

Maryla Nowicka

**Prawo do
Ochrony zdrowia**
Raport z monitoringu

Helsińska Fundacja Praw Człowieka
Warszawa 2002

Monitoring sponsorowany przez:
Fundacja Forda, New York
Open Society Institute, Budapest

**Tłumaczeniu spisu treści i streszczenia
na język angielski i język rosyjski:**
Natalia Kuznienko

Redakcja:
Maciej Nowicki

Helsińska Fundacja Praw Człowieka

ISBN 83-87300-56-X

Wydanie I
Nakład 500 egz.
Nadhi, Warszawa 2002

Spis treści

Wstęp	5
Wprowadzenie	6
1. Obszar badań	6
2. Cele	8
3. Problemy badawcze	8
4. Organizacja monitoringu	9
5. Techniki i narzędzia badawcze	9
6. Opis próby	10
7. Harmonogram i ramy czasowe monitoringu	12
I. Dostępność podstawowej opieki zdrowotnej	13
1.1. Osiągalność świadczeń medycznych podstawowej opieki zdrowotnej	13
1.1.1. Liczba pacjentów zarejestrowanych do jednego lekarza	13
1.1.2. Organizacja pracy lekarzy	15
1.1.3. Dostęp do badań analitycznych i aparaturowych	16
1.1.4. Dostęp do leków	19
1.2. Dogodność korzystania ze świadczeń POZ	20
1.2.1. Możliwość i kryteria swobody wyboru lekarza	20
1.2.2. Organizacja przyjęć	22
1.2.3. Czas trwania wizyty lekarskiej	23
1.2.4. Warunki lokalowe udzielania świadczeń	24
1.3. Ocena ogólna zadowolenia pacjentów z opieki lekarzy POZ	25
1.4. Dostępność podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie lekarzy	25
1.5. Wnioski dotyczące dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej	26
II. Współpraca POZ ze specjalistami i szpitalami	28
2.1. Współpraca ze specjalistami	28
2.1.1. Dostęp do specjalistów	28
2.1.2. Czas oczekiwania na wizytę	29
2.1.3. Użyteczność konsultacji specjalistycznych w ocenie lekarzy POZ	30
2.1.4. Możliwość koordynacji leczenia podstawowego i specjalistycznego .	31
2.1.5. Korzystanie z płatnych usług medycznych	32
2.2. Współpraca ze szpitalami	33
2.3. Wnioski dotyczące współpracy ze specjalistami i szpitalami	35
III. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i ich pacjenci	37
3.1. Struktura grupy lekarzy uczestniczących w badaniach	37
3.1.1. Obciążenie pracą	39
3.1.2. Możliwość kształcenia podyplomowego lekarzy	41
3.1.3. Ocena przez lekarzy własnej sytuacji zawodowej	41
3.1.4. Świadczeniobiorcy lekarzy POZ – pacjenci	42
3.2. Opinie lekarzy i kadry kierowniczej POZ o swojej pracy	43
3.2.1. Czynniki utrudniające pracę lekarzy i kadry kierowniczej POZ	43
3.2.2. Czynniki ułatwiające pracę lekarzom i kadry kierowniczej POZ	44
3.3. Wnioski dotyczące sytuacji zawodowej lekarzy POZ	45
IV. Podsumowanie	46
4.1. Dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej	46
4.2. Lekarze POZ i ich pacjenci	47
Streszczenie	49
Załączniki	56
Załącznik nr 1. – Wykaz osób, które przeprowadzały badania	56

Załącznik nr 2. – Lista badanych placówek	57
Załącznik nr 3.1. – Ankieta „Dane z rejestracji”	62
Załącznik nr 3.2. – Ankieta „Rozmowa z kierownikiem placówki”	64
Załącznik nr 3.3. – Ankieta „Rozmowa z lekarzami POZ”	68
Załącznik nr 3.4. – Ankieta „Rozmowa z pacjentami”	75
Załącznik nr 4. – Przepisy obowiązujących aktów prawnych	78

Składam serdeczne podziękowania wszystkim osobom, bez pomocy których, przeprowadzenie badań oraz opracowanie raportu nie byłoby możliwe.

Lekarzom, kierownikom, pracownikom rejestracji oraz pacjentom, którzy zechcieli poświęcić swój czas i udzielili nam wielu cennych informacji.

Dziękuję osobom które zrealizowały badania, Absolwentom Szkoły Praw Człowieka Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Danucie Przywarze, Wiceprezesowi Zarządu HFPC, Markowi Nowickiemu, Prezesowi Zarządu HFPC oraz Panu doktorowi Jarosławowi Pinkasowi, Wiceprezesowi Kolegium Lekarzy Rodzinnych za cenne uwagi i pomoc przy opracowywaniu raportu.

Łukaszowi Kraszyńskiemu za pomoc techniczną i organizacyjną w przygotowaniu, realizacji i opracowaniu wyników niniejszych badań.

Maryla Nowicka

WSTĘP

Prezentowane w tym Raporcie badania były przeprowadzone w IV kwartale 2001 r., a zrealizowane i opracowane w pierwszym półroczu 2002 r.

W momencie składania niniejszego Raportu do druku (2 grudnia 2002) toczy się żywa dyskusja medialna i parlamentarna nad zmianami organizacyjnymi i finansowymi służby zdrowia finansowanej ze środków publicznych.

Wczoraj (30-go listopada 2002) Sejm zwiększył obowiązkową składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne o 0,25% tj. do 8% dochodów brutto. Wskutek tego do systemu opieki zdrowotnej wpłynęły dodatkowe ok. 870 mil. zł. rocznie (ok. 3% dotychczasowych wpływów). Jest to zasilenie istotne, ale z pewnością nie rozwiąże ono finansowych problemów służby zdrowia.

W Sejmie trwają prace nad rządowym projektem Ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Przyjęcie i wdrożenie tej ustawy mogło by zniwelować niektóre różnicowania w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej opisywane w Raporcie poprzez centralizację decyzji i ujednoczenie zasad kontraktowania i finansowania usług medycznych.

Nie wiemy jednak, czy tak się stanie ponieważ projekt rządowy nie określa zasad podziału środków wpływających do Narodowego Funduszu Zdrowia pomiędzy jego oddziały regionalne. Zasady takie będą zapewne opracowane na podstawie „wojewódzkich planów zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych” tworzonych na szczeblu województw. Wytyczne do opracowywania tych planów będą ogłoszone w drodze rozporządzenia przez Ministra Zdrowia.

Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia ma corocznie opracowywać Krajowy Plan Zabezpieczenia Potrzeb Zdrowotnych na podstawie planów wojewódzkich. Plan ten oczywiście musi się mieścić w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.

Ewentualne wprowadzenie omawianej ustawy nie może mieć wpływu na podnoszone w Raporcie przyczyny nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych spowodowane koniecznością korzystania w poszczególnych miastach z publicznych lub niepublicznych placówek służby zdrowia.

WPROWADZENIE

1. Obszar badań

Helsińska Fundacja Praw Człowieka (dalej: HFPC) od początku swojego istnienia /1990 r./ prowadzi działania służące respektowaniu w Polsce zasad demokratycznego państwa prawa i przestrzeganiu praw człowieka. Należą do nich różne formy działań edukacyjnych, działania prawne w interesie publicznym, działalność wydawnicza i szereg innych aktywności.

Od 1992 prowadzimy szczególny rodzaj aktywności, który nazywamy monitoringiem. Polega on na badaniu przestrzegania praw człowieka przez określone instytucje (np. szkoły, więzienia, szpitale, placówki opiekuńczo-wychowawcze), praw członków określonych grup (np. dzieci, pacjentów, mniejszości religijnych), czy też poziomu przestrzegania wybranego prawa (np. prawa do ubiegania się o status uchodźcy w RP).

Od początku swej działalności HFPC jest zainteresowana problematyką służby zdrowia:

- analizujemy wpływające do nas skargi od osób uważających się za pokrzywdzone przez służbę zdrowia,
- zorganizowaliśmy kilka seminariów na temat bioetyki,
- prawo do ochrony zdrowia było też jednym z problemów badawczych w monitoringach praw dzieci, praw więźniów, praw pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

Doświadczenie z wcześniej prowadzonych monitoringów uczy, że są one skutecznym sposobem inicjowania dyskusji wokół ważnych problemów społecznych i bodźcem do wprowadzania pożądaných zmian.

Tocząca się od wielu lat w Polsce dyskusja nad systemem opieki zdrowotnej nie doprowadziła jak dotąd do jasnego określenia, co państwo gwarantuje obywatelom w zakresie ochrony zdrowia. Jest to decyzja polityczna, polegająca w zasadzie na wyborze jednego z dwóch możliwych wariantów.

Pierwszy, to model zachodnioeuropejski, gdzie pewien ogólnie akceptowany standard świadczeń jest gwarantowany dla wszystkich obywateli. Świadczenia powyżej tego standardu są zaspokajane przez potrzebujących indywidualnie (najczęściej w ramach dodatkowych wobec państwowego systemu ubezpieczeń). Druga możliwość, to wzorowanie się na modelu amerykańskim, gdzie leczenie nie jest powszechnym dobrem, rozdzielanym według potrzeb, lecz jest to raczej towar, do którego dostęp reguluje prawo podaży i popytu. Przy takim rozwiązaniu rola państwa ogranicza się do świadczenia usług dla najbiedniejszych i tworzenia mechanizmów regulujących funkcjonowanie rynku usług zdrowotnych i ubezpieczeniowych.

Obecny polski system ochrony zdrowia bliższy jest modelowi zachodnioeuropejskiemu (Holandia, Niemcy).

Konstytucyjnym obowiązkiem władzy publicznej jest zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 Konstytucji RP)*

Wiążące Polskę i stanowiące część krajowego porządku prawnego umowy międzynarodowe zaostrzają jeszcze obowiązki państwa w tym zakresie.

Wiążący Polskę od 1977 r. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych w art. 12 pkt 1 uznaje prawo każdego człowieka do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

Europejska Karta Społeczna (przyjęta przez Polskę w 1997 r.), w myśl zasady 11. nakłada na państwo obowiązek zapewnienia skutecznej realizacji prawa do korzystania

* Powoływane w tym raporcie przepisy aktów prawnych zamieszczone są w załączniku nr 4.

z wszelkich środków umożliwiających każdemu człowiekowi posiadanie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia.

Również ustawy regulujące funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce – ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i ustawa o zawodzie lekarza – potwierdzają prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń medycznych o możliwie najwyższym standardzie.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. wprowadziła możliwość wykonywania zadań publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez podmioty niepubliczne.

Art. 8 tej ustawy stanowi, że:

placówki publiczne to takie placówki, których organem założycielskim jest:

- minister lub centralny organ administracji rządowej,
- przedsiębiorstwo państwowe PKP,
- wojewoda,
- jednostka samorządu terytorialnego,
- państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;

placówki niepubliczne zaś to takie, których organem założycielskim jest:

- kościół lub związek wyznaniowy,
- pracodawca,
- fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
- inne krajowe lub zagraniczne osoby prawne lub fizyczne,
- spółka nieposiadająca osobowości prawnej.

W odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) organem założycielskim placówek publicznych jest jednostka samorządu terytorialnego szczebla gminy lub powiatu, a placówki niepubliczne to najczęściej indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, działające w formie spółek cywilnych lub spółek z o.o.

Dostępność świadczeń medycznych w publicznych i niepublicznych placówkach służby zdrowia może być zróżnicowana ze względu na uwarunkowania techniczne, finansowe i organizacyjne.

W 1999 roku na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym dysponentem środków publicznych na ochronę zdrowia zostały Kasy Chorych, które zawierają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zarówno z publicznymi, jak i niepublicznymi świadczeniodawcami.

Samodzielna polityka w zakresie ochrony zdrowia 17 samorządowych Kas Chorych może powodować lokalne zróżnicowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Problem ten podnosił Rzecznik Praw Obywatelskich w sprawozdaniach składanych Sejmowi w 2000 i 2001 roku.

W ramach wprowadzanej reformy jedną ze znaczących zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce miało być przeniesienie ciężaru części opieki zdrowotnej z drogiej opieki szpitalnej i specjalistycznej na podstawową opiekę zdrowotną, wykonywaną głównie przez lekarza rodzinnego (medycyna ogólna).

Ministerstwo Zdrowia za cele przekształceń w podstawowej opiece zdrowotnej uznało:

- zapewnienie ogółowi pacjentów kompleksowej, fachowej opieki w ciągu całej doby,
- zapewnienie prowadzenia i koordynacji procesu diagnostyki i leczenia przez jednego lekarza, z ułatwieniem dostępu do konsultacji, badań i zabiegów specjalistycznych,
- zapewnienie pacjentom możliwości swobodnego wyboru lekarza,
- stworzenie możliwości poszerzenia zakresu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez unowocześnienie wyposażenia i poprawę warunków pracy,

- podniesienie prestiżu zawodowego personelu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym poprawę jego uposażenia.

Ze względu na rolę POZ w systemie ochrony zdrowia oraz powszechność potrzeby korzystania z lecznictwa podstawowego, zdecydowaliśmy się na zbadanie dostępu do tych świadczeń. Nasza analiza będzie oparta na porównaniu dostępności do POZ pomiędzy świadczeniodawcami publicznymi i niepublicznymi w różnych Kasach Chorych.

2. Cele

Celem tego monitoringu jest przyczynienie się do zapewnienia w Polsce równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

W naszych badaniach zawężamy obszar zainteresowań do dostępności podstawowej opieki zdrowotnej dla osób dorosłych.

3. Problemy badawcze

Określenie problemów badawczych wynika z przyjętego celu monitoringu.

Przyjmując, że dostęp do ochrony zdrowia uwarunkowany jest istnieniem odpowiedniej sieci placówek świadczących usługi zdrowotne, kwalifikacjami lekarzy, organizacją służby zdrowia i dobrą współpracą jej poszczególnych ogniw, problemy badawcze określiliśmy następująco:

1) Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej.

1.1. Osiągalność świadczeń medycznych, którą wyznacza:

- liczba pacjentów którymi opiekuje się jeden lekarz,
- sposób finansowania świadczeń,
- organizacja pracy lekarzy,
- dostęp do badań diagnostycznych,
- dostęp do leków.

1.2. Dogodność korzystania ze świadczeń POZ.

Przyjęliśmy, że na dogodność korzystania z opieki medycznej mają wpływ:

- możliwość swobodnego wyboru lekarza,
- organizacja przyjęć (tryb zapisywania się, czas potrzebny na dotarcie do lekarza),
- czas poświęcony przez lekarza na badania jednego pacjenta,
- warunki lokalowe udzielania świadczeń.

2) Współpraca lecznictwa podstawowego ze specjalistami i szpitalami.

W tym obszarze interesowaliśmy się:

- dostępnością konsultacji specjalistycznych,
 - możliwością koordynacji leczenia podstawowego i specjalistycznego,
- dostępnością lecznictwa zamkniętego.

3) Sytuacja zawodowa lekarzy POZ, w tym m.in.:

- posiadana specjalizacja,
- staż pracy w POZ,
- obciążenie pracą,
 - możliwość doskonalenia zawodowego,
 - pacjenci, z którymi pracują,
- czynniki ułatwiające i utrudniające ich pracę oraz pracę kadry kierowniczej POZ.

Wszystkie wyżej wymienione problemy analizowaliśmy pod kątem ewentualnych różnic pomiędzy zakładami publicznymi i niepublicznymi. Poszukiwaliśmy również ewentualnych różnic pomiędzy placówkami działającymi w różnych Kasach Chorych.

4. Organizacja monitoringu

Po podjęciu decyzji, że chcemy przeprowadzić monitoring prawa do ochrony zdrowia, zorganizowaliśmy spotkanie konsultacyjne z Absolwentami Szkoły Praw Człowieka*, którzy są lekarzami. Spotkanie odbyło się w lipcu 2001 roku i wzięło w nim udział 12 osób. W jego efekcie uściśliliśmy zakres planowanych badań i określiliśmy główne problemy badawcze.

O planowanym monitoringu poinformowaliśmy Ministra Zdrowia.

Badania pilotażowe zostały zrealizowane w październiku i listopadzie 2001 roku. Badania te przeprowadziło 12 osób, które później uczestniczyły w badaniach właściwych.

W styczniu 2002 roku przeprowadzone zostało szkolenie z realizatorami badań. W trakcie szkolenia realizatorzy otrzymali narzędzia badawcze, wypisy podstawowych aktów prawnych i imienne upoważnienia do przeprowadzenia badań. Badania właściwe przeprowadzono w lutym i marcu 2002 r.

Badania odbywały się w zasadzie bez trudności, chociaż poziom życzliwości, z jakim spotykali się badający, był zróżnicowany. W kilku przypadkach kierownicy placówek nie wyrazili zgody na realizację badań lub wielokrotnie zmieniali uzgodnione wcześniej terminy. Jedyną trudnością realizatorów badań były odmowy udostępniania im statutów badanych placówek i umów zawartych z Kasami Chorych. Pomimo zapisu w art. 53a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym: „...finanse Kas Chorych są jawne” i wejścia w życie ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 (Dz.U. 2001.112.11.98), kierownicy placówek albo odmawiali wprost powołując się na tajemnicę handlową, albo podawali przeszkody techniczne typu „zginął klucz od biura”. W związku z tym zrezygnowano z analizy statutów i umów świadczeniodawców z Kasami Chorych.

Żadnych trudności natomiast nie sprawiało uzyskanie zgody lekarzy na przeprowadzenie z nimi rozmowy. Często jednak rozmowy te przeprowadzane były prowadzone w pośpiechu ze względu na kolejkę pacjentów oczekujących przed gabinetem.

Uzyskanie zgody pacjentów na rozmowę wymagało pozyskania ich zaufania, co nie stwarzało realizatorom badań trudności.

Badania zostały wykonane przez 26 osób rekrutujących się wyłącznie spośród absolwentów Szkoły Praw Człowieka, którzy posiadali już doświadczenie w przeprowadzaniu badań monitoringowych.

5. Techniki i narzędzia badawcze

Zbieraliśmy dane obiektywne (twarde), jak na przykład:

- liczba pacjentów zapisanych w danej placówce,
- specjalizacje, jakie posiadają lekarze przyjmujący w POZ,
- czas oczekiwania na wizytę u specjalisty,
- wyposażenie i stan techniczny pomieszczeń.

Posługiwaliśmy się tu dokumentacją placówek i obserwacjami badającego, jak również dzwoniłymi do przychodni specjalistycznych w sprawie wyznaczenia terminu wizyty.

Zbieraliśmy też dane subiektywne – opinie i oceny kierowników przychodni, lekarzy i pacjentów. Dane te mimo swej subiektywności niosą szereg istotnych informacji o poczuciu bezpieczeństwa pacjentów w zakresie dostępności świadczeń medycznych, jak i możliwości udzielania tych świadczeń przez lekarzy (technicznych, finansowych i organizacyjnych).

W badaniach posługiwaliśmy się*:

- kwestionariusz nr 1 – „Dane z rejestracji”,
- kwestionariusz nr 2 – „Rozmowa z kierownikiem”,

* Szkoła Praw Człowieka to półroczne, podyplomowe kursy kończące się egzaminami, prowadzone przez HFPC od 1991 r.

