

Wojciech Zięba¹

Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce

Podstawowa opieka zdrowotna² jest fundamentem systemu opieki zdrowotnej każdego systemu ochrony zdrowia. Zdefiniowanie tego pojęcia obrazuje zarazem jego różnorodne funkcje i wskazuje jego znaczenie dla pozostałych elementów opieki zdrowotnej.

Rozwój praw człowieka drugiej generacji³ doprowadził do wyodrębnienia praw o charakterze pozytywnym, statuującym określone obowiązki państwa względem jednostki. Jednym z takich praw jest dostęp do ochrony zdrowia⁴. Upowszechnienie ustawodawstwa socjalnego dało asumpt do określenia charakteru dostępu do służby zdrowia i jej organizacji w ramach obowiązku państwa dostarczenia obywatelom dostępu do opieki zdrowotnej.

Pojęcie „podstawowej opieki zdrowotnej”

Pojęcie „podstawowej opieki zdrowotnej” pojawia się w dokumentach międzynarodowych dotyczących ochrony zdrowia od 1978 r., gdy w deklaracji z Alma Aty⁵, będącej częścią raportu *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000*⁶ Światowej Organizacji Zdrowia, zdefiniowano POZ jako miejsce pierwszego kontaktu jednostek, rodzin i społeczności lokalnych z narodowym systemem ochrony zdrowia, przybliżając opiekę zdrowotną jak najbardziej do miejsca życia i pracy, stanowiąc pierwszy element ciągłego procesu opieki zdrowotnej⁷. Znaczenie POZ zostało podkreślone jako elementu zbliżającego ludzi do systemu opieki zdrowotnej i mającego niebagatelne znaczenie w kształtowaniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Ustalenia te znalazły potwierdzenie i rozwinięcie w Światowym Raporcie Zdrowia z 2008 r. o znamienym tytule *Primary health care – now more than ever*⁸.

¹ Wojciech Zięba, Uniwersytet Jagielloński, magister prawa, Sekcja Prawa Medycznego TBSP UJ.

² Dalej: POZ.

³ R. Kuźniar, *Prawa człowieka. Prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*, Warszawa 2002, s. 109–113.

⁴ Artykuł 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych [w:] R. Kuźniar, *Prawa człowieka...*, op.cit., s. 430–436.

⁵ World Health Organization, *Primary Health Care*, Geneva: WHO, Alma Ata 1978, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (5.04.2013).

⁶ World Health Organization, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva: WHO, 1981.

⁷ World Health Organization, *Primary Health...*, op.cit., s. 2–3.

⁸ http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf (5.04.2013).

Międzynarodowe ujęcie podstawowej opieki zdrowotnej zwraca szczególną uwagę na dostępność usług medycznych. Podstawowa opieka zdrowotna ma umożliwić kontakt ze opieką medyczną w ogóle, a także w dalszej kolejności – stanowić łącznik ze specjalistyczną opieką zdrowotną. W obu dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia położono też szczególnie nacisk na promocję zdrowia i edukację zdrowotną. Umożliwia to sformułowanie fundamentalnych cech podstawowej opieki zdrowotnej, tj. opieka pierwszego kontaktu stanowiąca łącznik z pozostałą częścią opieki zdrowotnej, promocja zdrowia.

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce

Polskie regulacje dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej znajdują się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁹. Obejmują one wymienione w § 2 świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, higienistki lub pielęgniarki w szkole oraz świadczenia transportu w ramach POZ. Zadania polskiej podstawowej opieki zdrowotnej są zbieżne z tymi postulowanymi na forum międzynarodowym. Określone w załącznikach do rozporządzenia porady lekarskie, świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i nieobrazowej, a także świadczenia z zakresu patronażowych badań pacjentów do 18. roku życia i poradnictwo zapobiegania chorobom układu krążenia tworzą szeroki wachlarz świadczeń dostępnych w ramach POZ w Polsce. Wszystkie te świadczenia dostępne są w godzinach od 8 do 18 w ramach POZ i po tych godzinach w ramach odrębnie kontraktowanej opieki nocnej i świątecznej. Całość tworzy system całodobowej opieki medycznej w miejscu zamieszkania pacjentów.

Zadaniem POZ jest także kierowanie pacjentów do innych części systemu opieki zdrowotnej, tj. do specjalistycznej opieki medycznej, szpitalnej, uzdrowiskowej i innej. Wystawianie przez lekarzy pierwszego kontaktu skierowań jest uregulowane bezpośrednio w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰ w art. 57, 58 i 59. Taka regulacja umożliwi ograniczenie odsyłania pacjenta od świadczeniodawcy do świadczeniodawcy i daje rękojmię kierowania tylko pacjentów, którzy realnie wymagają opieki na danym poziomie, ponieważ kierowani są przez przygotowanego specjalistę.

⁹ Dz.U. nr 139, poz. 1139, z późn. zm.

¹⁰ Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm.

Z powyższych rozważań wynika, że POZ w Polsce ma szerokie spektrum możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych pacjentów dzięki przyznaniu wielu uprawnień diagnostycznych i w zakresie profilaktyki. Prawidłowe wykonywanie tych zadań związane jest jednak ze skutecznym i właściwym do nakładów finansowaniem tej części systemu opieki zdrowotnej.

Modele finansowania POZ

Finansowanie POZ możliwe jest w czterech podstawowych systemach¹¹: opłaty za wykonaną usługę, opłaty za przypadek, opłaty kapitałowej, pensji. Te cztery modele finansowania przedstawione zostały od modelu najpełniej powiązującego wykonaną pracę z odpłatnością do modelu oderwanego od tej zależności.

Finansowanie poprzez opłacenie wykonanych przez personel POZ usług jest metodą polegającą na ustaleniu stawki obejmującej wykonanie określonej usługi i marży za tę usługę ustaloną przez płatnika z góry¹². Wynagrodzenie lekarza (pielęgniarki, położnej) jest warunkowane ilością i rodzajem świadczeń wykonanych w danym czasie, pomniejszonych o koszty danej usługi w danej jednostce udzielającej świadczeń.

Metoda taka daje silny impuls motywacyjny do świadczenia usług jak najwyższej jakości, ponieważ pacjenci nie są na stałe związani z żadnym lekarzem i mogą łatwo zmienić świadczeniodawcę. W przypadku opłacania wykonanych usług pieniądze realnie podążają za pacjentem. Nawet najkosztowniejsze usługi medyczne są łatwo dostępne dla pacjentów, ponieważ koszt ich wykonania w całości pokrywa płatnik. Konieczność dokumentowania poszczególnych świadczeń dla celów rozliczeń z płatnikiem daje także gwarancję dokładnego prowadzenia dokumentacji medycznej. Rozliczanie usług jest jednym z dwóch największych mankamentów takiego systemu, drugim jest ryzyko wykonywania niepotrzebnych usług, by zwiększyć zyski świadczeniodawcy.

Metoda polegająca na opłacaniu zabiegów udzielanych w procesie konkretnego leczenia polega na ustaleniu przewidywanych procedur medycznych¹³ (jednostkowych usług)

¹¹ Szerzej: J. Baranowski, A. Windak, *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*, Warszawa 2012, s. 13–19.

¹² J. Sobiech, *Ekonomiczne aspekty zarządzania opieką zdrowotną* [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński, Warszawa 2008, s. 89.

¹³ *Ibidem*, s. 95–101.

typowych dla danego przypadku i na tej podstawie ustaleniu taryfikatora identyfikującego przypadek i określającego należną za niego kwotę.

Sformułowanie jasnych kryteriów rozgraniczenia poszczególnych przypadków i dobranie do tej specyfikacji zestandaryzowanych usług w celu ustalenia odpłatności za przypadek jest największym mankamentem tej metody opłacania POZ. Odpłatność za przypadek powoduje, że świadczeniodawcy racjonalizują koszty i dzięki temu nie ma ryzyka wykonywania niepotrzebnych zabiegów, jednak presja optymalizacji kosztów może prowadzić do obniżania jakości udzielanych świadczeń. Warto podkreślić, że odpłatność za przypadek gwarantuje pacjentowi kompleksowość świadczeń udzielanych w jednym miejscu.

Kapitacja jest to system oparty na odpłatności za pacjentów potencjalnych¹⁴. Określona liczba pacjentów zapisanych do danego lekarza jest mnożona przez określony współczynnik i na tej podstawie ustalana jest kwota, jaka przysługuje świadczeniodawcy na procedury medyczne i wynagrodzenie dla personelu.

Odpłatność od pacjenta zarejestrowanego do danego lekarza POZ posiada znaczne zalety od strony płatnika. Przy takiej metodzie odpłatności nie jest wymagane prowadzenie skomplikowanej działalności administracyjnej, a koszty są przewidywalne i stałe. Rejestracja pacjentów umożliwia budowanie relacji pacjent – lekarz, dając możliwość stałej opieki nad daną grupą pacjentów. Umożliwia także stworzenie profilaktyki dla danego terenu. Istniejąca możliwość zmiany lekarza jest także czynnikiem działającym motywująco na rzecz podnoszenia jakości udzielanych świadczeń. Do podstawowych wad takiego systemu należy przeciwstawienie interesu pacjenta interesowi świadczeniodawcy. Udzielenie świadczeń na poziomie POZ jest w interesie pacjenta, z kolei świadczeniodawca w celu minimalizacji kosztów może odsyłać pacjenta na wyższy poziom opieki zdrowotnej, co z kolei może prowadzić do nadmiernego obciążenia opieki specjalistycznej i szpitali.

Ostatnim systemem jest stworzenie sieci przychodni, w których zatrudnieniowy personel otrzymuje określone wynagrodzenie bez względu na ilość przyjmowanych pacjentów i wykonane usługi.

Stać pensja¹⁵ wypłacana za usługi wykonywane w ramach POZ jest rozwiązaniem, które daje dużą stabilność udzielania świadczeń świadczeniodawcy i gwarantuje stałość

¹⁴ Ibidem, s. 93.

¹⁵ Ibidem, s. 94.

kosztów personelu. Organizacja sieci przychodni wymaga jednak stałego nadzoru na dość wysokim szczeblu i nie zapewnia kontroli kosztów, co może skutkować niepotrzebnym udzielaniem świadczeń kosztochłonnych. Taki system finansowania nie posiada żadnych elementów motywacyjnych dla personelu medycznego i może skutkować niską satysfakcją pacjentów ze świadczonych usług.

Finansowanie POZ w Polsce

W polskim systemie finansowania służby zdrowia dominuje system kapitacyjny. Zasady finansowania POZ określa zarządzenie prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna¹⁶. Zarządzenie to prezes NFZ wydaje, działając na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną jest więc akt niebędący źródłem prawa w rozumieniu art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

System kapitacyjny obowiązuje przy opłacaniu świadczeń lekarza, pielęgniarki, położnej POZ, a także przy opłacaniu transportu w ramach POZ. Budżet przekazywany poszczególnym pomiotom udzielających danych świadczeń jest ustalany na podstawie listy aktywnej pacjentów i stawki kapitacyjnej. Stawki kapitacyjne są modyfikowane za pomocą korektorów, które mają za zadanie urealnić stawkę za pacjenta względem przewidywanego nakładu pracy. Wprowadzenie czynników korygujących ma zmniejszyć jedną z wad systemu polegającą na oderwaniu środków przyznanych na pacjenta od rzeczywistego nakładu na danego pacjenta. Wychodząc z założenia, że pacjenci w określonym wieku wymagają szczególnej troski personelu POZ i w związku z tym nakłady na tych pacjentów są wyższe, system korektorów został oparty właśnie o kryterium wieku pacjentów. Dodatkowo wprowadzono korektory zależne od pewnych przewlekłych schorzeń, a także jeden związany z miejscem pobytu pacjenta.

Na potrzeby korektorów wiekowych podzielono pacjentów na cztery grupy wiekowe: 0–6, 7–19, 20–65, 65 i osoby starsze¹⁷. Poszczególnym kategoriom wiekowym pacjentów

¹⁶ Nr 85/2011/DSOZ, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=12> (5.04.2013).

¹⁷ § 15 ust. 2 pkt 2–5 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

przypisano współczynniki: 2.0, 1.2, 1.0, 2.0¹⁸. Przedstawione współczynniki mnożone są przez stawkę roczną oraz liczbę pacjentów w danym wieku i w ten sposób otrzymuje się kwotę środków przeznaczonych dla danej jednostki POZ. Współczynniki te podlegać mogą zmianom wynikającym z modyfikacji korektorów związanych ze schorzeniami pacjentów¹⁹: dodatkowe 0,1 dodawane do korektora w przypadku chorób pulmonologicznych oraz zastąpienie korektora wiekowego odrębnym korektorem przewidzianym dla cukrzyków oraz osób z chorobami układu krążenia – 3.0²⁰. Ostatnia modyfikacja związana jest z miejscem pobytu pacjenta i obejmuje pacjentów będących podopiecznymi domów pomocy społecznej oraz placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych²¹. Współczynnik kapitacyjny wynosi dla podopiecznych tych placówek 2.5 i zastępuje korektor wiekowy.

Ustawodawca przewidział także ograniczenie liczby pacjentów przypisanych do poszczególnych lekarzy POZ, tak by zapewnić należyty dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu. Obecnie limit ten wynosi 2750 pacjentów na lekarza²² i może być zmieniony w szczególnie uzasadnionych przypadkach. Pacjenci przypisani są do konkretnego lekarza na podstawie deklaracji wyboru, która ma charakter pisemnego oświadczenia woli o wyborze danego lekarza POZ. Instytucja deklaracji wyboru została uregulowana wprost w ustawie o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych w art. 56 *in fine*.

Uzupełnieniem systemu kapitacyjnego jest wprowadzenie odpłatności za pewne kategorie świadczeń w ramach odpłatności za usługi²³. Do tych świadczeń należą porady udzielane osobom uprawnionym niebędącym pacjentami danego lekarza POZ – ubezpieczeni spoza listy aktywnej, obcokrajowcy posiadający ubezpieczenie zdrowotne w związku z czasowym zatrudnieniem na terenie Rzeczypospolitej oraz obywatele UE. Finansowanie profilaktyki chorób układu krążenia jest jedynym elementem odpłatności za usługę przysługującym za badania i działania terapeutyczne lekarza POZ z jego własnej listy aktywnej.

Podsumowanie i postulaty *de lege ferenda*

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ibidem, § 15 ust. 2 pkt 7, ust. 7.

²⁰ Ibidem, § 15 ust. 2 pkt 1.

²¹ Ibidem, § 15 ust. 2 pkt 6.

²² Ibidem, § 13 ust 1.

²³ Ibidem, § 10 ust. 1 pkt 2.

Przedstawiony opis systemu wskazuje na głównie kapitaacyjny charakter finansowania POZ. Wprowadzone korektory oraz odpłatność za pewne kategorie świadczeń nie mogą być uznane za znaczącą modyfikację systemu i szansę na usprawnienie systemu kapitaacyjnego. Należy zauważyć, że modele wskazane na początku niniejszego artykułu nie są pozbawione poważnych mankamentów i właśnie stworzenie modelu mieszanego, mogącego minimalizować częściowo wady poszczególnych systemów jest zadaniem ustawodawcy. Tymczasem stworzony w Polsce model nie daje szans na zniwelowanie podstawowych wad systemu kapitaacyjnego. Badanie prowadzone przez CBOS²⁴ potwierdza zaprezentowane przewidywania dotyczące wad i zalet kapitacyjnej metody finansowania POZ. Modelowy charakter polskiego systemu powoduje, że wady wynikłe z systemu kapitaacyjnego są szczególnie widoczne – odsyłanie na wyższe poziomy opieki zdrowotnej, co skutkuje trudnością w dostaniu się do lekarza specjalisty oraz małą dostępnością badań²⁵. Przeprowadzone badanie opinii społecznej wskazuje także na pozytywną ocenę dostępności lekarza pierwszego kontaktu, co świadczy o dostępności lekarzy POZ, czyli zrealizowaniu jednej z podstawowych zasad organizacji POZ.

Podsumowując powyższe rozważania, należy zwrócić uwagę, że w polskim systemie brakuje uzupełnienia systemu kapitaacyjnego o programy profilaktyczne i działania mające odciążać poradnie specjalistyczne. Przeniesienie części świadczeń z poziomu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na rzecz POZ wraz z włączeniem odpłatności za usługi w szerszym zakresie może znacząco poprawić efektywność całego systemu. Należy także podkreślić, że taki zabieg powinien być połączony ze zmniejszeniem stawki kapitaacyjnej, tak by za pomocą instrumentu finansowego zmobilizować lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do większej dbałości o pacjentów i realizację programów profilaktycznych. Pilotażowy w swoim charakterze program dotyczący chorób układu krążenia powinien zostać rozszerzony i zaadaptowany także w odniesieniu do innych rodzajów chorób.

²⁴ CBOS, *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, Warszawa 2012, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_034_12.PDF (5.04.2013).

²⁵ *Ibidem*, s. 6.