

Lekarze POZ starzeją się w tempie szybszym niż społeczeństwo

# Medycyna z siwą brodą

Jerzy Friediger

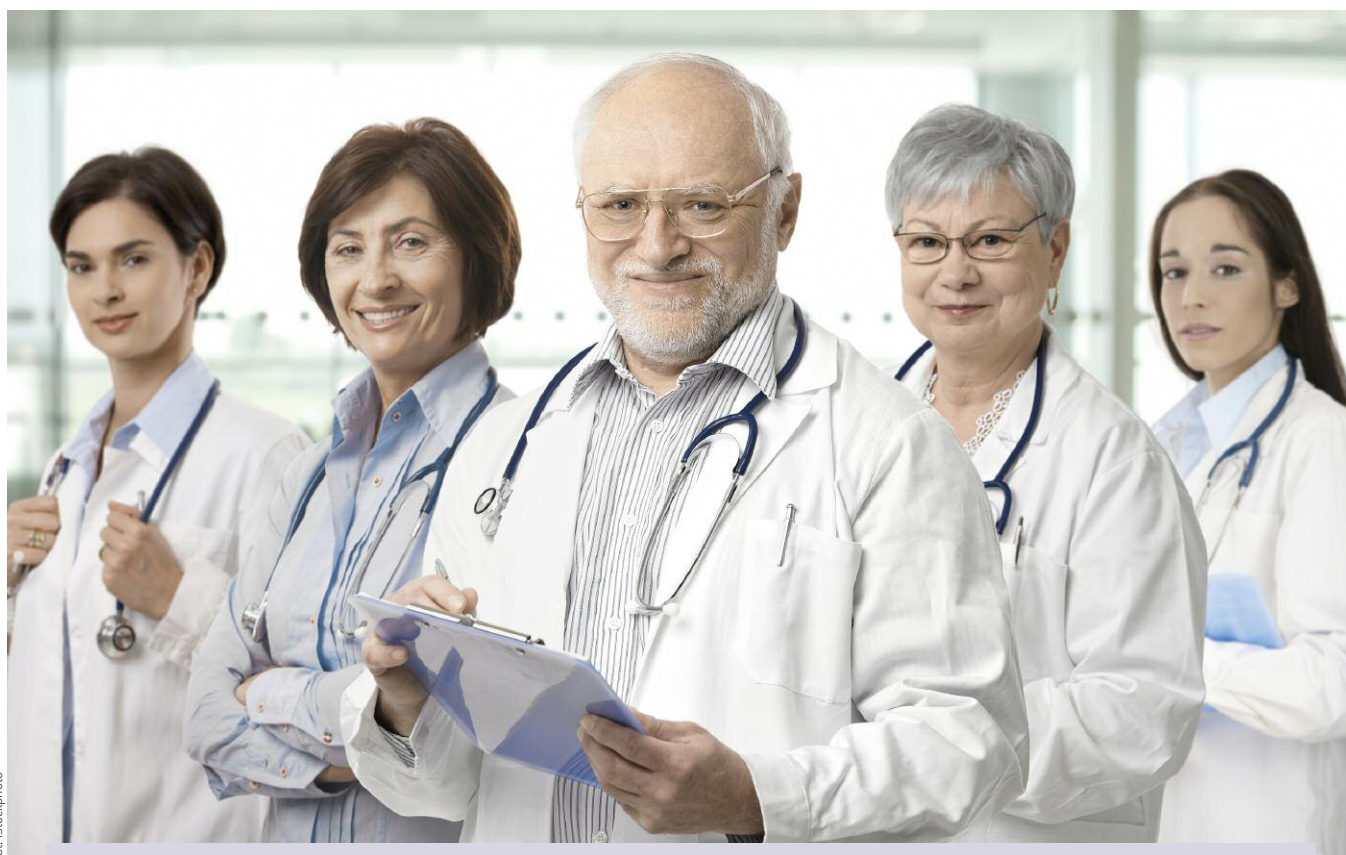


foto: iStockphoto

Według „zielonej księgi” Komisji Europejskiej, w latach 1995–2000 odsetek lekarzy poniżej 45. roku życia spadł o 20 proc., a lekarzy powyżej 45. roku życia wzrósł o 50 proc. Proces ten postępuje i nie omija Polski. Dlatego szczególnie ważne jest właściwe gospodarowanie kadrami lekarskimi i dbałość o racjonalne wykorzystanie specjalistów.