* Patrz załączniki nr 3.1, 3.2, 3.3, 3.4.

- kwestionariusz nr 3 – „Rozmowa z lekarzami”,
- kwestionariusz nr 4 – „Rozmowa z pacjentami”.

6. Opis próby

Badania pilotażowe

Badania pilotażowe zrealizowano w 12 placówkach POZ (3 publiczne, 9 niepublicznych) zlokalizowanych w 6 miastach powiatowych na terenie działania Łódzkiej, Mazowieckiej i Podlaskiej Regionalnej Kasy Chorych.

Badania właściwe

Badania przeprowadziliśmy na terenie działania 7 spośród 17 Kas Chorych. Wybraliśmy 2 małe, 3 średnie i 2 duże Kasy.

Kasy „małe” to takie, na których terenie działania zamieszkuje do 3,5 proc. ludności kraju. Do badań wybraliśmy Opolską i Podlaską Kasę Chorych.

Kasę „średnie” – działają na terenie województw, gdzie zamieszkuje ok. 4,5-7,5 proc. ludności kraju. Do naszych badań wybraliśmy Łódzką, Podkarpacką i Pomorską Kasę Chorych.

Kasy „duże” – obejmują swoim działaniem województwa zamieszkiwane przez 8,5-13 proc. ludności kraju. Do badań wybraliśmy Mazowiecką i Śląską Kasę Chorych.

W wybranych Kasach Chorych analizowaliśmy proporcje liczby placówek publicznych i niepublicznych oraz proporcje liczby objętych ich opieką pacjentów. Zebrane dane ilustruje poniższa tabela.

TAB. 1.

Regionalna Kasa Chorych	POZ	Publiczne		Niepubliczne	
		Proc. placówek	Proc. pacjentów	Proc. placówek	Proc. pacjentów
Opolska	167	14	26	86	74
Podlaska	202	6	38	94	62
Podkarpacka	233	24	52	76	48
Pomorska	413	22	22	78	78
Łódzka*	391	24	68	76	32
Śląska	618	21	39	79	61
Mazowiecka	406	43	51	57	49
Średnio		22	42	78	58

* Dane dotyczące ilości pacjentów objętych opieką przez placówki Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych są niepełne.

Jak wynika z powyższej tabeli, placówki publiczne to z reguły duże jednostki organizacyjne. Placówki publiczne, stanowiące 22 proc. ogółu placówek POZ, opiekują się przeszło 40 proc. pacjentów. Placówki niepubliczne – liczniejsze (78 proc.), ale mniejsze – mają zarejestrowanych w opiece 58 proc. pacjentów.

Przyjmujemy, że procent pacjentów objętych opieką placówek niepublicznych jest wskaźnikiem prywatyzacji POZ. Zgodnie z tym kryterium wyróżniamy Regionalne Kasy Chorych o wysokim, średnim i niskim poziomie prywatyzacji POZ.

Pomorska i Opolska Regionalna Kasa Chorych to Kasy o wysokim wskaźniku prywatyzacji, Podlaska i Śląska to Kasy o średnim wskaźniku prywatyzacji, a Mazowiecka, Podkarpacka i Łódzka to Kasy o stosunkowo niskim wskaźniku prywatyzacji POZ.

Na terenie każdej z wybranych do badań Kas Chorych wylosowaliśmy 5 miast powiatowych, a w wylosowanych miastach po 4 placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

W efekcie przeprowadziliśmy badania na terenie 39 miast powiatowych (w kilku miastach były mniej niż 4 placówki POZ, stąd większa od planowanej liczba miast).

Badaną próbę ilustrują poniższe tabele.

TAB. 2
Badane placówki

Regionalne Kasy Chorych	Placówki		
	Ogółem	Publiczne	Niepubliczne
Łódzka	21	4	17
Mazowiecka	16	7	9
Opolska	20	2	18
Podkarpacka	19	6	13
Podlaska	14	4	10
Pomorska	15	4	11
Śląska	16	3	13
Ogółem	121	30	91

TAB. 3
Badani lekarze

Regionalne Kasy Chorych	Placówki		
	Ogółem	Publiczne	Niepubliczne
Łódzka	54	11	43
Mazowiecka	39	16	23
Opolska	46	5	41
Podkarpacka	47	18	29
Podlaska	33	10	23
Pomorska	44	12	32
Śląska	44	6	38
Ogółem	307	78	229

TAB. 4
Badani pacjenci

Regionalne Kasy Chorych	Placówki		
	Ogółem	Publiczne	Niepubliczne
Łódzka	164	33	131
Mazowiecka	118	48	70
Opolska	124	12	112
Podkarpacka	133	42	91
Podlaska	97	28	69
Pomorska	112	32	80
Śląska	105	17	88
Ogółem	853	212	641

Badaniami objęliśmy 121 placówek POZ, w tym 29 publicznych i 92 niepubliczne, co stanowi około 5 proc. placówek w badanych województwach. Rozmawialiśmy ze 116 kierownikami tych placówek (w pięciu przypadkach nie przeprowadzono rozmów z kierownikami). W badaniach uczestniczyło 307 lekarzy i 853 pacjentów. Zebraliśmy też dane ilościowe gromadzone w rejestrach badanych placówek.

7. Harmonogram i ramy czasowe monitoringu

Opracowanie koncepcji badań i określenie problemów badawczych	sierpień 2001 r.
Opracowanie pierwszej wersji narzędzi badawczych	wrzesień 2001 r.
Przeprowadzenie badań pilotażowych	październik – listopad 2001 r.
Analiza wyników badań pilotażowych i modyfikacja narzędzi badawczych	grudzień 2001 r.
Przeszkolenie realizatorów badań monitoringowych i przygotowanie organizacyjne	styczeń 2002 r.
Przeprowadzenie badań właściwych w wybranych placówkach POZ	luty – marzec 2002 r.
Opracowanie ilościowe i jakościowe wyników badań	kwiecień 2002 r.
Opracowanie raportu z monitoringu	maj – czerwiec 2002 r.

I. DOSTĘPNOŚĆ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Pod pojęciem dostępności* najczęściej rozumie się zarówno:

- osiągalność świadczenia, jak i
- dogodność (łatwość) korzystania z niego.

Osiągalność zależy przede wszystkim od istnienia danej usługi oraz zasad jej reglamentowania.

Ocena dogodności zależy zaś od występowania trudności, jakie powstają przy korzystaniu ze świadczeń medycznych. Dogodność wyznaczana jest przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek, koszty, jakie ponosi pacjent pragnący uzyskać świadczenie.

W rozdziale tym omówimy kolejno wyniki naszych badań dotyczące osiągalności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i dogodności korzystania z nich.

1.1. Osiągalność świadczeń medycznych podstawowej opieki zdrowotnej

W badaniach przyjęliśmy następujące wskaźniki osiągalności świadczeń POZ dla pacjentów: liczba pacjentów, którymi opiekuje się jeden lekarz, organizacja pracy lekarzy, dostęp do badań diagnostycznych i możliwość zakupu leków.

1.1.1. Liczba pacjentów zarejestrowanych do jednego lekarza

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnego opieki zdrowotnej, ustala normę, w myśl której na jednego lekarza POZ powinno przypadać 2,500 – 3,000 (\pm 10 proc.) zarejestrowanych pacjentów. W badanej próbie norma ta była spełniona w przypadku 95 proc. lekarzy.

Liczba zarejestrowanych w opiece pacjentów jest bardzo istotna, ponieważ stanowi podstawę wszystkich rozliczeń finansowych pomiędzy świadczeniodawcami a Kasami Chorych.

Sposób finansowania POZ związany jest z liczbą zarejestrowanych w danej placówce pacjentów. Każda Kasa Chorych uznała tzw. stawkę bazową, czyli kwotę, którą płaci placówka za każdego zarejestrowanego w niej pacjenta. Stawka ta może być zwiększana lub zmniejszana w zależności od grup wiekowych i kategorii podopiecznych (np. pensjonariusze domów pomocy społecznej lub placówek opiekuńczo-wychowawczych). Łączna kwota finansowania POZ przez Kasę Chorych związana jest tylko z liczbą i kategorią zarejestrowanych w niej pacjentów. Finansowanie nie wiąże się bezpośrednio z ilością ani jakością udzielanych świadczeń.

Osoby płacące obowiązkowe składki na ubezpieczenie zdrowotne i niekorzystające z usług publicznej służby zdrowia (bo są po prostu młode i zdrowe, albo leczą się w sektorze prywatnym) finansują leczenie klientów publicznej służby zdrowia.

W naszych badaniach pytaliśmy lekarzy jaki procent zarejestrowanych podopiecznych korzysta z ich porad.

* Biuletyn Kas Chorych Nr 8 (38), sierpień 2001 r., str. 14-16.

TAB. 5

Procent zarejestrowanych pacjentów korzystających z opieki POZ – zdaniem lekarzy

Procent leczących się pacjentów	placówki publiczne		placówki niepubliczne		Ogółem	
	liczba lekarzy	Procent	liczba lekarzy	Procent	liczba lekarzy	Procent
do 30 proc	6	6	19	8	25	8
31-50	14	18	42	18	56	18
51-70	21	27	63	28	84	27
71-90	26	33	56	24	82	27
91-100	6	8	11	5	17	6
brak danych	5	6	38	17	43	16
ogółem	78	100	229	100	307	100

Oczywiście sytuacja finansowa tych placówek, w których leczy się np. 50 proc. zarejestrowanych pacjentów, jest dużo lepsza niż tych, gdzie zarejestrowało się wiele osób starszych – wymagających więcej świadczeń lekarskich – i gdzie stanowią oni ponad 80 proc. zarejestrowanych.

Wyższy odsetek leczących się pacjentów deklarowali lekarze zakładów publicznych.

1.1.1.1. Finansowanie zakładów podstawowej opieki zdrowotnej

Jak to zostało powiedziane wyżej, we wszystkich Kasach Chorych zasadą ogólną finansowania jest stawka bazowa (stawka kapitacyjna) mnożona przez liczbę zarejestrowanych pacjentów.

Stawka ta jest zróżnicowana w zależności od dochodów poszczególnych Kas Chorych. W badanych przez nas placówkach wahała się ona od 46 zł do 80 zł rocznie na pacjenta. To zróżnicowanie daje się zrozumieć – takie same, co do dostępności i jakości, świadczenia mogą różnie kosztować w różnych regionach kraju.

Poszczególne Kasy Chorych przyjmują różne przedziały wiekowe pacjentów, dla których stawka bazowa jest podwyższona lub zmniejszona, np.:

- w Opolskiej Kasie Chorych wyróżniono 3 kategorie wiekowe pacjentów:

- 0 – 6 lat
- 7 – 64 lata
- 65 i więcej lat

- w Śląskiej Kasie Chorych obowiązuje 5 kategorii wiekowych:

- 0 – 6 miesięcy
- 6 miesięcy – 8 lat
- 8 – 50 lat
- 50 – 65 lat
- 65 lat i więcej

- Podkarpacka kasa Chorych wyróżnia 6 kategorii wiekowych pacjentów:

- 0 – 6 miesięcy
- 6 miesięcy – 8 lat
- 8 – 50 lat
- 50 – 60 lat
- 60 – 65 lat
- 65 – lat i więcej

Mnożniki dla poszczególnych kategorii wiekowych pacjentów także są różne w różnych Kasach, np.:

- dzieci w wieku 0 – 6 miesięcy:

- w Opolskiej Kasie Chorych mają stawkę bazową

x 1,4

– w Łódzkiej kasie Chorych	x 1,3
– a w Podkarpackiej i Śląskiej Kasie Chorych	x 1,8
• osoby w wieku powyżej 65 lat:	
– w Opolskiej kasie Chorych leczone są za stawkę bazową	x 1,8
– w Śląskiej kasie Chorych leczone są za stawkę bazową	x 1,4
– a w Podkarpackiej Kasie Chorych leczone są za stawkę bazową	x 1,6

Powyższe przykłady pozwalają na stwierdzenie, że mamy tu do czynienia z nieuzasadnionym różnicowaniem dostępu obywateli do korzystania ze środków publicznych ze względu na przynależność do określonej Kasy Chorych.

1.1.2. Organizacja pracy lekarzy

1.1.2.1. Godziny przyjęć

Godziny przyjęć pacjentów w badanych placówkach umożliwiają korzystanie z ambulatoryjnej pomocy lekarskiej w godzinach popołudniowych. 90 proc. placówek pracuje od rana (7⁰⁰, 7³⁰, 8⁰⁰) do godziny 18⁰⁰ lub dłużej (19⁰⁰, 20⁰⁰).

W przypadku nieobecności lekarza związanej z jego szkoleniem, chorobą czy urlopem pacjenci przyjmowani są przez innego lekarza zatrudnionego w danej placówce lub zatrudniają się na ten okres dodatkowych lekarzy w drodze umowy zlecenia.

Rejestracja na ogół rozpoczyna pracę o od pół godziny do godziny wcześniej niż lekarze. Pracuje w systemie dwuzmianowym bez przerwy. Bardzo często – w ok. 30 proc. placówek – w rejestracji pracują wyłącznie pielęgniarki.

Tradycyjna rejestracja – przyjmowanie telefonów i prowadzenie zapisów do lekarzy – nie wymaga zatrudniania kwalifikowanych pielęgniarek. Natomiast recepcja powinna być miejscem, gdzie zatrudnia się profesjonalny personel, który zbiera wstępny wywiad od pacjenta, przygotowuje recepty w przypadku kontynuacji leczenia, wypisuje zwolnienia lekarskie itp.

W badanych przez nas placówkach trudno było wyraźnie rozgraniczyć, czy mamy do czynienia z rejestracją czy z recepcją.

1.1.2.2. Opieka nocna i w dni wolne od pracy

Według kierowników badanych placówek opieka ta najczęściej zlecona jest innym świadczeniodawcom – szpitalom powiatowym lub pogotowiu ratunkowemu.

W badanych placówkach świadczenia całodobowe są dostępne w 25 proc. przychodni publicznych i 31 proc. niepublicznych.

Pacjenci znają numery prywatnych telefonów swoich lekarzy prowadzących zdaniem 11 proc. kierowników placówek publicznych i 20 proc. kierowników placówek niepublicznych.

Możliwość skontaktowania się telefonicznego z lekarzem prowadzącym w dni wolne od pracy deklarowało 4 proc. pacjentów placówek publicznych i 22 proc. niepublicznych. Bardziej wiarygodne dane w tej sprawie uzyskaliśmy chyba od pacjentów.

Zdaniem pacjentów główną formą pomocy lekarskiej w dni wolne od pracy jest pogotowie ratunkowe – 65 proc. badanych pacjentów w razie potrzeby korzysta właśnie z usług pogotowia. W przypadku zachorowania w nocy 72 proc. pacjentów wzywa pogotowie ratunkowe.

Odciążenie pogotowia ratunkowego poprzez przeniesienie obowiązku całodobowych świadczeń lekarskich na podstawową opiekę zdrowotną nie znajduje więc potwierdzenia w praktyce.

1.1.2.3. Wizyty domowe

Kierownicy badanych placówek podali, że wizyty domowe organizowane są według zasady, iż każdy lekarz wizytuje swoich pacjentów (82 proc. kierowników zakładów publicznych i 77 proc. kierowników zakładów niepublicznych).

Drugim, rzadziej stosowanym rozwiązaniem jest jeżdżenie na wizyty domowe poszczególnych lekarzy według ustalonej kolejności (grafiku).

Pacjenci zamawiają wizyty domowe telefonicznie lub osobiście. Wizyty domowe realizowane są w dniu zgłoszenia lub w dniu następnym. Pacjenci nie zgłaszali trudności z uzyskaniem wizyty domowej.

Równocześnie 37 proc. badanych pacjentów zakładów publicznych i 28 proc. zakładów niepublicznych podało, że nie korzystało z wizyt domowych i nie wie, jak to się załatwia.

1.1.2.3.1. Pacjenci terminalni

Specjalną kategorią pacjentów wymagających wizyt domowych są pacjenci terminalni. 60 proc. (187 osób) lekarzy uczestniczących w naszych badaniach ma w opiece takich pacjentów. Podstawową formą opieki nad nimi są wizyty domowe pielęgniarek środowiskowych. Częstotliwość tych wizyt, w zależności od stanu zdrowia i sytuacji rodzinnej pacjenta, określano na od jednego razu w tygodniu do nawet codziennych. 33 proc. spośród lekarzy opiekujących się pacjentami terminalnymi ma możliwość umieszczenia chorego w hospicjum, oddziale opieki paliatywnej lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

23 proc. badanych pacjentów (195 osób) zetknęło się w swoim otoczeniu z przypadkami chorób terminalnych. Pacjenci ci jako główną formę opieki wymieniali wizyty domowe pielęgniarek i lekarzy.

W kilku miastach problem opieki nad pacjentami terminalnymi rozwiązano całościowo. Na przykład w Rudzie Śląskiej funkcjonuje Zespół Opieki Domowej wspólny dla wszystkich przychodni w mieście, w Grójcu jena z przychodni „Medicus”, zawarła umowę z Regionalną Mazowiecką Kasą Chorych na opiekę domową, a w Ciechanowie w ramach Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego powołano Zespół Opieki Paliatywnej. Zespół ten funkcjonuje od 1993 roku i opiekuje się wszystkimi potrzebującymi ze swego rejonu działania.

Ogólnie na 39 miast, w których prowadziliśmy badania:

- w ośmiu są hospicja,
- w sześciu – oddziały szpitalne opieki paliatywnej,
- w trzech – usługi domowe opieki paliatywno-hospicyjnej.

Kierownicy badanych placówek często nie mieli rozeznania co do liczby pacjentów terminalnych zarejestrowanych w opiece kierowanej przez nich placówki. Kierownicy ci twierdzili, że jest to sprawa konkretnego lekarza. Lekarze najczęściej jeżdżą na wizyty na wezwanie pielęgniarki środowiskowej lub rodziny. znaczy to, że pacjenci terminalni nie zawsze są objęci planowym postępowaniem medycznym, czasem jedynie pomocą doraźną.

1.1.3. Dostęp do badań analitycznych i aparaturowych

W rozmowach z kierownikami placówek pytaliśmy, czy fundusze przekazywane przez Kasę Chorych wystarczają na potrzebne badania diagnostyczne.

Ogółem 46 proc. kierowników stwierdziło, że pieniędzy na te badanie starcza, przeciwną opinię zaś wyraziło 49 proc. kierowników.

32 proc. kierowników zakładów publicznych i 54 proc. kierowników zakładów niepublicznych na takie pytanie odpowiedziało NIE.

Zróznicowanie opinii kierowników placówek działających na terenie różnych Kas Chorych obrazuje poniższa tabela.

