

Absurdalne wymagania mogą sparaliżować podstawową opiekę zdrowotną

Haracz za możliwość pracy w POZ

O sytuacji kadrowej w podstawowej opiece zdrowotnej i groźbie jej drastycznego pogorszenia rozmawiamy z doktorem Jerzym Radziszowskim, prezesem CM Diamed, koordynatorem ds. organizacyjnych Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego w Małopolsce, szefem Zespołu ds. POZ i AOS Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie.

■ **Jeśli nic się nie zmieni, jeszcze tylko przez nieco ponad rok w podstawowej opiece zdrowotnej będą mogli pracować lekarze specjaliści w dziedzinach pediatrii i chorób wewnętrznych. Bez dodatkowego kursu z zakresu medycyny rodzinnej stracą uprawnienia lekarzy POZ i być może pracę. Ilu lekarzy dotyczą te przepisy?**

– W polskim systemie podstawowej opieki zdrowotnej tylko około 30 proc. lekarzy posiada specjalizację z medycyny rodzinnej, niekoniecznie jako jedyną. Natomiast około 70 proc. lekarzy w POZ to specjaliści innych dziedzin niż medycyna rodzinna, w większości interniści i pediatrzy. W sumie w POZ pracuje około 35 tys. lekarzy, z których nieco ponad 7 tys. to pediatrzy, 9560 to interniści. Mniej więcej 10 tys. lekarzy POZ legitymuje się specjalizacją z medycyny rodzinnej. Czasem ich liczbę określa się na 12 tys., doliczając też lekarzy innych specjalności z dodatkowym przeszkoleniem z medycyny rodzinnej. Mimo wielu lat starań, działań promocyjnych, wielu zachęt udało się osiągnąć w POZ poziom tylko 30 proc. lekarzy medycyny rodzinnej i tego pułapu chyba nie da się przebić.

■ **Czy spotyka się jeszcze w przychodniach lekarzy bez żadnej specjalizacji?**

– Jest ich coraz mniej, ale są, nie tylko ci z najstarszego pokolenia. Są to również lekarze w trakcie specjalizacji



J. Hodor

Jerzy Radziszowski

z dziedziny innej niż medycyna rodzinna. I tu trzeba podkreślić kolejny absurd tego systemu – lekarze w trakcie szkolenia z medycyny rodzinnej już w dniu rozpoczęcia specjalizacji nabierają formalnych uprawnień jak pełnoprawni specjaliści. Lekarz, który dopiero rozpoczyna specjalizację z tego zakresu, ma większe uprawnienia administracyjne niż lekarz specjalista z wieloletnim doświadczeniem w internie czy pediatrii, od razu może zbierać deklaracje do POZ. Tylko medycyna rodzinna ma takie przywileje. W każdej innej dziedzinie trzeba ukończyć pełne szkolenie i zdać egzamin specjalizacyjny, by przez urzędników być traktowanym jak pełnoprawny specjalista.

■ **Co więcej, zgodnie z ustawą z października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, jeśli lekarze, którzy nie są specjalistami medycyny rodzinnej, do 31 grudnia 2024 roku nie ukończą kursu, stracą obecnie posiadane uprawnienia lekarza POZ. To chyba nie pierwsza próba administracyjnego podnoszenia rangi medycyny rodzinnej w naszym systemie.**

– Rzeczywiście, problem się powtarza. Przepis, że w POZ może pracować tylko lekarz rodzinny, po raz pierwszy pojawił się w 2007 r. Do 2014 r. pediatrzy i interniści nie mieli statusu lekarzy rodzinnych, co doprowadziło do gwałtownego odpływu tych specjalistów z POZ. W końcu braki kadrowe w tych placówkach były tak duże, że zagrażały bezpieczeństwu pacjentów. Wówczas jednak nasze protesty odniosły skutek. Na moje pismo ówczesny wiceminister zdrowia Sławomir Neuman odpowiedział dość szybko, dzieląc obawy. 15 czerwca 2014 r. weszła w życie nowelizacja ustawy, wycofano się z wadliwych rozwiązań i zmieniono definicję lekarza POZ. Lekarz internista i pediatra tworzyli od tej pory zespół leczący, przywrócono im prawo udzielania świadczeń i zbierania deklaracji w POZ. Teraz mamy kolejną próbę wykluczenia z POZ lekarzy tych specjalności. Ten przepis pojawił się dawno, w 2017 r., lecz nikt nie przypuszczał, że będzie utrzymywany. Zatoczyliśmy koło, wracamy do tego, co było kiedyś. Protestujemy, niestety bez efektu.

■ Czym uzasadnia się tę zmianę?

– Niczym, nie słyszałem żadnych przekonujących argumentów za takim działaniem. Tymczasem w POZ zaczęła maleć liczba lekarzy internistów, którzy przechodzą do szpitali, gdzie mają gwarancje pracy i stabilnej sytuacji. Specjaliści chorób wewnętrznych są przez szpitale bardzo poszukiwani. Także pediatrzy nie muszą się martwić o pracę, choć maleje liczba dzieci w naszym kraju. Proszę zwrócić uwagę, jak dużą rolę odgrywają specjaliści pediatrzy i interniści w przypadku zachorowań masowych. Przykładem była pandemia. To interniści byli najczęściej wzywani do walki z COVID-19. Specjalista chorób wewnętrznych jest przygotowany do opieki nad chorymi zarówno w POZ, na oddziale szpitalnym, jak i na SOR czy w oddziałach intensywnej terapii. Natomiast nie znam lekarza medycyny rodzinnej, który mógłby pracować na oddziale szpitalnym.

■ Jednak chyba nie umniejsza to roli specjalistów medycyny rodzinnej? Jak widzi Pan ich umiejscowienie w systemie opieki zdrowotnej? Zapewne w kierowanej przez Pana przychodni są także lekarze rodzinni...

– Ich rola jest bardzo ważna, bo są niezastąpieni w mniejszych ośrodkach. Jest dla nich miejsce w każdym mniejszym podmiocie, zwłaszcza daleko od

dużego miasta, gdzie utrzymywanie zespołu leczniczego dla nikogo nie byłoby opłacalne. Tam – w podmiotach opiekujących się populacją od 2 do ok. 5 tys. pacjentów, lekarz rodzinny doskonale się sprawdza, jest nie do przecenienia. I rzeczywiście jest lekarzem rodzinnym w każdym tego słowa znaczeniu, bo zwykle także mieszka na swoim terenie, ma więc dobre rozeznanie potrzeb zdrowotnych. Nikt nie neguje i nie podważa roli lekarza medycyny rodzinnej w systemie POZ, jednak to powinien być jeden z lekarzy POZ, a nie jedyny „superdoktor”, który zastąpi wszystkich internistów i pediatrów. Dla dobra pacjentów powinniśmy współpracować bez administracyjnych ograniczeń. Nie chcę, by narastały animozje. Na szczęście lekarze rodzinni też krytykują eliminowanie innych specjalistów z POZ, bo sami nie będą w stanie objąć opieką wszystkich Polaków.

■ Zwłaszcza że pacjenci mają coraz większe wymagania i oczekiwania. Kolejki do specjalistów świadczą o tym, że nie do końca ufa się lekarzom rodzinnym. Jako pacjentka wolałabym, by moje dzieci leczył pediatra, a nie lekarz rodzinny.

– Społeczeństwo oczekuje już na poziomie POZ specjalistycznej opieki medycznej i z pewnością oczekiwań tych nie zmieniają projektowane regulacje. Dlatego zresztą nasz system udostępniający niektóre świadczenia specjalistyczne, właśnie opiekę pediatryczną już w ramach POZ, budził duże zainteresowanie nawet na Zachodzie. Połączenie świadczeń internisty i pediatry pokrywa wszystkie zagadnienia związane z leczeniem dzieci i dorosłych. Lekarze rodzinni



pracujący w mojej przychodni nie przyjmują niemowląt i małych dzieci. Najmłodszy pozostają pod opieką pediatrów. Specjalizacja z pediatrii czy interny trwa pięć lat. W trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej lekarz uczy się pediatrii tylko przez kilka miesięcy.

■ Będę adwokatem diabła, zaznaczę – to próba prowokacji: dlaczego interniści i pediatrzy nie chcą zaliczyć tego kursu? Przecież wiedzy nigdy za dużo. A pewnie część materiału można przyswoić online, bez straty czasu.

– Cały ten kurs to strata czasu, jego program urąga nawet najbardziej minimalnym wymaganiom, jego poziom jest wręcz obraźliwy. Przewiduje się nauczanie umiejętności najbardziej podstawowych, które posiada absolutnie każdy absolwent uczelni medycznej. Bez ich opanowania nikt nie ukończyłby studiów. Kurs obejmuje kilkadziesiąt godzin dydaktycznych obowiązkowych – dziesięć dni zajęć w trybie stacjonarnym oraz panel e-learningu, trzeba jeszcze zaliczyć kolokwium z poszczególnych części, uzyskać certyfikat znajomości i zdać sprawdzian umiejętności praktycznych. W sumie zajmie to jakieś dwa tygodnie. Czego może specjalista nauczyć się w takim czasie? W programie, który zatwierdzono w 2019 r. specjalnym rozporządzeniem ministra zdrowia, przewiduje się na przykład wykłady poświęcone EBM – m.in. „umiejętności wyszukiwania wiarygodnych informacji medycznych”, wykłady z zasad komunikacji z pacjentem, pracy w zespole, na temat prowadzenia dokumentacji medycznej, współpracy z innymi ośrodkami czy poświęcone zdrowiu publicznemu. W e-learningu mają być omawiane najbardziej podstawowe problemy kliniczne z zakresu różnych specjalizacji. W ramach zdobywania nowych umiejętności tematy też nie wykraczają poza wiedzę przeciętnego absolwenta medycyny. Co więcej, wykładowcami na tych kursach mogą być lekarze rodzeni z pięcioletnim stażem pracy. Młody lekarz rodzinny będzie więc uczył doświadczonego diabetologa, jak rozpoznać cukrzycę, a kardiologa, jak diagnozować nadciśnienie. Będzie szkolił pediatrę z zasad opieki nad niemowlęciem.

■ Kto realizuje te kursy? Ilu lekarzy pracujących w POZ zdecydowało się do tej pory na takie dokształcanie?

– W zeszłym roku odbył się tylko jeden kurs, ukończyło go ok. 50 osób. W tym roku zaplanowano trzy, czyli dla ok. 150 osób, ale brakuje chętnych. Bulwersujące jest to, że kursy realizuje jedna, wskazana przez resort jednostka – Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, a w zakresie e-learningu – Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. I te obowiązkowe kursy są płatne, co dodatkowo bulwersuje całe nasze środowisko. Pod jeden adres mają spłynąć

miliony złotych. Od jednej osoby – 1500 zł za sam kurs, nie licząc kosztów dojazdu, noclegu i innych wydatków. Szacuje się, że do przeszkolenia jest ok. 16 tys. lekarzy, czyli można zarobić jakieś 24 mln zł. Lekarze muszą zapłacić haracz za możliwość pracy w POZ. Ten kurs to fikcja, sposób na wywrwanie pieniędzy.

■ Co więc czeka system, co czeka pacjentów, jeśli nikt nie odstąpi od tego planu, jeśli lekarze POZ niebędący specjalistami medycyny rodzinnej nie ugną się pod tym naciskiem?

– Dalsze administracyjne ograniczanie kompetencji i możliwości pracy pediatrów i internistów w podstawowej opiece zdrowotnej spowoduje załamanie systemu POZ, podobnie jak to było 10 lat temu. Wówczas, żeby dziecko było dobrze leczone przez pediatrę, musiało trafić do szpitala. Teraz czeka nas to samo. Zamiast ingerować i arbitralnie ustawowo decydować, kto jest lepszym specjalistą – lekarz rodzinny czy zespół lekarzy pediatra-internista – pozostawmy wybór pacjentom. Czas pokaże, w jakim kierunku powinien rozwijać się system podstawowej opieki zdrowotnej.

I nie jestem zdziwiony zamiarem bojkotu „kursu”, a raczej haraczu za możliwość pracy w POZ, jaki musieliby zapłacić interniści i pediatrzy. Decyzję kolegów uważam za jak najbardziej racjonalną i merytorycznie uzasadnioną.

Mając na uwadze powyższe, osobiście uważam, że to najwyższy czas, aby prezesi Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i NIL zajęli w tej sprawie stanowisko. Lekarze interniści i pediatrzy oczekują silnego i jednoznacznego wsparcia, a przede wszystkim uznania nabytych kwalifikacji zawodowych oraz wkładu, jaki wnoszą przez ostatnie dziesięciolecie w rozwój podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor

