

# **I. CZĘŚĆ OGÓLNA**

## **1. Charakterystyka kontroli**

Nr P/96/067 Stan i wykorzystanie kadr lekarskich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

### **1.1. *Cel kontroli***

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła z własnej inicjatywy kontrolę planową, której celem była ocena działalności administracji rządowej w zakresie rozmieszczenia i wykorzystania kadry lekarskiej z uwzględnieniem skuteczności podejmowanych działań dla racjonalnego wykorzystania potencjału kadrowego.

### **1.2. *Zakres i czas przeprowadzenia kontroli***

Kontrolą objęto placówki lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego, finansowane z budżetów wojewodów, a w zakresie prowadzenia polityki zatrudnienia kadr lekarskich wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich oraz Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

W placówkach lecznictwa ambulatoryjnego główną uwagę zwrócono na zatrudnienie lekarzy w jednostkach pierwszego kontaktu z pacjentami, tj. w poradniach rejonowych w miastach i ośrodkach zdrowia na wsi, a w zakresie lecznictwa specjalistycznego na zatrudnienie lekarzy w tych poradniach, które powinny być dostępne dla ludności w każdym zespole opieki zdrowotnej. W zakresie lecznictwa stacjonarnego badaniem objęto poza szpitalami ogólnymi (rejonowymi i miejskimi), które powinny funkcjonować w każdym zespole opieki zdrowotnej, szpitale specjalistyczne o wojewódzkim zasięgu działania.

Ponadto skontrolowano okręgowe izby lekarskie w zakresie wykonywania zadań zleconych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, a dotyczących prowadzenia rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów.

Kontrolę przeprowadzono w okresie od połowy lipca do połowy listopada 1996 r. i objęto nią okres od 1992 r. do połowy 1996 r.

Problematyka będąca przedmiotem kontroli nie była badana przez Najwyższą Izbę Kontroli od co najmniej 10 lat.

Kontrolą objęto 70 jednostek:

- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS),
- 14 wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich (wz uw),
- 14 szpitali specjalistycznych (wojewódzkich szpitali zespolonych),
- 2 szpitale ogólne, działające samodzielnie,
- 29 zespołów opieki zdrowotnej (zoz), a w ich ramach 28 szpitali ogólnych (miejskich i rejonowych) oraz 46 przychodni w miastach i 75 ośrodków zdrowia na wsi,
- 9 okręgowych izb lekarskich,
- Wojewódzki Zespół Metodyczny Opieki Zdrowotnej w Katowicach.

Wykaz skontrolowanych jednostek stanowi zał. nr 1 do Informacji.

Kontrolę przeprowadził Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej oraz 9 delegatur w: Katowicach, Kielcach, Lublinie, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze.

Wszystkie protokoły kontroli podpisane zostały przez kierowników jednostek objętych kontrolą, bez zastrzeżeń.

### **1.3.    *Tematyka kontroli***

Podstawowe punkty tematyki kontroli dotyczyły następujących zagadnień:

1/    Kształtowania się zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w latach 1992-95 w kraju i w województwach oraz w podziale na:

- podstawową opiekę zdrowotną,
- lecznictwo specjalistyczne na poziomie zespołów opieki zdrowotnej,
- lecznictwo szpitalne ogólne i specjalistyczne

oraz ustalenia czy i w jakim stopniu występowały dysproporcje w zatrudnieniu lekarzy w poszczególnych, porównywalnych zakładach opieki zdrowotnej (oddziałach szpitalnych) i porównywalnych specjalnościach lekarskich, a w zakresie lecznictwa podstawowego - między poradniami w miastach i ośrodkami zdrowia na wsi.

2/    Szkolenia i zatrudniania lekarzy rodzinnych, jako kluczowego czynnika w przeobrażeniach podstawowej opieki zdrowotnej, zmieniających dotychczasową koncepcję zatrudniania i wynagradzania za pracę. Badano efektywność naboru lekarzy na szkolenia w

systemie specjalizacji etatowej i pozaetatowej, w ramach tzw. krótkiej ścieżki oraz prawidłowość zatrudniania absolwentów tych kursów.

3/ Kształtowania się zatrudnienia lekarzy w placówkach lecznictwa szpitalnego w stosunku do rzeczywistej liczby łóżek znajdujących się w oddziałach szpitalnych i faktycznego ich wykorzystania. W oddziałach zabiegowych przedmiotem zainteresowania było również kształtowanie się proporcji pacjentów wymagających zabiegów w stosunku do ogółu przyjętych, jak również udziału lekarzy w wykonywaniu zabiegów.

4/ Efektywności pracy personelu lekarskiego wykazywanej w liczbach udzielonych porad w stosunku do opłaconego czasu pracy. Przedmiotem badań były również czynniki, mające wpływ na poziom efektywności pracy, jak rzetelność informacji o godzinach przyjęć lekarzy oraz przestrzeganie dyscypliny pracy.

5/ Rzetelności sprawozdawczości statystycznej i jej zgodności z dokumentacją źródłową, zwłaszcza w odniesieniu do liczby udzielonych porad ambulatoryjnych.

6/ Prawidłowości prowadzenia rejestru lekarzy pod kątem jego kompletności i aktualności, a zwłaszcza spełniania wymogów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r. w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy <sup>1</sup>.

7/ Podejmowania przez administrację rządową działań dla racjonalnego rozmieszczenia i wykorzystania potencjału lekarskiego. Przedmiotem zainteresowania było w szczególności oddziaływanie administracji na realizację programu działań przystosowawczych na lata 1992-94, który zakładał m.in. przemieszczenie kadr lekarskich do podstawowej opieki zdrowotnej oraz restrukturyzację oddziałów szpitalnych i był jedynym programem dotyczącym problematyki zatrudnienia kadr, którego realizację można było ocenić z perspektywy roku, jaki upłynął od jego zakończenia.

## **2. Synteza ustaleń kontroli**

1/ Ustalenia kontroli wskazują, że zatrudnienie lekarzy w Polsce jest wysoce zróżnicowane zarówno w układzie terytorialnym, jak i w każdym sektorze lecznictwa (podstawowe, specjalistyczne i stacjonarne) i w każdej z objętych badaniem specjalności lekarskich. Problem ten nie jest dostatecznie widoczny w skali ogólnokrajowej, gdzie np. średnie wskaźniki zatrudnienia lekarzy w stosunku do liczby ludności wskazują na coroczną

poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych. Jednak z ogólnego przyrostu kadr lekarskich w latach 1993-1995, wynoszącego 6,8% w stosunku do stanu zatrudnienia w końcu 1992 r., liczba lekarzy w woj. warszawskim - gdzie wskaźnik ich zatrudnienia w stosunku do liczby ludności był najwyższy w kraju - zwiększyła się o 11,2%, natomiast w 5 województwach - spośród 14 objętych kontrolą - w których ten wskaźnik był znacznie niższy od średniego w kraju, przyrost liczby lekarzy w 4 województwach kształtował się poniżej poziomu średniokrajowego, a w jednym - skierniewickim - zatrudnienie w ogóle nie zwiększyło się.

Jeszcze ostrzej ten problem występował w odniesieniu do lekarzy dentystów, gdyż z ogólnego przyrostu tych kadr wynoszącego w skali kraju 7%, 36,5% lekarzy dentystów znalazło zatrudnienie w woj. warszawskim, natomiast w 5 województwach - spośród objętych kontrolą - gdzie wskaźnik zatrudnienia tych lekarzy był znacznie niższy od średniokrajowego liczba ich bądź uległa zmniejszeniu w ciągu trzech lat, bądź nie zmieniła się (punkt 2.1 Informacji).

Dysproporcje w zatrudnianiu lekarzy dostrzegane na poziomie wojewódzkim, z całą ostrością występują na poziomie podstawowym, tj. na pierwszej linii kontaktu lekarza z pacjentem, o czym traktują punkty 3 i 4 niniejszej syntezy ustaleń kontroli.

2/ Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie wykonał delegacji zawartej w art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>2</sup> i nie określił w drodze rozporządzenia minimalnych norm obsady osobowej w zawodach medycznych. Opracowane w 1992 r. przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc - na zlecenie MZiOS - normy nie zostały przyjęte przez Ministerstwo, a wysiłki MZiOS skierowane zostały na zmianę treści art. 40 ust. 3 ustawy, polegającą na określeniu jedynie sposobu ustalania tych norm i to w niektórych komórkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej (szczegóły str. 10 i 11 pkt 1 Informacji).

Wyrażane obawy co do możliwości osiągnięcia proponowanych przez Instytut norm również przez jednostki najsłabsze kadrowo nie znalazły potwierdzenia w ustaleniach kontroli. Wynika z nich bowiem, iż główny problem tkwi nie tyle w braku kadr lekarskich w poszczególnych dziedzinach lecznictwa ile w ich racjonalnym rozmieszczeniu i wykorzystaniu (punkty: 2.2.1, 2.2.2, 2.4). Należy podkreślić, że podjęcie inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do zmiany treści delegacji ustawowej nie zwolniło Ministra Zdrowia i Opieki

---

<sup>1</sup> Dz.U. Nr 32, poz. 194 i z 1991 r. Nr 91, poz. 408.

<sup>2</sup> Dz.U. Nr 91, poz. 408; z 1992 r. Nr 63, poz. 315; z 1994 r. Nr 121, poz. 591; z 1995 r. Nr 138, poz. 682 i z 1996 r. Nr 24, poz. 110.

Spółecznej z obowiązku wydania aktu wykonawczego zważywszy, że delegacja z art. 40 ust. 3 ma charakter obligatoryjny.

3/ Uznawanie przez MZiOS rozwoju lecznictwa podstawowego za zadanie priorytetowe<sup>3</sup> nie znajdowało potwierdzenia w przyroście kadr lekarskich do tych placówek, który w latach 1992-95 okazał się niższy od ogólnego przyrostu liczby lekarzy w kraju (5,3% w stosunku do 6,8%) i nie wpłynął znacząco na zmniejszenie dysproporcji w dostępności świadczeń zdrowotnych w zespołach opieki zdrowotnej. Obok zoz-ów, w których nastąpiło zwiększenie zatrudnienia lekarzy w tym okresie, w wielu innych zoz-ach (ok. 50% w odniesieniu do zatrudnienia lekarzy ogólnych w miastach) liczba lekarzy nie tylko nie zwiększyła się, ale uległa zmniejszeniu. W licznych poradniach zatrudniających już w 1992 r. stosunkowo dużo personelu lekarskiego w porównaniu do liczby ludności następowało dalsze jego zwiększenie w kolejnych latach, gdy równocześnie w innych, odczuwających w 1992 r. niedobór lekarzy, odnotowano w 1995 r. regres (szczegóły pkt 2.2.1.).

4/ Mimo większego, procentowego przyrostu liczby lekarzy w ośrodkach zdrowia na wsi niż w poradniach rejonowych w miastach (6,7% : 4,8%) nadal utrzymywały się duże dysproporcje w dostępności podstawowej opieki zdrowotnej między miastem i wsią. Ogólna liczba lekarzy w stosunku do liczby ludności była na wsi prawie o połowę niższa niż w mieście. Szczególnie duże dysproporcje występowały w zatrudnieniu lekarzy pediatrów, gdyż ich liczba w stosunku do populacji dzieci i młodzieży była na wsi trzykrotnie mniejsza niż w miastach. Z podobną ostrością występowały dysproporcje w zatrudnieniu lekarzy dentystów (pkt 2.2.1. - 2.2.3.).

5/ Pozytywnie należy ocenić działania resortu zdrowia i opieki społecznej polegające na opracowaniu koncepcji stopniowego zastąpienia dotychczasowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej nowocześnie wyszkolonymi i wyposażonymi w niezbędny sprzęt lekarzami rodzinnymi. Pozytywnie należy również ocenić system szkolenia tych lekarzy, zarówno w trybie 3-letnim dla absolwentów akademii medycznych, jak i skróconym dla uprawnionych lekarzy, zatrudnionych już w podstawowej opiece zdrowotnej.

---

<sup>3</sup> Priorytetowe traktowanie lecznictwa podstawowego wynika z wielu dokumentów programowych MZiOS, w tym z: „Narodowego Programu Zdrowia” (1990 i 1993 r.), „Strategii dla zdrowia” i „Przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej” (1994 r.) oraz z „Kierunków zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej” (1990 r.). Ponadto reforma podstawowej opieki zdrowotnej jest jednym z celów strategicznych realizowanych w ramach pożyczki udzielonej przez Bank Światowy (umowa o kredyt nr 3466 POL na realizację Projektu Rozwoju Służby Zdrowia zawarta w 1992 r. z Międzynarodowym Bankiem Odbudowy i Rozwoju).

Jednak dotychczasowe tempo kształcenia lekarzy rodzinnych, jak i następnie ich zatrudniania na nowych warunkach pracy i wynagradzania, odsuwa na odległe lata zakończenie procesu przeobrażania podstawowej opieki zdrowotnej. Ustalenia kontroli wskazują, że niezbyt duże zainteresowanie lekarzy specjalizacją medycyny rodzinnej w początkowym okresie naboru na to szkolenie uległo osłabieniu, gdy pierwsi absolwenci nie uzyskiwali nowych, korzystniejszych ofert pracy i wracali do swoich miejsc pracy na dotychczasowe warunki. Liczba zawartych kontraktów z tymi lekarzami okazała się nieproporcjonalnie mała, w porównaniu z liczbą osób oczekujących na ich zawarcie (pkt 2.2.5.).

6/ Dostępność świadczeń zdrowotnych ulegała ograniczeniu na skutek nieodpracowywania przez część lekarzy opłaconego czasu pracy; przejawiało się to w:

- podejmowaniu w godzinach pracy podstawowej innych zajęć, dodatkowo opłacanych,
- podawaniu w placówkach lecznictwa otwartego do publicznej wiadomości godzin przyjęć pacjentów w wymiarze niższym, niż to wynikało z zawartych z lekarzami umów o pracę,
- nieprzestrzeganiu dyscypliny pracy, polegającym na późniejszym rozpoczynaniu pracy lub wcześniejszym opuszczaniu stanowiska pracy.

Te zachowania, jak również i inne - jak np. ustalanie „z góry” nieproporcjonalnie dużej części opłaconego czasu pracy na wizyty domowe w niektórych poradniach dziecięcych i ogólnych - miały wpływ na efektywność pracy lekarzy, mierzoną liczbą udzielonych porad w stosunku do opłaconego czasu pracy. Różnice w liczbach udzielonych porad w ciągu 1 godziny pracy przez lekarzy tych samych specjalności stanowiły kilkakrotność i nie występowały sporadycznie lecz były szerszym zjawiskiem (punkty: 2.2.4, 2.3 i 2.5).

7/ We wszystkich oddziałach szpitali specjalistycznych i w większości oddziałów szpitali ogólnych liczba zatrudnionych lekarzy w stosunku do liczby znajdujących się w tych oddziałach łóżek była większa, w niektórych znacznie, od ustalonych w 1984 r. norm. W rzeczywistości efektywność pracy lekarzy była jeszcze niższa zważywszy, że w większości badanych specjalności medycznych znaczna część łóżek nie była wykorzystana w ciągu roku. Odnosiło się to w szczególności do oddziałów dziecięcych, ginekologiczno-położniczych i zakaźnych, gdzie wykorzystanie łóżek kształtowało się w granicach 50-60%, a w następnej kolejności oddziałów laryngologicznych i okulistycznych. W konsekwencji stosunkowo dużego zatrudnienia lekarzy w porównaniu z normami i niskiego stopnia wykorzystania łóżek szpitalnych, pod opieką 1 lekarza pozostawało średnio w roku - w większości dziedzin lecznictwa szpitalnego - od 3 do 5 pacjentów. Małe wykorzystanie łóżek szpitalnych było charakterystyczne nie tylko dla 1995 r. lecz występowało również w latach poprzednich.

Podobnie jak w lecznictwie ambulatoryjnym również i w oddziałach szpitalnych występowały dysproporcje w zatrudnieniu lekarzy w porównywalnych ze sobą oddziałach szpitalnych, sięgające kilkukrotności.

Sprawa racjonalnego wykorzystania łóżek szpitalnych, a zatem i personelu medycznego ma szczególne znaczenie w warunkach dużego zapotrzebowania na tworzenie oddziałów szpitalnych opieki długoterminowej jak i terminalnej, których w kraju generalnie brakuje.

Na stan zatrudnienia lekarzy w oddziałach miały wpływ czynniki uzasadniające jego zwiększenie, np. obsługa poradni przyszpitalnych, jak i jego zmniejszenie, np. poddawanie zabiegom - na oddziałach zabiegowych - stosunkowo małej liczby pacjentów w stosunku do liczby hospitalizowanych oraz wykonywanie znacznej części zabiegów przez jedną osobę, przeważnie ordynatora oddziału.

W niektórych szpitalach dopuszczano do pełnienia przez lekarzy po kilkanaście dyżurów nocnych lub całodobowych w miesiącu, co jakkolwiek nie jest zabronione to ze względu na higienę pracy nie wydaje się być właściwe (pkt 2.4.).

8/ Placówki lecznictwa ambulatoryjnego tak podstawowego, jak i specjalistycznego nie prowadziły ksiąg głównych, zawierających m.in. zapisy, pozwalające na zidentyfikowanie osób którym udzielono porady. Tym samym nie był spełniony wymóg rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania <sup>4</sup>. Natomiast sprawozdawczość statystyczna dotycząca liczby udzielonych porad, sporządzana w tych placówkach i kierowana do władz wojewódzkich oraz do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zawierała często informacje nierzetelne, przedstawiające wykonywaną działalność korzystniej w stosunku do stanu faktycznego (pkt 2.6).

Brak ksiąg głównych, w miejsce których prowadzi się jedynie ewidencję ilościową, podważa wiarygodność danych dotyczących efektywności pracy lekarzy w poradniach. Ze znaczną ostrożnością należy zwłaszcza oceniać tak wyjątkowe wyniki pracy jak przyjmowanie średnio 8 i więcej pacjentów w ciągu 1 godziny pracy, w stosunku rocznym (pkt 2.3).

9/ Przejęcie przed 3 laty przez izby lekarskie - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r. w sprawie trybu postępowania w sprawach stwierdzenia wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy <sup>5</sup> zadań związanych z prowadzeniem rejestru lekarzy i lekarzy dentystów (wcześniej było to zadanie

---

<sup>4</sup> Dz.U. z 1993 r. Nr 3, poz. 13 i z 1994 r. Nr 56, poz. 234.

<sup>5</sup> Dz.U. Nr 32, poz. 194 i z 1991 r. Nr 91, poz. 408.

administracji rządowej szczebla wojewódzkiego), nie przyczyniło się - jak dotychczas - ani do usprawnienia systemu ewidencji ani do prowadzenia racjonalnej polityki zatrudnienia tymi kadrami.

Poza powolnym procesem wdrażania - w większości okręgowych izb lekarskich - komputerowego systemu ewidencji i pozostawieniem poza nią znacznej części lekarzy i lekarzy dentystów, system ten nie spełniał szeregu wymogów zawartych w ww. rozporządzeniu. W szczególności nie był on prowadzony oddzielnie dla poszczególnych województw w większości izb, które obejmowały swoim zasięgiem co najmniej dwa województwa, a przede wszystkim nie zawierał istotnych informacji, w tym o miejscu zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów. Tym samym pozbawiono urzędy wojewódzkie narzędzia potrzebnego do prowadzenia polityki zatrudnienia kadr lekarskich (pkt 2.8.).

10/ Ustalenia kontroli wskazują, iż zasadniczym problemem lecznictwa, jako całości, jest potrzeba nie tyle znaczniejszego zwiększenia istniejącego potencjału kadrowego lekarzy, ile jego racjonalnego wykorzystania. Podejmowane w tym celu przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej działania nie przynoszą pożądanych rezultatów i nie stwarzają nadziei na poprawę sytuacji w perspektywie nawet kilku lat. Najwyższa Izba Kontroli ma świadomość, że zarówno zamierzona restrukturyzacja szpitali, jak i przekształcenie podstawowej opieki zdrowotnej nie są zadaniami łatwymi, możliwymi do zrealizowania w krótkim czasie. Niepokoi jednak brak jakiegokolwiek, odczuwalnego postępu w tym obszarze. W tej sytuacji można sformułować tezę, że stosowane przez MZiOS instrumenty okazały się nieskuteczne, a opracowane koncepcje przekształceń systemu opieki zdrowotnej - niekonsekwentne w fazie realizacji.

Uwagę zwraca bierność władz wojewódzkich nie tylko w realizacji programów inspirowanych przez MZiOS, ale i w rozwiązywaniu istniejących, lokalnych problemów gospodarki kadrami lekarskimi. Pomimo dysponowania bogatym materiałem statystycznym, wskazującym na rażące dysproporcje w zatrudnieniu lekarzy w poszczególnych działach lecznictwa i układzie miasto - wieś oraz bulwersującymi informacjami w zakresie efektywności pracy lekarzy - nie podejmowano skutecznych środków przeciwdziałających, a niejednokrotnie tolerowano fikcję w zatrudnieniu (pkt 2.9.).

### 3. Wnioski

#### Do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

1/ Wykonanie delegacji ustawowej z art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zobowiązującej Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do określenia minimalnych norm obsady osobowej w zawodach medycznych poszczególnych wewnętrznych komórek organizacyjnych publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2/ Konsekwentne wdrażanie przyjętych programów dotyczących przekształceń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i restrukturyzacji szpitali oraz stałe monitorowanie tego wdrażania.

3/ Poprawa koordynacji działań w celu zwiększenia zainteresowania lekarzy podejmowaniem specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej i racjonalnego ich zatrudniania; w związku z tym wydaje się celowe:

- zapoznavanie kandydatów kierowanych na szkolenie, z konkretnymi propozycjami nowych warunków pracy i wynagradzania za nią,
- przyjęcie zasady, iż każdy absolwent kursu uzyskuje bezzwłocznie zatrudnienie zgodnie z tymi propozycjami,
- przeszkolenie pracowników urzędów wojewódzkich w zakresie zawierania kontraktów z lekarzami rodzinnymi.

4/ Podjęcie działań na rzecz zwiększenia naboru na podyplomowe kształcenie lekarzy w dziedzinach, w których brakuje specjalistów, np. anestezjologów.

5/ Wyegzekwowanie wykonania przez izby lekarskie zadania zleconego przez MZiOS i opłaconego ze środków budżetowych, dotyczącego sporządzenia i prowadzenia przez izby rejestru lekarzy.

#### Do wojewodów

6/ Podjęcie zdecydowanych działań w celu poprawy dostępności porad lekarskich, zwłaszcza w zakresie pediatrii i stomatologii w ośrodkach zdrowia na wsi.