TAB. 6

Czy finansowanie przez Kasę Chorych wystarcza na badania diagnostyczne – zdaniem kierowników

Regionalna Kasa Chorych	Czy wystarcza na badania diagnostyczne					
	Placówki publiczne			Placówki niepubliczne		
	liczba kierowników	TAK	NIE	liczba kierowników	TAK	NIE
Łódzka	4	4	–	17	7	10
Mazowiecka	6	3	3	9	4	5
Opolska	2	2	–	18	12	5
Podkarpacka	6	1	2	13	4	9
Podlaska	3	1	2	7	–	6
Pomorska	4	2	2	11	2	8
Śląska	3	3	–	13	8	5
Ogółem	28	17	9	88	37	48

Jak wynika z powyższej tabeli, możliwość finansowania potrzebnych badań diagnostycznych najlepiej oceniali kierownicy przychodni działających na terenie Opolskiej i Śląskiej Kasy Chorych, a najgorzej – Podkarpackiej, Pomorskiej i Łódzkiej.

W sytuacji środków finansowych kierownicy podejmują różne działania zaradcze.

I tak:

- 12 proc. badanych kierowników placówek ogranicza badania diagnostyczne,
- 7 proc. decyduje się na przekroczenie funduszu i osiągnięcie ujemnego wyniku finansowego,
- 7 proc. (tylko zakłady niepubliczne) uruchomiło własne laboratorium, co obniża koszty,
- 7 proc. świadczy odpłatne usługi (np. z zakresu medycyny pracy) i w ten sposób zdobywa dodatkowe środki.

Szczególnie niepokojące jest „ograniczenie badań diagnostycznych” w drodze poleceń czy zaleceń służbowych. Badani lekarze mówili nam, że kierownicy nie stosują wyraźnych zakazów czy limitów ilości skierowań na badania diagnostyczne, ale równocześnie twierdzili, że „należy oszczędzać”, lekarz który wystawia zbyt dużo skierowań „jest źle widziany” i może spodziewać się zwolnienia z pracy pod byle pretekstem.

45 proc. badanych kierowników stwierdziło, że Kasy Chorych określiły dolny lub górny limit środków na badania specjalistyczne.

Górny limit określano jako 10, 15 lub 20 proc. stawki bazowej.

Dolny limit środków, jakie świadczeniodawca musi wydać na badania diagnostyczne, określano jako 7, 10, 15, 20, 26 i 30 proc. stawki bazowej.

Spośród wypowiedających się na ten temat kierowników (N=116) tylko 35 wymieniło wysokość procentową limitów na badania diagnostyczne.

Wyniki ujęte w tabeli nr 7 wskazują, że kierownicy badanych placówek nie mają dobrego rozeznania w tej sprawie.

Zgodnie z naszą wiedzą, żadna Kasa Chorych nie ustaliła górnego limitu środków na badania analityczne i aparaturowe.

Mazowiecka Kasa Chorych ustaliła limit dolny, czyli kwotę, którą świadczeniodawca musi wydać na te badania, na poziomie 30 proc. przekazywanych świadczeniodawcy środków finansowych.

Jeżeli jednak, pomimo opisanych trudności, lekarz zleci wykonanie badań dodatkowych, to zdaniem 92 proc. kierowników placówek pacjenci nie mają trudności z ich wykonaniem.

Potwierdzają to dane otrzymane od lekarzy. Ogółem nieco ponad 90 proc. badanych lekarzy twierdzi, że pacjenci nie mają trudności z wykonaniem zleconych badań analitycznych.

TAB. 7 Wartość limitu na badania specjalistyczne podawana przez kierowników placówek

Publiczne				Niepubliczne					
liczba kier. placówek	istnieje limit		limit dolny	limit górny	liczba kier. placówek	istnieje limit		limit dolny	limit górny
	TAK	NIE				TAK	NIE		
4	1	3	-	-	17	3	13	(1) 10	-
6	3	1	(1) 10 proc.	(1) 10 proc.	9	7	1	(2) 10 proc. (1) 7 proc.	(2) 10 proc. (1) 7 proc.
2	-	-	-	-	18	8	10	15	(7) 15 proc.
6	1	3	-	-	13	9	4	20	(6) 10 proc.
3	3	-	-	(2) 10 proc.	7	4	2	-	(4) 10 proc.
4	3	1	(1) 30 proc.	(1) 30 proc.	11	8	1	30	(1) 30 proc.
3	-	2	-	13	1	11	-	-	-
28					88				

	Regionalna Kasa Chorych	Łódzka	Mazowiecka	Opolska	Podkarpacka	Podlaska	Pomorska	Śląska	Ogółem
--	------------------------------------	--------	------------	---------	-------------	----------	----------	--------	--------

Liczby w nawiasach oznaczają liczbę kierowników, którzy podali daną odpowiedź.

Problem ten różnie był oceniany przez lekarzy z poszczególnych Kas Chorych.

TAB. 8

Procent lekarzy, którzy twierdzą, że ich pacjenci mają trudności z wykonaniem zleconych badań analitycznych

Regionalna Kasa Chorych	liczba lekarzy	Proc.	Rodzaj trudności
Łódzka (54)	2	4	Długie terminy, jeśli pacjent nie może czekać, to płaci
Mazowiecka (39)	7	18	Długie terminy, jeśli pacjent nie może czekać to płaci (USG, RTG, spirometria)
Opolska (46)	–	–	–
Podkarpacka (47)	11	23	Długie terminy, jeśli pacjent nie może czekać, to płaci; odległość; brak pieniędzy na dojazd do specjalisty; wszystkie badania wysoko specjalistyczne
Podlaska (33)	2	6	Brak odczynników; wszystkie badania wysoko specjalistyczne
Pomorska (44)	3	7	Długie terminy (USG)
Śląska (44)	1	2	Długie terminy
Ogółem	26	8	

Najczęściej trudności takie dostrzegali lekarze z terenu działania Podkarpackiej i Mazowieckiej Kasy Chorych. Żaden lekarz z Opolskiej Kasy Chorych nie dostrzegł takich trudności.

Główne trudności, na jakie wskazywano, to długie terminy oczekiwania na realizację zleconych badań i konieczność dojazdu na badania wysoko specjalistyczne.

1.1.4. Dostęp do leków

Możliwość zakupu zleconych lekarstw jest oczywistym warunkiem skutecznego skorzystania z opieki lekarskiej.

Pytaliśmy uczestniczących w badaniach lekarzy o to, czym – poza wskazaniami medycznymi – kierują się przy doborze leków dla pacjenta.

Jako dodatkowe kryterium wyboru:

- 97 proc. badanych lekarzy wymieniło cenę preparatu,
- 91 proc. łatwość, prostotę dawkowania,
- 67 proc. możliwość dzielenia tabletek (przepisuje się wyższą dawkę leku, a pacjent przyjmuje po 1/2 czy 1/4 tabletki, co wychodzi taniej),
- 63 proc. informuje od przedstawicieli firm farmaceutycznych,
- 8 proc. sugestie Kas Chorych.

Wypowiedzi lekarzy zakładów publicznej i niepublicznej służby zdrowia są tu w pełni zgodne.

Pacjenci, czy stać ich na kupowanie zleconych leków i jak sobie radzą w przypadku trudności, udzielili odpowiedzi, które ilustruje poniższa tabela.

TAB. 9

Czy stać Pana/Panią na kupowanie zleconych leków (N= 853), procent odpowiedzi

Regionalna Kasa Chorych	TAK	NIE WIEM	NIE	Jeśli NIE, to:			
				kupuję tańsze	zmniejsza m dawki	kupuję nie wszystkie leki	nie kupuję w ogóle
Łódzka (N=164)	50	2	48	19	15	26	–
Mazowiecka (N=118)	44	5	51	25	4	31	2
Opolska (N=124)	64	2	34	21	1	3	–
Podkarpacka (N=133)	51	14	35	21	3	22	2
Podlaska (N=97)	44	4	52	25	3	26	3
Pomorska (N=112)	57	6	37	18	4	24	–
Śląska (N=105)	46	1	53	34	6	21	–
Ogółem (N=835)	51	5	44	23	6	22	1

44 proc. badanych pacjentów twierdzi, że nie stać ich na kupowanie zleconych przez lekarza leków.

Pacjenci ci radzą sobie z tą sytuacją w następujący sposób:

- kupują nie wszystkie leki (22 proc. badanej populacji pacjentów),
- kupują tańsze odpowiedniki zapisanych leków (23 proc. badanej populacji pacjentów),
- zmniejszają dawki, żeby starczyło na dłużej (6 proc. badanej populacji pacjentów).

Najtrudniejszą pod tym względem sytuację przedstawili pacjenci z terenu Mazowieckiej, Łódzkiej, Podlaskiej i Pomorskiej Kasy Chorych, gdzie 1/4 – 1/3 pacjentów kupuje nie wszystkie zalecane leki, a „tylko te potrzebniejsze”. Nie wiemy, które leki pacjenci kwalifikują do kategorii „te potrzebniejsze”, ale wiemy, że na ogół nie są oni lekarzami.

Badania zostały zrealizowane przed ogłoszeniem przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nowej, zweryfikowanej, listy leków refundowanych. Nie dysponujemy danymi, które pozwoliłyby ocenić, czy opisana sytuacja zmienia się na korzyść, czy też pogorszy się możliwość leczenia się znaczącej liczby pacjentów.

1.2. Dogodność korzystania ze świadczeń POZ

Badając dogodność korzystania ze świadczeń POZ, interesowaliśmy się:

- możliwością swobodnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- organizację przyjęć,
- ilością czasu poświęcanego przez lekarza na przyjęcie jednego pacjenta,
- warunkami lokalowymi udzielania świadczeń.

1.2.1. Możliwość i kryteria swobodnego wyboru lekarza

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w art. 1a pkt 4 gwarantuje wszystkim ubezpieczonym prawo wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych.

W naszych badaniach pytaliśmy pacjentów, dlaczego wybrali właśnie tę, a nie inną placówkę.

Uzyskane odpowiedzi ilustruje poniższa tabela.

TAB. 10

Kryteria wyboru placówki stosowane przez pacjentów; wybór wielokrotny – wyniki nie sumują się do 100 proc.

Kryteria wyboru	Placówka				Ogółem	
	Publiczna		Niepubliczna		liczba wyborów	procent
	liczba wyborów	procent	liczba wyborów	procent		
Bo jest najbliżej	118	56	284	44	402	47
Bo jest dobra, są specjaliści, nie ma kolejek	48	23	271	42	319	37
Bo zawsze tu należałem	81	38	201	31	282	33
Ze względu na konkretnego lekarza	13	6	67	10	80	9
Nie było wyboru	13	6	9	1	22	3
Ogółem	212		641		835	

Powody wyboru konkretnej przychodni podawane przez pacjentów związane są z dogodnością korzystania ze świadczeń i ze spostrzeganą przez pacjentów jakością usług.

Zanotowaliśmy też jeden (mamy nadzieję, że wyjątkowy) przypadek, kiedy to pracownicy dużego szpitala, przy którym usytuowany jest zakład podstawowej opieki zdrowotnej, musieli siebie i członków swoich rodzin zarejestrować w tej właśnie placówce POZ.

Pacjenci pytani o możliwość wyboru lekarza prowadzącego nie zgłaszali żadnych trudności w tym zakresie – 96 proc. pacjentów mogło swobodnie dokonać takiego wyboru. Pozostałe przypadki dotyczyły przychodni, gdzie nie ma lekarza prowadzącego i pacjent przyjmowany jest przez lekarza, który aktualnie pełni dyżur.

Tylko 7 osób (na 853) podało, że narzucono im lekarza, obrazuje poniższe zestawienie:

- 53 proc. pacjentów wybrało lekarza, którego wcześniej znali i cenili,
- 24 proc. pacjentów wybrało lekarza poleconego przez znajomych,
- 6 proc. pacjentów wybrało lekarza przyjmującego w odpowiadających im godzinach,
- 17 proc. pacjentów praktycznie nie dokonywało wyboru – na pytanie o kryteria takiego wyboru odpowiadali oni: „było mi to obojętne”.

Możliwość wyboru lekarza wiąże się także z możliwością jego zmiany. Według danych z rejestracji połowa badanych placówek nie stawia żadnych warunków przy zmianie lekarza i pacjent może dokonać takich zmian dowolnie często. W pozostałych placówkach uzyskaliśmy odpowiedzi: „według przepisów – co pół roku”, „przed upływem pół roku powinno się zapłacić”.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w art. 60 pkt 2 stanowi, że: „kto zmienia lekarza POZ bez zgody Kasy Chorych przed upływem 6 miesięcy od dokonania wyboru, wnosi zryczałtowaną opłatę rejestracyjną w wysokości 2,5 proc. przeciętnego wynagrodzenia (w chwili pisania tego raportu – czerwiec 2002 r. – opłata taka powinna wynosić 54 złote 7 gr.). W żadnej z badanych placówek nie spotkaliśmy się z praktyką pobierania tego typu opłat.

Badani pacjenci nie zgłaszali trudności ze zmianą wyboru lekarza. Tylko 7 osób (na 853) słyszało, że „to kosztuje – trzeba płacić”.

W badanej grupie pacjentów 13 proc. zmieniło lekarza prowadzącego w ciągu ubiegłego (2001) roku. (17 proc. pacjentów placówek publicznych i 12 proc. niepublicznych). Podawane powody zmiany lekarza to najczęściej:

- w 34 proc. przypadków – niezadowolenie z leczenia,
- w 31 proc. przypadków – odejście lekarza prowadzącego,
- w 11 proc. przypadku – zły kontakt z lekarzem,
- w 7 proc. przypadków – tłok, zła obsługa, długie wyczekiwanie w kolejce przed gabinetem.

Tylko 3 proc. pacjentów, z którymi rozmawialiśmy (25 osób), zamierza zmienić aktualnego lekarza.

1.2.2. Organizacja przyjęć

1.2.2.1. Możliwość uzyskania porady lekarza w dniu zgłoszenia

Problem ten badaliśmy metodą próbki losowej – w dwa kolejne dni powszednie w godz. 8.00 – 10.00 liczyliśmy pacjentów, którzy zgłosili się osobiście lub telefonicznie i nie zostali przyjęci przez swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w dniu przyjęcia.

W badanych publicznych zakładach opieki zdrowotnej 10 proc. pacjentów, którzy zgłosili się osobiście i 7 proc. pacjentów, którzy dodzwonili się w danym dniu do rejestracji, nie zostało przyjętych. W placówkach niepublicznych było to odpowiednio 7 proc. i 2 proc.

Spośród osób nieprzyjętych w danym dniu 13 proc. musi próbować dostać się w dniu następnym, 41 proc. jest zapisywanych na dzień następny, a 14 proc. może zapisać się na uzgodniony dalszy termin.

1.2.2.2. Czas potrzebny na dotarcie z domu do przychodni

rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 października 2001 r. w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, wymaga, by minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uwzględniał możliwość dojazdu środkami transportu publicznego przez ubezpieczonego do osoby udzielającej świadczenia w czasie nie dłuższym niż jedna godzina.

80 proc. pacjentów placówek publicznych i 85 proc. pacjentów placówek niepublicznych może dostać się do przychodni pieszo w ciągu do pół godziny.

Żaden z badanych pacjentów (n=853) nie potrzebuje na dojazd do lekarza więcej niż godzinę.

1.2.2.3. Zapisy telefoniczne

TAB. 11

Możliwość ustalenia wizyty przez telefon – zdaniem pacjentów

Regionalna Kasa Chorych	liczba pacjentów	Zapisy przez telefon TAK		Zapisy na konkretną godzinę TAK	
		Publiczne (N=212) proc. pacjentów	Niepubliczne (N=641) proc. pacjentów	Publiczne (N=212) proc. pacjentów	Niepubliczne (N=641) proc. pacjentów
Łódzka	164	58	87	58	53
Mazowiecka	118	71	91	12	69
Opolska	124	75	94	33	86

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Podkarpacka	133	86	77	48	54
Podlaska	97	75	75	39	35
Pomorska	112	81	84	44	66
Śląska	105	100	99	65	88
Ogółem	853	76	87	40	65

Możliwość zapisania się do lekarza przez telefon potwierdziło 87 proc. pacjentów placówek niepublicznych i 76 proc. pacjentów placówek publicznych.

Zapisy na konkretną godzinę są praktykowane zdaniem 40 proc. pacjentów zakładów publicznych i 65 proc. pacjentów placówek niepublicznych.

Jedynie na terenie Łódzkiej i Podlaskiej Kasy Chorych procent pacjentów, którzy potwierdzili zapisy na konkretne godziny w placówkach publicznych i niepublicznych jest zbliżony. W pozostałych Kasach placówki niepubliczne zdecydowanie częściej praktykują tę formę organizacji przyjęć pacjentów.

1.2.2.4. Czas oczekiwania na przyjęcie przed gabinetem

Czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza od momentu przyjęcia do przychodni 50 proc. badanych pacjentów placówek publicznych i 68 proc. pacjentów placówek niepublicznych szacowało na do pół godziny. Na około zaś dwóch do dwóch i pół godziny czas ten szacowało 17 proc. pacjentów placówek publicznych i 6 proc. pacjentów placówek niepublicznych.

Powyższe dane pozwalają na stwierdzenie, że dogodność korzystania z opieki lekarza POZ ze względu na organizację przyjęć jest lepsza w placówkach niepublicznych.

1.2.3. Czas trwania wizyty lekarskiej

Czas, jaki lekarz poświęca na przyjęcie jednej osoby, wpływa u pacjenta na poczucie „bycia wysłuchanym” i „zaopiekowanym”. Czynnikiem ten ma znaczący wpływ z jednej strony na budowanie relacji zaufania do lekarza, a z drugiej – na możliwość dobrego poznania przez lekarza sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta. Atmosfera pośpiechu i presji czasowej obniża dogodność korzystania ze świadczeń lekarskich.

Wyniki badań w tym zakresie ilustruje poniższa tabela.

TAB. 12

Czas przeznaczony przez lekarzy na rozmowę z jednym pacjentem

Czas przyjmowania jednego pacjenta	Placówki				Ogółem	
	Publiczne		Niepubliczne		liczba lekarzy	procent
	liczba lekarzy	procent	liczba lekarzy	procent		
Brak odpowiedzi	4	5	0	0	5	2
Do 5 minut	6	8	7	7	23	7
6 – 10 minut	28	36	100	44	128	42
11 – 15 minut	26	33	80	35	105	34
Więcej niż 15 minut	14	18	32	14	46	15
Ogółem	78	100	229	100	307	100

Najczęściej na przyjęcie jednego pacjenta lekarz przeznaczają od 6 do 10 minut (42 proc. badanych lekarzy). 11 – 15 minut na przyjęcie jednego pacjenta deklarowało 34 proc. lekarzy. Więcej niż 15 minut na pacjenta poświęca 18 proc. lekarzy placówek publicznych i 14 proc. lekarzy placówek niepublicznych.

