

# Podstawowa opieka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia i kształcenie lekarzy rodzinnych w Polsce. Co warto wiedzieć z historii?

Olga Partyka<sup>1</sup>, Krzysztof Kuszewski<sup>2</sup>, Sławomir Radiukiewicz,  
Cezary Włodarczyk<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zakład Analiz Ekonomicznych i Systemowych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

<sup>2</sup> Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

<sup>3</sup> Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Olga Partyka, Zakład Analiz Ekonomicznych i Systemowych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, tel. 22 54 21 295, opartyka@pzh.gov.pl

## ■ Abstract

*Primary health care in the health care system and education of family practitioners in Poland. What is worth knowing from history?*

We are faced with the adoption of another law on primary health care in Poland, which was adopted by the government in August 2017. Before we present and evaluate this project we want to remind, and for young readers pass unfamiliar history about how concept of primary health care in Poland was transformed. What has been implemented and what is not and in what direction they are evaluating the current changes. This story will be presented by persons who participated in the transformation of the health care system in Poland – Krzysztof Kuszewski, Sławomir Radiukiewicz and Cezary Włodarczyk.

**Key words:** primary health care, education, history

**Słowa kluczowe:** podstawowa opieka zdrowotna, kształcenie, historia

## ■ Wstęp

Stoimy wobec uchwalenia ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce, której projekt przyjął rząd w sierpniu 2017 roku. Zanim ten projekt przedstawimy i ocenimy, chcemy przypomnieć, a młodym czytelnikom może przekazać nieznaną im historię o tym, jak koncepcja POZ kształtowała się w Polsce w okresie transformacji. Prace dotyczące zmian w poz trwają w Polsce od bardzo dawna – rozpoczęły się jeszcze przed politycz-

nym przełomem 1989 roku. Co udało się wdrożyć, a co nie i w jakim kierunku ewaluują obecne zmiany? Historię tę przedstawiają osoby, które brały udział w przekształcaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce – dr Krzysztof Kuszewski, dr Sławomir Radiukiewicz i prof. Cezary Włodarczyk.

**Jest rok 1999, wprowadzona zostaje reforma finansowania służby zdrowia, zaczyna obowiązywać system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednak za-**

**nim przejdziemy do samej modernizacji medycyny ogólnej, zacznijmy może od początku, jaka była historia podstawowej opieki zdrowotnej?**

**SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ:** W politycznej retrospekcji reforma w podstawowej opiece zdrowotnej jest rezultatem obrad Okrągłego Stołu [1] i transformacji ustrojowo-gospodarczej. System, który obowiązywał do tego czasu, opierał się na koncepcji Siemaszki. Jej zmodyfikowanie i dostosowanie do warunków polskich przybrało formę środowiskowej opieki zdrowotnej [2]. Wdrażana była w kraju w drugiej połowie XX wieku. Zakładała ona opiekę zdrowotną w trzech podstawowych środowiskach życia – w miejscu zamieszkania, pracy oraz nauki. Prekursorem obecnie funkcjonującej opieki zdrowotnej w naszym kraju stała się ta pierwsza. Organizowana była w miastach i na wsi na zasadzie rejonizacji terytorialnej, tworzącej określoną wspólnotę społeczną żyjącą w podobnych warunkach. Specyfika miasta i wsi powodowała zróżnicowanie tej opieki. W miastach jednostką organizacyjną stała się przychodnia rejonowa składająca się z poradni ogólnej dla dorosłych, poradni dla dzieci (D i D1), poradni dla kobiet (K) oraz poradni stomatologicznej. Ich obsadę poza innym personelem zapewniali lekarze reprezentujący odpowiednie specjalności – internę, pediatrię, ginekologię oraz stomatologię. Na wsi funkcję tę pełnił z reguły lekarz – specjalista medycyny ogólnej. Równoległe funkcjonowały w miejscu pracy – przemysłowa służba zdrowia, a w miejscu nauki szkolna i akademicka służba zdrowia.

W latach 70. ubiegłego wieku w celu usprawnienia zarządzania opieką zdrowotną i poprawy jej jakości zintegrowano POZ (przychodnie rejonowe i ośrodki zdrowia) z ambulatoryjną opieką specjalistyczną (przychodnia obwodowa) oraz szpitalem powiatowym, tworząc jeden twór organizacyjny – zespół opieki zdrowotnej. Obejmował on z reguły terytorium powiatu (dzielnicy). Powiązało to wyraźnie świadczenia POZ z innymi członkami systemu, mało tego, zobowiązywało do nadzoru jakości świadczeń lekarzy POZ przez ordynatorów odpowiednich oddziałów szpitalnych. Mimo tych przedsięwzięć odczuwało się przewagę rozwoju medycyny specjalistycznej i niespełniania zakładanej roli podstawowej opieki zdrowotnej w systemie. Podobne zjawisko obserwowano w wielu innych rozwiniętych krajach, rozwijały się ogólnoswiatowe tendencje ekonomizacji ochrony zdrowia między innymi przez przywrócenie właściwej roli POZ. Usankcjonowaniem tych tendencji stała się deklaracja WHO z Alma Aty z roku 1978 [3], która w sposób wyraźny wyeksponowała rolę POZ jako głównej formacji w systemie opieki zdrowotnej.

