

Bezpieczeństwo pacjenta a dostępność do usług zdrowotnych

Greta Kanownik*

Streszczenie: Publiczny system opieki zdrowotnej traktuje jako wartość pierwszorzędną powszechny, równy i oferowany bez zbędnej zwłoki dostęp do świadczeń. Ze względu na liczne ograniczenia techniczne, finansowe czy kadrowe, nie wszystkie świadczenia mogą być oferowane zarówno bez ograniczeń, jak i w jednakowym wymiarze w zróżnicowanych pod względem wielkości miejscach zamieszkania. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w zakresie dostępności świadczeń medycznych było przedmiotem licznych projektów badawczych oraz publikacji, jednakże te ostatnie dotyczyły w większości badań lokalnych, koncentrując się na weryfikacji w praktyce wprowadzonych rozwiązań systemowych. Nieprowadzone były dotychczas prace nad zróżnicowaniem regionalnym dostępności usług medycznych w populacji polskiej, uwzględniające podział kraju na jednostki terytorialne o zróżnicowanym zaludnieniu, tj. w gminach wiejskich, małomiasteczkowych, miejskich i wielkomiejskich. Również nie obejmują one danych z prywatnych poradni i gabinetów zabiegowych. Zaproponowane w niniejszym artykule narzędzie pomiaru pod nazwą „Mapy dostępności do świadczeń medycznych” stanowią subsydium pomiaru dla „Map potrzeb zdrowotnych”. W pracy przedstawiono jedynie wstępny, teoretyczny zamysł tego narzędzia, który wymaga dalszego dopracowania i dokładnych badań empirycznych. W pracy skupiono swoją uwagę na udowodnieniu tezy, iż „Mapa dostępności do świadczeń medycznych” jest koniecznym narzędziem służącym do optymalnego racjonowania usług medycznych w Polsce.

Słowa kluczowe: usługa medyczna, racjonowanie usług medycznych, dostępność do świadczeń medycznych

Wprowadzenie

Problemem współczesnej ochrony zdrowia w wielu krajach, w tym także i w Polsce, jest niewydolność systemu zdrowotnego, przejawiająca się m.in. ograniczeniem dostępności obywateli do usług zdrowotnych. Pogodzenie ze sobą rozbieżnych postulatów ekonomicznych i społecznych w przypadku ochrony zdrowia przysparza wielu kłopotów. Arthur Okun twierdzi, iż oba te systemy potrzebują się nawzajem, po to, by wprowadzić trochę racjonalności do zapewnienia wymogu równości i trochę humanitaryzmu do wymogu efektywności (za: Pyka, 2008). Jednym z podstawowych zagadnień zdrowia publicznego jest pojęcie potrzeb zdrowotnych. Czym są potrzeby zdrowotne? Według Culyera potrzeba opieki zdrowotnej jest „minimalną ilością zasobów, która jest niezbędna do tego, aby wyczerpały się zdolności jednostki do odniesienia korzyści ze świadczeń jej oferowanych” (Culyer, 1995, s. 727–730). Podobną definicję zaproponował Williams, mówiąc, że „potrzeba zdrowotna

* dr n. ekonom. Greta Kanownik, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, e-mail: gkanownik@pzh.gov.pl.

jest zdolnością odnoszenia korzyści z zastosowaniem dostępnych procedur medycznych przez osobę, wobec której działania zdrowotne mają być podjęte” (Gillon, 1994, s. 829–842). Z tych definicji jednoznacznie wynika, że określenie potrzeby zdrowotnej wymaga nie tylko wskazania możliwości jej zaspokojenia, lecz także jednoczesnego określenia zdolności danej osoby do korzystania ze świadczeń medycznych.

Z racji na ograniczenia finansowe polskiego płatnika w kontekście dużych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa zachowanie równowagi pomiędzy wydatkami a potrzebami jest bardzo trudnym zadaniem. Względy ekonomiczne zmuszają do podejmowania decyzji o racjonowaniu dostępu do świadczeń medycznych, co niestety nie pozostaje bez wpływu na pogorszenie się stanu zdrowia społeczeństwa, a nawet bezpieczeństwa pacjenta poprzez zagrożenie życia chorego. W Polsce rozpoczęto realizację wyczekiwanej przez wszystkich od dłuższego czasu analizy potrzeb zdrowotnych w ramach projektu „Mapy Potrzeb Zdrowotnych”, który ma się przyczynić do wdrożenia szeregu działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych poprzez stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób oraz opracowania bazy analiz systemowych i wdrożeń w tym zakresie.

