



Nazwa instytucji

**Śląski Uniwersytet Medyczny w
Katowicach**

Tytuł jednostki/Tytuł publikacji

**Biuletyn Informacyjny : Śląska Akademia Medyczna. R: 1994,
Nr 3 Dodatek.**

Sygnatura/numer zespołu: **J-15282**

ISSN: **0867-7646**

Liczba stron oryginału

56

Liczba plików skanów

56

Liczba plików publikacji

59

Miejsce wydania oryginału

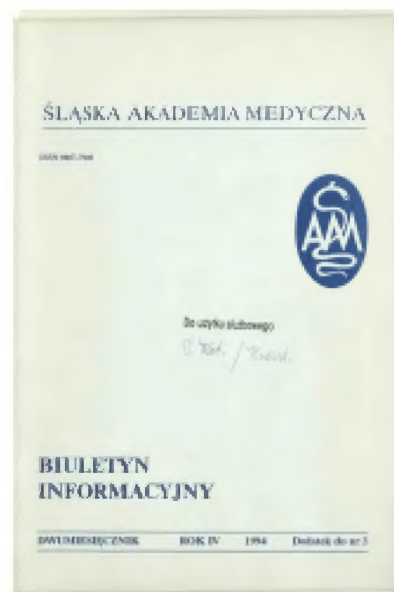
Katowice

Data wydania oryginału

1994

Projekt/Sponsor digitalizacji

**Digitalizacja zbiorów Biblioteki SUM z funduszy
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w
ramach środków finansowych na działalność
upowszechniającą naukę.**



Udostępnianie publikacji cyfrowej/prawa własności

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Lokalizacja/pochodzenie oryginału

Zbiory Biblioteki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Przekazano do repozytorium cyfrowego: **31.12.2014**



**Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego**

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA

ISSN 0867-7646



Do użytku służbowego

B. Kot. / Koord.

BIULETYN INFORMACYJNY

DWUMIESIĘCZNIK

ROK IV

1994

Dodatek do nr 3

ŚLĄSKA
AKADEMIA
MEDYCZNA

**PRZEKSZTAŁCENIA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Model rozwiązań regionalnych



**REGIONALNY OŚRODEK KSZTAŁCENIA
w Katowicach**

SPIS TREŚCI

<i>Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej. Strategia realizacji celów. Materiały MZiOS</i>	3
<i>Władysław Pierzchała: Geneza idei opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarza rodzinnego</i>	19
<i>Marcin Bujak: Uwarunkowania implementacji zachodnich systemów podstawowej opieki zdrowotnej na grunt polski</i>	29
<i>Władysław Pierzchała: Idea powołania Regionalnego Forum Promocji Medycyny Rodziny jako nieinstytucjonalnej formy konsorcjum implementacji i promocji</i>	37
<i>Marcin Bujak: Promocyjna i edukacyjna rola modelowych praktyk zespolonych</i>	39
<i>Ryszard Wąsik: Stymulacja jakości w praktyce lekarza rodzinnego</i>	43
<i>Halina Hanczarek: Zadania personelu praktyki lekarza rodzinnego w powiązaniu z potrzebą kreowania nowych zawodów i specjalizacji</i>	45

PRZEKSZTAŁCENIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ Strategia realizacji celów *

I. Wstęp

1. Funkcjonujący w Polsce model podstawowej opieki zdrowotnej oparty na medycynie środowiskowej, zakładający tworzenie odrębnych struktur opieki zdrowotnej w środowisku zamieszkania, pracy i nauki nie osiągnął - mimo wielu prób naprawczych - w ostatecznym efekcie zamierzonego celu, okazał się zbyt kosztowny, wzajemnie niezintegrowany i dalej w tej postaci i w tym zakresie nie do utrzymania.
2. Doświadczenia innych krajów, ustalenia i programy Światowej Organizacji Zdrowia przy jednoczesnej woli faktycznego wykorzystania podstawowej opieki zdrowotnej do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i skoncentrowaniu rozwoju opieki zdrowotnej na tym dziale - skłaniają do ograniczenia stosowania pojęcia podstawowej opieki zdrowotnej do środowiska zamieszkania, a jej zakres działania do dotychczasowych poradni ogólnych i poradni dla dzieci, funkcjonujących w przychodniach rejonowych w mieście i ośrodkach zdrowia na wsi.
3. Tak określona podstawowa opieka zdrowotna powinna zapewnić realizację celów i zadań oraz poprawę efektywności działania w zakresie promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, leczenia i rehabilitacji podopiecznych i jako centralne ogniwo w systemie opieki zdrowotnej stać się gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego i miejscem „wejścia” pacjenta do systemu.
4. Osiągnięcie takiego stanu jest możliwe pod warunkiem nie werbalnego, a rzeczywistego priorytetu dla podstawowej opieki zdrowotnej w systemie opieki zdrowotnej, zmiany wysokości nakładów finansowych na podstawową opiekę zdrowotną, gwarantujących nie tylko jej egzystencję, ale i rozwój. Konieczna jest zmiana stosunku do podstawowej opieki zdrowotnej, nie tylko ze strony organizatorów i menedżerów ochrony zdrowia, ale całej służby zdrowia, a zwłaszcza przedstawicieli specjalistyki, dyscyplin klinicznych i kadry nauczającej, a także uzyskanie akceptacji społecznej pacjentów.

II. Założenia ogólne

1. Definicja

Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą zdrowym i chorym świadczenia zdrowotne w miejscu zamieszkania w warunkach ambulatoryjnych bądź domowych.

2. Miejsce w systemie

Podstawowa opieka zdrowotna jest głównym ogniwem systemu opieki zdrowotnej, zaspokajającym prawie 80% potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jest podstawowym miejscem kontaktu pacjent-lekarz i w większości przypadków miejscem inicjacji indywidualnych działań prewencyjnych i leczniczych w stosunku do pacjenta.

Takie umiejscowienie i taka rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie jest zbieżna ze współczesnym podejściem strategii ochrony zdrowia reprezentowanym przez Światową Organizację Zdrowia w deklaracji z Alma-Aty i w programie „Zdrowie dla wszystkich w

* Materiały Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, maj 1994

roku 2000", jest zgodna z Narodowym Programem Zdrowia i rekomendacjami przedstawicieli parlamentu, ugrupowań politycznych, samorządów zawodowych, związków zawodowych i ekspertów, przyjętymi w styczniu 1994 roku w Jachrance na spotkaniu w sprawie kierunków zmian w systemie opieki zdrowotnej.

III. Cele i zadania

1. Cele

Ogólnym celem podstawowej opieki zdrowotnej jest zachowanie i poprawa stanu zdrowia jednostki i rodziny, które łączy wspólne miejsce zamieszkania.

Celami częściowymi są: rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych, wykrywanie czynników zagrożenia zdrowia, zapobieganie chorobom i wczesne wykrywanie odchyleń w stanie zdrowia, rozpoznawanie i leczenie, rehabilitacja i opieka, a także edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

2. Zadania

Zadaniem tej części systemu opieki zdrowotnej jest udzielanie indywidualnych świadczeń leczniczych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych, w zakładzie opieki zdrowotnej, w instytucjach opieki mających formę inną niż zakład i w domu pacjenta, edukowanie zdrowotne i aktywizowanie pacjentów do działań na rzecz zdrowia własnego i rodziny oraz oddziaływanie na społeczność lokalną i jej przedstawicieli w zakresie promocji zdrowia i higieny środowiska.

3. Zakres

Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje świadczenia diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne wchodzące w zakres medycyny rodzinnej (medycyny ogólnej) oraz działania prewencyjne wynikające z zagrożeń i potrzeb zdrowotnych mieszkańców rejonu.

IV. Organizacja opieki podstawowej

1. Zakładami podstawowej opieki zdrowotnej są przychodnie lekarskie, ośrodki zdrowia oraz gabinety prywatne lekarzy rodzinnych i pediatrów.
2. Zakłady podstawowej opieki zdrowotnej mogą być tworzone przez wojewodów, gminy, instytucje ubezpieczeniowe, szkoły wyższe i placówki oświatowo-wychowawcze, zakłady pracy, kościoły i związki wyznaniowe, stowarzyszenia, fundacje i inne osoby prawne oraz osoby fizyczne.
3. Komórkami organizacyjnymi publicznych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej są poradnie ogólne - sprawujące opiekę nad populacją dorosłych, poradnie dla dzieci - opiekujące się zbiorowością dziecięcą oraz poradnie rodzinne - zapewniające opiekę niezależnie od wieku, a także organizacyjne odpowiedniki prywatnej praktyki lekarskiej (praktyka indywidualna, zespół praktyk indywidualnych, praktyka grupowa).
4. Praktyka indywidualna prowadzona jest przez lekarza posiadającego specjalizację z medycyny rodzinnej (ogólnej) bądź pediatrii. Formą jej jest prywatny zakład opieki zdrowotnej tworzony przez takiego lekarza lub grupę lekarzy, uzyskujący na podstawie umowy z dysponentem środków publicznych prawa zapewnienia gwarantowanych przez państwo świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych.

5. Zespół praktyk indywidualnych stanowić będzie kilka indywidualnych praktyk lekarzy rodzinnych bądź pediatrów, z których każda jest zakładem opieki zdrowotnej i posiada oddzielną, własną listę pacjentów. Zespół taki powstaje w celu wspólnego wykorzystywania lokalu, sprzętu i wspólnego spełniania niektórych funkcji, np. 24-godzinnej opieki.
6. Praktyka grupowa prowadzona będzie przez grupę lekarzy posiadających specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej bądź pediatrii, tworzących spółkę cywilną.
7. Dotychczasowe poradnie dla kobiet i poradnie stomatologiczne będą nadal funkcjonowały, ale poza systemem podstawowej opieki zdrowotnej. Zakres tych pierwszych może być ograniczony przez przejęcie części kompetencji i funkcji przez poradnię ogólną lub rodzinną oraz ich odpowiedniki.
8. Jednostki organizacyjne podstawowej opieki zdrowotnej mogą być jednostkami samodzielnymi lub wchodzić w skład większego zakładu opieki zdrowotnej czy zespołu zakładów bądź grupowych praktyk lekarskich.
9. Podstawowa opieka zdrowotna dla ogółu mieszkańców organizowana jest z uwzględnieniem zasady rejonizacji, tworzonej na podstawie listy pacjentów, którzy wybrali danego lekarza, przy czym rejon zapobiegawczo-leczniczy nie powinien w zasadzie przekroczyć w stosunku do lekarza pediatrii - 1500 dzieci, lekarza rodzinnego - 2500 pacjentów, jeśli zajmuje się tylko populacją dorosłych mieszkańców, lub 2000 - jeśli opiekę sprawuje nad całą populacją rejonu (bez względu na wiek).

V. Pracownicy opieki podstawowej

1. Podstawową opiekę zdrowotną sprawują lekarze rodzinni i pediatrzy. Docelowo zakłada się, że w zależności od miejsca pracy lekarze powinni legitymować się specjalizacją z medycyny rodzinnej (ogólnej) bądź pediatrii. Lekarze innych specjalności pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej będą mieli stworzone możliwości uzupełnienia swych kwalifikacji i uzyskania jednej z wyżej wymienionych specjalizacji.
2. W sprawowaniu opieki współdziałają pielęgniarka, docelowo legitymująca się specjalizacją z zakresu pielęgniarstwa zachowawczego, pielęgniarstwa środowiskowego bądź pielęgniarstwa pediatrycznego, oraz położna.
3. W sprawowaniu opieki zdrowotnej w zależności od potrzeb, możliwości i infrastruktury mogą współuczestniczyć inni pracownicy służby zdrowia, zwłaszcza w zakresie diagnostyki i rehabilitacji.

VI. Warunki lokalowe i wyposażenie jednostki organizacyjnej podstawowej opieki zdrowotnej

1. Warunki lokalowe jednostki organizacyjnej podstawowej opieki zdrowotnej powinny odpowiadać wymogom umożliwiającym udzielanie świadczeń zdrowotnych - zgodnie z art. 9 Ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.
2. Zakłada się, że każdy gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinien mieć standardowe wyposażenie, zależnie od funkcji i zakresu zadań wykonywanych przez gabinet.
3. Jednostka organizacyjna podstawowej opieki zdrowotnej powinna być wyposażona w środki łączności, umożliwiające szybkie porozumiewanie się z innymi jednostkami i zakładami opieki zdrowotnej, a także pacjentami.

VII. Dokumentacja

1. W jednostkach organizacyjnych podstawowej opieki zdrowotnej obowiązuje prowadzenie indywidualnej dokumentacji według ujednoliconych wzorów, przystosowanych do wprowadzenia do systemów informatycznych.
2. Pożądane jest, by każdy pacjent legitymował się książeczką rejestru usług medycznych, przy czym w stosunku do dzieci do lat 15 obowiązuje książeczka zdrowia. Lekarz ma obowiązek odnotowywania w takiej książeczce wszelkich procedur medycznych.
3. Lekarz opieki podstawowej ma obowiązek prowadzenia rejestru skierowań pacjentów do konsultacji specjalistycznych, leczenia szpitalnego i niektórych badań diagnostycznych.

VIII. Funkcjonowanie opieki podstawowej

1. Jednostka organizacyjna podstawowej opieki zdrowotnej powinna zagwarantować dostępność świadczeń przez zapewnienie odpowiedniej liczby i struktury zawodowej kadr, warunkowanej wielkością rejonu, dostosowanie czasu przyjęć do potrzeb mieszkańców, właściwą informację, przyjmowanie zgłoszeń na porady i wizyty domowe w każdej formie i realizację ich w dniu zgłoszenia oraz stworzenia możliwości porad po godzinach pracy jednostki.
2. Podstawą funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej powinna być praca w systemie wyboru lekarza, przy czym wybór nie powinien w zasadzie przekraczać terytorium obecnej przychodni rejonowej w mieście i gminnego ośrodka zdrowia na wsi z dopuszczeniem sąsiadujących rejonów, a w przypadku funkcjonowania jednostki organizacyjnej podstawowej opieki zdrowotnej w ramach dotychczasowych struktur zespołu opieki zdrowotnej lub jako gabinetu prywatnego - terytorium zespołu (powiatu). Osoby, które nie dokonały wyboru, będą kierowane do wyznaczonego lekarza (o najmniejszej liczbie opcji).
3. Świadczenia zdrowotne podstawowej opieki zdrowotnej są udzielane bezpłatnie przez publiczne zakłady bądź praktyki prywatne, z którymi zostały zawarte kontrakty, w zakresie świadczeń gwarantowanych przez państwo.
4. Skierowanie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia bezpłatną konsultację specjalistyczną. Miejsce i termin tych konsultacji ustala placówka kierująca. Nie wymagają skierowań osoby korzystające ze świadczeń poradni dla kobiet w związku z ciążą i porodem, świadczeń poradni stomatologicznych dla dzieci i młodzieży oraz niektórych innych poradni, wynikających z odrębnych przepisów, np. poradni wenerycznych.
5. W opiece zdrowotnej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest osobą wiodącą i koordynującą proces leczenia na każdym jego szczeblu, stąd konieczny jest przepływ informacji między placówkami specjalistycznymi i placówkami podstawowej opieki zdrowotnej. Obowiązuje tu zasada ciągłości opieki. W przypadku hospitalizacji pacjenta lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie pozostawał w kontakcie z chorym i lekarzem prowadzącym, co ułatwi sprawowanie opieki poszpitalnej.
6. Metodyka pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinna opierać się na zasadach poradnictwa czynnego w stosunku do osób ryzyka chorobowego, osób, u których stwierdzi się odchylenie od prawidłowości w rozwoju bądź chorobę przewlekłą.
7. W funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej ważną rolę odgrywa współudział pacjentów, stąd część zadań lekarza i pielęgniarki powinna obejmować edukację

zdrowotną i promocję zdrowia oraz aktywizację pacjentów do dbałości o własne zdrowie.