Wnioski wypracowane podczas tej konferencji stały się swego rodzaju kompromisem między potrzebami krajów rozwijających się i rozwiniętych. W tych pierwszych chodziło o zapewnienie dostępności świadczeń POZ dla wszystkich mieszkańców, a w rozwiniętych o podniesienie problemu ekonomizacji opieki przez zahamowanie zbyt szybkiego wzrostu jej kosztów. Stąd w ramach tego kompromisu pojawiła się koncepcja lekarza pierwszego kontaktu, zwanego w niektórych krajach lekarzem ro-

dzinnym. W jakimś stopniu był to też powrót do dobrego „starego doktora” znającego od lat całą rodzinę, wtajemniczonego w różne problemy zdrowotne i warunki bytu rodziny. Osadzenie w systemie specjalisty medycyny rodzinnej miało sprawić, że pacjent otrzyma całościową opiekę zdrowotną, a jednocześnie koszty świadczeń zostaną obniżone.

**Czy słuszny jest pogląd, że reformowanie opieki zdrowotnej rozpoczęło się w 1989 (Rycina 1) razem z procesem głębokich zmian politycznych zachodzących w Polsce, a nawet w całej Europie Wschodniej?**

**KRZYSZTOF KUSZEWSKI:** Poszukiwania zmian rozpoczęły się wcześniej. Już w 1981 roku został opublikowany raport grupy „Doświadczenie i przyszłość”, w którym aktywną rolę odgrywała profesor Magdalena Sokołowska, twórczyni socjologii medycyny w Polsce. Część raportu była poświęcona bardzo złej – zdaniem autorów – sytuacji w ochronie zdrowia. Nie pamiętam jednak, aby zajmowano się tam szczególnie POZ. Pamiętam natomiast, że bardzo aktywny był wtedy „ośrodek łódzki” kierowany przez profesora Janusza Indulskiego. W ich pracach zajmowano się także POZ [4].

**CEZARY WŁODARCZYK:** W Instytucie Medycyny Pracy kilkunastoosobowa grupa przygotowywała koncepcję, która miała posłużyć wprowadzaniu wielu różnych zmian. W przygotowanym raporcie uwypuklono szczególnie zagadnienia dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, nawiązując do znanej idei, że POZ jest kluczowym ogniwem systemu zdrowotnego. W celu rozwiązania tych problemów zaproponowano szerokie stosowanie reguły elastyczności struktur organizacyjnych, co miało prowadzić do jednoczesnego stosowania wielu rozwiązań instytucjonalnych. Stwierdzono, że prócz dotychczasowego lekarza rejonowego można rozważać powierzenie opieki lekarzowi domowemu czy rodzinnemu, który miał mieć ogólnomedyczne przygotowanie, umożliwiające sprawowanie opieki zarówno nad dorosłymi, nad kobietami, kiedy zgłaszają zapotrzebowanie na opiekę ginekologiczno-położniczą, jak i nad dzieckiem; uzyskanie jego porady miało być możliwe o każdej porze doby. Wydaje się jednak, że większą sympatią dążono tradycyjnego lekarza rejonowego, częściowo też zespół profilaktyczno-leczniczy, w którym funkcje POZ sprawowane być miały przez zespół, a nie przez pojedynczych lekarzy; w jego składzie powinni być co najmniej dwaj lekarze podstawowych specjalności, a ponadto pielęgniarki i położne, pracownicy socjalni, psycholog. Nie powiedziałbym zatem, że model lekarza rodzinnego był tam specjalnie eksponowany.

**W polskiej służbie zdrowia działał już wcześniej ktoś, kogo moglibyśmy dzisiaj nazwać lekarzem rodzinnym?**

**SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ:** Przed wojną w Polsce był lekarz domowy, który w ramach ubezpieczeń społecznych (Rycina 2) [5] sprawował opiekę nad populacją, należy jednak dodać, iż przed wojną ubez-

Załącznik Nr 1

Warszawa, dnia 1989-03-11

8/

**STANOWISKO**

Podzespołu do Spraw Zdrowia

w sprawie reformy opieki zdrowotnej

Strony postanowiły, że ustalenie propozycji szczegółowych rozwiązań reformy opieki zdrowotnej i społecznej wymaga dalszych dyskusji środowiskowych i zasięgnięcia opinii społecznej.

Postuluje się, aby do dnia 15 kwietnia 1989 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołała wspólny Zespół do Spraw Reformy Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej w składzie między innymi z przedstawicieli wszystkich stron, uczestników Okrągłego Stołu. Zespół ten w terminie do 15-go czerwca 1989 r. w oparciu o wyniki dyskusji i konsultacji, sfinalizuje ostateczną wersję programu reformy i założeń podstawowych uregulowań prawnych, które będą podstawą działania dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Rycina 1. Początki reformy opieki zdrowotnej, Okrągły Stół, Podzespół do spraw Zdrowia, 1988 (fot. K. Kuszewski).

396.

Na mocy art. 44 Konstytucji ogłaszam ustawę następującej treści:

**U S T A W A**

z dnia 28 marca 1933 r.