Niestety, zapisy ustawowe dotyczące niektórych specjalizacji utrudniają bądź wręcz uniemożliwiają takie działania.

I tak, w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych w art. 5 czytamy:

„Użyte w ustawie określenia oznaczają:

13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza:

a) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

b) odbywającego szkolenie specjalizacyjne w zakresie medycyny rodzinnej, lub  
c) posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej”.

## Faworyzowanie stażystów

W ten sposób jednym zapisem ustawowym wyeliminowano z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie tylko specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych, lecz także pediatrii. Pozbawiono więc dzieci dostępu do opie-

**Tabela 1.** Szczegółowy plan kształcenia specjalizacyjnego w medycynie rodzinnej dla lekarzy po stażu (bez specjalizacji). Łączny czas trwania specjalizacji wynosi 4 lata (48 miesięcy) (okres kształcenia podany w tabeli obejmuje także urlop wypoczynkowy)

Etap wstępny (wprowadzenie do medycyny rodzinnej w praktyce lekarza rodzinnego)	Etap kształcenia szpitalnego i specjalistycznego								Etap kształcenia lekarza rodzinnego
	Choroby wewnętrzne (w tym miesiąc kardiologii i miesiąc pulmonologii)	Pediatria	Położnictwo i ginekologia	Chirurgia ogólna	Psychiatria	Dermatologia, laryngologia, neurologia, okulistyka, choroby zakaźne	Fizykoterapia	Fakultatywne	
2 miesiące (8 tygodni)	6 miesięcy (24 tygodnie)	6 miesięcy (24 tygodnie)	3 miesiące (12 tygodni)	miesiąc (4 tygodnie)	miesiąc (4 tygodnie)	po 3 tygodnie, łącznie 15 tygodni (4 miesiące)	tydzień	miesiąc (4 tygodnie)	24 miesiące (96 tygodni)

**Tabela 2.** Szczegółowy plan kształcenia specjalizacyjnego w medycynie rodzinnej dla lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w pediatrii. Łączny czas trwania specjalizacji wynosi 3 lata (36 miesięcy) (okres kształcenia podany w tabeli obejmuje także urlopy wypoczynkowe)

Choroby wewnętrzne	Etap kształcenia szpitalnego i specjalistycznego					Etap kształcenia w praktyce lekarza rodzinnego
	Pediatria	Położnictwo i ginekologia	Dermatologia, laryngologia, neurologia, okulistyka, choroby zakaźne, psychiatria	Fizykoterapia	Fakultatywne	
5 miesięcy (20 tygodni)	miesiąc (4 tygodnie)	miesiąc (4 tygodnie)	po miesiącu (4 tygodnie), łącznie 6 miesięcy (24 tygodnie)	tydzień	miesiąc (4 tygodnie)	19 miesięcy (76 tygodni)

**Tabela 3.** Szczegółowy plan kształcenia specjalizacyjnego w medycynie rodzinnej dla lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych. Łączny czas trwania specjalizacji wynosi 3 lata (36 miesięcy) (okres kształcenia podany w tabeli obejmuje także urlopy wypoczynkowe)

Etap kształcenia		Etap kształcenia szpitalnego i specjalistycznego					Etap kształcenia w praktyce lekarza rodzinnego
Etap kształcenia w praktyce lekarza rodzinnego	Pediatria						5 miesięcy (20 tygodni)
	Choroby wewnętrzne						miesiąc (4 tygodnie)
	Położnictwo i ginekologia						miesiąc (4 tygodnie)
	Dermatologia, laryngologia, neurologia, okulistyka, choroby zakaźne, psychiatria						po miesiącu (4 tygodnie), łącznie 6 miesięcy (24 tygodnie)
	Fizykoterapia						tydzień
	Fakultatywne						miesiąc (4 tygodnie)

ki pediatrycznej, a dorosłych do opieki specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych. Za to, zgodnie z zapisami ustawy, dla systemu opieki zdrowotnej cenniejszy jest lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne z zakresu medycyny rodzinnej (który kilka miesięcy wcześniej nie miał prawa do wypisania recepty) niż specjalista chorób wewnętrznych czy pediatra.

System opieki zdrowotnej nie przewiduje także istnienia poradni dziecięcych, a opieka nad dzieckiem i medycyna szkolna cofnęły się o 20 lat. W systemie opieki zdrowotnej nie przewiduje się też miejsca dla specjalisty chorób wewnętrznych (poza oddziałem szpitalnym). Trudno sądzić, że wszyscy pediatrzy i interniści znajdą zatrudnienie w szpitalach. Czyżby więc byli niepotrzebni?

Cały system POZ został oparty na specjalistach medycyny rodzinnej, którzy z racji swojego wykształcenia nie są w stanie podjąć wszystkim powierzonym im zadaniom. Nie jest możliwe, aby w ciągu 24 miesięcy nauczyć się leczenia dorosłych, dzieci (po 6-miesięcznym szkoleniu z pediatrii), prowadzenia ciąży (po 3-miesięcznym kursie ginekologii i położnictwa) i wielu czynności z zakresu innych specjalności po 4-tygodniowym, nawet najlepszym szkoleniu. Co więcej, wydaje mi się, że na razie nie ma w Polsce takiej konieczności – i oby jej nie było.

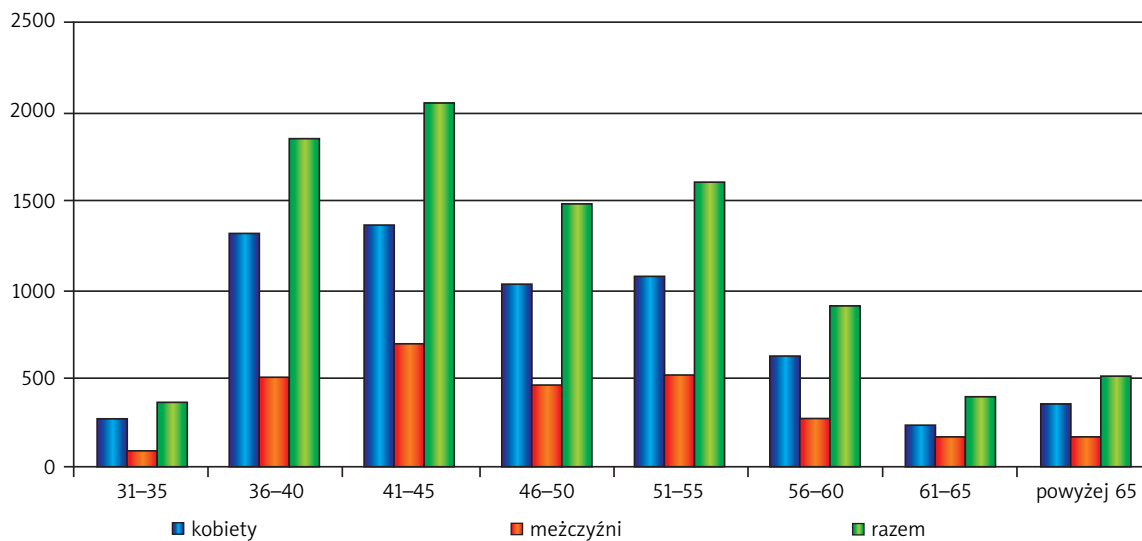
Ogromna większość specjalistów medycyny rodzinnej stara się zatrudnić u siebie pediatrów, co jednak staje się coraz trudniejsze, ponieważ z powodu braku perspektyw pracy coraz mniej młodych lekarzy decyduje się na tę specjalizację. Pediatrzy, którym umożliwiono specjalizację z medycyny rodzinnej tzw. krótką ścieżką, są już na wymarciu. Pozostali, nie mogąc kontraktować z NFZ swoich praktyk, są skazani na zatrudnienie u lekarzy rodzinnych jako podwykonawcy kontraktów, bo nie sądzę, aby wielu z nich zdecydowało się na rozpoczęcie trwającej 36 miesięcy specjalizacji z medycyny rodzinnej.

Podobnie jest w przypadku specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych. Tutaj również wyczerpała się „krótka ścieżka” i wyczerpują się możliwości uzyskania uprawnień do pracy w POZ.

### Perspektywa

Tymczasem perspektywa realizacji zapisów ustawy rysuje się raczej w czarnych barwach. W roku 2008 mieliśmy w Polsce ok. 10 tys. specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej. Biorąc pod uwagę strukturę wiekową tej grupy oraz fakt, że znaczna jej część to kobiety, można przypuszczać, że liczba tych specjalistów prawdopodobnie nie zwiększyła się znacznie. Na podstawie wykresu przedstawionego na rycinie 1. można wnioskować, że znaczna część specjalistów medycyny rodzinnej uzyskała specjalizację „krótką ścieżką” w okresie po jej wprowadzeniu.