Średni czas przeznaczony na przyjęcie jednego pacjenta w rozbiu na Kasy Chorych obrazuje tabela:

TAB. 13

Ocena czasu poświęconego jednemu pacjentowi (procent lekarzy w poszczególnych Kasach)

Regionalna Kasa Chorych	Zapisy przez telefon			
	Do 5 minut	6 – 10 minut	11 – 15 minut	Pow. 15 minut
Łódzka (54)	4	56	33	7
Mazowiecka (39)	5	23	38	33
Opolska (46)	9	46	28	17
Podkarpacka (47)	11	51	28	8
Podlaska (33)	6	30	33	24
Pomorska (4)	16	41	36	7
Śląska (44)	2	36	43	14
Ogółem N=307 liczebność	8 23 osoby	42 128 osób	34 105 osób	15 46 osób

Jak obrazuje to powyższa tabela, najmniej czasu poświęcają pacjentom lekarze w Podkarpackiej i Łódzkiej Kasie Chorych. Stosunkowo więcej czasu dla pacjenta deklarowali lekarze pracujący na terenie Mazowieckiej i Podkarpackiej Kasy Chorych.

1.2.4. Warunki lokalowe udzielania świadczeń

Warunki lokalowe, w których udzielane są świadczenia medyczne, również mają, naszym zdaniem, wpływ na dogodność korzystania z tych świadczeń.

Spośród zbadanych przychodni:

- 42 proc. usytuowanych jest na parterze (25 proc. badanych zakładów publicznych i 48 proc. badanych zakładów niepublicznych),
- 9 proc. to budynki piętrowe z windą (11 proc. badanych placówek publicznych i 8 proc. badanych placówek niepublicznych),
- 35 proc. to budynki piętrowe bez windy (50 proc. badanych placówek publicznych i 31 proc. niepublicznych).
- Podjazdy dla wózków inwalidzkich znajdują się 53 proc. zakładów niepublicznych, 36 proc. zakładów publicznych.
- Parkingi posiada 75 proc. placówek (64 proc. spośród badanych placówek publicznych i 78 proc. placówek niepublicznych).

Czynniki te mają znaczny wpływ na dostęp do lekarza osób starszych i niepełnosprawnych.

WC dla pacjentów posiada 92 proc. zakładów niepublicznych i 86 proc. publicznych, przy czym te ostatnie najczęściej (w około 70 proc. przypadków) nie są wyposażone w mydło, ręczniki, papier higieniczny.

Automaty z napojami były dostępne dla pacjentów w 21 proc. badanych zakładów publicznych i 26 proc. zakładów niepublicznych.

Telefony dostępne dla pacjentów posiadało 36 proc. badanych publicznych i 57 proc. niepublicznych zakładów.

Ogólnie można stwierdzić, że fizyczne warunki udzielania świadczeń medycznych były dogodniejsze dla pacjentów placówek niepublicznych (przypomnijmy tu, że placówki niepubliczne mogą być powoływane od chwili wejścia w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w 1991 r.). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i

sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (zał. nr 3) Minister zróżnicował placówki nowo tworzone i już działające w dniu wejścia w życie rozporządzenia.

Placówki nowo tworzone, by być wpisanymi do rejestru, muszą spełniać standardy określone w rozporządzeniu. Placówki działające wcześniej „...zobowiązane są przedstawić program dostosowania zakładu do wymagań w terminie nie dłuższym niż 10 lat”. Termin ten upływa we wrześniu bieżącego roku.

1.3. Ocena ogólna zadowolenia pacjentów z opieki lekarzy POZ

Spośród 853 pacjentów, z którymi rozmawialiśmy, 90 proc. jest ogólnie zadowolonych z opieki lekarskiej, 8 proc. niezadowolonych, a 2 proc. nie ma wyraźnej opinii w tej sprawie.

Pacjenci zadowoleni z opieki lekarskiej (N=762) najczęściej podawali następujące powody swojego zadowolenia (wybór wielokrotny, wyniki nie sumują się do 100 proc.):

- 30 proc. – dostają odpowiednie lekarstwa; lekarz interesuje się człowiekiem,
- 27 proc. – lekarz jest dobrym fachowcem; dobre leczenie,
- 25 proc. – zawsze mnie przyjmują, na każde zawołanie (twierdzi tak 13,7 proc. zadowolonych pacjentów placówek publicznych i 28,2 proc. zadowolonych pacjentów placówek niepublicznych),
- 16 proc. – lekarze i personel są mili i kulturalni,
- 12 proc. – jestem zadowolony ze sposobu traktowania mnie.

Pacjenci niezadowoleni z opieki medycznej (N=72) wskazywali następujące powody swego niezadowolenia (wybór wielokrotny, wyniki nie sumują się do 100 proc.):

- 44 proc. – trudności z uzyskaniem skierowania do specjalistów,
- 26 proc. – zła organizacja pracy placówki, długie wyczekiwanie w kolejkach pod gabinetami (twierdzi tak 38 proc. niezadowolonych pacjentów zakładów publicznych i 21 proc. pacjentów zakładów niepublicznych),
- 24 proc. – złe podejście lekarza – „czuję się jak intruz” (taki powód podało 21 proc. niezadowolonych pacjentów placówek publicznych i 25 proc. placówek niepublicznych).

1.4. Dostępność podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie lekarzy

lekarze dosyć wysoko ocenili dostępność POZ dla pacjentów:

- 41 proc. – ocenia ją jako bardzo dobrą, pełną dostępność,
- 42 proc. – jako dobrą, wystarczającą,
- 14 proc. – jako średnią, przeważnie wystarczającą, dostateczną.

(Tylko jeden lekarz ocenił dostępność POZ jako niewystarczającą, a siedmiu nie udzieliło żadnej odpowiedzi.)

Lekarze placówek niepublicznych wyżej oceniali dostępność POZ dla pacjentów. Oceny lekarzy z poszczególnych Kas Chorych ilustruje tabela.

TAB. 14

Dostępność POZ – zdaniem lekarzy

Regionalna Kasa Chorych	Dostępność POZ (procent lekarzy)				
	Bardzo dobra	Dobra	Średnia	Niewystarczająca	Brak odpowiedzi
Łódzka (54)	28	54	15	–	4
Mazowiecka (39)	49	41	5	–	5
Opolska (46)	61	33	4	2	–
Podkarpacka (47)	24	55	19	–	2
Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie					
Podlaska (33)	67	30	3	–	–

Pomorska (44)	27	34	41	–	–
Śląska (44)	48	43	–	–	4

Lekarze z terenu działania Podlaskiej i Opolskie Kasy Chorych najwyżej oceniali dostępność POZ dla pacjentów.

Relatywnie dostępność tę najniżej ocenili lekarze z Pomorskiej oraz z Podkarpackiej i Łódzkiej Kasy Chorych.

Przedstawione dane pozwalają sądzić, że dostępność do świadczeń medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jest zróżnicowana w zależności od miejsca zamieszkania pacjentów, czyli ich przynależności do określonej Kasy Chorych.

Mimo dość wysokiej oceny dostępności POZ dla pacjentów, tylko 18 proc. badanych lekarzy nie widzi konieczności żadnych zmian i ulepszeń. Pozostali lekarze podawali szereg sposobów poprawy istniejącej sytuacji:

- zwiększenie stawki kapitałowej, co umożliwiłoby lepszy dostęp do badań diagnostycznych,
- zmniejszenie „biurokracji”, czyli ograniczenie sprawozdawczości i uproszczenie obowiązujących druków recept, zwolnień, skierowań itp., by lekarz miał więcej czasu dla pacjenta,
- bardziej czytelne rozdzielanie zadań i kompetencji poszczególnych ogniw ochrony zdrowia,
- poprawa przepływu informacji pomiędzy POZ i innymi ogniwami służby zdrowia,
- większa czytelność i stabilność obowiązujących przepisów prawa,
- szybsza prywatyzacja usług specjalistycznych i szpitali,
- zwiększenie liczby lekarzy w stosunku do objętych opieką pacjentów,
- zwiększenie środków budżetowych na refundację leków,
- wprowadzenie minimalnych odpłatności za wizytę u lekarza,
- poprawa sytuacji finansowej lekarzy i pacjentów.

1.5. Wnioski dotyczące dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

- Istniejąca sieć placówek POZ w badanych przez nas miastach powiatowych zapewnia możliwość dostania się wszystkich badanych pacjentów do lekarza środkami transportu publicznego w czasie nie dłuższym niż jedna godzina.
- Gwarantowana ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym możliwość swobodnego wyboru lekarza była realizowana bez przeszkód przez pacjentów, z którymi rozmawialiśmy.
- Dogodność korzystania z opieki lekarzy POZ ze względu na organizację przyjęć jest zdecydowanie lepsza w placówkach niepublicznych niż w publicznych. Składają się na to między innymi: zapisywanie pacjentów przez telefon, ustalanie konkretnej godziny wizyty i w efekcie krótszy oczekiwanie przed gabinetem lekarskich na przyjęcie. Taka sama organizacja przyjęć jest możliwa bez dodatkowych nakładów finansowych również w placówkach publicznych. Odpowiednie decyzje leżą w kompetencjach kierowników przychodni.
- Przeprowadzone przez nas badania pokazały, że uzyskanie przez pacjenta porady lekarskiej w dniu zgłoszenia nie zawsze było możliwe. 17 proc. pacjentów placówek publicznych, którzy dodzwonili się lub przyszli do przychodni w danym dniu, nie zostali przyjętych przez swojego lekarza POZ. W placówkach niepublicznych było prawie o połowę mniej takich przypadków – 9 proc.

- Czas, jaki lekarz poświęca na przyjęcie jednego pacjenta, to najczęściej od pięciu do dziesięciu minut. Wizyty przebiegają więc w atmosferze pośpiechu, co nie służy ani pacjentom, ani lekarzom.
- Fizyczne warunki udzielenia świadczeń – windy, parkingi, podjazdy dla wózków inwalidzkich – są zdecydowanie lepsze w niepublicznych placówkach POZ. Większość placówek niepublicznych powstała po wydaniu przez Ministra Zdrowia we wrześniu 1992 roku rozporządzenia określającego wymagania w tym zakresie. Placówki publiczne, z reguły działające wcześniej, według rozporządzenia dostały 10 lat na „opracowanie programu dostosowania zakładu do wymagań”. Termin ten upływa we wrześniu bieżącego roku.
- Poszczególne Kasy Chorych ustaliły różne stawki bazowe, jakie płać świadczeniodawcom. Różne są też przeliczniki stawek bazowych dla tych samych kategorii pacjentów. Skutkuje to między innymi nierównym dostępem pacjentów z różnych Kas Chorych do badań diagnostycznych. Zasady finansowania służby zdrowia z dochodów Kas Chorych ze składek na powszechne ubezpieczenia zdrowotne (pomimo wyrównań pomiędzy Kasami) powodują nieuzasadnione różnicowanie dostępu obywateli do korzystania ze środków publicznych (możemy tu mieć do czynienia z naruszeniem art. 32 i art. 68 Konstytucji RP, art. 1a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, art. 26 Międzynarodowego Paktu Praw Osobistych i Politycznych ONZ).
- 44 proc. badanych pacjentów nie stać na kupowanie potrzebnych im leków, a 22 proc. z nich wykupuje nie wszystkie zapisane przez lekarza leki (narusza to Zasady 11. i 13. Europejskiej Karty Społecznej, której Polska jest stroną).
- Odciążenie pogotowia ratunkowego poprzez przeniesienie obowiązku całodobowych świadczeń lekarskich na POZ nie znajduje potwierdzenia w praktyce. Ponad połowa pacjentów w razie zachorowania w dni wolne od pracy i prawie 2/3 pacjentów w przypadku zachorowania w nocy – wzywa pogotowie.

II. WSPÓŁPRACA POZ ZE SPECJALISTAMI I SZPITALAMI

Podstawowa opieka zdrowotna jest pierwszym, ale nie jedynym ogniwem systemu leczenia. Naturalnymi partnerami lekarza POZ w jego pracy są specjaliści z różnych dziedzin medycyny i szpitale.

2.1. Współpraca ze specjalistami

Lekarz POZ w przypadku wątpliwości lub na prośbę pacjenta ma możliwość skonsultowania swojej diagnozy i terapii ze specjalistą lub też przekazania pacjenta do leczenia specjalistycznego.

2.1.1. Dostęp do specjalistów

Badając problem dostępu do specjalistów, interesowaliśmy się tym czy:

- w miastach powiatowych objętych badaniami znajdują się przychodnie specjalistyczne,
- jaki jest czas oczekiwania na wizyty u specjalistów.

W tym zakresie zbieraliśmy dane obiektywne – nasi ankieterzy dzwonili do wskazanych przez lekarzy POZ specjalistów z prośbą o wyznaczenie wizyty (oczywiście nie blokowaliśmy tych terminów i nie zapisywaliśmy się na wizyty).

2.1.1.1. Gdzie przyjmują specjaliści?

Rozporządzenie wykonawcze do ustawy o puz **chyba POZ** w § 4 zobowiązuje władze samorządowe do zabezpieczenia dostępności do świadczeń specjalistycznych:

na poziomie gminy w następującym zakresie:

- POZ,
- położnictwo i ginekologia,
- stomatologia.

na poziomie powiatu w następującym zakresie:

- alergologia,
- chirurgia ogólna,
- choroby płuc,
- dermatologia i wenerologia,
- diabetologia,
- kardiologia,
- neurologia,
- okulistyka,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- otolaryngologia,
- położnictwo i ginekologia,
- psychiatria,
- rehabilitacja medyczna,
- reumatologia,

Spośród specjalistów medycznych, do których dostęp powinien być zabezpieczony na poziomie powiatu, na 39 objętych naszymi badaniami miast powiatowych nie ma:

- w 11 – alergologa,
- w 8 – diabetologa,
- w 7 – kardiologia
- w 7 – reumatologa,
- w 3 – neurologa.

W badanych miastach powiatowych nie ma też często lekarzy innych specjalności. I tak, na 39 miast:

- w 19 nie ma onkologa,
- w 17 nie ma gastrologa,
- w 14 nie ma urologa,
- w 25 nie ma specjalistycznej poradni dla nosicieli wirusa HIV.

Skorzystanie z konsultacji lub leczenia przez wyżej wymienionych specjalistów najczęściej wymaga od pacjenta dojeżdżania do większego (zwykle dawnego wojewódzkiego) miasta.

Jeśli chodzi o onkologów, najgorsza sytuacja występuje na terenie działania Opolskiej Regionalnej Kasy Chorych.

Według danych Polskiej Unii Onkologii stały, systematyczny wzrost zachorowań na raka w Polsce (10 proc. rocznie) i późne wykrycie takich schorzeń wymaga podjęcia działań w skali kraju. Szybkie wdrożenie Narodowego Programu Walki z Rakiem w świetle danych wydaje się być niezbędne.

2.1.2. Czas oczekiwania na wizytę

Drugim ważnym wyznacznikiem dostępności usług specjalistów jest czas oczekiwania na wizytę. Problem ten badaliśmy, ustalając telefonicznie możliwie najbliższy termin przyjęcia przez specjalistę. Uzyskane dane prezentują poniższe zestawienia.

Przyjmując, że czas oczekiwania do dwóch tygodni jest rozsądny, nie stwierdziliśmy trudności jeśli chodzi o dostanie się do:

- ginekologa,
- dermatologa,
- psychiatry,
- leczenia odwykowego,
- leczenia dla zakażonych wirusem HIV,
- leczenia dla chorych na gruźlicę,
- chirurga,
- laryngologa,
- neurologa,
- reumatologa,
- onkologa,
- ortopedy.

Czas oczekiwania na wizytę, poradę, konsultację u pozostałych specjalistów prezentuje poniższa tabela.

TAB. 15

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, procent prób zapisania się, N = 121

			A	B	C		
	Od razu	Do 2 tyg.	2 do 4 tyg.	4 do 8 tyg.	Pow. 8 tyg.	A+B+C	Brak danych
Alergolog	11	29	23	8	10	41	19
Kardiolog	10	27	12	12	16	40	13
Okulista	31	19	21	7	7	35	16
Urolog	21	29	11	17	3	31	19
Stomatolog	31	21	12	11	6	29	21
Gastrolog	6	37	8	14	6	28	29
Diabetolog	18	38	16	5	4	25	18

Najdłużej trzeba oczekiwać na wizytę u alergologa i kardiologa. Najbardziej niepokojące są tu dane dotyczące możliwości dostania się do kardiologa, ponieważ w przypadku schorzeń, którymi zajmują się ci specjaliści, „wyścig z czasem” jest szczególnie istotny.

Uczestniczący w naszych badaniach lekarze, pytani o trudności z uzyskaniem konsultacji specjalistycznej w zasadzie potwierdzili zebrane dane obiektywne.

Ponadto, 39 proc. badanych lekarzy podawało, że ma trudności z uzyskaniem konsultacji u endokrynologa.

23 proc. lekarzy placówek publicznych i 13 proc. lekarzy placówek niepublicznych podawało, że czas oczekiwania na taką konsultację przekracza 2 miesiące.

2.1.3. Użyteczność konsultacji specjalistycznych w ocenie lekarzy POZ

Lekarze POZ korzystają z możliwości konsultowania stosowanej terapii i efektów leczenia z lekarzami wielu specjalności. Tu analizować będziemy współpracę ze specjalistami, z których pomocy korzystało minimum 10 proc. uczestniczących w naszych badaniach lekarzy POZ.

– kardiolog	– 67 proc. badanych lekarzy	N=205
– chirurg	– 55 proc. badanych lekarzy	N=168
– neurolog	– 23 proc. badanych lekarzy	N=71
– ortopeda	– 19 proc. badanych lekarzy	N=57
– laryngolog	– 16 proc. badanych lekarzy	N=48
– urolog	– 14 proc. badanych lekarzy	N=43
– endokrynolog	– 12 proc. badanych lekarzy	N=37
– okulista	– 10 proc. badanych lekarzy	N=31

Lekarzy, korzystający z konsultacji wyżej wymienionych specjalistów, pytaliśmy, czy wyniki konsultacji otrzymują na piśmie, czy są one czytelne i czy wnoszą coś do prowadzonego przez nich leczenia.

TAB. 16

Ocena konsultacji specjalistycznych (proc. lekarzy, którzy udzielili takiej odpowiedzi)

Specjalizacja	Przesyłanie wyników na piśmie		Czy są one czytelne		Czy wnoszą coś do leczenia	
	nie, raczej nie	tak, raczej tak	nie, raczej nie	tak, raczej tak	nie, raczej nie	tak, raczej tak
Kardiolog	20	80	2	98	5	95
Chirurg	29	71	7	93	9	91
Neurolog	18	82	10	90	16	84
Ortopeda	25	75	18	82	20	80
Laryngolog	19	81	7	93	10	90
Urolog	14	86	6	94	22	78
Endokrynolog	32	68	4	96	15	85
Okulista	20	80	8	92	38	62

Zdaniem badanych lekarzy, ich koledzy specjaliści nie zawsze przekazują wyniki konsultacji na piśmie. Najgorzej oceniono tu endokrynologów, chirurgów i ortopedów – 1/4 do 1/3 badanych lekarzy twierdzi, że nie otrzymuje na piśmie informacji od lekarzy tych specjalności.

Lekarze uczestniczący w naszych badaniach najwyżej cenią sobie użyteczność konsultacji kardiologów, chirurgów i laryngologów. Jako relatywnie najmniej pomocne ocenili okulistów, urologów i ortopedów.

Telefonicznie porozumiewanie się lekarzy POZ ze specjalistami, którzy konsultowali ich pacjentów, jest praktykowane zdaniem 48 proc. badanych lekarzy. Pozostali lekarze twierdzą, że nie ma takiego zwyczaju.

