

System – z podstawową opieką zdrowotną w tle

Marcin Kautsch, Aleksandra Stypka

System opieki zdrowotnej pokazywany bywa często w formie piramidy. Jej podstawę stanowi opieka podstawowa (poz), powyżej znajduje się specjalistyczna opieka ambulatoryjna, a na szczycie tej konstrukcji widać opiekę szpitalną. Takie ukazanie systemu podkreśla dominującą rolę opieki podstawowej w całym systemie. Rolę opieki podstawowej widać szczególnie wyraźnie, kiedy spróbuje się zdefiniować system opieki zdrowotnej oraz cele, jakie są przed nim stawiane. Pożdziech (za Systemes de santé. Ecole de Santé Publique, Nancy, 1991) charakteryzuje je w następujący sposób.¹

- Zabezpieczenie i dostarczenie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różnicujące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne (**dostępność opieki**).
- Zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (**jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia**).
- Organizowanie opieki w możliwie najlepszy sposób, tak aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów materialnych, finansowych i osobowych – bazy służby zdrowia, środków finansowych przeznaczonych na jej działalność, kadr medycznych oraz ich kwalifikacji (**efektywność opieki zdrowotnej – produktywność, racjonalność i skuteczność**).
- Systematyczne wdrażanie działań doskonalących system (**dynamika systemu**) oraz umożliwiających satysfakcję użytkowników systemu (**biorców świadczeń medycznych**), jak i personelu realizującego usługi i świadczenia medyczne.

Pokazaną powyżej kolejność celów można scharakteryzować w sposób pokazany na ryc. 1.

Konieczność realizacji celów zdefiniowanych w ten właśnie sposób wymusza właściwe zarządzanie systemem. Brak rozwiązań w którejś z powyższych kwestii powodować

będzie niemożność realizacji przynajmniej jednego (kolejnego) z ww. celów. Natomiast biorąc pod uwagę, że możliwość oddziaływania i sterowania większością czynników, jakie wpływają na zdrowie jest ograniczona i rozłożona w czasie (styl życia, warunki środowiskowe), za zagadnienie najwyższej wagi należy uznać właściwe zarządzanie posiadanymi zasobami służby zdrowia.

Kolejność podejmowania opisanych działań dobitnie pokazuje rolę opieki podstawowej – zgodnie z nazwą – winna ona być podstawową formą opieki, po zabezpieczeniu której można rozwijać kolejne. Natomiast problemy z tą formą opieki powodują problemy z każdą inną: specjalistyką, szpitalnictwem itd.

Jednym z filarów reform systemu opieki zdrowotnej miało być właśnie wzmocnienie poz-u i nadanie mu rangi, na jaką zasługuje. Większość utożsamia reformę z wprowadze-

niem w życie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jest w tym sporo racji, lecz tak naprawdę należałoby sięgnąć do połowy lat 90., do rozporządzeń ówczesnego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, wprowadzających kontrakowanie (jako formę zabezpieczania usług medycznych) oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Dlatego też w połowie lat 90. pojawiła się instytucja lekarza rodzinnego, która miała zmienić oblicze poz-u. Pozwolę sobie na dygresję. Prowadząc w tym okresie szkolenia dla kadry menedżerskiej oraz lekarzy, w trakcie których wspominałem o różnych aspektach zmian, w tym o możliwościach raczkującej wówczas medycyny rodzinnej, spotykałem się często z oporem słuchaczy. Sprawa była oczywista – wszyscy lękamy się nowego, nieznanego. Ale tak silną wrogość, a nawet otwartą agresję, jaka pojawia się

Powinnością zarządzających systemem jest dostarczenie wszystkim uczestnikom systemu świadczeń zdrowotnych



Ryc. 1. Sposób osiągnięcia celów systemu opieki zdrowotnej

w momencie, kiedy padało hasło: *lekarz rodzinny* trudno jest z czymkolwiek porównać. Można by rzec, że środowisko medyczne akceptowało każdą zmianę – a przynajmniej nie burzyło się gwałtownie przeciwko zmianom, z wyjątkiem właśnie reformy poz i wprowadzenia lekarza rodzinnego (MK).

Skąd tyle emocji związanych z tą instytucją? Trudno znaleźć jakieś rozsądne wytłumaczenie, poza tym, że zreformowany poz musiał godzić w interesy osób przejawiających tak silne postawy obronne. Oznaczałoby to, że środowisko lekarskie czuło, że ów *nowy porządek*, jaki miała przynieść reforma poz w sposób drastyczny musiał zmienić układ sił na linii lekarze opieki podstawowej – lekarze specjaliści.

W początkach wprowadzania instytucji lekarzy rodzinnych w Krakowie przeprowadzono badanie, które miało pokazać różnicę właśnie między lekarzami rodzinnymi, a ich kolegami pracującymi na etatach w państwowych przychodniach. Okazało się – tu cytuję z pamięci – że ci drudzy dawali dziesięć razy więcej różnego typu zleceń i skierowań niż ci pierwsi. Zestawienie to brzmi szokująco. Błąd rządu kilkunasu, no powiedzmy, kilkudziesięciu procent można by jakoś tłumaczyć. Ale tak drastyczna różnica? Kto miał rację? Czy lekarze rodzinni, czy ich koledzy interniści? Jeżeli ci pierwsi, to skala marnotrawstwa byłaby wręcz trudna do wyobrażenia. Jeżeli ci drudzy, co lekarze rodzinni okazali się być pazerni do obrzydliwości.

A może prawda leżała pośrodku? Niestety, w trakcie prac nad niniejszym artykułem nie udało nam się znaleźć potwierdzenia lub zaprzeczenia którejkolwiek z prezentowanych tez. A szkoda, bo może pozwoliłoby to jednoznacznie rozwiązać ten, jakże ważki, problem. Natomiast w skali ogólnopolskiej sytuacja przedstawiała się następująco: w roku 1999 33 proc. osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu otrzymało skierowanie do specjalisty, w 2001 roku było to już 37 proc. Z jednej strony polskie społeczeństwo mocno wierzy w specjalistów, i chce być do nich kierowane, z drugiej – 60 proc. osób, które odbyły wizytę u specjalisty stwierdziło, iż nie była ona konieczna.² Inne źródło stwierdza, że w maju 2001 skierowania do specjalisty otrzymała 1/3 pacjentów odwiedzających lekarza pierwszego kontaktu. W Belgii, Holandii, gdzie medycyna rodzinna ma dłuższe tradycje, co dziesiąta wizyta u LR skutkuje poradą specjalistyczną, a bywa, że zaledwie 5–7 proc. nią się kończy.³ Stąd wniosek, iż sami użytkownicy systemu marginalizują rolę lekarza pierwszego kontaktu, i sprowadzają ją jedynie do osoby leczącej drobne dolegliwości i wypisującej skierowania do specjalisty w momencie, gdy pacjent sobie tego zażyczy.

POZ na świecie

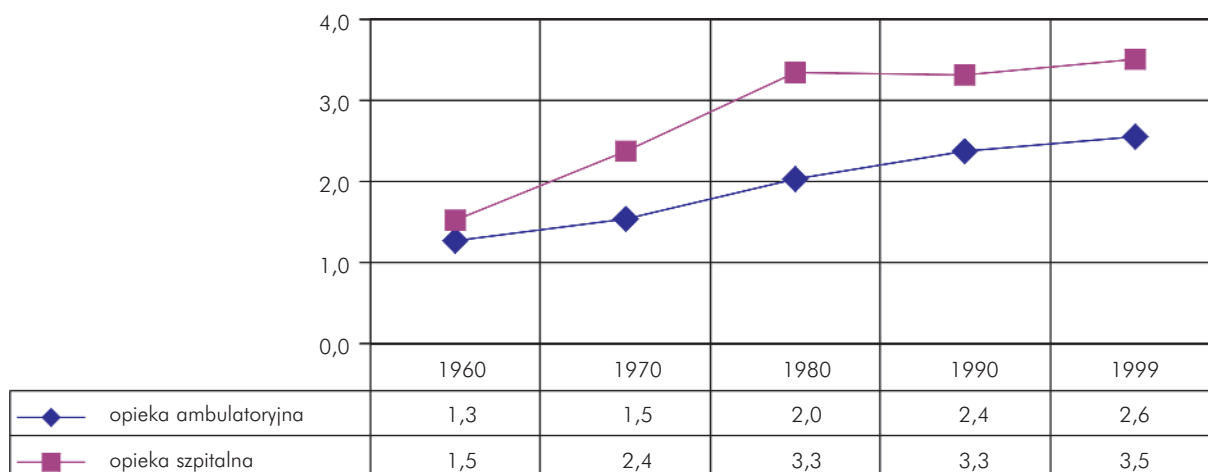
Dla krajów OECD (najbardziej rozwinięte kraje świata) kwestia dobrej jakości opieki ambulatoryjnej jest priorytetowa.

Zmiany w podejściu do zdrowia oraz rozwój technologii medycznych sprawiły, że w krajach wysoko rozwiniętych coraz więcej świadczeń realizowanych jest poza sektorem szpitalnym – w opiece ambulatoryjnej, domowej, na oddziałach dziennych etc. Trend ten można zaobserwować, porównując wydatki na opiekę szpitalną (*in-patient*) i pozaszpitalną (*out-patient*). Na ryc. 2 przedstawiono wydatki na świadczenia medyczne w krajach OECD w latach 1960–1999, liczone w procencie produktu krajowego brutto.

W omawianym okresie wydatki na opiekę szpitalną wzrosły o 130 proc., natomiast na opiekę ambulatoryjną o 100 proc. Jednak jeżeli brać pod uwagę ostatnie 20 lat (1980–1999), to wskaźniki te wzrosły odpowiednio o 6 proc. i 30 proc., co potwierdza tezę o wzroście znaczenia opieki pozaszpitalnej w nowoczesnej służbie zdrowia.

Dobrą ilustracją takiego podejścia jest ewolucja, jaką opieka podstawowa przeszła w Wielkiej Brytanii. Nie sposób na tych łamach podać szczegółów tego procesu, należy jednak zaznaczyć, że reformy brytyjskie w ostatnich latach idą w kierunku tworzenia jak najsilniejszych jednostek takiej opieki oraz przekazania im możliwie szerokich kompetencji. To pierwsze jest realizowane poprzez tworzenie tzw. grup opieki podstawowej (ang. *Primary Care Groups – PCG*), skupiających od kilku do kilkudziesięciu lekarzy rodzinnych. Taka grupa rozciąga opie-

Całkowite wydatki na świadczenia medyczne w krajach OECD w latach 1960–1999 w procentach PKB



Ryc. 2. Wydatki na świadczenia medyczne w krajach OECD w latach 1960–1999 liczone w procencie produktu krajowego brutto⁴

kę nawet nad ok. 100 tys. mieszkańców. Tak duża struktura ma kilka niezwykle istotnych zalet. Dzięki niej możliwa jest lepsza kontrola poczynań poszczególnych lekarzy. Oznacza to, że świadczenia błędne czy złej jakości – dzięki współpracy lekarzy – mogą być możliwie szybko lokalizowane i naprawiane. Przykład seryjnego mordercy Harolda Shipmana, który jako pojedynczo praktykujący lekarz rodzinny uśmiercał wielu swoich pacjentów daje do myślenia. Można także liczyć na efektywniejszą koordynację opieki, pozwalającą na lepsze wykorzystanie czasu – możliwość wzięcia urlopu, doksztalcenia się itp. Zwiększone kompetencje są natomiast pochodną faktu rozproszenia ryzyka zdrowotnego obsługiwanej populacji. Opieka nad 2–3 tys. ludzi mieszkającymi na małym obszarze sprawia, że zazwyczaj lekarz rodzinny ma relatywnie homogeniczną grupę pacjentów. Oznacza to w przypadku obszarów spauperyzowanych zwiększone obciążenie: pracą lekarza oraz wydatkami. Dlatego też swego czasu rząd laburzystowski zdecydował się zrezygnować z *fund-holdingu* w przypadku pojedynczych lekarzy. Stworzenie PCG doprowadziło do rozproszenia ryzyka, wyrównano tym samym dysproporcje między nakła-

dami, jakie pojedynczy lekarze musieliby ponosić na wykupywanie usług specjalistycznych. Dzięki temu można było przekazać z powrotem pieniądze na wykup tych właśnie usług PCG, a to w znaczącym stopniu wzmocniło ich pozycję w negocjacjach ze szpitalami. Obecnie szpitale muszą się bardzo liczyć z lekarzami opieki podstawowej, a ci mogą wykupywać usługi w sposób dużo bardziej efektywny.

Należy także dodać, że właśnie *fund-holding* jest uznawany za jeden ze skuteczniejszych sposobów oddziaływania na szpitale i zmuszania ich do lepszej pracy. Dysponujący znaczną siłą (w postaci pieniędzy) brytyjscy lekarze rodzinni przyczynili się do zmiany mentalności szpitali, które musiałyby dbać o tak wymagającego klienta, jakim był lekarz, odpowiadający za zdrowie własnego pacjenta, dobrze znający jego problemy.

Przykład brytyjski nie jest jedyny. O sensowności inwestowania w pozniech świadczy poniższy cytat:

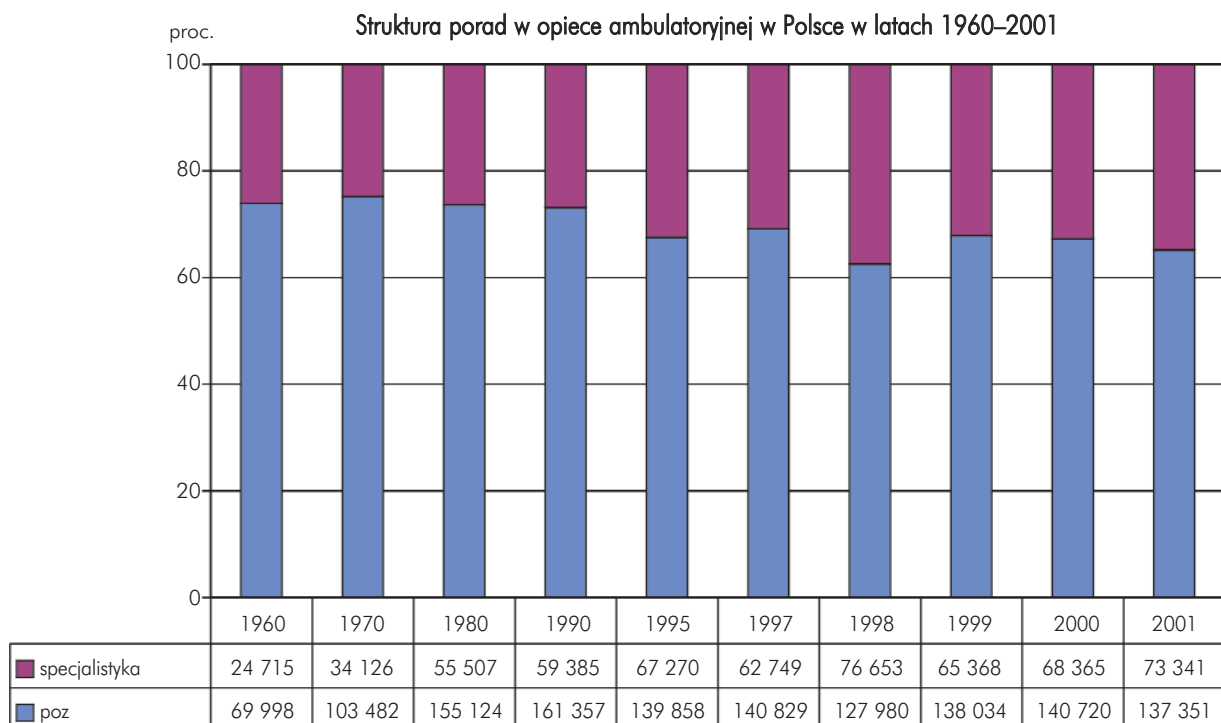
Moim zdaniem aktualna sytuacja w Polsce jest taka, jaka miała miejsce w NRD w latach 1989–1990 – powiedział obecny na konferencji dr Andreas Huth, reprezentujący Zrzeszenie Kas Chorych Brandenburgii. Dzięki przyzwoitemu finansowaniu kas chorych stworzono w Niemczech

solidny system opieki ambulatoryjnej. W tym okresie średnia długość życia wzrosła w Brandenburgii o 2,3 roku. Zainwestowaliśmy miliony marek w praktyki lekarskie. U nas lekarze rodzinni i specjaliści bardzo ściśle współpracują ze sobą. Część zabiegów przeprowadzanych do tej pory w warunkach szpitalnych wykonuje się ambulatoryjnie (np. operacje ręki, woreczka żółciowego, a nawet zastawek serca). Pozwala to nie tylko na usprawnienie usług medycznych, ale także na znaczne obniżenie kosztów leczenia. I tak, np. wszczepienie rozrusznika serca w klinice niemieckiej kosztuje 8 tys. marek. Ten sam zabieg wykonany ambulatoryjnie jest o wiele tańszy. Jego cena wynosi tylko 1,5 tys. marek.⁵

POZ i nie tylko w liczbach

Opieka podstawowa nigdy chyba nie cieszyła się uznaniem – ani samych lekarzy, ani też decydentów. Przywoływany raport *Pentor Medical* dla Krajowego Związku Kas Chorych wskazuje, że również u pacjentów.

W czasach, gdy mieliśmy jeszcze system w pełni siemaskowski, podstawową opiekę zdrowotną (poz) zapewniał zespół specjalistów: lekarz ogólny dla dorosłych, pediatra, gi-



Ryc. 3. Struktura porad w opiece ambulatoryjnej w Polsce w latach 1960–2001⁶

nekolog i dentysta. Takie rozwiązanie doprowadziło w wielu przypadkach do zjawiska zwanego *fragmentacją opieki* – podziału opieki podstawowej na specjalności, zamiast spodziewanej integracji podstawowych usług zdrowotnych. Z drugiej strony w wielu rejonach wiejskich sytuacja wyglądała inaczej. Zwykle ordynował tam jeden lekarz, odpowiadający za wszystkich pacjentów z danego rejonu. Jego zakres obowiązków często odpowiadał zakresowi, który obecnie objął swoim działaniem lekarz rodzinny.

Podstawową opiekę zdrowotną świadczyły różne placówki, tzn. nie tylko przychodnie ogólne w obrębie zintegrowanych struktur zoz-ów, lecz także przychodnie zakładowe w przedsiębiorstwach i instytucjach edukacyjnych. W związku z tym dostępność usług medycznych była różna na wsi i w mieście. Widoczne też były różnice w liczbie porad udzielanych przez poz i opiekę specjalistyczną.

Ilustrację trendu pokazującego zmianę struktury liczby porad w opiece podstawowej i specjalistycznej w latach 1960–2001 przedstawiono na ryc. 3.

Jak widać, ostatnie lata przyniosły bardzo niepokojące zmiany. Po pierwsze, od roku 1980 w strukturze udzielanych świadczeń następuje wyraźny przyrost świadczeń specjalistycznych. Co, uwzględniając opisane wcześniej trendy światowe, musi

niepokoić. Drugim czynnikiem budzącym podobne uczucia jest rysujący się od połowy lat 90. brak stabilności w liczbie i strukturze udzielanych świadczeń. Bardzo trudno jest wytłumaczyć, co stało się w roku 1998, kiedy to liczba udzielanych w poz świadczeń spadła wręcz dramatycznie, by w kolejnym roku znowu wzrosnąć.

Zapewne można się starać wytłumaczyć to zjawisko problemami ze sprawozdawczością, choć nie wydaje się, by było to tłumaczenie wystarczające. Co więc jeszcze mogło sprawiać, że malała liczba udzielanych świadczeń?

Najprostszym wyjaśnieniem byłoby przerzucanie świadczeń w inne miejsce, tzn. ich realizacja np. w szpitalach. Rosnąca liczba porad specjalistycznych zdaje się potwierdzać prawdziwość takiej tezy. Co więcej, w tym okresie rosła wielkość struktury opieki stacjonarnej, która tym samym mogła udzielać coraz większą liczbę świadczeń. Okazuje się, że przez całe lata 90. XX w. rosła liczba zakładów opieki stacjonarnej (z 733 do 767, by w roku 2001 osiągnąć 788). Choć można stwierdzić, że po odrzuceniu doktryny obowiązującej w Układzie Warszawskim nie powinniśmy stawić nowych szpitali, to opisywany wzrost wynikał z cyklu budowy szpitali, który trwał zwykle wiele lat. Budowy, rozpoczęte w latach wcześniejszych były kończone w latach 90. Co cie-

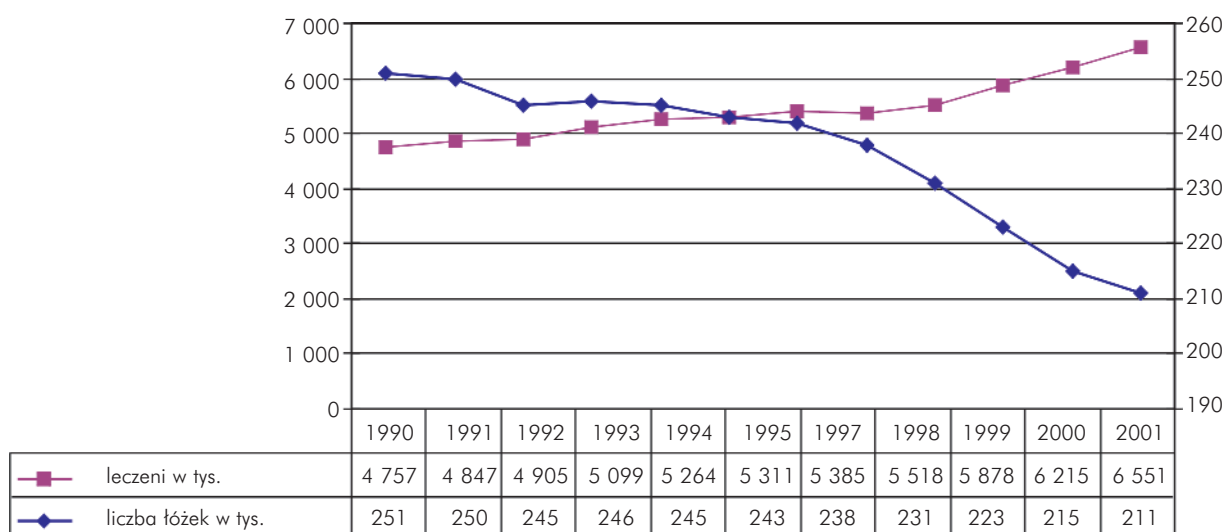
kawe, rosnącej liczbie zakładów towarzyszył spadek liczby łóżek. **Jednocześnie rosła liczba hospitalizowanych pacjentów. Wzrost tej ostatniej od momentu wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego można uznać za wręcz dramatyczny. O ile w latach 1990–1998 przyrost ten wynosił 16 proc., to w okresie 1998–2001 (czyli 2 razy krótszym) już 20 proc.**

Ilustrację zmiany liczby łóżek w zakładach opieki stacjonarnej oraz leczonych w nich pacjentów zaprezentowano na ryc. 4.

W pierwszym wskazanym okresie (1991–1998) zjawisko to można starać się wytłumaczyć, np. poprzez rozwój medycyny, jej rosnącą specjalizację czy też oczekiwania pacjentów, którzy domagają się wizyty u specjalisty i dostępu do coraz nowocześniejszych technologii medycznych, dostępnych w większych ośrodkach (szpitalach). Trend odwrotny w stosunku do przedstawionych we wcześniejszej części artykułu filozofii działania systemu i danych światowych dotyczącymi rozwoju pozaszpitalnych form opieki nad pacjentem.

Natomiast tego, co stało się w momencie wejścia w życie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie sposób tłumaczyć w sposób racjonalny. Być może mamy do czynienia z gwałtownie pogarszającym się stanem zdrowia społeczeństwa – co stoi w sprzecz-

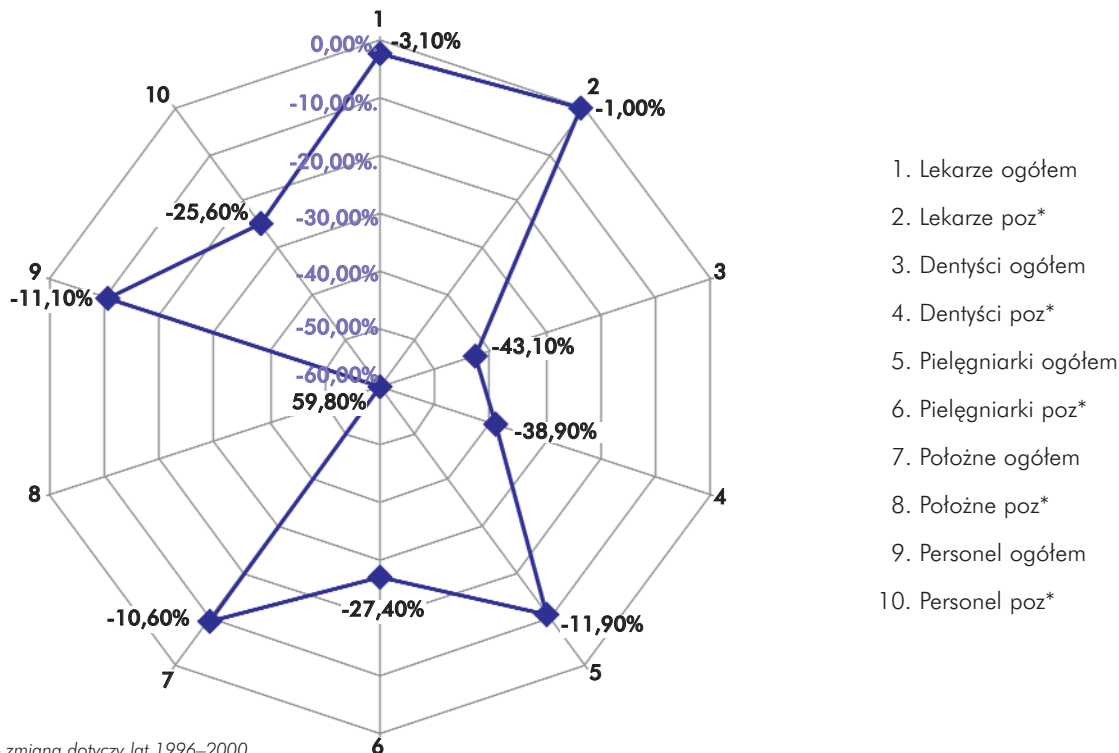
Liczba leczonych i łóżek w zakładach opieki stacjonarnej cywilnej służby zdrowia w latach 1990–2001



Ryc. 4. Liczba leczonych i łóżek w zakładach opieki stacjonarnej cywilnej służby zdrowia w latach 1990–2001⁷

Personel medyczny	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Zmiana w 1996–2001
lekarze ogółem	89 421	90 828	91 121	87 524	85 031	86 608	–3,1 proc.
lekarze zatrudnieni w poz	15 466	15 600	15 578	15 786	15 314	b.d.	–1,0 proc.*
lekarze dentyści ogółem	17 805	17 869	17 624	13 260	11 758	10 124	–43,1 proc.
lekarze dentyści zatrudnieni w poz	8 551	8 411	8 205	6 470	5 226	b.d.	–38,9 proc.*
pielęgniarki ogółem	211 603	215 295	217 190	197 153	189 632	186 491	–11,9 proc.
pielęgniarki zatrudnione w poz	37 431	37 258	35 802	32 117	27 193	b.d.	–27,4 proc.*
położne ogółem	24 440	24 644	24 828	22 683	21 997	21 843	–10,6 proc.
położne zatrudnione w poz	5 866	5 835	5 476	4 618	2 356	b.d.	–59,8 proc.*
personel ogółem	343 269	348 636	350 763	320 620	308 418	305 066	–11,1 proc.
personel poz w wymienionych grupach	67 314	67 104	65 061	58 991	50 089	b.d.	–25,6 proc.*

Zmiana liczby personelu w latach 1996–2001



* – zmiana dotyczy lat 1996–2000

Ryc. 5. Zmiana wielkości zatrudnienia w wybranych grupach personelu medycznego w latach 1996–2001⁸

ności z rosnącą z roku na rok średnią długością życia. Dlatego też należałoby się raczej skłaniać do twierdzenia, że **pokazane zjawisko jest efektem perwersyjnych metod płacenia za usługi medyczne, jakie stosowały kasy chorych.** A jeżeli tak, to znaczy, że w omawianym okresie w sposób znaczący obniżono rangę opieki podstawowej.

○ interesujących procesach można także mówić w odniesieniu do kadry zatrudnionej w opiece zdrowotnej. Jak stwierdzono wcześniej, rosta liczba świadczeń specja-

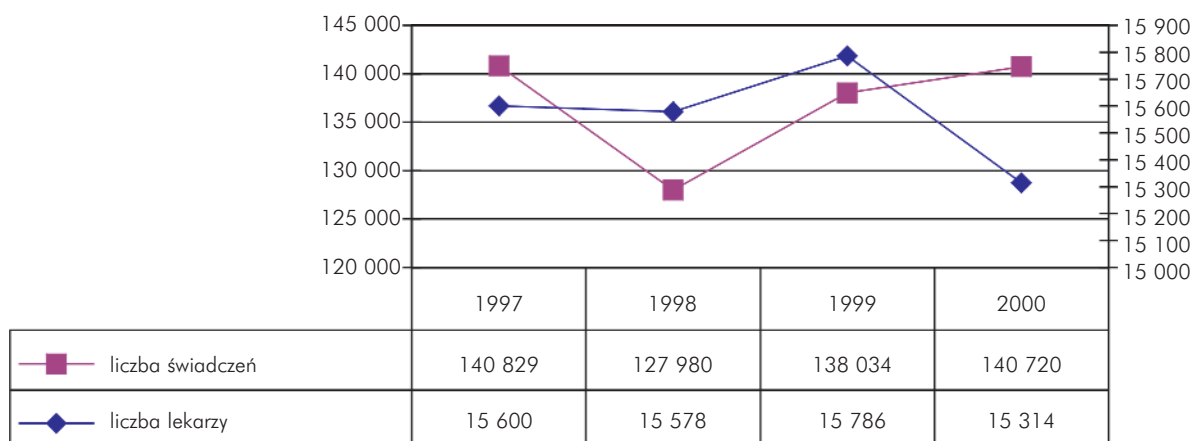
listycznych, rosła także liczba lekarzy specjalistów, co ilustruje ryc. 5.

Przedstawione dane wskazują na to, że zmiany są relatywnie duże. Spada liczba zatrudnionych, w tym przede wszystkim personelu poz, a także stomatologów oraz pielęgniarek. W tym świetle ciekawe okazuje się zestawienie liczby świadczeń, jakie są wykonywane przez personel pracujący w opiece podstawowej, co zostało pokazane na ryc. 6.

Należy stwierdzić, że przedstawiony obraz nie jest prawdziwy. Zna-

czące zmiany, szczególnie w odniesieniu do poz oraz stomatologii wynikają z problemów ze sprawozdawczością. Prywatyzacja opieki zdrowotnej, odnosząca się szczególnie do opieki ambulatoryjnej sprawia, że przedstawione dane dotyczące zatrudnienia należy uznać za mało wiarygodne. Prywatyzacja ta rozpoczęła się na relatywnie dużą skalę w roku 1999, czy pod koniec 1998, co spowodowało tak drastyczny, przedstawiany spadek liczby zatrudnionych właśnie w roku 1999. Kontynuacja tego trendu w kolejnych la-

Liczba lekarzy i świadczeń poz (w tys.)

Ryc. 6. Zmiana liczby lekarzy i świadczeń w poz w latach 1997–2000⁹

tach wynika ze wzrostu udziału sektora prywatnego w opiece zdrowotnej.

Dlatego też trudno w sposób jednoznaczny wypowiedzieć się o efektywności opieki podstawowej. Nakładając na przedstawiony powyżej obraz dane odnoszące się do opieki specjalistycznej i szpitalnej należy stwierdzić, że albo mamy coraz bardziej chore społeczeństwo, które wymaga coraz to większej liczby wszelkiego typu świadczeń, albo system ich wykupywania i sprawozdawczości się do bani.

Finanse

Dane opisujące system winny być zilustrowane przez finanse, które stanowią swego rodzaju paliwo, umożliwiające funkcjonowanie całego mechanizmu. W tabeli przedstawiono wydatki kas chorych oraz plany finansowe (w tys. złotych) za lata 1999–2003.

Dane te pokazują dobitnie politykę kas chorych wobec podstawowej opieki zdrowotnej. Po pierwsze widać, że wydatki te spadają. Drastycznie widać to, kiedy policzymy, że zmiana procentowa z 15,42 proc. na 11,7 proc., oznacza spadek o ponad 24 proc., czyli niecałą 1/4. Sytuacji nie poprawia fakt, że w ujęciu nominalnym następuje lekki wzrost. Jeżeli weźmiemy pod uwagę inflację (choć niską), to okaże się, że wydajemy coraz mniej środków na opiekę podstawową.

Należy przy tym zaznaczyć, że poszczególne kasy stosowały silnie różnicowane sposoby pozyskiwania

świadczeń w opiece podstawowej, choć za podstawę przyjęto system kapitałowy. System jest relatywnie łatwy w obsłudze, przejrzysty, nie występuje w nim motywacja do zwiększania liczby świadczeń, podobnie jak do podnoszenia efektywności, a wpływ na podnoszenie jakości jest relatywnie mały.¹¹

Bardzo zróżnicowane sposoby definiowania opieki podstawowej, a także przyjmowanych lokalnie stawek sprawiają, że niezwykle trudno jest dokonywać porównań między kasami. Należy domniemywać, że w myśl zasady zwanej z angielska: *What gets paid – gets done* (robi się to, za co płać) zakłady opieki zdrowotnej i gabinety przystosowują się i wykonują to, za co płaci im płatnik.

Stan obecny

Co więc można powiedzieć o podstawowej opiece zdrowotnej?

W dalszym ciągu nie udało się ujednoczyć zasad związanych z udzielaniem świadczeń. Analiza stron internetowych dawnych kas chorych pokazuje, jak głębokie są różnice między poszczególnymi województwami. Należy załować, że nie znalazło się ciało, które byłoby w stanie zaproponować czy też narzucić ujednoczenia tychże zasad. Tym bardziej, że w tym przypadku byłoby to zagadnienie o niebo łatwiejsze niż w przypadku szpitali, a to ze względu na niski stopień skomplikowania świadczeń, relatywnie słabą pozycję poszczególnych uczestników (gabinetów poz), a także ich dużą liczbę. Należy mieć nadzieję

– graniczącą chyba z pewnością – że NFZ zastosuje jednakowe kryteria kontraktowania na terenie całego kraju. I będzie to jeden z nielicznych, pozytywnych aspektów centralizacji systemu. Wydaje się, że istnieją szanse na to ujednoczenie już w tym roku, co oznacza, że kontraktacja świadczeń na rok następny będzie odbywać się wg jednolitych zasad co do zakresu i ceny świadczeń. Jeżeli się to nie uda, to kolejny rok winien przynieść te zmiany. Należy też mieć nadzieję, że propozycje NFZ na rok przyszły spotkają się z akceptacją ze strony środowiska lekarskiego. NFZ powinien upatrywać bowiem w lekarzach rodzinnych potencjalnych sprzymierzeńców w zmaganiach dotyczących budowania przyszłego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Polaryzacja stanowisk lekarzy rodzinnych nie przyniesie korzyści żadnej z grup, a już najmniej pacjentom.¹²

Może wspomniane nowe zasady kontraktacji będą odzwierciedlać standardy akredytacyjne poz przygotowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wraz z Towarzystwem Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce. Co prawda, obecnie mają one jeszcze postać *draftu*, ale może warto by było posłużyć się nimi przy tworzeniu wymogów dla świadczeniodawców działających w poz.

Warto choćby dlatego, że dobra jakość świadczeń jest nie do przecenienia. Ruch związany z poprawą jakości nie jest tylko chwilową modą czy fanaberią paru nawiedzonych osób, lecz ogólnoswiatowym trendem i to

Tab. Zmiana wydatków kas chorych na podstawową opiekę zdrowotną w latach 1998–2003¹⁰

Lp. Kasa Chorych	Środki przeznaczone na podstawową opiekę zdrowotną w strukturze finansowania świadczeń zdrowotnych									
	1999		2000		2001		plan na 2002		plan na 2003	
	kwota	proc.	kwota	proc.	kwota	proc.	Kwota	proc.	kwota	proc.
1. Dolnośląska	309 454	19,9	279 980	18	292 169	15,4	283 675	15,2	235 834	12,3
2. Kujawsko-Pomorska	173 563	15,7	133 357	11,9	146 652	11,4	157 500	11,3	157 500	11,7
3. Lubelska	163 491	13,9	157 883	12,7	180 157	13,4	189 500	13,4	190 000	13,3
4. Lubuska	75 352	15,6	75 295	13,7	70 875	12,8	74 500	12,6	77 250	12,0
5. Łódzka	133 408	9,3	245 512	16,8	242 326	15,2	261 640	14,9	217 616	12,8
6. Małopolska	212 274	13	227 922	12,9	250 771	12,1	262 000	11,8	251 510	11,6
7. Mazowiecka	455 780	16,1	349 906	11,9	395 618	11,2	423 553	11,2	397 564	10,7
8. Opolska	72 500	13,3	65 996	12	74 167	11,1	76 260	11,9	77 060	11,8
9. Podkarpacka	159 616	16	150 890	12,8	156 745	11,6	164 000	11,4	164 000	11,5
10. Podlaska	84 482	12,4	70 201	10,3	72 658	10,1	78 200	9,9	78 200	9,9
11. Pomorska	278 694	24	211 185	17,8	237 981	17,4	209 040	15,3	162 489	11,6
12. Śląska	374 766	15,1	328 715	11,5	374 713	11,1	430 660	11,2	382 003	10,8
13. Świętokrzyska	99 993	14,2	94 007	12,8	96 790	11,7	103 300	11,8	98 096	11,4
14. Warmińsko-Mazurska	114 386	16,5	91 260	11,9	104 371	12	107 700	11,1	108 500	11,2
15. Wielkopolska	330 683	20	276 276	14,6	294 020	13,1	319 834	12,5	300 048	12,8
16. Zachodniopomorska	132 216	16,1	110 627	12,5	149 871	14,5	147 035	13,0	127 241	12,9
17. Branzowa	183 741	11,2	267 212	15,4	256 262	14,4	283 354	13,0	244 000	12,1
Razem/Średnio proc.	3 136 223	15,42	3 354 403	13,5	3 396 144	12,85	3 571 751	12,4	3 268 911	11,7

odnoszącym się do wszystkich dziedzin życia. W każdej branży producenci zmuszani są do dostarczania wyrobów i usług coraz lepszych i coraz tańszych.

Wyniki badań OBOP-u, opublikowane na początku 2002 roku wskazują na to, że 71 proc. Polaków było niezadowolonych z ówczesnego systemu opieki zdrowotnej, przy czym prawie 1/3 (31 proc.) sądziła, że jest on bardzo zły. Pozytywnie na temat systemu opieki zdrowotnej wypowiedała się niespełna 1/4 respondentów (24 proc.). Zaledwie jeden na stu ankietowanych jest w pełni zadowolony ze służby zdrowia. Co dwudziesty badany (5 proc.) nie miał zdania w tej sprawie.

Oceny te – *wbrew rozpowszechnionym przekonaniom* – są jedynie nieznacznie gorsze niż w grudniu 1998 r., w przededniu reformy wprowadzającej obecne zasady – czytamy w sondażu. Wówczas niezadowolone z systemu opieki zdrowotnej wyrażało 64 proc. badanych, pozytywnie o systemie wypowiedało się 31 proc.¹³

Należy także zaznaczyć, że z badań przeprowadzonych w 2001 roku wynika, iż w porównaniu z 1999 rokiem spadły odsetki osób, które uważają, że obowiązujący od 1999 roku system ochrony zdrowia jest: w miarę jasny i zrozumiały (z 33 proc. do 27 proc.) lub mało zrozumiały (z 39 proc. do 34 proc.). Wzrósł natomiast odsetek twierdzących, że system jest kompletnie zagmatwany (z 20 proc. do 26 proc.).¹⁴

Po co cytuję te liczby i co one oznaczają? Nawet przyjmując, że wyniki obrazują naszą narodową skłonność do narzekania i utyskiwania, nie sposób nie zauważyć, że sytuacja się jednak zmienia – i to na gorsze. Trudno jest się także zgodzić, że wyniki *wbrew rozpowszechnionym przekonaniom* – są jedynie nieznacznie gorsze. Po pierwsze – są gorsze, po drugie, winny być raczej lepsze. W każdym razie takie założenie stawia się przed wszystkimi organizacjami i systemami, chyba że ktoś zakłada, że jego celem jest uzyskanie równie złych wy-

ników, jak w przeszłości i uważa, że taka organizacja ma rację bytu.

Można przyjąć, że opisana powyżej sytuacja wynika w dużej mierze z problemów, z jakimi boryka się opieka podstawowa. Niemożność jej rozwoju, motywowanie świadczeniodawców do przerzucania jak największej liczby świadczeń do szpitali sprawia, że opieka ta nie funkcjonuje dobrze.

W literaturze można znaleźć głosy mówiące o poprawie w zakresie opieki podstawowej. Wskazuje się na to, że podstawową opiekę zdrowotną udało się zreformować, zwiększyła się odpowiedzialność lekarzy, nie muszą już ponosić nadmiernych kosztów organizacji (starych struktur zakładów).¹⁵ Inni autorzy stwierdzają, że wzrosło znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej i wzrosty wynagrodzenia osób zapewniających tę opiekę, ale jednocześnie wystąpiło bardzo niepokojące zjawisko przerzucania części kosztów leczenia na wyższe stopnie opieki ambulatoryjnej i szpitalnej.¹⁶

Mając na uwadze to, że zasilanie finansowe stanowi konieczny waru-

nek prowadzenia zmian,¹⁷ można by kwestionować powyższe wypowiedzi, a nawet (dodając argumenty mówiące o zmianie liczby świadczeń szpitalnych i poz) mówić o pewnej degradacji opieki podstawowej, chyba że faktycznie udało się znacząco obniżyć koszty – co oznaczałoby sukces reform.

Na procesy zachodzące w systemie można też spojrzeć z perspektywy celów, jakie miał realizować system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednymi z jego głównych założeń było wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza rodzinnego – jako ogniwa racjonalizującego korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.¹⁸ I znowu należałoby stwierdzić, że założenia te nie zostały zrealizowane.

Co dalej?

Najważniejszym chyba problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej jest brak jasno wyznaczonych celów oraz zbudowanych mechanizmów, które pozwoliłyby na jego realizację. Rozwiązanie tej kwestii sprawi, że stosunkowo łatwo można będzie odpowiadać na pytania dotyczące przyszłości.

Na razie należałoby odnotować relatywnie słabą pozycję poz i zatrudnionego tam personelu. Ów brak siły jest pochodną uwarunkowań prawnych i finansowych. Zmiana tego stanu mogłaby nastąpić poprzez przekazanie lekarzom środków finansowych na wykup usług specjalistycznych, np. szpitalnych (*fund-holding*). Należy jednak zaznaczyć, że w tym przypadku winniśmy się oprzeć na opisywanych wcześniej przykładach brytyjskich – z koniecznością konsolidacji opieki podstawowej. To wymusiłoby powstanie silnych finansowo grup, które mogłyby negocjować z silniejszej pozycji, zarówno z płatnikiem, jak i z usługodawcami specjalistycznymi. Dramatyczny wzrost liczby hospitalizacji zdaje się być wystarczającym powodem do podjęcia takich działań.

Obecna pozycja poz jest nie do pozazdroszczenia. Należy domniemywać, że o ile nie nastąpią postulowane zmiany, to poz może się przekształcić albo w kosztła ofiarne – będzie zbierał ciężki od pacjentów za niesprawności systemu, lub też stanie się swoistą maszynką do wystawiania

skierowań do leczenia specjalistycznego, powodując horrendalne kolejki.

Z pewnością łączenie poz jest pozabawianiem części autonomii tych podmiotów, lecz wydaje się to jedyną rozsądną metodą działania. Należy pamiętać, że system nie będzie oszczędzał na szpitalach, bo tam zajmują się stanami zagrożenia życia, lecz będzie szukał oszczędności w każdym innym miejscu. Mając na uwadze dotychczasowe doświadczenia z reformowaniem systemu nie należałoby liczyć na znaczną poprawę sytuacji (to oczywiście eufemizm).

Restrukturyzacja opieki podstawowej może okazać się tym łatwiejsza, że jest ona relatywnie tania – nakłady na jeden gabinet czy przychodnię nie idą w miliony złotych, a przez to łatwiejsza do wprowadzania zmian. Niewielkie rozmiary poszczególnych zakładów – a przez to ich duża elastyczność – są atutem w dobie przemian. Co prawda prywatna pojedyncza praktyka to poczucie odpowiedzialności za efekty pracy, ale koszty prowadzenia przedsiębiorstwa mogą się okazać zbyt duże, by dać satysfakcję lekarzom opieki podstawowej.

W jedności siła. W tym wypadku – w jedności podstawowej opieki zdrowotnej.

Marcin Kautsch
– asystent Instytutu Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum Uniwersytetu
Jagiellońskiego

Przypisy

1. Poździech S. *System zdrowotny*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, A. Czupryna, S. Poździech, A. Ryś, W.C. Włodarczyk – red., tom 1, wyd. II, Vesalius, Kraków 2000.
2. Podobnie jak w 1999 r. skierowanie do specjalisty otrzymała 1/3 pacjentów odwiedzających lekarza pierwszego kontaktu. 60 proc. tych pacjentów stwierdziło, że ich zdaniem wizyta u specjalisty nie była potrzebna. 7 proc. pacjentów nie wykorzystało skierowania do specjalisty. Opinie ludności o usługach medycznych Raport Pentor Medical dla Krajowego Związku Kas Chorych, maj 2001; <http://sidoz.pl/sowa/artukul/ida/245/>
3. Halina Kleszcz *Dostępność – mity i realia*, Gazeta Lekarska Nr 2001 – 09, www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2001
4. Opracowanie własne na podstawie: OECD HEALTH DATA 2001.
5. Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych, Gazeta Lekarska, listopad 1998, www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n/1998/n199811/n19981103.
6. Opracowanie własne na podstawie: *50 lat służby zdrowia w Polsce*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1998 oraz *Roczniki statystyczny*

Rzeczpospolitej Polskiej 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, Główny Urząd Statystyczny.

7. Opracowanie własne na podstawie: *Roczniki statystyczne Rzeczpospolitej Polskiej 1991–2002*, Główny Urząd Statystyczny.
8. Opracowanie własne na podstawie: Seria: *Opieka zdrowotna w liczbach... lata 1997, 1998, 2000, 2001*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Warszawa 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, GUS, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1998 roku, Warszawa 1999. *Roczniki statystyczne Rzeczpospolitej Polskiej 1991–02*, Główny Urząd Statystyczny.
9. Opracowanie własne na podstawie: Seria: *Opieka zdrowotna w liczbach... lata 1997, 1998, 2000, 2001*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Warszawa 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, GUS, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1998 roku, Warszawa 1999. *Roczniki statystyczne Rzeczpospolitej Polskiej 1991–02*, Główny Urząd Statystyczny.
10. Opracowanie własne na podstawie danych dostępnych na stronach internetowych kas chorych oraz www.unuz.gov.pl.
11. Opracowano na podstawie: SOCIAL INSURANCE ASSESSMENT TOOL Management Sciences for Health (MSH) in Boston Massachusetts, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=6.70.htm&module=toolkit&language=English>, Part III. MODEL OF FINANCING FLOWS FOR SOCIAL HEALTH INSURANCE, maj 2002.
12. Jacek Krajewski. *Lekarz rodzinny w Polsce*, Lekarz Rodzinny, <http://www.magit.com.pl/konferencja-poz/materialy.htm>.
13. za Sondaż OBOP, http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartikul_ul_rodzaj=63&idartikul=118.
14. Opinie ludności o usługach medycznych, Raport Pentor Medical dla Krajowego Związku Kas Chorych, maj 2001; <http://sidoz.pl/sowa/artukul/ida/245>.
15. Jacek Nowiła, przewodniczący komisji ochrony i promocji zdrowia Związku Powiatów Polskich. W: Alicja Wejner. *Batalia o zdrowie*. Wspólnota 17-18/01.
16. Katarzyna Tymowska. *Projekt naprawy systemu opieki zdrowotnej – eksperckie opracowanie autorskie*. Zdrowie i Zarządzanie, 3-4/2000.
17. Krupa M. *W poszukiwaniu doskonałości organizacyjnej*. Antykwa, Kraków, 1999, 84-7.
18. Sprawozdanie Krajowego Związku Kas Chorych po drugim roku obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2001.