Celem artykułu jest analiza literaturowa w zakresie umiejscowienia problematyki dostępności do świadczeń medycznych z perspektywy ekonomii i etyki, oraz opracowanie minimapy dostępności do świadczeń medycznych w Polsce.

1. Racjonowanie usług medycznych z perspektywy ekonomii i etyki

Dobro publiczne to ogólnodostępne dobro, z którego płyną korzyści o charakterze publicznym, czyli potencjalnie służące wszystkim. W teorii ekonomii dobra publiczne określa się jako przejaw tzw. niedoskonałości rynku (*market failures*), ponieważ w ich przypadku nie mają zastosowania rynkowe mechanizmy regulowania podaży i popytu, które decydują o ilości dóbr trafiających na rynek. Sektor opieki zdrowotnej nie spełnia trzech podstawowych wymogów modelu doskonałej konkurencji, tj. brak jest pełnej informacji producenta i konsumenta o dobrach podlegających wymianie i o sytuacji na rynku, stabilności popytu, efektów zewnętrznych, a w związku z tym – mechanizm cen nie zapewnia efektywnej alokacji zasobów. Po raz pierwszy na ten fakt zwrócił uwagę Arrow, laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii. McGuire z kolei twierdzi, że w opiece zdrowotnej maksymalizacja zysku nie jest podstawowym i jedynym kryterium działania, lekarze nie zawsze są ograniczeni popytem rynkowym, ponieważ sami w dużej mierze kształtują ten popyt, zazwyczaj nie mając też wpływu na cenę świadczeń. A zatem nieuchronność racjonowania dóbr i usług medycznych jest faktem i sprowadza się do kwestii dotyczącej tego, kto podejmuje decyzje o tym, kto spośród uprawnionych otrzyma świadczenia medyczne, jakie to będą świadczenia i jak długi będzie czas oczekiwania na ich uzyskanie.

Analizy trendów rozwojowych ludzkości wskazują, że nierówności społeczno-ekonomiczne, zarówno między państwami, jak i wewnątrz nich, będą się nasilać. Bogactwo skutkuje posiadaniem coraz większej przewagi nie tylko pod względem dochodów, ale też pod względem dostępu do wiedzy, informacji, technologii i innych dóbr. Zamożność i bieda współwystępują obok siebie w każdym państwie. W efekcie niektóre dobra publiczne mogą mieć zasięg ogólnoswiatowy, ponieważ docierają do wszystkich, lub przynajmniej dużej liczby ludzi mieszkających w różnych państwach, ale korzyści z nich płynące są dostępne jedynie dla lepiej sytuowanej części ludności, co jeszcze bardziej marginalizuje najbardziej potrzebujących. Z kolei tzw. globalne anty-dobra publiczne (np. choroby), przy braku przeciwdziałania, często dotyczą biednych w większym stopniu niż bogatych, z powodu braku dostępu do właściwej opieki medycznej i ochrony zdrowia.

Zderzenie ze sobą dwóch elementów – ograniczonych możliwości systemu i prawa do powszechnej dostępności do świadczeń oraz ich wzajemne niedopasowanie, skutkuje potrzebą wprowadzenia limitowania czy racjonowania. Racjonowanie można podzielić na:

- a) racjonowanie ekonomiczne, które może być rynkowe, czyli podane prawom rynku, a w szczególności prawu popytu i podaży, oraz nierynkowe, oparte na analizie spodziewanych dobroczynnych efektów w stosunku do szacowanych kosztów ekonomicznych; w tym przypadku wyznacznikiem jest „sprawiedliwość” oparta na trosce o potencjalnego pacjenta i dotyczy racjonowania procedur medycznych finansowanych z pieniędzy publicznych;
- b) racjonowanie nieekonomiczne, które uwzględnia dobro pacjenta i interes społeczny inny niż ekonomiczna oszczędność; przykładem takiego postępowania może być odstąpienie od uporczywej i daremnej terapii w stanach terminalnych; jest to typ racjonowania oparty na wiedzy medycznej.

Praktyka pokazuje, że system racjonowania usług medycznych jest kombinacją obu przedstawionych powyżej schematów racjonowania.

Jeśli chodzi o mechanizm racjonowania usług medycznych, może on odbywać się według następujących kryteriów (Rój, Sobiech, 2006, s. 33):

- racjonowanie według kolejności zgłaszania i czasu oczekiwania,
- racjonowanie według nagłości przypadków,
- racjonowanie według potrzeb określonych przez profesjonalistów medycznych,
- racjonowanie według przyjętej zasady sprawiedliwości (np. pierwszeństwo dla matki, dziecka, inwalidy wojennego czy niepełnosprawnego),
- racjonowanie z wykorzystaniem współpłacenia (opłat bezpośrednich) przez pacjentów.

W praktyce często wykorzystuje się kilka kryteriów jednocześnie. Odpowiedzialność za właściwe rozdysponowanie środków finansowych oraz wybór określonych schematów i kryteriów racjonowania przedstawionych powyżej ponoszą głównie politycy i menedżerowie. Oczywiście decyzje odnośnie do racjonowania usług medycznych mogą być podejmowane na wielu szczeblach, począwszy od lekarzy, aż do instytucji zarządzających

ochroną zdrowia. Coraz częściej głos w tych kwestiach zabierają sądy, media czy różne gremia społeczne. Najwięcej kontrowersji przy okazji podziału, najczęściej niewystarczających, środków finansowych na ochronę zdrowia i świadczenia medyczne wywołuje spór o to, które wartości powinny mieć pierwszeństwo. Nawet tak jednoznaczna wartość jak wiek pacjenta (młody lub stary) może w zależności od przyjętej teorii działać na korzyść lub niekorzyść pacjenta. Tom L. Beauchamp i James F. Childress, autorzy podręcznika *Zasady etyki medycznej* zakładają, że całość problemów etyki medycznej podlega czterem zasadom: zasadzie szacunku dla autonomii, zasadzie nieszkodzenia, zasadzie dobroczynności i zasadzie sprawiedliwości i że „brak wystarczającej ilości środków sprawia, że nie jesteśmy w stanie pomóc wszystkim, a zasada sprawiedliwości pomaga nam wtedy rozstrzygnąć dylematy związane z ich podziałem” (Beauchamp, Childress, 2013). Jednym z elementów racjonowania usług medycznych jest ich limitowanie, które niesie ze sobą negatywne skutki, jak chociażby powstawanie kolejek do świadczeń medycznych, zwłaszcza tych wysokospecjalistycznych, brak możliwości prowadzenia uczciwej konkurencji między szpitalami, ponieważ szpitale lepsze nie mogą wykazać swojej przewagi konkurencyjnej, gdyż po wyczerpaniu limitów na świadczenia medyczne nie mogą już przyjmować pacjentów, łamanie zasady równego dostępu do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych. Pacjenci zgłaszający się na początku roku do lekarza mogą uzyskać leczenie bezpłatne, natomiast pacjenci zgłaszający się później muszą czekać w kolejkach lub skorzystać z prywatnych usług medycznych, pomimo że mają uprawnienia do bezpłatnej opieki zdrowotnej. W tej sytuacji następuje podwójne ponoszenie kosztów przez pacjenta. Wysokość dopłat własnych pacjentów w Polsce na tle krajów OECD jest wysoka. W przeważającej większości w państwach OECD głównym źródłem finansowania służby zdrowia są wydatki publiczne. Jedynie w Stanach Zjednoczonych i Chile ponad 50% wydatków pochodzi z prywatnych funduszy. Średnio nakłady na opiekę zdrowotną w państwach OECD kształtują się następująco: 37% fundusze „rządowe”, 36% ubezpieczenie społeczne, 19% dopłaty własne pacjentów, 6% inne. W Polsce wydatki „rządowe” to ok 10% nakładów, znacząca część, bo aż 61%, to środki pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a dopłaty własne pacjentów stanowią ok 24%.

Autorzy raportu OECD (2015, s. 120–128) badali również problem dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej. Badając tzw. kolejki do lekarza, posłużyli się przykładem operacji zaćmy oraz operacji stawu biodrowego. W przypadku zaćmy wskazali, że kolejki oczekujących generalnie zmniejszyły się lub utrzymują się na tym samym poziomie. W Polsce czas oczekiwania jest nadal najdłuższy spośród wszystkich badanych przez OECD państw (średnio ponad 400 dni). W przypadku operacji stawu biodrowego czas oczekiwania w Polsce również zalicza się do najdłuższych (obok Chile) i wynosi średnio ponad 350 dni. Zdaniem autorów raportu, w większości państwa OECD leczenie osób chorych przewlekle, astmatyków i cukrzyków nadal nie jest optymalne, ponieważ pacjenci zbyt często trafiają do szpitala. Ponadto w przypadku raka szyjki macicy, raka piersi i raka jelita grubego w większości państw wskaźniki przeżywalności poprawiły się, za wyjątkiem Polski, Chile i Estonii.

Praktycznie we wszystkich państwach spadła śmiertelność z powodu ataku serca i zawału w czasie pobytu w szpitalu.

W dokumencie „eEuropa” (EUR-Lex...) za najważniejsze usługi wspierające rozwój gospodarki uznano rozwój usług elektronicznych w zakresie: usługi publiczne (e-governance), usługi medyczne świadczone na odległość (e-health), nauczanie na odległość (e-learning), handel elektroniczny (e-commerce). W ten właśnie sposób, poprzez wykorzystanie cyfryzacji, ma nastąpić rozwój usług, których celem jest podniesienie jakości życia mieszkańców oraz wyrównanie szans dostępu do deficytowych usług. Przykład: telemedycyna, która jest sposobem na krótsze kolejki do lekarzy, nie tylko przyspiesza diagnostykę, ale i ułatwia dostęp do opieki zdrowotnej osobom mającym kłopoty z poruszaniem się lub mieszkającym w oddaleniu od ośrodków medycznych. Wreszcie stwarza szansę na obniżenie kosztów opieki zdrowotnej przez ograniczenie czasu spędzanego w szpitalu, zwiększa możliwości podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego, szczególnie z małych ośrodków, umożliwia realizację badań naukowych, dotychczas wymagających pracochłonnych dojazdów, oraz scalania danych rozproszonych po różnych jednostkach służby zdrowia czy też zmniejszenia bariery w komunikacji pomiędzy ośrodkami służby zdrowia. Jednakże nie wszędzie możliwy jest dostęp do tego typu e-usług. Paradoksalnie rozwój medycyny doprowadził do powstania wielu pytań i zagadnień, o których kilkadziesiąt lat wstecz nikt nawet nie myślał. Obecnie pojawiły się dyskusje nad sensem terapii terminalnej czy pytania o eutanazję, dodatkowo ważne stały się aspekty ekonomiczne, które są przyczyną wielu dramatów i niezadowolonia społeczeństw. Trudno jest nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że dostęp do usług medycznych powinien być zależny jedynie od stanu zdrowia pacjentów, a nie od ich statusu społeczno-ekonomicznego (Meyer, Luon, Mamerow, Ward, 2013). Jest on jednak wynikiem prowadzonej polityki zdrowotnej przez poszczególne państwa (Levesque, Harris, Russell, 2013). Prześledźmy zatem w kolejnej części artykułu dostępność do usług medycznych na przykładzie Polski.

2. Mapa dostępności do świadczeń medycznych w Polsce

Polski system ustawodawczy uregulował kwestie związane z prowadzeniem list oczekujących w kilkunastu aktach prawnych. Najważniejszą regulacją w tym względzie jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zasadniczym zadaniem, jakie ma spełniać lista oczekujących, jest zapewnienie poszanowania zasad sprawiedliwości, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jej prowadzenie powinno być przede wszystkim zgodne z kryteriami medycznymi opartymi na najlepszej wiedzy medycznej. Powyższy zapis nakłada na świadczeniodawcę obowiązek dokumentowania wszelkich zmian dokonywanych na listach oczekujących, aby nie został wysunięty przeciwko niemu zarzut braku transparentnego systemu prowadzenia kolejki. Istotnym elementem prowadzenia listy oczekujących jest również poprawne zrozumienie przepisów zawartych w art. 20 ustawy.

Zgodnie z nimi lista oczekujących jest prowadzona przez świadczeniodawcę, czyli szpital, do świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że kolejka nie jest prowadzona do oddziału ani do lekarza, tylko do świadczeń. Praktyka pokazuje jednak, że w powyższej materii nie jest dobrze. Na podstawie informacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie skarg i wniosków rozpatrzonych w NFZ w II kwartale 2016 roku czytamy, że w tym okresie rozpatrzono 1040 skarg, w tym 61,3% wszystkich skarg w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców dotyczyło dostępności do świadczeń, a 24,7% – jakości udzielanych świadczeń. Wśród wszystkich skarg rozpatrzonych w II kwartale 2016 roku w Narodowym Funduszu Zdrowia jako zasadne uznano skargi dotyczące m.in.:

- sposobu prowadzenia rejestracji,
- ograniczania dostępu do badań diagnostycznych,
- pobierania opłat za świadczenia opieki zdrowotnej,
- odmowy udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
- długiego czasu oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej,
- nierespektowania uprawnień do korzystania ze świadczeń poza kolejnością,
- organizacji pracy świadczeniodawców (np. nieprzestrzegania harmonogramu pracy przez lekarzy),
- trudności w realizacji transportu sanitarnego,
- odmowy realizacji świadczeń w warunkach domowych przez lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Niepokojący jest fakt, że liczba skarg polskich pacjentów na dostępność do świadczeń wzrasta, co przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Informacja o liczbie skarg pacjentów rozpatrywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z podziałem na dostępność do świadczeń i jakość udzielanych świadczeń w latach 2014–2016 (%)

Skargi dotyczące:	Dostępność do świadczeń	Jakość udzielanych świadczeń
2014 r.	54,92	25,20
2015 r.	58,90	22,90
I kw. 2016 r.	61,20	21,50
II kw. 2016 r.	61,30	24,70

Źródło: NFZ.

Co ciekawe, odsetek skarg pacjentów na dostępność do świadczeń od roku 2014 wzrasta, natomiast odsetek skarg pacjentów na jakość udzielanych świadczeń spada.

W dniu publikacji Światowego Raportu Zdrowia 2013, Światowa Organizacja Zdrowia wezwała poszczególne kraje do kontynuowania inwestowania w lokalne badania dotyczące rozwoju systemu powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej dostosowanego do indywidualnych potrzeb danego kraju. Raport podkreśla, że badania naukowe dotyczące

powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej nie są luksusem, stanowią raczej podstawę dla odkrywania, opracowywania i dostarczania rozwiązań, dzięki którym ludzie mogą cieszyć się lepszym zdrowiem (Biuro...). Raport wskazuje naukowcom kierunek badań, który ma przysłużyć się przyspieszeniu przebiegu procesu zwiększania zasięgu ochrony zdrowia. Dla większości krajów, w tym również i dla Polski, wyzwaniem jest rozszerzenie opieki zdrowotnej w taki sposób, aby zaspokoić rosnące potrzeby populacji przy ograniczonych środkach finansowych. O tym, że badania naukowe mogą pomóc w rozwiązaniu problemu dostępu do opieki zdrowotnej, wskazują wybrane z raportu przykłady:

1. Dopłaty poprawiają stan zdrowia dzieci. Analiza danych zebranych w sześciu krajach wykazała, że warunkowe dopłaty, tj. przekazywanie środków pieniężnych w zamian za korzystanie z opieki zdrowotnej, przekłada się na 11–20% wzrost w liczbie dzieci kierowanych do ośrodków opieki zdrowotnej oraz 22–33% wzrost w liczbie dzieci korzystających z profilaktycznej opieki zdrowotnej.
2. Starzejące się społeczeństwa europejskie stać na opiekę zdrowotną. W okresie od 2010 do 2060 roku szacunkowy roczny wzrost nakładów na opiekę zdrowotną w związku ze starzeniem się społeczeństw będzie wynosił mniej niż 1% oraz będzie mała w pięciu krajach europejskich. Podczas gdy liczba osób starszych cierpiących na choroby przewlekłe oraz z powodu niepełnosprawności najprawdopodobniej wzrośnie, to stwierdzono, że koszty opieki zdrowotnej będą znaczące tylko w okresie ostatniego roku ich życia.
3. Moskitiery zmniejszają odsetek zgonów wśród dzieci. Badania przeprowadzone w 22 krajach afrykańskich wykazały, że wyposażenie gospodarstwa domowego w przynajmniej jedną moskitierę pokrytą środkiem owadobójczym wiąże się z 13–31% spadkiem śmiertelności dzieci poniżej piątego roku życia.

Dostępność do świadczeń medycznych jest zatem obecnie poważnym wyzwaniem stojącym przed naukowcami i decydentami ochrony zdrowia. W Polsce tematyka dostępności do świadczeń medycznych również stanowi przedmiot badań naukowców. Jednym z dużych projektów badawczych w tym zakresie są tzw. „Mapy Potrzeb Zdrowotnych”. W założeniu realizacja w/w projektu ma pozwolić na przejrzyste i racjonalne planowanie inwestycji przez dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia. W oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych ma być wspierane podejmowanie decyzji o lokowaniu środków inwestycyjnych na ochronę zdrowia zgodnie z potrzebami zdrowotnymi ludności (m.in. według liczby prognozowanych zachorowań na daną jednostkę chorobową w regionie), a nie w oparciu o to, jakie usługi chętni są realizować świadczeniodawcy. Pozwoli to na dokonanie zmiany systemowej w zakresie udzielania świadczeń oraz w zakresie rozwoju infrastruktury w regionach w zgodzie ze zidentyfikowanym zapotrzebowaniem na świadczenia w obszarze 30 kluczowych grup chorób (według klasyfikacji ICD-10). Mapy potrzeb zdrowotnych mogą okazać się skuteczne, jeśli tylko będą stosowane zgodnie z przyjętą procedurą i zaakceptowane w praktyce przez wszystkich interesariuszy systemu, w przeciwnym razie ich skuteczność będzie niewielka i mogą stać się martwymi w praktyce, choć bardzo dobrymi

w teorii, rozwiązaniami. Uważam, że dopełnieniem „Map potrzeb zdrowotnych” powinna być „Mapa dostępności do świadczeń zdrowotnych”, która powinna uwzględniać dokładną ewidencję i dogłębną analizę następujących zjawisk:

- kolejek do lekarzy specjalistów,
- kolejek do badań diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym,
- białych plam dostępności do leczenia głównie ambulatoryjnego, leczenia specjalistycznego oraz leczenia szpitalnego,
- deficytowych specjalizacji lekarskich i innego personelu medycznego – pielęgniarek, psychologów, rehabilitantów, dietetyków, farmaceutów i innych zawodów medycznych,
- hospitalizacji w celu wykonania diagnostyki, która mogłaby być zrealizowana ambulatoryjnie,
- dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, paliatywnych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- nadmiarowości łóżek szpitalnych w stosunku do obecnych potrzeb,
- kontraktów zawartych z płatnikiem na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń medycznych, w tym wielkość przyznanego limitu punktów.

Jak wskazuje WHO, o czym wcześniej wspomniano, dostępność do świadczeń medycznych to obecnie jeden z najistotniejszych problemów współczesnej ochrony zdrowia i dlatego powinien się znaleźć w naukowych analizach, by móc być zastosowanym w praktyce, przede wszystkim z myślą o samych pacjentach. Należy też wskazać, iż doskonałą bazą wiedzy dla „Map dostępności do świadczeń medycznych” powinny być dane uzyskiwane bezpośrednio od pacjentów, co w wielu przypadkach może być najprostszym i najtańszym narzędziem identyfikacji dostępności do świadczeń, a zarazem potrzeb zdrowotnych lokalnych środowisk. „Mapy dostępności do świadczeń zdrowotnych”, aby właściwie określić braki i potrzeby dostępu do świadczeń, powinny być tworzone wspólnie z interesariuszami systemu, a zwłaszcza z pacjentami. Wiedzę o braku dostępu do określonych świadczeń medycznych, szczególnie tych deficytowych, mają sami pacjenci, stowarzyszenia lub organizacje pacjentów lub osób niepełnosprawnych. Poniżej przedstawiono wstępną mini „Mapę dostępności do świadczeń medycznych” opartą na analizie list oczekujących, publikowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dotyczącą świadczeniodawców posiadających kontrakt z płatnikiem. Mapa, jako wstępna analiza, będzie dotyczyć oceny dostępności do świadczeń medycznych w zakresie podstawowych specjalności medycznych, a nie procedur medycznych. Przedstawiona w niniejszym artykule propozycja ma stanowić prezentację wstępnych założeń oraz wskazać dalsze pola badawcze w zakresie przedstawionej problematyki. By jednak przejść do przedstawienia minimapy, dokonajmy wstępnej analizy personelu lekarskiego w Polsce. Jeśli chodzi o lekarzy specjalistów, w porównaniu do krajów OECD, w roku 2012 na 1000 mieszkańców w Polsce przypadało 2,2 lekarzy, a więc jest to jeden z najniższych wyników.

Z zaprezentowanych w tabeli 2 danych wynika, iż w Polsce najwięcej jest specjalistów chorób wewnętrznych, chirurgii i medycyny rodzinnej, pediatrii i ginekologii i położnictwa. Jednocześnie w okresie 2002–2015 można zaobserwować spadek liczby lekarzy wśród wymienionych specjalności, oprócz lekarzy rodzinnych, wśród których obserwowane jest zwiększenie liczby specjalistów w tej dziedzinie. Największy spadek specjalistów widoczny jest wśród lekarzy z zakresu organizacji zdrowia, medycyny ogólnej, pediatrii, ginekologii i położnictwa oraz otolaryngologii.