**o ubezpieczeniu społecznym.****C Z Ę Ś Ć I****ZAKRES UBEZPIECZENIA.****Rozdział pierwszy.****Przepis wstępny.**

**Art. 1.** Ustawa niniejsza określa następujące rodzaje ubezpieczeń:

- 1) na wypadek choroby i macierzyństwa (art. 95 — 114),
- 2) na wypadek niezdolności do zarabkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej (art. 134 — 178):
  - a) wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej,
  - b) wskutek wszelkich przyczyn.

**Rozdział drugi.****Obowiązek ubezpieczenia.**

- c) chałupnicy i osoby z nimi pracujące,
- d) więźniowie, jeżeli są zatrudnieni w myśl art. 19, 20 i 22 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 7 marca 1928 r. w sprawie organizacji więziennictwa (Dz. U. R. P. Nr. 29, poz. 272).

**Art. 3.** Do czasu wejścia w życie ustawy o pracy chałupniczej, ustalającej definicję chałupnika, za chałupników w rozumieniu ustawy niniejszej uważane są osoby, które zawodowo wyrabiają, przetwarzają lub wykańczają własną pracą, chociażby korzystały z pomocy osób innych, przedmioty zamówione przez jednego lub więcej przedsiębiorców (fabrykantów, kupców, majstrów, pośredników i t. p.) zazwyczaj z dostarczanych przez nich materiałów, jeżeli ta praca wykonywana jest zazwyczaj dla przedsiębiorcy i na jego ryzyko i jeżeli osoby te pracują we własnym mieszkaniu lub w jakimkolwiek innym miejscu, w którym tryb pracy nie jest normowany przez przedsiębiorcę.

**Art. 4.** Obywatele polscy, zatrudnieni zagranicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i etatowych konsulatach, jeżeli nie są obowiązkowo ubezpieczeni na podstawie ustawodawstwa, obowiązującego w miejscu zatrudnienia, podlegają w myśl ustawy niniejszej obowiązkowi ubezpieczenia tylko w zakresie art. 1 pkt. 2. Osoby te mogą być

Rycina 2. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z 1933 roku (fot. K. Kuszewski).



pieczonych było nie więcej niż 17% ludności Polski. Ci lekarze byli prekursorami lekarza rodzinnego w Polsce, ale warto pamiętać, że ogromna większość mieszkańców kraju nie miała możliwości korzystania z ich świadczeń. Nie można zatem twierdzić, że Polacy czekali na tego rodzaju rozwiązanie.

**KRZYSZTOF KUSZEWSKI:** Doktor Judym, Siłaczka to właśnie ci ludzie. W Anglii wprowadzono w systemie *general practitioner*, w Polsce tłumaczono to wtedy jako lekarza generalistę. Ten typ lekarza funkcjonował również w innych krajach, przede wszystkim w tych, w których działało ubezpieczenie oraz w państwach skandynawskich. Prof. Robert Braun uważał, że lekarz ogólny powinien zajmować się rozpoznaniem objawów choroby, a następnie przekazać pacjenta do właściwego leczenia do specjalisty. Niestety, to po części się sprawdziło. Zmiany w polskiej podstawowej opiece zdrowotnej spowodowane były nie tylko względami ekonomicznymi, lecz także z pobudek politycznych. Zmieniało się wszystko, więc lekarz ogólny zmienił się w lekarza rodzinnego.

### Wygląda na to, że początki POZ są bardzo odległe w czasie?

**CEZARY WŁODARCZYK:** Rzetelność historyczna kazałaby cofnąć się jeszcze bardziej. Pamiętając, że kraj formalnie odzyskał niepodległość w listopadzie 1918 roku, warto pamiętać, że już w październiku Rada Regencyjna, niezależnie od braku legitymacji wyborczej czy zamocowania w polskim systemie prawnym, utworzyła Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a 11 stycznia 1919 roku ogłoszono dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, podpisany przez Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego i premiera Jędrzeja Moraczewskiego. To dzięki tym przepisom mogły funkcjonować kasy chorych, tworząc mieszkańcom możliwości korzystania ze świadczeń lekarzy, także lekarzy rodzinnych.

### Wracając do czasów bardziej współczesnych, czy w decyzjach Okrągłego Stołu wykorzystywano jakieś wcześniejsze doświadczenia?

**KRZYSZTOF KUSZEWSKI:** Myślę, że jakąś rolę odegrał tak zwany eksperyment wolnego wyboru lekarza, przeprowadzony przez „zespół łódzki”, o którym już mówiliśmy. Doktor Radiukiewicz przypominał, że w starym systemie obowiązywała rejonizacja, to znaczy pacjent był automatycznie przypisywany do określonego rejonu. Przez długi czas traktowano tę zasadę jak ustrojowy dogmat. Mało było tych, którzy proponowali, by od niego odstąpić.