IX. Kształcenie przeddyplomowe

1. Odpowiedzialność za kształcenie przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej i pediatrii, tak jak to ma miejsce w przypadku wszystkich innych dziedzin, spoczywać będzie na akademiach medycznych. Do nich należy ustalanie programów i ich realizacja. Zadaniem każdej uczelni będzie ustalenie treści programowych oraz czasu trwania i metod kształcenia.
2. Program kształcenia dla studentów składać się będzie z trzech zasadniczych elementów - szkolenia teoretycznego, treningu laboratoryjnego oraz treningu klinicznego.
3. Trening teoretyczny i laboratoryjny prowadzony będzie przez różnego szczebla jednostki organizacyjne uczelni medycznych, w zależności od posiadanych zasobów kadrowych. Powinny się nimi zająć zakłady lub katedry, zajmujące się już problematyką podstawowej opieki zdrowotnej. Część akademii medycznych musi jednak taką bazę dydaktyczną dopiero stworzyć. Miejszem realizacji treningu klinicznego będą placówki podstawowej opieki zdrowotnej, w których student będzie konfrontowany w praktyce z problemami pacjentów zgłaszających się po pomoc do lekarza pierwszego kontaktu.

X. Kształcenie podyplomowe

1. W celu zapewnienia kompetentnych kadr dla podstawowej opieki zdrowotnej, konieczna jest weryfikacja ich zadań i zakresu odpowiedzialności oraz dostosowanie systemu przygotowywania kadr do rzeczywistych potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawą przygotowania kompetentnych lekarzy do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej jest szkolenie podyplomowe. Szkolenie będzie prowadzone w trybie nowej, jedno-stopniowej specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej (odpowiadającej specjalizacji drugiego stopnia w innych dziedzinach medycyny) oraz z zakresu pediatrii.
2. Uzyskanie specjalizacji będzie odbywać się w trybie analogicznym do przewidzianego dla kształcenia innych specjalistów. Będzie on polegał na utworzeniu wydzielonych etapów szkoleniowych dla rezydentów w akredytowanych ośrodkach kształcących. Kształcenie w systemie rezydentur uwzględni warianty odpowiednie do zróżnicowanego przygotowania zawodowego lekarzy rozpoczynających kształcenie z medycyny rodzinnej.
3. W okresie przejściowym stworzona została możliwość uzyskania tytułu lekarza rodzinnego w drodze zindywidualizowanego, skróconego trybu kształcenia, który stanowić będzie ofertę dla doświadczonych lekarzy już pracujących w opiece podstawowej.
4. Niezbędnym elementem zapewniającym wysoką jakość szkolenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej i pediatrii jest proces akredytacji jednostek kształcących rezydentów, czyli ich dobór oparty na zobiektywizowanych kryteriach. Zgodnie z tymi założeniami kształcenie odbywa się wyłącznie w placówkach służby zdrowia dysponujących odpowiednim zapleczem organizacyjno-sprzętowym i posiadających kadrę o odpowiednim poziomie fachowym. W przyszłości istotnym kryterium oceny staną się wyniki egzaminacyjne osiągane przez absolwentów szkolenia prowadzonego przez daną placówkę. Jednostki organizacyjne pragnące prowadzić szkolenie w zakresie medycyny rodzinnej muszą uzyskać pozytywną opinię Rady ds. Akredytacji Programów Kształcenia Lekarza Rodzinnego powołanej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.
5. Funkcjonować też będzie tzw. skrócony tryb uzyskiwania specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej. Przeznaczony jest on dla lekarzy z długoletnią praktyką zawodową

w podstawowej opiece zdrowotnej, których przygotowanie praktyczne i teoretyczne niewiele odbiega od poziomu zakładanych kompetencji lekarza rodzinnego. Skrócony tryb uzyskiwania specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej jest doraźnym, czasowym rozwiązaniem, planowanym na okres kilku lat. Po okresie obowiązywania tego trybu, jedyną drogą przygotowania do uzyskania tytułu lekarza rodzinnego będzie kształcenie w programie rezydenckim.

6. Kształcenie w ramach skróconego trybu koordynują Regionalne Ośrodki Kształcenia (ROK). Każdy ROK obejmuje swoim działaniem obszar kilku sąsiednich województw. Obecnie powołana jest pełna sieć ROK (11 AM i CMKP).
7. W celu uzyskania tytułu lekarza rodzinnego po ukończeniu szkolenia konieczne będzie potwierdzenie kwalifikacji w drodze egzaminu państwowego. Jednolite zasady egzaminu obowiązywać będą zarówno absolwentów drogi rezydenckiej, jak i trybu skróconego.
8. Zapewnienie wysokiego poziomu usług świadczonych przez lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej wymagać będzie stworzenia systemu uzupełnienia i aktualizacji wiedzy lekarzy, którzy zakończyli edukację podyplomową i posiadają wymaganą specjalizację. Określone zostaną przejrzyste zasady relicencjonowania specjalistów na podstawie systemu zdobywanych punktów (kredytów).

XI. Wynagrodzenie

1. Wynagrodzenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinno opierać się na zasadach systemu kapitalistycznego, przy czym za podstawę należy przyjąć normy cytowane wyżej (1500, 2000, 2500). Przekroczenie tego limitu powodowałoby wzrost płacy przy zastosowaniu zasady regresji o każde 10% - kolejno 10%, 5% i 0%. Na wynagrodzenie lekarza składałyby się: zasadnicze wynagrodzenie lekarza przewidziane siatką płac, dodatek: kapitałowy - za wolny wybór, wysługę lat, jakość pracy oraz wykonawstwo zadań prewencyjnych i związanych z promocją zdrowia, a także honoraria za wizyty domowe w nocy i w dni ustawowo uznane za wolne od pracy.
2. Wynagrodzenie pozostałego personelu, poza zasadniczym wynikającym z siatki płac, obejmuje także efekt systemu kapitałowego oraz za wykonawstwo zadań prewencyjnych.

XII. Jakość świadczeń

Jakość świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zapewniałyby:

1. Odpowiednie kwalifikacje zawodowe (specjalizacje lekarskie i pielęgniarskie) pracowników, system zobowiązujący do ustawicznego podyplomowego dokształcania i dostępność fachowych czasopism, przeznaczonych dla podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Wprowadzenie standardowych procedur diagnostyczno-terapeutycznych w postępowaniu z chorymi, zwłaszcza w zakresie chorób cywilizacyjnych.
3. Kontrola jakości świadczeń przez:
 - dysponenta środków finansowych,
 - samorząd zawodowy,
 - państwowy nadzór specjalistyczny.

Ten ostatni wymaga powołania trójsektorowego nadzoru podstawowej opieki zdrowotnej: wojewódzkiego, regionalnego i krajowego.

4. Ocena jakości świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinna opierać się na prostych obiektywnych wskaźnikach, mierzalnych w warunkach normalnej pracy podstawowej opieki zdrowotnej. Mogą nimi m.in. być wskaźniki hospitalizacji, konsultacji specjalistycznych, świadczeń pogotowia ratunkowego, jak również wskaźniki zachorowalności i chorobowości oraz wykonawstwo świadczeń profilaktycznych. W przygotowaniu wskaźników jakości przydatne mogą okazać się wskaźniki (zestawienia) stosowane w innych krajach.
5. Istotnym elementem dla oceny działania podstawowej opieki zdrowotnej jest stosowanie osobnej klasyfikacji schorzeń oraz przeprowadzanych procedur. Za najwłaściwszą należy uznać ICPC (*International Classification for Primary Care*), czyli międzynarodową klasyfikację dla podstawowej opieki zdrowotnej. Jest ona relatywnie prosta do stosowania i obejmuje zarówno schorzenia, jak i procedury medyczne. Jej wprowadzenie musi nastąpić jednocześnie dla całej podstawowej opieki zdrowotnej. Umożliwi to uzyskiwanie i porównywanie danych dotyczących funkcjonowania różnych form podstawowej opieki zdrowotnej.
6. Dla wprowadzenia analizy jakości świadczeń, jak też częstości występowania poszczególnych problemów zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, konieczne jest stworzenie jednego, centralnego banku danych dysponującego odpowiednimi metodami analizy statystycznej. Konieczne będzie stworzenie uniwersalnych i jednolitych metod zbierania danych oraz przygotowanie systemu komputerowego służącego do ich gromadzenia i przetwarzania.
7. W programie wewnętrznym poprawy jakości świadczeń podjęte zostaną działania zmierzające do propagowania wśród personelu medycznego zatrudnionego w podstawowej opiece zdrowotnej wiedzy na temat metod QA. W celu wprowadzenia, a następnie doskonalenia tej metody w codziennej praktyce podstawowej opieki zdrowotnej zostało utworzone przy MZiOŚ Biuro Badań nad Jakością Świadczeń Medycznych.
8. Biuro rozpowszechni również jedną z kluczowych metod dla poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej - krytyczną analizę problemów dokonywaną w grupie lekarzy rodzinnych o tym samym statusie profesjonalnym (*peer-review*).

XIII. Źródła finansowania

1. Docelowo podstawowym źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej powinien być Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych.
2. Budżet państwa powinien zapewnić finansowanie w zakresie wdrażania strategicznych programów zapobiegania i promocji zdrowia, kształcenia kadr medycznych, wdrażania nowych technologii leczniczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych oraz nadzór nad jakością świadczeń.
3. Środki finansowe samorządów terytorialnych byłyby dodatkowym źródłem finansowania placówek podstawowej opieki zdrowotnej danej gminy lub związków gmin.
4. Uzupełniającymi funduszami stałyby się opłaty wpłacane co roku za rejestrację przy wyborze lekarza, rzędu 0,5% najniższego wynagrodzenia pracownika, ogłoszonego zarządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej, przy zastosowaniu zwolnień i ulg dla niektórych grup ludności (dzieci, emeryci i renciści). Za bezrobotnych płaciłyby urzędy pracy. Koszty wpłacane przy rejestracji pozostawałyby w gestii zakładu opieki zdrowotnej i przeznaczone byłyby na płace personelu oraz doposażenie placówek służby zdrowia.
5. Dodatkowymi funduszami na utrzymanie i funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej byłyby dobrowolne dotacje fundacji, organizacji społecznych lub charytatywnych oraz osób fizycznych.

6. Finansowaniem podstawowej opieki zdrowotnej zajmują się instytucje dysponenta środków budżetowych (organy administracji państwowej i komunalnej) z uwzględnieniem kontraktów i ich rozliczeń.

XIV. Zarządzanie podstawową opieką zdrowotną

1. Zarządzanie podstawową opieką zdrowotną będzie sprawowane przez zespoły opieki zdrowotnej bądź zarządy rejonowe obejmujące obszary zamieszkania przez 50-200 tys. osób odpowiadające podziałowi administracyjnemu państwa (gmina miejska, związek gmin, powiat itp.). Zarządy będą w pełni odpowiedzialne za funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej na obsługiwanej obszarze. W okresie przejściowym, w zależności od lokalnych warunków i decyzji, będą one mogły być powoływane przez władze samorządowe (duże gminy, związki gmin w granicach przyszłych powiatów) bądź przez władze wojewódzkie (np. dla obszaru obsługiwanego przez jeden lub kilka zespołów opieki zdrowotnej). Docelowo, po wprowadzeniu reformy powiatowej, zarządy będą tworzone przez samorząd powiatowy, który m.in. przejmie (zgodnie z istniejącymi propozycjami) prowadzenie podstawowej opieki zdrowotnej. Funkcjonowanie zarządów może być koordynowane lub integrowane z innymi strukturami odpowiedzialnymi za zarządzanie opieką zdrowotną na danym terenie.
2. Do zadań zarządu będzie należeć m.in. dysponowanie środkami publicznymi na zapewnienie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, planowanie struktury i form działania podstawowej opieki zdrowotnej w podległym rejonie, zawieranie kontraktów, nadzór nad działalnością oraz podejmowanie funkcji interwencyjnych w celu zapewnienia płynności funkcjonowania.

Kadrę zarządów będą stanowić menedżerowie opieki zdrowotnej, pracownicy i ekonomiści. Przewiduje się utworzenie rad zdrowia, reprezentujących lokalną społeczność celem umożliwienia jej wpływu na funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej.

XV. Warunki realizacji

W celu przystąpienia do realizacji założeń podstawowej opieki zdrowotnej w nowym ujęciu, poza zagwarantowaniem odpowiednich nakładów finansowych i przełamaniem barier psychologicznych, konieczne jest spełnienie następujących warunków:

1. Przy określeniu roli i zadań podstawowej opieki zdrowotnej, miejsca w systemie opieki zdrowotnej, organizacji i funkcji oraz relacji do innych działów opieki zdrowotnej, prawne unormowanie wyżej wymienionych problemów oraz relacji z samorządem terytorialnym, a w przyszłości z ubezpieczeniami zdrowotnymi.
2. Określenie gwarancji państwa w zakresie bezpłatności świadczeń zdrowotnych. Problem ten wymaga uregulowań ustawowych.
3. W założeniach organizacji i finansowania ubezpieczeń zdrowotnych należy uwzględnić wzajemne relacje: podstawowa opieka zdrowotna - ubezpieczenie zdrowotne oraz możliwość zasady finansowania podstawowej opieki zdrowotnej z ubezpieczeń zdrowotnych.
4. Określenie kompetencji zespołu podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Określenie zasad kształcenia i dokształcania podyplomowego pracowników podstawowej opieki zdrowotnej oraz trybu i wymogów specjalizacyjnych.

6. Opracowanie standardowych procedur diagnostyczno-terapeutycznych w postępowaniu z chorymi, zwłaszcza w stanach zagrożenia życia i chorobach przewlekłych oraz opracowanie klasyfikacji procedur dla podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Powołanie trójsektorowego nadzoru specjalistycznego podstawowej opieki zdrowotnej (medycyna rodzinna).
8. Opracowanie ostatecznej wersji standardu wyposażenia jednostek organizacyjnych podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ich funkcji i zadań.
9. Ustalenie dokumentacji indywidualnej pacjenta oraz systemu informatycznego podstawowej opieki zdrowotnej.
10. Przystosowanie zasad wyboru lekarza w zmieniających się warunkach funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.
11. Stworzenie systemu wynagrodzeń w oparciu o kapitaż, kwalifikacje i wykonawstwo zadań.
12. Opracowanie zasad wykorzystania dodatkowych i uzupełniających źródeł finansowania podstawowej opieki zdrowotnej przede wszystkim poza budżetem, w tym w okresie wdrażania także ze źródeł zagranicznych (PHARE, Bank Światowy).
13. Opracowanie zasad oceny jakości pracy zespołu podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem systemu kodowego.

XVI. Finansowanie zadań przygotowawczych

1. W celu realizacji zadań przygotowawczych niezbędne jest zagwarantowanie kwoty rzędu 2,0 mld zł.
2. Dysponentem środków i zlecniodawcą zadań jest Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa w uzgodnieniu z Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

XVII. Termin wykonania zadań przygotowawczych

Wszystkie zadania – poza związanymi z ubezpieczeniami zdrowotnymi oraz innymi wymagającymi legislacji ustawowej (parlament) – przy zagwarantowaniu odpowiednich kwot na ich wykonanie, są możliwe do realizacji do końca 1994 roku.

XVIII. Główne zagrożenia procesu przekształceń

Obszar	Zagrożenie	Przeciwdziałanie
Instytucja lekarza rodzinnego	uznanie wszystkich obecnych lekarzy p.o.z. za rodzinnych	1) prawne określenie sytuacji
	nieakceptowanie przez pacjentów kompetencji lekarza rodzinnego	1) promocja nowego modelu p.o.z. 2) wysokie kwalifikacje lekarzy rodzinnych 3) wolny wybór lekarza

Model praktyki	funkcjonowanie p.o.z. na dotychczasowych zasadach	1) wprowadzenie strategii przekształceń p.o.z.
	brak środków na adaptację i wyposażenie praktyk	1) zapewnienie środków w budżetach wojewodów i samorządów 2) kierowanie pomocy finansowej Banku Światowego do obszaru p.o.z. 3) umożliwienie angażowania środków własnych lekarzy i kredytów bankowych
	nieznajomość zasad zarządzania praktyką	1) włączenie zarządzania do programu kształcenia lekarza rodzinnego
Kształcenie	niedostateczna funkcja selekcyjna egzaminu	1) prowadzenie jednolitego centralnego egzaminu specjalizacyjnego
	brak podręczników, pomocy dydaktycznych	1) przygotowanie książek 2) przygotowanie innych form materiałów szkoleniowych 3) tłumaczenia
	brak kadry nauczycieli i bazy z p.o.z. oraz oparcie kształcenia na specjalistach	1) szybkie uruchomienie modelowych praktyk w ramach PHARE i WB 2) wprowadzenie zasad akredytacji praktyk do ośrodków kształcenia rezydenckiego 3) traktowanie pierwszych programów jako przejściowych
	brak zaangażowania nauczycieli w kształcenie rezydentów	1) dostosowanie motywacji do aktualnej sytuacji 2) wprowadzenie systemu oceny nauczycieli przez uczących się 3) monitorowanie zaangażowania 4) większe zaangażowanie ośrodków pozaakademickich
	schematyzm i powierzchowność kształcenia w krótkiej ścieżce	1) określenie kryteriów dobrego programu kształcenia
	ukierunkowanie kształcenia na zagadnienia specjalistyczne	1) położenie większego nacisku na szkolenie w placówkach p.o.z.
	brak systemu kontynuacji edukacji medycznej	1) określenie celów dydaktycznych 2) wprowadzenie relencjonowania
	niedostateczne przygotowanie personelu współpracującego z lekarzem rodzinnym	1) uruchomienie nowych kierunków w szkołach pielęgnarskich 2) wykorzystanie doświadczeń konsorcjów w dziedzinie kształcenia personelu średniego
System POZ	lęk przed redukcją zatrudnienia	1) ewolucyjne przechodzenie na nowy model 2) zapewnienie możliwości przekwalifikowania się
	obawa specjalistów przed wyparciem z p.o.z.	1) ewolucyjny proces wzrostu liczby lekarzy rodzinnych 2) krótka ścieżka specjalizacji dla lekarzy obecnie pracujących w p.o.z.

System POZ	zła współpraca ze specjalistami i utrudnienie dostępu do ich konsultacji	1) określenie zasad współpracy
	brak kadr zarządzających	1) określenie zadań i kształcenie menedżerów p.o.z.
Zabezpieczenie jakości świadczeń	odbiór systemu jako służącego restrykcji i kontroli	1) zagwarantowanie obiektywizmu 2) powiązanie z systemem wynagrodzenia
	postrzeganie systemu jako marnotrawstwa lub akademickiej działalności	1) edukacja
Promocja modelu	brak zainteresowania ze strony mediów	1) utworzenie grup wspierających
	regulacje prawne utrudniające przejście do nowego systemu	1) analiza możliwości prawnych przed wprowadzeniem zmian 2) zmiana regulacji prawnych
	brak zainteresowania organów samorządowych w przejściu na nowy system	1) przeprowadzenie akcji promocyjnej

XIX. Harmonogram realizacji zadań

Lp.	Zadania	Wykonanie	Termin
1	Określenie relacji POZ do innych działów opieki zdrowotnej – organizacyjne i finansowe	Zakład Ekonomiki i Prawa Służby Zdrowia CMKP	31 VII br.
2	Prawne unormowanie problemów wynikających z zadania 1 oraz relacji z samorządem terytorialnym, a w przyszłości z ubezpieczeniami zdrowotnymi	– Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa – Departament Prawny – Departament Ekonomiczny	31 X br.
3	Opracowanie wariantu finansowania POZ z ubezpieczeń zdrowotnych. Uwzględnienie w założeniach organizacji i finansowania ubezpieczeń zdrowotnych wzajemnych relacji POZ – ubezpieczenia zdrowotne	Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia wg projektu ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych	30 XI br.
4	Określenie kompetencji Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej	Instytut Medycyny Wsi w Lublinie	30 IX br.
5	Określenie zasad kształcenia i dokształcania podyplomowego pracowników podstawowej opieki zdrowotnej oraz trybu i wymogów specjalizacyjnych	Departament Nauki, Kształcenia i Współpracy z Zagranicą	30 IX br.

6	Opracowanie standardowych procedur diagnostyczno-terapeutycznych w postępowaniu z chorymi w POZ, zwłaszcza w stanach zagrożenia życia i chorych przewlekle	specjaliści krajowi (każdy w swoim zakresie) kardiologii, onkologii, gruźlicy i chorób płuc, matki i dziecka, reumatologii, psychiatrów i neurologów, chirurgów, diabetologów i diagnostyki analitycznej	31 XII br.
7	Powołanie trójsektorowego nadzoru specjalistycznego POZ (medycyna rodzinna)	Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa	termin uzależniony od nowelizacji Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej
8	Opracowanie ostatecznej wersji standardu wyposażenia jednostek organizacyjnych POZ z uwzględnieniem ich funkcji i zadań	Instytut Medycyny Wsi w Lublinie	materiał opracowany
9	Ustalenie dokumentacji indywidualnej pacjenta oraz systemu monitorowania świadczeń zdrowotnych w POZ	Instytut Medycyny Wsi w Lublinie	materiał opracowany
10	Przystosowanie zasad wyboru lekarza do zmienionych warunków funkcjonowania POZ	Instytut Medycyny Pracy w Łodzi	31 VII br.
11	Stworzenie systemu wynagrodzeń w oparciu o kapitał, kwalifikacje i wykonawstwo zadań	– Szkoła Zdrowia Publicznego w Krakowie – Departament Kadr	31 X br.
12	Opracowanie zasad wykorzystania dodatkowych i uzupełniających źródeł finansowania POZ, przede wszystkim pozabudżetowych, w tym w okresie wdrażania także ze środków zagranicznych (PHARE, Bank Światowy)	– Departament Ekonomiczny – Biuro Pełnomocnika ds. Pomocy Zagranicznej	31 VIII br.
13	Przygotowanie symulacji finansowej funkcjonowania POZ w oparciu o nowe zasady	Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia	31 X br.
14	Opracowanie zasad oceny jakości pracy zespołu podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem systemu kodowego	Biuro Badań nad Jakością Świadczeń Medycznych	30 XI br.

Uwaga:

1. Realizacja wszystkich zadań poza związanymi z ubezpieczeniami zdrowotnymi oraz innymi wymagającymi legislacji ustawowej (parlament), przy zagwarantowaniu odpowiednich kwot na ich wykonanie, umożliwi wprowadzenie nowych zasad funkcjonowania w p.o.z. od 1995 r.
2. Koordynatorem ww. działań pozostaje Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa.
3. Przy zleceniu wykonania wymienionych zadań – wykonawcy zostaną zobowiązani do wykorzystania już istniejących opracowań wykonanych przez instytuty, konsorcja zdrowia itp.

XX. Koordynacja realizacji zadań

Realizację zadań w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej koordynuje Pełnomocnik Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

* * *

Dokonanie przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej, zrealizowanie wytyczonych w programie celów powinno w efekcie doprowadzić do:

- zapewnienia pacjentom możliwości wyboru swojego lekarza,
- zapewnienia kompleksowej opieki, dostępnej w ciągu całej doby,
- zapewnienia koordynacji procesu diagnostyki i leczenia przez jednego lekarza z ułatwieniem dostępu do konsultacji, badań i zabiegów specjalistycznych,
- stworzenia możliwości poszerzenia zakresu świadczeń personelowi podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez unowocześnienie i poprawę warunków pracy,
- podniesienia prestiżu zawodowego personelu podstawowej opieki zdrowotnej z wyraźną poprawą jego uposażenia.



Władysław Pierzchała

GENEZA IDEI OPIEKI ZDROWOTNEJ SPRAWOWANEJ PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO

Podejmując problem doskonalenia ochrony zdrowia polskiej populacji, można posłużyć się doświadczeniami innych społeczeństw dla określenia naszych potrzeb zdrowotnych i właściwego przekształcania systemu ochrony zdrowia. Status zdrowotny polskiej populacji może być zbliżony do prezentowanego w tabeli 1.

Tabela 1

Stan zdrowia w populacji ogólnej (wg Kohna i White 1976)

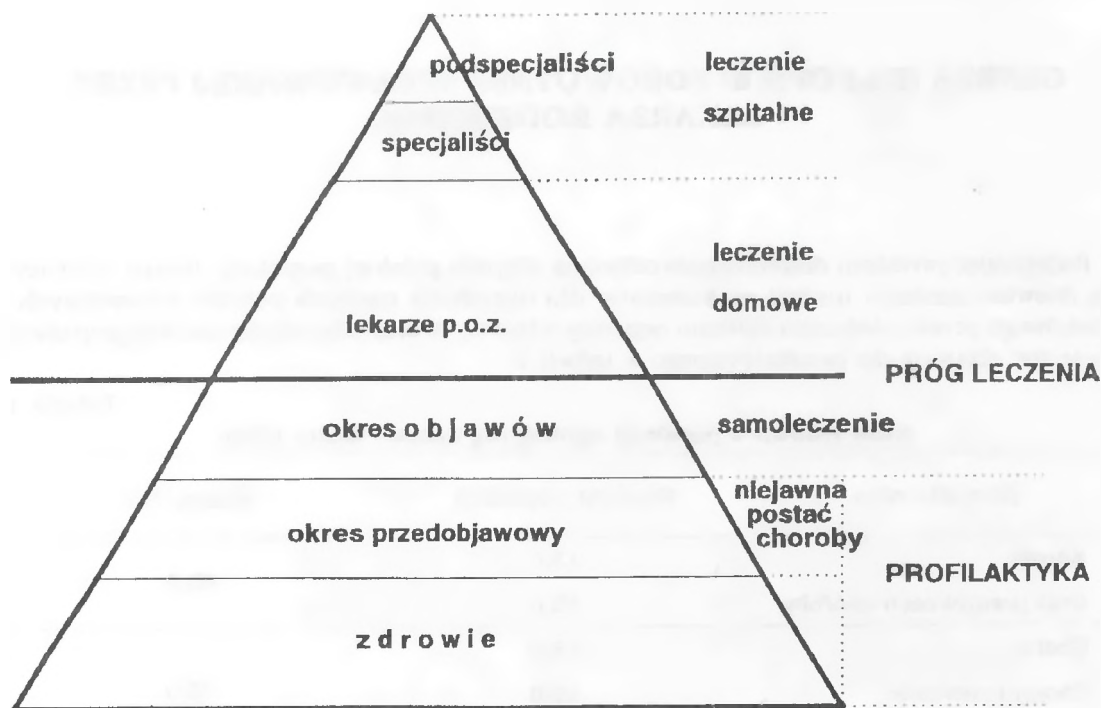
Stan zdrowia	Procent populacji	Razem (%)
Zdrowi	13,0	65,0
Brak jawnych cech choroby	52,0	
Chorzy	18,0	35,0
Chorzy przewlekłe	12,0	
Inwalidzi	5,0	

Wynika z niej, że ok. 35% obywateli wymaga leczenia. Zachowanie tych osób będzie jednak różne w zależności od subiektywnego odczuwania choroby i czynników obiektywnych. Przykładem jest dwutygodniowa analiza zachowań 1000 dorosłych osób w Londynie, u których wystąpiła choroba (tab. 2). 80% osób, mimo objawów choroby, nie zgłasza się do lekarza, z pozostałych zdecydowana większość zwraca się do lekarza podstawowej opieki i pozostaje w jego leczeniu. Tylko niewielu chorych wymaga leczenia szpitalnego.

Tabela 2

Ujawnienie się choroby i wynikające z tego faktu zachowania chorych
(wg Wadsworth i wsp. 1974)

Grupa chorych	Procent populacji chorych	Razem (%)
Bez objawów	5,0	5,0
Z obecnością objawów, nie konsultowani		
– nie podejmujący działań leczniczych	19,0	75,0
– podejmujący działania nielekarskie	56,0	
Leczeni		
– zgłaszający się do lekarza pierwszego kontaktu	17,0	20,0
– zgłaszający się do lekarza ambulatorium szpitalnego	2,5	
– przyjęci do szpitala	0,5	



Ryc. 1. „Kliniczna góra lodowa” (wg Fraser 1992)

Zatem „kliniczna góra lodowa” wygląda tak, jak przedstawia ją rycina 1. Wierzchołek jest doskonale widoczny dla lekarzy, bowiem wystaje ponad poziom - próg leczenia. Niewielką część szczytu zagospodarowują specjaliści, reszta zaś jest domeną leczenia domowego prowadzonego przez lekarzy opieki podstawowej. Pod powierzchnią progu leczenia kryje się dominująca część „klinicznej góry lodowej”, na którą składają się obszar objawów poddawanych samoleczeniu przez chorych, obszar utajonej choroby oraz obszar zdrowia. Te dwa ostatnie powinny być zakresem działań zapobiegawczych prowadzonych z inicjatywą lekarza i pod jego kontrolą.

Również znaczna część samodzielnie leczonych objawów, wśród których dominują ból, kaszel i zaziębienie, wymaga konsultacji lekarskiej. Niektóre dolegliwości częściej skłaniają chorych do kontaktu z lekarzem (tab. 4).

Tabela 3

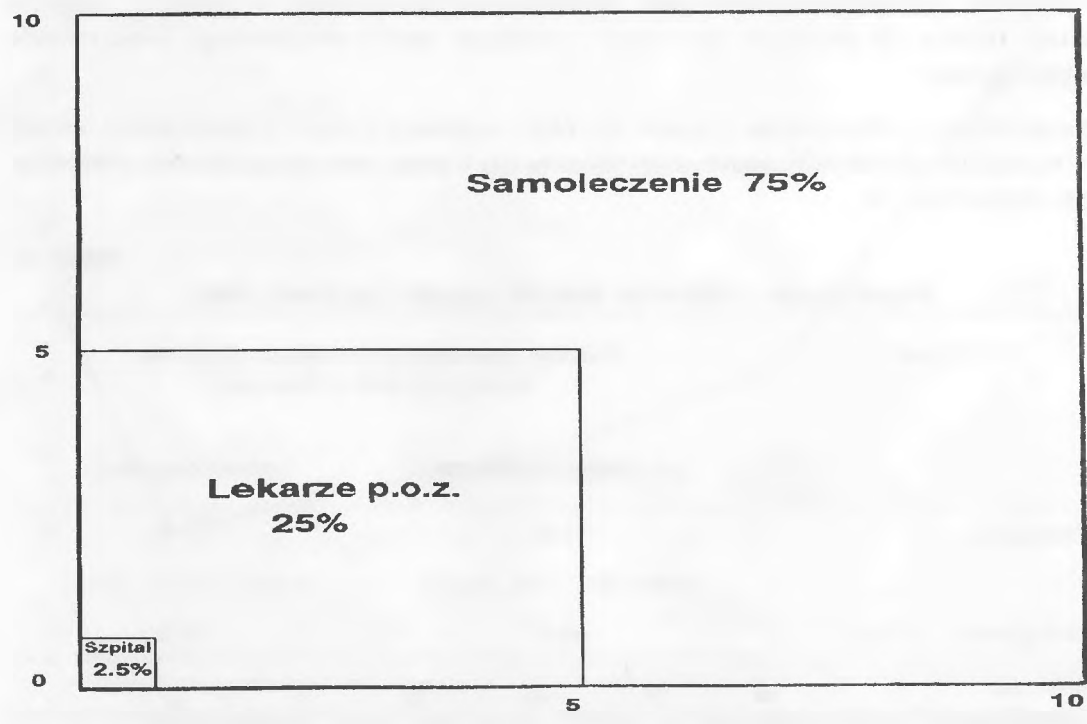
Główne objawy chorób poddawane samoleczeniu przez chorych (wg Fry 1978)

Objaw	Procent przypadków objawów poddawanych samoleczeniu
Ból	35,0
Kaszel i „zaziębienie”	25,0
Zaburzenia emocjonalne	20,0
Dyspepsja	10,0
Wysypka skórna	5,0
Inne	5,0

Tabela 4
Prawdopodobieństwo wizyty u lekarza z powodu wystąpienia określonego objawu
(wg Branks i wsp. 1975)

Objaw	Wskaźnik częstość epizodów : wizyta u lekarza
Osłabienie	456 : 1
Ból głowy	184 : 1
Dyspepsja	109 : 1
Bóle pleców	52 : 1
Bóle nóg	49 : 1
Zaburzenia emocjonalne	46 : 1
Bóle brzucha	29 : 1
Zaburzenia mięśniaczkiwania	20 : 1
Bóle gardła	18 : 1
Bóle w klatce piersiowej	14 : 1

Można przypuszczać, że o wskaźniku konsultacji decyduje poziom i zakres szeroko pojętej oświaty zdrowotnej, na co ma wpływ lekarz opieki podstawowej. U niego bowiem leczonych jest 25% wszystkich pojawiających się dolegliwości, podczas gdy szpitalnego leczenia wymaga 10 razy mniej przypadków (ryc. 2).



