



BYKA za ROGI

**Krzysztof
Ożegowski**

Odkrywanie Ameryki?

Czyli o celowym eliminowaniu ogromnej grupy lekarzy z systemu ochrony zdrowia w Polsce

Do kolejnego „brania się z bykiem za rogi” zainspirowała mnie konferencja *Miejsce interny i pediatrii w polskim systemie opieki zdrowotnej*, która odbyła się 5 października w Krakowie. Zorganizowało ją Towarzystwo Internistów Polskich, Polskie Towarzystwo Pediatryczne oraz Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie. W konferencji, oprócz przedstawicieli tych towarzystw oraz krakowskiej Izby Lekarskiej, wzięli także udział konsultanci krajowi w dziedzinie interny i pediatrii, oraz prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (dla przypomnienia też internista). Niestety konferencji nie raczyli zaszczyścić przedstawiciele ani Ministerstwa Zdrowia, ani Narodowego Funduszu Zdrowia – no, ale takie postępowanie tych instytucji to nic nowego, gdyż arogancja jest ich znakiem firmowym. Efektem konferencji jest „Memorandum internistów i pediatrów do ministra zdrowia”, przesłane także do wiadomości prezydenta, premiera, komisji zdrowia sejmu i senatu (**zamieszczamy je na stronie 28**).

List ten jest głosem rozpaczliwej przedstawicieli ogromnej grupy specjalistów, systemowo od lat eliminowanej z systemu ochrony zdrowia, którzy wreszcie doszli do wniosku, że tak dalej być nie powinno. Czy przyniesie pożądaną efekt? Osobiście wątpię, gdyż przeciwnik jest silny, okopany na „wielu szanłach” i przede wszystkim nie przyjmując żadnych, nawet najbardziej słusznych uwag. Nie wiem czy Państwo pamiętacie, ale w pierwszej ustawie z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie było w ogóle definicji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zamiennie używano zresztą terminu lekarz rodzinny (definicji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zresztą też). Wymagania doprecyzowano dopiero w warunkach konkursu ofert i uczyniła to Kasa Chorych. Tak naprawdę to na tym poziomie, a nie w drodze zapisu ustawowego, rozpoczęła się eliminacja interny i pediatrii, choć gwoździem prawdy internści i pediatrzy mogli pracować w POZ, czyli być lekarzami rodzinnymi. Zresztą było to wymogiem chwili, gdyż specjalistów medycyny

rodzinnej było jak na lekarstwo. W 2003 r. wraz z ustawą o *powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* pojawiła się definicja „lekarza POZ”, którym mógł być lekarz medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W nowej ustawie z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definicja lekarza POZ nieco się rozrosła, bowiem obecnie lekarz POZ, to lekarz:

- posiadający specjalizację co najmniej pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii lub
- posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii – udzielający świadczeń w POZ, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę. Jak widać oprócz kryterium specjalizacji i miejsca pracy, doszedł warunek pracy „na kontrakcie z Funduszem”.

Definicja ta nie była ostateczną i ciachaczem ewoluowała, aż do obecnej formy, gdzie lekarz POZ to lekarz:

- posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
- odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
- posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej
- udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń POZ.

Jak Państwo widzą nie ma tu już miejsca dla internistów i pediatrów. I to nie tylko jako świadczeniodawców, ale nawet podwykonawców u kogoś, kto ma kontrakt (podobnie jest zresztą z lekarzami bez specjalizacji). Gdyby „literalnie” stosować ten zapis, to nie mogliby oni pracować nawet na szeroko rozumiane „zastępstwo”, co dzieje się zresztą dość powszechnie. Ktoś spyta: Dlaczego tak się stało? Odpowiedź nie będzie prosta. Z jednej strony przyczy-



niło się do tego silne lobby lekarzy rodzinnych, którzy forsowali takie rozwiązania w imię hasła: „Osiemdziesiąt procent potrzeb za dwadzieścia procent środków” (który to „procent” dziś jest zresztą tylko marzeniem), nie bacząc w swoim zaślepieniu na długofalowe efekty. Niewątpliwie działania te ułatwia bierna postawa zarówno środowisk internistów, jak i pediatrów, choć ci ostatni nieco wcześniej zaczęli artykułować konieczność „przywrócenia pediatrii”. Być może na taką postawę miało wpływ przekonanie niektórych „medycznych prominentów”, że sama praca w szpitalach i klinikach wystarczy, by te „królewskie” specjalizacje przetrwały i miały się dobrze. Dodatkowym elementem zaciemniającym obraz był fakt, że większość „starych” lekarzy rodzinnych w tle miała specjalizację bądź z interny, bądź z pediatrii, co skutkowało tym, że dorosłymi zajmowali się pierwotnie interniści, dziećmi – pediatrzy. Niejako efektem ubocznym tego stanu rzeczy było lekceważenie przez „rodzinnych” internistów i pediatrów jako osobnej i potrzebnej specjalizacji, gdyż większość z nich była wcześniej jednym lub drugim. Sprawa zaczęła wyglądać nieco inaczej, gdy pojawiła się większa liczba specjalistów medycyny rodzinnej bez innej specjalizacji w tle. Oczywiście, wszelkie uogólnienia niosą ze sobą przekłamania, ale jak przyznają to nawet „starzy rodzienni”, jakość opieki spadła. Przyczyna jest prozaiczna. Nie można znać się na wszystkim bardzo dobrze. A niestety „guru” medycyny rodzinnej w Polsce wmawiają to jej adeptom, a ci, „niestety”, w to wierzą i wielokrotnie powtarzają na wielu forach, wyrażając pogardę i kompletny brak zrozumienia dla interny i pediatrii. Ich wypowiedzi były zresztą dodatkowym bodźcem, by zająć się tą sprawą. By być sprawiedliwym, to postawa „szpitalnych” internistów i pediatrów nie ułatwiała dialogu, gdyż ci wielokrotnie określali „rodzinnych” mianem „wypisywaczy skierowań”. Te animozje, początkowy brak zainteresowania tuzów interny i pediatrii oraz lobbuing KLR były wodą na młyn polityków forsujących takie, a nie inne rozwiązania ustawowe. Działanie te doskonale uzupełniała, by nie stwierdzić wręcz, że torowała działalność Narodowego Funduszu Zdrowia, który

z sobie tylko znanych względów, kompletnie nie zauważał interny i pediatrii, forsując coraz bardziej zawężony POZ i coraz węższą specjalistkę. Jego działania poszły tak daleko, że obecnie zagrożony istnieniu oddziałów ogólnointernistycznych i ogólnopediatrycznych, gdyż między innymi dzięki Jednorodnym Grupom Pacjentów, ich działalność jest coraz bardziej deficytowa (ale patologiczny wpływ działań Funduszu na szpitale, to temat na zupełnie inny tekst). Jestem ciekaw ile czasu zajmie jeszcze decydom dojscie do wniosku, że interniści i pediatrzy są potrzebni i to nie tylko w szpitalach, ale także w poradniach specjalistycznych – internistycznych i pediatrycznych. Mam świadków, że postuluję za takim rozwiązaniem od lat „w imię medycyny holistycznej”

Mam świadków, że postuluję za takim rozwiązaniem od lat „w imię medycyny holistycznej” nie tylko pośród słuchaczy moich wykładów, ale także wielokrotnie postulowałem to na łamach *Biuletynu*.

mam świadków nie tylko pośród słuchaczy moich wykładów, ale także wielokrotnie postulowałem to na łamach *Biuletynu*. A co do memorandum, to generalnie zgadzam się z nim, choć nie do końca z jego wizją organizacyjno-finansową, czyli „POZ zapewniającym specjalistyczną opiekę internistyczną i pediatryczną (czyli zatrudniającym internistę i pediatrę), a mającym dodatkowe środki na leczenie i konsultowanie w ramach kompetencji specjalisty chorób wewnętrznych lub pediatrii (byłoby to możliwe np. po wprowadzeniu rozliczania świadczeń w opiece ambulatoryjnej i POZ według JGP), ponieważ według mnie interniści w POZ powinni zajmować się głównie dorosłymi, a pediatrzy dziećmi (dlatego głównie, że w nagłych przypadkach mogliby, ale nie musieli, zająć się tą drugą grupą chorych), czyli postulowałbym powrót do wdrażanego kiedyś tandemu internista – pediatra jako podstawy POZ, a nie utopijnego i nieprzystającego do oczekiwań i wymagań pacjenta w XXI wieku modelu lekarza rodzinnego znaczącego się na wszystkim (to co spraw-

dziło się kiedyś na antypodach, niekoniecznie sprawdza się w Polsce, ale to znowu inna bajka). Ale podkreślam, gdy internista lub pediatra pracuje w POZ, to nie można tego traktować jako poradni specjalistycznej. Specjalistyczne poradnie internistyczne i pediatryczne powinny być nowym tworem, nie szczeblem pośrednim pomiędzy POZ, a wąską specjalistką, tylko przynajmniej na równi z nimi traktowanym sposobem na kompleksową opiekę specjalistyczną, z odpowiednim instrumentarium diagnostycznym i odpowiednio do tego finansowanym. I tu kolejna moja rozbieżność z memorandum. Taka opieka nie może być tańsza. To jest fałszywy trop. Argumentem za powstaniem specjalistycznych poradni internistycznych i pediatrycznych nie powinna być wizja

potaniania systemu, tylko wizja systemu o wyższej jakości opieki nad pacjentem, który, jak dobrze wiemy, nie jest tylko zbiorem pojedynczych organów lub chorób, ale zazwyczaj w pewnym wieku ma kilka chorób w różnym stadium, które atakują cały organizm, a nie wybrany organ, jak to szczególnie ostatnio widzi NFZ, wymyślając coraz to bardziej kuriozalne poradnie i oddziały specjalistyczne i im dając wyłączne prawo do leczenia tych chorób, etc. A świat, po okresie fascynacji „zawężaniem”, idzie ponownie w odwrotnym kierunku i przywraca należne miejsce zarówno interny, jak i pediatrii. Na koniec jeszcze jedna uwaga. Czasami, pytany o przyczynę marginalizowania interny, mówię, że to, dlatego iż decyzje zapadają w Warszawie. A tam internista (bo przecież nikt normalny nie używa określenia lekarz specjalista chorób wewnętrznych) jest synonimem nawet nie lekarza ogólnego, ale wręcz lekarza bez specjalizacji, który zajmuje się wszystkim, bo na wszystkim się „nie zna”. Ale to żart, choć może tam za taki nie jest uważany.