7/ Dokonanie przeglądu stopnia wykorzystania łóżek szpitalnych w powiązaniu z oceną zaspokojenia potrzeb społecznych w określonych specjalnościach i w razie stwierdzenia niewykorzystania łóżek przy nie zaspokojonych potrzebach społecznych podjęcie działań

zmierzających do usprawnienia funkcjonowania oddziału zaś w razie stwierdzenia pełnego zaspokojenia potrzeb społecznych - zmniejszenia stanu łóżek i przeprofilowania ich na inne potrzeby.

Celowe wydaje się połączenie tych działań z realizacją programu restrukturyzacji szpitali.

8/ Bieżące analizowanie informacji statystycznych dotyczących zatrudnienia i wykorzystania kadr lekarskich oraz realizowanie polityki w zakresie zatrudnienia, płac i kształcenia, która doprowadziłaby do wyeliminowania występujących dysproporcji.

9/ Wyegzekwowanie w trybie nadzoru od podległych zoz-ów obowiązku prowadzenia dokumentacji zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r., w tym zwłaszcza prowadzenie księgi głównej w przychodniach, a także wnikliwszą ocenę sprawozdawczości dotyczącej wykonywanych zadań, przedkładanej przez podległe zoz.

Ponadto jeżeli w ocenie MZiOS niezbędne jest prowadzenie rejestru lekarzy w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r., a w szczególności jeśli rejestr ten ma ujawnić miejsca wykonywania zawodu, celowe wydaje się wystąpienie z inicjatywą ustawodawczą, polegającą na nałożeniu na zakłady opieki zdrowotnej, publiczne i niepubliczne, obowiązku informowania właściwej izby lekarskiej o każdorazowym zatrudnieniu i ustaniu zatrudnienia lekarza. Tylko w ten sposób można będzie bowiem zapewnić kompletność danych dotyczących zatrudnienia w rejestrze lekarzy prowadzonym przez izby.

## **II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA**

### **1. Charakterystyka uwarunkowań prawno-organizacyjnych**

Zgodnie z delegacją zawartą w art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, minimalnych norm obsady osobowej w zawodach medycznych poszczególnych wewnętrznych komórek organizacyjnych publicznego zakładu opieki zdrowotnej i stanowisk pracy, z wyjątkiem obsługi administracyjnej.

Mimo upływu 5 lat od wejścia w życie ww. ustawy delegacja ta nie została wykonana. Przygotowania do określenia norm obsady osobowej w zawodach medycznych Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej podjęło jeszcze z końcem 1991 r., zlecając wykonanie projektu zespołowi ekspertów z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Opracowanie pt. „Podstawy ustalania minimalnych wskaźników zatrudnienia lekarzy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w lecznictwie stacjonarnym i ambulatoryjnym” zostało wykonane w I kwartale 1992 r.

W opracowaniu zawarte zostało zastrzeżenie, że proponowane wskaźniki nie mogą być interpretowane jako wskaźniki docelowe czy optymalne. Powinny natomiast stanowić (cyt.): „instrument, przy pomocy którego można by sukcesywnie kształtować racjonalizację zatrudnienia, mającą na celu poprawę skuteczności leczenia przy jednoczesnej racjonalizacji społecznych kosztów tych działań...”

W przedstawionej pracy uznano - w odniesieniu do lecznictwa stacjonarnego - możliwość wyprowadzenia wniosku, że np. obciążenie jednego lekarza 10 chorymi w oddziałach operacyjnych - przy przyjęciu, iż ok. 50% chorych jest poddanych operacji (wskaźnik operacyjności) - jest granicą krytyczną i nie można jej obniżyć. Znacznie racjonalniejsze byłoby zatem określenie wskaźnika zatrudnienia na oddziale zabiegowym w granicach 8 łóżek na 1 lekarza. W oddziałach, w których wskaźnik operacyjności byłby znacznie wyższy niż 50% liczba łóżek na jednego lekarza wymagałaby zmniejszenia. Kalkulacja zakładała pełne obłożenie łóżek przez 365 dni w roku.

Propozycje zawarte w opracowaniu Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc nie zostały wykorzystane przez MZiOŚ do przygotowania projektu rozporządzenia, a jako powody niewykonania delegacji ustawowej wymieniono:

- delegacja jest niezwykle trudna do zrealizowania; dotyczy prawie wszystkich stanowisk i rozporządzenie musiałoby zawierać blisko 1000 pozycji,
- poważniejszym problemem jest jednak konieczność uwzględnienia możliwości kadrowych wszystkich zakładów i ustanowienia takich norm minimalnych, które będą mogły być spełnione również przez najsłabsze kadrowo jednostki.

Ministerstwo skierowało swoje zainteresowanie na zmianę art. 40 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, polegającą na zwolnieniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z obowiązku określenia minimalnych norm obsady osobowej. W rządowym przedłożeniu z dnia 28 lutego 1995 r., dotyczącym zmiany ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zaproponowano nową wersję art. 40 ust. 3, zawierającą upoważnienie dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do określenia sposobu ustalania tych norm w niektórych komórkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej.

Z uwagi na brak norm obsady kadr lekarskich określonych w trybie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej posłużono się jedynym w tym zakresie narzędziem, jakim jest Instrukcja Nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. w sprawie norm zatrudniania lekarzy w oddziałach szpitalnych <sup>6</sup>. Celem wydania tej instrukcji było uregulowanie spraw związanych z obsadą lekarską i umożliwienie racjonalnej gospodarki kadrami. Zestawienie norm przewidzianych w instrukcji i zaproponowanych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc jest zawarte w punkcie 2.4 Informacji.

W instrukcji przewidziano również możliwość zmniejszenia liczby zatrudnienia lekarzy określonych normami w przypadkach, gdy warunki danego oddziału pozwalają na wykonanie zadań, np. przy niskim stopniu wykorzystania łóżek. Jakkolwiek instrukcja dotyczy wojewódzkich szpitali zespólnych, wojewódzkich szpitali, specjalistycznych zespołów opieki zdrowotnej, państwowych szpitali klinicznych i oddziałów, na bazie których zorganizowane są kliniki akademii medycznych, to z uwagi na brak norm dla innych objętych kontrolą placówek lecznictwa szpitalnego posłużono się tą instrukcją dla celów porównawczych.

W odniesieniu do lecznictwa ambulatoryjnego nie wprowadzono żadnych norm zatrudnienia lekarzy.

## 2. Ustalenia kontroli

---

<sup>6</sup> Dz.Urz. MZiOS Nr 11, poz. 60. (Instrukcja ta jest wymieniona jako obowiązująca w obwieszczeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 marca 1996 r. w sprawie wykazu obowiązujących resortowych aktów prawnych - Dz. Urz. MZiOS Nr 4, poz. 10).

## **2.1. *Zatrudnienie lekarzy w wybranych województwach na tle ogólnego zatrudnienia lekarzy w kraju.***

Liczba lekarzy w Polsce, zatrudnionych wg stanu na 31 grudnia 1995 r., wynosiła 89.428 <sup>7</sup> i była wyższa niż 31 grudnia 1992 r. o 5.704 (6,8%). Wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 10 tys. ludności wynosił w 1992 r. - 21,8 i wzrósł w 1995 r. do 23,2. Na 1 lekarza przypadało w końcu 1995 r. 431 mieszkańców. W porównaniu z innymi krajami europejskimi<sup>8</sup> jedynie Rumunia miała wskaźnik niższy, wynoszący 18,8 (1992 r.). Spośród sąsiadów Polski najwyższy wskaźnik miała Litwa - 36,8 (1992 r.), a najniższy Słowacja - 29,7 (1992 r.). Wśród krajów Unii Europejskiej najwyższy wskaźnik miały Włochy - 52,1 (1989 r.), a najniższy Holandia - 24,9 (1992).

Spośród 14 objętych kontrolą województw w 4: warszawskim, katowickim, łódzkim i poznańskim, na terenie których funkcjonują akademie medyczne z bazą kliniczną i gdzie w końcu 1992 r. było zatrudnionych 26.750 lekarzy, przybyło ich w ciągu 3 lat 1.895 (7,1%), w tym w woj. warszawskim - 1.044. Z ogólnego przyrostu kadr lekarskich w latach 1993-1995, co trzeci lekarz znalazł zatrudnienie w wymienionych 4 województwach, a prawie co piąty w woj. warszawskim. Według stanu na 31 grudnia 1995 r. liczba lekarzy na 10 tys. ludności wynosiła w woj. warszawskim - 43,0, łódzkim - 38,9, poznańskim - 29,1 i katowickim - 25,4, co oznaczało że na jednego lekarza przypadały w tych województwach odpowiednio: 233, 257, 344 i 393 osoby.

W 10 pozostałych województwach, w których liczba zatrudnionych lekarzy w końcu 1992 r. wynosiła 10.712, a liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców była niższa od średniokrajowej, przybyło w latach 1993-1995 674 lekarzy (6,3%); w dwóch województwach posiadających w 1992 r., małą w stosunku do ludności, liczbę lekarzy przyrost tych kadr był znaczny: w woj. siedleckim - 10,4% przy wskaźniku liczby lekarzy na 10 tys. ludności wynoszącym 11,4 i w woj. kaliskim - o 9,7% przy wskaźniku - 13,6. W woj. skierniewickim liczba lekarzy nie zwiększyła się choć wymieniony wskaźnik (16,1/10 tys. ludności) był niższy od średniego w kraju, a w woj. pільskim mimo wskaźnika (13,4), jednego z najniższych w kraju,

---

<sup>7</sup> Wg sprawozdania MZiOS MZ-88.

<sup>8</sup> Mały Rocznik Statystyczny GUS Warszawa 1996.

przyrost kadr lekarskich wyniósł zaledwie 3,7%. W tej grupie województw liczba lekarzy na 10 tys. ludności wynosiła w 1995 r. od 21,0 w woj. kieleckim, do 12,5 w woj. siedleckim, co oznaczało, iż na 1 lekarza przypadało w tych województwach od 476 do 800 osób.

W latach 1993-1995 liczba lekarzy dentystów w kraju zwiększyła się z 16.615 do 17.782, tj. o 1.167 (7,0%). Równocześnie zwiększył się wskaźnik liczby lekarzy dentystów na 10 tys. ludności z 4,3 do 4,6 lecz był on najniższy w porównaniu z krajami sąsiadującymi z Polską, gdyż wg danych z 1992 r. w Czechach wynosił on 5,7; na Litwie - 5,6; w Niemczech - 7,0 i w Słowacji - 4,6 (w Rosji wspólny wskaźnik, obejmujący lekarzy i lekarzy dentystów wynosił w 1992 r. - 44,2), wśród krajów Unii Europejskiej najniższy wskaźnik odnotowano we Włoszech - 1,9 (1992 r.) a najwyższy w Danii - 9,8 (1994 r.).

Z ogólnego przyrostu, w okresie 3 lat, 1.167 lekarzy dentystów 456 (39,1%) podjęło pracę w woj. warszawskim, gdzie w 1992 r. wskaźnik ich zatrudnienia (5,2/10 tys. ludności) należał do najwyższych w kraju. Natomiast w 5 województwach - spośród objętych kontrolą - w których wskaźnik ten był niższy od średniego w kraju zatrudnienie w czterech z nich uległo zmniejszeniu i w jednym nie zmieniło się, a mianowicie:

| Województwo    | 1992 r.                  |                                    | 1995 r.                  |                                    | 3-1  | 5:1<br>w % |
|----------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|------|------------|
|                | liczba lek.<br>dentystów | wskaźnik<br>na 10 tys.<br>ludności | liczba lek.<br>dentystów | wskaźnik<br>na 10 tys.<br>ludności |      |            |
|                | 1                        | 2                                  | 3                        | 4                                  | 5    | 6          |
| katowickie     | 1.640                    | 4,1                                | 1.524                    | 3,9                                | -116 | 7,1        |
| pilskie        | 161                      | 3,3                                | 148                      | 3,0                                | - 13 | 8,1        |
| skierniewickie | 148                      | 3,5                                | 147                      | 3,5                                | - 1  | 0,7        |
| wałbrzyskie    | 273                      | 3,7                                | 259                      | 3,5                                | - 14 | 5,1        |
| zielonogórskie | 235                      | 3,5                                | 235                      | 3,5                                | 0    | -          |

Na 1 lekarza dentystę przypadało w końcu 1995 r. - 2.170 mieszkańców, w tym w woj. warszawskim - 1.415, a w woj. siedleckim - gdzie było ich najmniej w stosunku do ludności - 3.358.

Zestawienia, zawierające dane dotyczące zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów - wg stanu na 31 grudnia 1992 r. i 1995 r. - ogółem w kraju i w 14 województwach objętych kontrolą, stanowią załączniki nr 2 i nr 3 do Informacji.

## **2.2. Zatrudnienie lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej**

Według stanu na koniec 1995 r. spośród 89.428 lekarzy zatrudnionych w Polsce, 15.325 (17,1%) pracowało w podstawowej opiece zdrowotnej <sup>9</sup>, z tego 11.188 w przychodniach rejonowych w miastach i 4.137 w ośrodkach zdrowia na wsi. Poza lekarzami zatrudnionymi pełnoetatowo, pewna ich część pracowała w niepełnym wymiarze godzin. Uwzględniając zatrudnienie również i tych lekarzy, faktyczny potencjał kadrowy, mierzony w tzw. etatach przeliczeniowych (równoważnikach etatowych) <sup>10</sup> odpowiadał zatrudnieniu pełnoetatowemu 18.310 lekarzy i był wyższy o 926 (5,3%) niż w 1992 r. Ukształtował się on jednak poniżej poziomu ogólnego przyrostu liczby lekarzy w kraju, wynoszącego - jak już wspomniano - 6,8%, mimo priorytetowego traktowania lecznictwa podstawowego, w systemie opieki zdrowotnej.

Brak norm zatrudnienia lekarzy w lecznictwie podstawowym uniemożliwia dokonanie oceny ich rozmieszczenia, a zatem i wykorzystania w placówkach lecznictwa. Dla dokonania próby takiej oceny posłużono się wytycznymi Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 listopada 1994 r., zawartymi w programie pt. „Przekształcenie podstawowej opieki zdrowotnej - strategia, realizacja celów i zadań” (Przekształcenia POZ) dotyczącymi lekarzy rodzinnych. W tych wytycznych przyjęto założenie, że liczba podopiecznych lekarza rodzinnego nie powinna w zasadzie przekraczać 2.500, jeśli lekarz opiekuje się tylko populacją dorosłych mieszkańców lub 2.000 - jeśli opiekę sprawuje również nad dziećmi. Liczba podopiecznych lekarza pediatry nie powinna przekraczać 1.500 dzieci i młodzieży. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie w corocznie wykonywanej pracy, zleconej przez MZiOS, pt. „Dynamika zmian zasobów w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie bazy, kadry, wyposażenia i wybranych elementów działalności” posługuje się normą: 2.000 osób na 1 lekarza (na 1 etat przeliczeniowy).

---

<sup>9</sup> Wszystkie dane dot. zatrudnienia lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej wynikają z analizy sprawozdań statystycznych MZ-90 dokonanej w ramach kontroli NIK.

<sup>10</sup> Etaty przeliczeniowe (równoważniki etatowe) obliczono przez podzielenie łącznej liczby opłaconych godzin zatrudnienia lekarzy przez liczbę godzin zatrudnienia 1 lekarza na pełnym etacie, tj. przez 2040.

Przyjmując liczby zawarte w programie „Przekształcenia POZ”, jako umowne normy dla oceny stanu zatrudnienia, należy stwierdzić, że istniejący potencjał kadrowy w lecznictwie podstawowym - w skali kraju - był ilościowo zbliżony do zapotrzebowania na lekarzy rodzinnych, wynikającego ze wspomnianego programu. Łączna bowiem liczba etatów przeliczeniowych lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej na koniec 1995 r. (18,3 tys.) w stosunku do liczby ludności (38,6 mln ) określa wskaźnik: 1 lekarz na 2.107 podopiecznych, wobec umownej normy 2.000 na 1 lekarza rodzinnego, mającego pod swoją opieką całą populację. Dla realizacji postulatów zawartych w programie „Przekształcenia POZ” niezbędne jest jednak spełnienie podstawowego warunku, jakim jest przeszkolenie kadr lekarskich, wg programu przewidzianego dla lekarzy rodzinnych.

Dotychczasowe rezultaty w zakresie szkolenia i zatrudniania lekarzy rodzinnych omówione zostały w punkcie 2.2.5. Informacji.

Jakkolwiek liczby lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej były w skali kraju zbliżone do umownej normy, to ich rozmieszczenie było wysoce zróżnicowane między poszczególnymi województwami i zespołami opieki zdrowotnej, a przede wszystkim między placówkami lecznictwa w mieście i na wsi. W przychodniach rejonowych w miastach przypadają średnio na lekarza 1.754 osoby, a więc poniżej umownej normy, a w ośrodkach zdrowia na wsi 3.130, czyli o ponad połowę więcej niż zakłada ta norma.

Wśród województw objętych kontrolą największe różnice w liczbie ludności, przypadającej na 1 lekarza, ogółem w województwie, i w relacji miasto - wieś, wystąpiły w następujących województwach:

|                | Liczba ludności przypadająca na 1 lekarza |            |        |
|----------------|-------------------------------------------|------------|--------|
|                | ogółem<br>w województwie                  | w miastach | na wsi |
| warszawskie    | 1.588                                     | 1.514      | 2.570  |
| kieleckie      | 1.821                                     | 1.349      | 2.680  |
| łódzkie        | 1.634                                     | 1.620      | 1.870  |
| wałbrzyskie    | 2.570                                     | 2.286      | 3.990  |
| zielonogórskie | 2.714                                     | 2.134      | 4.900  |

Najmniejsze dysproporcje w zatrudnieniu lekarzy między przychodniami rejonowymi w miastach i ośrodkami zdrowia na wsi wystąpiły w województwie łódzkim, a największe - w zielonogórskim. Na terenie miast najkorzystniejsza sytuacja była w województwie kieleckim, a najmniej korzystna w woj. wałbrzyskim, gdzie na 1 lekarza przypadało o 937 osób (69%) więcej niż w woj. kieleckim, natomiast na wsi największa różnica (3.030 osób) wystąpiła między województwami: łódzkim i zielonogórskim.

Dostępność podstawowych świadczeń zdrowotnych, mierzona liczbą ludności, przypadającą na 1 etat przeliczeniowy lekarza, we wszystkich województwach, objętych kontrolą, przedstawia załącznik nr 4 do Informacji.

Z ogólnej liczby 13.613 lekarzy (etatów przeliczeniowych), pracujących w przychodniach rejonowych w miastach - 6.769 było zatrudnionych w poradniach ogólnych, obejmujących opieką zdrowotną populację w wieku powyżej 14 lat i 4.480 - w poradniach dla dzieci, a z ogólnej liczby 4.697 lekarzy zatrudnionych w ośrodkach zdrowia na wsi, 1.158 pracowało w poradniach dla dzieci.

#### **2.2.1. Zatrudnienie lekarzy w poradniach ogólnych w miastach i w ośrodkach zdrowia na wsi**

W latach 1992-95 liczba lekarzy zatrudnionych w poradniach ogólnych zwiększyła się w kraju z 6.512 do 6.769, tj. o 257 (4%). Spośród województw objętych kontrolą tylko w woj. warszawskim zatrudnienie zmniejszyło się z 808 do 771, tj. o 37 (4,6%) a w pozostałych wzrosło, w tym w 6 o ponad 10%, np. w woj. tarnobrzeskim o 43,5% i w woj. białkopodlaskim o 18,2%. Były to województwa, w których wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. ludności należał w 1992 r. do najniższych w kraju. W końcu 1995 r. na jednego lekarza ogólnego (w etatach przeliczeniowych) przypadało średnio w kraju 2.770 mieszkańców w wieku powyżej 14 lat.

Wśród województw objętych kontrolą w sześciu średnia liczba ludności przypadająca na 1 lekarza ogólnego kształtowała się w granicach od 2.000 do 2.500, w pięciu od 2.501 do 3.000 a w trzech pozostałych powyżej 3.000.

Większe zróżnicowanie dostępności świadczeń zdrowotnych w poradniach ogólnych występowało w ramach województw, pomiędzy zespołami opieki zdrowotnej. Na przykład w 67 zespołach na terenie 7 województw było ono następujące:

| województwo  | liczba zoz<br>ogół. | Liczba zoz-ów, w których na 1 lekarza przypadało |                   |                   |                      |
|--------------|---------------------|--------------------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
|              |                     | do 2500<br>osób                                  | 2501-3000<br>osób | 3001-4000<br>osób | powyżej<br>4000 osób |
| bialskopodl. | 5                   | -                                                | 1                 | 3                 | 1                    |
| kaliskie     | 10                  | 1                                                | 2                 | 3                 | 4                    |
| kieleckie    | 12                  | 5                                                | 2                 | 4                 | 1                    |
| łódzkie      | 8                   | 2                                                | 3                 | 3                 | -                    |
| pilskie      | 8                   | -                                                | 2                 | 3                 | 3                    |
| poznańskie   | 13                  | -                                                | 1                 | 4                 | 8                    |
| wałbrzyskie  | 11                  | -                                                | -                 | 2                 | 9                    |
| razem        | 67                  | 8                                                | 11                | 22                | 26                   |

W 8 zespołach opieki zdrowotnej (12%) średnia liczba ludności przypadająca na 1 lekarza ogólnego nie przekraczała 2.500, w tym w Zespole w Kazimierzy Wielkiej wynosiła 1.280, natomiast w 26 zoz-ach (39%) była większa niż 4.000, w tym w 11 - większa niż 5.000, na przykład w Grodzisku Wlkp. wynosiła 7,7 tys.

W 35 zoz-ach (52%) nastąpiło zwiększenie zatrudnienia w porównaniu z 1992 r. ale w 19 (28%) zmniejszyło się ono, w tym w 7, w których już w 1992 r. było niskie (na jednego lekarza przypadało co najmniej 4 tys. ludności) a w 13 zoz-ach (20%) liczba lekarzy pozostawała na poziomie 1992 r., choć w 6 z nich na 1 lekarza przypadało co najmniej 4 tys. ludności. W co drugim więc zoz-ie dostępność opieki zdrowotnej nie poprawiła się lub uległa pogorszeniu w latach 1992-95, a w co piątym w warunkach znacznego niedoboru lekarzy.

W ośrodkach zdrowia na wsi liczba lekarzy (w et. przelicz.) zwiększyła się w latach 1992-95 z 4.404 do 4.697, tj. o 293 (6,7%). Na jednego lekarza przypadało w 1995 r. średnio w kraju 3.130 osób<sup>11</sup>. Po odliczeniu dzieci i młodzieży w wieku do 14 lat i lekarzy pediatrów i ginekologów, na 1 lekarza ogólnego (internistę) przypadały średnio 3.374 osoby w wieku powyżej 14 lat, tj. o 22% więcej niż w poradniach ogólnych w mieście.

<sup>11</sup> Liczba ta obejmuje całą populację i jest wynikiem podzielenia ogółu ludności zamieszkującej na wsi przez liczbę wszystkich lekarzy zatrudnionych w ośrodkach zdrowia na wsi.