Przy 40 mln ludności naszego kraju minimalne zapotrzebowanie na lekarzy POZ, według aktualnego



**Ryc. 1.** Struktura wiekowa specjalistów medycyny rodzinnej według Centralnego Rejestru Lekarzy, stan na październik 2008 r.

standardu, wynosi co najmniej drugie tyle, czyli również ok. 10 tys. Przy założeniu, że 20 proc. absolwentów wydziałów lekarskich (w roku 2010 było ich 2606 i nic nie wskazuje, aby ich liczba w najbliższych latach gwałtownie się zwiększyła), czyli ok. 500 lekarzy rocznie, wybierze specjalizację z medycyny rodzinnej i pracować będą wszyscy, którzy już posiadają tę specjalizację, wymogi ustawy spełnimy za ponad 20 lat.

Rodzi się pytanie, czy dalsze utrzymywanie ustawowego monopolu na pracę w POZ dla specjalistów medycyny rodzinnej dobrze służy chorym i systemowi ochrony zdrowia. Czy wobec niemożności spełnienia wymogów ustawy za kilka lat nie będzie konieczności gwałtownego jej nowelizowania? Czy nie warto pomyśleć o tym już teraz i dopuścić do pracy w POZ specjalistów z zakresu pediatrii i chorób wewnętrznych – po spełnieniu pewnych warunków, ale na pewno nie 3-letniej specjalizacji. Czy dla dzieci nie będzie lepiej, jeżeli będą leczone i prowadzone przez pediatrę, a dla dorosłych – przez specjalistę chorób wewnętrznych?

Przepraszam z góry wszystkich specjalistów medycyny rodzinnej, którzy mogliby się poczuć urażeni moimi uwagami – nie miałem i nie mam zamiaru w żaden sposób dezawuować ich specjalizacji, a jedynie zwrócić uwagę na szkodliwość utrzymywania ich ustawowego monopolu na pracę w POZ i konieczność zmiany tych uregulowań.

### Medycyna ratunkowa

W podobnej sytuacji jest druga specjalizacja o ustawowo zagwarantowanym monopolu, czyli medycyna ratunkowa. Tutaj również zapisy ustawy o państwowym ratownictwie medycznym określają, że lekarzem systemu jest lekarz specjalista z zakresu medycyny ratunkowej lub specjalizujący się w medycynie ratunkowej. I zno-

„ W Polsce potrzebnych jest jeszcze ok. 2000 specjalistów medycyny ratunkowej ”

wu dla systemu medycyny ratunkowej cenniejszy jest lekarz po stażu, który dopiero podjął specjalizację, niż np. doświadczony anestezjolog. Po prostu trzeba się zapisać do klubu.

Tymczasem w Polsce potrzebnych jest jeszcze ok. 2000 specjalistów z medycyny ratunkowej. Wyspecjalizowanych w tej dziedzinie jest 743 lekarzy (w tym znaczna liczba „krótką ścieżką” po wprowadzeniu specjalizacji), a szkoli się w całym kraju (wg portalu Eskulap.pl podającego za „Rzeczpospolitą”) 92 lekarzy, natomiast według bardziej wiarygodnych danych z CMKP, w 2009 r. szkoliło się w tej dziedzinie 469 lekarzy. Specjalizacja trwa 4 lata, czyli wykształcimy w najlepszym wypadku 120 specjalistów rocznie. Wygląda więc na to, że na spełnienie wymogów ustawy potrzeba ok. 20 lat. Nie było to trudne do przewidzenia – wystarczyło policzyć. Ale od rozsądku i liczb ważniejszy był głos kilku osób lobbujących za swoją specjalizacją. Termin ustawowy mija i cały problem realizacji zapisów spada na ministra zdrowia, a tzw. autorytety twierdzą, że nie można obniżyć standardów. Tylko skąd wziąć specjalistów, autorytety nie mówią.

Również te zapisy ustawy trzeba zatem pilnie nowelizować, zwłaszcza że niezbyt wielu młodych lekarzy jest chętnych do podjęcia specjalizacji, w której za 30 lat nie będą mogli praktykować ze względu na wyczerpujący psychicznie i fizycznie charakter pracy. ■