

# Internal medicine: the queen of science

Maciej Hamankiewicz

Department of Internal Medicine, District Hospital, Będzin, Poland  
The Chamber of Physicians and Dentists, Warsaw, Poland



**Maciej Hamankiewicz, MD, PhD** A specialist in internal medicine; President of the Supreme Medical Council; for over 20 years, actively engaged in the works of the professional self-government of medical doctors and dental practitioners in Poland; active member of the scientific societies: Polish Medical Association and Polish Society of Internal Medicine; Head of the Internal Medicine Ward at a district hospital in Będzin, Poland

**Introduction** The treatment of patients with internal diseases in Poland is less and less frequently provided by internal medicine specialists. Seemingly there are a lot of internists; however, if we have a look at their workplace, we will discover that in the Polish hospitals the internal medicine units are only left with aficionados, and there is no place for them in the outpatient health care system.

**Doctors in numbers** If we look at the numbers in the Central Registry of Physicians kept by the Polish Chamber of Physicians and Dentists, we see that in the group of second-degree specialists or non-degree specialists who, besides the internal medicine specialty, completed also different specialties, there are 18 402 practicing physicians, including 10 434 women and 7968 men. The greatest numbers in the voivodeships of Masovia – 3175, Silesia – 2482, and Lesser Poland – 1860. Per 1000 inhabitants in the voivodeship of Masovia, there are 0.64 physicians, in the voivodeships of Silesia and Lesser Poland – 0.56 in each. The smallest numbers can be found in the voivodeships of Lubus – 240, Opole – 303, and Warmia-Masuria – 632. Hence, per 1000 inhabitants we have the following number of physicians in the voivodeships of Lubus – 0.25, Opole – 0.32, Warmia-Masuria – 0.36.

There are significantly fewer practicing physicians who completed only the internal medicine specialty: only 7273, including 4386 women and 2887 men.

With respect to both these groups, we can be sure that those persons are practicing physicians but we cannot be sure that they are practicing internists.

**The reality of the system** Over the recent years, the whole health care system in Poland has revolved around 3 elements: family medicine specialist, narrow-specialty consult, and/or hospital treatment. Already at the stage of designing the system, it was assumed that the internal medicine specialists would not have their place in the outpatient health care. Following these ideological premises, the paying party ceased to finance the specialist internal medicine clinics. It was publically assumed that the patient would receive a comprehensive treatment with respect to internal diseases through the services of general practitioners. Being far from criticizing general practitioners, it has to be noted that the education of family doctors does not encompass the knowledge, and more importantly, the experience that

Correspondence to:  
Maciej Hamankiewicz, MD, PhD,  
Naczelna Izba Lekarska,  
ul. Sobieskiego 110, 00-764  
Warszawa, Poland,  
phone: +48 22 559 13 30,  
e-mail: prezes@hipokrates.org  
Received: September 22, 2016.  
Accepted: September 22, 2016.  
Published online:  
December 22, 2016.  
Conflict of interest: none declared.  
Pol Arch Med Wewn. 2016;  
126 (12): 1050-1053  
doi:10.20452/pamw.3735  
Copyright by Medycyna Praktyczna,  
Kraków 2016

an internal medicine specialist has. That is why the patients were referred to narrow-specialty clinics where they got stuck on long waiting lists. Some of them decided that instead of waiting they would do everything to get to the hospital. Therefore, some of the hospital admission rooms assumed the function of the internal medicine clinics and the internal diseases units were bursting at the seams. In the aftermath of this, the operating costs of these units have increased. A lot of directors, managers or chiefs, driven by various reasons, began to transform the units, profiling their activity. Internists, observing the change, began to complete narrower specialties. It gave them the opportunity to return to the specialist clinics. Only a few remained working in the units.

**The chance for more?** I have no doubts that the internal medicine, being the queen of medical sciences, should be noticed and appreciated. Its function should be helping those who cannot receive any more help from a general practitioner. It is not reasonable for those patients to seek treatment in narrow-specialty clinics or units if they can be taken care of by internal medicine specialists.

What is problematic is that those who completed internal medicine specialty only in order to become for example gastroenterologists, nephrologists, etc. will not join the system as internists. If they had never worked in full-service units or clinics, if they had not considered themselves true internists, then no one will convince them today to work in the internal medicine units, especially on duty.

Similarly with those who have left the hospital or the hospital internal medicine outpatient clinic, today they do not see any economic incentive nor do they have the strength to work at a hospital as internal medicine specialists.

Doctors completing postgraduate internship and seeing the difficulties related to this specialty are looking for other options outside the field of internal medicine. The residency programs have been of some help, but only temporarily, because after completing the program the majority of doctors “run away” from the internal medicine. Additionally, a lot of internists have emigrated.

The practicing physicians who have only completed internal medicine specialty are getting older. Out of 7273 persons, 3091 are in the age group of 56 and older, and as for those who are over 67 years of age, there are 1458 in this group! 432 persons are over 80.

Can this situation be improved by new persons wanting to study internal medicine? Probably not. Currently we talk about 2350 physicians, including 1679 women and 671 men. This includes those within the residency program – 1986, including 1469 women and 517 men. Those not using the residency program – 211, including 131 women and 80 men. The majority, that

is 711 persons, have already exceeded the 5-year specialty period.

The only thing that could improve the situation of internal medicine is when and if the health care organizers in Poland understand its reign over other medical sciences.

**Note** The opinions expressed by the author are not necessarily those of the journal editors, Polish Society of Internal Medicine, or publisher. The Polish version of the commentary is available on pages 1052-1053.

# Interna – królową nauk?

Maciej Hamankiewicz

Oddział Chorób Wewnętrznych, Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Będzin  
Naczelna Izba Lekarska, Warszawa

**Wstęp** W Polsce leczenie pacjentów internistycznych coraz rzadziej opiera się na udziale lekarzy ze specjalizacją „choroby wewnętrzne”. Z pozoru lekarzy tej specjalności jest wiele, jednak jeśli przyjrzeć się ich miejscom pracy, okazuje się, że w polskich szpitalach na oddziałach internistycznych zostali już tylko pasjonaci, a w lecznictwie otwartym nie ma dla nich miejsca.

**Lekarze w liczbach** Centralny Rejestr Lekarzy, prowadzony przez Naczelną Izbę Lekarską, przedstawia następujące statystyki dotyczące osób ze specjalizacją z chorób wewnętrznych (2-stopniową lub uzyskaną bezstopniowo), posiadających oprócz niej również inne specjalizacje: 18 402 osoby wykonujące zawód lekarza, w tym 10 434 kobiety i 7 968 mężczyzn. Najwięcej lekarzy tej specjalności pracuje w województwie mazowieckim – 3175 (0,64/1000 mieszkańców), śląskim – 2482 (0,56/1000) oraz małopolskim – 1860 (0,56/1000); najmniej w lubuskim – 240 (0,25/1000 mieszkańców), opolskim – 303 (0,32/1000) oraz warmińsko-mazurskim – 632 (0,36/1000).

Znacznie mniej jest lekarzy posiadających specjalizację jedynie z chorób wewnętrznych i wykonujących zawód lekarza: 7273 osoby, w tym 4386 kobiet i 2887 mężczyzn.

Zarówno w pierwszej, jak i w drugiej grupie mamy gwarancję, że osoby te wykonują zawód lekarza. Nie ma jednak gwarancji, że wykonują swój zawód w tej konkretnej specjalności – internisty.

**Rzeczywistość systemowa** Od kilku lat system opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na trzech elementach: lekarzu – specjalście medycyny rodzinnej, poradnictwie wąkospecjalistycznym i/lub leczeniu szpitalnym. Konstruując ten system założono, że w lecznictwie otwartym nie będzie miejsca dla specjalistów chorób wewnętrznych. Konsekwencją tej koncepcji jest zaprzestanie finansowania specjalistycznych poradni chorób wewnętrznych z pieniędzy podatników. Przyjęto, że pełny zakres leczenia internistycznego pacjent uzyska w POZ. Kurs kształcenia

lekarzy rodzinnych nie obejmuje jednak wiedzy ani – przede wszystkim – doświadczenia, jakim dysponuje specjalista chorób wewnętrznych. Dlatego też chorzy ruszyli ze skierowaniami do poradni wąkospecjalistycznych, gdzie utknęli w długich kolejkach. Niektórzy z pacjentów, zamiast czekać na wizytę w takiej poradni, postanowili za wszelką cenę dostać się do szpitala. Część szpitalnych izb przyjęć zaczęła pełnić funkcję internistycznych poradni konsultacyjnych, a obłożenie oddziałów chorób wewnętrznych znacząco wzrosło. W ślad za tym zwiększyły się koszty funkcjonowania oddziałów. Wielu dyrektorów, kierowników i ordynatorów zaczęło z różnych pobudek przekształcać oddziały, profilując ich działalność. Obserwując zachodzące zmiany, lekarze interniści zaczęli zdobywać węższe specjalizacje, co dało im szansę na powrót do poradni specjalistycznych. Na oddziałach zostali nieliczni.

**Szanse na więcej?** Nie mam wątpliwości, że interna, będąca królową nauk medycznych, powinna zostać dostrzeżona i doceniona. Rolą interny powinno pozostawać świadczenie pomocy tym, którzy nie mogą jej już uzyskać w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Nierozsądnym jest, by ci pacjenci trafiali do poradni i oddziałów wąkospecjalistycznych, skoro mogliby otrzymać pomoc u specjalisty chorób wewnętrznych.

Problem w tym, że jako interniści nie wejść do systemu ci z lekarzy, którzy zrobili specjalizację z interny tylko po to, by być gastroenterologami, nefrologami itp. Jeśli nie pracowali oni nigdy na oddziałach lub w klinikach pełnoprofilowych, jeśli nie czuli się internistami, to dziś nikt ich nie namówi na pracę na oddziałach wewnętrznych, szczególnie na dyżurach. Podobnie lekarze, którzy odeszli z pracy w szpitalu lub przyszpitalnej specjalistycznej poradni internistycznej, nie odczuwają dziś ani zachęty ekonomicznej, ani nie czują się na siłach, by pracować jako specjalista chorób wewnętrznych w szpitalu.

Widząc problemy tej specjalizacji, lekarze kończący staże podyplomowe szukają dla siebie możliwości poza interną. Sytuację ratowały nieco

Adres do korespondencji:  
dr n. med. Maciej Hamankiewicz,  
Naczelna Izba Lekarska,  
ul. Sobieskiego 110, 00-764  
Warszawa, tel.: 22 559 13 30,  
e-mail: prezes@hipokrates.org  
Praca wpłynęła: 22.09.2016.  
Przyjęta do druku: 22.09.2016.  
Publikacja online: 22.12.2016.  
Nie zgłoszono sprzeczności  
interesów.

Pol Arch Med Wewn. 2016;  
126 (12): 1050-1053  
doi:10.20452/pamw.3735  
Copyright by Medycyna Praktyczna,  
Kraków 2016

rezydentury, jednak tylko chwilowo. Po ich ukończeniu i tak większość lekarzy „ucieka” z interny. Wielu internistów wyemigrowało.

Wzrasta również średnia wieku lekarzy posiadających specjalizację jedynie z interny i wykonujących zawód. W grupie 7273 lekarzy 3091 osób jest w wieku >56 lat, 1458 – w wieku >67 lat, a 432 – >80 lat.

Czy sytuację mogą poprawić nowi chętni do nauki interny? Raczej nie. Obecnie ich liczba wynosi 2350 osób, w tym 1679 kobiet i 671 mężczyzn (w trybie rezydenckim 1986 osób [1469 kobiet i 517 mężczyzn], w trybie pozarezydenckim 211 osób [131 kobiet i 80 mężczyzn]). Znaczna część (711) przekroczyła już 5-letni okres robienia specjalizacji.

Jedyne, co może poprawić sytuację chorób wewnętrznych, to zrozumienie prymatu interny nad innymi naukami medycznymi przez organizatorów ochrony zdrowia w Polsce.

**Nota redakcyjna** Opinie wyrażone w tym artykule są poglądami Autora i nie zawsze są tożsame ze stanowiskiem redakcji czasopisma, Towarzystwa Internistów Polskich oraz wydawcy.