

**Uchwała Nr 142/Prez./IX/2024**  
**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie**  
**z dnia 13 marca 2024 r.**

**w sprawie projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej z dnia 12 grudnia 2023 r. oraz propozycji zmiany art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2017 poz. 2217)**

*Na podstawie art. 5 pkt 16 w zw. z art. 26 ust.3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2021, poz. 1342 – tekst jednolity) oraz § 16 ust. 3 Regulaminu organizacji i trybu działania okręgowej rady lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, uchwała co następuje:*

**§1**

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie **opiniuje negatywnie** w całości projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej z dnia 12 grudnia 2023 r.

**§2**

1. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie wnioskuje o zmianę art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2022 poz. 2527) w ten sposób, że:

- 1) w art. 6 ust. 1 pkt 4 skreśla się „pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej”,
- 2) w art. 6 ust. 2 na końcu dodaje się wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9,
- 3) w art. 6 uchyla się ust. 4-6.

2. Wobec powyższego art. 6 otrzymuje brzmienie:

Art. 6.

1. Lekarz POZ to lekarz, który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
- 4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, ~~pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej-~~ z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

2. Lekarzem POZ jest także lekarz:

- 1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
- 2) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz

Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej **wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.**

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą wyłącznie do ukończenia przez tego świadczeniobiorcę 18. roku życia.

4. ~~Uchylony (Kurs, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, organizuje instytut, o którym mowa w art. 15 ust. 2, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, na podstawie ramowego programu kursu określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 6.)~~

5. ~~Uchylony (Koszty kursu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, pokrywa lekarz lub świadczeniodawca, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.)~~

6. ~~Uchylony (Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności i treści nauczania oraz warunki ukończenia kursu, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.)~~

## UZASADNIENIE

Lekarze chorób wewnętrznych i pediatrii stanowią najbardziej liczną grupę lekarzy specjalistów udzielających nieprzerwanie od lat siedemdziesiątych świadczenia medyczne w rodzaju POZ.

Zarówno specjalizacja z zakresu pediatrii jak i chorób wewnętrznych (interny) przygotowują lekarza do realizacji zadań związanych z profilaktyką, diagnozowaniem i leczeniem chorób **na poziomie ogólnym**, zakres dziedzin medycyny znajdujących się w programach tych specjalizacji jest szeroki, a wiedza zdobyta w trakcie odbywania tych specjalizacji ma charakter interdyscyplinarny – **każdy lekarz z wyżej wymienionych specjalności może nosić miano – lekarza POZ**, w zakresie merytorycznego przygotowywania do wykonywanych zadań podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy szczególnie podkreślić, iż szkolenie specjalizacyjne zarówno z pediatrii jak i chorób wewnętrznych trwa 5 lat. Wiedza zdobyta w ciągu 5 lat ze szczególnym ukierunkowaniem na choroby dzieci w przypadku pediatrii oraz dużym naciskiem na niezabiegowe aspekty diagnozowania i leczenia chorób dorosłych w przypadku chorób wewnętrznych, stwarza niewątpliwie lepsze warunki do uzyskiwania wyższego poziomu usług w praktykach lekarza POZ, zwłaszcza w konfiguracji lekarz pediatra – lekarz internista. **Czas szkolenia specjalizacyjnego zespołu lekarz internista-pediatra trwa łącznie co najmniej 10 lat.**

**W przypadku medycyny rodzinnej szkolenie specjalizacyjne trwa 4 lata (!).** Wiedzę z zakresu pediatrii lekarz stażysta zdobywa w trakcie stażu kierunkowego trwającego tylko 21 tygodni, a w przypadku neonatologii 2 tygodnie). Krótszy okres specjalizacji, węższy zakres poznawania poszczególnych dziedzin medycznych pozwala na wyszkolenie lekarza generalnie zorientowanego w dziedzinach medycyny, ale na pewno w sposób bardziej powierzchowny. **Z przyczyn oczywistych, w trakcie 4 letniego programu specjalizacji lekarz rodzinny nie jest w stanie przyswoić wiedzy (teoretycznej i praktycznej) w takim samym stopniu jak lekarze odbywających szkolenie specjalizacyjne z pediatrii i chorób wewnętrznych – trwające łącznie 10 lat.**

**Podstawowa Opieka Zdrowotna, w około 70% oparta jest na lekarzach pediatrach, internistach (i lekarzach posiadających inną specjalizację lub w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego innego niż medycyna rodzinna).**

**Mając na uwadze powyższe, aktualnie nałożony ustawowy obowiązek ( Dz.U. Poz.1017 z dnia 31 maja 2019r.) ukończenia obowiązkowego płatnego kursu dla lekarzy POZ przez lekarzy pediatrów i internistów jest bezzasadny, także w zakresie proponowanym w nowym projekcie.** Program kursu zawiera najbardziej podstawowe zagadnienia administracyjno-prawne oraz dotyczące diagnostyki, leczenia i profilaktyki najbardziej powszechnych schorzeń, z którymi mają do czynienia wszyscy lekarze POZ. Odnosząc się do poszczególnych zagadnień objętych programem kursu.

- 1. Organizacja POZ w Rzeczypospolitej Polskiej.** Szczegółowe informacje dotyczące organizacji i zasad funkcjonowania POZ są jawne, powszechnie dostępne i umieszczone na stronach internetowych OW NFZ oraz Centrali NFZ. (zakładki Dla Świadczeniodawcy, Dla Pacjenta, Zarządzenia Prezesa, itd.)  
**Funkcjonowanie przychodni POZ** – przychodnie POZ funkcjonują na zasadach określonych w umowach zawartych z odpowiednimi OW NFZ. Informacje są ogólnie dostępne, a funkcjonowanie przychodni POZ podlega kontroli przez wiele instytucji i organów do tego uprawnionych i powołanych.
- 2. Opieka Koordynowana w POZ** – Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Rodzinnej opracowuje, aktualizuje i na bieżąco publikuje wytyczne dotyczące realizacji opieki koordynowanej w POZ. W/w standardy to zmodyfikowane, na potrzeby lekarzy rodzinnych, schematy diagnostyki i leczenia z zakresu diabetologii, kardiologii, endokrynologii, pulmonologii i nefrologii (wszystkie z zakresu interny i pediatrii).
- 3. Rozwiązania cyfrowe opieka zdalna i telemedycyna w POZ** – aktualnie są to powszechnie stosowane narzędzia informatyczne we wszystkich placówkach medycznych w szczególności w POZ, posiadających odpowiednie zaplecze i infrastrukturę teleinformatyczną. W trakcie trwania pandemii POZ stał się z konieczności liderem w wprowadzaniu w/w technologii i sposobach komunikacji zdalnej z pacjentami. Ze względu na mnogość aplikacji różnych producentów oprogramowania, placówki POZ prowadzą wewnętrzne szkolenia personelu z obsługi wybranych aplikacji. Aplikacje np. ZUS PUE, gabinet.gov.pl, eZWM, DILO, SIMP itd. są powszechnie znane i obsługiwane.
- 4. Szczepienia dzieci i dorosłych.**  
Z przyczyn oczywistych specjaliści pediatrzy nie wymagają szkolenia. Lekarze chorób wewnętrznych posiadają kursy kwalifikacyjne do szczepień ochronnych. Kursy są systematycznie organizowane przez specjalistów z zakresu wakcynologii przez OIL dla wszystkich lekarzy.
- 5. Postępowanie w nadwadze i otyłości**  
Specjaliści pediatrii posiadają odpowiednie kwalifikacje do rozpoznawania oraz leczenia nadwagi i otyłości u dzieci, najczęściej o złożonym podłożu wymagającej niekiedy interdyscyplinarnej specjalistycznej wiedzy medycznej z zakresu pediatrii. W przypadku osób dorosłych diagnostyka nadwagi i otyłości jest najczęściej ściśle związana z przebiegiem schorzeń najczęściej o podłożu internistycznym. Lekarze chorób wewnętrznych od wielu lat zajmują się złożonym problemem nadwagi i otyłości, w tym kwalifikacją do zabiegów bariatrycznych.

6. **Wybrane problemy stomatologiczne dla lekarzy rodzinnych** – jak wskazuje temat, dotyczy lekarzy rodzinnych. Interniści i pediatrzy posiadają stosowną wiedzę w diagnozowaniu i leczeniu schorzeń jamy ustnej.
7. **Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego** – temat jest powszechnie znany i omawiany wielu konferencjach naukowych. W literaturze fachowej w ostatnich latach pojawiło się dużo artykułów i analiz dotyczących zdrowia publicznego w Polsce. OW NFZ realizują wiele projektów z zakresu szeroko pojętej polityki zdrowia publicznego w tym wielokierunkowej profilaktyki i propagowania zdrowego trybu życia.

**Mając na uwadze powyższe, każdy lekarz pracujący w POZ posiada wiedzę będącą przedmiotem kursu.** W przeciwnym razie nie byłby w stanie realizować świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ na podstawie zawartej przez świadczeniodawcę umowy z NFZ.

Odnosimy wrażenie, iż głównym celem prowadzenia kursu jest czynnik ekonomiczny. Z analizy oceny skutków regulacji wynika, iż **21 093 lekarzy (pediatrów i internistów) wymaga ukończenia kursu.** Zatem jednoznacznie można stwierdzić, iż aby nadal mogli sprawować opiekę nad swoimi pacjentami w POZ, lekarze interniści i pediatrzy lub ich pracodawcy będą musieli zapłacić organizatorom (tj. lekarzom rodzinnym) za udział w e-learningowej formie kursu łączną kwotę **10 546 500 zł.** (21 093 x 500 zł/osoba = 10 546 500). **Obecnie opłata za kurs wynosi 1500 zł/osobę co daje łączną kwotę, aż 31 639 500 zł.**

Należy zaznaczyć, iż to właśnie zespoły internistyczno-pediatryczne cieszą się rosnącą popularnością wśród pacjentów. Świadczy o tym bezsporny wzrost liczby deklaracji składanych przez pacjentów w placówkach w których takie zespoły funkcjonują. Aktualnie tendencja jest wzrostowa w placówkach realizujących opiekę koordynowaną, ze względu na kompleksowość udzielania świadczeń przez lekarzy internistów, którzy posiadają także inne dodatkowe specjalizacje z dziedziny interny. Trudno więc nie zauważyć, iż **działania lobbystyczne, wąskiej grupy lekarzy rodzinnych mają na celu wyeliminowanie niewątpliwej konkurencji jakimi dla nich są pediatrzy i interniści oraz osiągnięcie wymiernych korzyści finansowych.**

Na uwagę zasługuje fakt, iż wielu z naszych kolegów, lekarzy rodzinnych, krytycznie ocenia odbycie obowiązkowego kursu dla lekarzy internistów i pediatrów, z którymi na co dzień współpracują w placówkach POZ. Aktualna sytuacja, dyskryminująca internistów, pediatrów i innych specjalistów pracujących w poz, wpływa negatywnie na relacje interpersonalne i stanowi coraz bardziej widoczny problem pozyskania do współpracy specjalistów przez lekarzy rodzinnych np. do realizacji opieki koordynowanej. Zdecydowana większość lekarzy rodzinnych widzi zagrożenia dla swoich praktyk, obawiają się utraty lekarzy specjalistów i w konsekwencji nawet likwidacji praktyki.

W skutek zmiany definicji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nowelizacją ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172) lekarze pediatrzy i interniści zostali wykluczeni z systemu POZ. Zmiana ta wprowadziła wprawdzie przepisy przejściowe, które sankcjonowały prawa nabyte lekarzy pediatrów i internistów już funkcjonujących w ramach POZ, jednak w okresie obowiązywania tych przepisów nastąpił znaczny odpływ lekarzy internistów i pediatrów z POZ do sektora komercyjnego, co wobec

braku odpowiedniej liczby lekarzy rodzinnych i zatrważających statystyk wskazujących na brak odpowiedniej kadry w podstawowej opiece zdrowotnej oraz systematyczny spadek dostępności do świadczeń, zmusił ustawodawcę do wycofania się z wadliwych rozwiązań obowiązujących w latach 2007-2014.

Pomimo, utrzymującej się od 2014 roku tendencji w dopływie kadry pediatryczno-internistycznej do podstawowej opieki zdrowotnej (spowodowanej brakiem perspektyw pracy w POZ) odsetek lekarzy rodzinnych wynosi obecnie nadal tylko ok. 30%. Nie przyniosło efektu wieloletnie wsparcie finansowe (fundusze strukturalne – Phare), legislacyjne (uprzywilejowana rola lekarza od pierwszego dnia rozpoczętej specjalizacji, czy mniej rygorystyczne wymogi Sanepidu itd.), marketingowe oraz agresywne forsowanie modelu POZ opartego wyłącznie o lekarzy rodzinnych. Powodem jest niechęć młodych lekarzy do wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej, ale również świadomy wybór pacjentów, którzy poszukują w praktykach podstawowej opieki zdrowotnej internistów, a przede wszystkim pediatrów, jako lepiej przygotowanych do opieki nad dziećmi.

Mając na uwadze, iż około 70% lekarzy w POZ stanowią lekarze pediatrzy i interniści, należy rozważyć możliwe skutki wprowadzanych ograniczeń dla tej grupy specjalistów. Utrata statusu lekarza POZ wiąże się bezpośrednio z brakiem możliwości tworzenia listy aktywnej (tj. zbierania deklaracji), a tym samym utraty finansowania z NFZ. W konsekwencji doprowadzi to do utraty płynności finansowej wielu poradni POZ i ich zamykania (co już ma miejsce z powodu braku lekarzy). Czy zatem specjaliści medycyny rodzinnej, których w Polsce jest obecnie około 11 tysięcy będą w stanie zabezpieczyć potrzeby zdrowotne 38 milionów pacjentów i przejąć obowiązki 21 tysięcy internistów i pediatrów, którzy zostaną wykluczeni z POZ.

Specjalizacja medycyny rodzinnej na przestrzeni ostatnich 20 lat osiągnęła już maksymalny pułap rozwoju i ma swoje ugruntowane miejsce w POZ. Zamiast ingerować i arbitralnie ustawowo decydować kto jest lepszym specjalistą - lekarz rodzinny czy zespół lekarzy pediatra-internista pozostawmy wybór pacjentom, a w najbliższym czasie okaże się w jakim kierunku powinien rozwijać się system podstawowej opieki zdrowotnej.

Prezydium ORL w Krakowie stoi na stanowisku, iż powyższe argumenty okażą się na tyle przekonujące, że pozwolą wprowadzić zaproponowane zmiany do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, umożliwiając tym samym rozwój placówek POZ, zatrudniających lekarzy rodzinnych oraz pediatrów i internistów.

Narzucony obowiązek ukończenia kursu jest jawnym kwestionowaniem wiedzy medycznej uzyskanej przez lekarzy pediatrów i internistów w trakcie ukończonego szkolenia specjalizacyjnego oraz umiejętności lekarskich nabytych w trakcie dotychczasowej pracy i kształcenia podyplomowego. Mając na uwadze powyższe, decyzję lekarzy internistów i pediatrów o zaniechaniu udziału w kursie medycyny rodzinnej uznajemy za jak najbardziej racjonalną i uzasadnioną merytorycznie.

Dopisanie w art. 6 ust.2 z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej ustawy na końcu zdania „wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9” ma charakter porządkowy, mający na celu ujednoczenie definicji lekarza poz w art. 6 ust.1 pkt. 4 i art. 6 ust.2 tej ustawy.

### **§3**

1. Uchwałą wchodzi w życie z dniem podjęcia.
2. Przedmiotową uchwałę należy przekazać Naczelnej Izbie Lekarskiej oraz Ministrowi Zdrowia.

**Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie  
Lek. Mariusz Janikowski**

**Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie  
Lek. dent. Robert Stępień**