

[Akceptuje](#)

W ramach naszej witryny stosujemy pliki cookies w celu świadczenia państwu usług na najwyższym poziomie, w tym w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb. Korzystanie z witryny bez zmiany ustawień dotyczących cookies oznacza, że będą one zamieszczone w Państwa urządzeniu końcowym. Możecie Państwo dokonać w każdym czasie zmiany ustawień dotyczących cookies. Więcej szczegółów w naszej [Polityce Prywatności](#)

[Portal](#) [Informacje](#) [Katalog firm](#) [Praca](#) [Szkolenia](#) [Wydarzenia](#) [Porównania międzylaboratoryjne](#)
[Kontakt](#)



[Laboratoria](#)
[.net](#)
[Innowacje](#)
[Nauka](#)
[Technologie](#)

[Logowanie](#) [Rejestracja](#) [pl](#)

Newsletter

zapisz się



[Strona główna](#) > [Start](#)

System stoi na głowie

✘ Skuteczne systemy ochrony zdrowia wykorzystują w finansowaniu POZ metody mieszane. Kapitał buduje i organizuje system, a opłata za usługę jest częścią motywacyjną, zachęcającą lekarza do udzielania jak największej liczby świadczeń. A także do poszerzania swoich umiejętności, bo to by się po prostu opłacało - mówi prof. Adam Windak, konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej.

Maciej Müller: Czy powiedziałby Pan dzisiaj, że lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej jest w Polsce koordynatorem systemu leczenia?

Prof. Adam Windak: Na pierwszy rzut oka - jeśli spojrzymy do aktów prawnych - można odnieść takie wrażenie. Sprawia je choćby konieczność uzyskania skierowania od lekarza POZ przez konsultacją specjalistyczną czy leczeniem szpitalnym.

Rzeczywistość jednak wygląda inaczej, ponieważ pierwotne regulacje ustawowe zostały w znaczny sposób zmodyfikowane: doszło do rozszczelnienia systemu poprzez regulacje niższego rzędu, w tym szczególnie płatnika, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia. W rezultacie pacjent, który raz otrzyma

skierowanie do specjalisty, może pozostawać pod jego opieką przez dowolny okres czasu. Jego lekarz POZ nie będzie miał wpływu na to, jakiego rodzaju świadczenia otrzyma. Co więcej, specjalista może odesłać pacjenta do kolejnego specjalisty, o czym lekarz rodzinny również się nie dowie. Podobnie wygląda kwestia leczenia szpitalnego.

Na skutek tych furtek w systemie lekarz POZ nie ma pełnej informacji o tym, co się dzieje z jego pacjentem. A jak bez tej wiedzy pełnić rolę koordynacyjną? Tracą na tym wszyscy, bo koordynacja nie sprowadza się przecież do zarządzania skierowaniami, ale polega też na doradztwie: gdzie szukać odpowiednich świadczeń specjalistycznych, badań, hospitalizacji i jak z nich racjonalnie korzystać.

Brak wiedzy o własnym pacjencie to jeden problem, ale kolejny polega na tym, że lekarzowi POZ właściwie nie opłaca się leczyć go samemu.

Tak, ponieważ obecnie w systemie ochrony zdrowia - zarówno na poziomie POZ, jak i opieki specjalistycznej - nie funkcjonują systemy motywacyjne, które mogłyby skłaniać do tego, by jak najwięcej świadczeń wykonywano na jak najniższym szczeblu. Lekarz POZ nie ma zachęty do tego, żeby zatrzymywać pacjenta u siebie w gabinecie. Z kolei specjalista ma motywację, by pacjenta przyjąć.

I system zaczyna stawać na głowie, bo POZ wbrew nazwie przestaje być podstawą opieki, staje się natomiast rodzajem rozdzielni...

Mamy tu do czynienia ze znanym zjawiskiem, które w systemie ochrony zdrowia sprawdza się jak nigdzie indziej: podaż rodzi popyt. Zwłaszcza popyt na dobra, które nic nie kosztują, a takie wrażenie odnosi pacjent, bo nie płaci za nie bezpośrednio z własnej kieszeni. Każdy pacjent otrzymuje za składkę, którą odprowadza do NFZ, całościową opiekę medyczną. Jeżeli będziemy rozszerzać jej zakres, to pacjent będzie korzystać z tej opieki w sposób nieograniczony. Dowodem na to jest wzrost w ostatnich latach liczby konsultacji specjalistycznych i wciąż rosnące do nich kolejki. To efekt zachowania naturalnego, racjonalnego z perspektywy pacjenta.

Gdyby za mycie samochodu płacono się zawsze 50 zł, to każdy kierowca zastanowiłby się, czy czas już jechać do myjni. Ale gdyby miał abonament - nawet drogi - dzięki któremu do myjni będzie mógł pojechać, kiedy tylko chce, nawet codziennie, to tak by właśnie robił. Oczywiście z zastrzeżeniami dotyczącymi tego, ile myjni by było, czy musiałby czekać w kolejce itp.

Rzecz jasna o ile przeciętny obywatel jest w stanie stwierdzić, czy jego samochód jest brudny, to z oceną własnego zdrowia sprawa nie wygląda tak prosto. Nie tak łatwo określić, czy już potrzebujemy pomocy medycznej i jakiej konkretnie. I czasami na wyrost korzystamy z większej liczby świadczeń, niż wynikałoby to z rzeczywistych potrzeb.

Lekarze POZ narzekają, że ogólnie ogranicza im się liczbę procedur, które mogą wykonać czy nawet badań, na które mogą pacjenta wysłać.

To też element odwracania systemu do góry nogami. Najlepiej by było, gdyby POZ zaspokajał jak najwięcej potrzeb pacjenta, a część z nich sam pacjent rozwiązywał na tzw. poziomie przedmedycznym. Lekarz POZ powinien móc skutecznie leczyć wiele chorób przewlekłych, schorzeń ostrych, prowadzić działania profilaktyczne. Tymczasem wciąż powstają bariery administracyjne, które a priori wymagają odesłania pacjenta do specjalisty.

Lekarz POZ mógłby skutecznie leczyć np. astmę czy POChP, jednak w praktyce nie ma innej

możliwości przeprowadzenia spirometrii, jak przez konsultację z pulmonologiem. Nie wolno mu bezpośrednio skierować pacjenta na to badanie i na podstawie wyników podjąć leczenia. A czy pulmonolog po wykonaniu spirometrii odeśle pacjenta z powrotem do POZ – zależy wyłącznie od jego uznania. Podobnie dzieje się w przypadku wielu innych badań.

Lekarze rodzinni często zwracają uwagę, że specjalizacja jest trudna, wymaga elementów wiedzy z wielu specjalności, a potem i tak nie ma możliwości, by nabyte umiejętności wykorzystać.

Źródłem tego problemu jest sposób finansowania POZ, który do tego w żaden sposób nie zachęca, a wręcz karze. Wyobraźmy sobie lekarza rodzinnego, który jest przygotowany do tego, żeby świadczyć usługi np. z zakresu małej chirurgii – wycięć znamion skórnych itp. Jeśli w swojej praktyce zdecyduje się to robić, poniesie bardzo wysokie koszty, a od płatnika nie dostanie ani złotówki więcej. Będzie za to musiał utrzymywać gabinet zabiegowy, zakupić narzędzia, sterylizować sprzęt, podlegać surowym rygorom sanitarnym – i będzie to robił tylko i wyłącznie dla własnej satysfakcji. Tymczasem jego kolega z gabinetu obok weźmie kartkę papieru i wypisze skierowanie do poradni chirurgicznej.

W systemie jest więcej takich paradoksów. Laryngolog dostaje dodatkowe pieniądze z NFZ za wykonanie łącznie trzech procedur, np. otoskopii oraz rinoskopii przedniej i środkowej. Badania te mógłby wykonać w swoim gabinecie lekarz rodzinny, ale nie będzie miał z tego nic. Więc skieruje pacjenta do specjalisty. Takie rozwiązania demotywią lekarzy POZ do wykonywania szerokiego zakresu świadczeń.

Konsekwencją są kolejki do specjalistów – i nie można za to winić ani lekarzy POZ, którzy zachowują się racjonalnie, nie chcąc doprowadzić swoich praktyk do ruiny, ani lekarzy specjalistów, którzy również zachowują się logicznie, przyjmując pacjentów, których łatwo i szybko mogą skonsultować.

Jeśli wsłuchać się w nieoficjalnie wypowiedane opinie, można dowiedzieć się, że lekarze POZ skarżą się, iż specjaliści traktują ich jak sekretarki, odsyłając do nich pacjentów po druk L-4 czy recepty, z drugiej – specjaliści zarzucają tym pierwszym "psychologię".

Myślę, że ani jedni, ani drudzy nie do końca są szczerzy w takich wypowiedziach... System finansowania zachęca do odsyłania pacjentów z POZ do specjalisty i jest to zachowanie na ogół oczywiste i dla lekarzy POZ, i dla specjalistów. Oba stronom ono się po prostu opłaca.

W takim razie jak zmodyfikować finansowanie? W przedstawionym w Krynicy raporcie w ramach programu Ernst & Young "Sprawne Państwo" wymienił Pan kilka sposobów finansowania POZ, ale każdy z nich obok zalet ma poważne wady.

Istnieją cztery klasyczne metody finansowania świadczeń zdrowotnych, a do POZ nadają się trzy z nich: opłata za usługę, opłata kapitacyjna i stała pensja (w grę nie wchodzi opłata za przypadek). W najbardziej skutecznych systemach wykorzystuje się metody mieszane, tak, aby zmaksymalizować zalety i ograniczyć wady. W przypadku POZ optymalne wydaje się połączenie kapitaacji z opłatą za usługę. W krajach najbogatszych, jak Dania, Norwegia, kapitaacja sięga 30-40% finansowania, a świadczenia za usługę pozostałe 60-70%. W biedniejszych krajach proporcje są odwrócone.

Kapitaacja jest konieczna, ponieważ buduje i organizuje system, powoduje, że pacjent jest powiązany z określonym lekarzem, który koordynuje udzielane mu świadczenia, zapewnia ciągłość opieki i bezpieczeństwo zdrowotne. Z kolei opłata za usługę to część motywacyjna, mająca zachęcić lekarza do udzielania jak największej liczby świadczeń, ale tych szczególnie pożądanых. Na liście świadczeń finansowanych dodatkowo znalazłyby się te już wspomniane, które lekarz rodzinny w zakresie

swoich kompetencji mógłby łatwo wykonać w swoim gabinecie. A ci, którzy nie czuliby się kompetentni, zapewne chętnie poszerzaliby swoje umiejętności, bo to by się po prostu opłacało.

Do tego dochodzi kwestia polityki społecznej. W Wielkiej Brytanii funkcjonuje program Pay For Performance, w którym wynagradza się lekarzy POZ za osiągnięcie pewnych celów zdrowotnych dotyczących np. określonych schorzeń w całej populacji podopiecznych danego lekarza. Są one bardzo precyzyjnie sformułowane, a przy tym osiągalne w praktyce lekarza rodzinnego. Sukces wiąże się z bonusem finansowym. To bardzo istotna motywacja do wdrażania działań oczekiwanych przez kierujących systemem ochrony zdrowia. Nie płaci się wtedy jednostkowo za poszczególne czynności, ale za osiągnięcie ściśle określonego celu.

To rozwiązanie nie jest tanie, ale to są dobrze wydane pieniądze. Przynoszą szereg korzyści o wymiarze społecznym - doprowadzają do wyrównywania różnic stanu zdrowia między pacjentami o różnym statusie socjoekonomicznym.

A czego oczekiwaliby Pan od pacjenta - czy powinien w jakiś sposób zmienić swoją postawę wobec systemu ochrony zdrowia?

Pamiętając, że pacjent nie zawsze zachowuje się racjonalnie, niektóre systemy w różny sposób próbują go do takich zachowań motywować. Najprostszym i skutecznym rozwiązaniem jest współpłacenie za opiekę zdrowotną, nawet po uwzględnieniu jego wad, jak np. konieczność szczególnej ochrony osób najuboższych, przewlekle chorych lub z innych przyczyn niezdolnych do ponoszenia takiego ciężaru. Nie jest to jednak rozwiązanie łatwo akceptowane przez pacjentów i z reguły nie przysparza popularności decydentom, o czym szczególnie politycy dobrze wiedzą i niechętnie się na nie decydują. Są i inne rozwiązania, polegające na lepszej edukacji pacjenta czy stworzeniu ściślejszej relacji między nim a lekarzem POZ. Poprawa poziomu zaufania zwiększa skuteczność leczenia i ogranicza niepotrzebne wykorzystywanie świadczeń. I wreszcie - powinny funkcjonować skuteczne mechanizmy kontrolne, zapewniające lekarzowi wiedzę o tym, gdzie i w jaki sposób pacjent korzysta z leczenia.

Dla działania systemu ma znaczenie, czy lekarz POZ pracuje w placówce publicznej czy prywatnej?

Wystarczy porównać realia Krakowa i Warszawy. W stolicy funkcjonują niemal wyłącznie publiczne, wielkie ZOZ-y i żeby dostać się do lekarza POZ, trzeba zapisać się wcześniej rano do kolejki, a nawet liczyć z kilkudniowym terminem. W Krakowie, gdzie POZ sprawują niemal wyłącznie podmioty prywatne, nie słyszałem o tym, żeby pacjent nie został przyjęty w dniu zgłoszenia, a najdalej w dniu następnym. Szereg przesłanek przemawia za tym, że podmioty niepubliczne - małe, elastyczne - są bardziej efektywne niż publiczne molochy. W moim zakładzie powstała kilka lat temu praca doktorska, z której wynikało, że niepubliczne podmioty były znacznie lepiej odbierane przez pacjentów, ponieważ w wielu aspektach otrzymywali tam świadczenia znacznie wyższej jakości.

Ilu lekarzy POZ w Polsce to lekarze rodzinni?

Jest ich ok. 40%, a to wciąż mało. To niezwykle ważne, by wszyscy lekarze POZ mieli podobny poziom kompetencji oraz sposoby działania. To oczywiście musi trwać. Proces wdrażania medycyny rodzinnej do POZ rozpoczął się w połowie lat 90. Pod koniec 1994 r. pierwsi lekarze zdali egzamin specjalizacyjny w tym zakresie, praktyki zaczęły powstawać rok później. W ciągu 15 lat specjalizację z medycyny rodzinnej uzyskało ponad 10 tys. lekarzy. Żeby system funkcjonował właściwie, powinno ich być drugie tyle. Jeśli przyjąć, że Polaków jest 36 mln, to lekarz rodzinny miałby pod opieką średnio 1800 mieszkańców (pamiętajmy, że nie każdy od razu staje się pacjentem). To racjonalna

liczba osób, którym mógłby świadczyć szeroki zakres dobrej jakości świadczeń, a jednocześnie sprawować opiekę koordynacyjną.

W takiej sytuacji nie tylko usprawniłby się przepływ informacji, ale łatwiej wytwarzałyby się więzi między lekarzem a pacjentem. Dużo zależy od profesjonalizmu lekarza w nawiązywaniu tych relacji. W procesie kształcenia lekarzy rodzinnych kładziemy na to szczególnie nacisk. W leczeniu sukces zależy przecież od tego, na ile pacjent ufa lekarzowi, jak bardzo wierzy jego radom, czy stosuje się do zaleceń.

Pana tezy dotyczące zmiany sposobu finansowania POZ to głos wołającego na puszczy, czy jest szansa na systemowe zmiany w najbliższych latach?

Cóż, o zmiany apeluję nie od dzisiaj, już dwa lata temu pisałem ekspertyzę dla poprzedniej minister zdrowia Ewy Kopacz. Co ważne, proponowane rozwiązania to nie prawda objawiona, tylko sprawdzone doświadczenia innych krajów, zwłaszcza tych, gdzie POZ funkcjonuje dobrze - jak Norwegia, Dania, Holandia czy Wielka Brytania. W swoich opracowaniach piszę także, że zmiana sposobu finansowania jest elementem koniecznym, ale nie wystarczającym dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Tylko kompleksowe uporządkowanie i naprawa systemu może przynieść oczekiwane korzyści.

Prof. Adam Windak jest konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej, kierownikiem Zakładu Medycyny Rodzinnej CMUJ, a także Koordynatorem Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych. Podczas XXII Forum Ekonomicznego w Krynicy zaprezentował napisany wspólnie z dr. Jerzym Baranowskim raport w ramach programu Ernst & Young "Sprawne Państwo". Autorzy przedstawili problemy Podstawowej Opieki Zdrowotnej i wskazali kierunek zmian w finansowaniu ochrony zdrowia.

Źródła: <http://prawo.mp.pl>

<http://laboratoria.net/home/14883.html>

Informacje dnia: [Opracowano szybki test wykrywający SARS-CoV-2 Pfizer rozpoczął badania nad szczepionką chroniącą przed Omikronem Skład mikrobiomu jelitowego może sprzyjać „długiemu COVID-owi“ Myszy zakażają się nowymi wariantami wirusa SARS-CoV-2 Ultradźwięki kontra alzheim](#) [Choroby współistniejące są wręcz wskazaniem do szczepień przeciwko COVID-19](#) [Opracowano szybki test wykrywający SARS-CoV-2 Pfizer rozpoczął badania nad szczepionką chroniącą przed Omikronem Skład mikrobiomu jelitowego może sprzyjać „długiemu COVID-owi“ Myszy zakażają się nowymi wariantami wirusa SARS-CoV-2 Ultradźwięki kontra alzheim](#) [Choroby współistniejące są wręcz wskazaniem do szczepień przeciwko COVID-19](#) [Opracowano szybki test wykrywający SARS-CoV-2 Pfizer rozpoczął badania nad szczepionką chroniącą przed Omikronem Skład mikrobiomu jelitowego może sprzyjać „długiemu COVID-owi“ Myszy zakażają się nowymi wariantami wirusa SARS-CoV-2 Ultradźwięki kontra alzheim](#) [Choroby współistniejące są wręcz wskazaniem do szczepień przeciwko COVID-19](#)

Partnerzy