

Przetracony filar

Rozmowa z prof. dr. hab. med. Andrzejem Steciwko, prezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Dlaczego nie udała się reforma medycyny rodzinnej w Polsce?

Dobre założenia tej reformy opracował jeszcze śp. minister zdrowia Jacek Żochowski, ale realizacji wielu z wyznaczonych przez niego kilkanaście lat temu celów po prostu zaniechano. Przy wprowadzaniu reformy dobre rozwiązania zastępowano innymi, szkodliwymi. Sens reformy gdzieś się zagubił. Decydentom zabrakło cierpliwości i konsekwencji we wdrażaniu systemu, który doskonale się sprawdził w wielu krajach.

Dlaczego tak się stało?

Poszukiwano doraźnych oszczędności i zabrakło środków na zapewnienie rozwoju tego sektora ochrony zdrowia – to pierwszy z powodów. Drugi to rodzaj niecierpliwości społecznej. By zbudować właściwy system podstawowej opieki medycznej wykonywanej przez lekarzy rodzinnych, potrzeba konsekwentnego dążenia do celu przez lata. My, jako społeczeństwo, efekt chcieliśmy mieć jak najszybciej, a wszelkie niedociągnięcia nowego systemu były punktem wyjścia do zmasowanej krytyki nowych rozwiązań i lekarzy rodzinnych jako grupy. Lekarz rodzinny stał się chłopcem do bicia dla opinii publicznej, mediów i decydentów. Ciągłe zresztą wśród pacjentów bardzo wyraźna jest tęsknota za poprzednim systemem, kiedy każdy mógł sam pójść do dowolnego specjalisty, z dowolnym problemem i nie musiał „po drodze” odwiedzać lekarza rodzinnego, którego zadaniem jest racjonalizować potrzeby pacjentów i kierować do specjalistów tylko tych, którzy tego naprawdę potrzebują.

Stopniowo prawidłowe rozwiązania zastępowano nowymi, tworzone luki w systemie – jak np. listę poradni specjalistycznych, do których pacjent może się zgłosić bez skierowania od swojego lekarza rodzinnego, umożliwiono kontraktowanie usług w zakresie POZ podmiotom prowadzącym ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, a nawet szpitalom. Zniknęła idea medycyny rodzinnej polegająca na tym, że pacjent jest leczony przez lekarza, którego sobie wybrał, który zna jego, jego rodzinę i ich problemy. Obecnie w przychodniach POZ, skupiających 10–20 tys. pacjentów i zatrudniających kilkunastu lekarzy, ta idea nie istnieje, a poziom satysfakcji pacjen-

ta jest istotnie niższy, co udowodniliśmy w wielu przeprowadzanych badaniach naukowych. Najwyższą satysfakcję z opieki medycznej odczuwają pacjenci zapisani do lekarza rodzinnego, który sam lub w małym zespole prowadzi praktykę, gdzie pacjenci nie są anonimowi.

Jednocześnie poprzez brak dobrze funkcjonującej, opartej na lekarzu rodzinnym opieki podstawowej tracimy miliony, jeśli nie miliardy złotych. Bo już dawno udowodniono, że taka podstawowa opieka zdrowotna jest znacznie tańsza niż opieka sprawowana wg innych modeli.

Skąd ta efektywność?

Według standardów obowiązujących w zachodnioeuropejskiej ochronie zdrowia ok. 80 proc. potrzeb zdrowotnych pacjenta zaspokaja lekarz rodzinny. Powinien mieć do tego odpowiednie umiejętności i sprzęt. Dobrze wyszkolony lekarz rodzinny to filar opieki medycznej – jest w stanie pomóc wielu pacjentom bez konieczności korzystania z usług specjalisty. System szkolenia jest tak opracowany, że lekarz rodzinny podczas specjalizacji zdobywa i doskonali wiedzę z wielu dziedzin medycyny i powinien swoje umiejętności wykorzystywać w praktyce, a także ciągle się kształcić.

Wina leży też po stronie samych lekarzy rodzinnych. Przecież to oni wysyłają swoich pacjentów do specjalistów.

Proszę nie patrzeć tak stereotypowo. To nie jest wina tylko lekarzy rodzinnych, ale wielu błędów w obecnym systemie. Po pierwsze, to kwestia wadliwego systemu rozliczeń. Lekarz rodzinny (POZ) jest wynagradzany wg stawki kapitałowej (*per capita*), a więc otrzymuje co miesiąc środki finansowe w zależności od tego, ilu pacjentów wybrało go swoim lekarzem rodzinnym, wypełniając deklarację wyboru. Ale nie jest już wynagradzany *for service*, czyli za to, ile razy w roku czy miesiącu przyjął swego pacjenta, jak go diagnozował i leczył, czy robił to prawidłowo, to jest wg obowiązujących standardów, czy stosował profilaktykę i promocję zdrowia. To jest system antymotywacyjny, który nie premiuje lekarzy bardziej angażujących się w swoją pracę, zwłaszcza że środki przeznaczane na POZ, wbrew temu, co się przekazuje opinii publicznej, wcale nie są duże i nie wystarczają na realizację wszystkich celów postawionych przed lekarzem rodzinnym w ramach stawki kapitałowej, która jest u nas na żenująco niskim poziomie. Mimo to lekarze rodzinni wiedzą, że inwestowanie we własną wiedzę i umiejętności zawsze jest opłacalne i pomimo dużego obciąż-



Stopniowo prawidłowe rozwiązania w reformie podstawowej opieki zdrowotnej zastępowano nowymi, złymi pomysłami, tworząco luki w systemie

„ Z powodu braku dobrze funkcjonującej, opartej na lekarzu rodzinnym opieki podstawowej tracimy miliony, jeśli nie miliardy złotych ”

zenia i braku czasu są najchętniej i najczęściej szkolącą się grupą wśród lekarzy. Ważnym problemem jest niedoinwestowanie praktyk, niedostateczne wyposażenie w sprzęt diagnostyczny i inne urządzenia, w tym również w sprzęt komputerowy. Tu rządzi rachunek ekonomiczny, a z niego jednoznacznie wynika, że po pierwsze – jest za mało środków, a po drugie – inwestowanie się nie opłaca, bo zakup drogiego urządzenia wprawdzie wpłynie pozytywnie na jakość obsługi, może też nieznacznie wpłynąć na wzrost liczby pacjentów, ale nie ma żadnego wpływu na wysokość kontraktu. I to jest najważniejsza przyczyna tego, że w Polsce nie rozwija się system opieki lekarzy rodzinnych. Nie taka była pierwotna idea. Początkowo mówiono o stawce kapitałowej i opłatach *for service* łącznie. Za jakość obsługi, odpowiednie wyposażenie praktyk miały być dodatkowe punkty, a co za tym idzie – dodatkowe pieniądze. Rezygnacja z tego stanowiła cios w fundament reformy, bo wydatnie ograniczyła możliwości rozwoju praktyk lekarzy rodzinnych, w których realizowany jest szeroki zakres kompetencji medycyny rodzinnej, tak jak np. w krajach skandynawskich.

„ Mamy system antymotywacyjny, który nie premiuje lekarzy bardziej angażujących się w swoją pracę ”

Nie mówimy więc już o lekarzach rodzinnych, ale o lekarzach pierwszego kontaktu. Czy to określenie jest deprecjonujące? Czym różni się lekarz rodzinny od lekarza pierwszego kontaktu?

Samo w sobie określenie „lekarz pierwszego kontaktu” nie powinno być deprecjonujące. Lekarz rodzinny to lekarz, który ukończył specjalizację z medycyny rodzinnej, a więc w założeniu rozumiejący ideę tej specjalizacji, w której najważniejsze jest holistyczne podejście do pacjenta. Lekarzem pierwszego kontaktu nazywa się każdego lekarza pracującego w podstawowej opiece zdrowotnej, a często są to młodzi lekarze, którzy dorabiają do etatu, robiąc zupełnie inną specjalizację, i nie utoż-

samiają się z ideą medycyny rodzinnej. Nie oznacza to jednak, że źle wykonują swoją pracę.

Nie mamy zatem lekarzy rodzinnych, ale mamy POZ, czyli podstawową opiekę zdrowotną. Jak ona funkcjonuje?

Mamy lekarzy rodzinnych. Tylko jest ich o wiele za mało. Wyszło to na jaw, gdy chcieliśmy wzorem innych krajów zapewnić całodobową opiekę lekarzy rodzinnych. Nie starczyłoby ich, bo przecież nie można zmusić człowieka, aby pracował 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Niestety, w obecnych realiach deficyt lekarzy rodzinnych będzie się pogłębiał. Coraz mniej młodych medyków wybiera specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej. Po prostu widzą, że w Polsce ta specjalizacja, przy ogromnym obciążeniu pracą, nie daje gwarancji bezpieczeństwa finansowego i wybierają inne specjalności, które mają większy prestiż. Ci lekarze, którzy mimo wszystko kończą specjalizację z medycyny rodzinnej, mają coraz mniejsze szanse na otwarcie własnej praktyki, a wielu z nich nawet tego nie chce, wiedząc od znajomych, jak wielka biurokracja i odpowiedzialność wiąże się z prowadzeniem przychodni posiadającej kontrakt z NFZ. Szkoda, bo wyszkoleni u nas – znakomicie radzą sobie, prowadząc praktyki na zachodzie Europy. I tam przyczyniają się do polepszenia jakości opieki przy dużej efektywności kosztowej. Nie zatrzymując tego procesu, skazujemy się na coraz większe wydatki.

Skoro opieka lekarzy rodzinnych jest lepsza i tańsza, to może właśnie opór lobby szpitalnego stoi na przeszkodzie uruchomieniu zadowolającego systemu praktyk lekarzy rodzinnych w Polsce?

Wątpię. Co prawda obawa o to, że dobrze prowadzona opieka lekarzy rodzinnych odbierze pacjentów specjalistom i szpitalom, ciągle jeszcze gdzieś pokutuje, ale nie jest ona powszechna i na pewno nie opiera się na racjonalnych przesłankach. Kolejki do leczenia specjalistycznego, zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej, jak i szpitalnej, są przecież ogromne! Lekarze rodzinni, korzystając ze swoich kompetencji, nie odbierają specjalistom pacjentów, ale jedynie mogą skrócić kolejki do nich, pozwolą się koncentrować na najbardziej skomplikowanych przypadkach. Czeką nas po prostu ustawiczny proces wdrażania reformy POZ, z konsekwentnym poprawianiem błędów, usuwaniem luk. Nie wyważajmy otwartych drzwi, możemy unikać błędów, opierając się na doświadczeniach innych państw, gdzie ten system funkcjonuje przez wiele lat. Żeby ta reforma skończyła się sukcesem, powinniśmy się uzbroić w cierpliwość, nie burzyć jej fundamentów co kilka lat, ale też ich nie „podgryzać” poprzez drobne zmiany na niekorzyść. W Holandii system opieki opartej na lekarzach rodzinnych budowano 50 lat. Z każdym rokiem funkcjonował on lepiej. Wiele jeszcze przed nami.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski