



fot. Dzik

Kontrrewolucja

Miała być skoordynowana opieka nad chorymi na cukrzycę, dodatkowa stawka kawitacyjna dla lekarzy rodzinnych. Co z tego wyszło?

W sytuacji powszechnie rosnącego niezadowolenia ze strony dyrektorów szpitali z funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (menedżerowie podnoszą problem dostępu pacjentów do lekarza rodzinnego jedynie do godziny 15.00, w dni robocze, w późniejszych godzinach, nocą lub w święta chorzy trafiają do SOR; niekorzystny jest również dla oceny funkcjonowania polskiego POZ ostatni raport NIK-u), Narodowy Fundusz Zdrowia od 2009 r., kierując się zasadną potrzebą kompleksowego i skoordynowanego zabezpieczenia świadczeń medycznych dla pacjentów chorych na cukrzycę,

cukrzyca wynosiła ponad 146 mln zł. Pacjenci byli hospitalizowani 180 tys. razy. W 2008 r. ponad 129 tys. świadczeniobiorców skorzystało raz z usług medycznych w zakresie cukrzyca. Najwięcej pacjentów – 271 tys. – otrzymało świadczenia cztery razy w ciągu roku. Ponad 260 tys. pacjentów otrzymało świadczenia pięć razy. Fundusz, chcąc kompleksowo kontraktować ten rodzaj usług, jak i pokazać *nowy–stary* model zakupu usług medycznych (podobny eksperyment miał miejsce kilka lat wcześniej na Śląsku i szybko się z niego wycofano) wprowadził osławiony współczynnik. Dyrektorzy oddziałów po pierwszym okresie realizacji *współczynnika cukrzycowego* w POZ zaczęli analizować efekty jego wdrożenia. Okazało

„ Według Banku Światowego, cukrzyca zajmuje w skali obciążenia społecznego 2. miejsce po niedokrwiennej chorobie serca, pochłaniając co najmniej 5–8 proc. całkowitego budżetu ochrony zdrowia ”

postanowił nagrodzić lekarzy rodzinnych ekstrawspółczynnikiem do stawki kapitulacyjnej za pacjenta diabetologicznego.

Lekarze rodzinni często podnosili, że nie mogą wypełniać swoich zadań, ponieważ nie mają kompleksowej kontroli nad procesem leczenia pacjentów, świadczonymi im specjalistycznymi usługami ambulatoryjnymi.

Problem jest istotny pod względem zdrowia publicznego społeczeństwa. Według Banku Światowego, cukrzyca zajmuje w skali obciążenia społecznego 2. miejsce po niedokrwiennej chorobie serca, pochłaniając co najmniej 5–8 proc. całkowitego budżetu ochrony zdrowia. W 2008 r. w Polsce na rzecz pacjentów z cukrzycą wykonano 1,6 mln świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej za kwotę 42,6 mln zł. Łączna kwota za hospitalizację 85 035 pacjentów z rozpoznaniem

się, że np. nie ma powiązania PESEL pacjentów POZ z ordynacją leków przeciwcukrzycowych. Co to oznacza?

Niezadowolenie środowiska szpitalnego osiągnęło niebezpieczny poziom. Dyrektor szpitala w Grudziądzu założył własny – szpitalny POZ, podkreślając zaletę tego rozwiązania, jako szerokiego dostępu do diagnostyki. Postępowanie dyrektorów szpitali wydaje się racjonalne, po co mają na SOR leczyć błahe schorzenia, skoro mogą to zrobić we własnym POZ i otrzymać za to wysokie wynagrodzenie?

Sytuację pogłębia fakt zepchnięcia na boczny tor i niedoszacowania specjalistyki ambulatoryjnej. Mamy więc szpital, który jest jak *jeden w trzech osobach* – lekarz rodzinny plus SOR, lecznictwo specjalistyczne ambulatoryjne i usługi szpitalne. Powstała paradoksalna sytuacja, odwrotna niż wszystkie zakładane cele reformy. ■