O 10% zwiększyło się zatrudnienie lekarzy w woj. łódzkim, w którym w 1992 r. na jednego lekarza przypadało 2,1 tys. osób i wskaźnik ten, najkorzystniejszy w kraju jeszcze zmniejszył się w 1995 r., do 1,8 tys. osób, natomiast tylko o 6,1% zwiększyło się zatrudnienie w woj. zielonogórskim, gdzie w 1992 r. na jednego lekarza przypadało 5,1 tys. osób.

Dostępność świadczeń zdrowotnych w 58 zespołach opieki zdrowotnej, w niżej wymienionych województwach, była następująca:

| województwo    | liczba zoz ogół. | Liczba zoz-ów, w których na 1 lekarza przypadało |                |                |                   |
|----------------|------------------|--------------------------------------------------|----------------|----------------|-------------------|
|                |                  | do 2500 osób                                     | 2501-3000 osób | 3001-4000 osób | powyżej 4000 osób |
| bialskopodl.   | 5                | -                                                | -              | 5              | -                 |
| kaliskie       | 10               | -                                                | 4              | 2              | 4                 |
| kieleckie      | 12               | -                                                | 3              | 3              | 6                 |
| siedleckie     | 6                | -                                                | 1              | 2              | 3                 |
| skierniewickie | 6                | 1                                                | 3              | 1              | 1                 |
| tarnobrzeskie  | 8                | -                                                | -              | 2              | 6                 |
| wałbrzyskie    | 11               | 2                                                | 3              | 4              | 2                 |
| razem          | 58               | 3                                                | 14             | 19             | 22                |

Tylko w 3 zoz-ach (5%) liczba ludności na 1 lekarza nie przekraczała 2.500 osób i w żadnym z tych zoz-ów nie osiągnięto w 1995 r. wskaźnika: 1 lekarz na 2.000 osób, natomiast w 22 zoz-ach (38%) na jednego lekarza przypadało więcej niż 4.000 osób, w tym w 10 przypadało ich więcej niż 5.000.

W 33 zoz-ach (57%) nastąpiło zwiększenie zatrudnienia lekarzy w latach 1993-1995 ale równocześnie w 20 (34%) jego zmniejszenie, w tym w 11 (19%) pomimo niskiej dostępności opieki zdrowotnej, a w 5 (9%) stan zatrudnienia pozostał bez zmian, w tym w 3 pomimo niskiej dostępności opieki zdrowotnej.

### 2.2.2. Zatrudnienie lekarzy w poradniach dla dzieci

Liczba zatrudnionych na pełnym etacie lekarzy pediatrów wynosiła w skali kraju w 1995 r. 5.228, co oznaczało, że na 1 lekarza tej specjalności przypadało średnio 1.683 dzieci i młodzieży do 14 lat, a uwzględniając również czas pracy lekarzy niepełnozatrudnionych liczba równoważników etatowych wynosiła 6.038, w tym 4.880 w mieście i 1.158 na wsi. Na 1 etat przeliczeniowy przypadało średnio w kraju 1.457 dzieci, tj. poniżej umownej normy (1.500) przyjętej w programie „Przekształcenia POZ”.

W pięciu, spośród województw objętych kontrolą, liczba dzieci i młodzieży przypadająca na 1 lekarza pediatrę (etat przeliczeniowy) była mniejsza od 1.500 i wynosiła w woj.:

|             |        |
|-------------|--------|
| warszawskim | - 840  |
| katowickim  | - 1192 |
| kieleckim   | - 1278 |
| łódzkim     | - 895  |
| poznańskim  | - 1242 |

natomiast spośród pozostałych dziewięciu województw w trzech była większa niż 2.000, a mianowicie w:

|                  |         |
|------------------|---------|
| bialskopodlaskim | - 2061  |
| siedleckim       | - 2386  |
| zielonogórskim   | - 2022. |

Jeszcze większe zróżnicowanie dostępności świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży występowało między miastem i wsią.

W poradniach dla dzieci w miastach na 1 równoważnik etatowy przypadało średnio w kraju 1.048 osób, a więc znacznie poniżej wspomnianej normy. Także we wszystkich objętych kontrolą województwach na 1 równoważnik etatowy przypadało mniej niż 1.500 osób, a w niektórych województwach mniej niż 1.000, np. w warszawskim - 771, kieleckim - 792 i łódzkim - 858. W większości zoz-ów już w 1992 r. liczba dzieci i młodzieży przypadająca na 1 pediatrę była w miastach mniejsza niż 1.500 i w następnych latach następował dalszy przyrost tych kadr.

W woj. kieleckim w 1992 r. we wszystkich 12 zoz-ach na 1 pediatrę przypadało mniej niż 1.500 osób, w tym w 4 mniej niż 750. W następnych latach w 10 z nich nastąpił dalszy przyrost liczby zatrudnionych pediatrów, w wyniku czego liczba dzieci i młodzieży przypadająca na 1 lekarza zmniejszyła się np. w Kielcach z 746 do 580, w Busku Zdroju z 826 do 628, w Jędrzejowie z 1.000 do 690.

W woj. kaliskim „normę” osiągnięto w 1992 r. w 6 spośród 10 zoz-ów i w następnych latach liczba pediatrów nadal zwiększała się, np. w ZOZ-ie w Wieruszowie na 1 lekarza pediatrę przypadało w 1992 r. 600 dzieci i młodzieży a w 1995 r. - 520.

Na 42 zoz-y funkcjonujące w 4 województwach (kieleckim, poznańskim, siedleckim i wałbrzyskim) w 18, w których nastąpiła w ciągu 3 lat wyraźna poprawa dostępności opieki lekarskiej dla dzieci w miastach, równocześnie niekorzystna sytuacja w poradniach ogólnych od 1992 r. bądź nie poprawiła się w 1995 r., bądź uległa pogorszeniu.

W ZOZ w Bystrzycy Kłodzkiej liczba dzieci i młodzieży przypadająca na 1 pediatrę zmniejszyła się z 1.300 do 980 a w poradniach ogólnych liczba pacjentów wzrosła z 4.160 do 4.700.

W ZOZ w Busku Zdroju liczba dzieci i młodzieży, przypadająca na 1 pediatrę zmniejszyła się z 830 w 1992 r. do 630 w 1995 r., a jednocześnie w poradniach ogólnych liczba podopiecznych na 1 lekarza wzrosła z 3,6 tys. do 3,7

W ZOZ w Sokołowie Podlaskim przy podwojeniu zatrudnienia pediatrów i zmniejszeniu liczby podopiecznych lekarza pediatri do 990, zatrudnienie lekarzy ogólnych pozostało na niezmiennym poziomie: 1 lekarz na 4,3 tys. osób.

W ośrodkach zdrowia na wsi liczba lekarzy pediatrów - jak już wyżej wspomniano - była szczególnie mała, w stosunku do populacji dzieci. Na jeden równoważnik etatowy lekarza przypadało średnio w kraju 3.183 dzieci, tj. ponad trzykrotnie więcej niż w miastach i w żadnym województwie nie osiągnięto poziomu 1.500 dzieci/1 etat przeliczeniowy. Wśród badanych województw: w poznańskim na 1 lekarza pediatrę przypadało 1.702 dzieci a w zielonogórskim - 7.316, czyli ponad czterokrotnie więcej.

W co trzecim zespole opieki zdrowotnej nastąpił regres w zatrudnieniu lekarzy pediatrów na wsi, w tym na terenie 3 województw (w pilskim, tarnobrzeskim i wałbrzyskim) - w stopniu znacznym.

W woj. tarnobrzeskim, gdzie w 1992 r. stan zatrudnienia lekarzy pediatrów należał do najniższych, w 1995 r. w 4 zoz-ach (na 8) nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia. Na jednego lekarza przypadała następująca liczba dzieci:

|                     | w 1992 r. | w 1995 r. |
|---------------------|-----------|-----------|
| w Janowie Lubelskim | 3000      | 5800      |
| w Sandomierzu       | 4900      | 8100      |
| w Stalowej Woli     | 2000      | 4900      |
| w Tarnobrzegu       | 3300      | 4000      |

### 2.2.3. Zatrudnienie lekarzy dentystów

Wg stanu na 31 grudnia 1995 r. z ogólnej liczby 17.182 lekarzy dentystów, 8.430 (47%) było zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym 6.261 w poradniach w miastach i 2.169 - na wsi. Po uwzględnieniu zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w niepełnym wymiarze godzin, łączne zatrudnienie w miastach odpowiadało 7.165 etatom przeliczeniowym, a na wsi - 2.419. Na 10 tys. ludności w miastach przypadały 3,0 etaty przeliczeniowe, a na wsi - 1,6, co oznacza, że na 1 etat w miastach przypadało średnio 3.330 mieszkańców, a na wsi 6.080.

W 1995 r. rozpiętość wskaźników zatrudnienia lekarzy dentystów, w etatach przeliczeniowych na 10 tys. ludności, kształtowała się w zespołach opieki zdrowotnej w niżej wymienionych województwach, następująco:

| województwo      | W poradniach w miastach |                                          | W poradniach na wsi |                                          |
|------------------|-------------------------|------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|
|                  | wskaźnik                | w tym od - do                            | wskaźnik            | w tym od - do                            |
|                  |                         | ogólnowoj.                               |                     | ogólnowoj.                               |
| bialskopodlaskie | 3,51                    | od 2,7 w Międzyrzecu do 5,07 w Parczewie | 1,97                | od 1,26 w Łosicach do 2,58 w Międzyrzecu |
| kaliskie         | 3,0                     | od 0 w Koźminie do 5,1 w Wieruszowie     | 1,48                | od 0,5 w Ostrzeszewie do 2,1 w Kaliszu   |

|            |      |                                                 |      |                                                         |
|------------|------|-------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------|
| kieleckie  | 4,0  | od 2,9 w Ostrowcu Św.<br>do 8,9 w Kazimierzy W. | 1,9  | od 0,8 w Kazimierzy Wielkiej<br>do 2,5 w Skarżysku Kam. |
| pilskie    | 3,46 | od 1,8 w Trzciance<br>do 5,1 w Wałczu           | 0,97 | od 0 w Wałczu<br>do 1,44 w Pile                         |
| poznańskie | 3,06 | od 1,1 w Śremie<br>do 5,2 w Poznaniu-Wildze     | 2,5  | od 1,7 w Gnieźnie<br>do 6,8 w Poznaniu-Wildze           |
| siedleckie | 3,0  | od 1,22 w Sokołowie P.<br>do 3,46 w Łukowie     | 1,5  | od 1,01 w Węgrowie<br>do 1,76 w Sokołowie Podl.         |

We wszystkich wymienionych województwach zatrudnienie lekarzy dentystów zarówno w poradniach w miastach, jak i na wsi było zróżnicowane. W miastach: od całkowitego braku lekarzy w ZOZ-ie w Koźminie, w woj. kaliskim, do 8,9 etatów na 10 tys. ludności w ZOZ-ie w Kazimierzy Wielkiej, w woj. kieleckim i na wsi od „0” w ZOZ-ie w Wałczu, w woj. pilskim, do 6,8 w ZOZ-ie w Poznaniu Wildze.

Zwracają uwagę znaczne dysproporcje między zatrudnieniem w poradniach w mieście i na wsi, np. w woj. kieleckim najwięcej lekarzy dentystów w poradniach w mieście było w ZOZ-ie w Kazimierzy Wielkiej: na 1 lekarza dentystę (etat przeliczeniowy) przypadało tylko 1,1 tys. mieszkańców, a w tym samym ZOZ-ie w poradniach na wsi: 12,5 tys. mieszkańców.

Na 61 zoz-ów znajdujących się w ww. województwach w 37 (61%) nastąpiła w latach 1993-1995 poprawa dostępności świadczeń stomatologicznych na wsi, ale w 22 zoz-ach (36%) obniżyła się (w tym w województwie kieleckim w 5 na 10 zoz-ów i w województwie poznańskim w 8 na 13) i w 2 zoz-ach pozostała na poziomie z 1992 r., choć w 11 z tych 24 zoz-ów liczba lekarzy dentystów przypadająca na 10 tys. ludności, była mniejsza niż 2, czyli na 1 lekarza dentystę przypadało więcej niż 5 tys. osób.

#### 2.2.4. Efektywność pracy lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej

Dysproporcje w efektywności pracy lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej występowały zarówno w odniesieniu do wizyt domowych, jak i porad

ambulatoryjnych. Obok poradni, w których nie określono czasu przeznaczonego na wizyty domowe i wykonywano je bezpośrednio po zakończeniu przyjęć pacjentów w ambulatorium, były poradnie, w których czas na wizyty był „z góry” określony w rozkładzie zajęć lekarza, przy czym w niektórych nie przekraczał on 20% dziennego czasu pracy, a w innych sięgał 50%.

W ZOZ w Poznaniu - Stare Miasto dzienny czas pracy lekarzy ogólnych i pediatrów był podzielony na 4 godziny pracy w ambulatorium i pozostałe 3 godziny i 35 minut na odbywanie wizyt domowych, bez względu na to czy i ile tych wizyt było w danym dniu zgłoszonych. W czerwcu 1996 r. na 1 wizytę domową przypadała następująca liczba godzin:

- w Przychodni Rejonowej przy ul. Marcinkowskiego - 3 godziny i 24 minuty,
- w Przychodni Rejonowej w osiedlu „Chrobry” - 7 godzin i 12 minut,
- w Przychodni Rejonowej w osiedlu „Batory” - 16 godzin i 40 minut.

W wyniku sprawdzenia liczby tych wizyt wykonanych w marcu w latach 1992-96, tj. w miesiącu wzmożonej zachorowalności, stwierdzono, że na 1 wizytę domową w Poradni Rejonowej w os. „Chrobry” przypadało w 1992 r. średnio 5 godzin i ta średnia utrzymywała się w kolejnych latach do 1996 r. włącznie.

Znacznie zróżnicowana była liczba porad ambulatoryjnych, przypadająca na 1 godzinę pracy lekarza.

W 8 przychodniach rejonowych w ZOZ Łódź-Polesie liczby udzielonych porad, przypadające na 1 godzinę pracy lekarza, po odliczeniu absencji, były w I półroczu 1996 r. następujące:

| Nazwa poradni                    | liczby porad od - do |             |                   |
|----------------------------------|----------------------|-------------|-------------------|
|                                  | w poradniach         |             |                   |
|                                  | ogólnych             | dziecięcych | stomatologicznych |
| Przych. Rej. nr 31               | 2,1-3,8              | 2,3-3,4     | 1,9-2,3           |
| Przych. Rej. nr 32               | 1,7-3,0              | 2,0-3,0     | 1,4-2,5           |
| Przych. Rej. nr 33               | 4,5-5,2              | 2,1-3,8     | 1,9-2,9           |
| Przych. Rej. nr 34               | 2,9-5,0              | 1,7-4,2     | -                 |
| Przych. Rej. nr 35               | 3,4-4,3              | 2,2-3,4     | -                 |
| Przych. Rej. nr 36               | 3,6-6,0              | 2,4-3,5     | -                 |
| Przych. Rej. nr 37               | 2,4-3,4              | -           | 2,2-4,9           |
| Przych. Rej. nr 39               | 2,8-3,8              | 1,9-3,4     | 1,6-2,6           |
| Przych. Rej. w<br>Konstantynowie | 3,8-5,0              | 1,6-3,5     | -                 |

W ww. ZOZ-ie lekarze przyjmowali średnio w ciągu 1 godziny - w stosunku półrocznym - w poradniach ogólnych od 1,7 do 6,0 pacjentów, w poradniach dla dzieci od 1,6 do 4,2 a w poradniach stomatologicznych od 1,6 do 4,9.

#### 2.2.5. Kształcenie i zatrudnienie lekarzy rodzinnych

Specjalizacja w zakresie medycyny rodzinnej wprowadzona została zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1994 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej <sup>12</sup>. Kształcenie lekarzy rodzinnych rozpoczęte już w 1993 r. odbywa się dwutorowo: w trybie rezydenckim, trwającym 3 lata i w trybie skróconym, trwającym 6 miesięcy.

Kształcenie w trybie rezydenckim, przewidziane dla lekarzy po stażu podyplomowym, odbywa się w ramach 400 odrębnych etatów w akredytowanych placówkach akademii medycznych lub w placówkach podległych wojewodom i do 1994 r. finansowane było z budżetu MZiOS.

W 1993 r. placówki akademii medycznych uzyskały dla realizacji I etapu szkolenia 201 etatów, z których wykorzystwały - wg stanu na dzień 30 września 1994 r. - 174, natomiast placówki podległe wojewodom otrzymały 199 etatów, z których wykorzystwały w tym samym czasie tylko 83. Spośród 44 akredytowanych zespołów opieki zdrowotnej i szpitali wojewódzkich, 7 nie wykorzystало ani jednego spośród 53 przyznanych etatów rezydenckich, np. ZOZ w Stalowej Woli - 8 i Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu - 4.

W II cyklu szkolenia w ramach etatów rezydenckich, rozpoczętym na jesieni 1994 r. placówki akademii medycznych wykorzystowały - wg stanu na 31 marca 1995 r. - 188 etatów (94%) a placówki podległe wojewodom - 75 (38%); 6 zakładów opieki zdrowotnej nie wykorzystало żadnego spośród 33 przyznanych etatów, a 9 wykorzystало nie więcej niż 25%, np. Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze 1 z 10, Wojewódzki Szpital Zespolony w Krośnie 1 z 15 i ZOZ w Stalowej Woli 2 z 8. Wg stanu na marzec 1996 r. w placówkach lecznictwa, podległych wojewodom, kształciło się w ramach: I cyklu ok. 80 lekarzy, II - ok. 70 i III - 15, razem ok. 165 osób.

---

<sup>12</sup> Dz. Urz. MZiOS Nr 11, poz. 23.

Jedną z przyczyn spadku zainteresowania szkoleniem lekarzy rodzinnych w trybie etatowym na terenie województw były zmiany wprowadzone w 1995 r. w sposobie finansowania placówek podległych wojewodom, w związku z czym zapewnienie środków finansowych na szkolenie lekarzy w tym trybie pozostało w gestii wojewodów.

Natomiast w placówkach podległych MZiOS kształcenie odbywało - wg stanu na 30 sierpnia 1996 r. - 480 osób, w tym w I cyklu - 161, II - 175 i III - 144.

Szkolenie lekarzy rodzinnych w trybie skróconym, bezetatowo, przewidziane jest dla lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, posiadających I lub II stopień specjalizacji w zakresie interny lub pediatrii względnie I stopień w zakresie medycyny ogólnej. Natomiast II stopień specjalizacji z zakresu medycyny ogólnej jest równoznaczny ze specjalizacją w zakresie medycyny rodzinnej. Liczba tych lekarzy wynosiła w 1995 r. - jak wynika z danych sprawozdawczych (MZ-89) - 741.

Do kwietnia 1996 r. specjalizację z medycyny rodzinnej, w trybie skróconym, uzyskało łącznie 643 lekarzy, w tym do końca 1995 r. - 451. Ze sprawozdania statystycznego MZ-90 wynika, iż lekarzy rodzinnych, pełnozatrudnionych, było 215, z tego w miastach - 129 i na wsi - 86. Najwięcej, 75 lekarzy rodzinnych (35%), zatrudnionych było w 3 województwach (siedleckim, ciechanowskim i ostrołęckim) a w 27 województwach nie zatrudniano w ogóle lekarzy rodzinnych na pełnym etacie. Z liczb tych wynika, iż spośród lekarzy rodzinnych, którzy uzyskali tę specjalizację do listopada 1995 r. mniej niż połowa była zatrudniona w placówkach lecznictwa podstawowego.

Ministerstwo nie dochodziło przyczyn tego stanu rzeczy. Zdaniem naczelnika Wydziału Podstawowej Opieki Zdrowotnej dane prezentowane w sprawozdaniu Mz-90 nie ujmują wszystkich lekarzy, którzy posiadali specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej być może z powodu opóźnień w przedłożeniu dokumentacji o uzyskaniu specjalizacji.

Mimo preferowania przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zatrudniania lekarzy rodzinnych w systemie kontraktowym<sup>13</sup>, efekty w tym zakresie były - jak wynikało z danych MZiOS - małe. Wg stanu na dzień 30 czerwca 1996 r. zawarto 57 tych kontraktów, które w stosunku do liczby osób przeszkolonych do kwietnia 1996 r. (643) stanowiły 9%.

---

<sup>13</sup> Są to umowy o usługi obejmujące udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (Dz.U. Nr 73, poz. 363).

Zaawansowanie wdrażania idei lekarza rodzinnego w 5 objętych kontrolą województwach było następujące:

W woj. pільskim na 39 lekarzy rodzinnych (łącznie z lekarzami posiadającymi specjalizację II stopnia z medycyny ogólnej) kontrakty zawarto z siedmioma, a pozostali pracowali na dotychczasowych warunkach.

W woj. łódzkim na 19 lekarzy, którzy uzyskali specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej 3 pracowało na kontraktach, a ich gabinety były odpowiednio wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną.

W woj. poznańskim tylko z jednym lekarzem zawarto kontrakt spośród 23, którzy uzyskali tę specjalizację, a w woj. białkopodlaskim - z żadnym, choć przygotowanie zawodowe do zawarcia kontraktu miało 23 lekarzy.

W woj. siedleckim, gdzie również nie zawarto kontraktu z żadnym z 36 przeszkolonych lekarzy, dyrektor Wydziału Zdrowia UW podał, iż podstawową przyczyną tego stanu jest brak dodatkowych środków finansowych oraz brak unormowań prawnych, które by szczegółowo określały charakter oraz zasady zawierania kontraktów, w tym obowiązki stron. W szczególności brak jest - według oceny dyrektora - następujących rozwiązań:

- rejestru usług (procedur diagnostyczno-leczniczych), objętych bezpłatną opieką medyczną,
- określenia zakresu kompetencji oraz obowiązków lekarza pracującego w ramach kontraktu,
- cennika usług medycznych,
- jasnego systemu finansowania praktyk kontraktowych, ze wskazaniem zasad opodatkowania,
- ustalenia zasad rozliczania wykonywanych poza praktyką lekarza rodzinnego, konsultacji i badań specjalistycznych.

Ustalenia kontroli wskazują, że na 27 zespołów opieki zdrowotnej, w których byli zatrudnieni lekarze, przeszkoleni w zakresie medycyny rodzinnej, w 23 żaden z nich nie pracował na warunkach kontraktowych. Po odbyciu szkolenia wracali oni do tych samych placówek lecznictwa i pracowali na dotychczasowych warunkach. W 4 zoz-ach kontrakty zawarto tylko z niektórymi lekarzami.

Na ogół występowało małe zainteresowanie specjalizacją medycyny rodzinnej wśród lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej, mających formalne podstawy do odbywania takiego szkolenia.

