

## Ogólne założenia strategii przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej

Maciej Latański

Dokument zatytułowany „Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej. Strategia realizacji celów” został przygotowany w Departamencie Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa MZiOS w oparciu o dwa niezależne opracowania. Dotyczyły one strategii zmian w podstawowej opiece zdrowotnej i powstały w dwóch działających równolegle zespołach, powołanych w tym celu przez Ministra Zdrowia.

Głównym założeniem przyjętej koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest funkcjonowanie jej w miejscu zamieszkania w oparciu o lekarza rodzinnego (ogólnego) i lekarza pediatrę, przy udziale średniego personelu medycznego. Jest to zmiana w stosunku do stanu dotychczasowego, w którym ten szczebel systemu obejmował opieką zdrowotną pacjentów nie tylko w środowisku zamieszkania, ale również w środowisku pracy i środowisku nauki (przemysłowa i szkolna służba zdrowia). Jest to także odejście od opieki stomatologicznej oraz ginekologicznej jak części opieki podstawowej. Zakłada się, że te ostatnie poradnie będą funkcjonowały nadal w swym dotychczasowym miejscu, ale poza systemem podstawowej opieki zdrowotnej. Przez takie ich usytuowanie dojdzie do większego powiązania poradni „K” z oddziałami ginekologiczno-położniczymi, co powinno wpłynąć na poprawę jakości świadczeń. Nie rezygnuje się natomiast z obecności w strukturach podstawowej opieki zdrowotnej lekarza pediatry. W tej mierze toczyła się sze-

roka dyskusja, w której zwolennicy lekarza „generalisty” eliminowali pediatrę z tego poziomu świadczeń medycznych. Jednak od 2-3 pokoleń matka przywykła do tego, że z chorym dzieckiem zgłasza się bezpośrednio do specjalisty – pediatry. Trudno je przekonywać, że teraz pediatrę zastąpi „generalista”.

Lekarz ten, zwany dotąd ogólnym, a obecnie rodzinnym, będzie natomiast zajmował się populacją dorosłych mieszkańców rejonu, świadcząc szerszy niż dotychczas zakres usług. Na poszerzenie (nieraz znaczne) tego zakresu pozwoli mu właściwie zorganizowany warsztat pracy i własne umiejętności, które będzie zdobywał na innej niż dotychczas drodze.

W założeniach przewidziano, że gabinet lekarza rodzinnego zostanie wyposażony m. in. w aparat ekg, spirometr, otoskop, oftalmoskop, glukometr i inhalator. W niektórych przypadkach (część ośrodków zdrowia na wsi) dojdzie do tego także mikroanalizator biochemiczny, pozwalający na wykonanie najczęściej potrzebnych oznaczeń.

Nowy system szkolenia podyplomowego to tzw. etaty rezydentki, przeznaczone głównie dla absolwentów wydziałów lekarskich. W oparciu o ten system szkolenia lekarz po odbyciu stażu podyplomowego podejmuje na okres trzech lat szkolenie w dziedzinie medycyny rodzinnej, kończące się egzaminem specjalizacyjnym. Pracę w rejonie rozpoczyna więc już jako wyszkolony wszechstronnie specjalista, podejmujący się opieki zawsze

nad populacją dorosłych mieszkańców swego rejonu, a niekiedy (gdy brak w danym rejonie pediatrii, co dotyczy np. 43% ośrodków zdrowia na wsi) — także nad populacją wieku rozwojowego. Lekarze obecnie pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej będą mogli uzyskiwać nową specjalizację w trybie tzw. krótkiej ścieżki.

Strategicznym celem jest zatem takie wykształcenie lekarza dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej i takie wyposażenie jego warsztatu pracy, które pozwoli na spożytkowanie w praktyce posiadanych umiejętności i w sumie da możliwość autentycznego zaspokajania około 80% potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Obowiązuje przy tym zasada nieburzenia tego, co funkcjonuje, a jego doskonalenia i poprawy także z punktu widzenia pacjenta.