Tabela 2

Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia

Lekarze specjaliści	2002 r.	2015 r.	Zmiana	
			liczba osób	%
Ogółem	62 531	58 545	-3 986	-6,80
Anestezjologii i intensywnej terapii	3 865	4 007	142	3,54
Radiologii	2 719	2 526	-193	-7,64
Organizacji ochrony zdrowia	224	56	-168	-300,00
Chorób wewnętrznych	12 036	9 191	-2 845	-30,95
Pediatrii	7 837	5 601	-2 236	-39,92
Chorób płuc	1 658	1 449	-209	-14,42
Chorób zakaźnych	673	589	-84	-14,26
Psychiatrii	2 436	2 740	304	11,09
Dermatologii i wenerologii	1 564	1 183	-381	-32,20
Neurologii	2 795	2 629	-166	-6,31
Chirurgii	9 272	8 191	-1 081	-13,19
Położnictwa i ginekologii	5 903	4 402	-1 501	-34,09
Otolaryngologii i otorynolaryngologii	2 294	1 711	-583	-34,07
Okulistyki	2 546	2 470	-76	-3,07
Urologii	851	886	35	3,95
Kardiologii	1 031	2 624	1 593	60,70
Onkologii	70	661	591	89,40
Medycyny ogólnej	1 172	605	-567	-93,71
Medycyny rodzinnej	3 569	6 598	3 029	45,90
Medycyny ratunkowej	16	426	410	96,24

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny...

W odniesieniu do przedstawionych w tabeli 2 specjalności lekarskich dokona się analizy list oczekujących publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych w poszczególnych województwach. W ten sposób stworzy się wstępny zarys minimapy dostępności do świadczeń medycznych w Polsce. Należy zaznaczyć, iż poniższa praca ma charakter teoretyczny, a nie empiryczny, i stanowi jedynie wstępne przedstawienie głównych założeń i kierunków dalszych prac, w których powinien zmierzać pomiar dostępności dla pacjentów do opieki zdrowotnej. „Mapa dostępności do świadczeń medycznych” ma stanowić uzupełnienie „Map potrzeb zdrowotnych”, które

nie uwzględniają potrzeb zdrowotnych pacjentów. „Mapy potrzeb zdrowotnych”, tworzone w oparciu o dane epidemiologiczne, stanowią modele opisujące chorobowość oraz modele prognostyczne mające pomóc w optymalizacji kontraktowania usług medycznych oraz planowania inwestycyjnego. W świetle przytoczonego powyżej raportu WHO należy jednak zadać sobie pytanie, czy można dobrze zaplanować opiekę zdrowotną wyłącznie na podstawie modelowania i prognozowania chorobowości, pomijając posiadaną i łatwo dostępną wiedzę na temat obecnie istniejących kolejek i utrudnień w dostępie do świadczeń? W „Mapach potrzeb zdrowotnych” brak jest informacji o tym, jak długo trzeba czekać do lekarzy specjalistów czy na przyjęcie do szpitala. Potrzeby zdrowotne nie są w tych dokumentach identyfikowane, tylko prognozowane, a to właśnie powinno znaleźć się w „Mapie dostępności do świadczeń medycznych”.

W oparciu o analizę danych w zakresie przedstawionym i opisanym powyżej, ustalono, że w województwie zachodniopomorskim brak jest oddziału chorób płuc, w podkarpackim i śląskim występuje brak dostępności do oddziału chorób zakaźnych, natomiast w województwie opolskim – do oddziału onkologicznego. Widać również, że dużym problemem jest dostęp do oddziałów otolaryngologicznych, chirurgicznych i okulistycznych. Jednym z elementów utrudnionej dostępności do świadczeń, np. otolaryngologicznych, może być spadek liczby specjalistów z tej dziedziny, przy czym, aby możliwa była ocena wpływu tej zależności na dostępność do świadczeń, należałoby jeszcze przeanalizować dostępność lekarzy danych specjalności w poszczególnych województwach, a to wymaga przeprowadzenia dokładniejszych badań empirycznych. W przypadku leczenia ambulatoryjnego problem z dostępnością dotyczy przede wszystkim poradni chorób płuc, chorób zakaźnych, poradni zdrowia psychicznego, poradni neurologicznej oraz okulistycznej i urologicznej.

Otrzymane powyżej wyniki w zakresie dostępności do świadczeń medycznych należy zestawić z mapą potrzeb zdrowotnych, co pozwoli na pozyskanie pełnego obrazu potrzeb i braków w ochronie zdrowia.

Uwagi końcowe

Kwestie sprawiedliwego rozdziału i dostępu do świadczeń medycznych potęgują uwarunkowania ekonomiczne. Szybki wzrost nakładów na opiekę zdrowotną jest w pewnym sensie pochodną faktu, iż ochrona zdrowia jest obszarem niepodlegającym regułom gry rynkowej. Pozwala to zachować nadzieję na sprawiedliwy dostęp wszystkich ludzi do oferowanych usług. Tymczasem nadzieje na sprawiedliwość ciągle maleją z uwagi na stale rosnącą kapitałochłonność sektora medycznego. Sprawiedliwość w medycynie nie jest więc tym samym, czym np. w ekonomii. W rezultacie istnieje powszechny dysonans pomiędzy gotowością obywateli do ponoszenia kosztów usług medycznych w skali ogólnej a oczekiwaniem jak najwyższej jakości świadczonych usług.

Racjonowanie świadczeń medycznych jest więc faktem, z którym każde państwo i społeczeństwo musi się zmierzyć. Przedstawione w niniejszej pracy subsydiarne narzędzie pomiaru pod nazwą „Mapy dostępności do świadczeń medycznych”, stanowiące uzupełnienie „Map potrzeb zdrowotnych” jest propozycją, która z punktu widzenia naukowego i praktycznego stanowi optymalne rozwiązanie dla współczesnych wyzwań i problemów ekonomii i zdrowia publicznego.

Literatura

- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53. Wyd. polskie: Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu (1979). W: K.J. Arrow, *Eseje z teorii ryzyka*. Warszawa: PWN.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia (2002–2016). Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce. Pobrane z: <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=107&wid=12&wai=&year=&back=%2F> (7.10.2016).
- Culyer, A.J. (1995). Editorial: Need: The idea won't do – but we still need it. *Social Science and Medicine*, 40 (6).
- EUR-Lex. Baza aktów prawnych Unii Europejskiej. Pobrane z: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=pl> (6.10.2016).
- Levesque, J.F., Harris, M.F., Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12 (18). Pobrane z: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18> (5.10.2016).
- McGuire, T. (2000). Physician agency. W: A.J. Culyer, J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics*. Vol. 1A. Amsterdam: Elsevier.
- Meyer, S.B., Luon, T.C.N., Mamerow, L., Ward, P.R. (2013). Inequities in access to healthcare: Analysis of national survey data across six Asia-Pacific countries. *BMC Health Services Research*, 13 (238). Pobrane z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/238> (5.10.2016).
- NFZ. Pobrane z: <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/skargi-i-wnioski> (4.10.2016).
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015*. Pobrane z: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.
- Pyka, R. (2008). *Globalizacja – sprawiedliwość społeczna, efektywność ekonomiczna. Francuskie dylematy*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Research for Universal Health Coverage* (2013). The World Health Report 2013.
- Rój, J., Sobiech, J. (2006). *Zarządzanie finansami szpitala*. Warszawa: Wolters Kluwer, Dom Wydawniczy ABC.
- Williams, A. (1994). Economics, Society and Health Care Ethics. W: R. Gillon (red.), *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: John Wiley & Sons.

PATIENT SAFETY AND ACCESSIBILITY TO HEALTH SERVICES

Abstract: Public health care system treats as a primary universal, equal and offered without undue delay access to benefits. Due to the numerous technical constraints, financial, or human resources, not all services can be offered with or without restrictions, and in the same dimension in diversified in terms of the size of dwelling places. The functioning of the health care system in the availability of medical services has been the subject of numerous research projects and publications, but those involved in the majority of local research, focusing on verification in practice made system solutions. There were conducted so far work on the diversification of the regional availability of medical services in the Polish population, taking into account the division of the country into territorial units of different population, i.e. in rural communities, small towns, urban and metropolitan. Also, they do not include data from private clinics and surgeries. Proposed in this article

measuring tool called “Maps of access to medical services” constitute a subsidy measure for “Map health needs”. The paper presents only preliminary, theoretical idea the tool that requires further refinement and accurate empirical research. The study focuses its attention on proving the thesis that “Map access to medical services” is an essential tool used for optimal rationing of medical services in Poland.

Keywords: medical service, rationing of medical services, the availability of medical services

Cytowanie

Kanownik, G. (2017). Bezpieczeństwo pacjenta a dostępność do usług zdrowotnych. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 1 (85), 621–632. DOI: 10.18276/frfu.2017.1.85-49.