



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(774)**

58. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 17 marca 2009 r.

VII kadencja

Rola lekarza rodzinnego w systemie ochrony zdrowia

(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Witam panów senatorów, witam zaproszonych gości, a wśród nich witam wiceprezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, panią Agnieszkę Jankowską-Zduńczyk, witam pana profesora Grygalewicza z Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, pana prezesa Konstantego Radziwiłła, szefa Naczelnej Rady Lekarskiej, pana profesora Witolda Lukasa, konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, pana Krzysztofa Klichowicza z Narodowego Funduszu Zdrowia i panią Emilię Kin z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, pana Tadeusza Wadasa, także z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, pana Tomasza Sobalskiego z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, panią Beatę Rorant, pana Jakuba Bydłonia z Ministerstwa Zdrowia, jak również pana ministra Adama Fronczaka. Proszę państwa, oczywiście witałem państwa według kolejności wpisu na liście. Chyba państwo zauważyli, że nie było w tym specjalnie hierarchii. Bardzo się cieszę, że jesteśmy w takim składzie, w jakim jesteśmy.

Może zaczniemy od przyjęcia porządku obrad. Mamy tylko jeden punkt, a mianowicie omówienie roli lekarza rodzinnego w systemie ochrony zdrowia. W uzgodnieniu z komisją senacką postanowiliśmy przygotować spotkanie właśnie na ten temat. Reforma systemu ochrony zdrowia bowiem, zwłaszcza w ostatniej kadencji parlamentu, skoncentrowała się głównie na zmianach reguł finansowania, mam natomiast takie odczucie – i to już jest moje osobiste przekonanie – że o ile na początku lat dziewięćdziesiątych mieliśmy obrany pewien kierunek zmian, to ten kierunek zmian stopniowo podlegał erozji.

Na początku lat dziewięćdziesiątych, a w zasadzie jeszcze trochę wcześniej, bo przy Okrągłym Stole – pracowałem w podstoliku zdrowotnym tegoż mebla – pouczaliśmy się o odwróconej piramidzie kosztów i ilości wolumenu świadczeń, jakie może wykonać system ochrony zdrowia. Towarzyszyła nam wtedy grupa ekspertów, neutralnych politycznie osób, które przeglądając rozwiązania światowe, postulowała radykalny przewrót, po to, by lekarz rodzinny – wtedy jeszcze lekarz ogólny – z zawiadowcy stacji rozsyłającego pacjentów stał się osobą, która jest przewodnikiem po systemie i odpowiada za leczenie. Taki mniej więcej kierunek przekształceń był przyjmowany dosyć zgodnie, zarówno przez pierwszy, drugi, jak i trzeci rząd. Ten trzeci rząd, to już był rząd SLD, a mimo to wypracowany dokument o podstawowych kierunkach przekształceń systemu ochrony zdrowia podtrzymywał koncepcję lekarza rodzinnego.

Jako minister zdrowia pamiętam, że w 1991 r. ministerstwo pracowało nad porozumieniem z Bankiem Światowym. Jednym z komponentów pożyczki, jaką zaciąga-

liśmy wtedy w Banku Światowym, była kwestia zainstalowania w systemie lekarzy rodzinnych. Wtedy także zapadła decyzja, żeby ten lekarz pierwszego kontaktu nazywał się lekarzem rodzinnym.

Jest rzeczą oczywistą, że model, w którym ludzie mieli całkowitą dowolność w dojeździe do specjalisty, niósł ze sobą pewne nawyki. Jako lekarz miejski towarzyszyłem czasami ludziom rejestrującym się w przychodni w latach dziewięćdziesiątych, zanim jeszcze osadziła się ta medycyna mocniej. Ta rejestracja mogła wyglądać mniej więcej następująco. Przychodzi pacjent i mówi: chcę się zarejestrować do internisty; a przy okazji, czy są numerki do laryngologa? To też poproszę; a może ma pani jeszcze numerek do kardiologa? To też poproszę.

Krótko mówiąc, ewidentne było, że jest konieczne jakieś uporządkowanie systemu. Pracowałem wtedy w systemie opieki zdrowotnej, jako psychiatra, i miałem takie sytuacje, gdy przychodzili do mnie ludzie z torbą leków i mówili: ja już się zgubiłem, panie doktorze, bo widzi pan, ten lekarz ordynuje mi to i to i ja nie wiem, co mam brać, a to mam od kardiologa, a to od neurologa... Było więc jasną rzeczą, że organizacja systemu opieki nie pracowała dobrze na rzecz pacjenta.

Niemniej przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka i muszę powiedzieć, że – zwłaszcza w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych – z jednej strony tworzyliśmy kolegia lekarzy rodzinnych, powstawały katedry, które szkoliły lekarzy rodzinnych, a z drugiej strony sam model nigdy nie został do końca zaakceptowany. Muszę powiedzieć, że już na początku były pewne problemy, choćby na przykład z tym, czy lekarz rodzinny ma badać ginekologicznie, czy nie ma badać ginekologicznie. W momencie, gdy ustawodawca łaskawie powiedział, że dojeździe do ginekologa jest bez skierowania, natychmiast wykonywanie badań ginekologicznych w gabinetach lekarzy rodzinnych stało się poniekąd podejrzanym. No bo skoro jest prawo wejścia do lekarza ginekologa bez skierowania, to w przypadku tego, kto wykonuje takie badania, zachodzi pytanie, z jakich pobudek to robi.

Wybijały się kolejne specjalności i ta tendencja się utrzymuje. W tej chwili mamy taki najbardziej trudny, może nawet najtrudniejszy, ale późny, bardzo późny spór o pediatrię jako wizytę pierwszego kontaktu, czyli pediatria jako nowa kategoria usług, która byłaby kontraktowana jako osobna porada pierwszego kontaktu. To jest jedna rzecz. Z drugiej strony to, co się dzieje w świecie, też skłania do pewnej refleksji. W Wielkiej Brytanii, która jest w końcu krajem instalującym General Medical Practitioner – GP, zastanawiają się nad czymś, co by przypominało bardziej naszą poradnię ZOZ z POZ i specjalistką. Powstały też takie placówki, gdzie niejako bez rejestracji można przyjść z ulicy do lekarza. Moja synowa wygrała konkurs na taką pracę w Walk-in Centre w Londynie, gdzie każdy wchodzący z ulicy jest przyjmowany bezpłatnie, obchodzi się w ogóle cały system medycyny rodzinnej. Co prawda usytuowanie tego miejsca w City powoduje, że w większości są to ludzie pracujący dla korporacji bankowej itd., niemniej jednak pokazuje to, że warto byłoby stworzyć pewne warunki do dyskusji nad całym modelem funkcjonowania systemu świadczeń, w którym kierunku powinniśmy iść. Stąd taki skład na naszym posiedzeniu, jaki jest, i stąd prośba do państwa o to, żeby w jakiejś mierze stworzyć sobie warunki do skonkludowania tego posiedzenia jakimiś wytycznymi dla ministerstwa. Bardzo się cieszę, że jest z nami pan minister. Mamy przygotowany też materiał. Tak więc otwieram dyskusję na temat roli lekarzy rodzinnych.

Zgodnie z pewną koncepcją pracy komisji, pierwszeństwo w tej części posiedzenia jeszcze mogą mieć senatorowie, ale pamiętamy, że będziemy chcieli bardzo mocno dopuścić państwa i zwłaszcza pana ministra do dyskusji w tej sprawie.

Bardzo proszę.

Członek Prezydium Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Tomasz Sobalski:

Proszę państwa, pan przewodniczący był łaskaw w słowie wstępnym powiedzieć o kilku bardzo ważnych pryncypiach dotyczących medycyny rodzinnej. Oczywiście, to prawda, że trwa dyskusja nad tym, gdzie ma się znaleźć w systemie lekarz rodzinny, czy on jest potrzebny, czy niepotrzebny, jaka jest jego rola. Pan przewodniczący wspomniał również o brytyjskich eksperymentach.

Ostatnio śledziłem, proszę państwa, taki wątek dyskusyjny toczący się w Stanach Zjednoczonych, gdzie próbowano znaleźć miejsce dla lekarza rodzinnego. W ich wydaniu nazywa się to GP. Proszę państwa, jaki wniosek? Wiadomo, że Stany Zjednoczone są jednym z niewielu krajów, gdzie liczy się bardzo precyzyjnie koszty. Okazało się, że wprowadzenie modelu lekarza rodzinnego w tych systemach ubezpieczeniowych skutkuje znaczącymi oszczędnościami i zyskami, korzyściami dla pacjenta, co jest bardzo ważne, gdyż my często patrzymy na aspekt wyłącznie finansowy, nie widzimy zaś pacjenta. Dysponuję tymi dokumentami i jeżeli ktoś z państwa byłby zainteresowany, to oczywiście one są dostępne.

Tak jak powiedział pan przewodniczący, implementacja lekarza rodzinnego trwa już lat kilkanaście. Założenia wstępne były bardzo ambitne. Wydawało się, że lekarz rodzinny stanie się podstawą podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Tak do końca nie było. Ten POZ był krojony prędzej nie na medycynę rodzinną, a na specjalistów, którzy pracują w podstawowej opiece zdrowotnej. Pozwolicie państwo, że na kilku slajdach pokażę stan obecny i pokażę sytuację, jaka – tak uważamy – powinna mieć miejsce.

A więc, żeby w ogóle medycyna rodzinna zadziałała, musimy mieć ludzi, musimy mieć stosowne otoczenie prawne i musimy mieć motywujące stosowne finansowanie, pozwalające na funkcjonowanie tej opieki zdrowotnej.

Stan obecny. Lekarz rodzinny miał być koordynatorem opieki zdrowotnej. Ta sytuacja absolutnie w tej chwili nie ma miejsca. To jest powolny demontaż. Praktycznie lekarz rodzinny znowu zaczyna być tym kolejarzem, który steruje gdzieś tam rozkładem jazdy pociągów, tak naprawdę jednak nie koordynuje ruchu. Siłą rzeczy startowaliśmy w momencie, kiedy w podstawowej opiece zdrowotnej pracowali interniści, pediatrzy i inni wężscy specjaliści, gdy w ogóle dostęp do specjalistów był bez skierowań.

Jasna sprawa, że system w sposób ewolucyjny musiał dojść do sytuacji, kiedy będziemy mieli odpowiednią kadrę, czyli odpowiednią liczbę lekarzy rodzinnych, którzy są w stanie sprawować opiekę zdrowotną. Na dzień dzisiejszy tę kadrę mamy. Oczywiście, ona nie jest w stanie w stu procentach zapewnić podstawowej opieki zdrowotnej, niemniej jednak – według danych, które mam – tych lekarzy mamy około połowę w stosunku do potrzeb.

Siłą rzeczy na przejściowym etapie stawiano inne wymagania tym lekarzom, czy też trzeba było zostawić tych lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej, którzy dotąd pracowali. I tak się stało, z tym że nie równamy w kierunku przesuwania całego

ciężaru kształcenia w kierunku medycyny rodzinnej, a utrwalamy, czy też istnieją tendencje do utrwalania modelu specjalistycznego pracujących lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej.

Brak spójności zbieranych danych. Proszę państwa, system opieki zdrowotnej to również przetwarzanie danych. Ogromnym źródłem informacji dla nas jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Przesyłamy stale coraz więcej informacji. Tych informacji jest gromadzonych coraz więcej. Informacja zaś, gromadzenie jej, wtedy ma sens, jeżeli potrafimy ją wykorzystać. Powiem szczerze, że jako lekarz pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej nie widzę bezpośredniego przełożenia zbierania tych informacji na doskonalenie, że tak powiem, mojej pracy. I wreszcie, siłą rzeczy, to o czym już mówiłem, kompetencje lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej są różne, wynikają z ich wykształcenia.

Uważamy, że lekarz rodzinny powinien być koordynatorem. Mówię „koordynatorem” w sposób świadomy. Koordynować opiekę nad pacjentem to co innego, niż być na przykład dysponentem środków finansowych w pewnym zakresie. O tym, oczywiście, trzeba dyskutować, ale to u lekarza rodzinnego powinna się skupiać pełna informacja o pacjencie. Dla dobra pacjenta. O tym też wspomniał na początku posiedzenia pan przewodniczący. Aby tak się mogło stać, aby ten lekarz rodzinny rzeczywiście zaistniał, mógł odgrywać swoją rolę w podstawowej opiece zdrowotnej, musi być specjalistą medycyny rodzinnej. Musimy więc stwarzać takie warunki, żeby byli chętni do kształcenia się w tym zakresie i pracy w tym zakresie.

No i oczywiście, o czym wspominałem, informacje zwrotne od płatnika powinny trafiać do władz – do Senatu, Sejmu, do Ministerstwa Zdrowia. Powinny być opracowywane i powinny być podstawą działań, które się podejmuje, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej. Żeby to wszystko zafunkcjonowało, konieczne są regulacje prawne, które – przynajmniej ja odnoszę takie wrażenie – są podejmowane na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie się zmienia ogólne warunki umów, gdzie kształtuje się czy buduje ten system. Systemowych natomiast rozwiązań prawnych ja osobiście nie znam.

Przygotowanie lekarza opieki podstawowej. To, co jest obecnie – ograniczony program szkolenia przeddyplomowego. Praktycznie nie promujemy na uczelniach... Siedzi tutaj z nami konsultant krajowy w zakresie medycyny rodzinnej, pan profesor Lukas. On może powiedzieć na ten temat najdokładniej. Nie zachęcamy, zbyt mało poświęcamy czasu na etapie kształcenia lekarza na studiach, jeżeli chodzi o medycynę rodzinną. Tolerujemy realizację zadań podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy bez specjalizacji. Oczywiście, mam nadzieję, że siłą rzeczy w sposób historyczny ten problem zniknie, w pewnym momencie przestanie istnieć, ale pojawiają się wąscy specjaliści, którzy próbują również bez stosownej specjalizacji pracować w podstawowej opiece zdrowotnej.

No i wreszcie obserwujemy systematyczny spadek zainteresowania medycyną rodzinną. Państwo z Ministerstwa Zdrowia mogą powiedzieć. Jest to w tej chwili dyscyplina określana jako deficytowa. A zatem co powinniśmy zrobić? Zwiększyć program szkolenia. Powinniśmy dążyć do modelu, w którym każdy lekarz pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej jest specjalistą medycyny rodzinnej. Problem kształcenia to również problem stażu specjalizacyjnego. Proporcja między stażem klinicznym w kształceniu lekarza rodzinnego a stażem w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli w tej praktyce, w tym miejscu docelowym lekarza rodzinnego, jest całkowicie zachwiana. Absolutnie próbujemy przekazać czy też wskazać model specjalistyczny.

No i wreszcie, proszę państwa, pierwsze kroki w tym kierunku zrobiło, rzecz jasna, ministerstwo. Chodzi o skuteczniejszy system motywacyjny dla kandydatów do specjalizacji. Ale to chodzi nie tylko o ten etap, kiedy człowiek jest w trakcie kształcenia podyplomowego. Musi być również określony jasno, zdecydowanie etap jego przyszłości ekonomicznej. Obecnie wielu lekarzy rodzinnych jest pracownikami, a nie właścicielami własnej praktyki. Zupełnie inna jest odpowiedzialność człowieka, który ma własną listę, własny kontrakt z płatnikiem i sam odpowiada przed pacjentem. Myślę, że to nie podlega żadnej dyskusji. Buduje się nawet niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w modelu wielospecjalistycznym, gdzie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest pomocniczym elementem, często ułatwiającym grę ekonomiczną w stosunku do płatnika.

Nie istnieją zachęty ze strony płatnika do otworzenia NZOZ przez lekarzy rodzinnych. Proszę państwa, czym różni się kontrakt lekarza rodzinnego od lekarza, powiedzmy, pediatry z jedyneką, czy też lekarza internisty z jedyneką? Nie różni się niczym, a zakres obowiązków, jaki był opisywany w dokumentach, które dotąd powstawały, wskazywał na to, że ten lekarz rodzinny jednak obejmuje holistyczną opieką pacjentów.

A zatem można sobie wyobrazić system, w którym podpisuje się umowy bezpośrednio z lekarzami, nawet w obrębie dużych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Można sobie wyobrazić taką sytuację, że zarządzającą jest jedna placówka, bezpośrednią zaś stroną umowy jest lekarz rodzinny.

Istotną sprawą jest posiadanie przez lekarza rodzinnego własnej praktyki, lokalu, w którym pracuje. Jesteśmy zawieszeni w próżni. Jednoosobowa praktyka lekarza rodzinnego nie jest w stanie wypracować środków finansowych pozwalających na wykup lokalu. Jeżeli nie będzie modelu ułatwiającego otrzymywanie czy też przejmowanie lokalu, w którym pracujemy, będzie na pewno bardzo trudno.

Proszę państwa, musimy postulować o większy zakres kompetencji dla lekarza rodzinnego w ramach umów z NFZ. Umowy muszą być zróżnicowane. One muszą być zróżnicowane pod względem ekonomicznym, ale również i pod względem zawartości tej umowy.

Apelujemy o ujednolicenie dokumentacji medycznej. To jest ogromna zmora, która prawdopodobnie uniemożliwia również przetwarzanie informacji. Na pewno lekarze rodinni, jako koordynatorzy opieki zdrowotnej, pracują w ten sposób mniej skutecznie.

Problem przepływu informacji medycznych o pacjencie. Problem znany od dawna. Oczywiście, Narodowy Fundusz Zdrowia próbuje to uregulować, nakazując, w cudzysłowie, konieczność korespondencji z lekarzem rodzinnym, lekarza specjalisty co najmniej raz w roku. Z tym że nie ma narzędzia, które pozwalałoby na egzekwowanie tego faktu.

I wreszcie, proszę państwa, musimy myśleć również o jakości w podstawowej opiece zdrowotnej. Muszą być motywacje finansowe do akredytacji tych praktyk, czyli standaryzowania warunków, w jakich wykonujemy czy świadczymy usługi.

Proszę państwa, to co już wspominałem, to się przewija w tych slajdach... Za chwilę kończę, proszę się nie martwić, że będę mówił długo. Praktycznie nie ma regulacji dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej. One są w enigmatyczny sposób zawarte w umowach, w warunkach ogólnych wydanych przez NFZ, ale to jest chyba niewłaściwy poziom regulacji prawnej. Brak regulacji dotyczącej koordynacji opieki medycznej, brak przepływu informacji, brak zróżnicowania zadań POZ dla lekarzy

rodzinnych, czyli tych wszystkich lekarzy równamy do tych, którzy nie mają specjalizacji z medycyny rodzinnej. Lekarz rodzinny stał się tylko wykonawcą zadań profilaktycznych i promocji zdrowia. To wszystko jest określone w sposób arbitralny. Na przykład problem profilaktyki chorób układu krążenia... Proszę państwa, jest program, są wytypowane roczniki. Jeżeli pacjent z danego rocznika nie zgłosi się, to on nie ma szansy znaleźć się z powrotem w tym programie. Oczywiście, że z punktu widzenia płatnika łatwiej jest w ten sposób nadzorować cały system, na pewno jednak nie jest to dobre dla pacjenta.

I wreszcie mamy bardzo słabą promocję profilaktyki. Doświadczamy tego. To jest problem profilaktyki raka piersi, profilaktyki raka szyjki macicy. Próbujemy w różny sposób zachęcać pacjentów, ale tak naprawdę nie znaleźliśmy skutecznego sposobu na takie oddziaływanie na pacjenta.

Uważamy, proszę państwa, że bezwzględnie powinien być utrzymany wybór lekarza przez pacjenta. Lekarz powinien być właścicielem listy pacjentów zadeklarowanych do niego. Aby opieka podstawowa była w wykonaniu lekarza rodzinnego skuteczna, powinniśmy dążyć do sytuacji, kiedy pod opieką lekarza rodzinnego pozostaje nie więcej niż tysiąc sześćset osób. Oczywiście, łatwo to administracyjnie zakresić i powiedzieć: listy tylko do tysiąca sześciuset osób, ale za tym muszą iść pewne fakty ekonomiczne, takie, aby ta praktyka mogła istnieć i funkcjonować. Oczywiście, powinny być w umowie z płatnikiem jasno zapisane działania profilaktyczne, a nie koncentrowanie się wyłącznie na zadaniach naprawczych. Trzeba temu lekarzowi rodzinemu umożliwić koordynowanie opieki medycznej. Oczywiście, problemem jest opieka poza godzinami pracy.

Szkolenie i rozwój zawodowy. Siedzi tutaj pan prezes Radziwiłł. Problem szkolenia podyplomowego. Pewne reguły zostały określone dla wszystkich lekarzy, to znaczy konieczność otrzymania czy też zebrania pewnej liczby punktów edukacyjnych w ciągu czterech lat. Tak naprawdę jednak brak reguł uczestnictwa, szczególnie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w procesie kształcenia podyplomowego.

Konstrukcja umów z NFZ, które obecnie obowiązują w POZ, praktycznie uniemożliwia rozwój zawodowy lekarzowi rodzinemu, który ma pracować dziesięć godzin przez pięć dni w tygodniu. No i nikt nie uwzględnia kosztów kształcenia zawodowego. A zatem wszystko to powinno ulec zmianie.

Jakość świadczeń. Proszę państwa, brak jednolitego dostosowanego systemu POZ w zakresie utrzymania odpowiedniej jakości. Taki system kolegium zbudowało. Z tym że brak znowu przesłanek, które mobilizują ludzi czy też pokazują im, że warto taką akredytację zdobywać. Stworzona akredytacja gwarantuje zapewnienie jakości. Żeby ta jakość zaistniała, musi być odpowiednio doceniona ekonomicznie. Lekarz musi koordynować... Pan przewodniczący mi pokazuje, że kończy się czas mojej wypowiedzi. Lekarz musi koordynować opiekę zdrowotną, musi koordynować opiekę zdrowotną również na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Zaobserwowaliśmy niebezpieczne trendy, że nawet w obrębie podstawowej opieki zdrowotnej brak relacji między pielęgniarką, położną a lekarzem. Te więzi są cały czas rozplatane czy też rozluźniane. To jest bardzo niebezpieczne. Jeżeli chcemy, żeby lekarz rodzinny był koordynatorem tej opieki zdrowotnej, to w takim razie mamy niepokojącą sytuację.

Proszę państwa, uważamy, że bezwzględnie powinien zostać utrzymany system dostępu do specjalisty oparty na skierowaniach lekarza rodzinnego. Informacja zwrotna bezwzględnie powinna trafiać do lekarza rodzinnego.

I wreszcie kompleksowa umowa na podstawową opiekę zdrowotną powinna być zawierana z lekarzem.

Finansowanie opieki. Płatnik monopolista kształtuje w jakiś sposób swoją politykę zdrowotną. W tej chwili ma już pewne doświadczenie historyczne, brak jednak znowu odniesienia do realnych kosztów.

Wydaje się, że dobrym modelem byłoby kontraktowanie świadczeń POZ i specjalistycznych przez jednego świadczeniodawcę. Mamy jasność, że nie jest do utrzymania i nie jest racjonalne płacenie w podstawowej opiece zdrowotnej wyłącznie w oparciu o stawkę kapitacyjną. Stawka kapitacyjna musi być utrzymana, ale do niej muszą dochodzić dodatkowe składniki, które motywują lekarza. Powinno dojść do refundacji kosztów szkolenia zawodowego. W naszym przekonaniu, według naszych obliczeń, nakłady na podstawową opiekę zdrowotną powinny być nie mniejsze niż 20%.

Na tym kończę. Serdecznie dziękuję za uwagę. Wydaje nam się, że istotne byłoby, żeby w naszym kraju powstała ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej. Stanowiłaby dobrą podstawę do rozwijania tego fundamentu opieki zdrowotnej w kraju. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście, przyznaję się, że prosiłem trochę – że tak powiem – o przyspieszenie tempa. Jest bowiem sporo znakomitych uczestników naszego seminaryjnego spotkania komisji. Chcę, żebyśmy poświęcili na nie maksimum dwie godziny. Dlatego jest prośba o pewną dyscyplinę w następnych wypowiedziach.

Czy pan minister chciałby zabrać głos już w tej fazie posiedzenia?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Jeżeli chodzi o przygotowany materiał, to on jest, można powiedzieć, bardzo lakoniczny. Tak że od razu mówię, jaki jest. On opisuje zjawiska od strony historycznej, jak to się działo, kiedy tę opiekę podstawową, POZ, zaczęliśmy próbować wyłączać z całości systemu. Jak państwo pamiętacie, to trwało wiele lat. Tak że te prace przygotowawcze naprawdę trwały i myślę, że założenia na samym początku były właściwe. Nie możemy oceniać negatywnie działań czasu przeszłego. Działania były naprawdę skoordynowane. Dużo zrobiono. Starano się wyłonić takiego lekarza, którego chcielibyśmy mieć blisko. Chyba każdy chciałby mieć takiego lekarza gdzieś blisko, na osiedlu, niedaleko.

Minęło jednak trochę czasu i ostatnie lata, faktycznie, zmieniają obraz, zmieniają rzeczywistość, zmieniają ochronę zdrowia. Pojawiają się inne trendy, inne kierunki i dostrzegamy, że strony ministerstwa również – i chyba tu jesteśmy zgodni – że ta szczytna funkcja, założona na samym początku rola, nie jest do końca realizowana. Oczywiście, byłoby to krzywdzące stwierdzenie, dlatego że wielu lekarzy pracuje, można powiedzieć, ofiarnie, w pocie czoła, aby realizować nałożone w podstawowej opiece zadania.

Myślę, że każdy lekarz POZ, poza tym, że musi być dobrze wykształcony, musi – właściwie tak jak każdy inny lekarz, ale szczególnie w tym obszarze – charakteryzować się dużą empatią i dużą chęcią wychodzenia naprzeciw problemom, naprzeciw

zjawiskom, które obserwuje u pacjenta. Często medycyna naprawcza na podstawowym poziomie nie jest – może w ten sposób powiem – tak bardzo skomplikowana. Ona nie wymaga wysokiego instrumentarium, oprzyrządowania, wysokich nakładów. Często pacjent potrzebuje po prostu rozmowy, wyjaśnienia problemu i na to trzeba mieć czas. Tak że nikt nie zastąpi lekarza POZ i myślę, że tutaj trzeba myśleć raczej o takich rozwiązaniach w przyszłości, które wzmocnią lekarza POZ i pokażą, że faktycznie jego rola jest bardzo istotna. 80% usług, które są w POZ realizowane przez niewielki w sumie odsetek lekarzy, pokazuje, że to, co się dalej dzieje w obszarze zdrowia, jest ważne, ale przeliczając to na liczbę kontaktów lekarz – pacjent, POZ bije wszystkich na głowę. Tu się tworzy ten dalszy segment funkcjonowania systemu zdrowotnego. Tak, jak było w założeniach – lekarz jest *gate keeper*, ale w pozytywnym tego słowa znaczeniu. Wpuszcza do systemu tylko tych, którzy wymagają systemu wyższego – zabezpieczenia specjalistycznego czy szpitalnego.

W ostatnim czasie z informacji, które przecież mamy z Polski od pacjentów, od towarzystw, od różnych organizacji, wynika, że coraz trudniej jest pacjentowi poruszać się w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. W godzinach popołudniowych jest bardzo trudno wejść do gabinetu lekarza, otrzymać poradę czy jakieś skierowanie do dalszych działań. Co się dzieje dalej? Dalej jest tak, że jest nocna pomoc lekarska. Często jest tak, że tę nocną pomoc lekarze kontraktują z innymi zewnętrznymi podmiotami. Nie wykonują tych świadczeń sami. Niektórzy kontraktują na pewno na sto procent stawki, ale niektórzy kontraktują na mniej niż sto procent. Powstaje pytanie: dlaczego? Dlaczego nie pełnią funkcji w godzinach wieczornych, a stawka na świąteczną, nocną pomoc nie jest wszędzie przekazywana w stu procentach? Dlaczego powstaje zarobek po stronie lekarzy POZ, tak naprawdę w tym momencie nieuzasadniony?

Oczywiście, to jest pytanie otwarte. Można się z tym zgadzać, można się nie zgadzać. Można mówić: biznes. Jak uda mi się taniej kupić świąteczną pomoc, to dobrze, to jestem okay? To chyba nie o to chodzi. Część pacjentów, którzy nie mogą być załatwieni w POZ bądź u których zdarzenie wystąpi nagle, ale nie tak poważne, które uzasadnia wezwanie karetki, nie wie nawet, że jest świąteczna pomoc czy nocna pomoc i dzwoni na pogotowie. A kogo mamy w pogotowiu? W pogotowiu mamy głównie ratowników medycznych, którzy nie podejmują decyzji lekarskich i wiozą chorego do szpitala. Mamy przepełnione izby przyjęć i w dalszym etapie mamy niezadowolonych pacjentów, którzy po prostu denerwują się, czekając kilka godzin na zbadanie przez lekarza.

I w tym całym łańcuchu – można by długo na ten temat mówić – musimy szukać takich rozwiązań, które pozwolą, jak powiedziałem na wstępie, wzmocnić rolę lekarza i doprowadzić do tego, żeby on faktycznie mógł swoje zadania wypełniać. Ale nie na zasadzie wyczerpania nerwowego, fizycznego, pracy ponad siły, tylko w takich warunkach i w taki sposób, aby ta empatia, o której powiedziałem, i to wyjście do pacjenta faktycznie funkcjonowały. Ocena systemu ochrony zdrowia w dużej bowiem mierze zależy od tego pierwszego kontaktu. Jak państwo wiecie, jest tak, że czasami ktoś nie korzysta przez lata z POZ i potrzebuje raz skorzystać, iść do lekarza, bo ma gorączkę, i nie może się dostać. To jest po prostu fatalne dla systemu, że nie korzystając z niego, a płacąc składkę kapitacyjną, czy w ogóle płacąc na opiekę zdrowotną, pacjent mówi: ten system nie funkcjonuje, coś tutaj nie gra.

Pan przewodniczący był uprzejmy poruszyć kwestię Anglii. Tam pomaga się również lekarzom POZ. Wiadomo, że są też narzekania, ale na przykład system infor-

matyczny bardzo pomaga lekarzom – co brzmi może trochę dziwnie – mianowicie jak już pacjent trafi do lekarza POZ i okaże się, że wymaga konsultacji specjalistycznej, to jest wpisywany do systemu informatycznego i co się dzieje? Za tydzień czy dwa przychodzi do niego informacja na piśmie pocztą, że został zarejestrowany w centralnej bazie, że wymaga na przykład konsultacji urologicznej i że proponuje mu się w związku z miejscem zamieszkania te trzy czy cztery ośrodki. Przy tym czas oczekiwania w jednym jest taki, w drugim taki, a w trzecim taki. Prosi się o wybranie ośrodka i zalogowanie się. Tu mamy zupełnie inne społeczeństwo, inne możliwości. Internet jest tak rozpowszechniony, że tam siada się, loguje. Jeśli jest problem, to jest podany numer telefonu do centrum i to centrum umawia wizytę.

Co się stanie, jeżeli wyrzucimy to do kosza lub zapomnimy? Za dwa tygodnie przychodzi następny list. Jeżeli na drugi nie odpowiemy, w systemie informatycznym wyskakuje gdzieś tam czerwona lampka. Przychodzi trzeci list bądź jest telefon. Po prostu pacjent nie ginie w systemie. Od momentu, kiedy zgłosił się do POZ, na dalszym etapie jest już jak gdyby pilnowany przez system ochrony zdrowia, tak aby doszło do konsultacji. Skoro bowiem było skierowanie, konsultacja była zlecona, to znaczy, że jest ważna i nie wolno jej zaniechać. U nas bywa z tym różnie. Pacjenci mogą trafić do publicznej służby zdrowia, ale jak są duże kolejki do specjalistów, to idą prywatnie i w efekcie albo dalej się coś toczy w tej sprawie, albo nie, albo dochodzi do gorszych sytuacji.

W tej chwili, jak państwo wiecie, poprzez trzy resorty w koordynacji –MSWiA, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Ministerstwo Zdrowia – budujemy duży system informatyczny, który niewątpliwie pomoże nam zidentyfikować wiele obszarów do tej pory nie do końca identyfikowalnych, w taki sposób, że właściwie natychmiast będziemy mogli posiadać te informacje.

Myślę, że to, o czym powiedziałem teraz, możemy mieć za jakiś czas, ale myśleć o tym należy już teraz. To jest bowiem pewne ułatwienie i pokazanie, że można tę profilaktykę czy już dalej specjalistykę naprawdę dobrze systematycznie prowadzić i dążyć do tego, abyśmy mieli faktycznie lepsze wskaźniki zdrowotne i dołączyli do najlepszych krajów w Unii Europejskiej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Krajczy się zgłaszał.

Proszę bardzo.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Może zacznę od tego, czym zakończył pan minister. Panie Ministrze, siedzący koło mnie kolega wyciągnął przed chwilą jako mieszkaniec województwa śląskiego kartę czipową. Ja mieszkam na Opolszczyźnie, gdzie już od ośmiu lat mamy rejestr usług medycznych, jak w jeszcze czterech innych regionach. I, oczywiście, pewne dane, o których tu państwo mówiliście, to my mamy, między innymi z NFZ itd., itd. Ale nie o tym chciałem powiedzieć. Nie było tutaj pana ministra, ale był pan minister Twardowski, ekspert od POZ – dzisiaj go nie ma – i w związku z tym o tym wszystkim, co tutaj słyszymy, to już pół roku temu, a nawet więcej, mówiliśmy.

Chciałbym zapytać, bo przecież w takim gronie, jak siedzieliśmy – był pan minister Twardowski, był prezes NFZ, byli konsultanci... Za chwilę chciałbym też i o pediatrii czegoś się dowiedzieć. Między innymi mieliście państwo dopracować i powiedzieć nam – bo nie jestem administratorem czynnym i taka odpowiedź jest mi potrzebna – czy pomoc nocna, świąteczna będzie zlokalizowana konkretnie przy szpitalu na izbie przyjęć. Oczywiście nie na SOR, bo tak czy tak ten pacjent tam trafia. Była aprobata pana ministra Twardowskiego, była aprobata NFZ i nawet, myślę, także i POZ, żeby tym jednak trochę inaczej pokierować.

Druga rzecz, czy jednak będzie w jakiś sposób wprowadzona przez NFZ obligatoryjność w kontraktach, żeby przeznaczyć pewien procent stawki na diagnostykę. Tego do tej pory nie ma.

I trzecia rzecz...

(*Głos z sali: Kiedyś było.*)

Chyba nie.

(*Głos z sali: Było, było.*)

To bardzo krótko, chyba jeszcze jak pan minister Twardowski był rzecznikiem prasowym. Bardzo krótko. Później to się zmieniło.

I trzecia rzecz, jeżeli mogę, właśnie odnośnie do pediatrii. Też w takim gronie mówiliśmy, że jednak jest pewna luka i postulowali pediatrizy, konsultanci wojewódzcy z panią profesor...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Chybicką.*)

Tak jest, Panie Przewodniczący.

Chodziło nie o to, żeby ewentualnie ten lekarz na oddziale dziecięcym poprawiał skierowania, tylko żeby on był konsultantem dla lekarza POZ, gdzie niejednokrotnie lekarze POZ tych dzieci się boją. Zresztą każdy się boi, kto ewentualnie nie jest pediatrą. Postulowaliśmy o prostą rzecz, żeby zakontraktować to. Do dzisiaj oprócz hasel... Pytałem o to w grudniu i powiedziano mi, że będzie kontraktowanie od stycznia. Później, w marcu, okazało się, że chyba nic z tego. Dlatego więc proszę, mówmy o konkretach.

Jeżeli chodzi o szkolenia, to lekarze POZ, niestety, muszą za to płacić. Lekarze, którzy się specjalizują, też muszą za to płacić. To jest temat morze. Zgadzam się, że lekarze POZ powinni być inaczej opłacani, ale – proszę mi wierzyć, administruję już siedemnaście lat ZOZ, niezadłużonym od ośmiu lat... To jest może trochę dziwne pojęcie w tym kraju, ale jest niezadłużony. Ja też mam POZ. POZ mi się opłaca, ale jest jedna rzecz. Otóż konkurencyjne niepubliczne ZOZ wybierają mi pewne rodzyнки. Ja mam pewien przedział wiekowy pacjentów – od sześćdziesiątego któregoś roku wzwyż – których nie zawsze każdy chętnie chce. To ci są optowani do mnie obligatoryjnie, bo oni wiedzą, że mój lekarz POZ na pewno wyśle ich na badania, gdy zajdzie taka potrzeba. Na pewno. Tam nie ma żadnych procentów itd.

O tym mówię tak na marginesie. Chciałbym bowiem wiedzieć, jeżeli od 1 lipca ma coś się zmienić, to już chyba musimy wypowiadać umowy, gdyż de facto będziemy podpisywali kontrakty.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister ad vocem.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

W materiale, który państwu dostarczyliśmy, jest zapisane, Panie Senatorze, że w rodzaju POZ jest wyłączenie kontraktowania świadczeń pomocy doraźnej udzielanej w ramach realizacji umów w zakresie nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, pielęgniarstwa w POZ. A ponieważ kontrakty są na pół roku, zakładamy więc, że to od lipca może... Na której to jest stronie? Licząc z okładką, jest to zapisane na stronie siódmej albo ósmej. Tak że postulaty, o których państwo dyskutowaliście z fachowcem od POZ, czyli z panem ministrem Twardowskim, są w tym zakresie zrealizowane. Wiele innych będzie, począwszy od stycznia 2010 r.

Spodziewamy się, że najpóźniej w celu poprawy dostępności do świadczeń rozszerzenie udziału świadczeniodawców POZ w realizacji programów profilaktycznych – programu profilaktyki raka piersi, raka szyjki macicy... Zgłaszalność na zaproszenia jest tutaj w granicach do 17% i posiadamy środki finansowe na to, aby sfinansować 100%. De facto zgłasza się 1/6 kobiet. To jest po prostu przerażające.

Myślę, że i lekarz POZ, i specjalista ginekolog, to jest ten obszar specjalistyki, który powinien te kobiety skłaniać do tych badań w każdym przypadku, kiedy pojawia się w POZ czy w gabinecie specjalisty. Jeśli chodzi o badanie mammograficzne czy cytologię, to wiadomo, że ginekolodzy pilnują tego w swoich gabinetach. Lekarz POZ musi natomiast mieć czas na przekonanie kobiety i wytłumaczenie, dlaczego to jest takie istotne.

Tak że te działania są podejmowane, ale myślę, że jest jeszcze wiele innych spraw, o których musimy myśleć i musimy wiedzieć, że zmiana w tym zakresie jest bardzo ważna, gdyż POZ jest tak naprawdę fundamentem opieki zdrowotnej. Nikt nie zdejmie tej roli z POZ. Chodzi o to, żeby ten fundament był zdecydowany i mocny, w określonym standardzie, żeby pacjenci mieli ten sam standard usługi, czy w praktyce indywidualnej, czy w grupowej, czy w POZ niepublicznym, czy też w publicznym. Żeby nie było tak, że się pacjent przepisuje, bo gdzieś jest z jakiegoś powodu lepiej. Chodzi więc o to, żeby ten standard był wyrównany. I tutaj właśnie szkolenia, dochodzenie do tych standardów w edukacji są niewątpliwie bardzo ważne. Tak że myślę, że nie uciekniemy od spraw POZ i będziemy dążyli do tego, aby poprawiać jego znaczenie.

Wczoraj na posiedzeniu kierownictwa dyskutowaliśmy właśnie nad kwestią badań profilaktycznych, przeniesienia tego w taki sposób, żeby zwiększyć te działania i zgłaszalność w ramach POZ. Chcemy, aby – o czym mówił pan doktor z kolegium – ta pomoc była widoczna, żebyście państwo zobaczyli, że widzimy potrzebę w zakresie modyfikacji POZ, żeby nie stał się on tym, do czego w pewnych obszarach, że tak powiem, podążył w ostatnim czasie. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan prezes Konstanty Radziwiłł.

Bardzo proszę.

Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Dziękuję za zaproszenie. Dziękuję za podjęcie tego ważnego tematu.

Chciałbym wprowadzić trochę uporządkowania, dla przypomnienia, w jakim miejscu jesteśmy. Otóż specjalizację z medycyny rodzinnej ma w tej chwili dziewięć tysięcy sześciuset osiemdziesięciu ośmiu lekarzy, prawie dziesięć tysięcy. To jest w tej chwili trzecia co do liczebności specjalizacja. Internistów jest około dwudziestu sześciu tysięcy, pediatrów około dwunastu tysięcy. To już podaję z pamięci. Lekarzy rodzinnych, jeszcze raz mówię, jest w tej chwili dziewięć tysięcy sześciuset osiemdziesięciu ośmiu.

Specjalizacja trwa już wystarczająco długo, żeby móc oceniać, jak wygląda kształcenie w tym zakresie. Wydaje się, że to kształcenie spełnia wszelkie możliwe wymogi. Obecne kształcenie również, jeżeli policzyć lekarzy, którzy w tej chwili mają tę specjalizację, zapewnia kontynuację. W tej chwili w procesie specjalizacji jest tysiąc dziewięćset czterdziestu czterech lekarzy, czyli prawie dwa tysiące. Powiedzmy więc, gdyby uznać, że liczba lekarzy rodzinnych w Polsce jest wystarczająca, to ta liczba specjalizujących zapewnia, że tak powiem, kontynuację.

Oczywiście, wiemy wszyscy, że liczba lekarzy rodzinnych, gdybyśmy chcieli dojść do punktu, w którym wszyscy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mają tę specjalizację, jest mniej więcej o połowę, albo nawet trochę więcej niż połowę, za mała. A zatem to kształcenie, rzeczywiście, nie jest w stanie sprostać zapotrzebowaniu na tę liczbę lekarzy rodzinnych, którą docelowo chcielibyśmy mieć w jakimś dającym się przewidzieć czasie.

Jednocześnie trzeba przypomnieć, że dyrektywa nr 36 z 2005 r. mówi o tym, że mamy docelowo doprowadzić do sytuacji, która jest już przewidziana naszym ustawodawstwem, że w zasadzie podstawową opiekę zdrowotną powinni realizować tylko lekarze właśnie z wykształceniem specjalistycznym w tym zakresie. W naszym przypadku zgodnie z notyfikacją, jakiej dokonała Polska, jest to medycyna rodzinna.

Wszystko wskazuje również na to, że niebawem dojdzie w Unii Europejskiej do wspólnej regulacji dotyczącej specjalizacji z medycyny rodzinnej. Będzie to specjalizacja, najprawdopodobniej już w niedługim czasie, wzajemnie uznawana na takich samych zasadach jak wszystkie inne, które są automatycznie wzajemnie uznawane. Można powiedzieć, że Polska jest na dobrej drodze, chociaż postuluje się, żeby minimalne kształcenie specjalizacyjne w tym zakresie – tak mówię przynajmniej o części krajów unijnych, gdzie ten nacisk jest bardzo silny – trwało pięć lat, a nie cztery lata, jak w Polsce. To tyle, jeżeli chodzi o samą specjalizację. Myślę, że można by zakończyć to stwierdzeniem, że specjalizacja z medycyny rodzinnej ma się dobrze. Jeżeli lekarza rodzinnego, tak jak w tytule dzisiejszego punktu porządku obrad, rozumieć jako specjalistę medycyny rodzinnej, to ta specjalizacja ma się dobrze.

Druga kwestia to jest oczywiście rola lekarza rodzinnego, tak jak to jest sformułowane w temacie posiedzenia, w systemie ochrony zdrowia. Tutaj, również w wystąpieniach moich przedmówców, w zasadzie czasem zamiennie używa się określenia: lekarz rodzinny – lekarz POZ. Oczywiście, to jest, jak wszyscy sobie tutaj zdajemy sprawę, pewne nieporozumienie.

Jeżeli chodzi o problemy, które osobiście chciałbym przedstawić, to w sprawie roli podstawowej opieki zdrowotnej, a także lekarzy rodzinnych w podstawowej opiece zdrowotnej, przede wszystkim coraz więcej osób – zresztą już i tutaj padły takie głosy – dojrzeła do tego, że system kapitacyjny być może do zastosowania w pewnym ograniczonym zakresie. Ten system jest jednym z głównych powodów niepowodzeń w me-

dycynie rodzinnej, a przede wszystkim zjawiska, o którym już dzisiaj tutaj była mowa – przerzucania kosztów na innych świadczeniodawców, w szczególności na specjalistykę, a także na szpitale – jak również innych zjawisk, o których pan senator Krajczy mówił, to znaczy dobierania grupy podopiecznych.

Wydaje się, że to jest jeden z głównych mechanizmów, oprócz tego, że oczywiście postulat zgłoszony przez doktora Tomasza Sobalskiego też jest fundamentalny, to znaczy zmniejszenia liczby możliwych do zapisania na liście podopiecznych pacjentów, na przykład do tysiąca sześciuset. Są takie kraje w Europie, gdzie ta liczba maksymalna jest poniżej tysiąca. Wtedy ci chorzy, ci ludzie rzeczywiście mogą być objęci prawdziwą holistyczną opieką, w tym także profilaktyczną. Ale proszę, że tak powiem, bez drugiej części zdania mojego postulatu nie próbować go realizować, to znaczy taka liczba podopiecznych musi wystarczyć na to, żeby lekarz po prostu z nich się utrzymał. Dzisiaj, przy stawkach, które są stosowane przez NFZ, byłoby to po prostu niemożliwe. A zatem stawka kapitacyjna musi być, już w najbliższym czasie, poszerzona – wiem, że takie prace są prowadzone w Narodowym Funduszu Zdrowia – o rozważania idące w kierunku wprowadzenia czegoś w rodzaju jednorodnych grup pacjentów w POZ, mówiąc krótko grupowania pacjentów na mniej i bardziej ryzykownych, ale jednocześnie mniej i bardziej... to znaczy tak samo opłacalnych. Tak bym powiedział. Mówię to wszystko w cudzysłowie. Jako lekarz mam pewną trudność z wypowiadaniem takich słów, jak: pacjent bardziej opłacalny. Ale to jest rzeczywistość, prawda? Ludzie zachowują się racjonalnie.

A więc, po pierwsze, właśnie jednorodne grupy pacjentów, czyli na przykład pacjenci cukrzycowi, nadciśnieniowi, reumatologiczni itd., itd. Druga rzecz, która niewątpliwie musi uzupełnić kapatację, to jest zadaniowość, czyli zadaniowe płacenie za różnego rodzaju przedsięwzięcia, takie jak wizyty domowe. Tutaj na przykład pacjenci starsi byliby z całą pewnością milej widziani. Wiadomo, że w ich przypadku trzeba realizować więcej wizyt domowych. Chodziłoby również o różnego rodzaju zachęty finansowe do uczestniczenia w rozmaitych programach, w tym także na przykład programach badań profilaktycznych czy przesiewowych. Widać wyraźnie, że społeczeństwo, do którego nawet wysyła się listy, po prostu nie reaguje. Panie nie przychodzą na mammografię. Kto wie, może gdyby lekarz rodzinny kierował te panie, to chętniej by poszły. Ale lekarza rodzinnego do tego też trzeba zachęcić. Nie tylko zachętami etycznymi, ale również jakąś zachętą finansową. Jeszcze raz powtarzam, ludzie zachowują się racjonalnie, a zatem z całą pewnością chodziłoby o jakieś dodatkowe elementy oprócz kapatacji.

Jeżeli już mowa o finansowaniu, tutaj też była jakaś uwaga na ten temat, to wydaje się, że są dwa kierunki. Jeden kierunek prowadzi do wprowadzenia takiego lekarza, który dysponuje szerokim budżetem. Wydaje się, że on nie sprawdził się na świecie, między innymi w Wielkiej Brytanii, która była tutaj przywoływana. To znaczy wtedy trzeba bardzo wyraźnie dedykować środki, które mają być przeznaczone w określonej ilości na określone zadania. Drugi, bardziej otwarty system, w którym za niektóre zadania zlecane przez lekarza Narodowy Fundusz Zdrowia płaci odrębnie. Mówię to z pewnym lękiem, bo wiem, że opinie na ten temat – również w środowisku, które reprezentuję – są różne. Chyba jednak dojrzelismy do tego, żeby wymyślić jakiś sposób na odrębne finansowanie diagnostyki. Po prostu nie przez lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny niech to zleca, a w jaki sposób...

Oczywiście, trzeba znaleźć również pewne hamulce. Ale najgorszym hamulcem jest właśnie – to, o czym pan senator wspominał – wydawanie własnych pieniędzy. To jest najgorszy hamulec. On bowiem po prostu skupia się na pacjencie. To jest, moim zdaniem, jedno z głównych źródeł niezadowolenia społeczeństwa z tego, co się dzieje, a także innych świadczeniodawców, którzy są adresatami przekierowanych pacjentów w celu diagnozowania ich gdzie indziej, za cudze pieniądze.

Być może takim mechanizmem hamującym nadmierne wydatki w zakresie diagnostyki zlecanej, że tak powiem, nie na swój koszt, byłoby współpłacenie? Wiem, że politycy niechętnie słuchają tego, ale wydaje się, że pacjent, który musiałby jakąś drobną część zleconego badania sfinansować z własnej kieszeni, byłby najlepszym kontrolerem tego, żeby tych badań nie zlecać niepotrzebnie. Wtedy nie potrzeba żadnej armii administratorów, którzy by to nadzorowali. W momencie gdy to wszystko idzie z kieszeni lekarza, to lekarz oczywiście na tym oszczędza.

I jeszcze kilka takich na koniec, powiedziałbym, niepoprawnych politycznie myśli. Ponieważ dzisiejsze posiedzenie ma charakter otwarty, takiej trochę burzy mózgów, co należy robić, nie ma przed nami konkretnego projektu, to chciałbym wspomnieć o kilku sprawach niepoprawnych politycznie.

Pierwsza kwestia: czy rzeczywiście lekarz rodzinny powinien być tym *gate keeper*, odźwiernym, jak to się brzydko mówi. Inni mówią: przewodnikiem po systemie. To brzmi ładniej, jeśli jednak przewodnik jest tym, który ma klucz do systemu, to też jest nadal odźwiernym.

Osobiście uważam, że tendencja na świecie jest raczej opt-out od takiego rozwiązania, że lekarz rodzinny powinien do siebie jednać pacjentów, a nie zmuszać do tego, aby do niego przychodzili. Właśnie jednym z kluczy do tego byłoby zmniejszenie liczby podopiecznych, jak również zrealizowanie kilku postulatów, o których mówił pan doktor Sobalski, między innymi takiego, żeby lekarz rodzinny miał większe kompetencje, żeby pacjent pod jego opieką czuł się bardziej holistycznie, że tak powiem, zarządzany itd., itd. Można by tutaj konkurować jakością tego lekarza – po prostu pacjentowi trzymaliby się tych lekarzy rodzinnych – a niekoniecznie tym, że zamyka się im drogę dostępu do specjalistów.

Oczywiście, znowu wtedy należy pomyśleć o tym, o czym już wspomniałem, to znaczy o współpłaceniu, które jest najlepszą metodą na to, żeby na przykład nie wybierać się prosto do kardiologa. Są takie systemy, gdzie na przykład współpłaci się więcej wtedy, kiedy się idzie bezpośrednio do specjalisty, a mniej wtedy, kiedy ma się referencje od lekarza rodzinnego. Tego nie trzeba odkrywać, bo takie rozwiązania są stosowane na świecie. Po prostu trzeba sięgnąć po nie.

Druga kwestia to sprawa współpracy z innymi pracownikami podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności z pielęgniarkami i położnymi. Uważam, że jednym z fatalnych kroków, które znalazły się w rozwiązaniu, które tutaj mamy, jest rozdzielanie kontraktu, uznawanie, że te dwie osoby – w szczególności lekarz rodzinny i pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – mają być odrębnymi adresatami wyboru pacjenta, że mogą współpracować albo gorzej współpracować, być w różnych miejscach, mieć praktyki w odległościach, które liczą się w kilometrach. To jest rozwiązanie nieracjonalne i, moim zdaniem, jest to bardziej realizacja interesów takich czy innych grup pracowników ochrony zdrowia, a nie pacjentów. Powinno się pomyśleć o odwróceniu od tego rozwiązania.

Następna kwestia niepoprawna politycznie, którą poruszę, to jest kwestia opieki całodobowej. Proszę państwa, mam wrażenie, że w tej chwili na sali siedzą, z wyjątkiem pani senator, sami lekarze, ale pani senator i państwo też są pracownikami ochrony zdrowia czy pracownikami medycznymi, czy ludźmi o zawodach medycznych. Pan przewodniczący wspomniał, że nie wiadomo co z opieką po południu. Proszę państwa, czy tak naprawdę ta opieka nocna jest nam potrzebna? Jest wiele krajów na świecie, gdzie po prostu nie ma tego rozwiązania. To jest znowu tak, że politycy mówią: trzeba opiekować się wszystkimi całą dobę. Proszę jednak mi powiedzieć, jakież to choroby, jakież to stany z jednej strony nie wymagają wizyty w szpitalu, a muszą być załatwione natychmiast, na przykład w godzinach nocnych. Myślę, że większość z państwa przerobiła w swojej karierze zawodowej dyżury na nocnych pomocach lekarskich i wiemy dobrze – bo ja to wiem na pewno – jacy pacjenci przychodzą i z jak mało ważnymi problemami, niewymagającymi opieki nad nimi.

Jeżeli w ratownictwie idziemy w kierunku ratowników medycznych, którzy mają szybko dostarczyć pacjenta będącego w ciężkim stanie nagłego zagrożenia życia do szpitala i eliminujemy lekarzy z karettek, to dlaczego ci lekarze raptem muszą się zajmować tymi przeziębionymi czy chorymi z czyrakami w różnych miejscach, którym po prostu nie za bardzo się chciało, albo nie wyszło, żeby przyjść w ciągu dnia natychmiast i od ręki. Moim zdaniem to jest po prostu rzecz, którą trzeba odważnie postawić, czy to jest rzeczywiście potrzebne.

No i wreszcie ostatnia rzecz, też niepoprawna politycznie, to jest kwestia kontraktu, który powinien – o tym zresztą wspominał pan doktor Sobalski – być dedykowany do lekarza, ale niekoniecznie lekarza indywidualnie praktykującego. Jeśli to jest NZOZ, to powinien być NZOZ, którego właścicielem czy współwłaścicielami są ci, którzy wykonują w nim zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Czyli, żeby nie było wielkich kapitalistów, którzy zatrudniają peozetowców, żeby nie było wielkich sieci, tylko tak jak jest w niektórych krajach – to bowiem są obowiązujące przepisy na przykład w Niemczech, we Francji – gdzie praktycznie POZ jest w rękach indywidualnych lekarzy, ewentualnie spółek lekarskich. W naszej tradycji NZOZ ma już jakieś swoje usytuowanie, ale tu też chodzi o to, żeby to lekarz POZ zakładał NZOZ, w którym ewentualnie pracuje z kilkoma kolegami. To nie powinna być osoba zupełnie z zewnątrz, która zatrudnia lekarzy i na tym robi, jak już tu wspomniano, jakiś tam interes, który – w końcu mówimy o pieniądzach publicznych – w zasadzie nie powinien mieć miejsca. Powinno być tak, że ci, którzy rzeczywiście realizują zadania zlecone przez system, to po prostu godnie zarabiają.

Już zupełnie na koniec chciałbym tylko wzmocnić to, o czym wspomniał pan doktor Sobalski, to znaczy konieczność dostrzeżenia przede wszystkim niezwykle istotnego z punktu widzenia pacjentów, a nie lekarzy, rozwoju zawodowego lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Oni, rzeczywiście, są w pracy, można powiedzieć, cały czas. W związku z tym musi to być uwzględnione, zarówno w kontrakcie, jak i w czasie, który mają realizować, czyli to powinien być, krótko mówiąc, płatny czas w kontrakcie. Powinno być takie rozwiązanie, żeby ci lekarze rzeczywiście mogli się rozwijać. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pani z kolegium i potem pan profesor, dobrze?
Bardzo proszę.

Wiceprezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:

Panie Przewodniczący, bardzo dziękuję za podjęcie tematu roli lekarza rodzinnego w systemie opieki zdrowotnej. Chcę powiedzieć, jak wygląda praktyka, jak wygląda życie lekarza rodzinnego. Zapytaliście nas państwo o ocenę praktykowania w POZ. Jak się ma to, co było pokazywane w prezentacji jako stan obecny – proszę zwrócić uwagę, Panie Przewodniczący i Szanowni Panowie Senatorowie – do założeń, które były podstawą reformy służby zdrowia i pomysłu implementacji medycyny rodzinnej w podstawowej opiece zdrowotnej? Mój szanowny przedmówca powiedział, że z punktu widzenia liczb i cyfr medycyna rodzinna ma się dobrze. Ale tak naprawdę w 1999 r. badałam otoskopowo moich pacjentów, zaglądałam w dno oka, wykonywałam pewne zabiegi z małej chirurgii, zdejmowałam szwy, oceniałam rany, czy powinny być leczone przez chirurga, czy wystarczy, że będą leczone przeze mnie, zdarzało mi się również prowadzić cięższe fizjologiczne. W 2000 r. już tego nie było. Był wolny dostęp do okulisty, wolny dostęp do ginekologa. Z czasem, z kolejnym rokiem nie było motywacji do tego, żeby wykonywać te kompetencje, które ja jako lekarz rodzinny po kilkuletnim programie specjalizacyjnym mogłam wykonywać, gdyż mniej czasu – ja już nie mówię tu o aspektach ekonomicznych – kosztuje mnie wypisanie skierowania do specjalisty niż wykonanie tych czynności samodzielnie w gabinecie.

Motywacje, o których mówimy, to nie jest tylko zakres wykonywanych czynności wynikających z wiedzy, z doświadczenia, które przecież nabywa się w trakcie wykonywania tych czynności, ale również ma zasadnicze znaczenie w codziennej pracy, w której, Panie Ministrze, empatia ma rzeczywiście zasadnicze znaczenie. Jednak w tej chwili moja empatia wobec pacjentów, którzy do mnie przychodzą, wiąże się jedynie z tym, że pacjent wymaga na przykład natychmiastowej konsultacji kardiologicznej, na którą czeka pół roku. I to czeka wcale nie z tego powodu, że kardiologów jest mało, a poradnie są bardzo oblegane, tylko po pierwsze, nie wie, gdzie one są, a po drugie, poradnie kardiologiczne – i ja to wiem z informacji, które do nas docierają, ale są bardzo lakoniczne, od lekarzy specjalistów – informują, że pacjent będzie prowadzony przez lekarza kardiologa i następna wizyta za rok. Moja empatia przede wszystkim skupia się na tym, jak temu pacjentowi pomóc, co on ma zrobić.

Wiedza z zakresu leczenia kardiologicznego nie jest moją domeną jako lekarza rodzinnego, ale ten system nie działa. Tak naprawdę w praktyce pacjenci do nas wracają. To, że nie można się dostać do lekarza rodzinnego, nie wynika z tego, że lekarz rodzinny pije kawę i rozmawia z koleżankami w pracy. Są lekarze, którzy przyjmują ponad siedemdziesiąt osób dziennie przez dziesięć godzin pracy. I nie ma powodu do tego, żeby oskarżać lekarzy rodzinnych o brak dostępności do nich. Ci pacjenci wracają do nas bezsilni, tułając się po wszystkich innych placówkach. Tak wygląda codzienna praca.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan profesor się zgłaszał.

Bardzo proszę.

**Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego
Jacek Grygalewicz:**

Reprezentuję urzędującego prezesa, panią Chybicką, ale nie będę kontynuował tego wątku – relacji pediatry i lekarza rodzinnego. Wolałbym zresztą widzieć ten problem pisany zawsze czcionką nie tak bardzo wytłuszczoną, bo to nie przynosi nam pożytku. Chcę natomiast skoncentrować się na jednej rzeczy, mianowicie mnie i Polskie Towarzystwo Pediatryczne w tej chwili znowu nie tak bardzo interesuje, czy ten, kto leczy dziecko, jest pediatrą, czy lekarzem rodzinnym, nas interesuje, jak on to robi i, oczywiście, czy jest dostępny.

Poruszano tu cały szereg wątków, jeżeli chodzi o relacje między pacjentem a lekarzem. Medycyna rodzinna to jest medyk i rodzina, dlatego dostępność lekarza rodzinnego, o której przed chwilą pani przewodnicząca powiedziała, musi być absolutna, jeżeli mielibyśmy liczyć na to, że każdy z członków rodziny spotka się z sympatią i zostanie za każdym razem przyjęty. Nie wiem, jak to jest, ale z mojego własnego doświadczenia wynika, że do lekarza rodzinnego nie można się dostać z marszu. Nie można. Trzeba się w poniedziałek, z gorączką, zapisać na czwartek. I taka jest codzienność, z którą mam do czynienia.

Wracając do sprawy dzieci. Wszystko się odbywa, jak się wydaje, w cieniu płatnika. Mimo wszystko. To jest to, co powiedział pan prezes. Pieniądze, które idą na nocną pomoc lekarską, chcę dostać do szpitala, gdyż ja załatwiam tych pacjentów, którzy przychodzą do nocnej pomocy lekarskiej i wcale nie są odsyłani do domu, bo są banalnie chorzy. Tak powinno być. Tam są rykoszetem kierowani do szpitala i oni są załatwiani dopiero w szpitalu, niezależnie od tego, czy są banalnie chorzy, czy to jest jakaś ostra sprawa. Tu powinna pojawić się poradnia specjalistyczna, jednak pediatryczna. Pediatra to jest taki szczególny specjalista. Nie jest w końcu za wąski, a jest mimo wszystko lekarzem, który orientuje się w odrębnościach wieku rozwojowego na tyle, że może być konsultantem. Ciągłe zabiegamy o to, żeby pojawiła się pediatryczna poradnia konsultacyjna, która odciąży albo w ogóle pozwoli zlikwidować nocną pomoc lekarską, a na pewno odciąży izby przyjęć szpitali, które, odsyłając pacjenta do kontroli za dzień, dwa, mogą go właśnie posłać do poradni konsultacyjnej. Tak że to jest ten problem.

Tutaj w prezentacji zastanowiłem się nad jednym stwierdzeniem – brak zachęt do dbania o jakość. Ja muszę powiedzieć, że dbanie o jakość w naszym zawodzie to powinien być odruch. Nie wiem, jak to jest z zachętą, ja wiem, że już dawno się skończyły czasy, kiedy lekarz był niedopłacany i wypominano mu przysięgę Hipokratesa. Mimo wszystko to dbanie o jakość powinno być rzeczą pozaproblemową, powiedziałbym, że ponadczasową. Czy mogę zapytać o jeszcze jedną sprawę: co to znaczy, że lekarz rodzinny jest właścicielem listy pacjentów? Czy to znaczy, że w tej sytuacji właściciel nazwiska nie jest właścicielem swojego nazwiska, jeśli chodzi o pacjentów? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Proszę bardzo.

**Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Krzysztof Klichowicz:**

Panie Przewodniczący, po wysłuchaniu wypowiedzi państwa, po wysłuchaniu tych może nie do końca prawomyślnych wypowiedzi pana prezesa Konstantego Radziwiłła chciałbym przekazać państwu informacje o pewnym wymiarze ilościowym podstawowej opieki zdrowotnej. 2007 r. – sto czterdzieści cztery miliony porad sprawozdanych i wykazanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. To są prawie cztery porady w roku na każdego statystycznego Polaka. To jest siedemdziesiąt milionów wykonanych badań diagnostycznych ze skatalogowanego zakresu, badań, które do wykonania i do sfinansowania ze stawki kapitałowej ma lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Proszę państwa, oczywiście z punktu widzenia płatnika byłaby to bardzo wygodna sytuacja, gdyby ten płatnik mógł określić racjonalne z punktu widzenia jakości standardy udzielenia świadczenia. Wystandaryzowanie porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z diagnostyką, z określeniem czasu tej porady... Tylko poradzcie nam państwo, jak to zrobić bez wprowadzania tej całej przede wszystkim prawnej otoczki, która usankcjonuje wprowadzenie tych ograniczników, że to nie będzie sto czterdzieści cztery miliony kontaktów lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentem, tylko to będą rzeczywiście uzasadnione kontakty.

Czy to jest rola tylko i wyłącznie prawna, może również edukacyjna w stosunku do pacjentów? Że nie każdy, nie w każdej sytuacji... To, co państwo mówiliście o nocnej pomocy, w jakiegokolwiek formie ona by się nie odbywała. Narodowy Fundusz Zdrowia jest pomysłodawcą ustawowej zmiany od ubiegłego roku i zawarcia umów na ten specyficzny zakres świadczeń opieki zdrowotnej, który będzie wyłączony z podstawowej opieki zdrowotnej. Czy uda się to zrobić, tak jak sugerował pan senator, dedykując to izbom przyjęć czy szpitalnym oddziałom ratunkowym, czy w formule poradni specjalistycznych? Możliwe, że tak. Ale proszę zwrócić uwagę, że konstrukcja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej definiuje pojęcie świadczeniodawcy, czyli tego podmiotu, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany zawrzeć umowę.

Proszę państwa, w tamtym tygodniu Komisja Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej opiniowała zmianę planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, związaną z realizacją, również przez podstawową opiekę zdrowotną, pewnych rozwiązań, nazwijmy to, zadaniowych, niefinansowanych w sposób prosty kapitałowo. Proszę państwa, rozpętała się bardzo istotna dyskusja – dlaczego z 850 milionów zł przeznaczonych na wzrost zakupu świadczeń zdrowotnych 400 milionów zł ma być przekazane na POZ? Dlatego że my musimy zrealizować pewną logikę kupowania świadczeń. Padały pytania, dlaczego nie przeznaczamy tych środków na zwiększenie punktów w szpitalu czy zakupienie większej liczby porad specjalistycznych. Dlatego że chcemy tymi rozwiązaniami wywołać zmniejszony napór w stosunku do leczenia ambulatoryjnego specjalistycznego, a w konsekwencji również napór na szpitale. Proszę państwa, my wydajemy w tej chwili 47% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczonego na finansowanie świadczeń zdrowotnych na szpitale.

Druga kwestia, są plany, żeby ograniczyć tendencję wzrostu dynamiki środków wydawanych na leczenie szpitalne. Inną rzeczą jest to, na co państwo również słusznie zwracaliście uwagę, czy Narodowy Fundusz Zdrowia analizuje, jak te świadczenia są

udzielane, jeżeli chodzi o liczbę wykonywanych badań diagnostycznych. Przy tej liczbie wykonywanych badań diagnostycznych możemy prowadzić tylko i wyłącznie analizy zbiorcze, ilościowe. Nie możemy skontrolować ośmiu tysięcy świadczeniodawców, z którymi mamy zawarte umowy o udzielanie świadczeń w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czy oni rzeczywiście kierują pacjentów na badania diagnostyczne, czy nie kierują. Dlaczego? Dlatego że jako instytucja możemy przeznaczyć na funkcje kontrolne, na budowanie logicznego systemu informatycznego tylko troszeczkę ponad 1% z tych w tej chwili 56 miliardów zł. Nie znam takiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego na świecie, która by za 1% obracanych pieniędzy mogła spełniać skutecznie te funkcje, o których państwo mówicie. Oczywiście, po to, żeby to zrobić, żeby wskazać każdemu świadczeniodawcy, każdemu lekarzowi, że wydaje środki, które powinien przeznaczać na diagnostykę, że powinien może w pewnych rozwiązaniach przeznaczać je na kierowanie na konsultacje specjalistyczne, musimy mieć siłę i możliwości.

Tak że ja sugerowałbym, że Narodowy Fundusz Zdrowia podoła pewnym działaniom, podoła pewnym trendom, kierunkom, o których państwo tutaj mówicie, ale tylko pod pewnymi, może nie warunkami, ale pod pewnymi uwarunkowaniami, przede wszystkim uwarunkowaniami prawnymi. Zwróćcie państwo uwagę, że ustawa z 2004 r. jest pokłosiem i w jakimś szkielecie, i w głównej strukturze ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, tej, która była zakwestionowana przez Trybunał Konstytucyjny. Może z innych względów, ale to było pewne prowizorium. Jak pamiętam prace nad szybką zmianą tej ustawy, to były obietnice, że ona jest tylko na pół roku. Tę ustawę trzeba zmienić. W niej jest źle określone pojęcie świadczeniodawcy w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej. To, co pan doktor Sobalski mówił, że to jest większe związanie lekarza z tymi pacjentami, którymi ma się zajmować. Pojęcie świadczeniodawcy, pojęcie kwalifikacji tych lekarzy, którzy by mieli to robić. Inne zupełnie rozwiązania od tych, które funkcjonowały jeszcze za czasów kas chorych pod działaniami ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym. Niestety, one nie znalazły tutaj odzwierciedlenia i my na dobrą sprawę od 2004 r. drepczemy w przypadku pewnych rozwiązań w miejscu. W tym prowizorium dawało się znaleźć jakieś drobne furtki, żeby to wszystko poprawić. Doszliśmy do takiego momentu, że w tym stanie prawnym, również w tym stanie finansów przeznaczanych ze środków publicznych na świadczenia zdrowotne, tego dalej robić się nie da, również bez mechanizmów prawnych, może niewygodnych, niepolitycznych, bez wprowadzania pewnych regulatorów dostępności do świadczeń, bez pewnej edukacji wywieranej na pacjentów. Przepraszam za długi wywód.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor Lukas, bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Medycyny Rodzinnej
Witold Lukas:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pozwolę sobie odnieść się króciutko do pewnych spraw poruszanych tutaj przez szanowne gremium.

Chciałbym uzmysłwić państwu, że 90% zdarzeń zdrowotnych lokalizuje się w podstawowej opiece zdrowotnej. Proporcja jest więc ogromna. Od jakości tej opieki, o którą słusznie zapytał pan profesor Grygalewicz, zależy funkcjonowanie całego systemu. Cały system, że tak powiem, jest z tym powiązany. Dlatego Kolegium Lekarzy Rodzinnych kładzie taki nacisk na jakość. To nie jest tak, że lekarze nie widzą tego problemu. Widzą. Tylko na przykład proces akredytacji praktyk, do którego obecnie przystąpiło w kraju tylko około trzydziestu paru praktyk, trwa. To jest proces dwuletni. Trzeba spełnić standardy, ponieść koszty. Taka praktyka akredytowania, spełniająca wszystkie zawyżone kryteria, które są może, powiedzmy, trudne do osiągnięcia dla wielu lekarzy na obecnym etapie finansowania, nie ma odbicia w relacjach dotyczących na przykład kontraktowania. O taki bodziec chodzi. Jakość usługi natomiast, czyli świadczenie, które wykonuje lekarz w gabinecie, jest tutaj niewzruszona. Chodzi w ogóle o podniesienie całej struktury na wyższy etap.

Chcę poruszyć kwestię takiej zasady: lekarz rodzinny tym się różni od specjalisty innej branży, że tak powiem, medycznej, że jest nieograniczony dostęp do lekarza. To pacjent żąda wizyty, a nie odwrotnie. Pacjent dzwoni i prosi, że chce się dzisiaj zobaczyć, jutro i pojutrze. W całym kraju ten system dostępności działa. Przez pryzmat tego, co widzę w Warszawie... To jest akurat znamienne różnice między miejscem od całego kraju, od tak zwanej prowincji. Proszę państwa, tak jest dlatego, że zupełnie inne struktury, inne rozwiązania w Warszawie w dalszym ciągu się utrzymują. Ja nad tym boleję i z profesorem Wardynem ciągle do tego tematu wracamy, co zrobić, żeby w Warszawie wreszcie miał miejsce nieograniczony dostęp do lekarza. Pacjent może przychodzić dwa, trzy razy w tygodniu itd. Tak samo dziecko, matka. Wizyta to jest chleb powszedni lekarza rodzinnego w całym obszarze kraju. Tutaj więc nie ma mowy o jakimś radykalnym ograniczeniu dostępów. Mamy nawet takie prace, które są przedmiotem prac doktorskich, można je tutaj zacytować, i wyniki tych prac przemawiają za tym, że dostępność w tych strukturach jest bardzo dobra.

Powiem jeszcze o liście, Panie Profesorze. To nie jest lista. To nie jest tak, że lekarz sobie selekcjonuje pacjentów, że przychodzi do recepcji małżeństwo i mówi: my chcemy się wpisać, a lekarz patrzy i mówi: dziękuję bardzo, jesteście powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia, a w duchu myśli: dziękuję, nie wpisuję was. Nie ma czegoś takiego. Lekarz nie ma prawa odmówić. I dlatego mamy zróżnicowane, że tak powiem, struktury praktyk. Jeżeli się lekarz umiejscowi w pobliżu koszar wojskowych i ma samych chłopców w wieku dziewiętnastu do dwudziestu trzech lat, to oczywiście, że on ma zgłaszalność w tej praktyce minimalną. Ale są takie miejsca, na przykład odległy teren na wsi, gdzie jest tylko jeden lekarz i jest trzy i pół tysiąca ludzi, zamiast dwóch i pół tysiąca, ponieważ tylko do niego mogą się wpisać mieszkańcy tej okolicy. Jest więc duże zróżnicowanie. I dlatego postulat, żeby zmniejszyć tę liczbę, żeby podnieść tą drogą jakość, jest bardzo celny – tysiąc sześciuset podopiecznych.

My jednak mamy w tej chwili pokrycie dwudziestu paru tysięcy lekarzy w POZ, z tego połowa, a dokładnie 46%, to lekarze rodzinni. Reszta to nie są lekarze rodzinni, ale pediatrzy, którzy oczywiście nie zostali wyrzuceni z systemu POZ, tylko pracują dalej i chwała Bogu, że są. To wszystko działa. Tylko pamiętajmy, że 15% lekarzy w tym systemie powinno być już na emeryturze. Oni już o dwa lata przedłużyli pracę i stąd jest jeszcze taka liczba lekarzy. Tak więc jest tutaj pewne zagrożenie.

I wreszcie badania dodatkowe. To zagadnienie przedstawiał minister Twardowski. Zrobił taką analizę. Ona jest dostępna, jeżeli ktoś z państwa szanownych senato-

rów chciałby zajrzeć. Lekarze wydają z budżetu 15% na badania dodatkowe. Być może są, Panie Senatorze, jakieś incydentalne miejsca, gdzie ktoś oszczędza...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak jest, doskonale znam i podejrzewam, że te incydentalne rzeczy oddział wojewódzki w Opolu Narodowego Funduszu Zdrowia jest w stanie wytropić, znam bowiem sposób sprawowania kontroli w tym oddziale.

I ostatnia kwestia – pediatria. Chcę jeszcze raz zwrócić się do pana profesora Grygalewicza i do wszystkich państwa. Proponujemy rozwiązanie, które, jak nam się wydaje, byłoby w obecnej sytuacji najbardziej racjonalne. Może się mylimy, ale tak nam się wydaje. Otóż pediatrów jest jednak stosunkowo mało. Wiemy, że są niedobory kadrowe w szpitalach i te niedobory kadrowe się pogłębiają. Nabór do specjalizacji jest niewielki. A zatem tworzenie jakiejś rozbudowanej struktury poradnianej w oparciu o te zasoby wydaje nam się w tej chwili nierealne. Ale apelowałbym, żeby tworzyć oddziały dziennej opieki, dokąd mógłby kierować małych pacjentów lekarz rodzinny. Miałby w ten sposób wsparcie, poprzez dobrze płatne, dobrze wyposażone, kompetentne, Panie Profesorze, struktury. Nie byłby to bowiem lekarz stażysta, który odgrywa rolę pediatry podczas stażu i konsultuje i też ma taką samą niepewność jak ten lekarz rodzinny.

A zatem tu wiemy, o co chodzi. Te oddziały rozwiązałyby cały problem, dlatego że lekarz rodzinny poczułby się bardziej bezpiecznie, gdyby mając dziecko wymiotujące, gorączkujące, w dodatku małe, kilkumiesięczne, mógł natychmiast skierować je do oddziału dziennego. Tam dziecko zostałoby szybko zdiagnozowane, zabezpieczone terapeutycznie, podano by kroplówkę itd. – to, co jest potrzebne w tym momencie. Optujemy za tym, żeby właśnie to ogniwo: lekarz rodzinny – oddział dzienny, po którym dziecko może wrócić, albo do szpitala, albo do domu, z powrotem pod opiekę lekarza rodzinnego, zaczęło działać. W tym momencie wydaje mi się, że nie byłoby to takie monstrualne wchodzenie w cały system, a rozwiązanie w oparciu o istniejącą bazę. Chodziłoby tylko o doposażenie tych jednostek. Tyle chciałem przekazać uwag.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Członek Prezydium Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Tomasz Sobalski:**

Proszę państwa, na moment wrócę do problemu bycia właścicielem listy. To bardzo istotna rzecz.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To jest objaśnienie. Rozumiem, że w tej sprawie wdarło się nieporozumienie.)

Oczywiście, chodzi o wyjaśnienie. Proszę państwa, pacjenci zapisują się, dokonując wyboru w sposób niezależny. Problem jest w tym, gdzie, w jakiej strukturze lekarz pracuje. To, o czym wspominał pan prezes Radziwiłł. Otóż, proszę państwa, możemy prowadzić indywidualną praktykę, możemy pracować w NZOZ, możemy pracować w SPZOZ. Właściciel NZOZ może być bardzo różny, w przypadku SPZOZ jest to jednoznacznie właściciel państwowy. Pod pojęciem właściciela listy rozumiemy rzecz następującą, a mianowicie pacjenci się do mnie zapisali i ja albo chcę prowadzić indywidualną praktykę – no to mam listę i mam prawo zakontraktować swoje usługi w NFZ

– albo, proszę państwa, daję swoją listę do NZOZ, bo tak chcę. Ale w pewnym momencie, jeżeli NZOZ jest źle zarządzany, na przykład przez kucharza czy piekarza, nie ujmując oczywiście niczego tym zawodom, to ja wtedy powiem – nie, proszę państwa, ja w tym roku dziękuję za współpracę. Ja jestem właścicielem listy, ja będę podmiotem, który kontraktuje usługi z NFZ. I w ten sposób to rozumiemy. To jest tak naprawdę stworzenie sytuacji, kiedy lekarz w indywidualnej praktyce jest rzeczywiście twarzą w twarz z pacjentem. Odpowiada za wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan z izby pielęgniarek i położnych – Tadeusz Wadas.

**Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Tadeusz Wadas:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chcę się odnieść do dwóch kwestii.

Pierwsza kwestia. Chcę państwu przypomnieć, że lekarz rodzinny w ogóle nie istnieje w systemie prawnym. Tak jak tutaj pan prezes Radziwiłł powiedział, rzeczywiście, nie ma takiej nomenklatury. Mamy tylko lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, położną POZ. I stało się bardzo źle, gdyż uważam, że mamy kształcenie podyplomowe. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, jak i położne w systemie prawnym nie istnieją. Ta nomenklatura nie istnieje. Dobrze by było, żeby to było sprawnie uregulowane, i to dosyć szybko, bo to jest bardzo ważna sprawa.

Następna moja uwaga. Chcę zwrócić państwu uwagę, że w tym systemie oprócz lekarza są jeszcze pielęgniarki, są położne i jest jeszcze medycyna szkolna, czyli pielęgniarki szkolne.

Pan doktor Sobalski zwrócił uwagę na to, że w przypadku własnej praktyki – podkreślam: własnej praktyki – jest lepsza odpowiedzialność i lepsza jakość. Chcę zwrócić uwagę, że pielęgniarki posiadają grupowe praktyki, indywidualne praktyki, duże, zakładane dziesięć lat temu NZOZ na terenie całej Polski. Świadczą od dziesięciu lat usługi i również mają zdeklarowanych pacjentów. Dotyczy to zarówno położnych, jak i pielęgniarek, jak i higieny szkolnej. Istnieje ustawa o swobodzie działalności gospodarczej, gdzie jest wyraźny zapis, że każdy może prowadzić taką działalność.

Użycie przez pana doktora Radziwiłła, pana prezesa, słów: „fatalne rozdzielanie kontraktów”, czyli że pielęgniarka prowadzi własną działalność, lekarz własną, całkowicie kłóci się z wypowiedzią pana doktora Sobalskiego. Dlatego że mamy wzorowe przykłady Krynicy Górskiej, Zakopanego, Wadowic, gdzie istnieją tylko grupowe pielęgniarskie NZOZ, gdzie te pielęgniarki, położne są monopolistkami. Proszę państwa, nie ma takiej możliwości, żeby można było dzisiaj zmusić, żeby te praktyki były razem kontraktowane. Te pielęgniarki po prostu nie podejmą takiej inicjatywy, gdyby nawet zmuszał je do tego ustawodawca. One po prostu nie podpiszą kontraktów, pójdą gdzie indziej do pracy, ale nie pójdą do pracy w tym POZ. Ja tylko to sygnalizuję.

Drugim rejonem w Polsce, gdzie 96%, co podkreślam, zdeklarowanych pacjentów jest na listach pielęgniarek, jest Wielkopolska. U nas w Małopolsce jest 40%. Może więc wypowie się pani przewodnicząca z Wielkopolski. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koninie
Emilia Kin:**

Dziękujemy panu przewodniczącemu za zaproszenie nas na to posiedzenie. Nie ukrywam, że akurat uczestniczę w posiedzeniu pierwszy raz. Rozumiem, że ta debata poświęcona jest głównie roli lekarza rodzinnego. Ale nie zapominajmy, Drodzy Państwo, że w systemie istnieją również inni świadczeniodawcy, którzy przez dziesięć lat udowodnili, jak myślę, że w systemie mogą istnieć jako odrębni świadczeniodawcy. Wielokrotnie padły tu słowa – powiedzmy, że dwukrotnie – o braku współpracy między lekarzami a pielęgniarkami i położnymi. Odwróciłabym tę sytuację – brak jest również współpracy między pielęgniarkami a lekarzami. Drodzy Państwo, nie oszukujmy się, jako osoby pracujące w tym systemie musimy ze sobą współpracować. Nie robmy jednak takich rzeczy i nie ukrywajmy, że w ostatnim czasie dochodzi do przerzucania kosztów na pielęgniarki i położne, co ma, nie wiem, chyba na celu wyeliminowanie tych świadczeniodawców na rynku. To jest jedna rzecz.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przerzucanie kosztów na świadczeniodawców. To znaczy tak są konstruowane w tej chwili przepisy zarządzeń prezesa. Dla uszczegółowienia mogę tutaj powiedzieć państwu, jak to wyglądało, ale może to zostawię na później.

Do czego się odniosę? Po pierwsze, do braku współpracy. Myślę, że tu przede wszystkim musiałby się wypowiedzieć pacjent, czy jest zadowolony ze świadczeniodawców, z pielęgniarek i położnych. Myślę, że jest. Po drugie, pielęgniarki i położne również w tym systemie podnoszą swoje kwalifikacje i przygotowują się do roli pielęgniarki i położnej w podstawowej opiece zdrowotnej. Kolejna sprawa, na którą chciałabym zwrócić uwagę, to jest ta, że właścicielem listy ma być lekarz, to znaczy, że będzie rozdzielał świadczenia pielęgniarskie i położnicze. Czy tak to należy rozumieć? Jeśli w tej chwili mówimy o tym, że badania diagnostyczne nie są wykonywane, bo lekarz musi płacić ze swojej kieszeni, to moje pytanie jest takie: czy jeśli będzie miał zapłacić za opiekę pielęgniarską i położniczą, to zaproponuje temu pacjentowi tę opiekę? Tyle miałam do powiedzenia.

**Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Tadeusz Wadas:**

Chcę jeszcze dodać kilka słów, jeżeli mogę. Padło bowiem pytanie dotyczące przerzucania kosztów. Tak, koszty zostały przerzucone i zostało złamane prawo w wielu punktach. Służę w tej kwestii opinią prawną, jeżeli chodzi o zarządzenie nr 105 prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. To zarządzenie, rzeczywiście, całkowicie eliminuje niektórych świadczeniodawców z rynku. Ewidentnie narusza przepisy prawa. Pozwolę sobie złożyć panu przewodniczącemu opinię prawną.

Chcę jednak wrócić dziesięć lat wstecz, kiedy był przygotowywany koszyk usług gwarantowanych. Korzystałem z wiedzy eksperta w tej sprawie, pani doktor Kisimowej-Skarbek, która przygotowywała ten koszyk usług. I co mi pani doktor odpisała: nawet gdybyście nie znaleźli nikogo do analiz – bo my analizujemy, jakie koszty zostały przerzucone na pielęgniarki – złożcie protest dotyczący niepotrzebnego wymogu gabinetu zabiegowego u pielęgniarki. Gabinety zabiegowe bowiem, proszę państwa, mają lekarze od dziesięciu lat wliczone do stawki kapitałowej. Teraz zarządzenie pre-

zesa funduszu mówi wyraźnie i jednoznacznie, że pielęgniarka ma posiadać gabinet zabiegowy. Jest to niezgodne z obowiązującym prawem. To jest zarządzenie, a zarządzenie ma być zgodne z prawem. Teraz wszyscy mają w POZ dużo pieniędzy. Tak mi pani doktor napisała. Nie tylko lekarze, ale i pielęgniarki. Dlatego żądanie dodatkowych środków jest skazane na niepowodzenie. To są słowa eksperta ekonomicznego, który kiedyś przygotowywał koszyk usług gwarantowanych.

Apeluję do państwa – pielęgniarek mamy mało, o czym doskonale wiemy, ale nie zatrzymujemy pielęgniarek w gabinetach po to, żeby rejestrowały przyjęcia, bo od tego są sekretarki medyczne. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna ma być u pacjenta w domu. To jest nasze zdanie jako Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. I o to apelujemy do państwa.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan senator Gogacz.

Senator Stanisław Gogacz:

Chciałbym na dzisiejszą dyskusję spojrzeć może troszeczkę z punktu widzenia pacjenta, oczywiście nie tego pacjenta, który jest obłożnie chory i którego, gdy pytają, co sądzi o terapii, to zawsze odpowie pozytywnie. Chodzi o potencjalnego pacjenta, tak jak każdy z nas może nim być. Mianowicie w działaniach podstawowej opieki zdrowotnej brakuje mi pewnej elastyczności, wynikającej z relacji, czasami mówi się: świętej, pacjent – lekarz, niezależnie od tego, czy POZ to jest jednoosobowa instytucja, gdzie jest tylko jeden lekarz rodzinny, czy też POZ to jest instytucja posiadająca wielu lekarzy, dlatego że zawsze jest to relacja, gdzie jest konkretny lekarz i konkretny pacjent.

Ale, proszę państwa, są z punktu widzenia pacjenta sytuacje, gdy patrzy na swoje zdrowie nie tylko poprzez pryzmat pór dnia, niedziel i świąt, ale również z punktu widzenia pewnej geografii. Ostatnio, będąc w jednej ze szkół, miałem zapytanie rodziców, którzy nie mogli zrozumieć, że to dziecko, które uczy się poza domem, nie może być leczone przez inny POZ. Skoro – tak jak pan profesor powiedział – 90% zdarzeń zdrowotnych znajduje się w POZ, to znaczy, że ten POZ jest bardzo ważny. W piśmie, które otrzymałem od instytucji za to odpowiadającej, otrzymałem informację, że w ramach obowiązującego w Polsce stanu prawnego można dwa razy w roku dowolnie zmieniać umowę z lekarzem rodzinnym z POZ i że zawsze jest możliwość skorzystania z medycyny ratunkowej.

Proszę państwa, nie wiem, ale chyba każdy gdzieś się uczył, często poza domem, i wiemy o tym, że mobilność dzieci uczących się jest o wiele większa. Gdybyście spojrzeli na ten pomysł, ażeby skorzystać z SOR... Jak to wygląda, jeżeli chodzi o dziecko, które akurat przyjdzie ze szkoły do domu? To jest małe środowisko. W nim zawsze karetka pogotowia, która się pojawia, wywołuje pewne zamieszanie. Ja nie mówię, że zamieszanie negatywne, ale po prostu już się na to zwraca uwagę, że coś się dzieje. Karetka pogotowia w małych środowiskach to jest wielkie wydarzenie. I teraz proszę sobie wyobrazić taką sytuację, że to dziecko może tylko dwa razy zmieniać swojego lekarza rodzinnego, w innych zaś przypadkach musi czekać, gdy to zdarzenie dotyka Hipokratesa, czyli sytuacji, kiedy każdy z lekarzy powinien pomóc. Państwo najlepiej wiecie, że takie sytuacje nie zdarzają się zbyt często... Stąd moja ocena tej

sytuacji jest taka, że należy spojrzeć nie tylko na relację lekarz – pacjent, ale również na instytucję, tak aby POZ generalnie był zobowiązany do tego, ażeby pomagać każdemu, kto już raz się zarejestruje.

I jeszcze jedno. Pani wspomniała tu o ratio legis reformy ustrojowej, dotyczącej wprowadzania instytucji lekarza rodzinnego. Mnie się przypomniła sytuacja, kiedy to przy tej okazji podkreślano, ażeby medycynę zamkniętą – szpitale – oddzielić od podstawowej opieki zdrowotnej. Jakoś tak dziwnie, podobnie jak to było w przypadku gimnazjów i szkół podstawowych, POZ i szpitale zintegrowały się w jednym budynku. Ciekaw jestem państwa opinii, czy nie uważacie, że powinno się powrócić do punktu wyjścia, czy też już niech to tak zostanie, że POZ jest przy dużym szpitalu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę państwa, zbliżamy się do końca posiedzenia, tak że prosiłbym o krótkie, konkluzyjne wypowiedzi.

**Wiceprezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:**

Dokładnie tak, Panie Przewodniczący. Taka była moja intencja zgłoszenia się do wypowiedzi.

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze, za to pytanie, bo uważamy, że jest to jeden z postulatów, które powinny być spełnione po to, żeby lekarz rodzinny rzeczywiście funkcjonował tak, jak zakładano, że ma funkcjonować. Wtedy znajdzie się i empatia, i motywacja do rozwoju zawodowego, i motywacja do dobrej diagnostyki, do pracy z rzeczywiście głównym celem i z głównym punktem zainteresowania – pacjentem, a nie rozwiązywanie problemów systemowych, problemów organizacyjnych. Realizacja postulatów, które państwu przedstawiliśmy, propozycji powrotu do realizacji założeń, które były w 1999 r. powodem całej zawieruchy w systemie opieki zdrowotnej, jest naszym zdaniem niezbędna, po to, żeby medycyna rodzinna rzeczywiście przywróciła ten trójkąt odpowiedzialności – nie tylko odpowiedzialności zawodowej, ale także zasad ekonomicznych – do prawidłowych form.

Medycyna rodzinna jest rozwiązaniem dla podstawowej opieki zdrowotnej. Rzeczywistość jest taka, że coraz mniej jest medycyny rodzinnej w systemie opieki zdrowotnej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

**Członek Prezydium Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Tomasz Sobalski:**

Jedno zdanie a propos współpracy z paniami pielęgniarzkami. To nie jest tak, że medycyna rodzinna ogranicza kontraktowanie czy pracę pań pielęgniarek. Brakuje nam procedur, które określają współpracę, i to jest problem. W pewnym momencie w trak-

cie naszej dyskusji padło sformułowanie: lekarz jest w miejscowości X, pani pielęgniarka w miejscowości Y, odległość wynosi kilka kilometrów. My często nawet nie wiemy, na jakich listach są nasi pacjenci, a nie mamy tych procedur współpracy. Gdyby to wszystko funkcjonowało, byłoby okay.

Jeszcze jedno. Z dosyć dużym niepokojem wysłuchałem jednego zdania, które wygłosił pan prezes Wadas, a mianowicie, że panie pielęgniarki środowiskowo-rodzinne powinny pracować tylko w domu. To nie są panie pielęgniarki domowe. Nie widzę powodu, dla którego pacjent nie mógłby korzystać z ich usług w gabinecie. Stąd nie do końca rozumiem to stanowisko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Słuchajcie, Szanowni Państwo, jak zwykle...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie zgłaszała się pani, przynajmniej ja tego nie widziałem, ale – proszę bardzo.

Senator Janina Fetlińska:

Zgłaszałam się kilkakrotnie. Przepraszam, może nieskutecznie, tak że pan nie zauważył, Panie Przewodniczący.

Państwo Senatorowie! Szanowni Goście!

W tworzeniu systemu lekarza rodzinnego uczestniczę od początku, bo brałam udział w pracach nad projektem Banku Światowego, kiedy pan przewodniczący był panem ministrem. Ten projekt został uruchomiony. Muszę powiedzieć, że faktycznie tak było, jak mówiła pani doktor o medycynie rodzinnej. Tak się uczyło lekarzy na pierwszych kursach i taka była przewidywana ich rola. To było bardzo piękne i wszystkim nam to się podobało. Tak że widzieliśmy wtedy pielęgniarkę rodzinną w dwojakiej roli, jako część gabinetu zabiegowego lekarza rodzinnego – i mówiliśmy wtedy, że to będzie pielęgniarka praktyki – no i widzieliśmy też pielęgniarstwo środowiskowe, rodzinne, samodzielne, gdzie pielęgniarka pracuje w domu, ale także w swoim gabinecie, niekoniecznie z lekarzem, gdzie mogą przychodzić pacjenci, których ona pielęgnuje, ale także udziela informacji, promuje zdrowie. Myślę, że ten model był doskonały. Tylko że problem polega na tym, że specjaliści coraz częściej zaczęli wyciągać pewne elementy z pracy lekarza rodzinnego. O tym pani mówiła. Nie będę do tego wracać.

Stało się również tak, że lekarze rodzinni, pozbawiani w pewnym sensie tych kompetencji, zaczęli wyciągać te kompetencje od pielęgniarek rodzinnych środowiskowych. W związku z tym ten system nam się trochę załamał. I teraz ja chciałabym prosić państwa, obecnych tu profesorów, żeby spojrzeć na sytuację pacjentocentrycznie albo rodzinnocentrycznie. Czy pacjent, rodzina, jest w centrum tego systemu? Lekarz rodzinny ma ogromną rolę, ale tylko w zakresie diagnostyki i terapii, konsultowanej jeszcze z lekarzami specjalistami. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna ma nie tylko opiekę domową. Ona jest raczej od organizowania opieki domowej, bo musi to wszystko tak połączyć, żeby rodzina włączyła się, sąsiedzi, inne czynniki, instytucje. Ona ma być organizatorem, bo nie jest pielęgniarką domową, ona jest pielęgniarką środowiskowo-rodzinną, która ma zorganizować opiekę wokół pacjenta, także tej rodziny. Jest

jeszcze pielęgniarka szkolna. To jest ten element opieki, gdy dzieci są w szkole. Jest położna, która ma prowadzić fizjologiczną ciążę, jest apteka, jest jeszcze rehabilitant czy też fizykoterapeuta i jeszcze wymienilibyśmy parę różnych zawodów.

Gdybyśmy chcieli spojrzeć właśnie na to, że my wszyscy jesteśmy tym wianuszkciem wokół rodziny, wokół pacjenta, i gdybyśmy nauczyli się nie wyrwać sobie tego wszystkiego, tylko dokładnie opisać, co do nas należy, i tego przestrzegać, mielibyśmy idealną służbę zdrowia. Początek był dobry, tylko potem gdzieś nam zaginął ciąg dalszy. Prosiłabym, żeby panowie profesorowie, którzy mają duże znaczenie, duży autorytet, pomogli ułożyć nam to troszeczkę inaczej. Rozumiem pretensje kolegów i koleżanki, bo my widzimy dużą samodzielność pielęgniarek rodzinnych, ale lekarze rodzinni bardzo często postrzegają tylko wykonanie zabiegów, jakieś iniekcji, pobrania krwi, a to jest ogromnie dużo więcej pracy. Czasami jednak lekarze rodzinni nie chcą widzieć, co te pielęgniarki naprawdę jeszcze wykonują, stąd ta chęć łączenia.

Popatrzmy na tę kwestię od strony pacjentów, ich potrzeb, także tych wiążących się z samorealizacją poszczególnych przedstawicieli zawodu. Muszę państwa ostrzec przed jednym. Mamy coraz mniej lekarzy rodzinnych, bo po prostu nie widzą atrakcyjności tej dziedziny, ale mamy też coraz mniej pielęgniarek rodzinnych, bo też nie widzą tutaj atrakcyjności. Skupianie się na ciągłej walce nikomu nie przynosi zdrowia i korzyści, począwszy od samych zainteresowanych po pacjenta. Stąd też trzeba chyba spojrzeć na to z tej właśnie strony. Bardzo prosiłabym, żeby państwo spojrzeli pacjent- czy też rodzińnocentrycznie na ten problem.

Zgadzam się z panem doktorem Radziwiłłem, który mówił o tym, że to lekarz rodzinny powinien prowadzić profilaktykę. Uważam, że skierowania na badania skryningowe powinny być w rękach lekarza, bo on wie najlepiej, jakie są potrzeby i jak to ułożyć. Oczywiście, może tutaj wchodzić we współpracę, jeśli chce, z pielęgniarkami rodzinnymi. On jednak coś z tego musi mieć. Jeśli bowiem będzie miał tylko kierować, a nic z tego nie wynika... Jego wkład, żeby zdecydować o tym, kto ma skorzystać z danego skriningu, też jest duży. Wydaje się więc, że to jest też bardzo ważny element. Gdybyśmy się ustawili na dobrze ułożoną profilaktykę, promocję zdrowia, to mielibyśmy potem już dużo mniej pracy interwencyjnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale to już naprawdę krótko, Panie Prezesie.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przepraszam, ale pozwoliłem sobie poprosić o głos głównie po to, żeby jednak spróbować odpowiedzieć na pytanie pana senatora Gogacza, który zadał niezwykle istotne pytanie: gdzie ma być POZ? Panie Senatorze, tak wprost to powiem, że bez względu na argumenty trzeba po prostu spojrzeć na dobre doświadczenia. Doświadczenia takich krajów jak Wielka Brytania, Francja, Niemcy mówią jednoznacznie: podstawowa opieka zdrowotna musi być z dala od szpitala. Szpital to nie jest dobre rozwiązanie. To jest odrębny rodzaj wykonywania medycyny. I, już bez względu na to,

dlaczego tak jest, to jeśli to po prostu sprawdza się w tak nieźle zorganizowanych, a jednocześnie zupełnie różnych systemach ochrony zdrowia, to myślę, że warto wziąć z tego przykład. To tyle tak bardzo krótko.

Druga rzecz, również krótko, kwestia współpracy. Współpraca – oczywiście tak, jeżeli chodzi nie tylko o lekarza, pielęgniarkę i położną, ale także innych profesjonalistów w podstawowej opiece zdrowotnej. Wydaje się jednak, że truizmem jest stwierdzenie – i nie jest to, że tak powiem, jakiś przejaw buty lekarskiej czy czegoś takiego – że to lekarz, a nie kto inny musi być koordynatorem całego zjawiska. Tak samo jak na oddziale ginekologiczno-położniczym, chirurgicznym, internistycznym, tak samo w podstawowej opiece zdrowotnej koordynatorem musi być lekarz, a nie kto inny.

Proszę państwa, w skrajnych przypadkach wygląda to tak... Mówię zwłaszcza do pana senatora jako osoby troszkę spoza tego środowiska. Nikt nie wytłumaczy pacjentowi, wokół którego ma się kręcić cała podstawowa opieka zdrowotna, sytuacji, gdy rodzi się dziewczynka i w skrajnych przypadkach trzeba tę dziewczynkę zapisać w trzech zupełnie różnych fizycznie miejscach, budynkach, instytucjach – do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i do położnej podstawowej opieki zdrowotnej. To jest rzecz zupełnie niedopuszczalna. To jest absurd, który...

(Głos z sali: Do apteki...)

Nie, do apteki nie trzeba się zapisywać, do apteki idzie się tam, gdzie się chce. Ten absurd trzeba zlikwidować, bo on jest efektem wyłącznie partykularnych interesów, gry między tymi podmiotami. Tak jak mówię, to musi być w jednym miejscu i koordynatorem tego musi być lekarz. Nie ma innego wyjścia. Dziękuję.

(Głos z sali: Jak nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze.)

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Naprawdę, lekarz nie musi być koordynatorem. Wystarczy, że będzie dobra współpraca i dobra wymiana informacji. Pielęgniarka może być bliżej tego pacjenta czy tego domu, bo ma po prostu mniejszą – a powinna mieć mniejszą – liczbę pacjentów pod opieką. Wobec tego może być bliżej pacjentów. I jeśli ktoś raz się zarejestruje w jakiejś sprawie, to przyjdzie do niego do domu pielęgniarka, jeżeli jest to pielęgniarka środowiskowa rodzinna, albo przyjdzie położna. Mnie się wydaje, że lekarze często mylą właśnie pielęgniarkę praktyki z pielęgniarką środowiskowo-rodziną. W związku z tym jest to całe nieporozumienie. Nie ma przeszkody, żeby była dobra informacja i dobry przebieg współpracy, jeżeli będzie to dograne pod względem formalnym. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie rozstrzygniemy tutaj pewnych rzeczy, które o tyle są w Polsce trudne, że zasady zaufania i współpracy pracy grupowej to nie jest silna strona naszej rzeczywistości. Konkludując to spotkanie, bo już je kończymy, chcę powiedzieć, że trudno jest nie dostrzegać pewnego kryzysu, który jest groźny dla medycyny rodzinnej, jakim jest wypalenie. Pewne kompetencje, które chcieli wykonywać – i to jest bardzo niepokojący głos – wędzną ze szkodą dla interesu pacjenta, ale także ze szkodą dla interesu ekonomicznego służby zdrowia. Coś musimy z tym zrobić.

Liczba problemów, która została tu podjęta, skłania mnie do takiej oto konkluzji, że jednak ustawodawca będzie musiał popracować nad ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie zostaną dookreślone poszczególne puzzle. Nie chcę dzisiaj niczego komentować. Sam, jako wprowadzający lekarzy rodzinnych we Wrocławiu, starałem się jednak stworzyć warunki gry w zespołowych praktykach lekarzy rodzinnych, tak żeby tam i pielęgniarka, także i pielęgniarka środowiskowa, były bezpośrednio w praktyce. Różnie to jest w kraju realizowane. W znacznej części jest to jednak trochę wina także lekarzy rodzinnych. Gdzieś bowiem gubiono w systemie zasadę pomocniczości, to, że w sumie cały ten system ma być nakierowany na służbę człowiekowi w potrzebie. To jest strasznie trudne. I dzisiaj też jest trudne. Moim zdaniem w dalszym ciągu jest tutaj bardzo trudna kwestia emancypacji zawodów. Tej emancypacji już się nie powstrzyma. Widać zresztą, że tego już się nie powstrzyma. Wobec tego należy myśleć o tym, jak mimo wszystko zadbać, żeby ceną tej emancypacji nie były interesy chorych, bo w sumie o to w tym wszystkim musi nam chodzić.

Chcę wszystkim państwu bardzo podziękować za tę determinację. Wbrew temu, co tutaj mówił pan senator Krajczy, sprawą lekarza rodzinnego zajmujemy się w tej kadencji pierwszy raz. Poprzednio mówiliśmy o pediatrii. Patrzyliśmy na problematykę medycyny rodzinnej od innej strony.

Myślę, że komisja będzie musiała zastanowić się jeszcze nad konkluzjami z tego spotkania. Nie wiem jednak, czy nie powinien być konkluzją postulat, aby podjąć pewien wysiłek ustawowego uregulowania podstawowej opieki zdrowotnej jako pewnego elementu powrotu do reformowania systemu ochrony zdrowia w aspektach funkcjonalnych, a nie ekonomiczno-organizacyjnych.

Dziękuję państwu bardzo za przybycie.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 18 minut 01)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851