Ryc. 2. Poziom udzielanej pomocy w przypadkach wystąpienia objawów choroby (wg Fraser 1992)

Czynnikiem decydującym o częstotliwości konsultowania objawów choroby z lekarzem jest między innymi status socjalny chorego (tab. 5).

Tabela 5

Częstość wizyt lekarskich (w % konsultowanych objawów) a status socjalny osób konsultujących te objawy chorobowe z lekarzem (wg Koos 1954)

Objaw	Status socjalny		
	wysoki	średni	niski
Krwłomocz	100,0	93,0	69,0
Krew w stolcu	98,0	89,0	60,0
Guzek sutka	94,0	71,0	44,0
Krwawienie pozamiesiączkowe	92,0	84,0	54,0
Guz brzucha	92,0	65,0	34,0
Spadek wagi ciała	80,0	51,0	33,0
Przewlekłe bóle głowy	80,0	56,0	22,0
Przewlekły kaszel	77,0	78,0	23,0

Częstsze korzystanie z pomocy lekarskiej przez osoby o wyższym statusie nie może być tłumaczone łatwiejszym dostępem do tych usług. Przypuszczalnie decyduje tu poziom świadomości prozdrowotnej tych osób. Podniesienie tego poziomu w grupach o niższym statusie rozwija ich potrzeby zdrowotne i zwiększa szansę skutecznego postępowania profilaktycznego.

Konsekwencją „tolerowania objawów choroby”, wynikającą często z niedostatku oświaty zdrowotnej, jest gorsze rokowanie co do zdrowia niż u osób, które konsultowały z lekarzem swoje objawy (tab. 6).

Tabela 6

Konsekwencje „tolerowania objawów choroby” (wg Fraser 1992)

Objaw	Procent poważnych powikłań objawów występujących u chorych	
	nie konsultowanych	konsultowanych
Dyspepsja	74,0	17,0
	(w tym 29,0 – Ca. ventr.)	(w tym 13,0 Ca. ventr.)
Dolegliwości „sercowe”	66,0	35,0

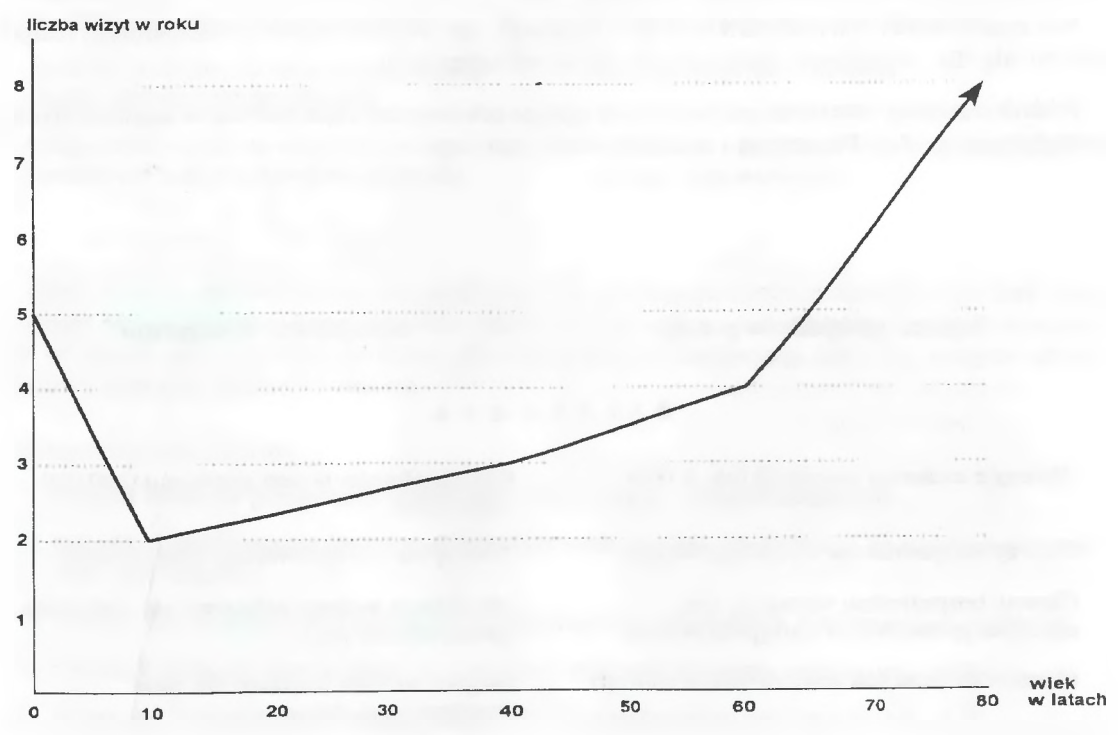
Prawdopodobieństwo rozpoznania choroby przez lekarza pierwszego kontaktu na podstawie jednego tylko objawu, z którym zgłasza się chory, jest duże w przypadku chorób najczęściej spotykanych (tab. 7).

Tabela 7

Prawdopodobieństwo rozpoznania choroby przez lekarza pierwszego kontaktu na podstawie jednego objawu, który był przyczyną zgłoszenia się do lekarza (na przykładzie kaszlu) (wg Morell 1976)

Rozpoznanie lekarza pierwszego kontaktu	Częstość (%)	Prawdopodobieństwo poprawności rozpoznania
Ostre zapalenie oskrzeli	36,0	duże
„Zaziębienie”	35,0	duże
Grypa	7,0	małe
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	6,0	małe
Zapalenie krtani	6,0	małe
Zapalenie płuc	1,9	bardzo małe
Gruźlica płuc	0,4	bardzo małe
Rak płuc	0.2	bardzo małe

Ma to decydujące znaczenie dla wdrożenia szybkiego postępowania leczniczego i profilaktyki wtórnej. Natomiast na potrzeby wczesnej diagnostyki rzadko występujących, poważnych chorób mogą być przygotowane zorientowane środowiskowo programy wspomagania diagnostyki, poszerzające kompetencje lekarza opieki podstawowej, oraz programy profilaktyki pierwotnej. Innym bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na częstość wizyt u lekarza jest wiek populacji. Najwięcej potrzeb zdrowotnych, wyrażających się częstością konsultacji, prezentują małe dzieci i ludzie starzy (ryc. 3).



Ryc. 3. Częstość wizyt u lekarza w zależności od wieku pacjentów

Podsumowaniem tej części może być stwierdzenie, że:

1. Około 1/3 populacji ogólnej może wymagać bezpośredniej opieki lekarskiej w związku z objawami choroby.
2. Zdecydowana większość chorób może być leczona przez lekarzy opieki podstawowej w warunkach domowych, a jedynie 1/10 tych zachorowań stanie się przedmiotem działań specjalistów w szpitalach.
3. Przeważający odsetek dolegliwości podlega samodzielnemu „leczeniu” przez chorych. Tolerowanie tych objawów bez konsultacji z lekarzem ma związek z niskim poziomem świadomości prozdrowotnej i nie pozostaje bez wpływu na konsekwencje zdrowotne u tych osób.
4. Prawdopodobieństwo rozpoznania choroby przez lekarza opieki podstawowej, na podstawie jednego jej objawu jest wysokie dla najczęściej występujących chorób. Wczesna diagnostyka innych chorób groźnych dla życia wymaga przygotowania zorientowanych środowiskowo programów wspomagających kompetencje lekarza opieki podstawowej.

Akademie medyczne przy swojej uniwersyteckości nauczania kształcą absolwentów dla określonych celów praktycznych. Cele te dyktowane są potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa i realizują się w ramach określonego systemu ochrony zdrowia, na które akademie medyczne nie mają większego wpływu. Z przedstawionych wcześniej informacji oraz z własnej analizy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, której rezultatem jest dokument „Strategia dla zdrowia”, wynika praktyczna celowość przeorientowania systemu kształcenia na opiekę podstawową. Zawiera to w sobie nie tylko element praktyczny, ale także - co warto podkreślić - stwarza alternatywę dla specjalistycznego, ukierunkowanego na chorobę profilu absolwenta. Istnieje zasadnicza różnica w strukturze, funkcji i orientacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza specjalisty.

Nie ma tu mowy o wyższości którejś z formacji, ale o odmienności i wzajemnym uzupełnianiu się dla osiągnięcia tych samych celów zdrowotnych.

Różnice między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistą w szpitalu zostały powtórzone za R.C. Fraserem i przedstawione poniżej.

Lekarz specjalista p.o.z.

Specjalista w szpitalu

S t r u k t u r a

Chorzy z nielicznej populacji (ok. 2 000)

Chorzy z bardzo licznej populacji (100 000 – 500 000)

Chorzy zarejestrowani u jednego lekarza

Chorzy nie są rejestrowani indywidualnie

Chorzy bezpośrednio wyrażają swą akceptację dla lekarza i miejsca leczenia

Akceptacja miejsca dokonuje się pośrednio (przez lekarza p.o.z.)

Miejsce leczenia jest środowiskiem chorego

Miejsce leczenia znajduje się poza środowiskiem chorego

Praktyki wykazują bardzo duże zróżnicowanie demograficzno-socjalne

Różnorodność szpitali jest ograniczona pod względem demograficzno-socjalnym

Lekarz specjalista p.o.z.**Specjalista w szpitalu****F u n k c j e**

Odpowiedzialność za zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych

Odpowiedzialność za specjalistyczne leczenie

Odpowiedzialność za wszystkie problemy zdrowotne niezależnie od płci, wieku i rodzaju schorzenia

Odpowiedzialność za specjalne problemy zdrowotne związane z wiekiem (pediatria), płcią (głn.-poł.), rodzajem schorzenia (np. onkologia)

Kontakt z najczęściej spotykanymi chorobami i problemami socjalnymi

Kontakt z rzadkimi chorobami lub rzadkimi postaciami popularnych chorób

Przestawianie z niezróżnicowanymi chorobami i problemami zdrowotnymi

Przestawianie z bardziej zdefiniowanymi postaciami chorób

Stała odpowiedzialność za chorego

Okresowa odpowiedzialność za chorego

Stała okazja do uczestniczenia w leczeniu tego samego chorego

Rzadka okazja do uczestniczenia w leczeniu tego samego chorego

O r i e n t a c j a

Zorientowanie na całego człowieka („medycyna holistyczna”)

Zorientowanie na jednostkę chorobową

Wykorzystywanie czasu (obserwacja) jako narzędzia diagnostycznego (*nice to know*)

Niewielkie wykorzystywanie czasu jako narzędzia diagnostycznego (*need to know*)

Duże znaczenie relacji chory/lekarz w procesie diagnostyczno-leczniczym

Słabo wykorzystywana relacja chory/lekarz w procesie diagnostyczno-leczniczym

Jeżeli nie leczenie, to sprawowanie opieki ciągłej i stosowanie profilaktyki

Jeżeli nie leczenie – to wypis

Przyjmowanie punktu widzenia chorego i uznawanie jego osobowej integralności

Mały poziom akceptacji dla punktu widzenia chorego i jego autonomii

Jeżeli system zorientowany na podstawową opiekę zdrowotną zostaje wybrany jako kierunek strategiczny ochrony zdrowia, wówczas wymagane jest określenie innych elementów, by całość była czytelna zarówno dla nauczających medycyny, jak i dla samych absolwentów i tworzyła jednolity system.

Elementami takimi są:

1. Rodzaj lekarza pierwszego kontaktu (optymalnie - lekarz rodzinny).
2. Sposób finansowania świadczeń zdrowotnych lekarza pierwszego kontaktu (optymalnie - *per capita*).
3. Restrykcja dostępności specjalisty (optymalnie - *via* lekarz pierwszego kontaktu).
4. Odsetek lekarzy specjalistów w systemie ochrony zdrowia (optimum - 50%).
5. Stosunek lekarzy pierwszego kontaktu do specjalistów (optimum 0,9 : 1,0).
6. Geograficzna i demograficzna organizacja systemu.
7. Sposób finansowania lekarzy specjalistów (raczej - *fee for service*).

8. Rodzaj lekarzy sprawujących opiekę nad chorymi w szpitalu (bez *num. clausus*).

9. Wymagania stawiane lekarzom dla prowadzenia praktyki szpitalnej (*num. clausus*).

Przy pomyślnym zrealizowaniu tych założeń systemowych, warunkiem osiągnięcia założonych celów przez podstawową opiekę zdrowotną jest spełnienie sześciu warunków w stosunku do praktyki lekarza opieki podstawowej.

1. Zapewnienie warunków „pierwszego kontaktu” z chorym.

2. Gwarancja długotrwałości opieki nad chorym.

3. Wszechstronność (funkcje lecznicze + funkcje profilaktyczne + oświata zdrowotna).

4. Koordynacja współpracy z innymi lekarzami poprzez właściwy przepływ informacji o chorym.

5. Koncentracja uwagi na sprawach rodziny i przejęcie odpowiedzialności za opiekę nad nią.

6. Orientacja środowiskowa działań lekarskich.

Właściwa polityka zdrowotna pozwala na uzyskanie wysokiego poziomu społecznej akceptacji, jak to ma miejsce w Holandii, Kanadzie i Szwecji (World Bank 1990). Istnieje również ogólny związek pomiędzy właściwym poziomem podstawowej opieki zdrowotnej a wysokim wskaźnikiem satysfakcji i niskim wskaźnikiem zachorowalności. Ponadto istotny w realizacji celów takiego systemu jest poziom wydatków budżetu centralnego na szkolnictwo i ochronę zdrowia (World Bank 1990).

Uformowany w oczekiwanym systemie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie mógł spełniać rolę, jaką mu określiła w 1974 roku tzw. Grupa Leeuwenhorsta. Ma to być dyplomowany lekarz, który w warunkach odpowiedniego szkolenia nabył umiejętności osobistej, pierwszej i ciągłej opieki lekarskiej nad chorym, jego rodziną oraz całą powierzoną mu populacją, niezależnie od płci i wieku tych osób i rodzaju ich chorób. W zakresie tych umiejętności jest on wyjątkowy w swoim rodzaju. Kontaktuje się z chorym w swoim gabinecie, w domu chorego lub czasem w szpitalu i klinice. Jego zadaniem jest postawienie wczesnego rozpoznania choroby. Do tego procesu włącza on i integruje czynniki fizyczne oraz elementy psychologiczne i socjalne oddziałujące na chorego. Na tej podstawie podejmuje wstępną decyzję dotyczącą wszystkich problemów przedstawionych mu przez chorego jako lekarzowi. Decyduje o taktyce postępowania w stosunku do przewlekle chorych, chorych na choroby nawracające i znajdujących się w stanie terminalnym.

Dzięki długotrwałemu kontaktowi z chorym i jego rodziną lekarz ten ma okazję zbierania informacji służących właściwemu zindywidualizowaniu postępowania lekarskiego. Staje się to podstawą budowy związku z chorym opartego na zaufaniu, które on, lekarz, potrafi zawodowo wykorzystać dla dobra chorego. Lekarz ten będzie praktykował we współpracy z innymi kolegami lekarzami i nielekarzami. Będzie wiedział, gdzie i w jaki sposób ingerować za pośrednictwem leczenia, profilaktyki lub oświaty w zachowanie podopiecznych w celu podtrzymania i utrwalania ich zdrowia. Przejmie również odpowiedzialność za środowisko społeczne, w którym działa.

