justice Tribunal verdict dated 09.09.2003, C-151/02, Landeshauptstadt Kiel vs Norbert Jaeger. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=OJ%3AC%3A2003%3A264%3ATOC> (18.03.2018).
5. Parshuram CS, Amaral AC, Ferguson ND, et al. Canadian Critical Care Trials Group. Patient safety, resident well-being and continuity of care with different resident duty schedules in the intensive care unit: a randomized trial. *CMAJ.* 2015; 187(5): 321–329, doi: [10.1503/cmaj.140752](https://doi.org/10.1503/cmaj.140752), indexed in Pubmed: 25667258.
6. Ahmed N, Devitt KS, Keshet I, et al. A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery: impact on resident wellness, training, and patient outcomes. *Ann Surg.* 2014; 259(6): 1041–1053, doi: [10.1097/SLA.0000000000000595](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000595), indexed in Pubmed: 24662409.
7. Fletcher KE, Nickoloff S, Whittle J, et al. Why residents consider working beyond the duty hour limits: implications of the ACGME 2011 duty hour standards. *J Grad Med Educ.* 2011; 3(4): 571–573, doi: [10.4300/JGME-D-11-00069.1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-11-00069.1), indexed in Pubmed: 23205212.
8. Jena AB, Prasad V, Romley JA. Long-term effects of the 2003 ACGME resident duty hour reform on hospital mortality. *Mayo Clin Proc.* 2014; 89(7): 1023–1025, doi: [10.1016/j.mayocp.2014.05.001](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.05.001), indexed in Pubmed: 24996240.
9. Borman KR, Jones AT, Shea JA. Duty hours, quality of care, and patient safety: general surgery resident perceptions. *J Am Coll Surg.* 2012; 215(1): 70–7; discussion 77, doi: [10.1016/j.jamcollsurg.2012.02.010](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.02.010), indexed in Pubmed: 22632914.
10. Bandiera G, Hynes MK, Spadafora SM. Duty hour restrictions: organizational dynamics, systems issues, and the impact on faculty. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S5, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S5](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S5), indexed in Pubmed: 25558952.
11. Grogan EL. Should I lie about my work hours this week? *J Am Coll Surg.* 2005; 200(4): 635–636, doi: [10.1016/j.jamcollsurg.2004.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2004.12.001), indexed in Pubmed: 15804483.
12. By virtue of the Act of 24 August 2007 amending the Act on Healthcare Institutions and the Act on Higher Education. *Journal of Laws.* 2017; No. 176(item 1240).
13. Polish Supreme Court Decision, November 6th 2014, I PZP 2/14.
14. Polish Supreme Court Decision, June 22nd 2015, I UZ 3/15, LEX number 1781846.
15. Giardino AP. Medical education and resident work hours. *JAMA.* 1990; 263(5): 620–620, doi: [10.1001/jama.263.5.620](https://doi.org/10.1001/jama.263.5.620).
16. Imrie KR, Frank JR, Parshuram CS. Resident duty hours: past, present, and future. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S1, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S1](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S1), indexed in Pubmed: 25559868.
17. Osborne R, Parshuram CS. Delinking resident duty hours from patient safety. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S2, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S2](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S2), indexed in Pubmed: 25561349.
18. Dussault C, Saad N, Carrier J. 16-hour call duty schedules: the Quebec experience. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S10, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S10](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S10), indexed in Pubmed: 25559990.
19. Jamal MH, Wong S, Whalen TV. Effects of the reduction of surgical residents' work hours and implications for surgical residency programs: a narrative review. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S14, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S14](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S14), indexed in Pubmed: 25560685.
20. Sun NZ, Maniatis T. Scheduling in the context of resident duty hour reform. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S18, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S18](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S18), indexed in Pubmed: 25561221.
21. Fletcher KE, Reed DA, Arora VM. Patient safety, resident education and resident well-being following implementation of the 2003 ACGME duty hour rules. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(8): 907–919, doi: [10.1007/s11606-011-1657-1](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1657-1), indexed in Pubmed: 21369772.
22. Pattani R, Wu PE, Dhalla IA. Resident duty hours in Canada: past, present and future. *CMAJ.* 2014; 186(10): 761–765, doi: [10.1503/cmaj.131053](https://doi.org/10.1503/cmaj.131053), indexed in Pubmed: 24847138.
23. Masterson MF, Shrichand P, Maniate JM. Resident duty hours in Canada: a survey and national statement. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S9, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S9](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S9), indexed in Pubmed: 25559388.
24. Imrie KR, Frank JR, Parshuram CS. Resident duty hours: past, present, and future. *BMC Med Educ.* 2014; 14(Suppl 1): S1, doi: [10.1186/1472-6920-14-S1-S1](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S1), indexed in Pubmed: 25559868.
25. Shetty KD, Bhattacharya J. Changes in hospital mortality associated with residency work-hour regulations. *Ann Intern Med.* 2007; 147(2): 73, doi: [10.7326/0003-4819-147-2-200707170-00161](https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-2-200707170-00161).