

**Agnieszka Bem**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## **PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA – ROLA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA, MECHANIZMY WYNAGRADZANIA ŚWIADCZENIODAWCÓW**

---

**Streszczenie:** Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest najważniejszym elementem systemu ochrony zdrowia. Zadaniem lekarza POZ jest zapewnienie świadczeń określonej populacji pacjentów oraz reglamentacja dostępu do świadczeń specjalistycznych. Typowa forma wynagrodzenia to kapitaacja, funkcję uzupełniającą spełnia wynagrodzenie za świadczenie (*fee-for-service*) – każdy z tych mechanizmów generuje odmienne bodźce dla świadczeniodawców.

**Słowa kluczowe:** podstawowa opieka zdrowotna, kapitaacja, *fee-for-service*.

### **1. Wstęp**

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest, niezależnie od organizacji systemu ochrony zdrowia, jego głównym elementem. Rolą świadczeniodawcy POZ jest sprawowanie podstawowej opieki nad określoną populacją pacjentów i podejmowanie decyzji dotyczących konieczności zastosowania specjalistycznego leczenia lub leczenia w placówce opieki stacjonarnej. Celem artykułu jest przedstawienie roli podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia oraz mechanizmów finansowania w kontekście bodźców, jakie stwarzają one dla świadczeniodawców.

### **2. Rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia**

Zgodnie z definicją opracowaną przez WHO w 1978 roku podstawowa opieka zdrowotna to „niezbędna opieka zdrowotna, bazująca na metodach i technologiach potwierdzonych praktycznie i naukowo oraz akceptowalnych społecznie, dostępna dla całej społeczności po akceptowalnych kosztach, oparta na zasadach samowystarczalności i samostanowienia”<sup>1</sup>. Jest pierwszym elementem systemu ochrony zdro-

---

<sup>1</sup> „Essential health care; based on practical, scientifically sound, and socially acceptable method and technology; universally accessible to all in the community through their full participation; at an affordable cost; and geared toward self-reliance and self-determination (WHO & UNICEF, 1978)” (cyt. za [Primary Health Care ... 2009]).

wia, z którym stykają się potencjalni pacjenci, dostarczającym świadczeń najbliżej miejsca zamieszkania i pracy [*Declaration of Alma-Ata...* 1978].

Wytyczne w zakresie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej państwa zostały opracowane przez państwa członkowskie WHO podczas konferencji (International Conference on Primary Health Care), która odbyła się w dniach 6-12 września w Alma-Acie. Deklaracja z Alma-Aty określa podstawowe zadania i zasady funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje szeroki zakres wymienionych poniżej działań, choć nie wszystkie z nich muszą być dostarczane w ramach funkcjonującego w kraju systemu finansowania ochrony zdrowia [*Declaration of Alma-Ata...* 1978]:

- edukacja zdrowotna lokalnych społeczności,
- usługi zdrowotne o charakterze profilaktycznym, takie jak poradnictwo, badania profilaktyczne i badania przesiewowe,
- podstawowa opieka zdrowotna, obejmująca świadczenia lekarza pierwszego kontaktu, położnej i pielęgniarki (w tym środowiskowych), jak również porady udzielane przez farmaceutów,
- pozostałe usługi zdrowotne, udzielane na podstawowym poziomie, takie jak fizjoterapia czy medycyna alternatywna (ten typ świadczeń jest zwykle wyłączony z finansowania).

Podstawowa opieka zdrowotna wybiega więc swoim zakresem poza samo udzielanie świadczeń zdrowotnych – w swoich założeniach integruje opiekę medyczną z działaniami z zakresu pomocy społecznej i edukacji zdrowotnej, kładąc szczególny nacisk na szeroko rozumianą profilaktykę.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznaje podstawową opiekę zdrowotną za najważniejszy element systemu ochrony zdrowia, mający kluczowe znaczenie dla zachowania zdrowia całej populacji – wzmocnienie funkcjonowania tego poziomu systemu ochrony zdrowia jest obecnie jednym z priorytetów reform państw europejskich<sup>2</sup>, choć szczegółowe cele dla poszczególnych państw są odmienne – dla krajów Europy Zachodniej najważniejszym problemem są rosnące koszty funkcjonowania, dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej – zapewnienie równego dostępu do świadczeń o określonym standardzie<sup>3</sup>.

Zorientowanie systemu ochrony zdrowia na podstawową opiekę zdrowotną przynosi wymierne korzyści, związane z zapewnieniem ciągłości i koordynacji świadczeń oraz kontroli ich kosztów, poprzez odpowiednią konstrukcję metod wynagradzania świadczeniodawców [Velasco Garrido, Zentner, Busse 2011]. Jednak podstawowym celem jest osiągnięcie korzyści społecznych związanych ze sprawnie funkcjonującą opieką na szczeblu podstawowym, do których to korzyści należą [Starfield, Shi, Macinko 2005]:

<sup>2</sup> W ramach WHO European Region.

<sup>3</sup> *Primary Care Evaluation Tool*, WHO Europe Region, [www.who.org](http://www.who.org).

- Szerszy dostęp do usług zdrowotnych – szczególnie dla grup zagrożonych deprivacją. Większość krajów rozwiniętych (poza USA) rozwinęło powszechny dostęp do świadczeń podstawowej opieki, jako pierwszego stopnia w systemie ochrony zdrowia, i drogę dostępu do świadczeń specjalistycznych.
- Lepsza jakość świadczeń – uwidacznia się w tym przypadku paradoks polegający na tym, że podstawowa opieka zdrowotna oferuje wyższej jakości świadczenia dla populacji jako całości, przy niższej jakości dla indywidualnych pacjentów [Stange, Ferrer 2009].
- Większy nacisk na prewencję i profilaktykę (badania profilaktyczne) – prewencję rozumianą szeroko, np. rezygnację z palenia tytoniu, zapinanie pasów w samochodzie.
- Wczesne diagnozowanie problemów zdrowotnych – wczesne wykrywanie chorób, zanim będą wymagały interwencji specjalisty.
- Koncentracja na pacjencie, a nie na jednostce chorobowej.
- Redukcja zbędnych lub potencjalnie szkodliwych zabiegów medycznych – poprzez konieczność uzyskania skierowania.

Kluczową rolę w systemie odgrywa lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest [Taylor, McAvoy, O'Dowd 2003, s. 3]:

- zapewnienie stałej i wszechstronnej opieki medycznej określonej populacji pacjentów,
- kierowanie do specjalistów i na leczenie stacjonarne,
- koordynowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom,
- „prowadzenie” pacjenta poprzez system opieki socjalnej i ochrony zdrowia,
- dostarczanie możliwie najlepszej jakości świadczeń medycznych i socjalnych w świetle funkcjonujących ograniczeń ekonomicznych.

Lekarz pierwszego kontaktu jest podstawowym ogniwem systemu – jego zadaniem jest między innymi regulowanie dostępu do świadczeń opieki stacjonarnej i specjalistycznej poprzez konieczność uzyskania skierowania do szpitala lub poradni specjalistycznej. Celem tego rozwiązania jest wygenerowanie oszczędności w systemie, poprzez ograniczenie liczby zbędnych konsultacji specjalistycznych oraz hospitalizacji<sup>4</sup>.

Fakt „związania” pacjenta z konkretnym lekarzem powinien przynosić usprawnienia procesu leczenia i stworzyć bodźce do stosowania profilaktyki. Badania wykazują, że długookresowe relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem są przez pacjentów postrzegane jako bardzo korzystne i związane są nie tylko z zadowoleniem z usług danego lekarza, ale również z postrzeganiem go jako osoby znajomej. Co więcej, pacjenci często są skłonni do pozostawania u swojego lekarza, nawet jeśli są niezadowoleni z jego usług [Bogelund Ferederiksen, Kragstrup, Dehlholm-Lambertsen 2010].

Istotnym zadaniem lekarza rodzinnego jest rola „strażnika systemu” (*gatekeeper*). *Gatekeeper* jest definiowany jako „punkt wejścia do systemu ochrony zdro-

<sup>4</sup> Pewne specjalizacje (oraz schorzenia) nie wymagają skierowania od lekarza POZ.

wia, za każdym razem kiedy wymagana jest pomoc medyczna” [Willems 2001]. Konieczność funkcjonowania „strażnika systemu” oznacza przeniesienie podejmowania decyzji dotyczących ochrony zdrowia na poziom indywidualnego pacjenta – dostęp do świadczeń opieki specjalistycznej i stacjonarnej wymaga uzyskania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. Zakres świadczeń, dla których wymagane jest skierowanie, może być zróżnicowane w poszczególnych krajach – pewne świadczenia specjalistyczne mogą być z tego typu reglamentacji zwolnione.

