

A close-up portrait of Prof. Andrzej Steciwko, an older man with white hair and a goatee, wearing a dark suit, white shirt, and a striped tie. He is looking slightly to the right with a thoughtful expression. In the background, another person is partially visible, and a microphone is in the foreground on the right.

Medycyna w pigułce

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

Po kilku latach reformowania podstawowej opieki zdrowotnej mamy 12 tys. lekarzy rodzinnych – mniej niż zakładali autorzy reformy.

To jest faktem, ale nie wszyscy lekarze rodzinni ze specjalizacją otwierają praktyki – indywidualne, zespołowe, grupowe – i to jest nasze zmartwienie. Szacujemy, że aby spełnić wszystkie zadania stawiane medycynie rodzinnej, potrzeba 16–20 tys. lekarzy tej specjalności. Ciągłe potrzebujemy dobrze wykształconych lekarzy, ale napotykamy na problemy z zachęceniem ich do pracy w medycynie rodzinnej. Niepokoi nas jeszcze jedno – większość lekarzy rodzinnych pracuje *u kogoś* – czy to w zakładach publicznych, czy prywatnych. Nie jest to pożądany, najlepszy model organizacji pracy w medycynie rodzinnej.

Jaki jest, pana zdaniem, pożądany?

Oparty na prywatnych praktykach, należących do prowadzących je lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej, lub jeszcze lepiej – jeśli pracują w formie praktyk zespołowych lub grupowych. Na tego typu modelach powinna być oparta podstawowa opieka zdrowotna w Polsce, bowiem tak jest na całym świecie. W Polsce istniał system lekarzy domowych w okresie przedwojennym, obowiązywał on jeszcze kilkadziesiąt lat temu, a zlikwidowały go pomysły kierujących medycyną w czasach socjalizmu. To system najlepszy z możliwych, zapewnia najwyższą jakość usług, daje ciągłość i systematyczność opieki nad pacjentem i jest najbardziej efektywny ekonomicznie. Sukces takiego podejścia opiera się na tym, że lekarz przez lata opiekuje się stałą grupą pacjentów, zna ich, ich rodziny, uwarunkowania ekonomiczne i społeczne, systematycznie gromadzi dokumentację. W Polsce do zakładania prywatnych praktyk zachęcać powinien rząd, m.in. poprzez system preferencyjnych kredytów i innych ulatwień. Niestety, tak nie jest.

Od czasów, gdy funkcjonowali lekarze domowi, nastąpił olbrzymi postęp w diagnostyce i terapii. Może zachodzić obawa, że lekarz rodzinny, chcąc jak najwięcej zrobić samodzielnie, odetnie pacjentów np. od najnowocześniejszej techniki diagnostycznej i specjalistów.

Tak się nie stanie z kilku powodów. Po pierwsze – lekarze rodzinni nadążają za postępem, mają coraz lepiej wyposażone gabinety. Na Zachodzie standardem jest np. ultrasonograf i małe laboratorium. U nas też tak może być. Kwalifikacje lekarzy i personelu są już wystarczające do obsługi urządzeń i interpretacji wyników, a same urządzenia są coraz łatwiejsze do zdobycia. Po drugie – lekarz rodzinny w żadnym przypadku nie będzie starał się pacjentowi ograniczyć dostępu do specjalistów. Najwyżej dokładnie sprawdzi, czy taka wizyta jest konieczna. Z takiego sprawdzania wy-

„ Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej to znaczne zniekształcenie założeń reformy ochrony zdrowia w Polsce ”

niknie dodatkowa korzyść i dla pacjenta, i dla lekarza specjalisty. Pacjent przyjdzie do niego ze wstępnie przeprowadzonym wywiadem, z wynikami badań – wizyta więc będzie lepiej przygotowana, a specjalista nie będzie musiał tracić czasu na badania podstawowe. Zacznie od miejsca, w którym jego wiedza i umiejętności są rzeczywiście konieczne. W medycynie rodzinnej nie chodzi o to, by pacjenta *mieć z głowy*, a o to, by go *prowadzić*, często przez całe jego życie. Lekarz rodzinny dysponuje czymś w dzisiejszej medycynie bardzo ważnym, o co jest coraz trudniej u ściśle profilowanych specjalistów – wszechstronną wiedzą, pozwalającą traktować pacjenta holistycznie. Poza tym dochód lekarza rodzinnego zależy obecnie od liczby pacjentów, którymi się opiekuje. Zależy mu więc na tym, by pacjent wybrał jego, a nie jego kolegę po fachu, stąd starania o największą skuteczność i jakość usługi. Z jednej strony, lekarz rodzinny ma więc lepsze instrumenty do sprawowania całościowej opieki nad pacjentem, z drugiej zaś, dodatkową determinację do dbania o jak najwyższą jakość oraz jak najmniejszą uciążliwość leczenia.

Jaki model podstawowej opieki zdrowotnej obowiązuje w krajach Unii Europejskiej?

Właśnie taki, oparty na prywatnych praktykach. Jestem przekonany, że jest to słuszną drogą reformowania ochrony zdrowia, bowiem w jej efekcie dochodzi do uporządkowania kompetencji i odpowiedzialności za pacjenta, istnieje możliwość ciągłości i systematyczności opieki nad każdym zadeklarowanym do praktyki podopiecznym, a co najważniejsze – każdy z pacjentów ma poczucie bezpieczeństwa, bowiem leczy się u lekarza, którego wybrał i ma do niego zaufanie. System ten jest łatwy w nadzorowaniu i kontroli realizacji zadań w zakresie sprawowanej opieki, ale też ułatwia prowadzenie profilaktyki i promocji zdrowia wśród podopiecznych. Sprawny i dobrze funkcjonujący system podstawowej opieki zdrowotnej to wymierne korzyści ekonomiczne dla finansów państwa, ale z zaakcentowaniem właściwego uposażenia lekarzy pracujących w tym systemie.

Gwarantem konieczności wprowadzenia tego systemu są wymogi Unii Europejskiej, wyraźnie wskazujące, iż podstawowa opieka zdrowotna ma być oparta



Fot. Archiwum

Konferencja prasowa *Top Medical Trends*, nad którym kierownictwo naukowe sprawuje prof. Andrzej Steciwko

na sprawnie działających praktykach lekarzy rodzinnych (indywidualnych, zespołowych i grupowych).

Polscy lekarze rodzinni nie chcą jednak *prowadzić* pacjenta w ten sposób. Bronią się przed wizytami domowymi, dyżurami nocnymi.

Lekarze rodzinni nie bronią się przed wizytami i dyżurami, lecz przed sposobem ich rozliczania. To wielka różnica. Zdają sobie sprawę, że wizyty domowe, nawet nocne, to immanentna część ich fachu. Tak działa to w całym cywilizowanym świecie. Obserwowałem podobny system w Holandii. Tam lekarze rodzinni prowadzą tzw. praktykę zespołową lub grupową, robią grafik dyżurów nad populacją pacjentów wszystkich praktyk i pacjenci z ich praktyk korzystają ze wspólnego, jednego numeru alarmowego podczas dyżuru. Telefon odbiera ten lekarz, który konkretnego wieczoru ma dyżur. Dzięki temu nie ma nadmiaru nieuzasadnionych zgłoszeń do pogotowia. Często zdarza się, że lekarz rodzinny, który stwierdzi, że konieczna jest hospitalizacja, sam wiezie pacjenta do szpitala.

Co należy zatem poprawić w systemie rozliczania lekarza rodzinnego? Chodzi o wysokość stawki podstawowej czy sposób naliczania ostatecznego wynagrodzenia?

I o jedno, i o drugie. Mamy absurdalny system wynagradzania lekarzy rodzinnych. W większości krajów ich płaca składa się z dwóch elementów: wynagrodzenia *per capita* (za prowadzenie zadeklarowanych pacjentów), które uzupełniane jest wynagrodzeniem *for service* (za konkretne, wykonane usługi medyczne). W Polsce mamy wynagrodzenie wyłącznie *per capita*, a za wykonane usługi nikt nie płaci. Dlatego dochodzi

do paradoksów. Lekarze mają opory, np. przed prowadzeniem praktyki na osiedlach, w których mieszka dużo osób w wieku podeszłym, bo one częściej potrzebują wizyty i pomocy medycznej niż ludzie młodzi i w średnim wieku. Starszy człowiek na liście pacjentów to więcej wizyt, więcej badań diagnostycznych i pracy, a efekt finansowy niewiele większy niż w przypadku ludzi młodych, odwiedzających lekarzy znacznie rzadziej. Wprowadzenie odpłatności *for service* to jedna z najpilniejszych spraw, którymi zajmuje się Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej. Co do stawek, są bardzo niskie i tym tłumaczyłbym niewielkie zainteresowanie profesją lekarza rodzinnego.

Skoro model prywatnych praktyk jest efektywniejszy, lepszy i dla pacjenta, i dla lekarza, dlaczego dominuje u nas model *przychodniowy*, uzupełniany przez pogotowie ratunkowe, które skarży się na konieczność obsługi nadmiaru przypadków błahych?

Wprowadzenie lekarza rodzinnego do systemu podstawowej opieki zdrowotnej jest procesem ewolucyjnym, a nie rewolucyjnym. W miarę przybywania praktyk lekarza rodzinnego, powinno ubywać innych placówek poz, niespełniających kryteriów reformy i założeń medycyny rodzinnej. Każdy system, nawet zły, broni jednak swego *status quo*, ma wbudowane mechanizmy obronne, dlatego obecnie mamy taką, a nie inną sytuację.

Dlaczego tak trudno zreformować podstawową opiekę zdrowotną?

Ponieważ część lekarzy, którzy ukończyli specjalizację, z różnych powodów nie podejmuje trudu utworzenia

praktyki lekarza rodzinnego, lecz zatrudnia się w istniejących na rynku dużych przychodniach poz. Jest to mniejsze obciążenie dla lekarza, bo przychodzi do przychodni na określoną godzinę, odpracowuje umówione pensum, nie musi się martwić o marketing, prowadzenie dokumentacji, zakupy sprzętu, sprawozdawczość, rozliczenia finansowe itd. W tym tkwi pułapka dla lekarzy. By to błędne koło przerwać, trzeba po prostu promować system oparty na lekarzach medycyny rodzinnej, jak to się dzieje na w innych krajach UE. Chodzi o wspieranie tych lekarzy, którzy prowadzą własne praktyki, kupują sprzęt, podwyższają kwalifikacje, świadczą dobrze usługi. To się w polskich warunkach udało i udaje, np. w stomatologii. Skoro w tej dziedzinie udało się podobnymi metodami, w krótkim czasie dokonać znaczącego postępu, dlaczego nie miałyby się udać w innych?

Dlaczego zatem prywatnych praktyk medycyny rodzinnej nie przybywa?

Przybywa, ale tempo jest dalekie od zadowalającego. Obawiam się, że niewiele się tu zmieni. Od trzech lat notujemy spadek zainteresowania specjalizacją z medycyny rodzinnej, mimo że ci lekarze, którzy otworzyli własne praktyki, prosperują bardzo dobrze.

Trwają prace legislacyjne nad prawem zapewniającym wspieranie medycyny rodzinnej.

Nie zgadzam się z tą tezą do końca. Trwają prace nad uregulowaniem funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, ale to nie to samo, co wspieranie medycyny rodzinnej. W trakcie prac raz do głosu dochodzą zwolennicy medycyny rodzinnej, innym razem przeciwnicy, którzy chcą utrzymania obecnego systemu z drobnymi poprawkami. Ich argumenty są takie, że nie stać nas na rezygnację z budynków, sprzętu i pozycji, jaką w Polsce zajęły przychodnie. Efektem tej toczącej się od lat dyskusji są rozwiązania prowizoryczne, regulujące *status quo* medycyny rodzinnej doraźnie, na zasadzie – lepsze rozwiązanie wypracujemy w przyszłości, a teraz zastosujemy prowizorkę. Przynosi to oplakane skutki.

Jak pan ocenia projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej?

Nie mogę zaakceptować zdecydowanej większości tekstu tej ustawy. Stanowi ona w tym projekcie znaczne zniekształcenie założeń reformy ochrony zdrowia w Polsce, które zostały opracowane w 1993 r., w tym podstawowej opieki zdrowotnej. Nie rozwiązuje wielu zagadnień, które powinna uregulować i jednoznacznie określić, np. zarówno merytoryczną, jak i logistyczną funkcję podstawowej opieki zdrowotnej. Nie ma również w tym projekcie jednoznacznego stanowiska dotyczącego ostatecznego przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej w system oparty na sieci praktyk le-

„ Prywatnych praktyk medycyny rodzinnej przybywa. Ale tempo jest dalekie od zadowalającego. Obawiam się, że niewiele się tu zmieni ”

karzy rodzinnych. Jest wiele błędów interpretacyjnych i kompetencyjnych.

Top Medical Trends to największy kongres dla lekarzy. Czy w przyszłym roku zmieni się formuła tej imprezy?

To wydarzenie naukowo-szkoleniowe istotnie ma niepowtarzalny charakter. Istotą tego kongresu jest przekazanie najnowszych osiągnięć w zakresie diagnostyki i terapii przez wybitnych wykładowców z różnych dziedzin i dyscyplin medycyny w ciągu bardzo krótkiego czasu. Z reguły prezentowane są obowiązujące standardy oraz zalecenia postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Odbywa się on pod hasłem *Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka*. Wszyscy uczestnicy kongresu, a było ich w tym roku ponad 4 tys., oprócz wysłuchania wykładów otrzymują wydrukowane materiały kongresowe, mogą uczestniczyć w sposób nieograniczony w sesjach zatytułowanych *Spotkanie z ekspertem* i na bieżąco rozwiązywać nurtujące ich problemy.

Za rok organizujemy czwarty kongres. I znów będzie to *medycyna w pigułce*. Już dziś, mimo że *IV Top Medical Trends* odbędzie się 12–14 marca 2010 r., mamy ok. 600 zarejestrowanych i liczba ta zwiększa się. W przyszłym roku na pewno rozszerzymy możliwości przekazu multimedialnego z wykorzystaniem najnowszych technik elektronicznych. Przy pomocy tego kongresu i innych zjazdów oraz konferencji propagujemy dobre i skuteczne rozwiązania funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej oparte na praktykach lekarza rodzinnego.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski

„ Wprowadzenie lekarza rodzinnego do systemu podstawowej opieki zdrowotnej jest procesem ewolucyjnym, a nie rewolucyjnym ”