W woj. opolskim na apel Regionalnego Ośrodka Kształcenia w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, skierowany 14 czerwca 1994 r. - za pośrednictwem Wydziału Zdrowia UW w Opolu - do wszystkich 11 zoz-ów o zgłaszanie kandydatów do szkolenia w trybie skróconym, 9 nie zgłosiło żadnego kandydata. Apel ten ponowiono w sierpniu 1995 r. ale i tym razem nie było chętnych do odbycia szkolenia. W zakresie specjalizacji etatowej Wydział Zdrowia UW poinformował w czerwcu 1995 r. wszystkie zoz-y o uruchomieniu 3 cyklu szkolenia, jednak żaden lekarz nie zgłosił uczestnictwa. Nie było też chętnych na kolejny, 4 cykl tego szkolenia.

W ZOZ w Raciborzu, gdzie nie było zatrudnionych lekarzy rodzinnych, dyrektor oświadczył, iż nie przyniosły rezultatu rozmowy, przeprowadzone z lekarzami zatrudnionymi w podstawowej opiece zdrowotnej w celu zachęcenia ich do podjęcia szkolenia. Wg dyrektora ZOZ wynika to z braku jasnych uregulowań prawnych.

Wytypowani do szkolenia lekarze w ZOZ w Sycowie zrezygnowali z propozycji, podając m.in. następujące powody swoich decyzji:

- brak wyraźnych i jednoznacznych perspektyw zatrudnienia na etacie lekarza rodzinnego w dotychczasowym ZOZ-ie,
- utratę dodatkowych dochodów z tytułu prowadzenia prywatnej praktyki lekarskiej,
- niewiadoma strona materialno-finansowa po uzyskaniu specjalizacji.

Stwierdzono przypadki braku koordynacji między przygotowaniem kadr, a odpowiednim wyposażeniem gabinetów lekarskich w sprzęt i aparaturę medyczną.

W woj. białkopodlaskim wyremontowano - ze środków PHARE - 3 przychodnie rejonowe: w Białej Podlaskiej, Międzyrzecu Podlaskim i Radzynie Podlaskim oraz Gminny Ośrodek Zdrowia w Borkach. Remonty wykonano w 1995 r. ale do końca października 1996 r. nie wyposażono tych obiektów w niezbędny dla funkcjonowania gabinetów lekarzy rodzinnych sprzęt i aparaturę. W województwie tym było przeszkolonych - jak wyżej wspomniano - 23 lekarzy rodzinnych.

### *2.3. Zatrudnienie i efektywność pracy lekarzy specjalistów w placówkach leczenia ambulatoryjnego*

Badaniem objęto zatrudnienie lekarzy w poradniach okulistycznych, laryngologicznych, neurologicznych i dermatologicznych <sup>14</sup>, tj. w placówkach leczenia, które powinny

---

<sup>14</sup> Wg sprawozdań ZD-3, MZ-90.

funkcjonować w każdym zespole opieki zdrowotnej. W 1995 r. liczba lekarzy zatrudnionych w niżej wymienionych poradniach wynosiła w kraju:

| poradnie        | liczba lekarzy<br>w etatach przelicz. | wskaźnik liczby etatów<br>w przelicz. na 10 tys.ludn. |
|-----------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| okulistyczne    | 1431                                  | 0,37                                                  |
| laryngologiczne | 1090                                  | 0,28                                                  |
| neurologiczne   | 967                                   | 0,25                                                  |
| dermatologiczne | 972                                   | 0,25                                                  |

W układzie wojewódzkim nastąpiło zróżnicowanie wymienionych wskaźników. W siedmiu województwach, spośród objętych kontrolą, liczba lekarzy (w etatach przelicz.), przypadająca na 10 tys. ludności była w analizowanych poradniach następująca:

| P O R A D N I E  |              |                 |               |                 |
|------------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| województwo      | okulistyczna | laryngologiczna | neurologiczna | dermatologiczna |
| bialskopodlaskie | 0,28         | 0,23            | 0,26          | 0,31            |
| kaliskie         | 0,20         | 0,17            | 0,17          | 0,17            |
| kieleckie        | 0,28         | 0,21            | 0,19          | 0,19            |
| siedleckie       | 0,32         | 0,16            | 0,19          | 0,19            |
| skierniewickie   | 0,24         | 0,19            | 0,32          | 0,22            |
| tarnobrzeskie    | 0,31         | 0,16            | 0,16          | 0,19            |
| wałbrzyskie      | 0,28         | 0,21            | 0,20          | 0,19            |

Różnice w dostępności ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych między województwami zatrudniającymi najmniej a województwami zatrudniającymi najwięcej specjalistów w danej dziedzinie, w stosunku do liczby ludności, nie przekraczały - z wyjątkiem okulistyki - 50%, natomiast w okulistyce różnica między województwami: kaliskim i siedleckim wynosiła 60%.

Problem zróżnicowanej dostępności świadczeń specjalistycznych wystąpił w obrębie województw, między poszczególnymi zespołami opieki zdrowotnej, a więc już bezpośrednio w

relacji: lekarz specjalista - pacjent. W każdym województwie i w każdej specjalności dysproporcje w dostępności tych świadczeń były rażąco wysokie:

| Województwo      | Okulistyka                                                                                                     | Laryngologia                                                                                               | Neurologia                                                                                               | Dermatologia                                                                                                  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| bialskopodlaskie | <u>średnia woj. 0,28</u><br>od 0,21 w Radzynie<br>do 0,4 w Parczewie<br><i>różnica 1,9 krotna</i>              | <u>średnia woj. 0,23</u><br>od 0,13 w Radzynie<br>do 0,5<br>w Międzyrzeczu P.<br><i>różnica 3,8 kr.</i>    | <u>średnia woj. 0,26</u><br>od 0,08 w Radzynie<br>do 0,56 w Łosicach<br><i>różnica 7 kr.</i>             | <u>średnia woj. 0,31</u><br>od 0,16 w Radzynie<br>do 0,4<br>w Międzyrzeczu<br><i>różnica 2,5 kr.</i>          |
| kaliskie         | <u>średnia woj. 0,20</u><br>od 0,03 w Koźminie<br>do 0,3 w Sycowie<br><i>różnica 10 kr.</i>                    | <u>średnia woj. 0,17</u><br>od 0,06 w Ostrowie<br>Wlkp<br>do 0,3<br>w Krotoszynie<br><i>różnica 5 kr.</i>  | <u>średnia woj. 0,17</u><br>od 0,03 w Koźminie<br>do 0,4 w Kępnie<br><i>różnica 13 kr.</i>               | <u>średnia woj. 0,17</u><br>od 0,08 w Sycowie<br>do 0,4 w Kępnie<br><i>różnica 5 kr.</i>                      |
| kieleckie        | <u>średnia woj. 0,28</u><br>od 0,1<br>w Kazimierzy W.<br>do 0,37<br>w Skarżysku Kam.<br><i>różnica 3,7 kr.</i> | <u>średnia woj. 0,21</u><br>od 0,07<br>w Chmielniku<br>do 0,44<br>we Włoszczowej<br><i>różnica 6 kr.</i>   | <u>średnia woj. 0,19</u><br>od 0,07<br>w Chmielniku<br>do 0,29 w Kielcach<br><i>różnica 4 kr.</i>        | <u>średnia woj. 0,19</u><br>od 0,03<br>w Jędrzejowie<br>do 0,26<br>w Ostrowcu Św.<br><i>różnica ok. 9 kr.</i> |
| siedleckie       | <u>średnia woj. 0,32</u><br>od 0,12 w Węgrowie<br>do 0,42 w Siedlcach<br><i>różnica 3,5 kr.</i>                | <u>średnia woj. 0,16</u><br>od 0,08 w Węgrowie<br>do 0,24 w Siedlcach<br><i>różnica 3 kr.</i>              | <u>średnia woj. 0,19</u><br>od 0,12 w Sokołowie<br>do 0,24<br>w Garwolinie<br><i>różnica 2 kr.</i>       | <u>średnia woj. 0,19</u><br>od 0,09<br>w Garwolinie<br>do 0,24 w Mińsku M<br><i>różnica 2,6 kr.</i>           |
| skierniewickie   | <u>średnia woj. 0,24</u><br>od 0,2<br>w Skierniewicach<br>do 0,6 w Brzezina<br><i>różnica 3 kr.</i>            | <u>średnia woj. 0,19</u><br>od 0,1 w Żyrardowie<br>do 0,6 w Brzezina<br><i>różnica 6 kr.</i>               | <u>średnia woj. 0,32</u><br>od 0,3 w Łowiczu<br>do 0,6 w Brzezina<br><i>różnica 2 kr.</i>                | <u>średnia woj. 0,22</u><br>od 0,2 w Łowiczu<br>do 0,6 w Brzezina<br><i>różnica 3 kr.</i>                     |
| tarnobrzskie     | <u>średnia woj. 0,31</u><br>od 0,13<br>w Stalowej Woli<br>do 0,48<br>w Tarnobrzegu<br><i>różnica 3,7 kr.</i>   | <u>średnia woj. 0,16</u><br>od 0,07<br>w Sandomierzu<br>do 0,4 w Janowie L<br><i>różnica 5,7 kr.</i>       | <u>średnia woj. 0,16</u><br>od 0,08<br>w Sandomierzu<br>do 0,26 w Staszowie<br><i>różnica 3,2 kr.</i>    | <u>średnia woj. 0,19</u><br>od 0,11 w Staszowie<br>do 0,26<br>w Sandomierzu<br><i>różnica 2,3 kr.</i>         |
| wałbrzyskie      | <u>średnia woj. 0,28</u><br>od 0,1<br>w Świebodzicach<br>do 0,6<br>w Ziębicach<br><i>różnica 6 kr.</i>         | <u>średnia woj. 0,21</u><br>od 0,1<br>w Świebodzicach<br>do 0,4<br>w Dzierżoniowie<br><i>różnica 4 kr.</i> | <u>średnia woj. 0,20</u><br>od 0,1<br>w Świebodzicach<br>do 0,4<br>w Zabkowicach<br><i>różnica 4 kr.</i> | <u>średnia woj. 0,19</u><br>od 0,02 w Kłodzku<br>do 0,4 w Bielawie<br><i>różnica 20 kr.</i>                   |

Na 28 przykładów zatrudnienia lekarzy specjalistów różnice w dostępności świadczeń leczniczych, mierzonej liczbą zatrudnionych lekarzy w stosunku do liczby ludności tylko w 3 przypadkach nie przekraczały dwukrotności, a z pozostałych 25 w 11 były co najmniej pięciokrotne, w tym w trzech co najmniej dziesięciokrotne.

Na dostępność opieki specjalistycznej miała wpływ również efektywność pracy lekarzy, mierzona liczbą porad, przypadającą na 1 opłaconą godzinę ich pracy. I w tej dziedzinie występowało znaczne zróżnicowanie pomiędzy zespołami opieki zdrowotnej, a mianowicie:

| Województwo      | Okulistyka                                                                                                        | Laryngologia                                                                                                | Neurologia                                                                                          | Dermatologia                                                                                               |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| bialskopodlaskie | <u>średnia woj. 2,9</u><br>od 0,7 w Łosicach<br>do 9,1 w Radzynie<br><i>różnica 13 krotna</i>                     | <u>średnia woj. 3,0</u><br>od 2,1<br>w Międzyrzeczu<br>do 5,1 w Radzynie<br><i>różnica 2,4 kr.</i>          | <u>średnia woj. 2,8</u><br>od 0,8 w Łosicach<br>do 8,1 w Radzynie<br><i>różnica ponad 10 kr.</i>    | <u>średnia woj. 2,6</u><br>od 1,2 w Parczewie<br>do 3,7 w Łosicach<br><i>różnica ponad 3 kr.</i>           |
| kaliskie         | <u>średnia woj. 3,5</u><br>od 2,5<br>w Wieruszowie<br>do 9,1 w Koźminie<br><i>różnica 3,6 kr.</i>                 | <u>średnia woj. 3,4</u><br>od 1,4 w WSZ<br>w Kaliszu<br>do 6,7 w Ostrowiu<br>Wlkp<br><i>różnica 4,8 kr.</i> | <u>średnia woj. 2,3</u><br>od 1,1 w Jarocinie<br>do 7,8 w Koźminie<br><i>różnica 7 kr.</i>          | <u>średnia woj. 3,1</u><br>od 0,6 w Jarocinie<br>do 6,3<br>w Ostrzeszowie<br><i>różnica 10,5 kr.</i>       |
| kieleckie        | <u>średnia woj. 2,6</u><br>od 1,0<br>w Skarżysku Kam.<br>do 4,8 w Kazimierzu<br>Wielkim<br><i>różnica 4,8 kr.</i> | <u>średnia woj. 3,0</u><br>od 1,9<br>w Chmielniku<br>do 8,5 w Miechowie<br><i>różnica 4,5 kr.</i>           | <u>średnia woj. 2,8</u><br>od 0,9 w Jędrzejowie<br>do 7,1 w Miechowie<br><i>różnica 7,9 kr.</i>     | <u>średnia woj. 3,1</u><br>od 1,9<br>w Skarżysku Kam.<br>do 7,5 w Jędrzejowie<br><i>różnica 3,9 kr.</i>    |
| siedleckie       | <u>średnia woj. 2,5</u><br>od 1,1 w Sz.Woj.<br>w Siedlcach<br>do 4,0<br>w Sokołowie P.<br><i>różnica 3,6 kr.</i>  | <u>średnia woj. 2,7</u><br>od 1,7 w Siedlcach<br>do 5,8 w Sokołowie<br><i>różnica 3,4 kr.</i>               | <u>średnia woj. 1,9</u><br>od 1,1 w Siedlcach<br>do 4,7 w Sokołowie<br><i>różnica 4,2 kr.</i>       | <u>średnia woj. 1,7</u><br>od 1,2 w Sz.Woj.<br>w Siedlcach<br>do 2,7 w Sokołowie<br><i>różnica 2,2 kr.</i> |
| skierniewickie   | <u>średnia woj. 3,8</u><br>od 2,4 w Rawie<br>Maz.<br>do 5,9 w WSZ<br>w Skierniewicach<br><i>różnica 2,4 kr.</i>   | <u>średnia woj. 3,1</u><br>od 2,0 w Łowiczu<br>do 5,9 w WSZ<br>w Skierniewicach<br><i>różnica 2,9 kr.</i>   | <u>średnia woj. 2,2</u><br>od 1,8<br>w Sochaczewie<br>do 4,1 w Żyrardowie<br><i>różnica 2,3 kr.</i> | <u>średnia woj. 2,3</u><br>od 1,3 w Brzezinach<br>do 7,0 w Żyrardowie<br><i>różnica 5,4 kr.</i>            |
| tarnobrzeskie    | <u>średnia woj. 2,6</u><br>od 2,1<br>w Tarnobrzegu<br>do 3,7 w Janowie<br>Lubelskim<br><i>różnica 1,7 kr.</i>     | <u>średnia woj. 4,5</u><br>od 2,1 w Opatowie<br>do 8,0<br>w Tarnobrzegu<br><i>różnica 3,8 kr.</i>           | <u>średnia woj. 3,0</u><br>od 1,5 w Stalowej W<br>do 7,0 w Nowej D.<br><i>różnica 4,6 kr.</i>       | <u>średnia woj. 2,3</u><br>od 1,0 w Opatowie<br>do 3,1 w Stalowej<br>Woli<br><i>różnica 3,1 kr.</i>        |

|             |                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                            |                                                                                               |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| wałbrzyskie | <u>średnia woj. 3,2</u><br>od 1,2 w Bielawie<br>do 9,8 w Kłodzku<br><i>różnica 8,1 kr.</i> | <u>średnia woj. 4,0</u><br>od 1,0<br>w Ząbkowicach<br>do 8,0 w Woj.Szp.<br>w Wałbrzychu<br><i>różnica 8 kr.</i> | <u>średnia woj. 2,4</u><br>od 0,7 w Bielawie<br>do 3,6 w Kłodzku<br><i>różnica 5,1 kr.</i> | <u>średnia woj. 1,9</u><br>od 0,9 w Ziębicach<br>do 11,5 w Kłodzku<br><i>różnica 12,7 kr.</i> |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

Na 28 wykazanych przykładów tylko w 1 różnica nie przewyższała dwukrotności, a z pozostałych - w 10 była co najmniej pięciokrotna, w tym w 4 co najmniej dziesięciokrotna.

Stwierdzone dysproporcje, tak w zatrudnieniu lekarzy, jak i w efektywności ich pracy w wybranych specjalnościach nie były zjawiskiem nowym, właściwym dla 1995 r. lecz występowały z taką samą ostrością również w latach ubiegłych, a informacje na ten temat docierały corocznie, w formie sprawozdań statystycznych, zarówno do władz wojewódzkich, jak i do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Nie podejmowano jednak stosownych działań, a zwłaszcza nie prowadzono odpowiedniej polityki kształcenia lekarzy specjalistów, w poszczególnych województwach, w celu zracjonalizowania gospodarki tymi kadrami.

Wydział Zdrowia UW w Kaliszu nie badał przyczyn zróżnicowanej efektywności pracy lekarzy, choć wśród zadań, zawartych w regulaminie Urzędu wymieniono m.in. dokonywanie oceny stanu realizacji i sprawności funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, w tym analizy efektywności ekonomicznej jednostek służby zdrowia. Dyrektor Wojewódzkiego Zakładu Metodycznego Opieki Zdrowotnej podała, iż nie dokonywano takich ocen, gdyż nie były one potrzebne w dotychczasowych oprogramowaniach, a ustalenie przyczyny zróżnicowanej efektywności pociągałaby za sobą poniesienie dużych kosztów.

## **2.4. *Zatrudnienie lekarzy w szpitalach ogólnych i specjalistycznych***

**2.4.1.** Przedmiotem analizy było zatrudnienie lekarzy w skali ogólnokrajowej i wojewódzkiej w oddziałach zabiegowych: chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwie, laryngologii i okulistyce oraz w oddziałach niezabiegowych: dziecięcych i obserwacyjno-zakaźnych.

Liczba lekarzy zatrudnionych w tych oddziałach wynosiła w 1995 r. 14,9 tys.<sup>15</sup> i stanowiła ok. 30% ogólnej liczby lekarzy zatrudnionych w szpitalach ogólnych i specjalistycznych i 17% ogólnej liczby lekarzy w kraju.

Jak już wspomniano z uwagi na brak mierników zatrudnienia lekarzy w zakładach leczenia stacjonarnego przyjęto - jako punkty odniesienia w ocenie stanu zatrudnienia lekarzy w szpitalach - normy zawarte w Instrukcji Nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. Posłużyły one w szczególności dla dokonania porównań zatrudnienia lekarzy w takich samych oddziałach ale w różnych województwach i różnych zespołach opieki zdrowotnej. Należy dodać, iż opracowane w 1992 r. przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc propozycje minimalnych norm były zbliżone do norm zawartych we wspomnianej Instrukcji:

| Liczba łóżek na 1 lekarza                                                             |               |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|
|                                                                                       | Wg Instrukcji | Wg propozycji Instytutu |
| w oddziałach zabiegowych<br>(m.in. chirurgia, laryngologia, gin.-położn., okulistyka) | 8             | 8 - 10                  |
| w oddziałach dziecięcych                                                              | 12            | 10 - 12                 |
| w innych oddziałach<br>zachowawczych (m.in.<br>wewnętrznych, neurologicznych)         | 12            | 15                      |
| zakaźnych                                                                             | -             | 20                      |

W skali kraju liczba łóżek rzeczywistych<sup>16</sup>, przypadająca na 1 etat przeliczeniowy lekarza w badanych oddziałach była w latach 1993 i 1995 następująca:

<sup>15</sup> Dane dotyczące liczb lekarzy i łóżek szpitalnych i ich wykorzystania w skali ogólnokrajowej i w poszczególnych województwach oraz w podziale na specjalności medyczne podano na podstawie materiałów gromadzonych w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia MZiOS.

<sup>16</sup> Wg definicji GUS - łóżka rzeczywiste są to łóżka umieszczone na stałe w salach chorych z pełnym wyposażeniem, zajęte przez chorych lub przygotowane na ich przyjęcie. Do łóżek rzeczywistych wlicza się również łóżka czasowo nie wykorzystane z powodu remontu, trwającego krócej niż 1 rok.

| Nazwa oddziału     | Szpitale ogólne |      | Szpitale specjalistyczne |      |
|--------------------|-----------------|------|--------------------------|------|
|                    | 1993            | 1995 | 1993                     | 1995 |
| chirurgia ogólna   | 8,6             | 8,3  | 6,0                      | 5,8  |
| ginekolog.-położn. | 9,8             | 9,4  | 6,8                      | 6,5  |
| laryngologia       | 6,9             | 7,2  | 5,9                      | 5,3  |
| okulistyka         | 5,5             | 5,9  | 5,6                      | 5,0  |
| dziecięcy          | 9,3             | 9,3  | 6,2                      | 5,9  |
| obserw.-zakaźny    | 16,5            | 15,4 | 8,7                      | 8,6  |

Z wyjątkiem oddziałów chirurgii ogólnej i ginekologiczno-położniczych w szpitalach ogólnych - gdzie wskaźnik liczby łóżek rzeczywistych przypadających na 1 lekarza był wyższy od normy - w pozostałych oddziałach zarówno w szpitalach ogólnych, jak i, zwłaszcza, specjalistycznych był on niższy, a w niektórych - np. dziecięcych i okulistycznych w szpitalach specjalistycznych, w stopniu znacznym. Z wyjątkiem oddziałów laryngologicznych i okulistycznych w szpitalach ogólnych, gdzie liczba łóżek na 1 lekarza zwiększyła się w 1995 r. w porównaniu z 1993 r. i dziecięcych, gdzie się nie zmieniła, w pozostałych oddziałach na 1 lekarza przypadało w 1995 r. mniej łóżek rzeczywistych niż w 1993 r.

Uwzględniając stopień wykorzystania łóżek w 1995 r. w tych oddziałach, na 1 lekarza przypadała następująca liczba łóżek wykorzystanych (obłożonych):

| Nazwa oddziału     | Szpitale ogólne       |                                         | Szpitale specjalistyczne |                                         |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
|                    | %<br>wykorz.<br>łóżek | liczba<br>łóżek wykorz.<br>na 1 lekarza | %<br>wykorz.<br>łóżek    | liczba<br>łóżek wykorz.<br>na 1 lekarza |
| chirurgia ogólna   | 71,7                  | 6,0                                     | 78,2                     | 4,5                                     |
| ginekolog.-położn. | 55,2                  | 5,2                                     | 63,7                     | 4,1                                     |
| laryngologia       | 66,9                  | 4,8                                     | 71,6                     | 3,8                                     |
| okulistyka         | 68,3                  | 4,0                                     | 74,1                     | 3,7                                     |
| dziecięcy          | 50,2                  | 4,7                                     | 59,9                     | 3,5                                     |
| obserw.-zakaźny    | 52,6                  | 8,1                                     | 56,3                     | 4,8                                     |

Wprowadzenie elementu korygującego, jakim jest stopień wykorzystania istniejących w oddziałach szpitalnych łóżek pozwalało na doprowadzenie do porównywalności obciążenia lekarzy pracą w oddziałach, w których znajdowały się różne liczby pacjentów. W wyniku tej korekty okazało się, że np. lekarz pediatra zatrudniony w oddziale szpitala ogólnego dysponujący średnio 9,3 łózkami, co mogło wydawać się liczbą dość wysoką, miał na tych łózkach średnio w roku tylko 4,6 pacjentów, a więc o połowę mniej niż łóżek. W oddziałach ginekologiczno-położniczych w szpitalach ogólnych na 1 lekarza przypadała największa w grupie oddziałów zabiegowych liczba łóżek fizycznie znajdujących się w salach chorych, wyższa niż w oddziałach chirurgicznych, ale na tych łózkach znajdowało się mniej pacjentów, niż w oddziałach chirurgicznych.

Głębsze zróżnicowanie w liczbach łóżek wykorzystanych przypadających na 1 lekarza, występowało w układzie wojewódzkim, np. w oddziałach ginekologiczno-położniczych

- w szpitalach ogólnych:

| województwo | liczba łóżek<br>rzeczywistych<br>na 1 lekarza | % wykorzystania<br>łóżek | liczba łóżek<br>wykorzystanych<br>na 1 lekarza |
|-------------|-----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| -----       |                                               |                          |                                                |
| warszawskie | 11,5                                          | 52,3                     | 6,0                                            |
| łódzkie     | 9,2                                           | 35,8                     | 3,3                                            |

- w szpitalach specjalistycznych:

| województwo    | liczba łóżek<br>rzeczywistych<br>na 1 lekarza | % wykorzystania<br>łóżek | liczba łóżek<br>wykorzystanych<br>na 1 lekarza |
|----------------|-----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| -----          |                                               |                          |                                                |
| warszawskie    | 4,2                                           | 51,3                     | 2,2                                            |
| łódzkie        | 7,3                                           | 68,7                     | 5,0                                            |
| skierniewickie | 6,2                                           | 57,2                     | 3,5                                            |
| opolskie       | 13,8                                          | 63,7                     | 8,8                                            |

Średnia liczba łóżek zajętych przez chorych w szpitalach ogólnych, przypadająca na jednego lekarza, była w województwie warszawskim blisko dwukrotnie wyższa niż w woj. łódzkim, natomiast odwrotna była sytuacja w szpitalach specjalistycznych w tych samych województwach. Ponadto w tych ostatnich szpitalach skrajne wartości stanowiły czterokrotność.

W oddziałach dziecięcych w szpitalach ogólnych, gdzie średniokrajowe wskaźniki liczby lekarzy, w stosunku do liczby łóżek rzeczywistych i wykorzystanych, wynosiły odpowiednio 9,3 i 4,7, w niżej wymienionych województwach były one następujące:

| województwo   | liczba łóżek<br>rzeczywistych<br>na 1 lekarza | % wykorzystania<br>łóżek | liczba łóżek<br>wykorzystanych<br>na 1 lekarza |
|---------------|-----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| warszawskie   | 11,6                                          | 54,9                     | 6,3                                            |
| poznańskie    | 9,1                                           | 40,2                     | 3,7                                            |
| kaliskie      | 16,6                                          | 30,4                     | 5,0                                            |
| tarnobrzeskie | 6,6                                           | 50,8                     | 3,4                                            |

a w szpitalach specjalistycznych - przy średnich wskaźnikach liczby lekarzy w stosunku do liczby łóżek rzeczywistych i wykorzystanych (5,9 i 3,5) kształtowały się następująco:

| województwo    | liczba łóżek<br>rzeczywistych<br>na 1 lekarza | % wykorzystania<br>łóżek | liczba łóżek<br>wykorzystanych<br>na 1 lekarza |
|----------------|-----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| katowickie     | 4,3                                           | 54,0                     | 2,3                                            |
| poznańskie     | 4,8                                           | 79,2                     | 3,8                                            |
| opolskie       | 5,4                                           | 50,1                     | 2,7                                            |
| zielonogórskie | 10,0                                          | 57,3                     | 5,7                                            |

W szpitalach ogólnych różnica między najniższym i najwyższym wskaźnikiem (3,4 i 6,3) była prawie dwukrotna, a w szpitalach specjalistycznych (2,3 i 5,7) - prawie dwu i półkrotna.

Ogólnokrajowe i ogólnowojewódzkie dane statystyczne dotyczące obciążenia lekarzy pacjentami nie tylko znalazły potwierdzenie w ustaleniach kontroli ale w konkretnych zakładach opieki zdrowotnej stwierdzono, iż to zróżnicowanie bywało jeszcze wyższe. Na przykład w szpitalach ogólnych:

- Na 26 oddziałów chirurgicznych w trzech oddziałach na 1 lekarza przypadało mniej niż 8 łóżek rzeczywistych, np. w Szpitalu Miejskim w Kielcach na 51 łóżkowym oddziale było zatrudnionych 9 lekarzy, tj. na 1 lekarza przypadało 5,7 łóżek, natomiast w 8 oddziałach - ponad 10 łóżek rzeczywistych, np. w Szpitalu w Ziębicach na 50 łóżkowym oddziale było zatrudnionych 3 lekarzy, czyli na 1 lekarza przypadało 16,6 łóżek; różnica między skrajnymi wartościami była prawie trzykrotna. Po uwzględnieniu stopnia wykorzystania łóżek w 1995 r. w omawianych 26 oddziałach, w 18 na 1 lekarza przypadało mniej niż 8 łóżek, w tym w 3 mniej niż 5, np. w Szpitalu w Środzie Wlkp - 4,0, a w 4 więcej niż 10, np. w Szpitalu w Ziębicach - 13,4; różnica ponad trzykrotna.
- Na 22 oddziały ginekologiczno-położnicze w trzech na 1 lekarza przypadało mniej niż 8 łóżek rzeczywistych, np. w Szpitalu w Środzie Wlkp - 5,6, a w 12 oddziałach więcej niż 10 łóżek rzeczywistych, np. w Szpitalu w Niemodlinie - 25; różnica prawie pięciokrotna. Po uwzględnieniu stopnia wykorzystania łóżek w 20 oddziałach na 1 lekarza przypadało nie więcej niż 8 łóżek, w tym w 4 oddziałach nie więcej niż 4 łóżka np. w Szpitalu w Nysie (oddział położniczy) - 2,9, a w dwóch szpitalach więcej niż 8, np. w Niemodlinie - 10,5; różnica ponad trzykrotna.
- Na 32 oddziały wewnętrzne w 15 oddziałach na 1 lekarza przypadało mniej niż 10 łóżek rzeczywistych, w tym w 8 oddziałach mniej niż 8 łóżek rzeczywistych, np. w Szpitalu w Stalowej Woli - 5,2 a w 8 oddziałach więcej niż 12 łóżek rzeczywistych, np. w Szpitalu w Łowiczu - 16; różnica ponad trzykrotna. Po uwzględnieniu stopnia wykorzystania łóżek w 29 oddziałach na 1 lekarza przypadało mniej niż 12 łóżek, w tym w 8 oddziałach (25%) mniej niż 6 łóżek, np. w Szpitalu Nr 3 w Rudzie Śl. - 4,7 a w 3 oddziałach więcej niż 12 łóżek, np. w Szpitalu w Ziębicach - 15,7; różnica także ponad trzykrotna.
- Na 17 oddziałów dziecięcych w 6 oddziałach na 1 lekarza przypadało mniej niż 10 łóżek rzeczywistych, np. w Nysie - 6,0, a w 7 oddziałach więcej niż 12 łóżek rzeczywistych, np. w Szpitalu w Wyrzysku - 19,5, tj. 3 razy więcej niż w Szpitalu w Nysie. Natomiast po uwzględnieniu stopnia wykorzystania łóżek we wszystkich oddziałach na 1 lekarza przypadało mniej niż 10 łóżek (w tym na 10 oddziałach mniej niż 6 łóżek), ale w Szpitalu w Dzierżoniowie 8,7, a w Szpitalu w Nysie - 2,9; różnica trzykrotna.

Podobne zróżnicowanie stwierdzono w szpitalach wojewódzkich.

Na 36 oddziałów zabiegowych (chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwa, laryngologii, okulistyki i urologii) w 5 oddziałach liczba łóżek rzeczywistych na 1 lekarza była wyższa niż 8, w 13 kształtowała się w granicach od 6 - 8, a w 7 była mniejsza niż 6.

W WSZ w Skierniewicach w oddziale ginekologiczno-położniczym liczącym 66 łóżek było zatrudnionych 5 lekarzy (na 1 lekarza przypadało 13,2 łóżek) a w WSZ w Tarnobrzegu na takim samym oddziale liczącym 65 łóżek było zatrudnionych 11 lekarzy (na 1 lekarza przypadało 5,9 łóżek).

W WSZ w Białej Podlaskiej w oddziale okulistycznym liczącym 40 łóżek zatrudnionych było 4 lekarzy, a w WSZ w Pile na takim samym oddziale liczącym 34 łóżka zatrudnionych było 9 lekarzy (na 1 lekarza przypadało 3,8 łóżek).

Po uwzględnieniu stopnia wykorzystania łóżek w 4 oddziałach na 1 lekarza przypadało od 6 do 8 łóżek wykorzystanych a z pozostałych 21 oddziałów w 10 mniej niż 4.

W oddziałach ginekologiczno-położniczych w WSZ w Białej Podlaskiej na 1 lekarza przypadało 6,0 łóżek, w WSZ w Kielcach - 3,5, a w WSZ w Łodzi - 2,7.

W oddziałach okulistycznych na 1 lekarza przypadało łóżek w WSZ: w Kielcach - 4,8, w Poznaniu - 3,6, a w Pile gdzie wskaźnik liczby łóżek rzeczywistych przypadających na 1 lekarza był niski (3,8) liczba łóżek wykorzystanych na 1 lekarza wynosiła 2,6.

Na 30 oddziałach niezabiegowych (wewnętrzne, neurologiczne, kardiologiczne i dziecięce) w 2 oddziałach liczba łóżek rzeczywistych na 1 lekarza była wyższa niż 12, w 10 oddziałach wynosiła od 8 do 12, a z pozostałych 18 oddziałów w 9 była niższa niż 6.

W WSZ w Skierniewicach na 53 łóżkowym oddziale dziecięcym było zatrudnionych 3 lekarzy; na 1 lekarza przypadało 17,7 łóżek, a w Woj.Szpitalu Specjalistycznym w Tychach - 5,6. W WSZ w Poznaniu na 71 łóżkowym oddziale neurologicznym zatrudnionych było 6 lekarzy (11,8 łóżek na 1 lekarza), a w WSZ w Łodzi na 38 łóżkowym oddziale neurologicznym - 9 lekarzy (4,2 łóżek na 1 lekarza).

W WSZ w Kaliszu na 61 łóżkowym oddziale kardiologicznym było zatrudnionych 8 lekarzy (na 1 lekarza - 7,6 łóżek); w WSZ w Łodzi na 50 łóżkowym, takim samym oddziale, było zatrudnionych 7 lekarzy (na 1 lekarza - 7,1 łóżek) natomiast

w WSZ w Kielcach na 37 łóżkowym oddziale kardiologicznym było zatrudnionych dwa razy więcej lekarzy (15) i na 1 lekarza przypadało 2,5 łóżka.

Po uwzględnieniu stopnia wykorzystania łóżek w oddziałach niezabiegowych w 1 oddziale przypadało na 1 lekarza więcej niż 12 łóżek wykorzystanych, w 3 oddziałach od 8 do 12 a z pozostałych oddziałów w 16 mniej niż 6 łóżek wykorzystanych.

W WSZ w Poznaniu w oddziale neurologii na 1 lekarza przypadało 13 łóżek (wykorzystanie łóżek było wyższe niż 100%) a w Szpitalu Wojewódzkim w Kaliszu - 3,7.

W WSZ w Skierniewicach w oddziale dziecięcym na 1 lekarza przypadało 7,2 łóżek, w takim samym szpitalu i oddziale w Tarnobrzegu - 3,9, i w Woj.Szpitalu Specjalistycznym w Tychach - 2,3.

**2.4.2.** Co trzeci lekarz zatrudniony w badanych oddziałach pracował w skróconym wymiarze czasu pracy. W niektórych oddziałach - zwłaszcza w szpitalach specjalistycznych - liczba tak zatrudnionych lekarzy była w 1995 r. wyższa niż w 1993 r., a mianowicie:

|                  | odsetek lekarzy zatrudnionych na części etatu |         |                                |         |
|------------------|-----------------------------------------------|---------|--------------------------------|---------|
|                  | w szpitalach ogólnych                         |         | w szpitalach specjalistycznych |         |
|                  | 1993 r.                                       | 1995 r. | 1993 r.                        | 1995 r. |
| chirurgia ogólna | 21                                            | 22      | 32                             | 36      |
| ginekol.-położn. | 31                                            | 30      | 26                             | 28      |
| laryngologia     | 32                                            | 31      | 29                             | 32      |
| okulistyka       | 31                                            | 31      | 27                             | 27      |
| dziecięcy        | 40                                            | 39      | 33                             | 35      |
| obserw.-zakaźny  | 32                                            | 30      | 35                             | 36      |

Spośród objętych kontrolą województw w dwóch: katowickim i tarnobrzeskim liczba lekarzy zatrudnionych w 1995 r. w niepełnym wymiarze godzin pracy dominowała w ogólnym zatrudnieniu lekarzy, a mianowicie:

W województwie katowickim

- w szpitalach specjalistycznych

| nazwa oddziału   | liczba lekarzy |                           | %  |
|------------------|----------------|---------------------------|----|
|                  | ogółem         | w tym na niepełnym etacie |    |
| chirurgia ogólna | 92             | 51                        | 55 |
| ginekol.-położn. | 90             | 59                        | 66 |
| dziecięcy        | 93             | 58                        | 62 |
| obserw.-zakaźny  | 21             | 14                        | 67 |

- w szpitalach ogólnych

| nazwa oddziału   | liczba lekarzy |                           | %  |
|------------------|----------------|---------------------------|----|
|                  | ogółem         | w tym na niepełnym etacie |    |
| ginekol.-położn. | 402            | 217                       | 54 |
| okulistycznym    | 115            | 63                        | 55 |
| dziecięcy        | 310            | 193                       | 62 |
| obserw.-zakaźny  | 57             | 30                        | 53 |

### W województwie tarnobrzskim

- w szpitalu specjalistycznym

| nazwa oddziału   | liczba lekarzy |                           | %  |
|------------------|----------------|---------------------------|----|
|                  | ogółem         | w tym na niepełnym etacie |    |
| chirurgia ogólna | 10             | 7                         | 70 |
| ginekol.-położn. | 14             | 9                         | 64 |
| laryngologia     | 5              | 3                         | 60 |
| dziecięcy        | 9              | 8                         | 89 |

- w szpitalach ogólnych

| nazwa oddziału   | liczba lekarzy |                           | %  |
|------------------|----------------|---------------------------|----|
|                  | ogółem         | w tym na niepełnym etacie |    |
| chirurgia ogólna | 53             | 30                        | 57 |
| ginekol.-położn. | 61             | 42                        | 69 |
| laryngologiczny  | 19             | 13                        | 68 |
| okulistyczny     | 13             | 8                         | 62 |
| dziecięcy        | 67             | 49                        | 73 |

Równocześnie w 6 województwach zatrudnienie lekarzy na niepełnych etatach bądź w ogóle nie występowało w większości oddziałów lub nie przekraczało ono 20% ogólnego zatrudnienia (np. w woj. białkopodlaskim, kieleckim i skierniewickim).

**2.4.3.** Jednym z czynników, mających wpływ na obciążenie lekarzy pracą w oddziałach zabiegowych jest udział liczby pacjentów poddawanych zabiegom, w stosunku do ogólnej

liczby pacjentów przyjętych do tych oddziałów. Z ustaleń kontroli wynika, iż wśród skontrolowanych szpitali ogólnych w co drugim oddziale chirurgicznym liczba pacjentów poddanych zabiegom w stosunku do liczby przyjętych w I półroczu 1996 r. nie przekraczała 50%, a w co trzecim była niższa niż 40%. Przeważnie były to oddziały, w których również stopień wykorzystania łóżek był niski.

W Szpitalu Rejonowym w Brzezinach na 659 pacjentów przyjętych do oddziału chirurgicznego, zabiegi wykonano u 190 osób (29%); stopień wykorzystania łóżek osiągnął w 1995 r. 64%, a na jednego lekarza przypadało średnio 7,0 pacjentów.

W Szpitalu Rejonowym w Parczewie na 678 przyjętych pacjentów operacje wykonano u 218 (32%); wykorzystanie łóżek wynosiło 63% a na jednego lekarza przypadało średnio 5,6 pacjentów.

W Szpitalu Rejonowym w Mińsku Mazowieckim na 1451 przyjętych pacjentów zabiegom poddano 554 (38%) a na jednego lekarza przypadało średnio 6,2 pacjentów.

Równocześnie w co trzecim oddziale chirurgicznym odsetek pacjentów poddanych zabiegom był wyższy niż 60%, np. w Szpitalu Rejonowym w Wyrzysku wynosił 70%, w Łowiczu - 66% i w Niemodlinie - 64%.

Spośród 20 oddziałów chirurgicznych w szpitalach ogólnych łączny czas pracy lekarzy uczestniczących w zabiegach w stosunku do łącznego, opłaconego, ich czasu pracy - w 15 oddziałach wynosił od 10 do 20%, w 2 poniżej 10% i w 3 więcej niż 20%.

Najwięcej zabiegów w miesiącu, przypadających na 1 lekarza zatrudnionego w oddziale chirurgicznym, odnotowano w Szpitalu w Sycowie (28) i w Stalowej Woli (25) a najmniej w Parczewie (3,4) i Lubsku (5,4).

W 7 szpitalach co najmniej 30% zabiegów chirurgicznych wykonanych w miesiącach: październiku 1995 r. oraz w lutym i czerwcu 1996 r. przypadało na 1 lekarza, którym najczęściej był ordynator oddziału lub jego zastępca.

W Szpitalu w Parczewie w oddziale zatrudniającym 7 lekarzy na pełnych etatach i 2 na części etatów wykonano łącznie 102 operacje, z których 40 (39%) wykonał ordynator oddziału.

W Szpitalu w Środzie Wlkp na 146 operacji, w których uczestniczyło 7 lekarzy 47 (32%) wykonał ordynator oddziału.

W oddziale ortopedycznym w Szpitalu w Rudzie Śląskiej na 110 operacji wykonanych w październiku 1995 r. i w lutym 1996 r. 63 (57%) wykonał ordynator a pozostałe 5 innych lekarzy; w czerwcu 1996 r. ordynator przebywał na urlopie.

**2.4.4.** Część lekarzy zatrudnionych w oddziałach szpitalnych wykonywała w ramach etatu zadania nie związane bezpośrednio z funkcjonowaniem tych oddziałów, a polegające przeważnie na obsługiwaniu poradni przyszpitalnych. Prace te wykonywane były bądź na zasadzie rotacji, tzn. lekarze kolejno pełnili te obowiązki w poradniach, bądź niektórzy z nich mieli wyznaczoną tygodniowo pewną liczbę godzin pracy na wykonywanie tych zadań. Bez względu jednak na formę oddelegowania suma godzin przeznaczona tygodniowo na obsługę poradni przyszpitalnych stanowiła na ogół małą część ogólnego czasu pracy lekarzy zatrudnionych w oddziałach szpitalnych i nie wpływała w istotniejszym stopniu na obciążenie pracą pozostałych lekarzy w oddziale.

W Szpitalu w Wołominie, gdzie stwierdzono nadmiar lekarzy w oddziałach: okulistycznym, neurologicznym, ginekologiczno-położniczym i chorób dzieci, np. w oddziale okulistycznym, zatrudniającym 7 lekarzy w łącznym tygodniowym wymiarze 280 godzin - czas pracy przeznaczony na obsługę poradni wynosił 42 godziny (15%).

W oddziale położniczym, było zatrudnionych 6 lekarzy, z których 2 pracowało również poza oddziałem: w poradni USG i w przychodni specjalistycznej ale w łącznym wymiarze 7 godzin tygodniowo, co stanowiło 17% jednego, spośród 6 etatów.

W oddziale neurologicznym, gdzie było zatrudnionych 6 lekarzy w pełnym wymiarze godzin i 1 na 3 godziny dziennie, a średnia liczba wykorzystanych w 1995 r. łóżek wynosiła na 1 lekarza 4,6, w poradniach: konsultacyjnej i neurologicznej pracowało 3 lekarzy w łącznym wymiarze 12 godzin tygodniowo, co stanowiło mniej niż 1/3 część jednego etatu.

W Szpitalu Wojewódzkim w Wałbrzychu w oddziale chirurgii, liczącym 75 łóżek, pracowało 10 lekarzy, a łączny ich czas pracy przeznaczony na obsługę poradni przyszpitalnej wynosił ogółem 9 godzin tygodniowo. W oddziale wewnętrznym, liczącym 72 łóżka i wykorzystanym w 60%, było zatrudnionych 7 lekarzy, a łączny ich czas pracy w poradni przyszpitalnej wynosił 4 godziny tygodniowo. Niektórzy

lekarze wykonywali, w razie potrzeby badania USG oraz konsultowali pacjentów w innych oddziałach.

Niski wskaźnik liczby łóżek, przypadający na 1 lekarza w oddziałach zabiegowych, jak również niski stopień wykorzystania tych łóżek, nie zawsze oznaczał, że istniały sprzyjające warunki dla bezzwłocznego przyjęcia pacjentów do tych oddziałów. Stwierdzono fakty oczekiwania na miejsce w szpitalu nawet po kilka miesięcy.

W Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze w oddziale ortopedycznym liczba łóżek przypadająca na 1 lekarza wynosiła w I połowie 1996 r. 6,5 a po uwzględnieniu ich wykorzystania, jak również absencji lekarzy - 4,9, natomiast okres oczekiwania na zabiegi planowe wynosił 4 miesiące.

W oddziale chirurgii dziecięcej na 1 lekarza przypadało w I połowie 1996 r. 5,7 łóżek a po uwzględnieniu ich wykorzystania (48%), jak również absencji lekarzy - 3,9 łóżek, natomiast czas oczekiwania na przyjęcie wynosił od 2 do 5 miesięcy.

W oddziale okulistyki na 1 lekarza przypadało w I połowie 1996 r. 5,8 łóżek, a po uwzględnieniu ich wykorzystania (55%), jak również absencji lekarzy - 4,0, natomiast czas oczekiwania na przyjęcie wynosił od „na bieżąco” do 4,5 miesiąca.

Wg wyjaśnienia z-cy dyrektora Szpitala główną przyczyną wydłużającego się oczekiwania na zabiegi był brak dostatecznej liczby anestezjologów.

W Szpitalu Miejskim w Dzierżoniowie na 1.347 osób nie przyjętych w I półroczu 1996 r., 340 nie zostało hospitalizowanych z powodu - jak wynikało z książki odmów - braku miejsc w oddziałach. Z rejestru prowadzonego w oddziale okulistycznym wynikało, że wg stanu na 17 września 1996 r. na przyjęcie oczekiwało 28 osób. Przyczyną oczekiwania była nieobecność ordynatora, który od 2 września 1996 r. przebywał na zwolnieniu lekarskim, a tylko on ustalał termin przyjęcia pacjentów. Łóżka w tym oddziale były wykorzystane w ok. 50%.

W oddziale okulistycznym Szpitala im. J.Struga w Poznaniu przeciętny czas oczekiwania na zabiegi planowe wynosił do 6 tygodni na zabiegi typu odwarstwienie siatkówki i jaskra, natomiast na wszczepienie soczewki od 4 do 6 miesięcy.

W Szpitalu Rejonowym w Środzie Wlkp odmówiono przyjęcia 5 pacjentom z powodu braku miejsca, gdy faktycznie w dniach odmowy znaczna część łóżek w oddziałach (ok. 30%), do których ich skierowano była nie wykorzystana.

W niektórych szpitalach efektywność oddziałów zabiegowych ograniczana była brakiem lekarzy anestezjologów. Obok podanego wyżej przykładu Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, tego rodzaju fakty miały miejsce również i w innych szpitalach.

W Szpitalu Miejskim Nr 1 w Rudzie Śląskiej 1 anestezjolog przypadał na 255 łóżek szpitalnych, a w Szpitalu Nr 2 - na 80 łóżek. Brak dostatecznej liczby tych lekarzy w Szpitalu Nr 2 powodował, iż zabiegi w oddziale ginekologiczno-położniczym wykonywane były bez udziału anestezjologów, a w czwartki nie były w ogóle wykonywane.

W Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Warszawie z powodu braku lekarzy anestezjologów operowano tylko 2 dni w tygodniu.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Łodzi z uwagi na brak wystarczającej liczby anestezjologów w oddziale onkologii nie wykonywano zabiegów po godz. 15.00, jak również nie pełniono tam ostrych dyżurów lekarskich.

Występowały też przyczyny natury finansowej:

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Tychach liczba osób poddanych w I półroczu 1996 r. zabiegom stanowiła 40,6% ogółu przyjętych. W niektórych oddziałach wprowadzono ograniczenia liczby dni operacyjnych do 4 w tygodniu, łącznie z dniem przeznaczonym na wykonywanie zabiegów laparoskopowych. Główną przyczyną ograniczeń był brak środków budżetowych. W protokole ze spotkania w dniu 5 października 1995 r. dyrekcji Szpitala z ordynatorami odnotowano m.in. następujący zapis: „od zaraz zmniejszyć ilość zabiegów co najmniej o połowę - zabiegi ograniczyć tylko do wskazań życiowych”, a w protokole z dnia 18 października 1995 r. podano m.in. „Dyrekcja po raz kolejny zwróciła się z prośbą o ograniczenie zabiegów ... utrzymanie bloku operacyjnego pochłonie 20% budżetu Szpitala”. Przypomniano również o zmniejszeniu zespołów operacyjnych, aby zmniejszyć obciążenie sterylizacji.

**2.4.6.** Przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia<sup>17</sup> określają m.in. zasady pełnienia dyżurów zakładowych. Zgodnie z §§ 12 i 13 tego rozporządzenia za pełnienie dyżurów zakładowych i za pozostawanie w gotowości do pracy oraz za dodatkową pracę w zespołach wyjazdowych pomocy doraźnej przysługuje odrębne

---

<sup>17</sup> Dz.U. z 1974 r. Nr 51, poz. 51; z 1990 r. Nr 65, poz. 387; z 1991 r. Nr 60, poz. 294; z 1992 r. Nr 20, poz. 79; z 1994 r. Nr 31, poz. 112 i z 1995 r. Nr 123, poz. 595.

wynagrodzenie, a czasu ich pełnienia nie wlicza się do czasu pracy. Ponadto za czas dyżuru zakładowego nie przysługuje czas wolny od pracy, natomiast przełożony lekarza może go zwolnić z całości lub części godzin pracy po zakończeniu dyżuru wymagającego szczególnego nakładu pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia za ten czas (§ 13 ust. 2).

Postanowienia tych §§ były różnie interpretowane w zakładach opieki zdrowotnej. Dominowało automatyczne zwalnianie lekarzy po zakończeniu dyżuru i dokonaniu rutynowych czynności, jak złożenie raportu i - na przykład - udział w obchodzie.

W niektórych zakładach wydano zarządzenia, zobowiązujące kierowników komórek organizacyjnych do zwalniania lekarzy z obowiązku świadczenia pracy bezpośrednio po zakończeniu dyżuru.

W ZOZ w Pabianicach ordynatorzy oddziałów szpitalnych zostali zobowiązani pismem dyrekcji z dnia 16 listopada 1990 r. do takiego zorganizowania pracy w oddziałach, aby lekarz po dyżurze miał możliwość wyjścia z zakładu. Podobne zarządzenie wydał w kwietniu 1994 r. dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze. W czasie kontroli wyjaśniono, że Szpital nie posiada środków na wypłaty lekarzom - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1992 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 55, poz. 303 ze zm.) - dodatków za pracę w dniach po zakończeniu dyżuru i dlatego podjęto taką decyzję.

W 2 zoz-ach lekarze po zakończonym dyżurze pozostawali w pracy w oddziałach szpitalnych i pobierali z tego tytułu dodatkowe wynagrodzenie (w Niemodlinie i Wyrzysku), a w Zakładzie Lotnictwa Zamkniętego w Rudzie Śląskiej w każdym z 3 szpitali postępowano inaczej:

- w Szpitalu Nr 3, gdzie funkcjonowały 3 oddziały: wewnętrzny, niemowlęcy i biegunkowy, a liczba łóżek na 1 etat przeliczeniowy wynosiła 9,4 i były one wykorzystane poniżej 50%, przyjęto zasadę, że lekarze po dyżurze pozostają w pracy i otrzymują dodatkowe wynagrodzenie,
- w Szpitalu Nr 2 - 85% lekarzy pozostawało w pracy po dyżurze i otrzymywało dodatkowe wynagrodzenie, pozostali lekarze wychodzili po dyżurze lub za zgodą ordynatorów odbierali dni wolne z prawem do ich komasacji,
- w Szpitalu Nr 1 w oddziale neurologicznym lekarze pełniący dyżur po wykonaniu podstawowych czynności w oddziale byli zwalniani; w oddziale wewnętrznym 35% lekarzy było zwalnianych po dyżurze, a reszta pozostawała w oddziale i otrzymywała dodatkowe wynagrodzenie.

W ZOZ w Ostrzeszewie dyżurowali w szpitalu m.in. lekarze zatrudnieni w ośrodkach zdrowia, odległych ok. 20 km, którzy rozpoczynali dyżur o tej samej godzinie, o której powinni zakończyć pracę w jednostce macierzystej, a jeden z nich przed wyznaczonym czasem zakończenia pracy w tej jednostce.

Wspomniane wyżej rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia stanowi w § 14, że liczba dyżurów zakładowych, do których pełnienia lekarz może być zobowiązany nie może przekraczać dwóch w tygodniu, a sześciu w miesiącu. Rozporządzenie nie określa natomiast górnej granicy liczby dyżurów, które lekarz z własnej woli może pełnić w ciągu miesiąca. Ustalenia kontroli wskazują, iż w co trzecim skontrolowanym szpitalu czy stacji pogotowia część lekarzy pełniła w ciągu miesiąca znacznie więcej niż po 6 dyżurów w miesiącu.

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Zielonej Górze zlecała 7 lekarzom miejscowego ZOZ-u pełnienie dyżurów. Pracowali oni w dniach i godzinach nie kolidujących z pracą w miejscu podstawowym i po zakończonym dyżurze podejmowali bezpośrednio pracę w poradniach.

Jeden z tych lekarzy, oddelegowany na szkolenie w zakresie medycyny rodzinnej dyżurował w 1996 r. poza godzinami w miejscu podstawowym ponad 20 razy w miesiącu w godzinach 15.00 - 19.00 lub 19.00 - 7.00, np.

- w kwietniu pełnił 25 dyżurów, w tym jeden w sposób ciągły przez 60 godzin, a drugi przez 57 godzin,
- w maju pełnił 24 dyżury, w tym jeden przez 60 godzin, a drugi przez 48 godzin,
- w czerwcu pełnił 21 dyżurów, w tym dwa po 48 godzin.

W ZOZ w Parczewie pięciu lekarzy pełniło we wrześniu 1996 r. po 10 dyżurów, dwóch po 11 a jeden - 12.

W ZOZ w Wyrzysku w wybranych losowo 4 miesiącach trzech lekarzy pełniło średnio więcej niż 6 dyżurów miesięcznie, w tym jeden - 14.

## **2.5. Przestrzeganie dyscypliny pracy**

**2.5.1.** W większości skontrolowanych placówek leczenia ambulatoryjnego nie stwierdzono większych naruszeń dyscypliny pracy. W 12 zoz-ach (40% zbadanych) stwierdzono, iż część lekarzy nie rozpoczynała pracy zgodnie z ustalonymi godzinami przyjęć lub opuszczała poradnię wcześniej. Późniejsze rozpoczynanie pracy powodowało wydłużone oczekiwanie pacjentów na uzyskanie porady. Spóźnienia lub wcześniejsze wyjścia z pracy tłumaczono m.in.

zdarzeniami losowymi. Jednak obok wielu placówek, w których lekarze punktualnie rozpoczynali pracę w innych wspomniane zdarzenia losowe przybierały szersze rozmiary.

W Przychodni Rejonowej w Wołominie - Słonecznej lekarz pediatra spóźnił się w dniu kontroli (7 sierpnia 1996 r.) 110 minut, z powodu - jak oświadczył - awarii samochodu, a lekarz dentysta 25 minutowe opóźnienie tłumaczył spóźnieniem się na pociąg.

W tym samym ZOZ-ie w Poradni Rejonowej w Kobyłce lekarz poradni ogólnej przyszedł z 35 minutowym opóźnieniem z powodu - jak oświadczył choroby matki, a lekarka poradni dla kobiet spóźniła się 45 minut z powodu udzielania pomocy mężowi.

W Przychodni Rejonowej w ZOZ-ie w Sycowie na 11 lekarzy, którzy w dniu 25 września 1996 r. powinni znajdować się o godz. 14.30 w swoich gabinetach 5 było nieobecnych. W złożonych wyjaśnieniach podali oni następujące przyczyny nieobecności: złe samopoczucie, wcześniejsze rozpoczęcie pracy, pilne wezwanie do szpitala i wyjazd na lustrację ośrodka zdrowia.

W Przychodni Rejonowej w Środzie Wlkp w dniu 10 października 1996 r. o godz. 12.20 nieczynne były gabinety lekarzy:

- 4 z 5 zatrudnionych w poradni ogólnej przy czym 2 z nich miało do załatwienia łącznie 3 wizyty domowe a 2 było nieobecnych, mimo że nie miało wizyt domowych,
- lekarza laryngologa, który jako przyczynę nieobecności podał niespodziewaną chorobę syna; dyrektor ZOZ-u nie uznał tej nieobecności za usprawiedliwioną i pozbawił lekarza premii za październik 1996 r.

Wśród poradni specjalistycznych najwięcej naruszeń dyscypliny pracy stwierdzono w poradniach okulistycznych, gdzie na ogół liczba osób zgłaszających się po poradę była wyższa od ustalonych limitów przyjęć.

W Przychodni Specjalistycznej nr 1 w Tarnowskich Górach zapotrzebowanie na porady okulistyczne - jak oświadczył z-ca dyrektora ds. lecznictwa - przewyższało czterokrotnie możliwości usługowe poradni. Natomiast w tej właśnie poradni stwierdzono najwięcej faktów naruszenia dyscypliny pracy. Lekarka J.K. nie przyjmowała pacjentów w I półroczu 1996 r. przez 14 dni. W wyjaśnieniu podała, że w czasie 10 dni przeprowadzała konsultacje okulistyczne w miejscowych szpitalach nr 1 i nr 2 a w 4 innych dniach - były to soboty - nie zgłosił się żaden pacjent. Kierownik Szpitala nr 2 nie potwierdził przeprowadzenia konsultacji w żadnym z 10 dni jej nieobecności w poradni, a kierownik Szpitala nr 1 potwierdził ich przeprowadzenie tylko w 2 dniach. Według tego kierownika czas trwania 1 konsultacji wynosi ok. 30 minut.

Lekarka T.S. tłumaczyła swoją nieobecność w 7 dniach I półrocza 1996 r. tym, że w jednym dniu zgłosił się tylko 1 pacjent, którego nie wpisała do rejestru, a w 6 pozostałych dniach, z których 3 nie były sobotami nie zgłosił się żaden pacjent. W tej samej poradni 2 lekarki - okulistki, które w dniu kontroli powinny pracować do godz. 20.30 nie były obecne już o godz. 18.00. Jedna z nich tłumaczyła wcześniejsze wyjście złym samopoczuciem a druga tym, że po wyjściu koleżanki sama pozostałaby w budynku poradni. Z-ca dyrektora ds. lecznictwa ZOZ-u przeprowadził z lekarkami rozmowy ostrzegające.

W poradni okulistycznej w ZOZ w Wyrzysku lekarka nie przyjmowała pacjentów w soboty, mimo podpisywania w tych dniach listy obecności. W wyjaśnieniu podała, że soboty robocze przeznaczała na „kontynuowanie diagnostyki i leczenie wybranych przypadków z poprzednich dni tygodnia”. Jednak w dziennej ewidencji pracy lekarza porady nie były wykazywane w tych dniach.

Nie stwierdzono - poza wyjątkami - późniejszego rozpoczynania pracy w oddziałach szpitalnych. Niewątpliwie jednym z czynników dyscyplinujących lekarzy zatrudnionych w szpitalach był ustalony rytm pracy (zejście z dyżuru, odprawa, obchód). Natomiast absencję lekarzy stwierdzono w godzinach popołudniowych, które usprawiedliwiano różnymi przyczynami, najczęściej koniecznością przeprowadzania konsultacji w innym oddziale.

W Szpitalu w Radzynie Podl. kontrole przeprowadzone w oddziałach w dniach 8 i 15 października 1996 r. wykazały nieobecność kilku lekarzy w godz. 13.40 - 14.45. Ordynatorzy wyjaśnili, iż część lekarzy przebywała w innych oddziałach, a część została zwolniona za ich zgodą lecz żaden ze zwolnionych lekarzy nie odnotował tego faktu w książce zwolnień.

W Szpitalu ZOZ w Łodzi - Polesie stwierdzono nieobecność w dniu kontroli (15.X.) p.o. ordynatora oddziału wewnętrznego o profilu kardiologicznym. O jego nieobecności nie był poinformowany żaden z pracowników, jak i jego przełożony. Lekarz wyraził zdziwienie, że jako ordynator powinien informować przełożonego o zamiarze wcześniejszego wyjścia z pracy.

Nie wszystkie działy służb pracowniczych w zespołach opieki zdrowotnej wykazywały zainteresowanie przestrzeganiem przez personel lekarski dyscypliny pracy w poradniach i szpitalach a w przypadkach rzetelnego wykonywania tego obowiązku nie zawsze spotykały się z właściwą reakcją ze strony kierownictwa zoz-ów.

W Zakładzie Lecznictwa Zamkniętego w Rudzie Śląskiej przeprowadzona w dniu 17 września 1996 r. przez Dział Kadr, z udziałem kontrolera NIK, kontrola dyscypliny pracy wykazała nieobecność w oddziałach Szpitala nr 2 11 lekarzy, w tym 3 ordynatorów, z przyczyn innych niż wynikające z wykonywania praktyki lekarskiej. W toku kontroli stwierdzono, że fakty naruszania dyscypliny miały miejsce również w poprzednich okresach lecz mimo informowania o nich kierownictwa Zakładu nie podejmowano żadnych środków przeciwdziałających. Bierność ta stała się przyczyną wniosku kierownika Działu Kadr, złożonego w dniu 26 kwietnia 1996 r. o wykreślenie z zakresu jego czynności obowiązku kontrolowania przestrzegania dyscypliny pracy w Zakładzie.

**2.5.2.** Ograniczenie dostępności świadczeń ambulatoryjnych polegało nie tylko na nieprzestrzeganiu przez niektórych lekarzy godzin pracy, wyszczególnionych na tablicach informacyjnych lub na wywieszkach na drzwiach gabinetów lekarskich ale także na niezgodności tych informacji, podawanych pacjentom, z czasem pracy, wynikającym z umowy o pracę.

W 10 zespołach opieki zdrowotnej system informacji o godzinach przyjęć pacjentów nie nasuwał uwag krytycznych. W 7 zespołach stwierdzono drobne niezgodności, natomiast w pozostałych 12 zespołach występowały większe nieprawidłowości, polegające bądź na braku informacji w niektórych placówkach lecznictwa, bądź na podawaniu innego, z zasady krótszego, czasu pracy lekarza w poradni. W niektórych zespołach opieki zdrowotnej odnotowano występowanie jednych i drugich nieprawidłowości.

W 6 zespołach opieki zdrowotnej stwierdzono brak informacji o godzinach przyjęć pacjentów w co najmniej jednej jednostce (poradni lub ośrodku zdrowia) lub informacja ta była niepełna.

W ZOZ Łódź-Polesie w Przychodni przy Szpitalu im. M. Pirogowa brak było informacji o godzinach przyjęć lekarzy. Również rejestracja pacjentów nie posiadała tych informacji.

W Poradni Rejonowej w Kobyłce (ZOZ w Wołominie) brak było informacji o pracy lekarzy w soboty. Kierownik Przychodni wyjaśniła, iż taka informacja jest wywieszona w rejestracji. Kontroler stwierdził brak informacji również w punkcie rejestracyjnym pacjentów.

W Gminnym Ośrodku Zdrowia w Suchym Lesie funkcjonującym w ramach ZOZ Stare Miasto w Poznaniu brak było informacji o godzinach przyjęć pacjentów przez lekarzy dentystów.

W Przychodni Rejonowej Nr 1 w Piasecznie na tablicy informacyjnej były wyszczególnione godziny przyjęć lekarzy specjalistów, z wyjątkiem okulisty i neurologa. W odniesieniu do lekarzy działalności podstawowej brak było informacji o godzinach przyjęć lekarzy w poradni dla dzieci zdrowych, a w odniesieniu do dzieci chorych podano ogólnie, że od godz. 8.00 do 18.00, bez określenia w jakich godzinach przyjmuje każdy z 8 zatrudnionych pediatrów.

W 6 zoz-ach informacje o godzinach przyjęć części zatrudnionych lekarzy były niezgodne z czasem pracy lekarzy, określonym w umowach o pracę, lub określonych przez dyrekcję w harmonogramie pracy.

W ZOZ w Tarnowskich Górach stwierdzono niezgodności między czasem pracy lekarzy, wynikającym z umowy o pracę a podanym do wiadomości pacjentów. W 3 przypadkach te niezgodności były znaczne, np. lek. T.K. zatrudniona na pełnym etacie przyjmowała pacjentów od poniedziałku do piątku w godzinach od 10.00 do 15.00 czyli 25 godzin w tygodniu zamiast 40. Lekarz T.O. zatrudniony w wymiarze 1/2 etatu przyjmował pacjentów 3 razy w tygodniu po 4 godziny, tj. 12 godzin w tygodniu, zamiast 20.

Z-ca dyrektora ds. leczenia wyjaśnił, iż istnieje duże zapotrzebowanie na usługi niektórych specjalistów, wobec braku chętnych do specjalizowania się w tych dziedzinach oraz niskich wynagrodzeń, w związku z tym dochodziło do nieformalnej zgody na podejmowanie przez tych lekarzy pracy w czasie krótszym od opłaconego.

W ZOZ w Sycowie godziny przyjęć 15 lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej były niezgodne z tygodniowym rozkładem pracy, np. lekarz ginekolog zamiast przyjmować 2 razy w tygodniu w godzinach od 12.00 do 15.00 przyjmował - jak wynikało z tabliczki na drzwiach gabinetu - w godzinach 13.00 - 14.30.

W Gminnym Ośrodku Zdrowia w Międzyborzu lekarz ginekolog powinien pracować w czwartki w godz. 8.00 - 15.40, a przyjmował w godz. 9.00 - 11.00.

W Przychodni Specjalistycznej ZOZ w Wołominie lekarz laryngolog D.B. zatrudniona w wymiarze 40 godzin tygodniowo przyjmowała pacjentów tylko przez 9 godzin, a pozostały czas - jak wyjaśnił kierownik Przychodni - przeznaczała na konsultacje oddziału chorób dziecięcych w miejscowym Szpitalu. Drugi lekarz laryngolog A.J.-S. powinien pracować w poradni - wg umowy o pracę 32 godziny tygodniowo, a pracował tylko 6,5 godziny. Pozostały czas przeznaczał - jak wyjaśnił - na konsultacje w Szpitalu i wypełnianie dokumentacji lekarskiej. Trzeba dodać, iż efektywność pracy wyliczona na podstawie faktycznego czasu pracy była wyjątkowo niska, gdyż na jedną godzinę pracy przypadały średnio niecałe 2 porady.

**2.5.3.** Inną formą naruszania dyscypliny pracy było podejmowanie przez niektórych lekarzy dodatkowego zatrudnienia w ramach godzin pracy w podstawowym miejscu pracy. Skala tego zjawiska nie jest znana, gdyż lekarze podejmujący dodatkowe prace nie mają obowiązku uzyskiwania na nie zgody głównego pracodawcy. Nie mają wiedzy w tym zakresie okręgowe izby lekarskie, które powinny prowadzić rejestr lekarzy, ale nie mają one również pełnego rozeznania o zatrudnieniu lekarzy w ich podstawowym miejscu pracy (bliższe dane na temat zawarte są w punkcie 2.8. Informacji).

Wśród objętych kontrolą zoz-ów w sześciu stwierdzono wykonywanie przez niektórych lekarzy dodatkowej pracy w ramach godzin zatrudnienia w podstawowym miejscu pracy.

W Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrzeszewie 4 lekarzy pracowało dodatkowo w ramach godzin pracy w miejscu podstawowym, w tym jeden od 4 lat w Rejonowej Przychodni Lekarskiej PKP w wymiarze 10 godzin tygodniowo a drugi od 20 lat w ZOZ-ie w Sycowie, w wymiarze 8 godzin tygodniowo.

Z trzech lekarzy zatrudnionych w Wojewódzkiej Przychodni Skórno-Wenerologicznej w Opolu zatrudnionych dodatkowo w Poradni Dermatologicznej w Niemodlinie 2 wykonywało pracę w godzinach zatrudnienia w podstawowym miejscu pracy. Dyrektor WSZ w Opolu poinformował kontrolujących o usunięciu tej nieprawidłowości przez zmianę godzin dodatkowego zatrudnienia.

W ZOZ w Tarnowskich Górach lekarz J.O. zatrudniony na pełnym etacie w Poradni Hepatologicznej i pracujący w niej zamiast 20 godzin tylko 8 obsługiwał w tym czasie dodatkowo komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Najczęściej dodatkowe prace podejmowali dyrektorzy zespołów opieki zdrowotnej, będący - poza wyjątkami - lekarzami. Ich dodatkowe zatrudnienie wiązało się z pracą lekarską, jednak najczęściej również na stanowiskach kierowniczych, przeważnie ordynatorskich. Niektórzy z dyrektorów wykonywali te prace, w ramach jednego etatu, natomiast większość była zatrudniona dodatkowo, za dodatkowym wynagrodzeniem.

Łączenie stanowiska dyrektora zespołu zakładu opieki zdrowotnej z innym stanowiskiem kierowniczym, jak na przykład ordynatora oddziału czy kierownika przychodni - co

występowało najczęściej - już w samym założeniu sprowadzało się do wykonywania funkcji (2) kierowniczych, co najmniej częściowo, w tym samym czasie.

Nie stwierdzono natomiast, aby czas pracy na 2 czy więcej stanowiskach był określony godzinowo, w sposób nie kolidujący.

Dyrektor WSZ w Białej Podlaskiej został powołany 28 września 1995 r. przez swojego zastępcę ds. leczenia na stanowisko ordynatora oddziału urologicznego w tym Szpitalu, a wspomniany z-ca dyrektora został powołany 11 października 1995 r. przez swojego dyrektora na stanowisko kierownika Zespołu Opieki Paliatywnej przy oddziale onkologiczno-geriatrycznym. Spośród ordynatorów zatrudnionych w Szpitalu, trzech pełniło jednocześnie funkcje kierowników przychodni. Jednak żadna z wymienionych osób, pełniących funkcje kierownicze w 2 miejscach, nie miała określonego czasu pracy na jej wykonywanie.

Dyrektor ZOZ w Tarnowskich Górach, zatrudniony na tym stanowisku na pełnym etacie podjął 3 inne prace, w tym w miejscowej Stacji Pogotowia Ratunkowego na stanowisku kierowniczym. Co najmniej w jednym miejscu pracy, tj. w tej Stacji czas pracy pokrywał się z czasem pracy na stanowisku dyrektora ZOZ.

Przeciętny czas pracy dyrektora, wynikający z rozkładu zajęć, wynosił w I półroczu 1996 r. 424 godziny miesięcznie.

Podejmowanie dodatkowej pracy w godzinach zatrudnienia w urzędzie wojewódzkim stwierdzono w Katowicach:

Zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia UW był dodatkowo zatrudniony, codziennie w godz. od 7.30 do 12.00 w oddziale laryngologii Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach, a ponadto pełnił dyżury szpitalne, które kończyły się o godz. 8.00.

Starszy inspektor wojewódzki (lekarz), zatrudniona w wymiarze 1/4 etatu pełniła równocześnie stanowisko dyrektora Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach, codziennie od 7.25 do 15.00.

Zarządzeniem Wojewody Katowickiego ustalone zostały godziny pracy w Urzędzie Wojewódzkim od 7.30 do 15.30. Wojewoda Katowicki w złożonym wyjaśnieniu podał m.in. że od wielu lat istniał problem zatrudnienia w Wydziale Zdrowia lekarzy na stanowiskach kierowniczych i merytorycznych. W związku z tym przyjęto koncepcję, aby zatrudnianie tych osób w Urzędzie traktowane było zadaniowo. Według wyjaśnień Wojewody ww. st.inspektor złożyła w dniu 26 listopada 1996 r. prośbę o rozwiązanie umowy o pracę.

## **2.6. Prawdliwość i rzetelność dokumentacji medycznej**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania nakłada na zakłady opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej, obowiązek prowadzenia księgi głównej, która powinna zawierać m.in. następujące dane: datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, jego identyfikatory oraz identyfikatory osoby udzielającej świadczenia i rodzaj świadczenia.

W objętych kontrolą przychodniach, zarówno rejonowych, jak i specjalistycznych, a także w ośrodkach zdrowia na wsi nie prowadzono - poza wyjątkami - takiej dokumentacji. Prowadzono natomiast ewidencję ilościową pacjentów, przyjętych w danym dniu, dla potrzeb sprawozdawczości statystycznej. Na podstawie tak prowadzonej ewidencji nie można było ustalić kto w danym dniu uzyskał poradę, jak również czy liczba udzielonych w danym dniu porad, wpisana do ewidencji ilościowej, odpowiadała prawdzie.

Badania kontrolne ograniczono najczęściej do porównań danych zawartych w sprawozdaniach statystycznych, dotyczących liczby udzielonych porad, z ewidencją ilościową, na podstawie której te sprawozdania sporządzono. Pomimo tego w 5 zespołach opieki zdrowotnej stwierdzono niezgodności, polegające na zawyżaniu w sprawozdaniach statystycznych efektów działalności.

W Poradni Okulistycznej Przychodni Specjalistycznej Nr 1 w Tarnowskich Górach odnotowano w ewidencji ilościowej (druk Mz/lś-1) przyjęcie w I połowie 1996 r. 6.510 pacjentów, a w sprawozdaniu statystycznym (ZD-3) 9.045, tj. o 2.535 (39%) więcej. W wyjaśnieniu podano, iż część pacjentów liczona była podwójnie, np. raz przy badaniu dna oka, a drugi raz przy doborze okularów. Tego rodzaju praktykę wykazywania efektywności pracy poradni stosowano - jak oświadczone - od kilku lat. W czasie trwania kontroli dyrektor ZOZ-u przeprowadził z ordynatorem oddziału okulistycznego i lekarzami poradni rozmowy pouczające, celem wyeliminowania tych praktyk.

W Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Kobyli, działającym w ramach ZOZ w Raciborzu, w ewidencji przyjęć wykazano w I półroczu 672 porady a w sprawozdaniu statystycznym 717, np. w dniu 17 stycznia 1996 r. odnotowano w ewidencji 2 porady a w sprawozdaniu - 13.

W Przychodni Rejonowej w Łobżenicy, działającej w ramach ZOZ-u w Wyrzysku, pacjenci przyjmowani w poradni ogólnej byli odnotowywani w ewidencji tej Poradni przez lekarza B.L., który jednocześnie wykazywał tych samych pacjentów

w ewidencji Wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Dźwiersznie Wielkim. Powodowało to dwukrotne wykazywanie w sprawozdawczości statystycznej tych samych pacjentów.

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Wołominie liczby wykazywanych w sprawozdawczości porad były wyższe od odnotowanych w ewidencji:

- w poradni ogólnej Przychodni Rejonowej w Kobyłce o 25%,
- w Przychodni Specjalistycznej w Wołominie - poradni okulistycznej o 12% i w poradni neurologicznej o 28%,
- w poradni ogólnej, Przychodni Rejonowej w Wołominie-Słoneczna o 18%.

W 2 zespołach opieki zdrowotnej stwierdzono natomiast niezgodności między wykazywaną w ewidencji liczbą udzielonych porad a zapisami w kartach chorych pacjentów, wskazując że;

W ZOZ w Łowiczu na 974 sprawdzone karty w 40 brak było wpisów o wizycie pacjenta lub adnotacji czego porada dotyczyła; stwierdzono również przypadki przerabiania dat udzielenia porad. Uwagi krytyczne odnosiły się do dokumentowania wizyt domowych, np. w Przychodni dla Dzieci przy ul. Podrzecznej w Łowiczu stwierdzono, iż 5 lekarzy pediatrów nie potrafiło udokumentować wykorzystania czasu przeznaczonego na wizyty domowe w wybranych losowo dniach w I półroczu 1996 r.

W ZOZ w Nysie na 164 porady odnotowane w ewidencji 4 poradni stomatologicznych 15 porad nie zostało wpisanych do kart historii choroby, a dla 87 pacjentów (53%) w ogóle nie zostały założone takie karty.

Lekarze dentyści wyjaśnili, iż przyczyną nieodnotowania faktu udzielenia porady było przeoczenie, a brak kart dla 53% pacjentów, którym udzielono porady tłumaczono tym, iż to byli pacjenci spoza rejonu i dzieci, którym udzielono jednorazowej pomocy. W toku kontroli stwierdzono, iż dla dzieci w wieku przedszkolnym objętych stałą opieką stomatologiczną nie była zakładana dokumentacja medyczna w formie kart historii choroby. Zaniedbanie to wynikało z niewłaściwej interpretacji przez lekarzy dentystów przepisów dot. opieki stomatologicznej nad populacją wieku rozwojowego oraz przekonanie tych lekarzy, że dla dzieci przedszkolnych dokumentacji medycznej nie prowadzi się. Podobne fakty stwierdzono w Przychodni Rejonowej Nr 3 i w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Kamienniku.

Natomiast w sprawozdawczości statystycznej wykazywano porady podwójnie: raz w sprawozdawczości ogólnej, a drugi raz w sprawozdawczości dotyczącej świadczeń na rzecz dzieci.

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej stwierdzono również w 2 szpitalach specjalistycznych.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach prowadzone księgi zabiegów nie zawierały w ok. 50% zapisów dotyczących czasu trwania zabiegów (tj. godzin rozpoczęcia i zakończenia zabiegów). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż sprawa niestaranego prowadzenia dokumentacji lekarskiej oraz niesprawnego systemu ewidencji historii chorób, uniemożliwiającego szybkie ich odnalezienie, były przedmiotem narad kadry kierowniczej. Wobec powtórzenia się tych nieprawidłowości dyrektor zapowiedział po przeprowadzeniu analizy, podjęcie czynności służbowych wobec osób nie wykonujących tych poleceń.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Tychach księgi operacyjne nie zawierały identyfikatorów lekarzy kierujących i kwalifikujących do zabiegu, jak również anestezjologów oraz czasu trwania zabiegów.

W tym samym Szpitalu stwierdzono nieprawidłowości w sporządzaniu w latach 1992-95 sprawozdań statystycznych Mz-29A, dotyczących zatrudniania w Szpitalu i Mz-90, dot. zatrudniania w Przyszpitalnej Przychodni Specjalistycznej. Polegały one na ujmowaniu w sprawozdaniach Mz-29A liczby godzin opłaconych za pracę lekarzy w oddziałach szpitalnych łącznie z ilością godzin za pracę w poradniach przyszpitalnych a jednocześnie na niewykazywaniu wszystkich opłaconych godzin pracy lekarzy zatrudnionych w poradniach, co powodowało zaniżenie podanych w 1995 r. liczby tych godzin o 20%.

## **2.7. Stan zatrudnienia lekarzy w ocenie specjalistów wojewódzkich**

Lekarze - specjaliści wojewódzcy zapytani w czasie kontroli o ocenę stanu zatrudnienia i wykorzystania lekarzy pracujących w reprezentowanych przez nich dziedzinach medycyny wyrażali różne opinie. Przeważały, że aktualnie istniejące zatrudnienie jest wystarczające. Niektórzy z nich wskazywali na występowanie przerostów w zatrudnieniu.

W woj. poznańskim na 18 specjalistów 12 uznało, iż istniejąca obsada zaspokaja potrzeby wojewódzkie, w tym wszyscy reprezentujący specjalności podstawowe oraz anestezjologię, jeden wojewódzki specjalista (dermatologia) uznał istniejący stan zatrudnienia za zadowalający, a pozostałych 5 zasygnalizowało niedobór lekarzy m.in. w następujących dziedzinach: stomatologii - 6 etatów w stosunku do 471 istniejących, rehabilitacji (6:21), neurologii (13:68), okulistyki (4:51).

W woj. łódzkim specjalista wojewódzki w dziedzinie pediatrii ocenił opiekę podstawową w poradniach dla dzieci za optymalną. Dodał jednak, iż nie istnieje

obiektywny system okresowej oceny kadry medycznej. Oceny innych specjalistów były następujące:

- w dziedzinie okulistyki: „wykorzystanie racjonalne”,
- w dziedzinie stomatologii: „nie stwierdza się nadmiernego zatrudnienia”,
- w dziedzinie urologii: „wg mojej oceny nie występują rażące zjawiska nieracjonalnego wykorzystania lekarzy, aczkolwiek wskaźnik wysycenia lekarzy urologów jest jeden z najwyższych w Polsce. Nie ma mechanizmów, które pozwalają na eliminację najsłabiej pracujących”.

W woj. siedleckim specjalista w dziedzinie pediatrii potwierdził utrzymujący się niedobór lekarzy na wsi, spowodowany brakiem mieszkań, natomiast nadwyżkę pediatrów w Siedlcach wiązał z perspektywą ich zatrudnienia w szpitalu wojewódzkim. Nie ustosunkował się natomiast do występujących nadwyżek pediatrów w Garwolinie i Sokołowie Podlaskim. Podejmowanie przez specjalistę próby zlikwidowania wykorzystanego tylko w 50% oddziału dziecięcego w Szpitalu w Węgrowie nie powiodły się z uwagi na protesty ze strony władz samorządowych, związku zawodowego i innych organizacji. Specjalista z oddziału laryngologii ustosunkowując się do dysproporcji w zatrudnieniu lekarzy laryngologów występujących między zespołami opieki zdrowotnej stwierdził, iż przyczyną tego jest brak współdziałania (konsultacji) pomiędzy dyrektorami zoz-ów i specjalistą wojewódzkim.

W woj. opolskim swoje opinie wyrazili następujący specjaliści:

- z dziedziny laryngologii : „liczba laryngologów w woj. opolskim jest zupełnie wystarczająca, a w lecznictwie zamkniętym występuje przeetatyzowanie i taka sytuacja występuje w całej Polsce”,
- z dziedziny okulistyki: „generalnie woj. opolskie jest nasycone kadrą lekarzy okulistów, zarówno w lecznictwie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym”,
- z dziedziny dermatologii: „liczba lekarzy dermatologów w przychodni od dłuższego czasu jest ustabilizowana i z niektórymi wyjątkami - odpowiada potrzebom poszczególnych zoz-ów”.

W woj. warszawskim - dyrektor Wojewódzkiego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem potwierdził fakt występowania dysproporcji w zapewnieniu opieki lekarskiej dzieciom w poradniach na terenie województwa podając szereg tego przyczyn, w tym nierównomierne rozmieszczenie kadr, niskie zarobki oraz niechęć menadżerów ochrony zdrowia do zatrudnienia młodych lekarzy bez specjalizacji.

Specjalista wojewódzki ds. dermatologii i wenerologii jako przyczynę występowania dysproporcji w zatrudnieniu lekarzy w poszczególnych poradniach dermatologicznych wskazał na brak jego wpływu na politykę kadrową w tym zakresie, gdyż zatrudnienie nowych dermatologów, zwolnienia czy likwidacja etatów odbywa się bez wiedzy specjalisty. Tworzone były poradnie - niekiedy bez racjonalnych potrzeb, o powstaniu których dowiadywał się po wielu miesiącach.

Specjalista wojewódzki ds. neurologii nie mógł udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące występowania dysproporcji w zatrudnieniu lekarzy neurologów, gdyż - jak wyjaśnił - dopiero ostatnio otrzymał z Wydziału Zdrowia UW wykaz zatrudnionych neurologów w przychodniach zoz-ów.

Niektórzy specjaliści wojewódzcy wskazywali na duże niedobory lekarzy w dziedzinach, które nie były przedmiotem kontroli, a zwłaszcza w zakresie leczenia ambulatoryjnego w psychiatrii.

## *2.8. Wykonywanie przez okręgowe izby lekarskie zadań zleconych w zakresie prowadzenia rejestru lekarzy*

Zgodnie z art. 6 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich <sup>18</sup> Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 1990 r. w sprawie postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy, w którym zobowiązał okręgowe rady lekarskie do wydawania zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, który powinien zawierać m.in. następujące dane:

- rodzaj i numer zaświadczenia,
- numer rejestracyjny,
- stosunek do służby wojskowej,
- zakład pracy lub inne miejsce wykonywania zawodu.

W przypadku, gdy obszar działania okręgowej izby lekarskiej obejmuje dwa lub więcej województwa rejestry powinny być prowadzone odrębnie dla każdego z nich; załącznikiem do rejestru jest spis lekarzy objętych rejestrem w porządku alfabetycznym z określeniem pozycji w rejestrze oraz adresem lekarza. Okręgowe rady lekarskie zobowiązane zostały również do przekazywania corocznie wojewodom kopii załączników do rejestrów oraz udostępniania w razie potrzeby danych wpisanych do rejestru. Z dniem wejścia w życie ww. rozporządzenia obowiązek prowadzenia rejestrów, należący przed tym do wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich, przejęły okręgowe rady lekarskie, jako zadania zlecone przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

---

<sup>18</sup> Dz.U. Nr 30, poz. 158; z 1990 r. Nr 20, poz. 120 i z 1996 r. Nr 106, poz. 496.

Zgodnie z uchwałą nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. Naczelnej Rady Lekarskiej<sup>19</sup>, okręgowe rady lekarskie prowadzą rejestry lekarzy, które obejmują wykazy lekarzy członków izb (aktualnych i byłych) oraz wydane lekarzom i lekarzom stomatologom zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, a także zapisy archiwalne w rejestrach, dotyczące byłych członków izb oraz lekarzy, których akta zostały przejęte z urzędów wojewódzkich. Uchwała stanowi również, że rejestry okręgowe lekarzy są prowadzone przy wykorzystaniu jednolitego oprogramowania, określonego przez Naczelną Izbę Lekarską.

Na 9 skontrolowanych okręgowych izb lekarskich w 1 (w Zielonej Górze) nie stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru lekarzy i lekarzy dentystów w 3 (w Bydgoszczy, Opolu i Kielcach) były one stosunkowo nieduże, natomiast w pozostałych 5, obejmujących swoim zasięgiem 24 województwa, były znaczne.

W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Lublinie, obejmującej swoim zasięgiem 6 województw, w wyniku niezaktualizowania znacznej części dokumentów źródłowych lekarzy-członków Izby oraz niewprowadzenia danych zawartych w dokumentach - jak oszacowano - co najmniej połowy członków Izby do komputerowego rejestru lekarzy, stał się on zbiorem niepełnym i nie mógł spełniać celów jakie tym rejestrom wyznaczyło ww. rozporządzenie. Trudności w określeniu wielkości zbiorów wojewódzkich powodował fakt, że w przekazanych Izbie księgach rejestracyjnych urzędy wojewódzkie nie wykreślały osób, które wykonywanie zawodu przeniosły na teren innego województwa. Bez pracochłonnego porównywania danych bazy komputerowej z wojewódzkimi księgami rejestrowymi nie można byłoby określić jaką faktycznie liczbę członków posiada OIL w Lublinie oraz jaka liczba lekarzy wykonuje swój zawód w granicach poszczególnych województw.

W oparciu o urządzenia rejestrowe (księgi rejestrowe i komputerową bazę danych) ustalono, że urzędy wojewódzkie przekazały Izbie w 1990 r. dokumentację obejmującą 8.842 nazwiska lekarzy i 2.129 nazwisk lekarzy dentystów, łącznie 10.971 osób. Do prowadzonej od 21 lipca 1993 r. w Izbie księgi rejestrowej, a zarazem do komputerowej bazy danych, wprowadzono nazwiska 1.250 lekarzy oraz 391 lekarzy dentystów, którym po raz pierwszy wydano prawa wykonywania zawodu. Przy założeniu, że w latach 1990-93 nie zarejestrowano nowych lekarzy liczba lekarzy objętych rejestrem powinna obejmować 12.612 osób, a do bazy komputerowej wprowadzono łącznie z nazwiskami przeniesionymi z wojewódzkich ksiąg rejestrowych łącznie 8.329 osób (różnica 4.283 osób).

---

<sup>19</sup> Biuletyn NIL Nr 3/4 oraz 21/22 z 1993 r. zm. 1994 r. Biuletyn Nr 23 i 25.

Zasadniczą przyczyną braku kompletności oraz aktualności bazy danych komputerowych było poza nieaktualnością źródłowych dokumentów Izby zbyt wolne tempo wprowadzania informacji do komputerowej bazy danych.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie prowadziła dwa komputerowe systemy rejestracji lekarzy i lekarzy dentystów. Jeden z nich, zawierający wszystkie informacje, wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej obejmował - wg stanu na 15 lipca 1996 r. - nazwiska tylko 2.543 osób na ok. 27 tys. lekarzy zamieszkujących na obszarze 4 województw (warszawskiego, ciechanowskiego, ostrołęckiego i siedleckiego) objętych działalnością Izby. Natomiast drugi, uproszczony system rejestracji obejmował nazwiska 27.400 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym wszystkie objęte pierwszym systemem. Jednak ten uproszczony system nie uwzględniał następujących informacji określonych w ww. rozporządzeniu, a mianowicie:

- zakładu pracy lub innego miejsca wykonywania zawodu,
- stosunku do służby wojskowej,
- treści wpisów uzupełniających oraz adnotacji urzędowych.

W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi, obejmującej swoją działalnością 5 województw, wprowadzony rejestr komputerowy obejmował nazwiska 11.015 lekarzy i 2.612 lekarzy dentystów, razem 13.627 osób. Wykazywał on jednak istotne braki. W badanej próbie 3.000 pozycji rejestru w ok. 50% stwierdzono brak numerów rejestracyjnych lekarzy i wskazania miejsca ich pracy a w 10% brak numerów zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu oraz stosunku do służby wojskowej.

Rejestry lekarzy uznawane jako kompletne i sporządzone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nie zawierały danych o wszystkich miejscach pracy poszczególnych lekarzy. Inicjatywa zgłaszania tych informacji jak i o zmianie miejsca zatrudnienia należy bowiem do lekarza.

Mimo istnienia obowiązku prowadzenia rejestrów odrębnie dla każdego województwa, niektóre okręgowe izby lekarskie obejmujące swoim zasięgiem więcej niż 1 województwo prowadziły tylko jeden, wspólny rejestr dla całego okręgu, np. Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu prowadziła jeden komputerowy rejestr wszystkich lekarzy zamieszkujących na terenie 4 województw (poznańskiego, kaliskiego, konińskiego i leszczyńskiego).

Siedem okręgowych izb lekarskich nie wypełniało obowiązku - wynikającego z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r. - przekazywania wojewodom kopii załączników do rejestrów, którymi są spisy lekarzy objętych rejestrem, w porządku alfabetycznym, z określeniem pozycji w rejestrze oraz adresu lekarza a OIL w Warszawie przekazała załączniki do rejestru Wydziałowi Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie tylko raz, zamiast corocznie, w połowie 1994 r. i to w wyniku interwencji tego Wydziału.