Istnienie „strażnika systemu” najczęściej jest uzasadnia poprzez:

- potrzebę zapewnienia odpowiednich dla danego pacjenta świadczeń,
- konieczność stosowania ograniczeń budżetowych,
- potrzebę sprawiedliwości w redystrybucji usług zdrowotnych [Willems 2001].

Chociaż podstawowa opieka zdrowotna jest najczęściej kojarzona z instytucją lekarza pierwszego kontaktu, ideą opieki na tym poziomie jest zintegrowanie działań wielu świadczeniodawców, w celu optymalnego wykorzystania zasobów systemu – świadczenia są udzielane przez zespół obejmujący<sup>5</sup>:

- lekarza POZ (rodzinnego),
- pielęgniarkę i położną POZ,
- pielęgniarkę szkolną lub higienistkę, udzielające porady w miejscu nauczania lub wychowania,
- lekarzy i pielęgniarki, świadczących nocną i świąteczną opiekę ambulatoryjną i wyjazdową oraz transport sanitarny.

Zwiększenie udziału pozostałego personelu, np. pielęgniarskiego, w opiece nad pacjentem jest jednym z kierunków reform podstawowej opieki zdrowotnej na świecie [King 2001]. Istotne jest więc rozróżnienie instytucji lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu) od instytucji podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz rodzinny koncentruje się przede wszystkim na procesie – na leczeniu pacjenta. Przedmiotem zainteresowania podstawowej opieki zdrowotnej jest lokalna społeczność, a nacisk jest położony na edukację zdrowotną i wpływ czynników ekonomiczno-społecznych i środowiskowych [Taylor, McAvoy, O’Dowd 2003, s. 3]. Przyjmując tak rozbudowaną definicję zadań podstawowej opieki zdrowotnej, należy stwierdzić, że w Polsce instytucja ta jest jeszcze stosunkowo słabo rozwinięta.

### 3. Wynagradzanie świadczeniodawców POZ

Dla sprawnego funkcjonowania systemu finansowania ochrony zdrowia kluczowe są schematy wynagradzania świadczeniodawców – każde z możliwych rozwiązań stymuluje świadczeniodawcę do określonych zachowań [The World Health... 2010, s. 72]. W schematach wynagradzania świadczeniodawców POZ stosuje się zazwyczaj następujące rozwiązania:

---

<sup>5</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

- kapitację (*capitation*),
- płatność za wykonaną usługę (FFS) (*fee-for-service*),
- budżet (*line item budget*) [Langenbrunner, Cashin, O'Dougherty (eds.) 2009, s. 28].

Kapitacja oznacza jednolitą stawkę za każdego pacjenta, który złożył deklarację u danego świadczeniodawcy. System kapitacyjny jest stosowany zarówno wobec lekarzy prowadzących prywatne praktyki, dla których wynagrodzenie jest określane na podstawie liczby pacjentów zarejestrowanych w jego praktyce, jak i w przypadku większych placówek służby zdrowia. W szpitalach wynagrodzenie kapitacyjne stosowane jest najczęściej w odniesieniu do usług ambulatoryjnych, opieki podstawowej oraz usług pogotowia ratunkowego [Witter, Ensor 1997, s. 103-104].

Stawki kapitacyjne są zróżnicowane w zależności od kategorii świadczeniodawcy i mogą być jednolite bądź korygowane z uwzględnieniem wskaźników demograficznych (np. płeć, wiek) lub epidemiologicznych (np. dla pacjentów cierpiących na określone choroby przewlekłe), które mają wpływ na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności.

W systemie kapitacyjnym świadczeniobiorca przyjmuje na siebie odpowiedzialność za dostarczanie świadczeń określonej populacji i ryzyko związane z ewentualnym zwiększeniem zapotrzebowania na usługi zdrowotne<sup>6</sup>.

W przypadku płatności za usługę (FFS) świadczeniodawca otrzymuje określoną kwotowo stawkę za każdą udzieloną usługę. Kwota ta może pochodzić w całości od ubezpieczyciela lub może być częściowo pokrywana przez pacjenta [Stahl (ed.) 2004, s. 209]. Wysokość zobowiązania płatnika jest określana jako iloczyn wykonanych świadczeń (np. porad) i stawki za usługę określonego rodzaju, przy czym jeżeli świadczenia są realizowane na podstawie umowy z płatnikiem (np. NFZ), umowa może określać limit świadczeń określonego rodzaju na dany okres rozliczeniowy.

Budżet to metoda finansowania, która polega na określeniu stałej kwoty za pewien okres, pokrywającej koszty świadczeniodawcy – koszty personelu, sprzętu, leków, środków medycznych itd. Ta forma finansowania, związana z koniecznością administracyjnej kontroli, występuje zazwyczaj w systemie zaopatrzeniowym [Langenbrunner, Cashin, O'Dougherty (eds.) 2009, s. 5] – z tego względu ta metoda nie będzie analizowana w dalszej części opracowania.

Każda z metod finansowania stwarza inne bodźce dla świadczeniodawców. Rozliczenie w formie kapitacji jest bardzo skutecznym narzędziem obniżania kosztów usług zdrowotnych – z góry można określić zobowiązania płatnika wobec konkretnego świadczeniodawcy, co sprzyja stabilizacji kosztów w ochronie zdrowia, jednak negatywnie wpływa na liczbę realizowanych porad, ponieważ świadczeniodawca otrzymuje stałą, niezmienną kwotę bez względu na częstotliwość wizyt lekarskich.

Kolejną zaletą jest stworzenie silnych bodźców do stosowania profilaktyki – wykrycie schorzenia na wstępnym etapie rozwoju zwykle wiąże się z krótszym okresem

---

<sup>6</sup> Ryzyko to jest w Polsce częściowo obniżone z tytułu współczynników przeliczeniowych dla stawek kapitacyjnych.

leczenia i mniejszymi nakładami, co leży w interesie świadczeniodawcy. Inna zaleta to pozytywny wpływ na poziom zadowolenia pacjentów – niski poziom świadczeń, zwłaszcza w sytuacji większej konkurencji na rynku (np. w dużych ośrodkach miejskich) może w efekcie doprowadzić do utraty zadeklarowanych pacjentów.

Wynagradzanie świadczeniodawców na zasadzie FFS jest uważane za jedną z podstawowych przyczyn gwałtownego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w krajach rozwiniętych (czego świetnym przykładem są Stany Zjednoczone). Z tego względu jest rzadko stosowana w podstawowej opiece zdrowotnej, ponieważ w przypadku FFS istnieją silne bodźce do wykonywania zbędnych badań i procedur. Dlatego jedną z form kontroli kosztów jest wprowadzenie współpłacenia [Langenbrunner, Cashin, O'Dougherty (eds.) 2009, s. 5]. Metoda FFS nie sprzyja również profilaktyce, ponieważ zachęca do wykonywania większej liczby i bardziej zaawansowanych technicznie, a co za tym idzie droższych – badań.

Szereg empirycznych badań potwierdziło wpływ metody wynagradzania na zachowanie lekarzy pierwszego kontaktu. Badania przeprowadzone w Danii i USA (tab. 1) wykazały wzrost ilości udzielanych świadczeń w systemie opartym na FFS. Płatności na zasadzie FFS sprzyjały również wyższej jakości świadczeń

**Tabela 1.** Wpływ mechanizmów wynagradzania na zachowanie lekarzy pierwszego kontaktu

Kategoria	Davidson 1992	Krasnik 1990	Hutchinson 1996
Kraj	USA	Dania	Kanada
Sposób wynagradzania	1) kapitacja zależna od wieku 2) Medicaid FFS 3) wyższe stawki FFS	1) konsultacje: kapitacja// FFS mix 2) interwencje: wyłącznie kapitacja – zmiana na kapitację/FFS mix	1) najpierw FFS 2) potem: mieszana kapitacja, zachęty promujące świadczenia ambulatoryjne
Lekarz	Primary Care Providers (PCPs)	General Practitioners (GPs)	GPs/Family Physicians
Efekty	– brak różnicy w liczbie wizyt (FFS w porównaniu do kapitacji) – wzrost stawek FFS spowodował wzrost liczby wizyt 0,8-0,9 (PCP w stosunku do Medicaid FFS) – PCP opłacani na zasadzie kapitacji używali mniej zasobów opieki specjalistycznej i stacjonarnej – mniejsza dostępność wizyt (przy kapitacji w stosunku do FFS)	– liczba wizyt osobistych i porad telefonicznych była wyższa w przypadku wynagradzania na zasadzie kapitacja+FFS – po włączeniu zasady FFS do kapitacji liczba porad, usług leczniczych i badań diagnostycznych wzrosła, a liczba skierowań do specjalistów spadła	– liczba dni hospitalizacji spadła

Źródło: [Gosden i in. 2000].

[Gosden i in. 2000]. Korzyści zdrowotne dla pacjentów były bezpośrednio związane ze stanem zdrowia – pacjenci wymagający mniejszej opieki odnosili korzyści z systemu kapitacyjnego, pacjenci wymagający bardziej specjalistycznej pomocy, odnosili korzyści w systemie FFS [Henning-Schmidt, Selten, Wiesen 2009].

W Polsce (podobnie jak w większości krajów europejskich) finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej odbywa się w systemie mieszanym – kapitacja + *fee-for-service*.

W przypadku polskiego publicznego płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – podstawowym mechanizmem wynagradzania świadczeniodawców jest kapitacja. Stawki kapitacyjne są skonstruowane jako stawki roczne – co miesiąc świadczeniodawca otrzymuje 1/12 stawki. Powyższe stawki są korygowane o przeliczniki związane z wiekiem (obecnie 4 przedziały wiekowe) oraz przewlekłymi schorzeniami (np. choroby układu krążenia). W tabeli 2 zaprezentowane zostały stawki stosowane przez NFZ w latach 2008-2010.

**Tabela 2.** Stawki kapitacji dla wybranych świadczeń w latach 2008-2010

Nazwa świadczenia	Rodzaj wynagrodzenia	Stawka roczna (w zł)		
		2008	2009	2010
Świadczenia lekarza POZ	kapitacja	81,00	96,00	96,00
Świadczenia pielęgniarki POZ	kapitacja	20,28	24,24	24,24
Świadczenia położnej POZ	kapitacja	10,44	13,56	13,56
Świadczenia pielęgniarki szkolnej	kapitacja	min. 33,00 max. 37,44	38,40	38,40
Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	kapitacja	2,40	3,60	3,60
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ (kontraktowane wyłącznie przez świadczeniodawców POZ w zakresie lekarza POZ)	kapitacja	21,00	21,00	21,00
Świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w POZ	kapitacja	min. 2,64 max. 3,84	4,56	4,56
Świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej w POZ	kapitacja	min. 0,96 max. 1,69	1,92	1,92
Świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej w POZ	kapitacja	min. 3,84 max. 5,40	6,24	6,24
Świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w POZ	kapitacja	min. 1,56 max. 2,14	2,64	2,64

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 12/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 lutego 2009 roku; Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku; Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 72/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 roku.

**Tabela 3.** Stawki FFS dla wybranych świadczeń w latach 2008-2010

Nazwa świadczenia	Rodzaj wynagrodzenia	Stawka FFS (w zł)		
		2008	2009	2010
Świadczenia lekarza POZ w ramach profilaktyki chorób układu krążenia	porada	45,00	48,00	48,00
Świadczenia lekarza POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	porada	24,00	24,00	45,00
Świadczenia lekarza POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone	porada	45,00	45,00	45,00
Świadczenia lekarza POZ udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	porada	–	45,00	45,00
Świadczenia lekarza POZ w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	porada	20,00	20,00	20,00
Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	porada	4,00	4,00	4,00
Świadczenia pielęgniarki POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	porada	7,00	7,00	12,00
Świadczenia pielęgniarki POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone	porada	12,00	12,00	12,00
Świadczenia pielęgniarki POZ udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	porada	–	12,00	12,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 12/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 lutego 2009 roku; Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku ; Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 72/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 roku.

Finansowanie w postaci FFS jest w przypadku POZ zarezerwowane dla sytuacji „nadzwyczajnych”, przede wszystkim za świadczenia udzielane w przypadku nagłych zachorowań pacjentom, którzy nie złożyli deklaracji u danego świadczeniodawcy<sup>7</sup>, w zakresie porad zarówno lekarskich, jak i pielęgniarskich. Stawki są określone w postaci jednorazowej opłaty za wykonaną usługę (tab. 3). Wysokość stawek FFS w stosunku do kapitałowych skłania do wniosku, że udzielanie porad POZ

<sup>7</sup> Pacjenci z innych województw lub z tego samego województwa, ale z innej gminy niż własna i sąsiadująca, jeżeli są spoza listy zadeklarowanych pacjentów.



w przypadkach nagłych zachorowań może być korzystne dla świadczeniodawcy i może być, szczególnie w przypadku małych świadczeniodawców zlokalizowanych w turystycznych miejscowościach, istotnym źródłem przychodów, między innymi dlatego, że świadczenia w tym zakresie nie są objęte limitami.

#### 4. Podsumowanie

Przyjęte w Polsce rozwiązania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej są zbieżne z zaleceniami WHO, jednak świadczenia udzielane przez POZ są mocno skoncentrowane na usługach medycznych i pomijają szerszy kontekst społeczny i środowiskowy podstawowej opieki. W Polsce nie przeprowadzono dotychczas badań empirycznych w zakresie wpływu schematów finansowania na zachowanie świadczeniodawców, badania tego typu prowadzono głównie w Stanach Zjednoczonych. W zakresie schematów finansowania ustawodawca przyjął rozwiązania szeroko sprawdzone przez inne kraje, gdzie kapitacja jest podstawowym sposobem wynagradzania świadczeniodawców POZ, w zasadzie niezależnie od przyjętego modelu finansowania ochrony zdrowia. Wprowadzenie uzupełniającego mechanizmu wynagradzania w postaci FFS uelastyczyło system i pozwoliło pacjentom na swobodniejsze i wygodniejsze korzystanie ze świadczeń w sytuacjach „nadzwyczajnych”.

#### Literatura

- Bogelund Ferederiksen H., Kragstrup J., Dehlholm-Lambertsen B., *Attachment in the doctor – patient relationship in general practice: A qualitative study*, “Scandinavian Journal of Primary Health Care” 2010, vol. 28, no. 3, s. 185-190.
- Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978.
- Gosden T. i in., *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians*, “Cochrane Database of Systematic Reviews” 2000, issue 3, no. CD002215.
- Henning-Schmidt H., Selten R., Wiesen D., *How payment system affect physician’s provision behavior – An experimental investigation*, Bonn Econ Discussion Papers, 2009.
- King A., *The Primary Health Care Strategy*, Ministry of Health, New Zealand 2001.
- Langenbrunner J., Cashin C., O’Dougherty S. (eds.), *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*, The World Bank, 2009.
- Primary Care Evaluation Tool*, WHO Europe Region, www.who.org.
- Primary Health Care – Now More Than Ever*, The World Health Report 2008, WHO, 2009.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
- Stahl M. (ed.), *Encyclopedia of Health Care Management*, Sage Publication 2004.
- Stange K., Ferrer R., *The paradox of primary care*, Ann Fam Med 2009, no. 7, s. 293-299.
- Starfield B., Shi L., Macinko J., *Contribution of primary care to health systems and health*, “Milbank Quarterly” 2005, no. 83(3), s. 457-502.
- Taylor R., McAvoy B., O’Dowd T., *General practice medicine*, Elsevier Science Limited, 2003.

*The World Health Report 2010. Health system financing. The path to Universal coverage*, WHO, 2010.

Velasco Garrido M., Zentner A., Busse R., *The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature*, "Scandinavian Journal of Primary Health Care" 2011, no. 29, s. 28-38.

Willems D., *Balancing rationalities: gatekeeping in health care*, "Journal of Medical Ethics" 2001, no. 27, s. 25-29.

Witter S., Ensor T., *An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union*, John Wiley & Sons, Chichester 1997.

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 12/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 lutego 2009 roku.

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku.

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 72/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 roku.

## **PRIMARY HEALTH CARE – THE ROLE IN THE HEALTH CARE SYSTEM, MECHANISMS OF PHYSICIANS' REMUNERATION**

**Summary:** Primary health care (POZ) is the most important element of the health care system. The main task of the primary health care's doctors is to ensure the health care services to specified population of patients and the regulation of access to benefits specialist. A typical form of remuneration is capitation, a complementary role meets the fee-for-service payment – each of these mechanisms generates different incentives for physicians.