Oczekiwania te nie mogą być zrealizowane bez udziału wyższej szkoły medycznej, dlatego też na całym świecie programy i struktury wydziałów medycznych podążały za reformami systemu ochrony zdrowia. Przykładowo, w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (Taylor R. 1993) w 1947 roku powstała *American Academy of General Practice* (AAGP) jako pierwsza poważna organizacja zajmująca się ciągłym szkoleniem medycznym. W 1971 roku zmieniła nazwę na *Academy of Family Physicians* (AAFP). W 1967 roku powołano *Society of Teachers of Family Medicine* (STFM) jako pierwszą organizację zrzeszającą nauczycieli zawodu. W 1975 roku rozpoczęto rezydenturę program specjalizacji podyplomowej w zakresie medycyny rodzinnej, a rok później przeprowadzono pierwszą weryfikację egzaminacyjną. Rok 1978 przyniósł powołanie *Association of Departments of Family Medicine* - pierwszej organizacji jednostek akademickich prowadzących nauczanie medycyny rodzinnej.

W 1990 roku *American Medical Association* przyjęło politykę zobowiązującą szkoły medyczne do powołania *family practice departments*, uznając potrzebę zapoznania studentów medycyny z tym modelem ochrony zdrowia. Było to bezpośrednio związane z podpisaniem przez prezydenta Busha ustawy *Medicare Physician Payment Reform*. W dwa lata później *Association of American Medical Colleges* zaleca, by połowa wszystkich dyplomów szkół medycznych była związana z uprawianiem zawodowym medycyny rodzinnej. Czyni to w przekonaniu, że szkoły medyczne powinny stwarzać warunki do zetknięcia się z opieką zdrowia o wysokiej społecznie przydatności.

W 1993 roku *Ltaton Committee on Medical Education* (LCME) w dokumencie „Struktura i funkcja szkoły medycznej” wyraża pogląd, że program nauczania klinicznego powinien zawierać takie dyscypliny, jak: medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, pediatria, psychiatria i chirurgia.

W ten sposób medycyna rodzinna osiągnęła w programach nauczania szkół medycznych równorzędność z innymi specjalnościami medycznymi.

Jest wielce prawdopodobne, że jesteśmy w stanie zrealizować podobne cele w naszych warunkach, uznając ich społeczny i ludzki wymiar.

PIŚMIENNICTWO

1. Banks M.H., Beresford S.A.A., Morrell D.C., Walter J.J., Watkins C.J.: *Factors influencing demand for primary medicine care in women aged 20-44 years: a preliminary report*. Int.J.Epidemiol. 1975, 4, 189.
2. *EASP Primary health care implementation (course)*. Documentation No 6. Granada 13-24 June 1994.
3. Fraser R.C.: *Clinical method. A general practice approach*. Butterworth-Heinemann. Oxford 1992.
4. Fry J.: *A new approach to medicine*. Lancaster. MTP Press 1978.
5. Fry J.: *The contribution of research to improving a family practice*, [in:] Family Medicine, Medaline J.H. Baltimore. Vaverley Press 1978.
6. Kohn R., White K.L.: *Health Care: An International Study*. Oxford. Oxford University Press 1976.
7. Koos E.L.: *The health of regtonville, what the people thought and did about it*. New York. Columbia University Press 1954.
8. *Leeuwenhorst Group: Working party appointed by the Secoud European Conference on the Teaching of General Practtice. The Genera Practitioner in Europe*. Natherlands 1974.
9. Morrel D.C.: *An Introduction to primary medical care*. Edinburg. Churchill Livingstone 1976.
10. Taylor R.B.: *Chronology of the evolution of family practice in the United States*, [in:] Family medicine principles and practica, Springer Verlag 1994.
11. Wadsworth M.E.J., Butterfield W.J.H., Blaney R.: *Perceptton of illness and use of services in an urban community*, [in:] Health and Sickness: The Choice of Treatment. London. Tavistock Publication 1971.
12. *World Bank.: World Development Report 1990*. Oxford 1990.

Marcin Bujak

UWARUNKOWANIA IMPLEMENTACJI ZACHODNICH SYSTEMÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA GRUNT POLSKI

Ostatnie lata przyniosły spadek realnych nakładów finansowych na ochronę zdrowia w naszym kraju, będący odzwierciedleniem trudności ekonomicznych całej polskiej gospodarki. Oczekiwanej przez społeczeństwo poprawy jakości usług zdrowotnych nie można więc przeprowadzić poprzez doinwestowanie istniejącego systemu. Rozwiązanie musi uwzględniać warunek, by nowy system nie tylko zapewniał wyższy standard usług, ale również był znacznie efektywniejszy pod względem ekonomicznym.

Umowa stowarzyszeniowa oraz akces pełnej integracji naszego kraju z Unią Europejską stanowią dogodny moment, by skorzystać z doświadczeń i rozwiązań sprawdzonych w innych krajach. Jednocześnie trudno wyobrazić sobie automatyczne powielenie jakiegokolwiek, choćby najlepszego systemu, w kraju o zupełnie innej kulturze i uwarunkowaniach społecznych czy ekonomicznych.

Ocena zachodnich systemów podstawowej opieki zdrowotnej powinna uwzględniać trzy podstawowe aspekty:

1. Efektywność opieki zdrowotnej, której miarą są:

A. 12 powszechnych wskaźników zdrowotności społeczeństwa, m.in.: długość życia, umieralność okołoporodowa noworodków, umieralność niemowląt, niska waga urodzeniowa, potencjalnie stracone lata życia, odsetek osób poddanych szczepieniom ochronnym.

B. Społeczna akceptacja systemu opieki zdrowotnej.

C. Syntetyczny wskaźnik opieki podstawowej, obejmujący: parametry charakterystyki zarówno systemu opieki zdrowotnej, jak i praktyki lekarza p.o.z.

2. Efektywność ekonomiczną systemu, której miarą są:

A. Nakłady finansowe na opiekę zdrowotną, w przeliczeniu na 1 osobę i w stosunku do produktu narodowego brutto.

B. Liczba lekarzy, w tym lekarzy p.o.z. świadczących usługi medyczne w ramach systemu.

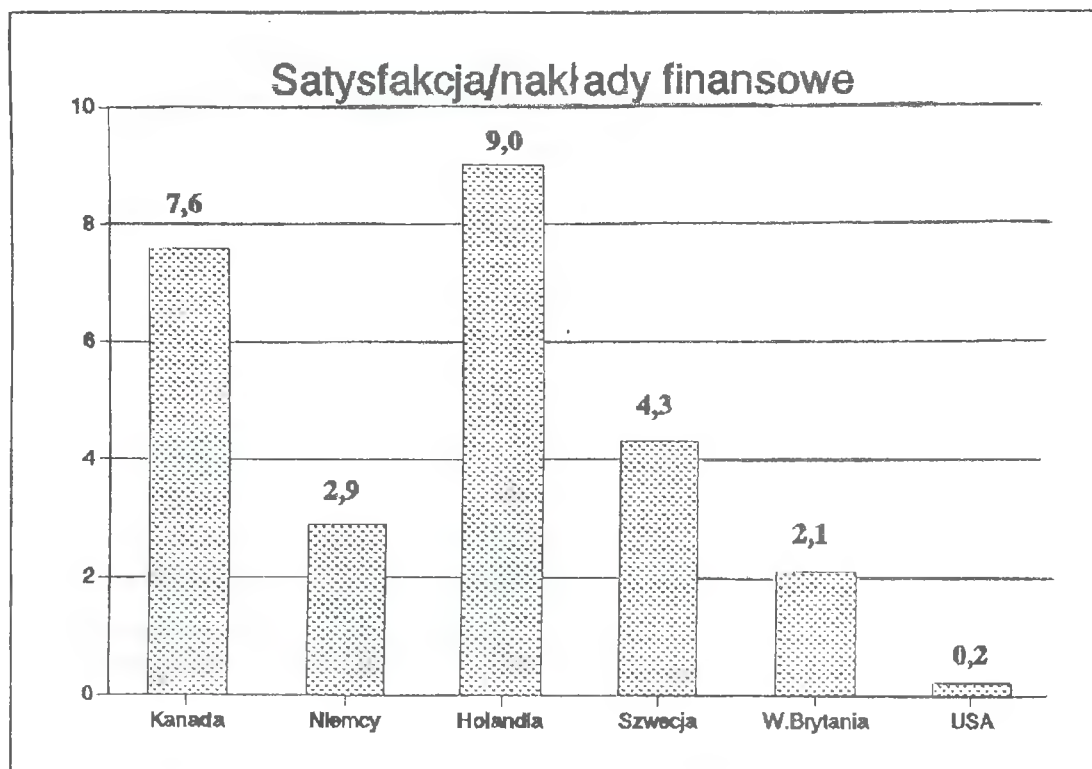
3. Zakres usług medycznych świadczonych w ramach p.o.z.

Tabela 1

Porównanie systemów podstawowej opieki zdrowotnej w różnych krajach

Wyszczególnienie	Belgia	Kanada	Dania	Finlandia	Niemcy	Holandia	Szwecja	W. Brytania	USA
System opieki zdrowotnej	nieregulowana podstawowa o.z.	nieregulowana podstawowa o.z.	częściowo regulowana prywatna o.z.	publiczna, ośrodki zdrowia	nieregulowana na prywatna o.z.	regulowana podstawowa o.z.	publiczna, ośrodki zdrowia	regulowana prywatna o.z.	nieregulowana na prywatna o.z.
Lekarz p.o.z.	lekarz rodzinny (ogólny)	lekarz rodzinny (ogólny)	lekarz rodzinny (ogólny)	lekarz ogólny	lekarz rodzinny (ogólny)	lekarz rodzinny (ogólny)	specjalista / lekarz ogólny	lekarz rodzinny (ogólny)	lekarz rodzinny, internista, pediatra, inny specjalista
Procent aktywnych lekarzy o wąskich specjalnościach	47	48	65	63	46	65	77	37	87
Wejście pacjenta w system o.z.	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z. lub wolny dostęp	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z. lub wolny dostęp	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z.	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z.	wolny dostęp, skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z.	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z.	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z. lub wolny dostęp	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z. lub wolny dostęp	skierowanie do specjalisty od lekarza p.o.z. lub wolny dostęp
Ciągłość opieki (związku pacjenta z lekarzem)	słaba	różna	dobra; odrębne listy pacjentów dla każdego lekarza	średnia	słaba	dobra; odrębne listy pacjentów dla każdego lekarza	średnia	dobra; odrębne listy pacjentów dla każdego lekarza	różna
Zakres opieki	słaby	dobry; opieka prewencyjna, stomatologiczna, psychiatryczna	średni; dobra prewencja dzieci, słaba dorosłych	średni; dobra prewencja dzieci, słaba dorosłych	różne programy prewencji, opieka stomatologiczna	programy prewencji prowadzone w sektorze publicznym; słaba prewencja dorosłych	dobry; doskonała opieka nad dziećmi i ciężarnymi, słaba prewencja dorosłych	średni; dobra prewencja dzieci, słaba dorosłych	zakres bardzo zróżnicowany
Orientacja prorodzinna opieki	tak	tak	tak	średnia	słaba	tak	średnia	tak	słaba
Orientacja społeczna opieki	słaba	różna	średnia	wysoka	słaba	średnia	dobra	średnia	słaba
Syntetyczny wskaźnik opieki podstawowej	0,8	1,2	1,5	1,5	0,5	1,5	1,2	1,7	0,2

o.z. – opieka zdrowotna, p.o.z. – podstawowa opieka zdrowotna



Ryc. 1. Wskaźnik stosunku satysfakcji społecznej z systemu opieki zdrowotnej do nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

Tabela 2

Porównanie wskaźników opieki zdrowotnej z nakładami finansowymi na opiekę

Kraj	Wskaźnik ¹ opieki podstawo- wej	Wskaźnik satysfakcja/ /nakłady finansowe	Wskaźniki ² zdrowotne 1/3 górna	Wskaźniki ² zdrowotne 1/3 dolna	Procent PNB na ochronę zdrowia	Wydatki na ochronę zdrowia ³
Belgia	0,8	NA*	0	9	7,2	980
Kanada	1,2	7,6	5	0	8,7	1680
Dania	1,5	NA	0	3	6,3	910
Finlandia	1,5	NA	5	6	7,1	1070
Niemcy	0,5	2,9	1	7	8,2	1230
Holandia	1,5	9,0	10	0	8,3	1135
Szwecja	1,2	4,3	10	0	8,8	1360
W. Brytania	1,7	2,1	0	8	5,8	835
USA	0,2	0,2	1	7	11,8	2355

PNB – produkt narodowy brutto, ¹ – syntetyczny wskaźnik opieki podstawowej z tab. 1, ² – liczba wskaźników (spośród 12), które mieszczą się wśród 1/3 najlepszych bądź najgorszych, ³ – wydatki w dolarach USA na głowę mieszkańca, * – brak danych.

Tabela 3

Liczba lekarzy, struktura zatrudnienia i zarobków

Kraj	Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców	Roczna liczba konsultacji lekarskich	Procent lekarzy o wąskich specjalnościach	Stosunek zarobków lekarzy p.o.z. do specjalistów
Belgia	3,3	7,5	47	NA
Kanada	2,2	6,6	48	2:3
Dania	2,7	5,2	65	1:1
Finlandia	1,9	3,7	63	1:1
Niemcy	2,9	11,5	46	NA
Holandia	2,4	5,1	65	<1
Szwecja	2,9	2,8	77	>1
W. Brytania	1,4	4,5	37	1:1
USA	2,3	5,3	87	0,6:1

Dokonując analizy możliwości implementacji poszczególnych systemów bądź ich kombinacji do naszych potrzeb, trzeba uwzględnić polskie uwarunkowania, wynikające z:

- przyzwyczajeń kulturowych społeczeństwa,
- aktualnego stanu organizacyjnego p.o.z.,
- posiadanych zasobów ludzkich i materialnych,
- możliwości organizacyjnych i finansowych.

Podstawowe kryterium oceny przydatności zachodnich systemów opieki zdrowotnej dla polskich warunków stanowi możliwość:

- poprawy jakości opieki zdrowotnej i jej efektywności ekonomicznej,

przy

- minimalizacji koniecznych przekształceń i reorganizacji, z maksymalnym wykorzystaniem istniejącej bazy ludzkiej i materialnej.

Typowym przykładem "ślepej uliczki", w jakiej może się znaleźć opieka zdrowotna, jest system ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych, gdzie najwyższe w świecie nakłady finansowe na opiekę zdrowotną absolutnie nie znajdują odzwierciedlenia w jej efektywności.

Wszystkie badania i analizy międzynarodowe wyraźnie wskazują, że narodowe systemy ochrony zdrowia opierające się na instytucji lekarza rodzinnego charakteryzują się daleko lepszymi wskaźnikami jakości niż systemy, w których nie ma wyraźnej granicy między podstawową a specjalistyczną opieką zdrowotną.

W krajach Wspólnoty Europejskiej najgorzej wypada system ochrony zdrowia w Niemczech, choć znowu - paradoksalnie - nakłady finansowe na ochronę zdrowia odbiegają wyraźnie "w górę" od średniej europejskiej.

Można pokusić się o ocenę porównawczą jakości opieki w różnych krajach, odnosząc ją do sposobu wynagradzania i wysokości zarobków lekarzy p.o.z. Istnieją trzy podstawowe systemy wynagradzania lekarzy p.o.z.:

- opłaty za każdą wykonaną usługę (*fee for service*),
- ryczałt zależny od liczby osób objętych opieką (*per capita*),
- płaca etatowa,

oraz systemy stanowiące kombinację powyższych.

Najgorsze wskaźniki występują w krajach, gdzie wynagradzanie lekarzy opiera się wyłącznie na opłatach za wykonane usługi, choć jednocześnie zarobki lekarzy są tam najwyższe. Znajdujący się na przeciwnym biegunie system oparty na płacy etatowej, krytykowany powszechnie jako antymotywacyjny, również charakteryzuje się niską jakością świadczeń

zdrowotnych. Zdecydowanie najkorzystniejsze okazuje się wynagradzanie lekarzy uzależnione od liczby osób objętych opieką. System ten najsilniej motywuje lekarzy do podejmowania działań prozdrowotnych i prewencyjnych.