**CEZARY WŁODARCZYK:** Eksperyment zaczął się w 1982 roku, a jego przedmiotem były dwie formuły wyboru lekarza. Pierwsza polegała na zasadzie wpisania się pacjenta na listę wybranego lekarza na okres roku, choć – gdy oczekiwania nie były spełnione – pacjent miał możliwość wyboru innego lekarza przed tym terminem. Lekarz był wynagradzany kapitałowo. Druga, otwarta,

formuła umożliwiała pacjentowi wybór lekarza przy okazji każdej wizyty, a kolejna wizyta otwierała nową możliwość wyboru w zależności od preferencji pacjenta. Lekarz był wynagradzany za usługę. Wyniki w jedenastu badanych przychodniach porównywano z przychodniami pracującymi według tradycyjnych zasad [6].

### Jakie były wyniki?

**CEZARY WŁODARCZYK:** Po pierwsze, radykalnie zmniejszył się odsetek pacjentów, którzy nie byli przyjmowani w dniu zgłoszenia. Najbardziej w wariacie *fee-for-service*, także, choć mniej, w wariacie kapitałowym. W przychodniach kontrolnych doszło do pogorszenia. Po drugie, wśród 22 lekarzy pracujących w wariacie kapitałowym aż 19 zostało ocenionych lepiej w drugim pomiarze niż w pierwszym. Wśród lekarzy zatrudnionych w wariacie otwartym lepsze noty uzyskało pięciu na ośmiu ocenianych. Natomiast w przychodniach kontrolnych po roku prowadzenia eksperymentu tylko połowa otrzymała oceny bardziej pozytywne niż w pierwszym pomiarze. W bardziej szczegółowej analizie stwierdzono, że wśród przyczyn powodujących lepsze oceny znalazły się takie cechy, jak serdeczność i sumienność, które poprzednio wskazywane były bardzo rzadko. Wyniki były więc zachęcające.

### Porzućmy prehistorię i wróćmy do propozycji Okrągłego Stołu. Co było ich istotą?

**SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ:** Postanowiono zamiast czterech wspomnianych wcześniej lekarzy wprowadzić jednego. W związku z tym powstawały różne koncepcje, jak to zrobić. Jedną z pierwszych była koncepcja „Strategia przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce” autorstwa między innymi Marka Balickiego i Rafała Niżankowskiego. Prof. Niżankowski chciał w tym programie wprowadzić tytuł lekarza nie rodzinnego, a generalisty. Potem powstał drugi program, którego autorami byli między innymi Maciej Latański i udzielający tego wywiadu. Z tych dwóch programów stworzono jedną koncepcję, zamkniętą w ostateczny dokument „Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej, strategia realizacji celów” [7] zatwierdzony do wdrożenia 15 listopada 1994 roku przez ówczesnego Ministra Zdrowia Ryszarda Żochowskiego.

**KRZYSZTOF KUSZEWSKI:** To ten dokument wprowadził nazwę lekarza rodzinnego jako nową specjalizację będącą swego rodzaju modyfikacją lekarza ogólnego. Aby wszystkie zmiany w POZ zaczęły działać, należało zacząć edukować lekarzy ogólnych. Wówczas ich liczba w Polsce wynosiła, z tego co pamiętam, ponad 1100 osób.

**CEZARY WŁODARCZYK:** Dokument ministerialny miał fundamentalne znaczenie ze względu na swoją siłę sprawczą. Warto jednak zauważyć, że w tamtych czasach poparcie dla idei wzmacniania POZ i wprowadzenia koncepcji lekarza rodzinnego było powszechne. Doku-

ment „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej” [8], ogłoszony w marcu 1994 roku i przedstawiony jako ministerialny, został opracowany przez zespół personalnie zdominowany przez przedstawicieli partii opozycyjnych. Autorzy dokumentu jednoznacznie i bardzo silnie poparli ideę powszechnego wprowadzania modelu lekarza rodzinnego. Jednocześnie wskazali, że ważnym elementem sytuacji w zreformowanym systemie jest silna pozycja tego lekarza. Uznano, że najdogodniejszą formą wzmocnienia tej pozycji, a także skuteczną strategią wdrażania modelu byłoby prywatyzowanie działania POZ, prywatyzowanie procesu produkcji świadczeń, przy zachowaniu publicznego finansowania. W dokumencie napisano: „Dominującym modelem działania POZ w przypadku lekarza rodzinnego powinna stać się prywatna praktyka lekarska włączona w system publicznej opieki zdrowotnej poprzez kontrakt”.

**Czy tamte propozycje były idealne jako koncepcje, czy też można im – zwłaszcza dzisiaj, z perspektywy czasu – coś zarzucić?**

CEZARY WŁODARCZYK: Najpierw powiem coś o zaletach, bo dzisiaj krytyka jest bardzo łatwa. W dokumencie dostrzeżono konieczność wskazania grupy społecznej, która byłaby motorem zmian. Chodziło o to, by lekarze rodzinni, rozwijając swoje własne prywatne praktyki, przyczyniali się do wprowadzania w życie nowych rozwiązań organizacyjnych. Atrakcyjność nowej formy pracy miała dawać szansę przezwyciężenia oporu tych, dla których w zreformowanym systemie praca w dotychczasowym miejscu zatrudnienia, szczególnie w szpitalach, byłaby trudniejsza. A jeśli chodzi o wady, koncentrując się na instytucji lekarza rodzinnego, działającego „w pobliżu miejsca zamieszkania” pacjenta, pominięto inne środowiska, w których POZ powinien być obecny. Było to o tyle kłopotliwe, że autorzy powołali się na zgodność swoich propozycji z „tendencjami obowiązującymi na świecie i rekomendacjami WHO”, co powinno skłaniać ich do znacznie szerszego potraktowania problemu. Istotny mankament dokumentu polegał na tym, że nie wskazano w nim w ogóle mechanizmów, które miałyby nakłonić sektor szpitalny do oszczędzania środków finansowych w tym samym czasie, gdy reformowana będzie POZ. Wiadomo, że sektor szpitalny łatwo wymusza pieniądze na swoje świadczenia. Z dokumentu nie wynikało, w jaki sposób silna pozycja lekarzy POZ byłaby przekładana na oddziaływanie zmieniające zachowania szpitali.

**Jeśli to był tak ciekawy projekt, to dlaczego został zastąpiony innym, o którym wspominał dr Radiukiewicz?**

SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ: Merytoryczne wady nie były przyczyną odrzucenia dokumentu. Przyczyny były polityczne. MZiOs [Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej – red.] uznało za swój dokument, w którym nie stawiano już kłopotliwego pytania o to, jaka siła społeczna może być traktowana jako czynnik stymulujący reformę – uniknięto w ten sposób poruszenia

dwóch drażliwych problemów. Po pierwsze, problemu prywatyzacji, który przy nieprecyzyjnym sformułowaniu jest kojarzony z ograniczaniem dostępu do świadczeń. W odrzuconym dokumencie była mowa tylko o prywatyzowaniu części procesu wytwarzania świadczeń, który – dzięki systemowi umów – pozostawałby dostępny dla wszystkich uprawnionych, ale lęk przed prywatyzowaniem istniał. Po drugie, pominięto kwestię naturalnego konfliktu między lekarzami zreformowanej POZ a lekarzami zatrudnionymi dotychczas w szpitalu. Sądzę, że minister chciał uniknąć ujawnienia tego konfliktu.

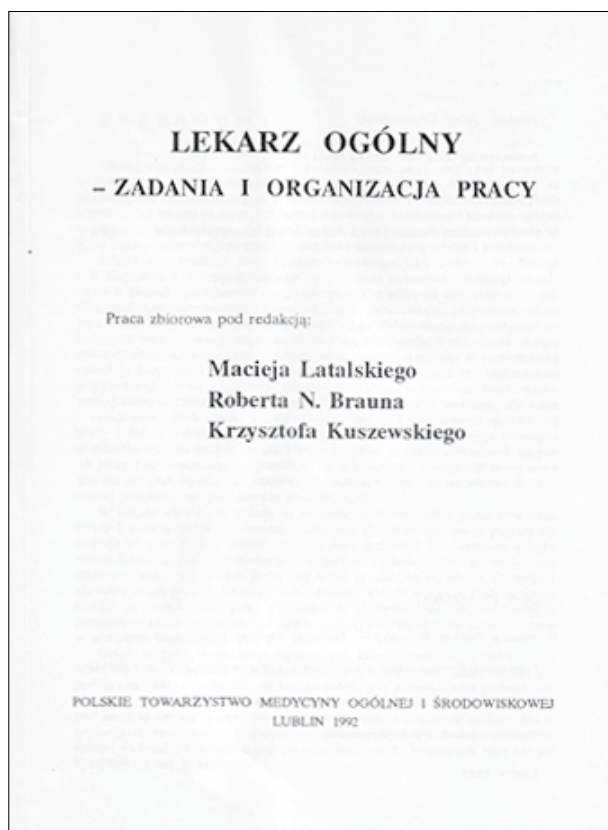
**Kiedy decyzje zostały podjęte, rozpoczęły się szkolenia dla zainteresowanych lekarzy odbywające się w Holandii i Wielkiej Brytanii oraz opracowywanie modelu kształcenia w Polsce.**

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: Tak, dokładnie. Z związku z tym, że mieliśmy środki pomocowe otrzymane między innymi z Banku Światowego, które pozwoliły nam wysłać do Anglii i do Holandii grupę lekarzy chcących się specjalizować w medycynie rodzinnej. Wśród tych lekarzy znalazł się Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł. Drugą ze znanych dziś w naszym systemie osób był dr Jarosław Pinkas.

SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ: Należy również zaznaczyć, że w tamtych czasach pewną pieczę nad ośrodkami zdrowia czy przychodniami sprawowali ordynatorzy oddziałów internistycznych, ginekologiczno-położniczych czy pediatrycznych. Trzeba było stworzyć kadrę nauczycieli dla lekarzy rodzinnych. To był rok 1994. Rektorzy akademii medycznych z pewnymi oporami, ale otworzyli miejsca kształcenia lekarzy rodzinnych. Utworzono komórki organizacyjne za to odpowiedzialne. Zadanie koordynacji tego działania podjął prof. Maciej Latański, wówczas przewodniczący kolegium rektorów uczelni medycznych. Wtedy Instytut Medycyny Wsi był ważną placówką w tym zakresie. Prof. Latański posiadał duży autorytet, potrafił zaangażować ludzi w działania, dlatego jego rola w tym zakresie jest nieoceniona (**Rycina 3**). Utworzone Kolegium Lekarzy Rodzinnych opracowało dwa programy kształcenia: jedną ścieżką była specjalizacja z zakresu medycyny rodzinnej, a drugą krótka ścieżka dla lekarzy specjalistów dotychczas pracujących w POZ: internista, pediatra [9]. Najlepiej na egzaminach wypadały lekarki pediatry z małych miejscowości. Widać było, że zależało im najbardziej na wprowadzeniu dostępu do lekarza rodzinnego dla swojej populacji.

**Jak tworzone zaplecze infrastruktury do pracy?**

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: Równocześnie ze szkoleniami powstał projekt wzorcowego modułowego gabinetu lekarza rodzinnego (**Rycina 4**). Realnie pierwszy taki obiekt powstał w Żywcu. Pan dr Wiktor Masłowski, który był wtedy dyrektorem ZOZ, zlokalizował go w starej farbiarni, co miało pokazać, że można lokalizować wszędzie. Autorami projektu byli pani arch. Hanna Bujwid i mówiący te słowa. W wyposażeniu gabinetu znajdo-

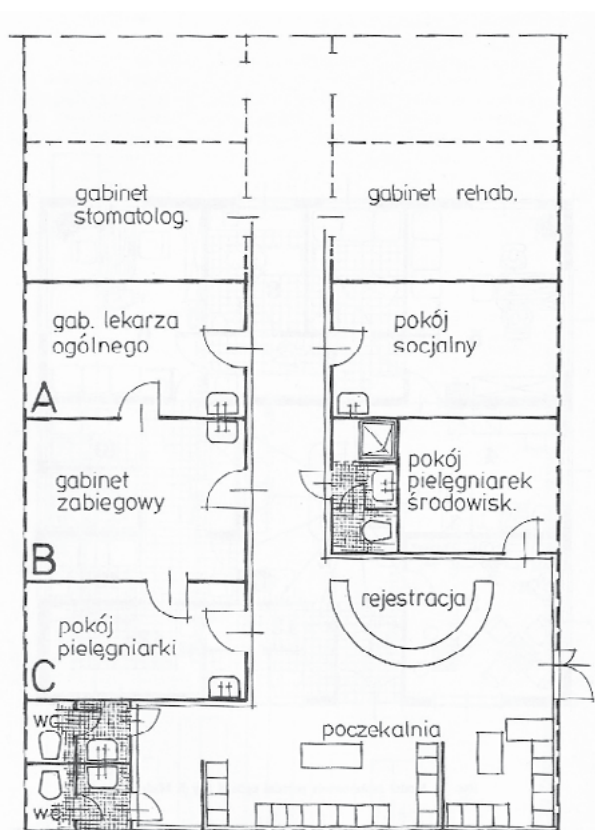


Rycina 3. „Lekarz ogólny – zadania i organizacja pracy”, 1992 r. (fot. K. Kuszewski).

wały się podstawowe narzędzia do diagnostyki i leczenia w nowym zakresie określonym w tak zwanych „Kompetencjach lekarza rodzinnego”. Były to przyrządy do wykonania drobnych zabiegów: zestaw instrumentów do tak zwanej małej chirurgii, zestaw instrumentów ginekologicznych, zestaw instrumentów do punkcji, lampa bezcieniowa, stół narzędziowy, miska na narzędzia, lupa ręczna, rektoskop, urządzenia do oglądania zdjęć rentgenowskich. Do badania układu krążenia i oddechowego przeznaczone były: aparat EKG, monitor (kardioskop), ergometr rowerowy, defibrylator, aparat do mierzenia ciśnienia, zestaw instrumentów do intubacji, aparat do sztucznego oddychania, zestaw tlenowy, drewniana kozetka do badań lekarskich, spirometr, walizeczka „nagłej pomocy”. Do wykonywania opatrunków i opatrunków gipsowych znajdowały się tam: nożyczki do opatrunków, nożyczki do gipsu, kleszcze do gipsu, piłki do gipsu. Do badania oczu, gardła, nosa i uszu zarezerwowano: wziernik oczny, kasetkę szkieł próbnych, tablicę do badania ostrości wzorku, tablicę barw, wziernik uszny, laryngoskop, oftalmoskop.

**Mamy standardy gabinetów, wyposażenie i kadre, ale pojawia się pewien problem – opór społeczeństwa.**

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: To była największa przeszkoda przy wprowadzaniu tych zmian. Każdy był przyzwyczajony do opieki ze strony specjalisty, czy to pediatry, czy ginekologa. Moim zdaniem te oczekiwania trwają do dziś. Jeśli zależy nam na zadowoleniu pacjen-



Rycina 4. Projekt poradni ogólnej wykonany przez H. Bujwid i K. Kuszewskiego (fot. K. Kuszewski).

tów, a więc i społeczeństwa, na iluś lekarzy rodzinnych musi przypadać pewna liczba podstawowych specjalistów i ich świadczenia powinny być traktowane na równi ze świadczeniami lekarzy rodzinnych.

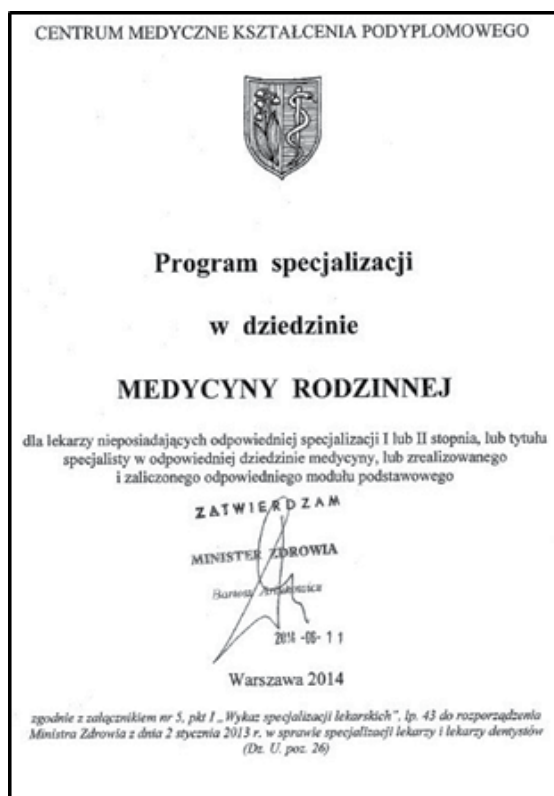
SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ: Społeczeństwo nie akceptowało nowej formy, zwłaszcza w miastach. Każdy był przyzwyczajony do starego systemu, gdzie z dzieckiem idzie się do pediatry, kobieta w ciąży do ginekologa, a pacjent dorosły idzie do internisty. Tu zaś pojawia się jeden, który ma niby leczyć wszystkich. W przychodniach zostawiono jednak pediatrów i ginekologów w celu świadczenia lepszej opieki nad grupami wrażliwymi.

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: Były to nawyki, z którymi ciężko wygrać. Przyjęło się mówić: „idę do specjalisty”, ale lekarz rodzinny nie był uznawany przez ludzi za należącego do tego grona. My walczyliśmy z tym, uświadamiając ludziom, iż lekarz rodzinny to lekarz specjalista [10]. Niestety, właściwie do dzisiaj pokutuje takie przeświadczenie, że lekarz rodzinny to nie specjalista (Rycina 5).

**Jakie było podejście środowiska medycznego do lekarzy medycyny rodzinnej?**

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: Konfliktów nie było, ale nie cieszyli się zbyt wysoką pozycją wśród innych





Rycina 5. Obowiązujący program specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej (fot. K. Kuszewski).

specjalistów. Żeby rozwiązać ten problem oraz kwestię oporu społeczeństwa, zaproponowaliśmy spotkania konsultacyjne: lekarze rodzinni mieli się spotykać raz na dwa tygodnie i przeprowadzać samokształcenie na jakiś temat. Raz na pewien czas zapraszany był pediatra, internista, chirurg czy inny specjalista. Wtedy lekarze rodzinni mieli możliwość skonsultowania się i dzięki temu niekoniecznie musieli odsyłać pacjenta do innego lekarza, tylko sami kontynuowali jego leczenie. Obawa ze strony świata lekarskiego względem lekarza rodzinnego była. Szpital był miejscem leczenia, a taki lekarz miał tylko odsyłać pacjenta. Wprowadzenie lekarza rodzinnego zmieniało tę sytuację. Nacisk położono na działanie POZ. W ten sposób częściowo obniżano rangę lekarzy specjalistów z interny czy pediatrii, ponieważ w założeniu kompetencje wprowadzonego lekarza rodzinnego miały obejmować wszystkie zagadnienia związane ze zdrowiem społeczności lokalnej.

**Przejdźmy teraz do wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i największych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej.**

SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ: Przełomową sprawą zarówno dla POZ, jak i dla całego systemu było wprowadzenie ubezpieczeń. Pierwsza ustawa na ten temat z 6 lutego 1997 roku [11] zakładała finansowanie *per capita*. Ustalono również normy zatrudnienia. Dla pediatry ustalono 1500 pacjentów, dla lekarza rodzinnego

– 2500. Zakończyła się rejonizacja i pojawił się wolny wybór lekarza. To spowodowało również pewne zamieszanie. Wolny wybór ma swoje plusy i minusy. Plusy to przede wszystkim zaufanie pacjenta do swojego lekarza, minusem jest to, że lekarz przestał panować nad środowiskiem. W tym samym budynku ludzie mogli zapisać się do różnych lekarzy, nawet w obrębie rodziny. Z punktu widzenia epidemiologicznego nie było to dobre dla zdrowia populacji, bo lekarz przestał rozpoznawać problemy zdrowotne lokalnej populacji. Zlikwidowano również dwa człony POZ, które istniały do tej pory: przemysłową służbę zdrowia i szkolną służbę zdrowia. Po 1999 roku zaczęto przywracać opiekę zdrowotną w szkołach poprzez reaktywację opieki lekarskiej. Dwie Regionalne Kasy Chorych – Mazowiecka i Małopolska – wprowadziły lekarzy do szkół. Niestety, inicjatywa ta nie została podjęta przez resztę kas. Dopiero w 2003 roku po powołaniu Narodowego Funduszu Zdrowia [12] upowszechniono profilaktyczną opiekę zdrowotną w szkołach, ale tylko na poziomie pielęgniarskim. Opieki lekarskiej nad zbiorowością uczniowską w szkole nie zapewniono. Natomiast medycyna pracy funkcjonuje niezależnie od POZ.

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: „Wycięto” również opiekę stomatologiczną, która w znacznym stopniu została sprywatyzowana. Wszystkie zadania POZ oparte zostały na kontraktach zawieranych z NFZ. Wydatki na POZ zajmują niezmiennie od lat trzecie miejsce w strukturze kosztów płatnika.

**Jak zareagowało środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na te zmiany?**

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: Początkowo Kolegium Lekarzy Rodzinnych (KLR) było konserwatywne. My dążyliśmy do tego, żeby ludzie pracowali na kontraktach przy tworzeniu ubezpieczenia zdrowotnego, szliśmy w tym kierunku. Już przy obradach Okrągłego Stołu pojawiły się pierwsze wzmianki o wprowadzeniu ubezpieczeń zdrowotnych. Opór środowiska był duży, lekarze rodzinni stali się jedną z lepiej wynagradzanych grup w ochronie zdrowia. Zmiana w ich postawie było dużą zasługą pana doktora Jarosława Pinkasa, który w KLR miał nakłonić zgromadzonych tam lekarzy do przyjęcia kontraktów. Został szefem KLR, dostał od nas za to medal za odwagę, zdjęcie mam do dzisiaj w domu. Później jednak lekarze rodzinni zauważyli fakt, że są podstawą całego systemu i mogą narzucać swoje zdanie.

**Gdyby mogli Panowie zrobić coś inaczej?**

KRZYSZTOF KUSZEWSKI: Ja bym się nie zgodził na kapitał, lepiej płacić za usługę, bo płaci się za pracę. Myślę też, że jest to wina po części nadmiernej wiary w rynek, zbytnej ekonomizacji i biurokratyzacji systemu, po części przyzwyczajenia i postrzegania przez społeczeństwo. Zawiniło wiele różnych czynników. Jest szansa, aby to zmienić. Jest wielu absolwentów zdrowia publicznego, mogą oni mocno wspierać lekarzy rodzinnych nie tylko w zakresie promocji zdrowia.

SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ: Lekarz POZ nie jest osadzony w systemie, tak jak powinien. Nie pełni roli koordynatora opieki nad pacjentem, nie sprawuje nad nim holistycznej opieki, w zbyt wielu przypadkach przekazuje opiekę specjalistom. Nasze założenia nie w pełni się sprawdziły. Nie udało się urzeczywistnić tego, co było celem przekształceń POZ. Czy to naprawi przygotowana ustawa o POZ? Zobaczmy.

CEZARY WŁODARCZYK: Powiem coś o rozczarowaniu odczuwanym przez wielu, którzy zaangażowali się w reformowanie POZ. Mam na myśli nadzieję, że nowa POZ zagwarantuje poczucie bezpieczeństwa w znaczeniu stałej możliwości skontaktowania się z wybranym lekarzem lub jego substytutem, także w nocy czy w dniu świątecznym. Presja wywierana przez pewną grupę lekarzy rodzinnych – nie waham się powiedzieć, że motywowana raczej egoistycznie – zmusiła władze do porzucenia tego rodzaju pomysłów. Nie mam wątpliwości, że stało się to ze stratą dla pacjentów, choć oczywiście wszyscy wiemy, że lekarze POZ są przez pacjentów najlepiej ocenianą grupą.

**Dziękuję bardzo za rozmowę. Mam nadzieję, że udało nam się dojść do wniosków w miarę optymistycznych.**

### Piśmiennictwo

1. *Protokół końcowy wraz z załącznikami z Obrad Okrągłego Stołu*, Warszawa 14 marca 1989 roku.
2. Miśkiewicz M. (red.), *Środowiskowa opieka zdrowotna*, PZWL, Warszawa 1972.
3. *Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.
4. Indulski J., Gdulewicz T., Szymborski L., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień*, „Zdrowie Publiczne” 1981; 92 (11): 727–778.
5. Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. 1933 Nr 51 poz. 396).
6. Mazur A., *Eksperyment wolnego wyboru lekarza dla populacji dorosłej w miejscu zamieszkania*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1986; 1 (7): 32–35; 2 (8): 34–41.
7. Latański M. (red.), *Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej. Strategia realizacji celów*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1994.
8. *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, opracował zespół pod kierunkiem Balicki M.*, marzec 1994, maszynopis, Warszawa 1994.
9. Latański M., Braun R.N., Kuszewski K., *Lekarz ogólny – zadania i organizacja pracy*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Środowiskowej, Lublin 1992.
10. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, *Program specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej (0712) dla lekarzy i lekarzy dentyków*, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2017.
11. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 153).
12. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2003 Nr 45 poz. 391).