

– Lekarz pozbywa się problemu, a chory jest szczęśliwy, że leży w szpitalu. Polski chory lubi leczyć się w szpitalu i sanatorium. Jeśli chodzi o reumatologię, mamy chyba najwięcej oddziałów na świecie – 87. Dla porównania w Niemczech jest ich 17 (przy dwa razy większej populacji). W Polsce jest 2,5 tys. łóżek na oddziałach reumatologicznych, w Niemczech 600-700 – informuje prof. Tłustochowicz.

POZ – generator kosztów szpitalnych

Dlatego prof. Jacek Ruskowski uważa, że rozwiązanie leży w redefinicji funkcji POZ w Polsce.

– Wbrew nadziejom POZ okazała się największym generatorem kosztów szpitalnych. Sposób finansowania POZ (system kapitaacyjny) i sposób postępowania lekarzy z tego obszaru powoduje, że najlepiej się opłaca skierować pacjenta do szpitala albo ograniczyć mu dostęp do konsultacji i badań laboratoryjnych.

Zdaniem profesora Ruskowskiego relacja szpital – POZ wymaga zmiany i budowy systemu od nowa. Wspomnił, że we wczesnych latach dziewięćdziesiątych – kiedy organizowany był system medycyny rodzinnej – lekarze byli szkoleni w Wielkiej Brytanii i Holandii, z nadzieją, że POZ przejmie bardzo drogie funkcje lecznicze, które nie potrzebnie realizowały szpitale.

– To jak widać kompletnie zawiodło.

Polska jest wyjątkowym krajem, gdzie są trzy poziomy organizacji ochrony zdrowia: POZ, specjalistka ambulatoryjna i szpitalnictwo.

Na świecie na ogół funkcjonuje podstawowa opieka zdrowotna i opieka specjalistyczna, ponieważ usług specjalistycznych udzielają szpitale.

– Z nimi związane jest pojęcie specjalistyki ambulatoryjnej szpitalnej. Dzięki takiej organizacji usług medycznych, pacjent leczony ambulatoryjnie, a potem hospitalizowany, jest często leczony przez tego samego lekarza. To działa też w drugą stronę: po wyjściu ze szpitala jest leczony ambulatoryjnie przez tego samego lekarza, który był odpowiedzialny za postępowanie z pacjentem w szpitalu – opisuje prof. Ruskowski.

Alternatywa dla stawek kapitacyjnych

Przed wprowadzeniem systemu kapitacyjnego, NFZ płacił lekarzowi oddzielnie za poradę, oddzielnie za badania. Teraz lekarz wykonuje badania w ramach jednej stawki. Lekarze rodzinni uważają, że niesłusznie zarzuca im się branie pieniędzy za chorego i oszczędzanie na zleceniu badań.

Włodzimierz Bołtruczuk – prezes Podlaskiego Związku Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie – zauważa, że stawka kawitacyjna nie jest najlepszym rozwiązaniem i część problemów zdrowotnych można rozwiązać w inny sposób.

W 2008 roku podniesiono nakłady na opiekę POZ, przeznaczając większe pieniądze na sfinansowanie m.in. programów opieki nad pacjentami chorymi na cukrzycę i lepszą opiekę nad pacjentami chorymi na choroby układu krążenia. W efekcie wprowadzenia tego programu wycena za poradę została podniesiona trzykrotnie. Celem tego działania było wyselekcjonowanie i zdiagnozowanie przez lekarzy rodzinnych chorych na wybrane schorzenia. Lekarze rodzinni zaczęli chętniej wykonywać proste testy w kierunku wykrycia cukrzycy i nadciśnienia. Nastąpił wzrost wykrywalności choroby. Zdaniem dr Bołtruczuka, nie byłoby tego efektu, gdyby zamiast podwyższenia stawki za poradę, wrzucić te dodatkowe pieniądze na podwyższenie stawki kapitacyjnej.

Źródło: Rynek Zdrowia