Ogólnie współpracę ze specjalistami lekarze POZ ocenili jako bardzo dobrą w 34 proc. wypowiedzi.

Pozostałe znacząco wypowiedzi to:

Jeśli jest jakaś współpraca, to tylko z inicjatywy i na prośbę lekarza POZ – 38 proc. wypowiedzi.

Specjaliści lekceważą lekarzy POZ – zdaniem 15 proc. tych ostatnich.

2.1.4. Możliwość koordynacji leczenia podstawowego i specjalistycznego

Pacjent kierowany przez lekarza POZ do specjalisty może być skonsultowany i przekazany do dalszego leczenia w POZ lub zakwalifikowany do dalszego leczenia przez specjalistę.

Pytaliśmy kierowników przychodni POZ, czy są trudności ze skierowaniem do leczenia specjalistycznego.

– 38 proc. kierowników twierdziło, że nie ma żadnych trudności,

– 17 proc. kierowników podało, że są trudności z przekazaniem pacjentów do leczenia endokrynologicznego,

– 16 proc. – że są trudności z przekazaniem do leczenia kardiologicznego, a

– 6 proc. – że są trudności z przekazaniem do leczenia neurologicznego.

Zdecydowanie częściej na trudności te wskazywali kierownicy zakładów publicznych.

W tych przypadkach, gdy pacjent pozostaje w leczeniu lekarza POZ i równolegle leczy się u specjalisty, przepływ informacji pomiędzy lekarzami wydaje się szczególnie istotny. Opinie uczestniczących w naszych badaniach lekarzy POZ wskazują na istnienie barier komunikacyjnych w tym zakresie – 73 proc. badanych lekarzy podaje, że informacje o leczeniu specjalistycznym uzyskują głównie od pacjenta.

Dodatkowe informacje lekarz POZ uzyskuje z wypisów szpitalnych (36 proc. wypowiedzi) lub w przypadku, gdy pacjent prosi o powtórzenie leków zleconych przez specjalistę (44 proc. wypowiedzi).

Tylko 15 proc. uczestniczących w badaniach lekarzy POZ twierdzi, że otrzymuje takie informacje od lekarza specjalisty na piśmie.

Opisane trudności związane z uzyskaniem szybkiej i pomocnej w leczeniu konsultacji specjalistycznej oraz brak procedur wymuszających przepływ informacji pomiędzy lekarzami POZ i poradniami specjalistycznymi znaczenie utrudniają pracę lekarzy POZ.

Ideą organizacji POZ i wprowadzenia praktyk lekarza rodzinnego było stworzenie warunków do tego, by lekarz miał w swoim ręku wszystkie informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta. Dzięki temu miał on skuteczniej i bardziej kompleksowo zapewniać opiekę zdrowotną swoim klientom. Znajomość sytuacji życiowej pacjenta – jego warunków materialnych, mieszkaniowych, możliwości sprawowania opieki przez rodzinę – to również czynniki pozwalające lekarzowi na podejmowanie decyzji o najlepszych w danym przypadku metodach leczenia.

W naszym badaniu pytaliśmy lekarzy, jak szacują procent podopiecznych, wśród których mają całościowy ogląd ich sytuacji zdrowotnej i życiowej.

Uzyskaliśmy następujące dane.

TAB. 17.

Znajomość sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta – procent podopiecznych

	Placówki publiczne (N=78)	Placówki niepubliczne (N=229)	Ogółem (N=307)
	Proc.	Proc.	Proc.
Do 30 proc.	31	34	33
31-50 proc.	32	25	27
51-70 proc.	18	18	18
71-80 proc.	6	13	11
81 proc i więcej	9	5	6
Brak danych	4	5	5

Powyższe dane wskazują, że idea lekarza POZ/lekarza rodzinnego/ zdaniem samych lekarzy nie znalazła na razie swego urzeczywistnienia w praktyce.

2.1.5. Korzystanie z płatnych usług medycznych

O dostępności do świadczeń medycznych finansowanych przez Kasy Chorych (i opinii pacjentów o jakości tych usług) świadczy pośrednio fakt korzystania z usług sektora prywatnego (spółdzielnie lekarskie i gabinety prywatne). Badani przez nas pacjenci często decydowali się płacić za usługę, która powinna być dostępna w ramach ubezpieczenia społecznego. I tak:

- 36 proc. badanych pacjentów korzysta z odpłatnych usług dentystów,
- 11 proc. badanych pacjentów korzysta z odpłatnych usług okulistów,
- 5 proc. badanych pacjentów korzysta z odpłatnych usług kardiologów,
- 3 proc. badanych pacjentów korzysta z odpłatnych usług neurologów,
- 2 proc. badanych pacjentów korzysta z odpłatnych usług reumatologów.

Podawane przez pacjentów powody korzystania z płatnych usług stomatologicznych to przede wszystkim: przekonanie o ich lepszej jakości (40 proc. wypowiedzi), krótki czas oczekiwania na wizytę (34 proc. wypowiedzi) oraz zaufanie do „swojego” stałego lekarza (20 proc. wypowiedzi).

Podstawowym powodem korzystania z odpłatnych usług okulistycznych jest możliwość szybkiego uzyskania pomocy (47 proc. wypowiedzi).

Z płatnej opieki kardiologicznej korzysta 5 proc. (44 osoby) badanych przez nas pacjentów, decydują się oni na to w 36 proc. przypadków ze względu na zaufanie do konkretnego lekarza. Dodatkowym powodem jest krótszy termin oczekiwania na wizytę (27 proc. wypowiedzi).

Lekarze pytani, w jakich przypadkach informują pacjentów o możliwości korzystania z odpłatnych usług medycznych, podawali, że udzielają takich informacji, gdy:

- konieczna jest szybka pomoc specjalistyczna lub do specjalisty płatnego jest znacznie bliżej – 22 proc. wypowiedzi
- trzeba wykonać badania trudno dostępne w publicznej służbie zdrowia, np. PSA, densytometrię, badania hormonalne – 21 proc. wypowiedzi
- na życzenie pacjenta, jeśli pacjent sam o to pyta – 13 proc. wypowiedzi
- lekarz jest przekonany, że usługa będzie wykonana lepiej niż w POZ – 6 proc. wypowiedzi

31 proc. badanych lekarzy twierdzi, że nie udzielają nigdy tego typu informacji (42 proc. lekarzy placówek publicznych i 28 proc. lekarzy placówek niepublicznych).

Pozostali lekarze oceniają częstość udzielania tego typu informacji na 5-10 proc. leczących się u nich pacjentów. Zaś 41 proc. lekarzy co dziesiątego pacjenta informuje o możliwości skorzystania z płatnych usług medycznych.

2.2. Współpraca ze szpitalami

Możliwość skierowania pacjenta na leczenie w szpitalu jest jedną z ważnych kompetencji lekarzy POZ.

Zgodnie z art. 60 pkt 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997r.: „ubezpieczony ma prawo do wyboru szpitala”.

Lekarz POZ wystawia skierowanie na leczenie szpitalne i określa oddział, do którego kieruje, np. interna czy chirurgia, a pacjent dokonuje wyboru szpitala, w którym chce się leczyć. Decyzję o przyjęciu do szpitala lub odmowie hospitalizacji podejmuje lekarz dyżurny Izby Przyjęć danego szpitala.

Pacjenci najczęściej wybierają szpital usytuowany w pobliżu ich miejsca zamieszkania.

Zdaniem 87 proc. badanych lekarzy ich pacjenci leczą się w szpitalach w tej samej miejscowości, w której mają lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Są to szpitale miejskie lub powiatowe.

W przypadku konieczności hospitalizacji w oddziale specjalistycznym, są to najczęściej szpitale wojewódzkie (tzn. usytuowane w miastach wojewódzkich według starego podziału administracyjnego kraju). Problemem bywa konieczność oczekiwania na miejsce w szpitalu.

Lekarze POZ najczęściej kierowali pacjentów do oddziałów internistycznych i chirurgicznych. W przypadku skierowań do oddziałów internistycznych 54 proc. badanych lekarzy podawało, że wszyscy pacjenci przyjmowani są od razu. Pozostali lekarze określali czas oczekiwania na miejsce od jednego do dwóch tygodni.

Trzynastu lekarzy (4 proc. badanych) oceniło czas oczekiwania na powyżej dwóch tygodni. Oczekiwanie na miejsce w szpitalu najczęściej jest motywowane brakiem miejsc (46 proc. lekarzy) lub koniecznością uzupełnienia badań diagnostycznych. Wszyscy lekarze zgodnie twierdzili, że przypadki nagłe i stany ostre są przyjmowane od razu, natomiast w chorobach przewlekłych uzgadnia się termin przyjęcia.

W przypadku oddziałów chirurgicznych 59 proc. lekarzy podawało, że pacjenci są przyjmowani od razu, pozostali lekarze określali czas oczekiwania pacjenta na miejsce na do jednego tygodnia – 8 proc. lekarzy, jeden do dwóch tygodni – 6 proc. i powyżej dwóch tygodni – 14 proc. lekarzy.

Pacjenci oczekują na miejsce w przypadku tzw. zabiegu planowanych, gdy interwencja chirurgiczna jest konieczna, ale niezbyt pilna.

Długie terminy są też związane z koniecznością szczepienia się pacjenta przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW).

Przed zabiegiem chirurgicznym pacjent powinien być szczepiony przeciwko WZW. Szczepienia te nie są objęte refundacją. Koszt szczepienia to około 60 zł. Pacjent nie szczepiony musi podpisać oświadczenie, że w przypadku zakażenia nie będzie skarżył szpitala o odszkodowanie. Wartość prawną tego rodzaju oświadczeń jest wątpliwa. Trudno przewidzieć rozwój linii ewentualnych orzecznictwa. Jednakże, biorąc pod uwagę, że wyłącznie w drodze umowy odpowiedzialności za szkodę na osobie zawsze uważało się za niedopuszczalne i okoliczność, że treść każdej umowy podlega ocenie z punktu widzenia dobrych obyczajów, zwalczanie rozważanej klauzuli umownej nie jest bez szans. Na marginesie należy zauważyć, że nawet w świetle listy zakazanych klauzul w umowach konsumenckich (artykuł 385 **tu jest przypis, ale nie ma tekstu na końcu strony** kodeksu cywilnego) wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności względem konsumenta za szkodę na osobie jest klauzulą zakazaną. Jeśli więc dojdzie do zakażenia WZW w trakcie zabiegu operacyjnego poszkodowany pacjent ma szansę wygrać proces o odszkodowanie. Niezależnie od czasu trwania procesu i orzeczenia sądu pacjent i tak będzie cierpiał, a koszty jego leczenia pokryte będą ze środków publicznych.

Znacznie rzadziej lekarze POZ kierują pacjentów do oddziałów pozostałych specjalności.

Czas oczekiwania na miejsce w oddziale specjalistycznym w opinii tych lekarzy ilustruje poniższa tabela...

TAB. 18

Czas oczekiwania na miejsce w oddziale specjalistycznym – zdaniem lekarzy

Oddział	Liczba lekarzy	Procent lekarzy, którzy podali taką odpowiedź	
		1-2 tygodnie	Powyżej 2 tygodni
Kardiologia	23	18	36
Ortopedia	20	10	35
Laryngologia	13	–	23
Urologia	14	21	43
Neurologia	12	8	25

Najwięcej lekarzy wymieniło oddziały: urologiczne, kardiologiczne i ortopedyczne, gdzie czas oczekiwania na miejsce przekracza dwa tygodnie.

Konieczność oczekiwania na miejsce w szpitalu zdaniem lekarzy związane jest najczęściej z brakiem dostatecznej liczby łóżek szpitalnych.

Czas oczekiwania na leczenie szpitalne może pogorszyć stan pacjenta i wtedy będzie on przyjęty jako „stan ostry”.

W naszych badaniach pytaliśmy lekarzy, jakie są przyczyny odmowy hospitalizacji kierowanych przez nich pacjentów. Odpowiedzi lekarzy ilustruje poniższa tabela.

TAB. 19

Podawane przez lekarzy powody odmowy hospitalizacji; wybór wielokrotny, wyniki nie sumują się do 100 proc. (N=307)

Regionalna Kasa Chorych	Nie zdarza się (brak odmowy)	Brak miejsca	Pacjent nie wymaga hospitalizacji
Łódzka	7	28	48
Mazowiecka	26	49	41
Opolska	20	52	39
Podkarpacka	8	66	57
Podlaska	18	54	30
Pomorska	11	54	43
Śląska	27	29	41
Ogółem	16	46	44

Odmowa przyjęcia pacjenta skierowanego przez POZ do szpitala nie zdarza się zdaniem 16 proc. badanych przez nas lekarzy.

Konieczność oczekiwania na łóżko szpitalne zdarza się zdaniem 46 proc. badanych lekarzy. W podkarpackiej, Podlaskiej, Pomorskiej i Opolskiej Kasie Chorych ponad połowa badanych lekarzy zetknęła się z tym problemem.

Zdarza się, że kierowany pacjent wraca do lekarza POZ z adnotacją na skierowaniu „nie wymaga hospitalizacji”. W takiej sytuacji lekarz musi nadal prowadzić leczenie pacjenta, który jego zdaniem powinien być hospitalizowany.

44 proc. badanych lekarzy w swojej praktyce zetknęło się z odmową przyjęcia przez szpital kierowanego z POZ pacjenta. Najczęściej mówili nam o tym lekarze z Podkarpackiej i Łódzkiej Kasy Chorych. Kierownicy placówek szacowali w skali roku procent skierowań uznanych przez szpitale za nieuzasadnione.

TAB. 20

Odmowa hospitalizacji – „pacjent nie wymaga hospitalizacji”

Procent skierowań w skali roku	Kierownicy	
	Liczba	Procent (N=116)
Do 5	9	8
10 – 15	8	7
20 – 30	9	8
40 – 50	5	4
Ogółem	31	27

Problem ten zauważało:

- w Łódzkiej Kasie Chorych – 11 kierowników, 52 proc. badanych (N=21),
- w Mazowieckiej Kasie Chorych – 4 kierowników, 27 proc. badanych (N=15),
- w Opolskiej Kasie Chorych – 5 kierowników, 25 proc. badanych (N=20),
- w Podkarpackiej Kasie Chorych – 8 kierowników, 42 proc. badanych (N=19),
- w Podlaskiej Kasie Chorych – 2 kierowników, 20 proc. badanych (N=10),
- w Pomorskiej Kasie Chorych – 2 kierowników, 14 proc. badanych (N=15),
- w Śląskiej Kasie chorych badani kierownicy nie spotkali się z tym problemem.

Powyższe dane świadczą o braku ogólnie obowiązujących procedur postępowania diagnostyczno-terapeutycznego stosowanych przez lekarzy, niezależnie od terenu na którym pracują i wspólnych dla lecznictwa otwartego i zamkniętego.

2.3. Wnioski dotyczące współpracy ze specjalistami i szpitalami

- W badanych miastach powiatowych (39 miast) stwierdziliśmy brak lekarzy następujących specjalności:
 - w 11 – alergologów,
 - w 8 – diabetologów,
 - w 7 – kardiologów i reumatologów,
 - w 3 – neurologów,

Zapewnienie dostępu do wyżej wymienionych specjalistów na poziomie powiatów jest obowiązkiem władz samorządowych – zgodnie z rozporządzeniem wykonawczym do ustawy o puz **co to jest** (Dz.U. 2001.121.1315). Nie wywiązywanie się lokalnych władz samorządowych z nałożonych na nie obowiązków nie rodzi roszczenia o odszkodowanie po stronie ewentualnie poszkodowanych przez ten stan rzeczy pacjentów.

- W wielu badanych miastach powiatowych nie ma też lekarzy innych specjalności: onkologów, gastrologów, urologów, a także poradni dla nosicieli wirusa HIV. Skorzystanie z konsultacji i/lub leczenia u tych lekarzy związane jest z poniesieniem kosztów dojazdów, co z pewnością obniża dogodność korzystania z ich usług.
- Dużą trudnością dla lekarzy i pacjentów jest czas oczekiwania na wizytę u specjalisty. Najdłużej trzeba oczekiwać na dostanie się do kardiologa. W 40 proc. prób zapisania się do kardiologa proponowano termin powyżej dwóch tygodni, w tym w 16 proc. prób czas oczekiwania na przyjęcie przekraczał dwa miesiące. W przypadku schorzeń kardiologicznych pacjent może w ogóle nie doczekać się przyjęcia, albo w stanie nagłego pogorszenia zdrowia uzyskać pomoc bez żadnych kolejek i zapisów.

Lekarze POZ często mają problem z uzyskaniem konsultacji endokrynologa. Na problem ten zwróciło uwagę 39 proc. badanych lekarzy.

- Lekarze POZ mają trudności ze skierowaniem swoich pacjentów do leczenia w poradniach specjalistycznych – endokrynologicznej, kardiologicznej, neurologicznej.
- Dostęp do opieki zdrowotnej jest uzasadniony przez brak możliwości uzyskania przez lekarza POZ szybkiej i pomocnej w leczeniu konsultacji specjalistycznej.
- Brak procedur wymuszających przepływ informacji pomiędzy lekarzami POZ i poradniami specjalistycznymi utrudnia pracę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i może obniżać jakość ich usług.
- Lekarze POZ na ogół nie mają pełnej informacji na temat sytuacji zdrowotnej i życiowej swoich pacjentów. Nie mogą więc skutecznie realizować swojej misji zawodowej.
- Brak gwarantowanego przez państwo koszyka usług medycznych i nieostrej podział na publiczną i prywatną służbę zdrowia powoduje, że pacjenci muszą korzystać odpłatnie z usług medycznych, które powinny być dostępne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- Brak refundacji szczepień przeciwko WZW może zwiększać koszty leczenia, a na pewno pogorszy stan zdrowia i jakość życia pacjenta w wypadku zakażenia w szpitalu WZW.
- Zdaniem 46 proc. badanych lekarzy część kierowanych do szpitali pacjentów musi oczekiwać na przyjęcie ze względu na brak miejsc.
W Podkarpackiej, Podlaskiej, Pomorskiej i Opolskiej Kasie Chorych ponad połowa badanych lekarzy zetknęła się z tym problemem.
Konieczność oczekiwania na miejsce w szpitalu dotyczy najczęściej oddziałów urologicznych, kardiologicznych i ortopedii.
- Brak jest ogólnie obowiązujących procedur postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w dziedzinie interny i chirurgii wspólnych dla lecznictwa otwartego i zamkniętego. Świadczą o tym przypadki nieprzyjmowania przez szpitale tam pacjentów. Lekarz POZ uważa, że pacjent musi być leczony w warunkach szpitalnych a lekarz Izby Przyjęć szpitala odsyła pacjenta z adnotacją „nie wymaga hospitalizacji”. Odsetek skierowań uznanych przez szpital za niezasadne, kierownicy placówek szacowali na od 5 proc. do nawet 50 proc.
Problem ten najczęściej dotyczy pacjentów z Łódzkiej i Podkarpackiej Kasy Chorych.

III. LEKARZE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I ICH PACJENCI

W tym rozdziale przedstawimy krótką charakterystykę lekarzy opieki podstawowej (POZ) i ich podopiecznych.

Omówimy strukturę tej grupy lekarzy pod względem wieku, stażu pracy posiadanych specjalizacji i formy zatrudnienia.

Następnie zajmiemy się ich obciążeniem pracą zawodową, możliwościami kształcenia podyplomowego i oceną ogólną własnej sytuacji zawodowej.

3.1. Struktura grupy lekarzy uczestniczących w badaniach

W badaniach uczestniczyło 307 lekarzy. 78 osób pracuje w publicznych placówkach POZ (25 proc.), a 229 osób (75 proc.) w niepublicznych.

Większość (60 proc.) badanych lekarzy to kobiety.

TAB. 21

Struktura wieku badanej grupy lekarzy

Wiek	Placówki				Ogółem	
	Publiczne		Niepubliczne			
	liczba lekarzy	procent	liczba lekarzy	procent	liczba lekarzy	procent
Do 30 lat	10	13	9	4	19	6
31-40 lat	14	18	63	28	77	25
41-50 lat	26	33	111	48	137	45
51-55 lat	10	13	16	7	26	8
56-60 lat	6	8	6	3	12	4
61-65 lat	9	11	12	5	21	7
66 i więcej lat	2	3	5	2	7	2
Brak danych	1	1	7	3	8	3
Ogółem	78	100	229	100	307	100

Jak wynika z powyższej tabeli, lekarze młodzi, do 30. roku życia, częściej są zatrudniani w placówkach publicznych służby zdrowia.

Lekarze w wieku od 31 do 50 lat częściej pracują w placówkach niepublicznych, a z kolei osoby po 50. roku życia to znów częściej lekarze placówek publicznych.

Kwalifikacje zawodowe lekarzy POZ określone są między innymi przez liczbę i rodzaj posiadanych przez nich specjalizacji.

Prawie wszyscy uczestniczący w naszych badaniach lekarze (92 proc.) posiadali specjalizację. Pozostałe osoby to na ogół lekarze młodzi w trakcie specjalizacji. Ogółem 54 proc. badanych lekarzy ma ukończoną jedną specjalizację, najczęściej z interny. 38 proc. badanych lekarzy posiada po dwie specjalizacje z różnych dziedzin medycyny, drugą często jest specjalizacja – lekarz rodzinny.

Ze względu na docelowy model POZ ciekawe są dane dotyczące dostępu do specjalizacji lekarza rodzinnego i zainteresowania nią lekarzy. W naszych badaniach 22 proc. lekarzy posiadało te specjalizacje.

Poziom formalnego wykształcenia lekarzy w rozbiciu na świadczeniodawców publicznych i niepublicznych prezentuje tabela 22.

TAB. 22

Specjalizacje lekarzy w publicznych i niepublicznych placówkach POZ

	Placówki			
	Publiczne		Niepubliczne	
	Liczba lekarzy	Procent	Liczba lekarzy	Procent
Bez specjalizacji	9	12	14	6
1 specjalizacja	46	59	120	52
2 specjalizacje	23	29	95	42
Ogółem	78	100	229	100
W tym posiadający specjalizację z medycyny rodzinnej	7	9,0	61	27

W niepublicznej podstawowej opiece zdrowotnej pracuje zdecydowanie większy odsetek lekarzy, którzy posiadają dwie specjalizacje (najczęściej interna plus chirurgia, pediatria lub inne).

Zdecydowanie więcej lekarzy placówek niepublicznych posiada kwalifikacje lekarza specjalisty z zakresu medycyny rodzinnej.

Formalne kwalifikacje lekarzy w rozbiu na Kasy Chorych prezentuje poniższa tabela.

TAB. 23

Specjalizacje lekarzy w rozbiu na Kasy Chorych

Regionalna Kasa Chorych	Liczba lekarzy	Liczba posiadanych specjalizacji % lekarzy			Specjalizacja z med. rodzinnej
		żadnej	jedna	dwie	
Łódzka	54	17	57	26	7
Mazowiecka	39	8	64	28	33
Opolska	46	2	61	37	11
Podkarpacka	47	0	53	47	26
Podlaska	33	3	33	64	48
Pomorska	44	16	57	27	16
Śląska	44	4	48	48	27
Ogółem	307	8	54	38	22

Najwyższy odsetek lekarzy, którzy są specjalistami w dwóch dziedzinach medycyny, pracuje na terenie Podlaskiej Kasy Chorych. Więcej niż średni procent lekarzy o takich kwalifikacjach świadczy usługi na terenie działania Śląskiej i Podkarpackiej Kasy Chorych.

Specjalizację lekarza rodzinnego posiada prawie połowa (48 proc.) badanych lekarzy z Podlaskiej i jedna trzecia (33 proc.) lekarzy z Mazowieckiej Kasy Chorych. Najmniejszy odsetek lekarzy, którzy ukończyli specjalizację lekarza rodzinnego, odnotowaliśmy na terenie działania Łódzkiej i Opolskiej Kasy Chorych.

Staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, który może być wskaźnikiem doświadczenia zawodowego w tej specyficznej pracy „na pierwszej linii”, przedstawia tabela 24.

TAB. 24

Staż pracy lekarzy w POZ

Staż pracy	Placówki				Ogółem	
	Publiczne		Niepubliczne			
	liczba lekarzy	procent	liczba lekarzy	procent	liczba lekarzy	procent
1-5 lat	22	28	51	22	73	24
6-10 lat	6	8	44	19	50	16
11-15 lat	7	9	35	15	42	14
16-20 lat	14	18	48	21	62	20
21 i więcej lat	29	37	51	22	80	26
Ogółem	78	100	229	100	307	100

Forma zatrudnienia lekarzy jest oczywiście związana z podziałem na placówki publiczne i niepubliczne. Formy zatrudnienia lekarzy obrazuje tabela 25.

TAB. 25

Formy zatrudnienia lekarzy

Forma zatrudnienia	Placówki				Ogółem	
	Publiczne		Niepubliczne			
	liczba lekarzy	procent	liczba lekarzy	procent	liczba lekarzy	procent
Właściciel współwłaściciel udziałowiec	0	0,0	129	56	130	42
Umowa o pracę, etat lub część etatu	64	82	64	28	128	42
Umowa cywilnoprawna (zlecenia, o dzieło)	6	8	27	12	33	11
Inne	8	10	9	4	16	5
Ogółem	78	100	229	100	307	100

Ogółem 42 proc. badanych lekarzy pracuje na etatach. W placówkach publicznych stanowi to 82 proc. przyjmujących tam lekarzy, a w niepublicznych – 28 proc. Zatrudnienie w ramach stosunku pracy daje gwarancję stałych zarobków i wiąże się z przywilejami pracowniczymi przewidzianymi przez kodeks pracy.

Lekarze udzielający świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych pracują na ogół na umowach rocznych (czasem dwuletnich). Są oni bardziej zainteresowani „walką o pacjenta”, a ich dochody są wprost związane z liczbą zarejestrowanych pacjentów.

3.1.1. Obciążenie pracą

Uczestniczący w badaniach lekarze w ponad połowie przypadków (56 proc.) czują się przeciążeni pracą. Wiąże się to z liczbą przyjmowanych pacjentów i koniecznością pracy dodatkowej.

3.1.1.1. Obciążenie pracą w badanych placówkach

Liczbę pacjentów przyjmowanych w ciągu dnia pracy przez jednego lekarza prezentuje tabela 26.

TAB. 26

Liczba pacjentów przyjmowanych przez jednego lekarza w jednym dniu pracy

Regionalna Kasa Chorych	Liczba lekarzy	Liczba pacjentów na dzień pracy (procent lekarzy)				
		Do 10	11 – 20	21 – 30	31 – 40	Ponad 40
Łódzka	54	17	24	22	28	9
Mazowiecka	39	3	13	28	31	26
Opolska	46	–	11	20	37	33
Podkarpacka	47	–	4	23	45	28
Podlaska	33	–	6	27	52	15
Pomorska	44	–	7	27	34	32
Śląska	44	7	11	23	36	18
Ogółem	307	4 (13 osób)	11 (13 osób)	24 (74 osoby)	37 (113 osoby)	23 (13 osób)

W czasie jednego dnia pracy (normalnie 7 godz. 35 min) lekarz przyjmuje ponad 30 pacjentów – deklarowało tak 60 proc. badanych lekarzy.

Przyjmowanie ponad czterdziestu pacjentów dziennie deklarowało ponad 30 proc. lekarzy z Opolskiej i Pomorskiej Kasy Chorych, czyli z Kas Chorych o najwyższym wskaźniku sprywatyzowanych placówek służby zdrowia.

Oczywiście liczba przyjmowanych dziennie pacjentów przekłada się na czas poświęcony na przyjęcie jednego pacjenta. Przypomnijmy, że czas to najczęściej około 10 minut. Problem ten omówiliśmy w Rozdziale I (1.2.3.), str. 23.

3.1.1.2. Praca dodatkowa lekarzy

Ponad połowa (53 proc.) badanych lekarzy przyjmuje w więcej niż jednym miejscu pracy.

Lekarze ci (164 osoby) mają prywatne gabinety (56 proc.), pracują w szpitalach (27 proc.), w pogotowiu (16 proc.) i w innych placówkach.

Problem ten ilustruje poniższa tabela.

TAB. 27

Praca dodatkowa lekarzy, % lekarzy

Regionalna Kasa Chorych	Jedno miejsce pracy	Dodatkowa miejsce pracy lekarzy			
		Jedno	Dwa	Trzy	Cztery
Łódzka (N=54)	35	43	18	4	0
Maz. (N=39)	44	38	13	3	3
Opolska (N=46)	48	39	11	2	0
Podkar. (N=47)	45	36	19	0	0
Podlaska (N=33)	67	27	6	0	0
Pomorska (N=44)	57	39	2	2	0
Śląska (N=44)	39	43	11	4	2
Ogółem (N=307)	46	38	12	2	1

Największy odsetek lekarzy pracujących tylko w jednym miejscu pracy mają Podlaska i Pomorska Kasa Chorych.

Lekarze z terenu działania Łódzkiej i Śląskiej Kasy Chorych częściej niż ich koledzy z innych Kas świadczą usługi w dwóch lub trzech miejscach pracy.

3.1.2. Możliwość kształcenia podyplomowego lekarzy

Szybki rozwój medycyny wymaga od lekarza stałego uzupełniania zdobytej wiedzy. W ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w art. 19 czytamy, że „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadającym wymaganiom wiedzy medycznej”. Również ustawa o zawodzie lekarza w art. 4 mówi, że „...lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej...”. Możliwość podyplomowego kształcenia się lekarzy i stałego doskonalenia zawodowego są niezbędnym (ale niewystarczającym) warunkiem urzeczywistnienia w praktyce powyższych unormowań.

Badani przez nas lekarze swoje możliwości kształcenia podyplomowego oceniali dość krytycznie.

TAB. 28

Możliwości kształcenia podyplomowego – zdaniem lekarzy, % wypowiedzi

Możliwości kształcenia	Placówki		Ogółem N=307
	Publiczne (N=78)	Niepubliczne (N=229)	
Bardzo dobre	4	9	8
Dobre	30	35	34
Dostateczne	31	39	37
Niedostateczne	28	14	18
Brak odpowiedzi	8	2	4

Swoje możliwości kształcenia podyplomowego 18 proc. lekarzy oceniło jako niedostateczne. Ocenę taką sformułowało 28 proc. lekarzy placówek publicznych i 14 proc. lekarzy niepublicznych placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarze placówek niepublicznych wyżej ocenili swoje możliwości podyplomowego podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Problemy z kształceniem podyplomowym lekarzy potwierdzają dane uzyskane od kierowników badanych placówek (w 93 proc. także lekarzy). 24 proc. kierowników badanych placówek wśród czynników utrudniających im życie wymieniło brak możliwości kształcenia podyplomowego lekarzy.

Główną barierą w doskonaleniu zawodowym lekarzy jest brak czasu i wysoka odpłatność szkoleń. W publicznych POZ lekarz może uzyskać dzień wolny na szkolenie bez konieczności odpracowywania. W niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i praktykach lekarza rodzinnego, lekarz na ogół musi zorganizować zastępstwo.

3.1.3. Ocena przez lekarzy własnej sytuacji zawodowej

Ogólną ocenę swojej sytuacji zawodowej dokonaną przez badanych lekarzy obrazuje poniższa tabela.

TAB. 29

Lekarze – ogólna ocena swojej sytuacji zawodowej (N=307), % lekarzy

Sytuacja zawodowa	Placówki		Ogółem
	Publiczne	Niepubliczne	
Bardzo dobre	6	10	9
Dobre	35	58	52
Dostateczne	38	27	30
Niedostateczne	17	4	7
Brak odpowiedzi	4	1	2

Jak obrazuje to powyższa tabela, 30 proc. uczestniczących w badaniach lekarzy ocenia swoją sytuację zawodową jako dostateczną, 7 proc. zaś jako zdecydowanie niedostateczną. Pozostali lekarze 62 proc. – ocenili ją jako dobrą lub bardzo dobrą.

Zdecydowanie mniej ze swojej sytuacji zawodowej są lekarze z publicznych placówek POZ. W podstawowym miejscu pracy „statystyczny lekarz” przyjmuje powyżej 30 pacjentów dziennie. Ocenia swoją sytuację zawodową jako „dobrą” lub „dostateczną”. Co drugi lekarz pracuje dodatkowo w gabinecie prywatnym, szpitalu lub pogotowiu i czuje się przeciążony pracą. Co trzeci ma ograniczone możliwości kształcenia podyplomowego.

Osoba, którą spotkamy po wejściu do gabinetu, to lekarz przepracowany, średnio zadowolony ze swojej sytuacji zawodowej, z ograniczonymi możliwościami kształcenia podyplomowego.

3.1.4. Świadczeniobiorcy lekarzy POZ – pacjenci

W naszych badaniach uczestniczyło 853 klientów POZ>

W jednej badanej placówce rozmawialiśmy z 5 – 10 pacjentami – średnio było to 7 osób – które, oczekując na wizytę u lekarza, wyraziły zgodę na przeprowadzenie rozmowy. Wśród osób badanych większość (68 proc.) stanowiły kobiety.

Struktura wieku i wykształcenia badanych pacjentów nie odbiega od rozkładu w całej populacji ludności Polski.

Prawie wszyscy (99 proc.) pacjenci podali, że przychodzą do lekarza POZ nie częściej niż 6 razy w roku.

Interesujący ze względu na temat tego monitoringu jest problem zatrudnienia badanych osób.

TAB. 30

Pacjenci – zatrudnienie, % badanych w poszczególnych Kasach Chorych

Regionalna Kasa Chorych	Pracuje	Nie pracuje	Pacjenci niepracujący				Płeć	
			Bezrobotny	Renciasta	Emeryt	Inne	K	M
Łódzka (N=164)	34	66	9	17	29	11	60	40
Mazow. (N=18)	42	58	13	14	20	11	70	30
Opolska (N=124)	47	53	12	10	20	11	65	35
Podkar. (N=133)	39	61	14	21	20	6	55	45
Podlaska (N=97)	36	64	11	14	21	18	64	36
Pomorska (N=112)	38	62	8	19	20	15	56	44
Śląska (N=105)	38	62	13	12	21	16	62	38
Ogółem (N=853)	39	61	11	15	22	13	63	37

Tylko 39 proc. badanych pacjentów to osoby pracujące. Pozostali to emeryci (22 proc.), renciści (15 proc.), bezrobotni (11 proc.) oraz osoby niepracujące (12 proc.) nieposiadające żadnego z tych statusów.

Emeryci, renciści i bezrobotni to najbiedniejsza grupa ludzi w kraju. Dlatego też oni najczęściej korzystają z usług publicznej służby zdrowia.

Sytuacja materialna pacjentów jest źródłem wcześniej opisywanych problemów:

- trudności z dostępem do leków (por. Rozdz. 1, 1.1.4, str. 19 i in.),
- braku możliwości wykonywania koniecznych, ale odpłatnych badań diagnostycznych,
- braku możliwości korzystania z usług lecznictwa prywatnego.

Z punktu widzenia lekarza trudna sytuacja materialna pacjenta powoduje konieczność „pracy z cennikiem leków w rękę”.

Lekarze mówili nam też o tym, że często pacjent po leczeniu w szpitalu z dobrym efektem terapeutycznym wraca do lekarza POZ i prosi o leki tańsze niż zalecane przez szpital.

Sytuacja materialna pacjentów POZ i przyjęty system refundacji leków uniemożliwia wywiązanie się przez Polskę ze zobowiązań przyjętych w Europejskiej Karcie Społecznej i Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych.

Przyjęcie tych dokumentów miało zapewnić każdemu możliwość korzystania z wszelkich środków umożliwiających posiadane najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia.

3.2. Opinie lekarzy i kadry kierowniczej POZ o swojej pracy

3.2.1. Czynniki utrudniające pracę lekarzy i kadry kierowniczej POZ

Lekarze podawali szereg uwarunkowań swojej działalności zawodowej, które stwarzają trudności. Obrazuje to poniższa tabela.

TAB. 31

Czynniki utrudniające pracę lekarzy, procent wypowiedzi, wybór wielokrotny – wyniki nie sumują się do 100 proc.

	Placówki		Ogółem
	Publiczne	Niepubliczne	
Ubóstwo pacjentów	69,2	90	84
Przerzucanie przez lekarzy specjalistów kosztów badań diagnostycznych na POZ	50	70	65
Limity finansowe „na pacjenta”	45	67	62
Nadmiar czynności urzędniczych	54	65	62
Trudne do przewidzenia skutki „reformy reformy służby zdrowia”	51	54	54
Fizyczne warunki pracy	20	8	11
Braki w wyposażeniu	40	21	26
Zła organizacja pracy	22	6	10
Utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów	33	25	27
	N=78	N=229	N=307

Jak obrazuje to powyższa tabela, ponad 50 proc. lekarzy jako utrudnienie wymieniło czynniki makroekonomiczne: ubóstwo pacjentów oraz przyjęty sposób finansowania i rozliczania świadczeń medycznych.

Kolejnym poważnym utrudnieniem jest brak poczucia stabilności i niepewność związana z przygotowywanymi zmianami zarządzania i finansowania służby zdrowia.

Lekarze z placówek publicznych znacznie częściej niż ich koledzy z placówek niepublicznych wskazywali na utrudnienia w skali poszczególnych placówek, takie jak: złe fizyczne warunki pracy (ciasno, ciemno, zimno), braki w wyposażeniu i zła organizacja pracy.

Przyczyny utrudnień w pracy kadry kierowniczej ilustruje tabela.

TAB. 32

Czynniki utrudniające pracę kierownikom placówek, % kierowników, wybór wielokrotny – wyniki nie sumują się do 100 proc.

	Placówki		Ogółem
	Publiczne	Niepubliczne	
Zubożenie pacjentów	71	80	78
Warunki finansowe działalności	71	74	73
Nadmierna sprawozdawczość (KCh, ZUS, GUS)	82	70	72
Planowana „reformacja, reformy służby zdrowia”	39	56	52
Wymagania KCh	39	41	40
Regulacje ustawowe*	29	31	30
Brak możliwości kształcenia podyplomowego lekarzy	21	25	24
„Walka o pacjentów”	18	24	22

* Kierownicy jako utrudnienie wskazywali głównie niestabilność i częste zmiany przepisów, a nie konkretne rozwiązania prawne

Kierownicy placówek, podobnie jak lekarze, źródła utrudnień swojej pracy lokują w otoczeniu zewnętrznym. Są to przede wszystkim: zubożenie pacjentów, system finansowania usług medycznych i nadmierna sprawozdawczość.

Kierownicy wskazywali również na brak stabilności systemu opieki zdrowotnej, brak merytorycznej informacji o planowanych zmianach w systemie finansowania usług medycznych oraz nieustanne zmiany podstawowych, wiążących ich aktów prawnych (ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej była zmieniana do czerwca 2002 r. 26 razy, ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza 14 razy, a ustawa z dnia 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym 31 razy – czyli średnio co dwa miesiące).

3.2.2. Czynniki ułatwiające pracę lekarzom i kadrze kierowniczej POZ

Czynniki ułatwiające pracę badanych lekarzom i kierownikom placówek to z reguły czynniki „zewnętrzne”, tzn. takie, na które mają oni bezpośredni wpływ. Problem ten ilustruje poniższa tabela.

TAB. 33

Czynniki ułatwiające pracę lekarzom, % lekarzy, wybór wielokrotny – wyniki nie sumują się do 100 proc.

	Placówki		Ogółem
	Publiczne	Niepubliczne	
Dobre fizyczne warunki pracy	41	69	62
Dobry sprzęt diagnostyczny	30	47	42
Wykonywanie na miejscu badań analitycznych i aparaturowych	55	75	70
	N=78	N=229	N=307

TAB. 34

Czynniki ułatwiające pracę kierownikom placówek, % kierowników, wybór wielokrotny – wyniki nie sumują się do 100 proc.

	Placówki		Ogółem
	Publiczne	Niepubliczne	
Dobry zespół ludzi	82	86	85
Sam charakter pracy	14	25	22
Dobra organizacja pracy	10	17	16
Niezależność, samodzielność	7	17	15
	N=28	N=88	N=116

Lekarze i kierownicy z placówek niepublicznych zdecydowanie częściej wskazywali czynniki ułatwiające im pracę, można więc sądzić, że są oni bardziej zadowoleni niż ich koledzy z placówek publicznych.

Wyniki te wskazują także, że niepubliczna służba zdrowia dysponuje lepszym (nowszy?) sprzętem diagnostycznym i pracuje w lepszych warunkach lokalowych.

W kilku miastach, np. w Dębicy, lekarze mówili nam, że stan techniczny budynków jest poważną barierą w prywatyzacji lokalnej służby zdrowia.

Ze względu na złe warunki sanitarne Sanepid nie wyraził zgody na rejestrację określonych pomieszczeń jako gabinetów lekarskich.

3.3. Wnioski dotyczące sytuacji zawodowej lekarzy POZ

- Publiczne placówki służby zdrowia częściej zatrudniają lekarzy w ramach stosunku pracy.

Lekarze ci mają większe poczucie bezpieczeństwa zawodowego, relatywnie więcej czasu poświęcają na przyjęcie jednego pacjenta i przywiązują mniejszą wagę do kosztów zlecanych badań diagnostycznych.

„Jestem lekarzem, a nie księgowym”, „Wystawiam tyle skierowań ile potrzeba, w granicach rozsądku” – to częste wypowiedzi lekarzy z publicznych placówek służby zdrowia.

- Ponad połowa lekarzy (56 proc.) czuje się przeciążona pracą. Wiąże się to z przyjmowaniem 30 – 40 pacjentów dziennie w podstawowym miejscu pracy oraz pracą dodatkową w gabinecie prywatnym, szpitalu lub pogotowiu.
- Lekarze ze względu na brak czasu i koszty oferowanych im szkoleń mają ograniczoną możliwość doskonalenia zawodowego.
- Prawie połowa (49 proc.) pacjentów POZ to osoby bezrobotne, renciści i emeryci. Sytuacja materialna pacjentów jest poważną barierą w ich dostępie do leków, a co za tym idzie – do możliwości skorzystania z opieki lekarskiej.
- Lekarze POZ uważają, że lekarze specjaliści przerzucają koszty leczenia specjalistycznego na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (chodzi tu o koszty badań analitycznych i diagnostycznych).
- Poważnym utrudnieniem w sprawnym funkcjonowaniu POZ, zdaniem lekarzy, jest niestabilność przepisów prawa i nadmierna sprawozdawczość.
- Brak jest rzetelnej i merytorycznej informacji o planowanych zmianach w systemie zarządzania i finansowania służby zdrowia.

IV. PODSUMOWANIE

Poniżej przedstawiamy uogólnione wnioski płynące z naszych badań.

Jako organizacja pozarządowa typu *watch-dog*, której misją jest społeczna kontrola działań władzy publicznej, koncentrujemy się na ewentualnych zagrożeniach dla realizacji prawa do ochrony zdrowia. Sposoby usunięcia tych zagrożeń pozostawiamy odpowiednim organom władzy publicznej.

W tym miejscu warto przypomnieć, że Konstytucja RP w art. 68 gwarantuje obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w art. 1a stanowi, że ubezpieczenie zdrowotne oparte jest między innymi na zasadzie solidarności społecznej i zapewnienia równego dostępu do świadczeń.

4.1. Dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Istniejąca sieć placówek POZ w badanych przez nas miastach powiatowych zapewnia możliwość dostania się wszystkich badanych pacjentów do lekarza środkami transportu publicznego w czasie nie dłuższym niż jedna godzina.

Gwarantowana ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym możliwość swobodnego wyboru i zmiany lekarza była realizowana bez przeszkód przez badanych przez nas pacjentów.

W naszych badaniach stwierdziliśmy zróżnicowanie dostępności świadczeń medycznych ze względu na:

- miejsce zamieszkania, praktycznie warunkujące przynależność do jednej z 17 niezależnych Kas Chorych,
- poziom prywatyzacji służby zdrowia w różnych miastach powiatowych, który determinuje konieczność leczenia się w publicznych lub niepublicznych placówkach służby zdrowia.

Świadczą o tym następujące dane:

1. Przyjęty system finansowania świadczeń zdrowotnych na podstawie wpływów Kas Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (pomimo rozliczeń wyrównawczych między Kasami) skutkuje zróżnicowaniem stawek płaconych przez Kasy Chorych na zarejestrowanego pacjenta. Zróżnicowanie stawki kapitałowej oraz przyjęcie różnych przeliczników tych stawek dla tych samych kategorii pacjentów w różnych Kasach Chorych powoduje nierówny dostęp obywateli do korzystania ze środków publicznych.
2. Połowa (49 proc.) kierowników badanych placówek twierdzi, że posiadane środki finansowe nie wystarczają na potrzebne badania diagnostyczne. 12 proc. kierowników placówek ogranicza te badania, a 7 proc. decyduje się na osiągnięcie ujemnego wyniku finansowego. Dostęp do badań diagnostycznych jest zróżnicowany ze względu na mniejsze zamieszkania. Główną trudnością są długie terminy oczekiwania. Jedynie w Opolskiej Kasie Chorych lekarze nie spotykają się z tego typu trudnościami. Lekarze z Podkarpackiej i Mazowieckiej Kasy Chorych stosunkowo najczęściej mówili o tym rodzaju trudności.
3. Brak lekarzy określonych specjalności (alergologów, diabetologów, kardiologów, reumatologów i neurologów) w szeregu miast powiatowych powoduje zróżnicowanie dostępu do tych świadczeń specjalistycznych w zależności od miejsca zamieszkania. Zabezpieczenie dostępu do wyżej wymienionych specjalistów na poziomie powiatu jest obowiązkiem władz samorządowych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz.U. 2001.121.1315).

4. Dostęp do leczenia zamkniętego (szpitali) jest zróżnicowany ze względu na miejsce zamieszkania. O odmowie przyjęcia do szpitala ze względu na brak miejsc najczęściej mówili lekarze z Podkarpackiej, Podlaskiej i Pomorskiej Kasy Chorych. Najbardziej problem ten podnosili lekarze z terenu działania Śląskiej Kasy Chorych.
5. W niepublicznej podstawowej opiece zdrowotnej pracuje zdecydowanie większy odsetek lekarzy posiadających dwie specjalizacje medyczne niż w placówkach publicznych (odpowiednio 26 proc. i 9 proc.). Również lekarze posiadający specjalizację lekarza rodzinnego częściej pracują w niepublicznych zakładach POZ. W Podlaskiej, Śląskiej i Podkarpackiej Kasie Chorych pracuje większy odsetek lekarzy, którzy ukończyli dwie specjalizacje, niż w pozostałych badanych Kasach. Procentowy udział lekarzy mających specjalizację lekarza rodzinnego w badanej grupie waha się od 7 proc. w Łódzkiej Kasie Chorych do 48 proc. w placówkach Podlaskiej Regionalnej kasy Chorych.
6. Dostępność w aspekcie łatwości, dogodności korzystania ze świadczeń służby zdrowia również jest zróżnicowana. Podstawowe różnice występują pomiędzy publiczną i niepubliczną służbą zdrowia.
Organizacja przyjęć pacjentów jest dogodniejsza w niepublicznych placówkach POZ. Składają się na to:
 - zapisywanie pacjentów przez telefon na konkretną godzinę i związane z tym krótsze oczekiwanie na przyjęcie po przybyciu do przychodni,
 - dostępność świadczeń całodobowych,
 - możliwość telefonicznego skontaktowania się z lekarzem w święta i dni wolne od pracy,
 - fizyczne warunki udzielania świadczeń (parkingi, podjazdy, windy, sanitariaty) są zdecydowanie lepsze w placówkach niepublicznych. Warunki te różnicują dogodność korzystania ze świadczeń tych placówek szczególnie dla osób starszych i niepełnosprawnych.

4.2. Lekarze POZ i ich pacjenci

- 1) Lekarze świadczący usługi w podstawowej opiece zdrowotnej czują się przeciążeni pracą, ponieważ:
 - 60 proc. lekarzy przyjmuje ponad 30 (w tym 23 proc. ponad 40) pacjentów dziennie w podstawowym miejscu pracy,
 - 54 proc. lekarzy pracuje dodatkowo w gabinecie prywatnym, szpitalu lub pogotowiu.
- 2) Prawie połowa (49 proc.) pacjentów to osoby bezrobotne, renciści i emeryci (osoby lepiej sytuowane częściej korzystają z prywatnej służby zdrowia, a niektórzy pracodawcy zapewniają opiekę lekarską swoim pracownikom i ich rodzinom poza systemem powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych). Sytuacja materialna pacjentów jest poważną barierą w ich dostępie do leków, a co za tym idzie, do możliwości skutecznego skorzystania z opieki lekarskiej. 97 proc. badanych lekarzy przy doborze leków dla pacjenta poza wskazaniami medycznymi jako dodatkowe kryterium wyboru przyjmuje cenę preparatu. 44 proc. badanych pacjentów twierdzi, że nie stać ich na kupowanie potrzebnych leków. Pacjenci ci nie wykupują wszystkich leków, kupują tańsze odpowiedniki lub zmniejszają sobie dawki, żeby starczyło na dłużej. Trudno oszacować, jakie są koszty tych decyzji dla systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych i samych pacjentów.
- 3) Zgodnie z założeniami reformy lekarz POZ miał posiadać wszystkie dane istotne dla ochrony zdrowia pacjenta, by mógł prowadzić kompleksowe leczenie i być

przewodnikiem pacjenta po całym systemie służby zdrowia. Cel ten nie w pełni realizowany, ponieważ:

- Czas jaki lekarz poświęca na przyjęcie jednego pacjenta to najczęściej od 5 do 10 minut. Nie ma więc możliwości porozmawiania z pacjentem, przekonania go do proponowanego leczenia, omówienia ewentualnej skomplikowanej diety czy wskazań co do trybu życia.
- Trudny i nierówny dostęp do konsultacji i leczenia specjalistycznego utrudnia pracę lekarza POZ. Podstawowym problem są tu terminy, w jakich można uzyskać konsultację i/lub leczenie specjalistyczne.
- Brak procedur wymuszających przepływ informacji pomiędzy POZ a lecznictwem specjalistycznym utrudnia koordynację leczenia, co miało być jednym z głównych zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/lekarza rodzinnego.
- Przypadki odmowy hospitalizacji „z braku wskazań: świadczą o braku ogólnie obowiązujących procedur postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wspólnych dla lecznictwa otwartego i zamkniętego.
- Badani lekarze jako główne czynniki utrudniające im pracę wymieniali: ubóstwo pacjentów, przyjęty system kontraktowania i rozliczania świadczeń medycznych, brak rzetelnej informacji o przygotowywanych zmianach w systemie finansowania służby zdrowia oraz niestabilność wiążących ich podstawowych aktów prawnych.

STRESZCZENIE

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z ważnych praw socjalnych człowieka.

Jak większość praw człowieka jest ono ograniczone. By mogło być egzekwowane przez obywateli, musi być jasno określone, jakie świadczenia medyczne zobowiązane są zapewnić każdemu władze publiczne, a co wykracza już poza zakres obowiązków państwa. W Polsce od wielu lat toczy się dyskusja nad modelem publicznej służby zdrowia. Jak dotąd, nie doprowadziła ona do jasnego określenia koszyka usług medycznych gwarantowanych przez państwo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Niniejszy raport pt. „Prawo do ochrony zdrowia” jest próbą włączenia się do tej dyskusji. W lutym i marcu 2002 r. przeprowadziliśmy badania dotyczące dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej osób dorosłych.

Badania przeprowadziliśmy w 121 placówkach podstawowej opieki zdrowotnej z terenu działania 7 Kas Chorych. Uczestniczyło w nich 853 pacjentów, 307 lekarzy i 116 kierowników przychodni. Zebraliśmy też dane gromadzone w rejestracjach tych przychodni. Wszystkie badane placówki były zlokalizowane w miastach powiatowych.

Konstytucyjnym obowiązkiem władzy publicznej jest zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 Konstytucji RP).

Wiążące Polskę i stanowiące część krajowego porządku prawnego umowy międzynarodowe zastrzegają jeszcze obowiązki państwa w tym zakresie.

Wiążący Polskę od 1977 r. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych ONZ w art. 12 pkt 1 uznaje prawo każdego człowieka do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

Europejska Karta Społeczna (przyjęta przez Polskę w 1997 r.) zgodnie z zasadą 11 nakłada na państwo obowiązek zapewnienia skutecznej realizacji prawa do korzystania z wszelkich środków umożliwiających każdemu człowiekowi posiadanie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia.

Również ustawy regulujące funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce – ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i ustawa o zawodzie lekarza – potwierdzają prawo obywateli do równego dostępu do świadczeń medycznych o możliwie najwyższym standardzie.

W naszych badaniach poszukiwaliśmy odpowiedzi na pytanie, jak obecny system opieki zdrowotnej realizuje te zobowiązania państwa.

Polityka zdrowotna realizowana jest przez administrację rządową i samorządową, która określa potrzeby w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego obywateli i sposoby ich realizacji, zaś płatnikiem usług medycznych od 1999 r. są Regionalne Kasy Chorych, niektóre wysoko specjalistyczne procedury medyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu państwa.

Dysponent środków publicznych na ochronę zdrowia – Kasa Chorych – zawiera umowy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych na terenie swego działania (województwa).

Od 1991 roku na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej powstała możliwość wykonywania zadań w zakresie ochrony zdrowia przez podmioty niepubliczne. Decyzje o prywatyzacji publicznej służby zdrowia leżą w gestii władz samorządowych. Proces prywatyzacji jest więc zróżnicowany lokalnie. Badania prowadziliśmy w miastach, w których cała podstawowa opieka zdrowotna to zakłady niepubliczne (np. Siemianowice Śląskie, Mielec), jak również w miastach, gdzie działają głównie placówki publiczne (np. Dębica, Bełchatów, Jarosław).

Powstawanie nowych niepublicznych grupowych i indywidualnych praktyk lekarskich to z kolei decyzja konkretnych osób lub grup osób, ale ostatecznym decydującym jest Kasa Chorych – która zakupi lub nie zakupi oferowanych usług.

W naszych badaniach dostępność podstawowej opieki zdrowotnej analizowaliśmy pod kątem ewentualnych różnicowań ze względu na przynależność do określonej Kasy Chorych i korzystanie z publicznych lub niepublicznych placówek POZ.

1. Dostępność podstawowej opieki zdrowotnej

W niniejszym raporcie dostępność POZ zdefiniowaliśmy jako zarówno:

- osiągalność świadczeń, jak i
- dogodność, łatwość korzystania z nich.

1.1. Osiągalność świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Badając osiągalność świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, porównywaliśmy liczbę pacjentów, którymi opiekuje się jeden lekarz, czas pracy lekarzy, dostęp pacjentów do badań diagnostycznych i możliwość zakupu leków przez pacjentów.

Przyjęty system finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oparty jest na liczbie zarejestrowanych pacjentów. Rodzi to dwojaki rodzaj nierówności. Po pierwsze, nie wszystkie osoby zarejestrowane na listach poszczególnych lekarzy korzystają z ich porad. Działa tu zasada solidaryzmu społecznego, czyli, inaczej mówiąc, „młodzi i zdrowi” finansują leczenie osób, które tego potrzebują.

Sytuacja finansowa placówek o tej samej liczbie zarejestrowanych podopiecznych jest diametralnie różna w zależności od liczby osób zarejestrowanych, które faktycznie się leczą. Takie same kwoty otrzymują placówki, gdzie leczy się np. 30% i 80% zarejestrowanych osób.

Przyjęty sposób finansowania zrodził też nowe zjawisko „walki o pacjenta” pomiędzy lekarzami, która czasem przybiera formy gry nie fair – podważania zaufania pacjentów do kolegów po fachu lub wręcz „podkradania” sobie pacjentów.

Wszystkie Kasy Chorych ustalają stawkę bazową (stawka kapitacyjna) korygowaną w górę lub w dół dla poszczególnych grup wiekowych i kategorii pacjentów, którą następnie mnożą przez liczbę zarejestrowanych w opiece świadczeniodawcy pacjentów poszczególnych typów i tak ustalają kwotę swojego zobowiązania wobec danego świadczeniodawcy.

Stawka bazowa związana jest z wpływami środków do Kas Chorych ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. W badanych przez nas placówkach wahała się ona od 46 do 80 zł rocznie na zarejestrowanego pacjenta. Różne Kasy Chorych przyjęły też różne przeliczniki stawki bazowej dla danej kategorii wiekowej pacjentów, np. osoby powyżej 65 roku życia w Śląskiej Kasie Chorych leczone są za stawkę bazową x 1,4, a w Opolskiej Kasie Chorych za stawkę bazową x 1,8.

Omawiany system finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej pozwala na stwierdzenie, że występuje nieuzasadnione różnicowanie dostępu obywateli do korzystania ze środków publicznych ze względu na przynależność do określonej Kasy Chorych.