Zasadą funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej ma być praca w systemie wolnego wyboru lekarza. Pacjent na zasadzie dobrowolności może dokonać wpisu na listę do wybranego przez siebie lekarza. Za taki wpis przewidywana jest roczna opłata w wysokości 0,5% najniższego miesięcznego wynagrodzenia (obecnie byłaby to kwota rzędu 100–120 tys. zł rocznie). Wpisani na listę pacjenci będą mieli zagwarantowane przyjęcie w gabinecie lekarskim w uzgodnionym dniu i godzinie, pomoc poza godzinami pracy zakładu opieki zdrowotnej w uzasadnionych przypadkach, a także ewentualne konsultacje u innych specjalistów. Konsultacje te będą ustalone na konkretny termin przez placówkę kierującą.

Pacjenci, którzy nie dokonają wyboru lekarza i nie wpiszą się na żadną listę, będą przyjmowani na dotychczasowych zasadach i kierowani do lekarza o najmniejszej liczbie opcji.

Tak szeroko dostępne świadczenia zdrowotne będą udzielane bezpłatnie (z wyjątkiem opłaty rejestracyjnej związanej z wyborem lekarza) w zakresie świadczeń gwarantowanych przez państwo, jak również bezpłatne będą konsultacje specjalistyczne, rekomendowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Metody pracy lekarza na tym poziomie świadczeń będą opierać się na zasadach czynnego poradnictwa i innych świadczeń z zakre-

su szeroko pojętej profilaktyki. W postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym przewidywane jest wprowadzenie procedur w odniesieniu do najczęściej występujących chorób, z którymi zgłaszają się pacjenci. Przykładowo są to: choroba nadciśnieniowa, choroba wrzodowa, cukrzyca. Procedury te opracują specjaliści krajowi z poszczególnych dziedzin medycyny. Jednocześnie wzmoczone zostanie nadzór nad jakością świadczeń przez powołanie trójstopniowego nadzoru w medycynie rodzinnej oraz wzmocnienie (odnowienie) nadzoru pediatrycznego. Powołane też zostało Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Nie ulega wątpliwości, że takie zadania przewidziane dla podstawowej opieki zdrowotnej będą wymagały większego nakładu pracy personelu tam zatrudnionego. Zakłada się znacznie wyższe wynagrodzenia lekarzy rodzinnych i pediatrów pracujących w POZ. W systemie wynagrodzeń stosowana będzie zasada kapitulacji z uwzględnieniem dodatków za jakość pracy oraz wykonawstwo zadań prewencyjnych i poza godzinami pracy. Jednym ze źródeł środków na ten cel mają być opłaty rejestracyjne, które pozostaną w dyspozycji kierownika przychodni. Docelowo jednak źródłem finansowania POZ ma być system ubezpieczeń zdrowotnych wspomagany przez budżet państwa w zakresie wdrażania strategicznych programów zapobiegania i promocji zdrowia, kształcenia kadr medycznych czy nadzoru nad jakością świadczeń. Dotychczasowe uposażenie personelu wynikające z siatki płac nie ulega zmianie. Wszelkie tu wymienione elementy uposażenia, są elementami dodatkowymi i dotyczą tych, którzy podejmą pracę w nowym systemie.

Przedstawiony dokument ma charakter ogólny i wszyscy są świadomi konieczności wielu uszczegółowień. Szczegółowego opracowania wymagają m. in. takie kwestie, jak np. określenie organizacyjnych i finansowych relacji POZ z innymi działami opieki zdrowotnej, określenie kompetencji całego zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (nie tylko lekarza rodzinnego), określenie zasad kształcenia i doksztalcania podyplomowego pracowników, opracowanie standardu wyposażenia placówek z uwzględnieniem ich funkcji i zadań, opracowanie standardowych pro-

cedur diagnostyczno-terapeutycznych w postępowaniu z chorymi, ustalenie dokumentacji indywidualnej pacjenta oraz systemu monitorowania świadczeń zdrowotnych w POZ, stworzenie systemu wynagrodzeń w oparciu o kapitacje i wykonawstwo zadań, przygotowanie symulacji finansowej funkcjonowania nowego modelu POZ.

Wiele z tych prac jest już wykonanych, a wszystkie pozostałe są w toku. Trudno jednak precyzyjnie określić ostateczny termin realizacji tych, które wymagają legislacji ustawowej.

Dyskusje wywoływała (i nadal budzi emocje) forma wdrażania nowych zasad działania podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawa ogranicza się do odpowiedzi na dwa pytania: czy wg tych nowych zasad (tj. praca w wolnym wyborze, dodatkowe wynagrodzenie za dodatkowe świadczenia i za ich jakość itd.) mogą pracować jedynie ci lekarze, którzy legitymują się uzyskaną specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej, czy także inni (stopień spełniania zadań ma decydować o ich pozycji i zarobkach) oraz czy dla wprowadzenia tych zasad konieczne jest powołanie specjalnej instytucji z zagranicznymi doradcami, całą administracją itd.? Uprawnienie oparte tylko na formalnym świadectwie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej może doprowadzić i doprowadziłoby do tego, że w jednej poradni, obok siebie będą pracować lekarze wykonujący tę samą pracę, ale zatrudnieni na innych zasadach, o różnym zakresie praw. Nigdzie nie jest powiedziane, że np. jakość świadczeń i ich zakres, elementy niezwykle ważne w ocenie pracy lekarza POZ, będą wyższe u „świeżo upieczonych” specjalisty z medycyny rodzinnej niż u doświadczonego, dobrego lekarza pracującego w poradni wiele, wiele lat, cieszącego się zaufaniem pacjentów, który jednak z różnych względów (m. in. formalnych) nie będzie mógł podjąć tej specjalizacji nawet na drodze tzw. krótkiej ścieżki. Kierownictwo resortu stoi na stanowisku, że przekształcenia w podstawowej opiece zdro-

wotnej winny następować stopniowo, ale możliwie szybko, nie czekając na to, aż wykszolimy tysiące nowych specjalistów.

I druga kwestia, a w zasadzie odpowiedź na drugie pytanie. Być może, że wspierające nasze przemiany zagraniczne instytucje finansowe chętnie widziałyby udział swych firm w doradzaniu, przetwarzaniu, zamienianiu itd. Być może, że utworzenie nowej (już którejś kolejnej) instytucji tym razem do celów tzw. implementacji pozwoliłoby na zatrudnienie pewnej liczby osób (zmniejszając bezrobocie o ułamek promila), ale zdaniem MZiOS w przemiany przewidywane programem muszą się zaangażować wszyscy zainteresowani tym problemem. Dotyczy to głównie samego personelu podstawowej opieki zdrowotnej, wszystkich szczebli administracji służby zdrowia i wszystkich dostrzegających sens i cel tych zmian. Jeśli uda się to zaangażowanie wyzwolić, to nie trzeba innych administracyjnych struktur, a jeśli się ten zamiar nie uda, to i te nowe nie pomogą.

W kilku rejonach w kraju następują już wdrożeniowe próby uruchamiania nowego systemu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Dzieje się tak w konsorcjach na terenie woj. piłskiego, bielsko-bialskiego. Nie można jednak zmieniać tylko szyldu przychodni bez spełniania określonych warunków, chociażby dotyczących kadry i wyposażenia. Może to bowiem grozić „rozmyciem” całej idei i przynieść w efekcie więcej szkód niż spodziewanych przez organizatorów tych działań efektów.

Zagrożeń jest oczywiście więcej i kierownictwo resortu jest ich świadome. Nie wpływa to jednak na determinację w dążeniu do wprowadzenia tych zmian.

Prof. dr hab. Maciej Latański jest Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Przewodniczącym Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego ds. Medycyny Rodzinnej.