Kontrola przeprowadzona w Naczelnej Izbie Lekarskiej w czerwcu 1996 r. przez pracowników Wydziału Kontroli Gabinetu Ministra w MZiOS wykazała m.in., iż w 1993 r. Ministerstwo przekazało środki finansowe, w kwocie 20 tys. zł, na rozwój systemu informatycznego Centralnego Rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej. Prac tych nie wykonano, a przekazane środki dotychczas nie zostały wykorzystane. NIL opracowała jedynie założenia organizacyjne i oprogramowanie Komputerowego Rejestru Lekarzy. Natomiast nie zaprowadzono centralnego rejestru lekarzy.

Jak wynika z porozumienia zawartego w dniu 20 grudnia 1995 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej a Naczelną Radą Lekarską i 22 okręgowymi izbami lekarskimi Minister przyjął plan kosztów na 1995 r. przewidzianych refundacją, w kwocie 2.275.708 zł. Ostatnią, trzecią transzę dotacji MZiOS przekazało izbom 27 grudnia 1995 r. Izby lekarskie wydatkowały w 1995 r. kwotę 2.413.813 zł, tj. o 138.105 zł (6,7%) więcej.

## **2.9. Działania administracji rządowej w zakresie racjonalizacji zatrudnienia lekarzy**

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej podejmowało działania zmierzające do racjonalizacji zatrudnienia kadr lekarskich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Znajdowały one wyraz w pracach programowych, a zwłaszcza w programie działań przystosowawczych na lata 1992-94, a następnie w programie: „Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej - strategia, realizacja celów i zadań”, opracowanym w listopadzie 1994 r. oraz pośrednio w programach restrukturyzacji szpitali w poszczególnych województwach.

Aktywności Ministerstwa w zakresie opracowywania programów dla potrzeb różnych dziedzin lecznictwa nie towarzyszyły w dostatecznym stopniu wysiłki w celu wyegzekwowania realizacji wytyczonych w programach zadań. Przykładem był program działań

przystosowawczych, który zakładał m.in. zmniejszenie niedoborów kadrowych w podstawowej opiece zdrowotnej w drodze przesunięć lekarzy z przemysłowej służby zdrowia, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i oddziałów szpitalnych, w których występowała nadwyżka kadr lub ograniczenie zadań. Zwrócono również uwagę na stosowanie wynagrodzeń, uwzględniających liczbę pacjentów objętych opieką. W dziedzinie leczenia stacjonarnego uznano za konieczne dokonanie szczegółowej analizy wykorzystania łóżek szpitalnych na terenie województw i dostosowania ich struktury do istniejących potrzeb ostrej i przewlekłej hospitalizacji. Dostrzeżono potrzebę restrukturyzacji oddziałów ginekologiczno-położniczych i dziecięcych, gdzie wykorzystanie łóżek już wówczas było niskie. Zakładane zmiany strukturalne w szpitalach zmierzały również do zracjonalizowania zatrudnienia kadr lekarskich.

Wdrażając ten program podjęto w Ministerstwie decyzję o potrzebie jego monitorowania i zobowiązano wojewodów do nadsyłania w odstępach półrocznych informacji o przebiegu jego realizacji. W szczególności podkreślono potrzebę dokonywania analizy procesów racjonalizacji gospodarowania kadrami lekarskimi, ich czasem pracy, właściwego wykorzystania środków na wynagrodzenia oraz możliwości oddziaływania Ministerstwa na te procesy.

Mimo podkreślenia rangi monitoringu realizacja programu nie była przedmiotem okresowych analiz. Jedynie w początkowym okresie funkcjonowania programu Ministerstwo wykazywało zainteresowanie realizacją niektórych jego punktów, a po pierwszym półroczu 1993 r. zaniechano monitoringu i nie podejmowano działań inspirujących realizację programu.

W marcu 1995 r. Ministerstwo, uznając potrzebę dokonania zbiorczej analizy podjętych w latach 1992-94 działań i przedstawienia konkretnych efektów organizacyjnych i finansowych, wystąpiło do wojewodów o nadesłanie liczbowych informacji m.in. w zakresie przyrostu zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w ośrodkach zdrowia na wsi i w przychodniach rejonowych w miastach, liczby zlikwidowanych oddziałów i łóżek szpitalnych w niektórych oddziałach leczenia oraz liczby oddziałów przeprofilowanych m.in. dla potrzeb przewlekłych chorób.

Wystosowane do wojewodów pismo wskazywało na potrzebę przekazania konkretnych informacji o efektach uzyskanych w latach 1992-94 do 15 kwietnia 1995 r.

Informację zbiorczą o realizacji tego programu Ministerstwo opracowało po upływie roku. Nie zawierała ona jednak żadnych konkretnych danych o uzyskanych efektach w odniesieniu do zatrudnienia kadr w podstawowej opiece zdrowotnej ani o dokonaniach w

zakresie restrukturyzacji szpitali. Ograniczono się w niej do ogólnego stwierdzenia, że zatrudnienie w podstawowej opiece zdrowotnej wzrosło. Treść informacji była natomiast w znacznym stopniu wypełniona sprawozdaniem o realizacji innych programów, tj. Narodowego Programu Zdrowia i Narodowego Programu Ochrony Serca.

Podstawową przyczyną nierozliczenia programu był brak konkretnych informacji na ten temat z części województw, co z kolei wynikało z małego zainteresowania się niektórymi wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich przebiegiem wdrażania programu.

Wykazywane inicjatywy miały czasami charakter działań pozorowanych.

Dyrektor Wydziału Zdrowia UW w Poznaniu dwukrotnie zwracał się do dyrektorów jednostek podległych (w kwietniu 1994 r. i w marcu 1995 r.) m.in. o przeprowadzenie analizy rozmieszczenia i wykorzystania kadr w relacji do opłaconego czasu pracy, jednak nie wykazał zainteresowania czy badania wykonano i jakie podjęto działania dla poprawy istniejącego stanu. Nie wyciągano również wniosków z niekorzystnej sytuacji w zakresie wykorzystania łóżek w oddziałach szpitalnych. Łączna liczba łóżek szpitalnych zmniejszyła się w latach 1993-1995 zaledwie o 12, przy równoznacznym wzroście zatrudnienia o 13 etatów; wykorzystanie łóżek ginekologiczno-położniczych wynosiło w 1992 r. tylko 61,7% i zmniejszyło się w 1995 r. do 53,7%, a w oddziałach dziecięcych utrzymywał się niski poziom ich wykorzystania, wynoszący ok. 55%.

W woj. katowickim program działań przystosowawczych nie był znany części kadry dyrektorskiej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a informacja o jego realizacji wykonana przez Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego i skierowana do MZiOŚ zawierała szereg danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

W marcu 1995 r., tj. jeszcze przed podsumowaniem wyników realizacji programu działań przystosowawczych, Ministerstwo przesłało wojewodom - wspomniany wcześniej - tzw. materiał kierunkowy pt. „Przekształcenia POZ - strategia, realizacja celów i zadań”. Jako formę monitoringu przyjęto odpowiedzi z poszczególnych województw na pytania ankietowe. Jednak - jak wynika z ustaleń kontroli - informacje nadsyłane z województw nie zawsze były rzetelne w odniesieniu do danych liczbowych, dotyczących lekarzy rodzinnych, o czym wspomniano w punkcie 2.2.5. Informacji.

Kolejnym działaniem Ministerstwa było przesłanie w czerwcu 1995 r. do lekarzy wojewódzkich „Materiałów informacyjnych i metodycznych opracowanych programów restrukturyzacji i optymalizacji planu rozmieszczenia szpitali”. Zwrócono uwagę na bezwzględny wymóg nadania priorytetu wszystkim działaniom prowadzącym do racjonalnego

wykorzystania posiadanych zasobów w systemie opieki zdrowotnej, w pierwszej kolejności opieki stacjonarnej. Założono, iż do końca 1995 r. zostaną opracowane wojewódzkie programy restrukturyzacji szpitali i optymalizacji planu ich rozmieszczenia.

Uznano, że przekształcenia istniejących szpitali w zakłady dostosowane do aktualnych potrzeb ludności są częścią składową procesu długofalowego planowania szpitali, który ma horyzont czasowy 5-7 lat. Jednak dotychczasowe tempo prac wstępnych, polegających na opracowaniu programów wojewódzkich nie wskazuje na realność podanego terminu. Wg stanu na 5 sierpnia 1996 r. 7 województw nie nadesłało jeszcze projektów restrukturyzacji szpitali a projekty 7 innych wymagały bardzo poważnych uzupełnień, a nawet opracowania ich od podstaw. Wśród województw, które nie nadesłały tych projektów lub niewłaściwie je opracowały znajdowało się 6, na 11 województw, posiadających ośrodki kliniczne (gdańskie, krakowskie, łódzkie, poznańskie, warszawskie i wrocławskie) i dysponujących największą bazą leczniczą.

W niektórych województwach, przygotowujących programy restrukturyzacji i optymalizacji sieci szpitali krytycznie oceniono dotychczasowe wykorzystanie łóżek tzw. „ostrych”, przy jednoczesnym braku łóżek dla chorych wymagających opieki długoterminowej.

W projekcie programu województwa opolskiego wykazano nadmiar łóżek „ostrych” szczególnie w oddziałach dziecięcych, a także internistycznych, laryngologicznych, pulmonologicznych i dermatologicznych, przy jednoczesnym niedoborze łóżek „ostrych” w zakresie kardiologii, onkologii i intensywnej opieki medycznej. Wykazano również niedobór łóżek w zakresie opieki długoterminowej w każdej z jej form (zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicja, rehabilitacja) stwierdzając, że ten niedobór powoduje przetrzymywanie pacjentów wymagających dłuższej opieki w oddziałach „ostrych” i upośledza drożność tych oddziałów (zwłaszcza wewnętrznych i neurologicznych).

W programie założono m.in. likwidację nadmiaru łóżek internistycznych o 23%, łóżek dziecięcych o 22%, łóżek laryngologicznych o 26,8% i pulmonologicznych o 43%, a jednocześnie wzrost m.in. łóżek kardiologicznych, onkologicznych i intensywnej opieki medycznej.

W woj. wałbrzyskim założono w projekcie programu zmniejszenie liczby łóżek „ostrych” z 4.070 do 3.464, tj. o 604 i zwiększenie liczby łóżek dla potrzeb opieki długoterminowej z 1.123 do 1.874, tj. o 751. Przewidziano zmniejszenie w znacznym stopniu deficytu łóżek w oddziałach kardiologicznych, onkologicznych i intensywnej opieki medycznej.

Zwraca jednak uwagę fakt, iż w programach restrukturyzacji szpitali nie podnoszono problemu racjonalnego wykorzystania kadr lekarskich tam zatrudnionych.

### **III. OPIS POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO**

Wyniki kontroli zostały omówione na 45 naradach pokontrolnych oraz przedstawione w 73 wystąpieniach skierowanych do kierowników jednostek kontrolowanych (70) i do kierowników jednostek nadrzędnych (3). Adresatami wystąpień byli m.in.:

- Minister Zdrowia i Opieki Społecznej,
- 14 wojewodów,
- 45 dyrektorów szpitali i zespołów opieki zdrowotnej,
- 9 przewodniczących okręgowych rad lekarskich.

W dwóch przypadkach adresaci wystąpień pokontrolnych zgłosili zastrzeżenia do ocen i uwag zawartych w wystąpieniach, które nie zostały przyjęte.

Znaczna część wniosków skierowanych do dyrektorów szpitali oraz zespołów opieki zdrowotnej dotyczyła rozpoznania i usuwania przyczyn istniejących dysproporcji w rozmieszczeniu i wykorzystaniu kadr lekarskich, zarówno w placówkach leczenia ambulatoryjnego, jak i w szpitalach. Zwrócono uwagę na konieczność uporządkowania spraw związanych z odpracowywaniem przez lekarzy opłaconego czasu pracy, na zaktualizowanie informacji o godzinach przyjęć pacjentów odpowiadającej treści umów o pracę, podpisanych z lekarzami, jak również usunięcia występujących fikcji w zatrudnieniu. Trzeba dodać, iż znaczna część nieprawidłowości związanych z przestrzeganiem dyscypliny pracy została usunięta jeszcze w czasie trwania kontroli. W przypadkach poważniejszych naruszeń wyciągano również konsekwencje służbowe.

W jednym przypadku wystąpiono o odwołanie dyrektora zespołu opieki zdrowotnej.

W wystąpieniach do przewodniczących okręgowych rad lekarskich zwrócono uwagę na konieczność zakończenia prac związanych z prowadzeniem rejestru lekarzy i lekarzy dentystów i przekazywania - zgodnie z obowiązującymi przepisami - odpowiednich informacji dla potrzeb wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich.

W wystąpieniach do wojewodów postulowano m.in. większe zainteresowanie się problematyką racjonalnego wykorzystania kadr lekarskich przy wykorzystaniu m.in. bogatego materiału sprawozdawczego, wskazującego na występowanie jaskrawych dysproporcji w rozmieszczeniu i efektywności pracy lekarzy, zatrudnionych w poszczególnych dziedzinach lecznictwa.

Z nadsyłanych do NIK informacji wynika, iż przedstawione w wystąpieniach wnioski są w trakcie realizacji, a niektóre z nich zostały już wykonane.

Dyrektor Departamentu  
Zdrowia i Kultury Fizycznej

dr Dorota SAFJAN

Akceptuję  
WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Piotr KOWNACKI  
Warszawa, 1997.05.13

Zatwierdzam  
PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Janusz WOJCIECHOWSKI  
Warszawa, 1997.05.15

**Wykaz jednostek objętych kontrolą**

1. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
2. Wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich w:

|                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| Warszawie,         | Pile,           |
| Białej Podlaskiej, | Poznaniu,       |
| Kaliszu,           | Siedlcach,      |
| Katowicach,        | Skierniewicach, |
| Kielcach,          | Tarnobrzegu,    |
| Łodzi,             | Wałbrzychu,     |
| Opolu,             | Zielonej Górze  |
3. Wojewódzki Zespół Metodyczny Opieki Zdrowotnej w Katowicach
4. Szpital Wojewódzki w Kaliszu
5. Szpital Wojewódzki im. Sokołowskiego w Wałbrzychu
6. Szpital Wojewódzki w Budowie w Siedlcach
7. Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze
8. Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu
9. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. prof. J.Bogdanowicza w Warszawie
10. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach
11. Wojewódzki Szpital Zespolony w Białej Podlaskiej
12. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
13. Wojewódzki Szpital Zespolony im. M.Kopernika w Łodzi
14. Wojewódzki Szpital Zespolony w Pile
15. Wojewódzki Szpital Zespolony w Poznaniu
16. Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach
17. Wojewódzki Szpital Zespolony w Tarnobrzegu

### Szpital ogólny

18. Szpital Miejski w Kielcach

19. Zakład Lecznictwa Zamkniętego w Rudzie Śląskiej

20. Zespoły opieki zdrowotnej w:

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| Brzezinach,    | Poznaniu-Stare Miasto, |
| Dzierżoniowie, | Raciborzu,             |
| Kielcach,      | Radzyniu Podlaskim,    |
| Lubsku,        | Sokołowie Podlaskim,   |
| Łodzi-Polesiu, | Świebodzicach,         |
| Łowiczu,       | Środzie Wlkp.,         |
| Mińska Maz.,   | Tarnowskich Górach,    |
| Niemodlinie,   | Włoszczowej,           |
| Nysie,         | Wyrzysku,              |
| Pabianicach,   | Zielonej Górze,        |
| Parczewie,     | Ziębicach,             |
| Piasecznie,    | Złotowie               |

21. Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wołominie

22. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrzeszowie

23. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli

24. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszewie

25. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sycowie

### Izby lekarskie

26. Bydgosko-Pilska Izba Lekarska w Bydgoszczy

27. Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu

28. Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie

29. Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

30. Okręgowa Izba Lekarska w Opolu

- 31. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
- 32. Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
- 33. Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach
- 34. Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu

**Załącznik nr 3**

**Zatrudnienie lekarzy dentystów wg stanu na 31 grudnia**

|                                           | <b>1 9 9 2 r.</b>  |                             | <b>1 9 9 5 r.</b>  |                             |                           |              |
|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------|
|                                           | liczba<br>bezwzgl. | wskaźnik na<br>10 tys.ludn. | liczba<br>bezwzgl. | wskaźnik na<br>10 tys.ludn. | <b>Przyrost<br/>3 - 1</b> | <b>5 : 1</b> |
|                                           | 1                  | 2                           | 3                  | 4                           | 5                         | 6            |
| Ogółem w kraju,<br>w tym w województwach: | 16.615             | 4,3                         | 17.782             | 4,6                         | 1.167                     | 7,0          |
| warszawskim                               | 1.251              | 5,2                         | 1.707              | 7,1                         | 456                       | 36,5         |
| bialskopodl.                              | 111                | 3,6                         | 115                | 3,7                         | 4                         | 3,6          |
| kaliskim                                  | 247                | 3,4                         | 241                | 3,3                         | 6                         | 2,4          |
| katowickim                                | 1.640              | 4,1                         | 1.524              | 3,9                         | -116                      | -7,1         |
| kieleckim                                 | 438                | 3,9                         | 453                | 4,0                         | 15                        | 3,4          |
| łódzkim                                   | 777                | 6,9                         | 805                | 7,2                         | 28                        | 3,6          |
| opolskim                                  | 427                | 4,2                         | 429                | 4,2                         | 2                         | 0,5          |
| pilskim                                   | 161                | 3,3                         | 148                | 3,0                         | -13                       | -8,1         |
| poznańskim                                | 735                | 5,5                         | 767                | 5,7                         | 32                        | 4,4          |
| siedleckim                                | 169                | 2,6                         | 197                | 3,0                         | 28                        | 16,6         |
| skierniewickim                            | 148                | 3,5                         | 147                | 3,5                         | -1                        | -0,7         |
| tarnobrzeskim                             | 241                | 4,0                         | 255                | 4,2                         | 14                        | 5,8          |
| wałbrzyskim                               | 273                | 3,7                         | 259                | 3,5                         | -14                       | -5,1         |
| zielonogórskim                            | 235                | 3,5                         | 235                | 3,5                         | 0                         | -            |

## Załącznik nr 2

### Zatrudnienie lekarzy wg stanu na 31 grudnia

|                                           | 1 9 9 2 r.         |                             | 1 9 9 5 r.         |                             |                           |                    |
|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------|
|                                           | liczba<br>bezwzgl. | wskaźnik na<br>10 tys.ludn. | liczba<br>bezwzgl. | wskaźnik na<br>10 tys.ludn. | <b>Przyrost<br/>3 - 1</b> | <b>%<br/>5 : 1</b> |
|                                           | 1                  | 2                           | 3                  | 4                           | 5                         | 6                  |
| Ogółem w kraju,<br>w tym w województwach: | 83.724             | 21,8                        | 89.428             | 23,2                        | 5.704                     | 6,8                |
| warszawskim                               | 9.343              | 38,8                        | 10.387             | 43,0                        | 1.044                     | 11,2               |
| bialskopodl.                              | 514                | 16,7                        | 555                | 17,9                        | 41                        | 8,0                |
| kaliskim                                  | 977                | 13,6                        | 1.072              | 14,8                        | 95                        | 9,7                |
| katowickim                                | 9.579              | 24,2                        | 9.972              | 25,4                        | 393                       | 4,1                |
| kieleckim                                 | 2.205              | 19,4                        | 2.388              | 21,0                        | 183                       | 8,3                |
| łódzkim                                   | 4.106              | 36,3                        | 4.347              | 38,9                        | 241                       | 5,9                |
| opolskim                                  | 1.774              | 17,3                        | 1.857              | 18,1                        | 83                        | 4,7                |
| pilskim                                   | 653                | 13,4                        | 677                | 13,7                        | 24                        | 3,7                |
| poznańskim                                | 3.722              | 27,7                        | 3.939              | 29,1                        | 217                       | 5,8                |
| siedleckim                                | 751                | 11,4                        | 829                | 12,5                        | 78                        | 10,4               |
| skierniewickim                            | 681                | 16,1                        | 681                | 16,1                        | 0                         | -                  |
| tarnobrzeskim                             | 903                | 14,9                        | 973                | 16,0                        | 70                        | 7,8                |
| wałbrzyskim                               | 1.195              | 16,1                        | 1.258              | 17,0                        | 63                        | 5,3                |
| zielonogórskim                            | 1.059              | 15,9                        | 1.096              | 16,3                        | 37                        | 3,5                |

**Załącznik nr 4**

**Liczba lekarzy zatrudnionych  
w podstawowej opiece zdrowotnej (w etatach przeliczeniowych)  
w stosunku do liczby ludności w województwach objętych kontrolą**

|                    | <b>Ogółem</b>                  |                                  | <b>W miastach</b>              |                                  | <b>Na wsi</b>                  |                                  |
|--------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>Województwa</b> | <b>l. etatów<br/>przelicz.</b> | <b>l. ludności<br/>na 1 etat</b> | <b>l. etatów<br/>przelicz.</b> | <b>l. ludności<br/>na 1 etat</b> | <b>l. etatów<br/>przelicz.</b> | <b>l. ludności<br/>na 1 etat</b> |
| <b>1</b>           | <b>2</b>                       | <b>3</b>                         | <b>4</b>                       | <b>5</b>                         | <b>6</b>                       | <b>7</b>                         |
| POLSKA             | 18.310                         | 2.107                            | 13.613                         | 1.754                            | 4.697                          | 3.133                            |
| St.warszawskie     | 1.521                          | 1.588                            | 1.414                          | 1.514                            | 107                            | 2.570                            |
| Białkopodlaskie    | 133                            | 2.326                            | 75                             | 1.541                            | 58                             | 3.340                            |
| Kaliskie           | 306                            | 2.355                            | 193                            | 1.751                            | 113                            | 3.394                            |
| Katowickie         | 1.742                          | 2.258                            | 1.559                          | 2.186                            | 183                            | 2.867                            |
| Kieleckie          | 624                            | 1.821                            | 403                            | 1.349                            | 221                            | 2.680                            |
| Łódzkie            | 684                            | 1.792                            | 642                            | 1.620                            | 42                             | 1.870                            |
| Opolskie           | 450                            | 2.281                            | 312                            | 1.755                            | 138                            | 3.472                            |
| Pilskie            | 220                            | 2.240                            | 164                            | 1.696                            | 56                             | 3.832                            |
| Poznańskie         | 677                            | 1.997                            | 499                            | 1.921                            | 178                            | 2.210                            |
| Siedleckie         | 248                            | 2.668                            | 114                            | 1.875                            | 134                            | 3.342                            |
| Skierniewickie     | 180                            | 2.354                            | 108                            | 1.883                            | 72                             | 3.059                            |
| Tarnobrzeskie      | 279                            | 2.183                            | 163                            | 1.499                            | 116                            | 3.145                            |
| Wałbrzyskie        | 288                            | 2.570                            | 240                            | 2.286                            | 48                             | 3.990                            |
| Zielonogórskie     | 248                            | 2.714                            | 196                            | 2.134                            | 52                             | 4.900                            |