Istniejąca sieć placówek POZ umożliwia dostanie się każdego pacjenta do swojego lekarza środkami komunikacji publicznej w czasie nie dłuższym niż jedna godzina.

Czas pracy (godziny przyjęć lekarzy) – najczęściej od godz. 8.00 do 18.00 od poniedziałku do piątku i od godz. 8.00 do 13.00 w soboty, nie stwarza trudności w dostępie do opieki ambulatoryjnej.

Natomiast opieka nocna i w dni wolne od pracy nie zawsze zabezpiecza potrzeby pacjentów. Tylko 4% pacjentów placówek publicznych i 22% pacjentów placówek niepublicznych ma możliwość skontaktowania się telefonicznego ze swoim lekarzem w dni

wolne od pracy. W przypadku zachorowania w nocy 72% badanych przez nas pacjentów wzywa pogotowie ratunkowe. Odciążenie pogotowia ratunkowego poprzez przeniesienie obowiązku całodobowych świadczeń lekarskich na POZ nie występuje w praktyce.

Badani przez nas pacjenci nie mieli trudności z uzyskaniem wizyty domowej lekarza POZ.

Specjalną kategorią pacjentów wymagających wizyt domowych są pacjenci terminalni. 60% (187 osób) lekarzy uczestniczących w naszych badaniach ma w opiece takich pacjentów. W trzech miastach: w Rudzie Śląskiej, w Grójcu i w Ciechanowie, funkcjonują wyspecjalizowane jednostki domowych usług opieki paliatywno-hospicyjnej. W pozostałych miastach opieka nad pacjentami terminalnymi sprawowana jest przez pielęgniarki środowiskowe i lekarzy POZ (rodziny). Pacjenci terminalni nie zawsze objęci są planowym postępowaniem medycznym – czasem jedynie pomocą doraźną.

Dostęp pacjentów do badań diagnostycznych bywa ograniczany. 49% kierowników badanych placówek twierdziło, że brakuje im pieniędzy na konieczne badania diagnostyczne.

W sytuacji deficytu środków finansowych kierownicy placówek:

- ograniczają badania diagnostyczne (12% kierowników),
- decydują się na osiągnięcie ujemnego wyniku finansowego (7%),
- zdobywają dodatkowe środki poprzez świadczenie odpłatnych usług i ograniczanie innych wydatków (7%).

Pytani o ten problem lekarze albo oburzali się, mówiąc np.: „jestem lekarzem, a nie księgowym i wystawiam tyle skierowań, ile potrzeba”, albo, że „należy oszczędzać”, „lekarz, który wystawia dużo skierowań jest źle widziany” lub formułowali inne wypowiedzi świadczące o samoograniczeniu się lekarzy w tym zakresie. Jeżeli pomimo tych ograniczeń lekarz zleci wykonanie badań dodatkowych, zdaniem nieco ponad 90% lekarzy, pacjenci nie mają trudności z ich wykonaniem.

Możliwość zakupu zleconych leków jest oczywistym warunkiem skutecznego leczenia. Na tym tle występują poważne trudności dla pacjentów i lekarzy. 44% badanych pacjentów twierdzi, że nie stać ich na kupowanie zleconych przez lekarza leków.

Pacjenci ci radzą sobie w ten sposób, że:

- kupują nie wszystkie leki (22% badanej populacji pacjentów),
- kupują tańsze odpowiedniki zapisanych leków (23% badanych pacjentów),
- zmniejszają dawki, żeby „starczyło na dłużej” (6% badanych pacjentów).

Najtrudniejszą pod tym względem sytuację przedstawili pacjenci z terenu Mazowieckiej, Łódzkiej, Podlaskiej i Pomorskiej Kasy Chorych, gdzie 1/4 – 1/3 pacjentów nie kupuje wszystkie zalecane leki, a „tylko te potrzebniejsze”. Nie wiemy, które leki pacjenci kwalifikują do kategorii „tych potrzebniejszych”, ale wiemy, że na ogół nie są oni lekarzami.

Nasze badania zostały zrealizowane przed ogłoszeniem przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nowej, zweryfikowanej, lity leków refundowanych. Nie dysponujemy danymi, które pozwoliłyby ocenić, czy opisana sytuacja zmieni się na korzyść, czy też pogorszy się możliwość leczenia się znaczącej liczby pacjentów.

Pytaliśmy uczestniczących w badaniach lekarzy o to, czym poza wskazaniami medycznymi kierują się przy wyborze leków dla pacjenta. Jako dodatkowe kryterium wyboru 97% badanych lekarzy wymieniło cenę preparatu. Lekarze mówili nam o przypadkach, gdy pacjent po wyjściu ze szpitala przychodzi do lekarza POZ i wprost prosi o przepisanie tańszych leków lub twierdzi, „że źle się czuję” po tych zleconych przez szpital. „Cały czas pracuję z cennikiem leków w ręku” – to typowa wypowiedź lekarzy w tej sprawie.

1.2. Dogodność korzystania ze świadczeń

Badając dogodność korzystania ze świadczeń POZ interesowaliśmy się: możliwością swobodnego wyboru lekarza, organizacją przyjęć, ilością czasu poświęcanego przez lekarza na przyjęcie jednego pacjenta i warunkami lokalowymi udzielania świadczeń.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym gwarantuje wszystkim ubezpieczonym prawo wolnego wyboru lekarza. W naszym badaniach nie stwierdziliśmy trudności związanych ze swobodą wyboru i zmiany lekarza prowadzącego.

Pacjenci najczęściej (w blisko 50% przypadków) wybierają placówkę usytuowaną najbliżej ich miejsca zamieszkania i lekarza, którego wcześniej znali i cenili.

Organizacja przyjęć jest zdecydowanie dogodniejsza dla pacjentów w niepublicznych placówkach POZ. wiąże się to z praktyką zapisów przez telefon na konkretną godzinę.

Dostanie się do swojego lekarza w dniu zgłoszenia, co badaliśmy metodą próbki losowej, było niemożliwe w 17% zgłoszeń w danym dniu w zakładach publicznych i w 9% zgłoszeń w placówkach niepublicznych. Pacjenci ci mogli być przyjęci przez innego lekarza lub w dniu następnym.

Warunki lokalowe udzielania świadczeń – windy, parkingi, podjazdy dla wózków inwalidzkich, toalety – są zdecydowanie dogodniejsze dla pacjentów niepublicznych placówek POZ.

Placówki niepubliczne mogą powstawać w Polsce od 1991 roku (tj. od wejścia w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), są więc z reguły młodsze niż placówki publiczne.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, Minister zróżnicował placówki nowo tworzone i już działające w dniu wejścia w życie rozporządzenia.

Placówki nowo tworzone, by być wpisanymi do rejestru, muszą spełniać standardy określone w rozporządzeniu. Placówki działające wcześniej „...zobowiązane są przedstawić program dostosowania zakładu do wymagań w terminie nie dłuższym niż 10 lat”. Termin ten upływa we wrześniu bieżącego roku.

Pacjenci uczestniczący w naszych badaniach (853 osoby) w olbrzymiej większości są zadowoleni z opieki lekarskiej (90% pacjentów). Również lekarze (307 osób) w 84% przypadków ocenili dostępność POZ dla pacjentów jako dobrą lub bardzo dobrą.

2. Współpraca POZ ze specjalistami i szpitalami

Lekarze POZ – pierwszego ogniwa całego systemu opieki zdrowotnej – współpracują z ambulatoryjnym lecnictwem specjalistycznym oraz ze szpitalami. Jakość tej współpracy i dobry przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi ogniwami systemu służby zdrowia warunkuje skuteczność opieki medycznej i spełnianie standardów wiążących Polskę umów międzynarodowych.

2.1. Współpraca ze specjalistami

Badając problem dostępu do specjalistów, ustalaliśmy, czy w objętych naszymi badaniami miastach funkcjonują poradnie specjalistyczne i jaki jest czas oczekiwania na wizytę u poszczególnych specjalistów.

Spośród specjalistów medycznych, do których dostęp powinien być zabezpieczony na poziomie powiatu (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2001.121.1315), stwierdziliśmy na badanych 39 miast powiatowych brak:

- alergologa – w 11 miastach powiatowych,
- diabetologa – w 8,
- kardiologa – w 7,
- reumatologa – w 7,
- neurologa – w 3.

Skorzystanie z konsultacji lub leczenia przez wyżej wymienionych specjalistów wymaga w takich przypadkach od pacjentów dojeżdżania do większego (dawnego wojewódzkiego) miasta, co jest uciążliwe i kosztowne.

Drugim ważnym wyznacznikiem dostępności specjalistów jest czas oczekiwania na wizytę. Problem ten badaliśmy, ustalając telefonicznie możliwy najbliższy termin przyjęcia.

Czas oczekiwania na wizytę nie przekraczał dwóch tygodni w przypadku następujących specjalistów:

- ginekologa,
- dermatologa,
- psychiatry,
- leczenia odwykowego,
- leczenia dla zakażonych wirusem HIV,
- leczenia dla chorych na gruźlicę,
- chirurga,
- laryngologa,
- neurologa,
- reumatologa,
- onkologa,
- ortopedy.

Na 121 rozmów telefonicznych ustalających termin przyjęcia proponowano nam wizytę za dwa tygodnie lub później u następujących specjalistów:

- U alergologa – w 40% prób zapisania się,
- u kardiologa – 40%,
- u okulisty – 35%,
- u urologa – 30%,
- u stomatologa – 30%,
- u gastrologa – w 30%,
- u diabetologa – w 25%.

W każdym jednostkowym przypadku czas oczekiwania na konsultację lub leczenie w przychodni specjalistycznej obniża jakość życia pacjenta. W wielu przypadkach czas ten przekracza nawet dwa miesiące. Dotyczy to głównie oczekiwania na wizytę u kardiologa, alergologa, okulisty, gastrologa i stomatologa.

Najbardziej niepokojące są dane dotyczące możliwości dostania się do kardiologa, ponieważ w przypadku schorzeń, którymi zajmuje się kardiolog, „wyścig z czasem” bywa szczególnie istotny. Badani przez nas lekarze najwyżej cenią sobie użyteczność konsultacji kardiologów, chirurgów i laryngologów.

Pacjent kierowany do specjalisty może być skonsultowany i przekazany do dalszego leczenia w POZ lub zakwalifikowany do leczenia w poradni specjalistycznej.

W tych przypadkach, gdy pacjent lekarza POZ równocześnie leczy się u jednego lub dwóch specjalistów, przepływ informacji pomiędzy lekarzami i koordynacja leczenia jest szczególnie istotna. Opinie uczestniczących w naszych badaniach lekarzy POZ wskazują na istnienie poważnych barier komunikacyjnych w tym zakresie. Ponad 70% badanych lekarzy podaje, że informacje o przebiegu i efektach leczenia specjalistycznego uzyskują głównie od samych pacjentów. Tylko 15% lekarzy twierdzi, że otrzymuje takie informacje od lekarzy specjalistów na piśmie. **Trudno związane z uzyskaniem szybkiej i pomocnej w leczeniu**

konsultacji specjalistycznej oraz brak procedur wymuszających przepływ informacji pomiędzy lekarzami POZ i specjalistami znacznie utrudniają pracę lekarzy POZ, a czasem wręcz uniemożliwiają prowadzenie skutecznej i kompleksowej terapii pacjenta.

2.2. Współpraca ze szpitalami

Możliwość skierowania pacjenta na leczenie w szpitalu jest jedną z ważnych kompetencji lekarza POZ. Lekarz w skierowaniu określa oddział, np. interna czy chirurgia, a pacjent dokonuje wyboru szpitala, w którym chce się leczyć. Ostateczną decyzję o przyjęciu podejmuje lekarz Izby Przyjęć danego szpitala.

Pacjenci najczęściej wybierają szpitale w pobliżu swego miejsca zamieszkania; w naszych badaniach były to szpitale miejskie i powiatowe.

Problemem bywa konieczność oczekiwania na miejsce w szpitalu. Czas oczekiwania przekraczający dwa tygodnie, zdaniem co najmniej 25% badanych lekarzy, dotyczy następujących oddziałów: kardiologia, ortopedia, laryngologia, urologia i neurologia. Do oddziałów chirurgicznych pacjenci w stanach ostrych przyjmowani są od razu, natomiast w przypadku zabiegów planowanych czas oczekiwania wydłuża się w związku z koniecznością zaszczepienia się pacjenta przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW). Szczepienia te nie są objęte refundacją i pacjent musi zapłacić za nie około 60 zł lub podpisać oświadczenie, że w przypadku zakażenia nie będzie skarżył szpitala o odszkodowanie. Praktyka ta jest co najmniej dwuznaczna moralnie i prawnie, a na pewno nieopłacalna dla systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Blisko połowa badanych lekarzy z Podkarpackiej, Podlaskiej, Pomorskiej i Opolskiej Kasy Chorych sygnalizowała nam problem oczekiwania pacjentów na łóżko szpitalne.

Dużą trudnością dla lekarzy POZ są przypadki odmowy hospitalizacji kierowanych pacjentów. Pacjent wraca do lekarza POZ z adnotacją na skierowaniu „nie wymaga hospitalizacji”. W takiej sytuacji lekarz albo wypisuje nowe skierowanie, z którym pacjent udaje się do innego szpitala, albo sam podejmuje się leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Dotyczy to od 5 do 30% skierowań w skali roku, zdaniem 22% uczestniczących w naszych badaniach kierowników placówek POZ.

Dane te świadczą o braku ogólnie obowiązujących procedur diagnostyczno-terapeutycznych w dziedzinie interny i chirurgii wspólnych dla lecznictwa otwartego i zamkniętego.

3. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i ich lekarze

3.1. Lekarze

Uczestniczący w naszych badaniach lekarze POZ to w większości (60%) kobiety. Lekarze do trzydziestego i po pięćdziesiątym roku życia częściej świadczą usługi w publicznej służbie zdrowia. Osoby w wieku od 31 do 50 lat to częściej lekarze z placówek niepublicznych.

Prawie wszyscy badani lekarze (92%) posiadają specjalizacje zawodowe. 54% posiada jedną specjalizację, najczęściej z interny, zaś 38% ukończyło dwie specjalizacje. 22% posiadało specjalizację z medycyny rodzinnej (27% lekarzy placówek publicznych i 9% lekarzy z placówek niepublicznych). Największy odsetek specjalistów medycyny rodzinnej pracuje na terenie działania Podlaskiej (48%) i Mazowieckiej Kasy Chorych (33%).

Badani lekarze placówek publicznych w 83% zatrudnieni są na etatach, co gwarantuje względną stabilizację sytuacji zawodowej i wiąże się z uprawnieniami pracowniczymi gwarantowanymi przez kodeks pracy. W placówkach niepublicznych 28% lekarzy to

pracownicy etatowi, pozostali zaś świadczą usługi na podstawie umów cywilnoprawnych, zawieranych na jeden rok, a czasem na dwa lata. Są oni bardziej zainteresowani „walką o pacjenta”, a ich dochody są wprost związane z liczbą pacjentów zarejestrowanych w opiece.

Ponad połowa lekarzy (56%) czuje się przeciążona pracą. Wiąże się to z przyjmowaniem ponad trzydziestu pacjentów dziennie w podstawowym miejscu pracy i koniecznością pracy dodatkowej w szpitalu, pogotowiu lub gabinecie prywatnym (dotyczy to 54% badanych lekarzy).

Ze względu na brak czasu i wysokie szkoleń lekarze mają ograniczone możliwości kształcenia podyplomowego.

Ogólnie rzecz biorąc, zdecydowanie mniej zadowoleni ze swojej sytuacji zawodowej są lekarze z publicznych placówek POZ.

3.2. Pacjenci POZ

W naszych badaniach uczestniczyło 853 klientów POZ. Były to osoby, które w dniach przeprowadzania badań przyszły do swojego lekarza. **Klienci POZ, finansowanej ze środków publicznych, to w 64% osoby niepracujące zawodowo, w tym: emeryci – 21%, renciści – 14% i bezrobotni – 11%, czyli najuboższa część społeczeństwa.** Sytuacja materialna pacjentów jest źródłem trudności w zakresie: zakupu leków, wykonywania koniecznych, ale odpłatnych badań diagnostycznych, możliwości korzystania z usług lecznictwa prywatnego.

Z punktu widzenia lekarza trudna sytuacja materialna pacjenta powoduje konieczność „pracy z cennikiem leków w rękę”.

Lekarze mówili nam o tym, że często pacjent po leczeniu w szpitalu z dobrym efektem terapeutycznym, wraca do lekarza POZ i prosi o leki tańsze niż zalecane przez szpital.

Sytuacja materialna pacjentów POZ i przyjęty system refundacji leków uniemożliwiają wywiązanie się przez Polskę ze zobowiązań przyjętych w Europejskiej Karcie Społecznej i Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych.

Przyjęcie tych dokumentów miało zapewnić każdemu możliwość korzystania z wszelkich środków umożliwiających posiadanie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia.

3.3. Opinie lekarzy i kadry kierowniczej POZ o swojej pracy

Lekarze i kierownicy badanych placówek POZ źródła utrudnień swojej pracy lokują w otoczeniu zewnętrznym. Są to ich zdaniem: ubóstwo pacjentów, przyjęty system kontraktowania i finansowania usług medycznych i nadmierna sprawozdawczość (w jednym z miast południowej Polski lekarze mówili nam, że muszą co dwa tygodnie przekazywać listy osób zmarłych, które były zarejestrowane w ich opiece. Nie mając takich danych, lekarze czytają nekrologi w prasie lokalnej i „biegają” po kościołach, gdzie mogą zdobyć te informacje).

Kierownicy zwracali również uwagę na brak stabilności systemu opieki zdrowotnej, niejasne podziały kompetencyjne pomiędzy poszczególnymi jego ogniwami i częste zmiany w wiążących ich regulacjach prawnych (na przykład ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, uchwalona w 1997 roku, była dotychczas zmieniana 31 razy, czy średnio co dwa miesiące).

Czynniki ułatwiające pracę lekarzom i kadrze kierowniczej badanych placówek to głównie czynniki „wewnętrzne”, jak: organizacja pracy, zgrany zespół pracowniczy, dobry sprzęt i fizyczne warunki pracy.

Lekarze i kierownicy niepublicznych placówek POZ częściej podawali czynniki ułatwiające im pracę. Można więc sądzić, że są oni bardziej zadowoleni ze swojej sytuacji zawodowej niż ich koledzy z placówek publicznych.

Wykaz osób, które przeprowadziły badania.***Realizacja badań pilotażowych***

1. Anna BAJKO
2. Małgorzata GAJKOWSKA-KURKIEWICZ
3. Laura KOBA
4. Dariusz KOWALSKI
5. Dorota KSOK-BOROWSKA
6. Jacek MOŚCICKI
7. Izabela PODSIADŁO-DACEWICZ
8. Joanna ŻUCHOCKA

Realizatorzy badań właściwych

1. Anna BAJKO
2. Wiesław BEK
3. Alicja CZYSZEK
4. Lech FILIPIAK
5. Małgorzata GAJKOWSKA-KURKIEWICZ
6. Wiesław GRAJDURA
7. