

Lekarz rodzinny w Polsce i Unii Europejskiej

Uparciuchy z Miodowej i Wiejskiej

Jedną z czterech reform, jakie w 1999 r. wprowadził rząd III RP, była reforma systemu ochrony zdrowia. Zmieniono model jego finansowania z budżetowego na paraubezpieczeniowy i formę własności zakładów ochrony zdrowia. Kim powinien być, a kim jest lekarz rodzinny w polskiej rzeczywistości?

Zacznijmy od założeń reformy. Przede wszystkim wprowadziła ona – wzorem znakomitej większości państw europejskich – instytucję lekarza rodzinnego. Zmiana modelu finansowania miała uwolnić system opieki zdrowotnej od przetargów politycznych dotyczących wielkości nakładów na jego funkcjonowanie, do jakich dochodziło corocznie przy uchwalaniu budżetu państwa. Nakłady te nie mogły być niższe niż w roku poprzednim, a ich wzrost miały gwarantować z roku na rok rosnąca składka ubezpieczeniowa i rosnący PKB. Zmiana formy właścicielskiej zakładów ochrony zdrowia miała natomiast powstrzymać permanentne zadłużanie się zakładów ochrony zdrowia,

wcześniej wielokrotnie oddłużanych. Udało się to jedynie w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej i to tylko tam, gdzie wprowadzono instytucję lekarza rodzinnego.

Okazało się, że lekarz, który praktykuje w swojej prywatnej przychodni, lepiej o nią dba. O nią samą i o jej kondycję finansową. W wypadku zakładów publicznych, czyli nieprywatnych, już tak się nie stało. Oficjalne wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego zostało poprzedzone kilkuletnimi programami pilotażowymi realizowanymi w wielu regionach Polski. Na największą bodaj skalę w Wielkopolsce. Ich dobre efekty w postaci lepszej dostępności i jakości świadczeń

„Okazało się, że lekarz, który praktykuje w swojej prywatnej przychodni, lepiej o nią dba. O nią samą i o jej kondycję finansową”

zdrowotnych zachęcały do upowszechnienia tych rozwiązań w całym kraju.

Wysiłek reformatorskiego politykom na długo jednak nie starczyło. Zwycięzcy kolejnych wyborów postawili sobie za punkt honoru zmienić wszystko to, co zrobili poprzednicy, i uczynili z tego ważny element programu wyborczego. Spotkało to także instytucję lekarza rodzinnego. Odwrót od zapoczątkowanego w latach 90. kierunku reform trwa do dziś. W niedokończeniu reform (a nie złym ich kierunkiem) należy więc upatrywać dzisiejszych słabości podstawowej opieki zdrowotnej. Nie dostrzegają lub nie chcą tego dostrzec dzisiejsi krytykanci instytucji lekarza rodzinnego.

Praktycznie nie ma dzisiaj państwa w Unii Europejskiej, które nie oparłoby swojego systemu ochrony zdrowia na silnym fundamencie, jakim są praktyki lekarzy rodzinnych. Doświadczenia tych państw, z których korzystali autorzy polskiej reformy ochrony zdrowia z lat 90., wskazują, że w myśl zasady Pareto tylko w tak zorganizowanym systemie 80 proc. potrzeb zdrowotnych ludności zostaje zaspokojonych przy 20-procentowym udziale nakładów na podstawową opiekę zdrowotną (POZ) w całkowitych kosztach świadczeń zdrowotnych. Tylko tak skonstruowany system jest najefektywniejszy. Wszystkie inne, szczególnie te opierające się na sieci gabinetów specjalistycznych lub na leczeniu szpitalnym, są droższe i generują kolejki oczekujących na świadczenie zdrowotne. Warto to dzisiaj przypomnieć tym, którzy usiłują skracać kolejki do świadczeń, ignorując zasadę Pareto. Usiłują co jakiś czas obniżać nakłady na POZ i zmieniać proporcje 80 na 20. Rodzi to protesty, zwykle na koniec roku, przed terminem podpisywania nowych umów. Najgłośniejszy był protest lekarzy POZ w 2005 r. i takie też było jego źródło w roku 2014.

Istotą instytucji lekarza rodzinnego jest podmiotowość pacjenta, który uzyskuje prawo do swobodnego wyboru swojego lekarza – lekarza dla swojej rodziny. W czasach PRL chory był zmuszony do korzystania ze świadczeń pediatry, jeżeli nie miał ukończonych 18 lat, lub internisty, jeżeli wiek ten ukończył. Mało tego, mógł to być tylko pediatra lub internista praktykujący w rejonie zamieszkania pacjenta. Byli to więc pediatrzy rejonowi i interniści rejonowi. Pacjent nie mógł zmienić lekarza. Możliwość taka istniała tylko w przypadku zmiany miejsca zamieszkania.

Umiejętności pediatrów i internistów były ograniczone tylko do tych specjalności. Dlatego większość

porad kończyła się skierowaniem do innego gabinetu specjalistycznego, co wydłużało proces diagnostyczno-terapeutyczny i zwiększało koszty funkcjonowania systemu. Lekarz rodzinny w przeciwieństwie do lekarzy innych specjalności jest specjalistą w wielu dziedzinach w zakresie podstawowym. Ma zatem umiejętności pozwalające na zaspokojenie większości potrzeb zdrowotnych pacjentów bez konieczności odsyłania ich do gabinetów specjalistycznych. Pediatrzy czy interniści, podobnie jak laryngolodzy czy okuliści, są specjalistami w zakresie ponadpodstawowym, ale tylko w jednej specjalności. Dlatego ich przydatność do pracy w POZ jest niewielka. Świadomość tego faktu od początku towarzyszyła autorom reformy. Doskonale zdawano sobie też sprawę, że lekarzy ze specjalizacją z medycyny ogólnej lub rodzinnej jest stanowczo za mało. Trzeba było w krótkim czasie wykształcić ich tylu, aby na każdego przypadało ok. 1500 zadeklarowanych pacjentów. W okresie przejściowym lekarzom pracującym w POZ dano możliwość uzupełnienia kwalifikacji na tzw. krótkiej ścieżce – intensywnym 6-miesięcznym szkoleniu. Po jego odbyciu i zdaniu egzaminu państwowego lekarze ci uzyskiwali tytuł specjalisty medycyny rodzinnej. Pozostali lekarze, aby uzyskać taki tytuł, mieli się specjalizować w trybie rezydenckim.

W POZ pracuje prawie 30 000 lekarzy, z czego niespełna jedna trzecia ma specjalizację z medycyny rodzinnej. To stanowczo zbyt mało, zważywszy że od początku reformy upłynęło już 15 lat. Nowych lekarzy rodzinnych nie przybywa. Znaczna część pracujących w POZ jest w wieku emerytalnym lub przedemerytalnym. Potrzebne jest zasilenie POZ nowymi kadrami. Żeby jednak tak się stało, specjalizacja z medycyny rodzinnej musi uzyskać absolutny priorytet. Tymczasem po ostatnich zmianach w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarskich jest wręcz odwrotnie. Medycyna rodzinna staje się specjalnością najmniej atrakcyjną dla lekarzy. Zrealizowanie modułu podstawowego z pediatrii lub interny pozwala na uzyskiwanie kolejnych specjalności w kilkunastu dziedzinach. Nie jest to natomiast możliwe po uzyskaniu specjalizacji z medycyny rodzinnej.

Nie inaczej jest z nabywaniem przez lekarzy tzw. umiejętności lekarskich. O ile pediatria czy interna są specjalizacjami wyjściowymi do ich uzyskiwania, o tyle medycyna rodzinna już nie. W ostatnim czasie niezwykle uaktywniło się lobby pediatryczne oraz internistyczne, które na fali kontestacji medycyny rodzinnej zabiega o zastąpienie w POZ lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej na powrót pediatrami i internistami. W ten sposób historia zatoczyła po 15 latach koło. To co było jedną z najistotniejszych wad PRL-owskiego systemu ochrony zdrowia, staje się najważniejszym celem lobbystów III RP. Silna pozycja lobbystów pediatrycznych i internistycznych jest najbardziej widoczna podczas posiedzeń sejmowej Komisji

Zdrowia, gdzie usiłuje się wymuszać na słabo zorientowanych w problemach ochrony zdrowia politycznych decydentach zmiany korzystne dla reprezentowanych specjalności. Uległość polityków świadczy dobitnie o tym, że chociaż istnieje wieloletnia strategia ochrony zdrowia, to w praktyce kształcenie kadr medycznych nie uwzględnia ani jej celów, ani zmieniających się potrzeb systemu ochrony zdrowia. Kto zatem decyduje dzisiaj o tym, jakie w przyszłości będą kadry medyczne? Decydują władze akademii medycznych. One jednak kształcą kadry pod własne potrzeby i potrzeby swoich klinik, a nie pod potrzeby zdrowotne społeczeństwa i fundamentalnego segmentu systemu ochrony zdrowia, jakim jest POZ.

To także powód, że rozwój instytucji lekarza rodzinnego został w ostatnich latach zahamowany. To co jest priorytetem polityki zdrowotnej państwa, kryje się pod widniejącym ciągle na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia hasłem: „Ratujmy polskie szpitale”. Tymczasem proza życia dostarcza coraz więcej dowodów na to, że hasło to powinno brzmieć: „Ratujmy polski system ochrony zdrowia”. Celem strategicznym takiego programu powinno być dokończenie reform z początku lat 90. Przede wszystkim dokończenie budowy i umocnienie instytucji lekarza rodzinnego. Dla polskich polityków przykładem determinacji w kształceniu kadr pod potrzeby zdrowotne społeczeństwa powinna być postawa władz prowincji Ontario w Kanadzie. Zażądały one od swoich uczelni wprost, aby specjalizowały przede wszystkim lekarzy rodzinnych.

Istotą europejskich systemów ochrony zdrowia jest to, że zdecydowana większość świadczeń zdrowotnych, porad i zabiegów wykonywana jest przez lekarzy rodzinnych. Ambulatoria lekarzy specjalistów i szpitale pełnią w tych systemach funkcję suplementarną. W poradniach specjalistycznych i szpitalach diagnozowani i leczeni są tylko pacjenci ze skomplikowanymi problemami zdrowotnymi. Proste rany zaopatrywane są przez lekarzy POZ, a nie przez chirurgów. Płukanie uszu jest zabiegiem wykonywanym także przez lekarza rodzinnego, a nie przez laryngologa. Ciało obce z worka spojówkowego, a nawet z rogówki, w Szwecji usuwa lekarz rodzinny, nie zaś okulista. Podział kompetencji pomiędzy poszczególnymi segmentami systemu ochrony zdrowia został dawno ukształtowany i nie dziwi ani pacjentów, ani lekarzy. W Polsce od kilkunastu lat trwa rywalizacja pomiędzy lekarzami rodzinnymi a specjalistami i lekarzami szpitalnymi o wyłączne prawo do leczenia. Ci ostatni chcą widzieć poradnie lekarzy rodzinnych jako biura preskrypcji, w których wykonywane będą wszystkie czynności paramedyczne: powtórki recept, wystawianie zaświadczeń lekarskich czy druków L4. Usiłuje się różnymi metodami zaszczerpić pacjentom przeświadczenie, że wszelkie formy leczenia i postępowania diagnostycznego są możliwe

„Pediatrizy czy interniści, podobnie jak laryngolodzy czy okuliści, są specjalistami w zakresie ponadpodstawowym, ale tylko w jednej specjalności. Dlatego ich przydatność do pracy w POZ jest niewielka”

do uzyskania dopiero od poziomu lekarza specjalisty lub szpitala. Takiego wyobrażenia o systemie ochrony zdrowia, będącego schedą po PRL, zarówno u pacjentów, jak i w opierającym się zmianom środowisku profesjonalistów medycznych nie udało się zmienić reformatorom. W tym także należy upatrywać przyczyn niedokończenia reform zapoczątkowanych w latach 90. i dzisiejszej słabości POZ.

Zamierzonym celem reformy ochrony zdrowia III RP była zmiana formy własności zakładów ochrony zdrowia, by powstrzymać niekontrolowany proces ich zadłużania. Było oczywiste, że prywatny właściciel przedsiębiorstwa nie będzie mógł sobie pozwolić na bezkarne zadłużanie swojej własności. Będzie o nią lepiej dbał, a to przełoży się na lepszą jakość udzielanych świadczeń. Cel ten został z powodzeniem osiągnięty w wypadku lekarzy rodzinnych. Część z nich przyjęła na siebie funkcję przedsiębiorcy. Utworzyli własne przedsiębiorstwa, stali się pracodawcami, podjęli ryzyko prowadzenia działalności na własny rachunek. I choć to było dla nich z pewnością dużym wyzwaniem, uzyskali w zamian coś, czego pozbawieni byli w mrocznych czasach PRL – wolność płynącą z posiadania własności.

Każde państwo europejskie przyjmuje własne rozwiązania w organizacji systemu ochrony zdrowia. Często wynikają one z historycznych uwarunkowań. W każdym jednak z nich podstawą systemu ochrony zdrowia są praktyki lekarzy rodzinnych. Tak też z pewnością stanie się w Polsce mimo wielu prób odwracania kierunku reform. Ta, z którą mamy do czynienia teraz, polegająca na wypieraniu z POZ lekarzy rodzinnych i zastępowaniu ich na powrót pediatrami i internistami, już spaliła na panewce. W całej Polsce z szansy utworzenia własnej praktyki skorzystało zaledwie kilku pediatrów i internistów. Stało się tak być może dlatego, że lekarze mają świadomość, że specjalności te nie są wystarczające, by podolać trudom bycia lekarzem rodzinnym. Mają także z pewnością świadomość, że w świetle dyrektywy unijnej pediatra i internista nie są lekarzami POZ. To jest możliwe tylko w Polsce. W krajach Unii Europejskiej lekarzem rodzinnym może być tylko ten z polskich lekarzy, który ma specjalizację z medycyny rodzinnej lub ogólnej.

Bożena Janicka

Autorka jest prezesem Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.