Systemy ochrony zdrowia najbliższe modelowi idealnemu wyróżniają się następującymi cechami:

- regulowany przez państwo systemem p.o.z.,
- lekarz rodzinny jest lekarzem pierwszego kontaktu,
- zrównowazona proporcja specjalistów medycyny rodzinnej do specjalistów innych dziedzin, łącznie z porównywalnymi wynagrodzeniami w obydwu grupach,
- długoletni związek pacjentów z lekarzem p.o.z.

Dania, Holandia, Kanada i Wielka Brytania prezentują się zdecydowanie najkorzystniej, chociaż w Wielkiej Brytanii sporo do życzenia pozostawia poziom zadowolenia społeczeństwa z istniejącego systemu, w Kanadzie zaś koszty opieki zdrowotnej znacznie przekraczają średnią.

Dokonując zbiorczej analizy systemów opieki zdrowotnej opartych na instytucji lekarza rodzinnego, trzeba podkreślić aspekty, stanowiące o sile i skuteczności tego rozwiązania. Są to:

1. Pełna dostępność i równość opieki podstawowej dla wszystkich osób.
2. Ciągłość opieki zdrowotnej.
3. Wyraźna granica między podstawową a specjalistyczną opieką zdrowotną.
4. Pełne wykorzystanie wiedzy i umiejętności specjalistów w ramach konsultacji specjalistycznych i leczenia szpitalnego.
5. Szeroki zakres i wysoki poziom kompetencji usług lekarzy rodzinnych.
6. Standardy postępowania lekarskiego eliminujące zachowania typowe dla medycyny defensywnej.
7. Dobra współpraca lekarzy rodzinnych z innymi jednostkami p.o.z.: pielęgniarkami środowiskowymi, położnymi, gabinetami rehabilitacji.
8. Oparcie działalności lekarskiej na wynikach aktualnych badań naukowych w podstawowej opiece zdrowotnej.
9. Powszechny system monitorowania i kontroli jakości usług medycznych.

Dotychczasowy polski system podstawowej opieki zdrowotnej charakteryzuje się, obok długiego szeregu powszechnie znanych niedomagań, także bardzo istotnymi zaletami, które pozytywnie go wyróżniają na tle systemów zachodnich. Należą tu przede wszystkim:

1. Dobrze zorganizowana opieka pediatryczna wraz z programami prewencyjnymi i badaniami przesiewowymi.
2. Wysoki odsetek specjalistów wśród lekarzy p.o.z., choć często ich wiedza wąkospecjalistyczna jest wykorzystywana w praktyce jedynie w niewielkim stopniu.
3. Istniejąca baza materialna przychodni rejonowych wraz z zapleczem diagnostycznym.
4. Krajowe bądź regionalne programy badań profilaktycznych i przesiewowych.

Program przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce planowany jest jako proces długofalowy, obliczony na około 20 lat. Gwarantuje to naturalną rotację kadry lekarskiej. Dopiero po roku 2010 większość mieszkańców naszego kraju będzie posiadać "swojego" lekarza rodzinnego.

Przy nakładach na opiekę zdrowotną rzędu 75\$ USA rocznie (w przeliczeniu na 1 mieszkańca), czyli dwukrotnie mniejszych niż w Turcji czy dziesięciokrotnie mniejszych niż w Wielkiej Brytanii, nie można podejmować prób całkowitej przebudowy systemu. Istniejące zaplecze materialne: budynki poradni rejonowych, aparatura diagnostyczna, sprzęt medyczny muszą zostać w pełni wykorzystane. Sugeruje to optymalny sposób osadzania lekarzy rodzinnych poprzez przekształcanie istniejących poradni rejonowych w praktyki lekarzy rodzinnych. Zwłaszcza w pierwszym etapie poszczególne przychodnie muszą w całości być przekształcane w ośrodki lekarzy rodzinnych. Pozwoli to uniknąć sytuacji stresujących pacjentów lekarza rodzinnego, którym trudno byłoby się pogodzić z zablokowaniem dostępu do specjalisty przyjmującego "drzwi obok". Mając jeden z najwyższych w świecie wskaźnik liczby lekarzy pediatrów, nie można nagle zrezygnować z ich usług. Przez wiele lat będą oni pełnić, na równi z lekarzem rodzinnym, opiekę medyczną nad małym pacjentem. Inne zadania docelowo przeznacza się specjalistom pozostałych dziedzin medycznych – jest to rola konsultantów, do której z racji posiadanych specjalizacji są najbardziej predestynowani.

Wprowadzenie lekarzy rodzinnych w system ochrony zdrowia musi być ściśle powiązane z opracowywaniem standardów postępowania diagnostycznego i leczniczego, dostosowanych do specyfiki pracy lekarza rodzinnego. Medycyna rodzinna stanowi z definicji przeciwieństwo medycyny defensywnej, charakterystycznej dla wąskich specjalności. Opracowane i zaakceptowane w środowisku lekarskim wytyczne postępowania będą z jednej strony stanowić zabezpieczenie prawne lekarza rodzinnego, poruszającego się w obszarze znacznego ryzyka, z drugiej staną się istotnym czynnikiem wzrostu jakości usług. Podstawą opracowania standardów powinny być wyniki badań naukowych prowadzonych w podstawowej opiece medycznej. Fenomen „wierzchołka góry lodowej” (omówiony w artykule W Pierzchały: *Geneza idei opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarza rodzinnego*) uniemożliwia wyciągnięcie prawidłowych wniosków epidemiologicznych jedynie na podstawie danych statystycznych pochodzących z lecznictwa zamkniętego. Zebranie wiarygodnych informacji wymagać będzie aktywnej postawy uniwersyteckich departamentów medycyny rodzinnej w zakresie organizacji i opracowania programów badawczych.

Jakość usług medycznych staje się stopniowo ogniskiem zainteresowania administratorów ochrony zdrowia w całym świecie. Stopniowo wprowadzane są kolejne programy monitorowania i kontroli jakości. Ostatnie lata przyniosły lawinowy wzrost publikacji dotyczących społecznych wskaźników opieki zdrowotnej: poziomu zadowolenia z usług zdrowotnych czy subiektywnej oceny stanu zdrowia/poczucia choroby pacjentów. Rządy wielu krajów coraz wyraźniej uświadamiają sobie, że podstawowym kryterium oceny jakości opieki zdrowotnej są wskaźniki satysfakcji społecznej, wiele ekip rządowych przekonało się o tym dobitnie w trakcie wyborów parlamentarnych. Dostępny jest szeroki wachlarz narzędzi służących analizie różnych parametrów jakościowych. Standaryzowane kwestionariusze i systemy klasyfikacyjne dostosowane do specyfiki opieki podstawowej czekają na przeniesienie na polski grunt.

PIŚMIENNICTWO

1. Boerma W.G.W., de Jong F.A.J.M., Mulder P.H.: *Health Care and General Practice across Europe*. NIVEL 1993.
2. Franco C.: *The German Health Care System*. Congressional Research Service. The Library of Congress 1992.
3. Fuchs B.C., Sokolovsky J.: *The Canadian Health Care System*. Congressional Research Service. The Library of Congress 1992.
4. Iglehart J.K.: *Health Care Reform - The States*. N.Eng.J.Med. 1994, 330, 75.
5. Iglehart J.K.: *Health Care Reform - The Role of Physicians*. N.Eng.J.Med. 1994, 330, 728.
6. Iglehart J.K.: *Health Care Reform and Graduate Medical Education*. N.Eng.J.Med. 1994, 330, 1167.
7. Lamberts H., Wood M., Hofmans-Okkes I.: *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford University Press 1993.
8. McWhinney I.R.: *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press 1989.
9. Schieber G.J., Poullier J.P., Greenwald L.M.: *Health Care Systems in Twenty Four Countries*. [in:] Health Affairs. Fall 1991.
10. Starfield B.: *Cross-national Comparisons of Primary Care*. [in:] Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Press Inc. 1992.
11. Starfield B.: *Primary Care and Health. A Cross-National Comparison*. JAMA 1991, 266 (16), 2268.
12. Woolf S.H.: *Practice Guidelines: A New Reality in Medicine*. Arch. Intern.Med. 1990, 150, 1811 (part I), 1992, 152, 946 (part II).

Autor artykułu:

Dr n. med. Marcin Bujak – kierownik Kolegium Medycyny Rodziny, koordynator Regionalnego Ośrodka Kształcenia w Katowicach

Władysław Pierzchała

IDEA POWOŁANIA REGIONALNEGO FORUM PROMOCJI MEDYCYNY RODZINY JAKO NIEINSTYTUCJONALNEJ FORMY KONSORCJUM IMPLEMENTACJI I PROMOCJI

Dostrzegając potrzebę wypracowania na poziomie regionalnym optymalnych rozwiązań organizacyjnych, mających na celu wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej modelu opieki podstawowej opartej na instytucji lekarza rodzinnego, z inicjatywy Rektora Śląskiej Akademii Medycznej powołane zostało przez lekarzy wojewódzkich w Bielsku-Białej, Częstochowie, Katowicach i Opolu w formie listu intencyjnego Regionalne Forum Promocji Medycyny Rodziny.

Za programowe cele Forum uznano:

- promocję modelowych przekształceń w podstawowej opiece zdrowotnej regionu,
- inicjowanie regionalnych zmian finansowania podstawowej opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie rynku wewnętrznego na usługi medyczne świadczone przez lekarzy rodzinnych, opartego na systemie kontraktów,
- uczestniczenie w promocji jakości podstawowej opieki zdrowotnej i w badaniach gwarancji jakości poziomu usług świadczonych przez ośrodki lekarza rodzinnego.

Radę Programową Forum stanowią przedstawiciele:

- Rektora Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach,
- Lekarza Wojewódzkiego w Bielsku-Białej,
- Lekarza Wojewódzkiego w Częstochowie,
- Lekarza Wojewódzkiego w Katowicach,
- Lekarza Wojewódzkiego w Opolu

oraz

- przedstawiciele akredytowanych do kształcenia lekarzy rodzinnych w trybie rezydentur ośrodków regionu.

Radzie Programowej Forum przewodniczy przedstawiciel Rektora Śląskiej Akademii Medycznej.

Forum powierzyło Regionalnemu Ośrodkowi Kształcenia w Katowicach misję zorganizowania w regionie - przy wykorzystaniu kadry lekarzy rodzinnych wykształconych w skróconym trybie - modelowych praktyk zespolonych lekarza rodzinnego.

Harmonogram organizacji tych praktyk, uwzględniający ich formę oraz lokalizację, Regionalny Ośrodek Kształcenia w Katowicach przedłoży Forum po zakończeniu kwalifikowania na szkolenie w trybie skróconym.

Uwzględniając fakt, iż dla organizacji naukowych praktyk planowane jest wspomaganie finansowe w zakresie wyposażenia i remontów adaptacyjnych, Radzie Programowej Forum powierzono reprezentowanie regionu wobec Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia.

List intencyjny w sprawie powołania Regionalnego Forum Promocji Medycyny Rodziny uzupełnia załącznik określający szczegółowe założenia systemu modelowych praktyk zespolonych lekarza rodzinnego, przyjmując ich organizację w formie:

- publicznej,
- akademickiej,
- grupowej.

Idea Forum, realizowana w trakcie naboru do kształcenia w trybie skróconym, zaowocowała współdziałaniem Regionalnego Ośrodka Kształcenia w Katowicach i lekarzy wojewódzkich regionu w tworzeniu projektu sieci modelowych praktyk zespolonych i wypracowaniu form organizacyjnych, w których będą funkcjonowały.

Idea Forum udrożni proces implementacji lekarzy rodzinnych w system podstawowej opieki zdrowotnej, przy założeniu, iż dalsze współdziałanie pozwoli na wypracowanie:

- modelu kontraktów na świadczenie usług,
- zasad funkcjonowania praktyk w systemie dla zapewnienia ciągłości opieki i przewodnictwa po nim,
- optymalnych dla praktyki lekarza rodzinnego rozwiązań funkcjonalnych lokali przeznaczonych na ich organizację,
- minimalnych standardów wyposażenia,
- form i sposobów prowadzenia dokumentacji medycznej, pozwalających na ich wykorzystanie w badaniach jakości usług,
- zasad włączenia praktyk w ciągły proces edukacyjny lekarzy rodzinnych i badawczy w zakresie monitoringu przyczyn konsultacji, skarg i objawów zgłaszanych przez pacjentów oraz wstępnych i ostatecznych rozpoznań.

Marcin Bujak

PROMOCYJNA I EDUKACYJNA ROLA MODELOWYCH PRAKTYK ZESPOLONYCH

Proces przemian w podstawowej opiece zdrowotnej rozpoczął się wraz z rozpoczęciem szkolenia w zakresie nowej specjalizacji lekarskiej - lekarza rodzinnego. Nawet najbardziej zawzięci krytycy instytucji lekarza rodzinnego w Polsce przyznają, że we wszystkich krajach zachodnich, w których opieka zdrowotna sprawowana jest głównie przez lekarza rodzinnego jako lekarza pierwszego kontaktu, system ten sprawdza się doskonale, tak pod względem organizacyjnym, jak i finansowym. Społeczna akceptacja i poziom zadowolenia pacjentów z usług medycznych są w tych krajach daleko wyższe, niż w krajach o wolnym dostępie do specjalistów, niezależnie od sposobu finansowania opieki zdrowotnej. U nas wątpliwości budzi więc nie sama idea, lecz realne możliwości bezpiecznego wprowadzenia lekarza rodzinnego w funkcjonujące struktury służby zdrowia.

Implementacja lekarza rodzinnego w polskim systemie opieki zdrowotnej jest uzależniona od wielu czynników i uwarunkowań. Do głównych należą:

1. Opór środowiska lekarskiego przed nową specjalizacją, wynikający z zachowań konserwatywnych.
2. Obawa społeczeństwa przed nieznaną, nową jakością w opiece medycznej.
3. Inercja lokalnych administratorów służby zdrowia, związana z obawą przed nieuniknionym zamętem okresu przejściowego.
4. Brak sprawdzonych krajowych wzorców i rozwiązań organizacyjnych instytucji lekarza rodzinnego.
5. Niewystarczająca i niedokładna informacja w środkach masowego przekazu dotycząca przekształceń w podstawowej opiece zdrowotnej.
6. Brak dostatecznej liczby wykształconych lekarzy rodzinnych.
7. Brak kadry nauczycieli medycyny rodzinnej.
8. Brak odpowiednio wykształconego personelu pomocniczego - asystentów medycznych lekarza rodzinnego.

Pierwsi specjaliści medycyny rodzinnej, przeszkoleni skróconym trybem w trakcie 6-miesięcznych kursów zorganizowanych przez Regionalne Ośrodki Kształcenia, pojawiają się na rynku usług medycznych na przełomie 1994 roku, kolejni uzyskują specjalizację w połowie roku 1995. Od społecznego odbioru tej pierwszej grupy lekarzy rodzinnych w ogromnym stopniu zależeć będzie powodzenie całej idei docelowego oparcia polskiej podstawowej opieki zdrowotnej na lekarzu rodzinnym. Nieufne środowisko lekarskie z uwagą będzie oceniać działalność pierwszych praktyk.

Na terenach wiejskich sytuacja jest oczywista: dotychczasowe ośrodki zdrowia bez większych kłopotów mogą przekształcić się w praktyki lekarza rodzinnego. Zdecydowanie bardziej skomplikowana sytuacja występuje w ośrodkach wielkomiejskich. W strukturze zespołów opieki zdrowotnej trudno będzie zrealizować wariant współistnienia w jednej przychodni rejonowej lekarzy specjalistów, którzy łącznie z lekarzem rodzinnym sprawowałyby opiekę nad tą samą populacją osób.

Piętrzące się trudności można pokonać wprowadzając na okres przejściowy modelowe praktyki lekarza rodzinnego. Ich główne zadanie polegałoby na realizacji dwóch podstawowych funkcji: 1) **promocyjnej** oraz 2) **edukacyjnej**.

W miastach o dużym zagęszczeniu mieszkańców celowe jest wprowadzenie w pierwszym okresie praktyk zespolonych, w których pracowałoby kilku lekarzy rodzinnych, najlepiej o różnej specjalizacji wyjściowej. Ponieważ takie praktyki składałyby się z lekarzy przeszkolonych w trybie skróconym, każdy z nich miałby za sobą doświadczenia w zakresie posiadanej specjalności: chorób wewnętrznych czy pediatrii. Lekarze ci mogliby zatem w pierwszym okresie dodatkowo wspierać się wzajemnie swoim dotychczasowym doświadczeniem.

PROMOCJA

Rola modelowych praktyk zespolonych lekarza rodzinnego w zakresie promocji medycyny rodzinnej musi się realizować na wielu płaszczyznach. Przede wszystkim praktyki te powinny stanowić pozytywny wzorzec, inspirując do podnoszenia poziomu wiedzy.

Jednym z najważniejszych zadań modelowych praktyk zespolonych jest stworzenie w środowisku jednoznacznego obrazu różniącego praktykę lekarza rodzinnego od innych jednostek podstawowej opieki zdrowotnej. Całość rozwiązań organizacyjnych powinna umożliwiać pełną realizację podstawowych funkcji lekarza rodzinnego:

- zapewnienia ciągłości opieki zarówno długofalowej, jak i całodobowej,
- zapewnienia pacjentom komfortu psychicznego, traktowania ich podmiotowo, a nie przedmiotowo,
- wykonywania podstawowych badań diagnostycznych w jednym miejscu,
- właściwego kierowania pacjentów (w razie potrzeby) do odpowiednich jednostek opieki zdrowotnej,
- promowania postaw i zachowań prozdrowotnych.

Realizacja całodobowej opieki lekarskiej powinna się odbywać, podobnie jak w innych krajach, na zasadzie rotacyjnych dyżurów lekarzy z dwóch sąsiadujących praktyk grupowych. Oczywiście, nie wyklucza to interwencji lekarzy pogotowia ratunkowego w sytuacjach nagłych, lecz pozwoli wyeliminować nagminną praktykę wzywania zespołów pogotowia do przypadków absolutnie nie kwalifikujących się jako nagłe czy zagrażające życiu.

Istotną poprawę jakości opieki medycznej zapewni chorem:

- a) wprowadzenie godzinowego systemu konsultacji lekarskich (zapisy telefoniczne),
- b) uzgadnianie terminów konsultacji i badań specjalistycznych przez personel praktyki,
- c) pobieranie materiału do badań laboratoryjnych na terenie praktyki, bez odsyłania chorych do poszczególnych laboratoriów,
- d) funkcjonalny układ architektoniczny praktyki, dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych i dzieci, a równocześnie nie zmuszający pacjentów do wystawiania przed drzwiami gabinetu lekarskiego,
- e) dobry standard praktyki, wraz z odpowiednim wyposażeniem medycznym i administracyjnym,
- f) „cywilny” ubiór personelu, szczególnie ważny w kontaktach z małymi dziećmi,
- g) możliwość przysyłania recept wystawionych w wyniku konsultacji telefonicznych bezpośrednio do współpracującej apteki.
- h) czytelność wszelkiej dokumentacji wystawianej choremu (wydrucki komputerowe).

Modelowe praktyki zespolone mogą stanowić bezpieczne „poletko doświadczalne” dla sprawdzania różnych systemów finansowania, od bardzo zbliżonego do budżetowego aż do formy przypominającej brytyjski *fund-holding*, czyli system, w którym całość środków przeznaczonych na opiekę ambulatoryjną (konsultacje specjalistów, wszelkiego typu badania diagnostyczne, ewentualnie także koszty przepisywanych leków) pozostanie w dyspozycji lekarza rodzinnego.

Bezpośrednia zależność między oszczędnościami finansowymi a wysokością indywidualnych dochodów lekarskich jest rozwiązaniem najbardziej „rynkowym”, choć może budzić pewne wątpliwości natury etycznej. Skutecznym zabezpieczeniem przed nadużywaniem takiego systemu finansowego powinna stać się skoordynowana dla całej sieci modelowych praktyk kontrola jakości usług medycznych, gwarantująca dobry standard usług, niezależnie od przyjętych rozwiązań organizacyjnych i finansowych.

Poprzez ścisłą współpracę z zakontraktowanymi specjalistami powstanie także rynek usług specjalistycznych. Dla wielu prywatnie praktykujących specjalistów możliwość kontraktowania usług zlecanych przez lekarza rodzinnego stanie się bardzo atrakcyjną perspektywą. W dalszej przyszłości można oczekiwać trwałego ukształtowania się rynku usług specjalistycznych opartych na indywidualnych kontraktach z poszczególnymi praktykami lekarzy rodzinnych.

Różne systemy wynagradzania pracy lekarza rodzinnego, przyjęte w różnych modelach, umożliwią w krótkim okresie czasu porównawczą ocenę efektów i nakładów finansowych. Ułatwi to wybór jednego lub kilku alternatywnych, optymalnych systemów organizacyjno-finansowych, które obowiązywałyby później na terenie całego kraju.

EDUKACJA

Roli zespolonych praktyk modelowych w procesie kształcenia nie sposób przecenić. Poprzez swoją lokalizację w pobliżu akredytowanych ośrodków prowadzących kształcenie medycyny rodzinnej w trybie rezydenckim stanowią będą przez wiele lat podstawową bazę dydaktyczną dla praktycznego szkolenia lekarzy. W tych właśnie ośrodkach osoby szkolone będą poznawały w praktyce medycynę rodzinną, konfrontując defensywną medycynę kliniczną, znaną z praktyki szpitalnej, z całkowicie innym podejściem lekarza-generalisty. Zgodnie z wytycznymi Europejskiej Unii Lekarzy Rodzinnych, obowiązującymi w krajach Wspólnoty Europejskiej, w procesie kształcenia specjalistów medycyny rodzinnej co najmniej 6 miesięcy musi przypadać na praktykę w szkoleniowym ośrodku lekarza rodzinnego.

Modelowe praktyki zespolone muszą być w pełni przygotowane do pełnienia ciągłej funkcji edukacyjnej w systemie kształcenia w trybie rezydenckim i skróconym lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej oraz studentów medycyny. Oznacza to możliwość prowadzenia samodzielnych konsultacji – zarówno dla kształcących się lekarzy-rezydentów, jak i praktykujących lekarzy rodzinnych – w takich samych warunkach, a nie w przypadkowych pomieszczeniach.

Żadne zajęcia teoretyczne ani symulacyjne nie zastąpią praktycznego doświadczenia w organizowaniu i prowadzeniu praktyki, metodach prowadzenia konsultacji lekarskich czy skutecznego rozwiązywania sytuacji konfliktowych.

Równocześnie modelowe praktyki zespolone mają inną, nie mniej ważną rolę edukacyjną: prowadzenie wraz z akademickimi jednostkami medycyny rodzinnej programów badawczych. Kraje zachodnie modyfikują programy nauczania w zależności od danych epidemiologicznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Wprowadzony w modelowych praktykach zespolonych monitoring przyczyn konsultacji, skarg i objawów zgłaszanych przez pacjentów, a także roboczych i ostatecznych rozpoznań umożliwi wstępne opracowanie oraz dalszą ciągłą aktualizację listy problemów najbardziej przydatnych w praktyce lekarza rodzinnego.

Standaryzacja i komputeryzacja dokumentacji medycznej, wprowadzenie Międzynarodowej Klasyfikacji w Opiece Podstawowej (ICPC) w miejsce Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-9) zarówno stanowi podstawę opracowań badawczych, jak i umożliwia ciągły monitoring jakości usług medycznych, wraz z optymalizacją kosztów leczenia.

MODEL ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

Na obszarze objętym działaniem Śląskiej Akademii Medycznej planowane jest utworzenie sieci wielkomiejskich modelowych praktyk zespoleń w trzech różnych systemach organizacyjnych (tab. 1).

Tabela 1

Rodzaje modelowych praktyk zespoleń lekarza rodzinnego

Wyszczególnienie	Praktyka publiczna	Praktyka akademicka	Praktyka grupowa
Forma	publiczny zakład opieki zdrowotnej	niepubliczny zakład opieki zdrowotnej	niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
System finansowania	budżetowy	kontrakty na świadczenie usług	kontrakty na świadczenie usług
Baza diagnostyczna	zakłady diagnostyki medycznej publicznej służby zdrowia	zakłady diagnostyki medycznej ŚAM	niepubliczne zakłady diagnostyki medycznej
Konsultacje specjalistyczne	w ramach systemu publicznej służby zdrowia	Jednostki ŚAM	niepubliczne praktyki specjalistów
Wynagrodzenie personelu	w ramach systemu publicznej służby zdrowia	Śląska Akademia Medyczna	organizatorzy praktyk grupowych

Ryszard Wąsik

STYMULACJA JAKOŚCI W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

Zapewnienie odpowiedniej jakości usług medycznych jest jednym z 38 celów programu Światowej Organizacji Zdrowia - „**Zdrowie 2000**”.

Pojęcie jakości w medycynie odnosi się nie tylko do nasycenia instytucji medycznych nowoczesnymi technologiami lub do poziomu wiedzy fachowej, ale także do osobistej satysfakcji pacjenta będącej pochodną efektywności, skuteczności i celowości procesu leczenia. Jest to pojęcie zróżnicowane, zależne przede wszystkim od poziomu cywilizacyjnego społeczeństwa i kształtowane głównie przez jego kulturę.

W medycynie istnieją 3 rodzaje uwarunkowań jakości usług medycznych: strukturalne, proceduralne oraz związane z oceną wyników leczenia.

1. Jakość uwarunkowana strukturą

Kreowanie jakości w zakresie struktury odnosi się do ogólnego obrazu praktyki lekarza rodzinnego, postrzeganego przez jego podopiecznych, a więc do rozwiązań architektonicznych praktyki, estetyki, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Pojęcie to obejmuje także aspekt organizacyjny, a więc warunki ekonomiczne, zarządzanie i system informacyjny. Ważne są również kwalifikacje i odpowiednia liczebność personelu.

2. Jakość uwarunkowana procesami

Ocena jakości praktyki rodzinnej może nastąpić poprzez badanie procedur medycznych stosowanych w leczeniu oraz analizę przebiegu procesu leczenia i innych warunkujących go czynników. Zasadniczym problemem, o jakim myślimy mówiąc o jakości uwarunkowanej poprawnością stosowanych procedur medycznych i procesów postępowania, jest określenie ich skuteczności.

3. Jakość uwarunkowana wynikami

Analiza wyników ma największe znaczenie w ocenie jakości usług medycznych, obrazując wpływ opieki medycznej na stan zdrowia chorego. Jednocześnie jest to bez wątpienia najtrudniejsze zadanie, zwłaszcza w zakresie lecznictwa otwartego. Literatura dotycząca tego zagadnienia jest ogromna, lecz możliwości praktyczne ograniczone.

Pierwsze wdrożenie systemu analizy porównawczej według metody PSRO wykonano w województwie katowickim przed czterema laty w odniesieniu do działalności szpitalnych oddziałów chirurgicznych. Od momentu wdrożenia metody prowadzony jest konsekwentnie ciągły monitoring różnych parametrów jakościowych.

Obserwacje związane z funkcjonowaniem tego systemu, reperkusje w środowisku (pozytywne), jak również wiążące się z tym obawy są cennym i jedynym dotychczas doświadczeniem w zakresie oceny jakości usług medycznych w naszym kraju. Trzeba podkreślić, że ocena działalności medycznej jest gorącym problemem wymagającym w równym stopniu wiedzy, delikatności i żelaznej konsekwencji.

Budowa teoretycznych modeli zagwarantowania jakości jest dość prosta. Problemy wyłaniają się w praktyce, zwłaszcza tam, gdzie trzeba ustalić miary jakości, budować systemy informacyjne i tworzyć dokumentację medyczną.

Istnieją dwa podstawowe sposoby oceny jakości preferowane w stosunku do instytucji medycznych. W **lecznictwie otwartym** ocena jakości następuje poprzez zaspokojenie szeroko rozumianych potrzeb medycznych pacjentów. W praktyce oznacza to głosowanie „nogami” - dobry lekarz ma pacjentów więcej. W **szpitalach** oceny jakości dokonuje się za pomocą określonych parametrów i standardów według różnych metod.

Przystępując do wyboru określonego sposobu oceny jakości musimy zdać sobie sprawę z ograniczeń wynikających z faktu, że w obszarze medycyny mamy mniej „pewnych” liczb niż w matematyce. Lecznictwo otwarte jest szczególnie ubogie w „pewniki”, o czym należy pamiętać, mówiąc o jakości świadczeń w tej sferze działalności medycznej.

Mówiąc o jakości nigdy nie powinno się używać słowa „kontrola”. To słowo zabija delikatną strukturę, w odniesieniu do której bardziej celowe w języku polskim są określenia „kreowanie jakości” bądź „stymulacja jakości”. Ta semantyczna uwaga, wynikająca z doświadczenia, stanowi propozycję zastąpienia słowa, które może stanowić barykadę, innymi sformułowaniami.

Sprawowanie „kontroli” jakości świadczeń przez trójszczeblowy nadzór specjalistyczny jest rozwiązaniem niekorzystnym, co wynika z doświadczenia z nadzorem ordynatorskim. W obecnych systemach samorządy lekarskie, jak i dysponent środków finansowych kontrolują lecznictwo otwarte (praktyki), ale raczej nie w celu poprawy jakości.

Istnieje wiele metod stymulowania jakości. Dla nas problemem zasadniczym jest dokonanie wyboru tych sposobów, które można będzie zastosować w naszych warunkach i przy naszym doświadczeniu. Zwodnicza prostota tych metod wynika z faktu pomijania ludzkich emocji, które w motywacji odgrywają zasadniczą rolę.

Część procesów zapewnienia jakości usług funkcjonuje w praktyce medycznej od lat. Można tu wymienić choćby: kształcenie podyplomowe, uczestniczenie w zebraniach naukowo-szkoleniowych, omawianie trudnych przypadków czy inną wymianę doświadczeń. W przeciwieństwie do tych względnie starych metod w ostatnich latach pojawiły się programy stymulowania jakości, których podstawą są informacje z zakresu statystyki medycznej. Wkraczają one w sferę jakości uwarunkowanej wynikami, co jest trudne, rodzi się też pytanie - czy potrzebne w odniesieniu do lekarza rodzinnego?

Wniosek

W zestawieniu z powszechnie przyjętą akceptacją idei lekarza rodzinnego, budowanie skomplikowanych systemów bez doświadczenia w szczególnie trudnym obszarze działań medycznych, jakim jest lecznictwo otwarte, wymaga szczególnej ostrożności. W pierwszym etapie należy wzmocnić pozycję lekarza rodzinnego na drodze formalno-prawnej oraz położyć szczególny nacisk na wyposażenie i organizację miejsca pracy. Trzeba również wykorzystać sprawdzone od wielu lat w medycynie formy promowania jakości i stopniowo budować bazę informacyjną, będącą podstawą współczesnych systemów kreowania jakości.

Autor artykułu:

Dr n. med. Ryszard Wąsik – dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich, przewodniczący Oddziału Katowickiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej

Halina Hanczarek

ZADANIA PERSONELU PRAKTYKI LEKARZA RODZINNEGO W POWIĄZANIU Z POTRZEBĄ KREOWANIA NOWYCH ZAWODÓW I SPECJALIZACJI

Zakres przekształceń publicznego systemu ochrony zdrowia ukierunkowujący oparcie jego fundamentalnego ogniwa, jakim jest podstawowa opieka zdrowotna, na instytucji lekarza rodzinnego, zmienia w sposób zasadniczy organizację tej opieki.

