

Donata Kurpas, Mariola Seń, Andrzej Steciwko

Akademia Medyczna we Wrocławiu

PROBLEM DOSTĘPNOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

WSTĘP

Preambuła *Konstytucji WHO* (1946) głosi, że „zdrowie jest fundamentalnym prawem każdego człowieka, a zdrowie wszystkich społeczeństw jest warunkiem pokoju i bezpieczeństwa...” Natomiast *Strategia dla Wszystkich*, zaakceptowana przez wszystkie kraje członkowskie WHO, gwarantuje równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność (Paździuch 2000: 67–212).

Podczas konferencji w Alma-Acie (1978 r.) określono m. in. najistotniejsze elementy podstawowej opieki zdrowotnej, do których należy jej powszechna dostępność dla jednostek i rodzin oraz na szczeblu lokalnej społeczności, a także działania oparte na zasadzie uczestnictwa odbiorców świadczeń (Włodarczyk 2000: 213–228).

Na szczeblu narodowym – polski *Narodowy Program Zdrowia* (NPZ) określa indywidualną odpowiedzialność za ochronę, utrzymanie oraz rozwój zdrowia. W NPZ na lata 1996–2000 zawarto 18 celów operacyjnych i postawiono jeden cel strategiczny, tj. poprawę stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia (*Narodowy Program Zdrowia*, 1993; 1996). Wśród celów operacyjnych NPZ należy podkreślić cele wskazujące nie tylko na zachowania będące elementami stylu życia, ale na kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska pracy, życia i nauki oraz wypoczynku, a także ukierunkowanie na zmniejszanie różnic w odniesieniu do zdrowia i dostępności do świadczeń zdrowotnych (*Narodowy Program Zdrowia*, 1996–2005, 1996).

Według Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations z USA

Jakość [usług medycznych] jest to stopień prawdopodobieństwa osiągnięcia oczekiwanych przez pacjentów i uniknięcia niepożądanych wyników leczenia poprzez zastosowanie współczesnej wiedzy na temat metod opieki medycznej,

a spośród głównych wskaźników tejże jakości wymienia się: dostępność, satysfakcję, kliniczną skuteczność, bezpieczeństwo pacjenta i personelu (Kochen 1996: 540–550).

Wobec ustaleń istniejących na szczeblu międzynarodowym i ogólnopolskim oraz 5-letniego już okresu funkcjonowania zreformowanego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, podjęliśmy próbę oceny jej funkcjonowania oraz jakości świadczonych usług medycznych poprzez określenie poziomu ich dostępności w opinii jej odbiorców – naszych pacjentów. Podejmując badania zdawaliśmy sobie sprawę z subiektywnego charakteru opinii, ale też z tego, że będzie ona dla nas jako lekarzy najbardziej miarodajna.

CEL PRACY

Nasze badania przeprowadziliśmy w celu określenia dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz oceny ich jakości na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadziliśmy za pomocą anonimowego wywiadu kwestionariuszowego składającego się z 94 pytań. Respondentów pytano o ocenę zasad funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej przed jej reformą i po zmianie zasad jej funkcjonowania (po 1 stycznia 1999 r.), a także o dostępność i jakość świadczonych usług medycznych oraz trudności, na jakie pacjenci natrafili podczas korzystania ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Ankieta zawierała także zmienne opisujące sytuację społeczno-demograficzną badanych (wiek, płeć, wykształcenie, status zawodowy i sytuację materialną).

Badania prowadzono wśród pacjentów losowo wybranych szpitali województwa dolnośląskiego, z podziałem na Wrocław i region, od kwietnia do grudnia 2001 r. Respondenci korzystali z porad lekarza pierwszego kontaktu przed pobytem w szpitalu.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyło 763 pacjentów w wieku powyżej 18. roku życia, wśród których 72,9% stanowiły kobiety, a 27,1% mężczyźni. Kobiety znacznie częściej wyrażały zgodę na wypełnienie ankiety, mężczyźni częściej nie zwracali kwestionariuszy lub zwracali je wypełnione częściowo, co uniemożliwiało poddanie ich dalszej analizie.

Wiek badanych wahał się w granicach 25–54 lata (w przypadku kobiet: 25–34 lata, a mężczyzn: 45–54 lata). Wśród badanych większość (57%) stanowiły osoby z wykształceniem średnim. Respondenci pochodzili głównie ze środowiska miejskiego (duże miasto – 57,9%, miasto średniej wielkości – 13,1%, małe miasto – 15,5%). Mieszkańcy wsi stanowili 13,5%. Spośród ankietowanych 690 osób należało do regionalnej kasy chorych, 63 do branżowej kasy chorych, 10 nie było objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W badanej grupie jedynie 10,6% wyraziło opinię, że zna dobrze treść *Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, a 39,1% stwierdziło, że zna ją powierzchownie, 38,1% twierdziło, że tylko o niej słyszało, a 11,9%, że nigdy nie słyszało. Treść *Ustawy* z reguły znali pacjenci posiadający wyższe wykształcenie oraz mieszkańcy miast i osoby starsze.

69,4% kobiet i 66,3% mężczyzn oceniło negatywnie funkcjonowanie służby zdrowia. Opinie te częściej wyrażały osoby z wykształceniem wyższym, mieszkańcy miast oraz osoby pracujące.

Zdecydowana większość badanych (72,7%) korzysta z usług medycznych w przychodniach rejonowych, a jedynie 27,3% w praktyce lekarza rodzinnego. Zdecydowanie lepiej pacjenci oceniają jakość usług w prywatnych praktykach lekarzy rodzinnych (57,5% jest zadowolonych z ich jakości). Są to głównie mieszkańcy wsi oraz osoby z wykształceniem podstawowym.

Dostępność do usług medycznych może być ograniczona z powodu trudności napotykanych przez pacjentów korzystających ze świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Trudności z uzyskaniem porady zgłasza ok. 30% pacjentów lekarzy rodzinnych i 58,8% osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w publicznej przychodni. Najczęstszym problemem dla pacjentów (55,1%) jest biurokracja: brak informacji, odsyłanie, konieczność wielokrotnych wizyt.

Od 1999 r. nową zasadą jest potrzeba uzyskania od lekarza pierwszego kontaktu skierowania do większości specjalistów. Prawie 50% pacjentów wskazuje na trudności z otrzymaniem takich skierowań (w podobnym stopniu w ośrodkach publicznych i prywatnych praktykach lekarzy rodzinnych). Przy czym prawie 80% pacjentów stwierdza, że lekarz pierwszego kontaktu nie ma wystarczających umiejętności ani aparatury diagnostycznej, aby można było ograniczyć konsultacje u lekarzy specjalistów.

Częściej o trudnościach, z jakimi stykają się w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej, wspominają pacjenci placówek publicznych z dużych miast.

Jedynie 10% naszych respondentów wyraziło opinię, że zarówno dostęp do świadczeń, jak i ich jakość na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przed reformą były gorsze niż obecnie. Zdecydowanie więcej badanych twierdzi, że dostęp do świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej był lepszy. Dostęp do specjalistów przed reformą lepiej oceniają mieszkańcy miasta (59,9%) oraz pacjenci z wykształceniem wyższym i średnim (64,4%). Prawie 50% pacjentów ocenia, że jakość usług po reformie nie uległa pogorszeniu, 30% że przed reformą była lepsza.

Niepokojące jest, że prawie 50% badanych osób z miasta nie potrafiło ocenić dostępności i jakości usług pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej. Znacznie korzystniejsza sytuacja wygląda na wsi, gdzie jedynie 20% respondentów nie potrafiło określić dostępności i jakości jej usług.

65% ankietowanych przyznaje, że była zmuszona zapłacić za usługi medyczne, które były bezpłatne przed reformą systemu ochrony zdrowia, 50% że w ogóle z nich zrezygnowała. Najczęściej respondenci pokrywali koszty: usług stomatologicznych (25,9%), badań specjalistycznych (18,2%), wizyt u lekarza (12,7%), badań laboratoryjnych (10,4%), sprzętu i środków ortopedycznych (kule, wózek inwalidzki, wkładki ortopedyczne, strzykawki, itp.) (9,2%), cegiełek z tytułu pobytu w szpitalu (7,3%). Zła sytuacja materialna zmusiła niektórych pacjentów do rezygnacji z wizyty u stomatologa (23,4%), wykupienia recepty (21,7%), wizyty u lekarza specjalisty i wykonania badań specjalistycznych (10,7%), zakupu okularów zalecanych przez okulistę (10,7%), wyjazdu do sanatorium (6,8%).

61,8% badanych zgłosiło problem z uzyskaniem wizyty domowej, najczęściej zdarzało się to w dużym mieście (66,9%), częściej dotyczyło osób z wyższym wykształceniem (65,3%) oraz czynnych zawodowo (63,8%).

68,3% ankietowanych wskazało na brak wnikliwego badania ze strony lekarza. Najczęściej byli to mieszkańcy miasta średniej wielkości, osoby z wykształceniem wyższym (75,8%) i czynne zawodowo (69,7%). Natomiast 50% badanych stwierdza, że czas przeznaczony na rozmowę z lekarzem jest niewystarczający. Częściej wspominały o tym osoby z wykształceniem wyższym (70,5%) i czynni zawodowo (59,9%). Na brak zainteresowania lekarza pierwszym kontaktem sytuacją rodzinną i materialną skarży się 73,3% respondentów.

We wszystkich przypadkach sytuacja korzystniejsza wygląda w praktykach lekarzy rodzinnych niż w publicznych ośrodkach POZ. Częściej też pacjenci wykazują zaufanie w odniesieniu do lekarzy z prywatnych praktyk lekarzy rodzinnych (42,3%) w porównaniu z lekarzami z publicznych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej.

Główne źródło złego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ankietowani widzą w zbyt małych nakładach finansowych. Pochodną tego jest możliwość zakupu lepszego sprzętu diagnostycznego. Szanse poprawy funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej respondenci widzą też w zniesieniu skierowań do specjalistów. Rzadziej wysuwano propozycję zatrudnienia większej liczby specjalistów, czy lekarzy pierwszego kontaktu oraz pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Bardzo istotne są propozycje ze strony pacjentów dotyczące zintensyfikowania działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, co świadczy o wzrastającej świadomości zdrowotnej polskiego społeczeństwa.

DYSKUSJA

Na przestrzeni lat 90. oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ulegały systematycznemu pogorszeniu – w 1993 r., kiedy zaczynały poprawiać się oceny działania innych sektorów, służbę zdrowia oceniało pozytywnie 43% respondentów, w 1996 r. tylko 25%. W latach 1996–1998 zaobserwowano niewielką poprawę opinii, co może wiązać się ze wzrostem aktywności sektora usług prywatnych, przez co zaczęto doceniać usługi bezpłatne (Ostrowska 2000: 46–65).

Reforma systemu ochrony zdrowia z dn. 1 stycznia 1999 r. zakładała, że wiodącą rolę odgrywać będzie dobrze zorganizowana, powszechnie dostępna i dostosowana do potrzeb społeczeństwa podstawowa opieka zdrowotna.

Wyniki niniejszej pracy wskazują, że odsetek osób negatywnie oceniających funkcjonowanie służby zdrowia po 1 stycznia 1999 r. wynosi ok. 70%. Opinie te były zależne od poziomu wykształcenia badanych, miejsca ich zamieszkania i aktywności zawodowej. Lepiej działalność służby zdrowia oceniali respondenci z wykształceniem zawodowym, mieszkańcy wsi, osoby nieczynne zawodowo. Według sondaży CBOS odsetek osób wyrażających negatywne opinie na temat funkcjonowania służby zdrowia był podobny i wynosił 66% w czerwcu 1999 r. oraz 79% w styczniu 2000 r. Większy krytycyzm w ocenie dostępu do świadczeń zdrowotnych wykazywały osoby z wyższym i średnim wykształceniem, zamieszkałe w dużych miastach, należące do wyższych warstw społecznych (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001: 39–71).

Znajomość zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przez pacjentów ułatwia realizację ich potrzeb zdrowotnych. W badaniach sondażowych na temat warunków i jakości życia oraz społecznego odbioru reform systemowych 58,3% respondentów знаło nowe zasady korzystania z opieki

medycznej. Jeżeli przyjąć znajomość treści *Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* za stopień poinformowania o nowych zasadach korzystania z opieki zdrowotnej, to jest on niewystarczający i może prowadzić do braku poczucia bezpieczeństwa w sytuacji choroby, na co wskazują także dane z literatury (Dylewicz, Przywarska, Borowicz-Bieńkowska, Wilk 2001: 569–571; Kapała 2001: 15–19).

Niewątpliwie na opinię o lepszej dostępności do lekarza specjalisty przed 1 stycznia 1999 r. wpłynęło ograniczenie możliwości korzystania z porad lekarzy specjalistów. Na pozytywną ocenę dostępności do lekarza ogólnego i lekarzy specjalistów przed 1999 r. wskazują również badania CBOS (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001: 39–71).

Analiza opinii respondentów wskazuje, że odbiór społeczny reformy służby zdrowia jest raczej negatywny, a zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pogorszyło się. Obserwuje się nasilenie biurokracji, utrudnienia w uzyskaniu wizyty domowej, wnikliwego badania, czy zainteresowania sytuacją rodzinną i materialną pacjenta ze strony lekarza pierwszego kontaktu. Potwierdzają te wyniki badania CBOS (Derczyński 2000).

O dodatkowych kosztach finansowych mówi co 6. badany, podobnie jak w badaniach CBOS (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001: 39–71). Niezwykle niepokojącym zjawiskiem jest rezygnowanie przez pacjentów z powodów finansowych z wizyt u stomatologa, innego specjalisty, czy wykonania badań specjalistycznych, a zwłaszcza wykupienia recepty, czy okularów. Badania CBOS wskazują, że stopień rezygnacji pacjentów z usług medycznych po roku funkcjonowania reformy dotyczył co 5. ankietowanego lub członka jego rodziny (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001: 39–71).

92,9% pacjentów (niezależnie od wykształcenia) uważa, że zwiększenie nakładów finansowych wpłynęłoby stymulująco na funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej. Wiązałoby się to w opinii badanych głównie z lepszym sprzętem diagnostycznym. Jeżeli chodzi o poprawę funkcjonowania opieki podstawowej, istotna dla pacjentów jest również możliwość wyboru lekarza specjalisty, a także intensyfikacja działań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej.

WNIOSKI

Trudności zgłaszane przez pacjentów korzystających z usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej dowodzą ograniczonej dostępności do świadczeń lekarza pierwszego kontaktu, wskazując jednocześnie na brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego badanych w nowych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Niewielki odsetek osób pod-

noszących trudności z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej wynika z braku doświadczeń pacjentów w korzystaniu z usług pielęgniarek i wskazuje na ich małą aktywność jako elementu zespołu ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

- Derczyński W., 2000, *Opinie o opiece zdrowotnej pod koniec drugiego roku reformy*, komunikat CBOS-u, grudzień 2000.
- Dylewicz P., Przywarska I., Borowicz-Bieńkowska S., Wilk M., 2001, *Aktywność fizyczna w kardiologicznej prewencji pierwotnej*, „Kardiologia Polska” nr 55, s. 569–571.
- Kapała W., 2001, *Organizacja pracy a jakość usług medycznych*, „Antidotum”, nr 4, s. 15–19.
- Kochen M. M., 1996, *Medycyna Rodzinna*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 540–550.
- Narodowy Program Zdrowia. Założenia polityki zdrowotnej państwa, 1990, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa.
- Narodowy Program Zdrowia, 1993, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa.
- Narodowy Program Zdrowia 1996–2005, 1996, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa.
- Ostrowska A., 2000, *Spoleczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 7 (19), s. 46–65.
- Paździuch S., 2000, *Międzynarodowa polityka zdrowotna*, [w:] *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna i wsp., t. 1, Vesalius, Kraków, s. 167–212.
- Reforma ochrony zdrowia, 2001, „Antidotum”, nr 4, s. 39–71.
- Włodarczyk C., 2000, *Podstawowa opieka zdrowotna jako kategoria polityki zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie Publiczne, wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna i wsp., t. 1, Vesalius, Kraków, 213–228.

Donata Kurpas, Mariola Seń, Andrzej Steciwko

THE PROBLEM OF MEDICAL SERVICES ACCESSIBILITY IN FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

It turned out that 1999 was crucial in primary health care in Poland. The institution of family doctor (a manager of medical services) became dominant. The main thread of our paper is how these changes influenced an patients' estimation of quality and medical services accessibility for the community.

We present very subjective estimation of primary care functionality and medical services accessibility but also the most effective because descended from patients – receivers these services.