Skutki wprowadzania lekarzy o wąskich specjalizacjach do POZ – wpływ na długość kolejek do specjalistów

Dr hab. med. Tomasz Tomasik

KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE

Internista, pediatra	Lekarz rodzinny
Epizodyczne świadczenia	Ciągłość opieki
Leczenie	Promocja, zapobieganie
Problemy zdrowotne	Opieka całościowa
Dominacja profesjonalistów	Dominacja pacjentów

© Diana Walker - UT Center for American History

Medycyna rodzinna

- Sprawowanie opieki podstawowej
- Ukierunkowanie na społeczność lokalną
- Specyficzne rozwiązywanie problemów
- Wszechstronne podejście
- Opieka ukierunkowana na osobę
- Holistyczne ujęcie

Pierwszy kontakt z systemem ochrony zdrowia

- Lekarz rodzinny („odźwierny”)– Wielka Brytania, Holandia, Dania, Kanada, Australia
- Specjalista (bezpośredni dostęp) lub lekarz rodzinny – USA, Francja, Niemcy, Japonia
- Centra medyczne lekarzy rodzinnych i specjalistów – Szwecja, Finlandia, USA-HMO, kraje postkomunistyczne

1172

USTAWA

z dnia 24 sierpnia 2007 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[1), 2)]

3) w art. 5:

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej — lekarza:

a) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

b) odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

c) posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej

— udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;",

Art. 14. 1. Lekarz:

1) który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,

2) inny niż wymieniony w pkt 1, udzielający nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

— zachowuje po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Dz.U. 2014 poz. 619

USTAWA

z dnia 21 marca 2014 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[1)]

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. Świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej może udzielać lekarz, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

1) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

2) odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

3) posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub

4) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub

5) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub

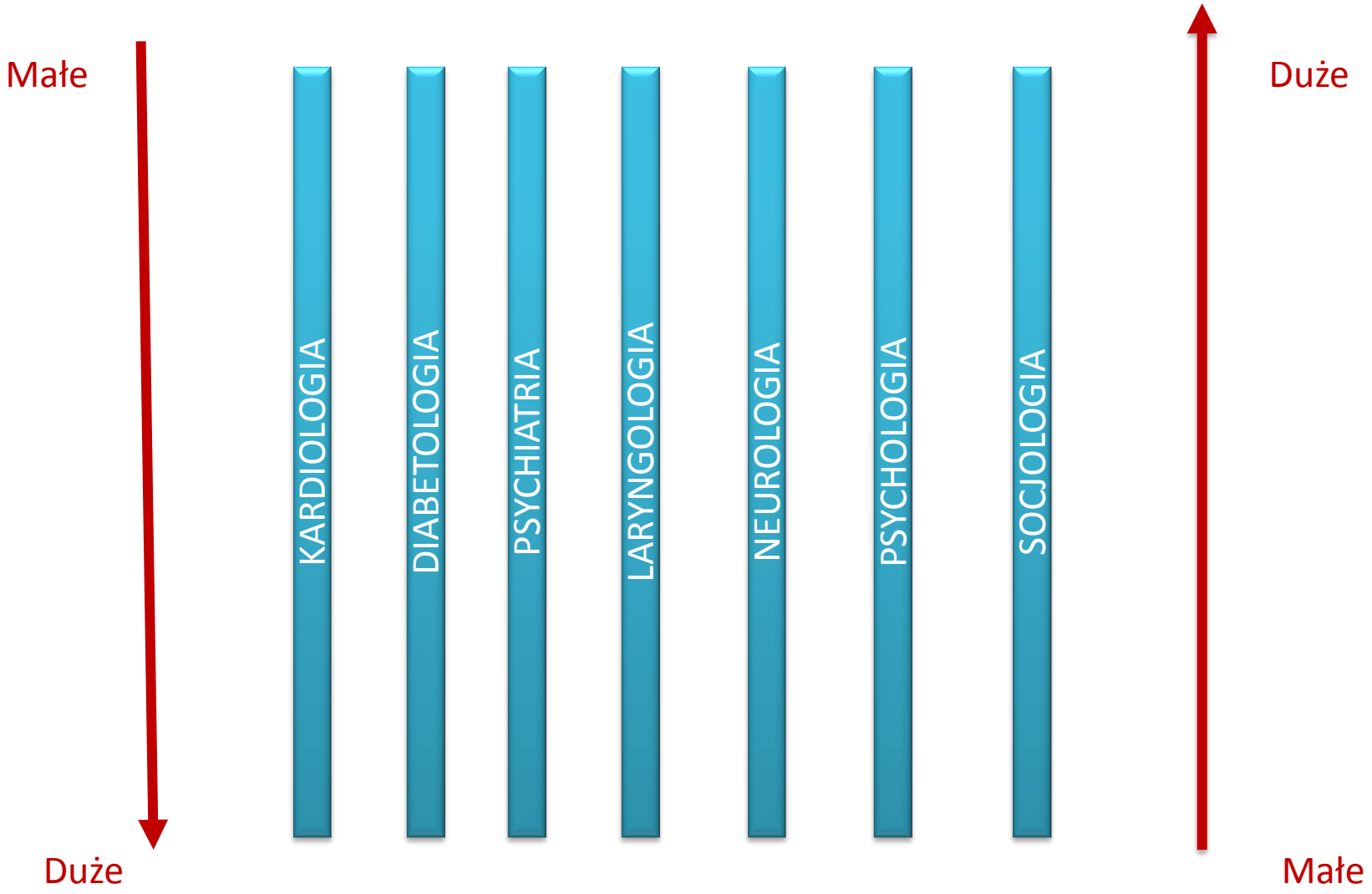
6) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii

– w zakresie swoich kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172), zwany dalej „lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej”.

2b. Lekarze, o których mowa w ust. 2a pkt 4–6, są obowiązani w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej ukończyć kurs w dziedzinie medycyny rodzinnejorganizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Koszty kursu pokrywa lekarz lub świadczeniodawca, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.”,

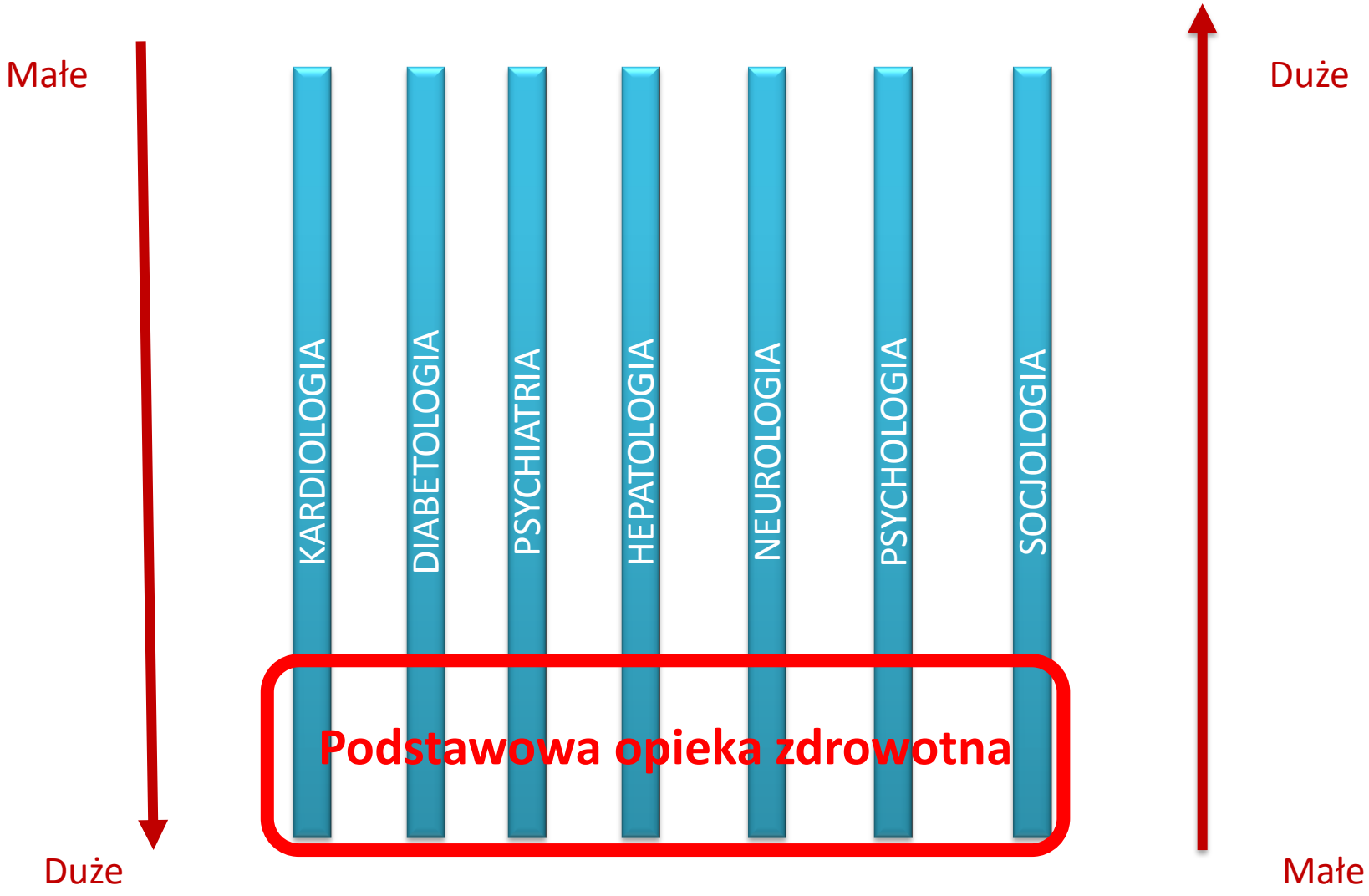
Zapadalność, chorobowość, znaczenie relacji z pacjentem

Wykorzystanie technologii, stopień trudności diagnostycznych



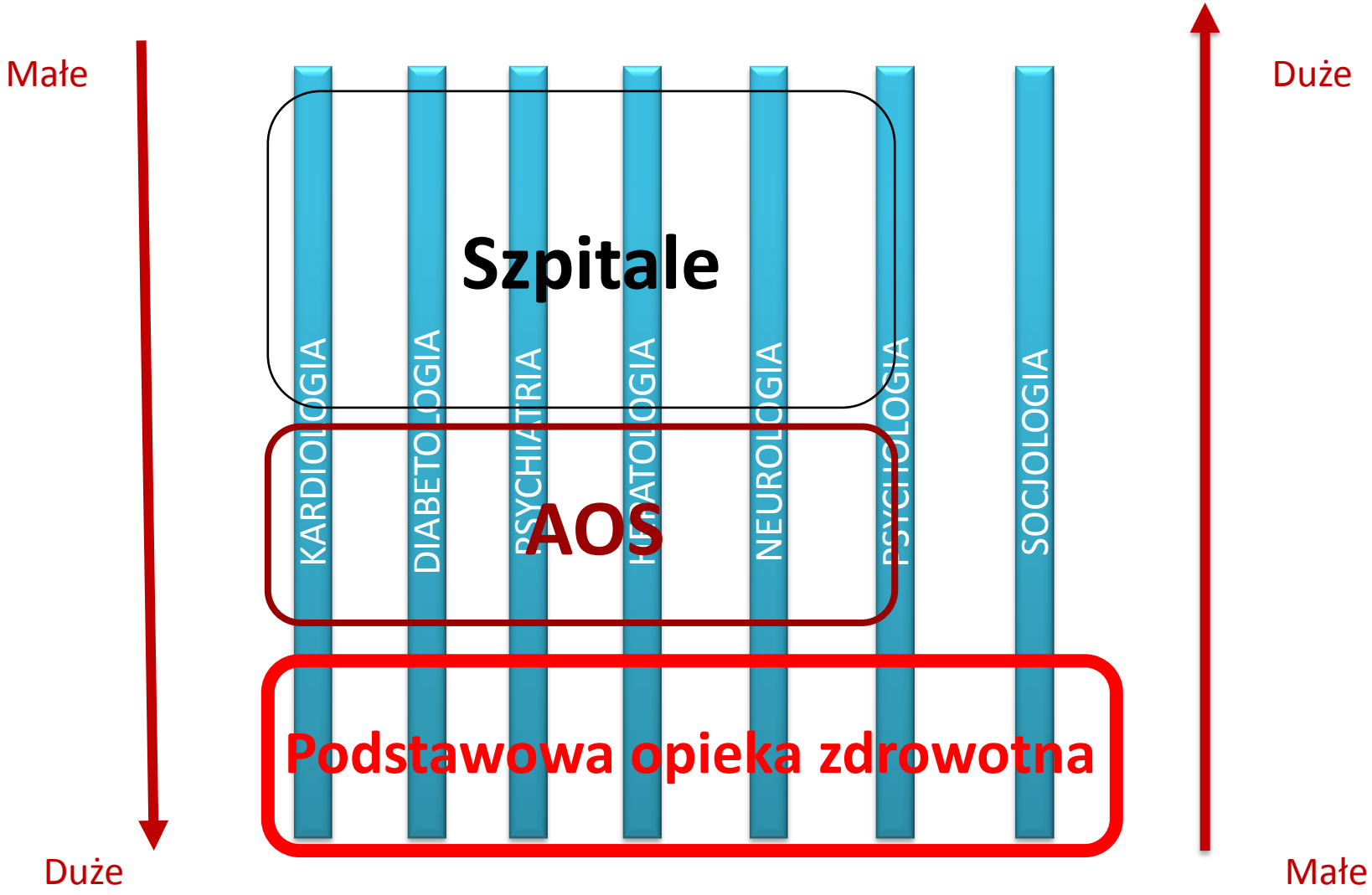
Zapadalność, chorobowość, znaczenie relacji z pacjentem

Wykorzystanie technologii, stopień trudności diagnostycznych



Zapadalność, chorobowość, znaczenie relacji z pacjentem

Wykorzystanie technologii, stopień trudności diagnostycznych



Zapadalność, chorobowość, znaczenie relacji z pacjentem

Wykorzystanie technologii, stopień trudności diagnostycznych

Małe

Duże

Szpitale

AOS

Podstawowa opieka zdrowotna

Duże

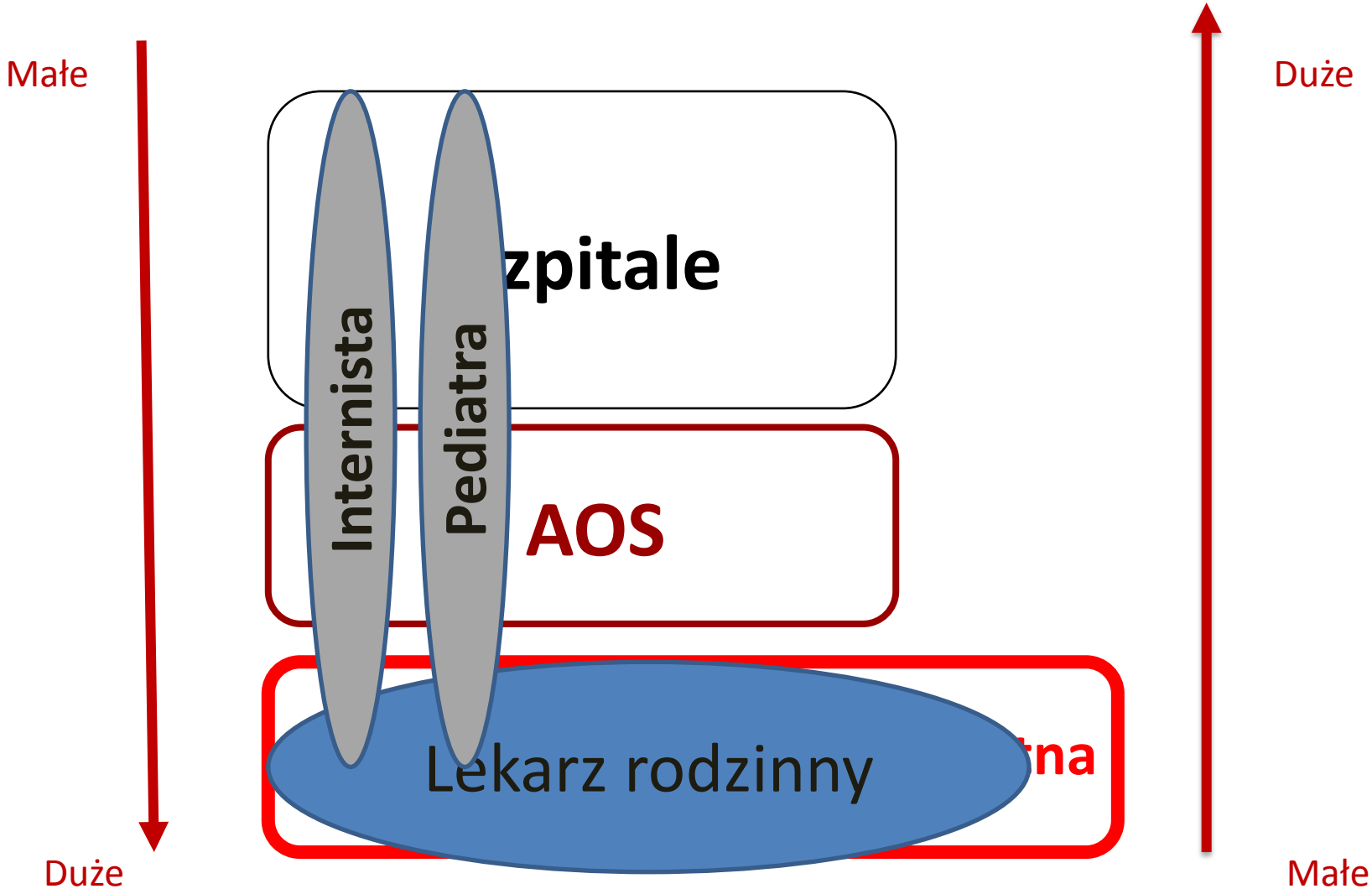
Małe

Zapadalność, chorobowość, znaczenie relacji z pacjentem

Wykorzystanie technologii, stopień trudności diagnostycznych

Zapadalność, chorobowość, znaczenie relacji z pacjentem

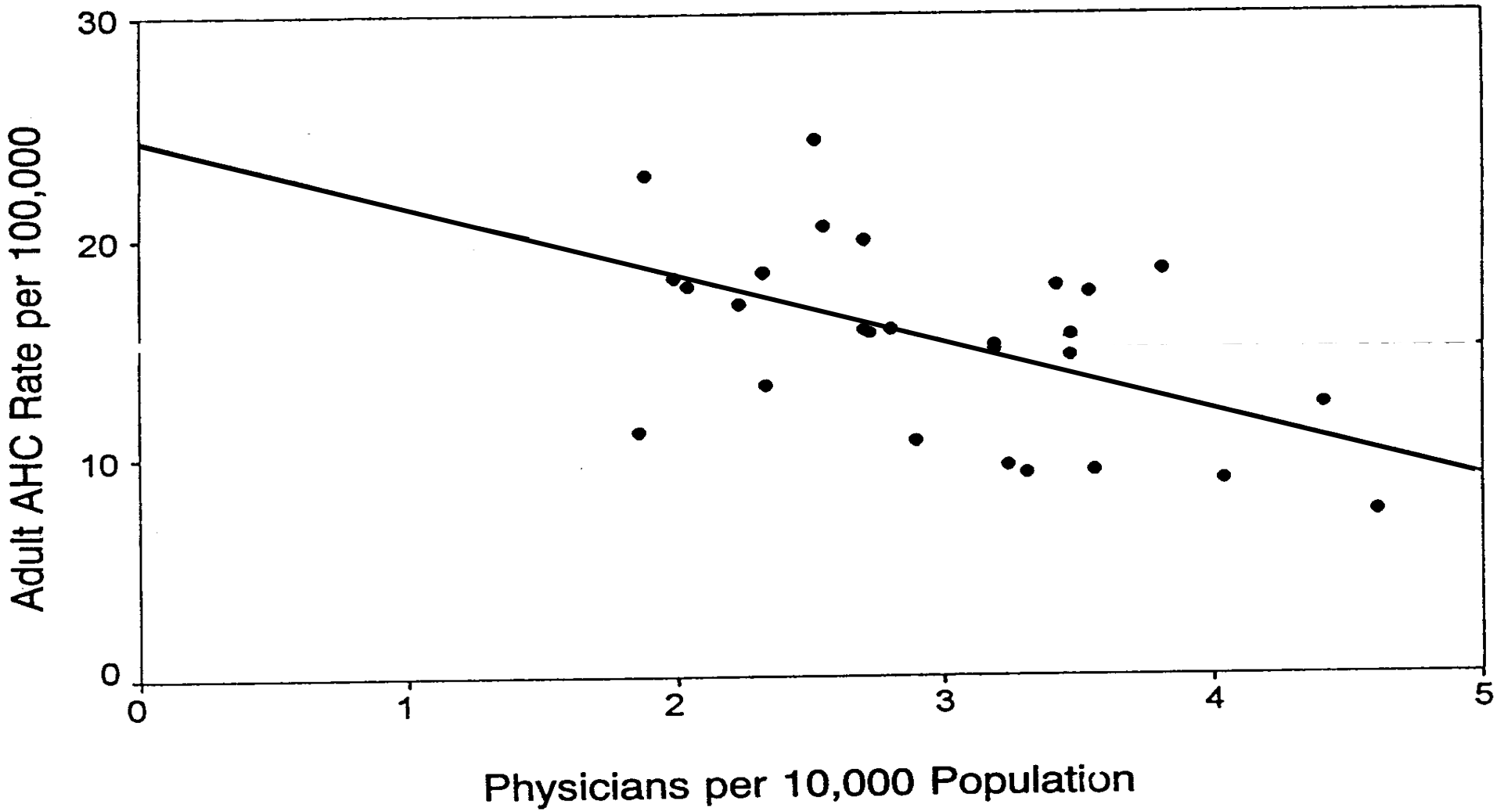
Wykorzystanie technologii, stopień trudności diagnostycznych



Większa liczba pacjentów kierowanych do konsultacji specjalistycznych

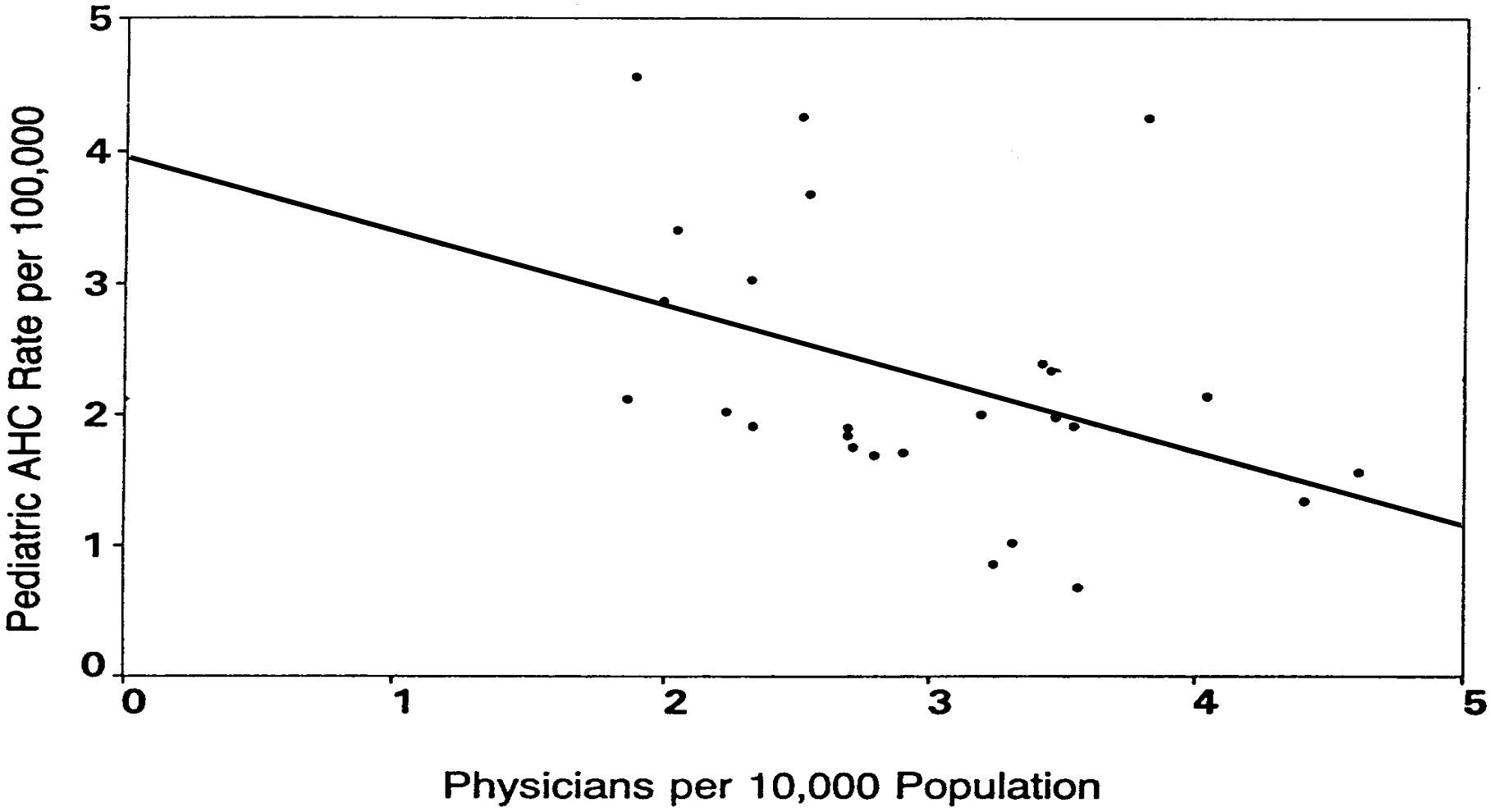
- Obszar przekraczający własny zakres kompetencji (np. ch. psychiczne, ch. GDO)
- W obszarze własnych kompetencji (np. ECHO)

Możliwe do uniknięcia hospitalizacje u dorosłych i liczba LR na 10.000 osób



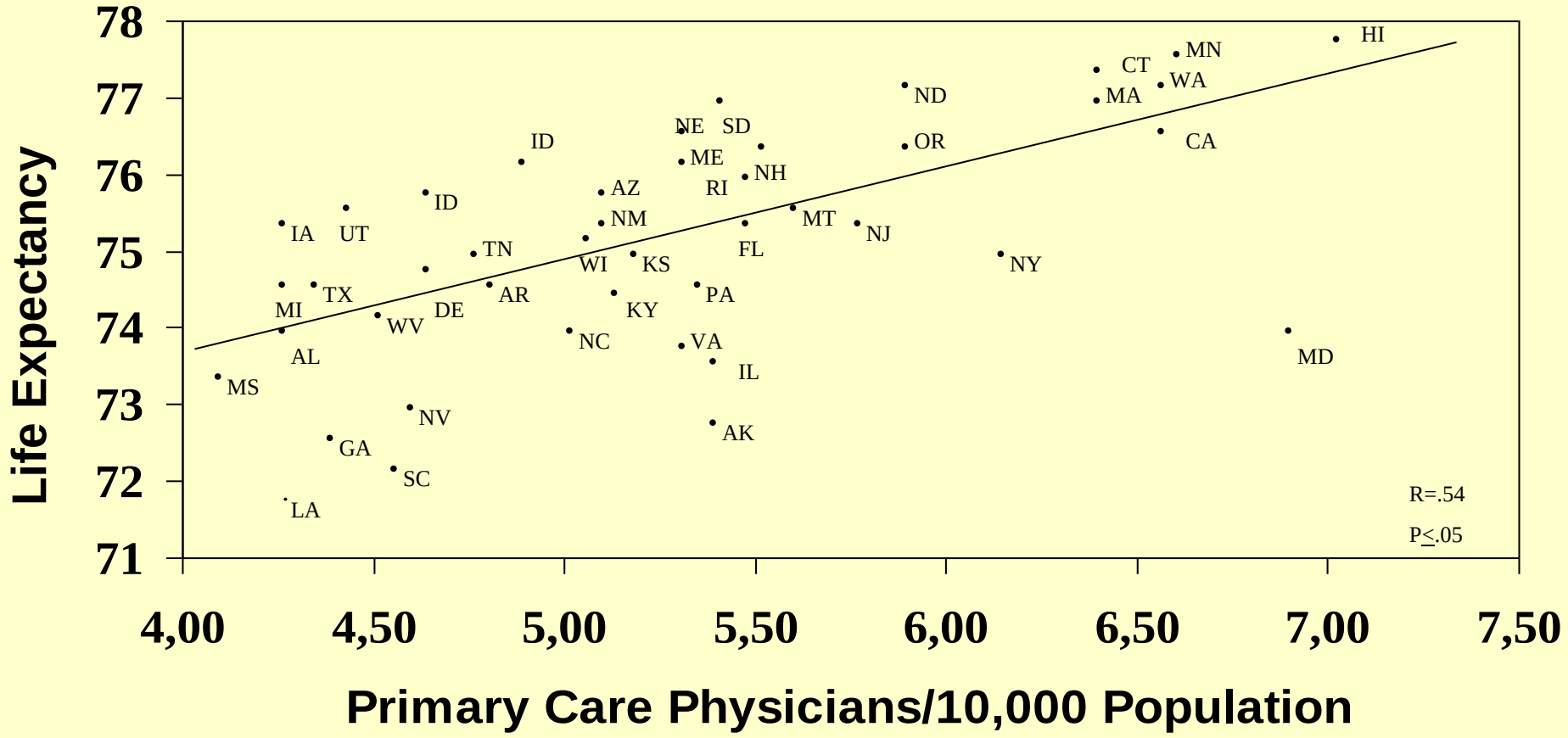
Starfield; Parchman & Culler, J Fam Pract. 1994

Możliwe do uniknięcia hospitalizacje u dzieci i liczba LR na 10.000 osób



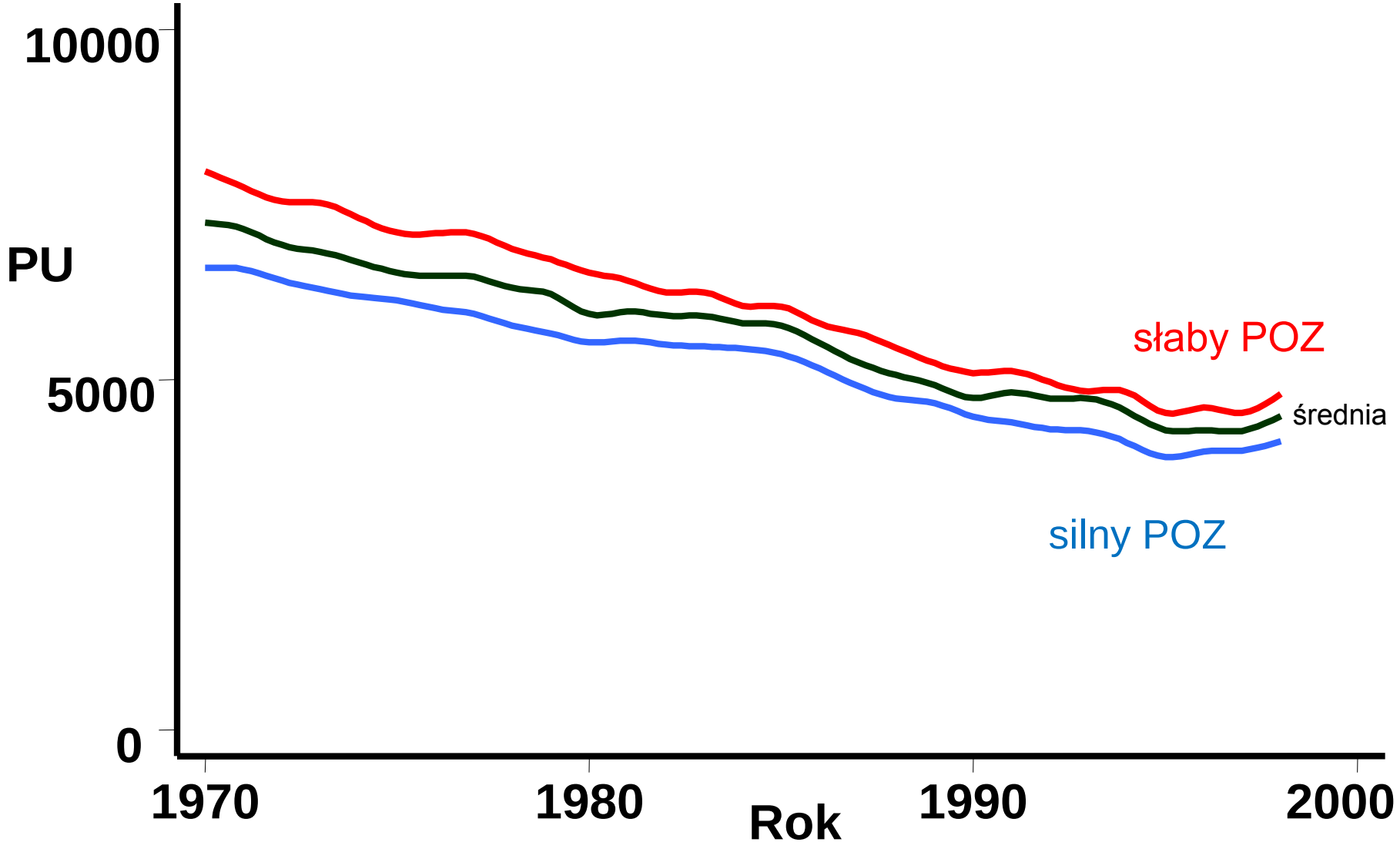
Starfield; Parchman & Culler, J Fam Pract. 1994

Poszczególne stany w USA
POZ i przewidywana długość życia



Starfield , Shi, J Fam Pract 1999

Rozwój POZ i przedwczesne zgony w 18 krajach OECD



Macinko, Starfield, Health Serv Res. 2003

Zakończenie

Skutki wprowadzania lekarzy o wąskich specjalizacjach do POZ

- Większa liczba pacjentów kierowanych do konsultacji specjalistycznych
- Uwaga skupiona na problemach medycznych
- Brak całościowego podejścia
- Ograniczona koordynacja opieki
- Brak ciągłości opieki
- Zmniejszenie zainteresowania medycyną rodzinną wśród młodych lekarzy
- Samoograniczanie zakresu świadczeń przez niektórych lekarzy rodzinnych

BMJ

BMJ 2014;348:g3030 doi: 10.1136/bmj.g3030 (Published 30 April 2014)

VIEWS & REVIEWS

PERSONAL VIEW

Back to red: allowing specialists to provide primary care would be a step backward for Poland

Proposed legislative changes would return the country to the flawed communist model, says **Tomasz Tomasik**, with paediatricians and internists offering primary healthcare

Tomasz Tomasik *lecturer, Jagiellonian University Medical College, Poland, and president, College of Family Physicians in Poland*

Poland is making an important decision about the future of primary healthcare (PHC) in the country—not on the basis of evidence but rather opinions, prejudices, and stereotypes.

At the end of 2013, the health minister, Bartosz Arłukowicz, proposed legal amendments that would allow specialists in internal diseases and paediatrics to work in the national health

Polish paediatricians and internists do not spend a single day in a primary care setting during their postgraduate education.

However, the legal opinion of the Parliamentary Bureau of Analysis is that, "The term primary care physician is broader than the term GP . . . it is a collective concept that can combine doctors with very different medical specialties."[6]