O kluczowym miejscu i roli lekarza rodzinnego w systemie stanowi powierzenie mu:

- * kompleksowej i ciągłej opieki nad określoną populacją niezależnie od płci i wieku,
- * szerokiego obszaru medycznych i pozamedycznych problemów pacjentów, rozpatrywanych w aspekcie biomedycznym, rodzinnym, społeczności lokalnej i środowiska życia,
- * działań w zakresie prewencji chorób i promocji zdrowia,
- * przejęcia „pierwszego kontaktu” pacjenta z systemem opieki zdrowotnej i koordynacji jego poruszania się w nim,
- * opieki nad przewlekle chorymi również w ich miejscu zamieszkania

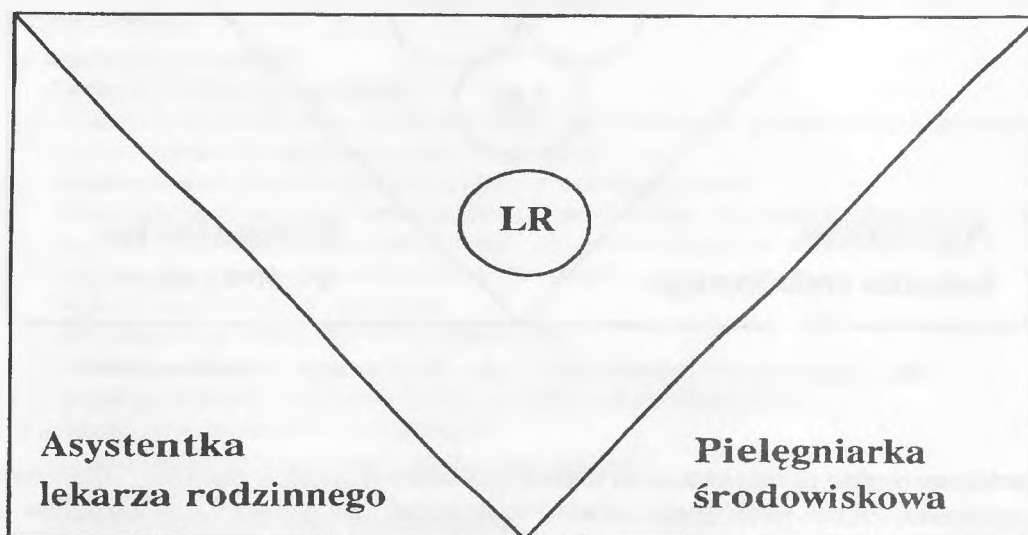
Niezwykle istotnym czynnikiem w przyszłej organizacji pracy lekarza rodzinnego są także zmiany związane z usytuowaniem jego praktyki w systemie, jako niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, sprawującego opiekę zdrowotną na warunkach kontraktu obejmującego świadczenia gwarantowane przez państwo.

Tak szeroki wachlarz zagadnień stawiany przed lekarzem rodzinnym może być realizowany jedynie przez ścisłą współpracę z profesjonalnym zespołem, który przejmie na siebie część obowiązków.

Do chwili obecnej opracowane zostały wstępne założenia organizacyjne kilku rodzajów praktyk lekarza rodzinnego.

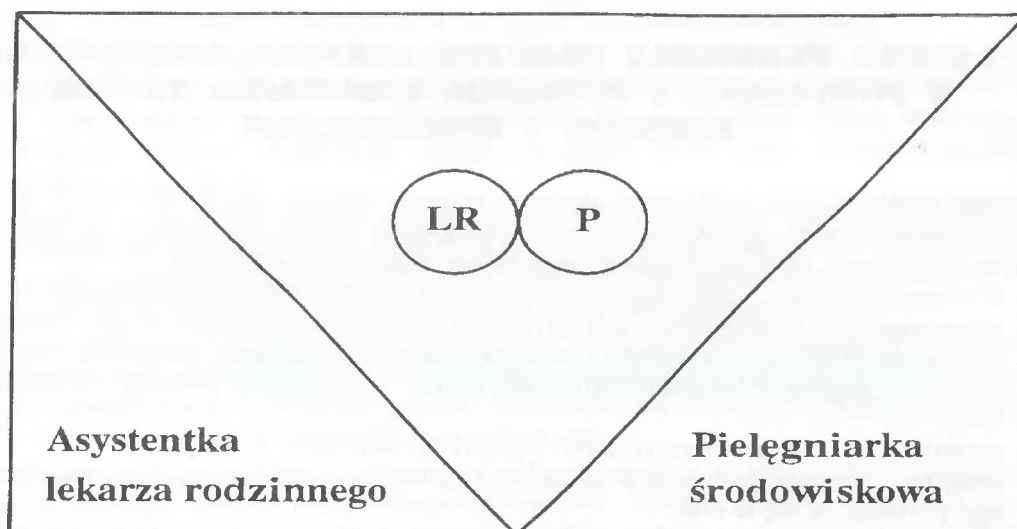
1. Praktyka indywidualna, którą tworzy zespół w składzie:

- lekarz rodzinny,
- asystentka lekarza rodzinnego (asystent medyczny),
- pielęgniarka środowiskowa (asystent socjalny),
- inny personel współpracujący z lekarzem rodzinnym.



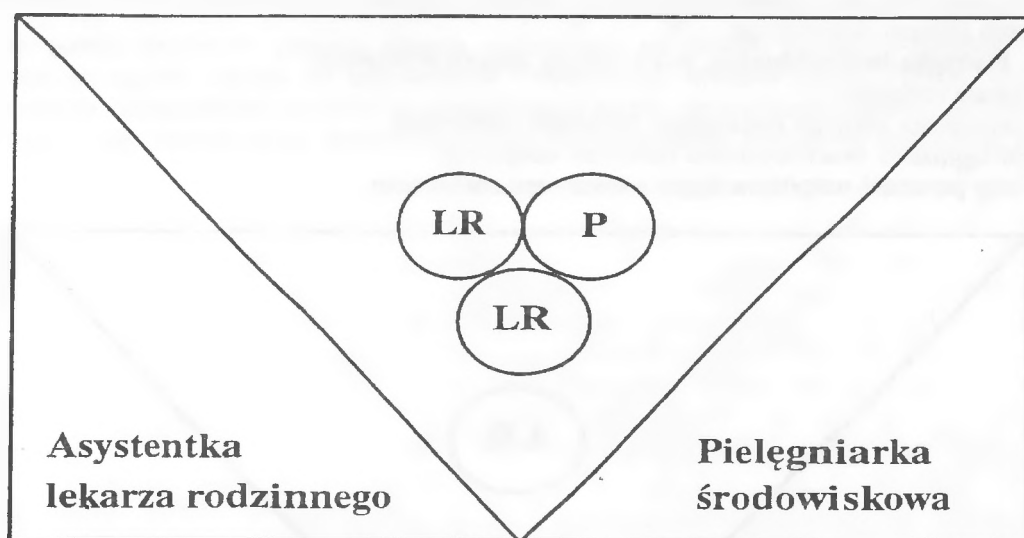
Ryc. 1. Praktyka indywidualna. LR – lekarz rodzinny

2. Praktyka grupowa, w której oprócz lekarza rodzinnego uczestniczyć będą lekarz pediatria, asystentka medyczna, pielęgniarka środowiskowa i inny personel współpracujący.



Ryc. 2. Praktyka grupowa. LR – lekarz rodzinny, P – lekarz pediatra

3. Zespół praktyk indywidualnych, na który będzie się składać kilka indywidualnych praktyk lekarza rodzinnego bądź pediatry, asystentka lekarza rodzinnego, pielęgniarka środowiskowa i inny personel współpracujący.



Ryc. 3. Zespół praktyk indywidualnych. LR – lekarz rodzinny, P – lekarz pediatra

Modelowy projekt praktyki lekarza rodzinnego stanowi zespół w składzie: lekarz rodzinny, asystentka lekarza rodzinnego (asystent medyczny) i pielęgniarka środowiskowa (asystent socjalny).

Zadania zespołu praktyki lekarza rodzinnego wynikają z zakresu jego kompetencji oraz zadań w systemie opieki zdrowotnej.



Ryc. 4. Zadania personelu praktyki lekarza rodzinnego.

Jak wynika z przedstawionego diagramu, w obszarze **zadań asystentki lekarza rodzinnego** znajdują się trzy dziedziny działania:

- pielęgniarstwo zabiegowe,
- diagnostyka,
- administracja i zarządzanie.

Zadania obszaru pielęgniarstwa zabiegowego obejmują:

- czynności i zabiegi instrumentalne z zakresu pielęgniarstwa zabiegowego,
- pomoc w nagłych wypadkach,
- identyfikację potrzeb zdrowotnych i pielęgnacyjnych pacjenta,
- profilaktykę i rehabilitację,
- działalność oświatowo-wychowawczą,
- organizację pracy gabinetu zabiegowego.

Uwzględniając zakres diagnostyczny i organizacyjny praktyki, asystentka lekarza rodzinnego może przejąć:

* z zakresu diagnostyki:

- wstępne zbieranie wywiadu,
- wykonywanie pomiaru i interpretację podstawowych parametrów (temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi i oddechu),
- wykonywanie badań ogólnych moczu i morfologii krwi,
- oznaczenie w surowicy krwi poziomu elektrolitów, mocznika, kreatyniny, cholesterolu, glukozy, białka całkowitego, wskaźnika czasu protrombinowego,
- pobieranie wymazów i materiałów do badań,
- wykonywanie testów skórnych,
- wykonywanie badań EKG i oscylometrii,
- badanie sutków,
- przygotowywanie wstępnej oceny rozwoju psycho-fizycznego;

* z zakresu administracji i zarządzania:

- prowadzenie dokumentacji medycznej praktyki,
- administrowanie praktyką,
- prowadzenie rozliczeń finansowych,
- prowadzenie gospodarki materiałowej i zaopatrzeniowej,
- prowadzenie „biura” praktyki lekarza rodzinnego.

Tak określone obowiązki asystentki lekarza rodzinnego stanowią o zakresie koniecznego przygotowania zawodowego.

Zadania pielęgniarki środowiskowej wynikają z głównych założeń podstawowej opieki zdrowotnej i można je określić następująco:

- rozpoznawanie sytuacji zdrowotnej i socjalnej jednostki, rodziny i populacji objętej zakresem działania lekarza rodzinnego,
- wykrywanie zagrożeń zdrowia,
- ustalanie potrzeb zdrowotnych i socjalnych jednostki, rodziny lub społeczności,
- podejmowanie i prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia i prewencją chorób,
- sprawowanie ciągłej i kompleksowej opieki zdrowotnej i socjalnej w środowisku pacjenta,
- prowadzenie i organizowanie opieki domowej osobom jej wymagającym,
- koordynowanie działań podejmowanych w obrębie systemu świadczeń przez instytucje służby zdrowia i opieki społecznej.

Powstał już wstępny projekt zakresu kompetencji pielęgniarki środowiskowej, w tym określenie jej samodzielności w dziedzinie promocji zdrowia i profilaktyki oraz zasad współpracy z lekarzem rodzinnym.

Brak lub niedostateczne przygotowanie personelu współpracującego z lekarzem rodzinnym stanowić może poważne zagrożenie powodzenia całej instytucji. Możliwość wykorzystania dotychczasowej kadry administracji medycznej: rejestratorek, sekretarek medycznych i statystyków medycznych, którzy byli przyuczeni na stanowisku pracy, jest ograniczona. W niewystarczającym także stopniu do roli tej przygotowuje program kształcenia personelu pielęgniarskiego. Wynika stąd zatem potrzeba kreowania nowych zawodów i specjalizacji.

W ślad za uruchomieniem dwóch trybów kształcenia lekarza rodzinnego Śląska Akademia Medyczna podjęła inicjatywę w kształceniu asystentów medycznych i asystentów socjalnych. Dodatkowym czynnikiem jest sytuacja na rynku pracy. W województwie katowickim zarejestrowanych jest obecnie 3368 osób z wykształceniem medycznym, pozostających na zasiłku, w tym 2267 pielęgniarek i 334 ubiegłoroczne absolwentki.

Z przyczyn ekonomicznych celowe jest także przekwalifikowanie osób już wykształconych w zakresie medycyny i włączenie ich w system opieki zdrowotnej.

Z dniem 1 czerwca 1994 roku z inicjatywy rektora, prof. dr. hab. n. med. Władysława Pierzchały, utworzono w Śląskiej Akademii Medycznej Kolegium Kształcenia Administracji Medycznej, które podjęło się nauczania na poziomie pomaturalnym w nowych zawodach: asystenta medycznego oraz asystenta socjalnego.

Podstawowym zadaniem Kolegium jest przygotowanie dla potrzeb praktyki lekarza rodzinnego średniego personelu medycznego, legitymującego się nowoczesną wiedzą i kompetencjami niezbędnymi do realizacji zadań wynikających z przeobrażeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Program kształcenia w Kolegium będzie obejmował trzy bloki tematyczne:

- medyczny,
- społeczny,
- organizacyjno-ekonomiczny.

W zakresie tematycznym bloku medycznego znajdują się zagadnienia z dziedziny nauk medycznych, uzupełniające program kształcenia w szkołach pielęgniarskich. Głównym celem, poza poszerzeniem wiadomości, będzie ich aktualizacja oraz wyeksponowanie tych elementów, które wynikają ze specyfiki pracy asystentów lekarza rodzinnego.

W ramach bloku społecznego słuchacze zapoznają się z psychospołecznymi uwarunkowaniami zdrowia i choroby, mechanizmami zachowań jednostki lub grupy społecznej oraz wynikającymi stąd problemami, a praktyczny trening psychologiczny przygotowuje do radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Blok organizacyjno-ekonomiczny ma charakter wiodący w całym cyklu kształcenia. Obejmuje szeroki wachlarz problemów z dziedziny organizacji ochrony zdrowia, administracji i zarządzania. Głównym celem jest zapoznanie słuchaczy z podstawową terminolo-

gią tych dziedzin oraz zasadami funkcjonowania i kierunkami zmian. Wiedza dotycząca ekonomii, marketingu, prawa i etyki oraz praktyczne umiejętności komunikowania się w systemie ochrony zdrowia i wykonywania czynności administracyjnych pozwolą na podjęcie zadań wynikających z przekształceń w systemie opieki zdrowotnej.

Program kształcenia ukierunkowany jest na medycynę holistyczną, traktującą zdrowie i chorobę w złożoności psycho-socjo-biologicznej.

Zapleczem dydaktycznym działalności Kolegium jest Regionalny Ośrodek Kształcenia w Katowicach. Kadre nauczającą stanowić będą nauczyciele akademicy Śląskiej Akademii Medycznej, Uniwersytetu Śląskiego, Akademii Ekonomicznej oraz grono pedagogiczne Zespołu Szkół Medycznych i Zakładu Doskonalenia Zawodowego, a także organizatorzy i menedżerowie służby zdrowia.

Kwalifikowanie kandydatów zostanie dokonane w drodze egzaminu testowego psychologicznych relacji interpersonalnych. Nabór na kierunek kształcący asystenów medycznych, dla absolwentów szkół medycznych, rozpocznie się w październiku bieżącego roku. Pierwsi absolwenci opuszczą Kolegium w roku przyszłym (1995). Wiąże się to z planowanym uruchomieniem w 1995 roku modelowych praktyk zespołonych lekarzy rodzinnych wyszkolonych w trybie „szybkiej ścieżki”. Przygotowanie personelu wchodzącego w skład zespołu praktyki ma ułatwić lekarzowi rodzinemu wejście w system opieki zdrowotnej.

Asystenci medyczni będą mogli być zatrudniani nie tylko w ramach praktyk lekarza rodzinnego, ale także we wszystkich strukturach służby zdrowia oraz w instytucjach ubezpieczeniowych.

Jest to pionierskie przedsięwzięcie, warto więc w tym miejscu zacytować słowa prof. Tadeusza Kotarbińskiego: *„...uczynmy stę doptero danej roboty przez to, że ją robimy. Niepodobna wyzbyć stę do cna metody prób i błędów”*.

Autorka artykułu.

* Mgr Halina Hanczarek – kierownik Kolegium Kształcenia Administracji Medycznej Śląskiej Akademii Medycznej

NOTATKI

NOTATKI

NOTATKI

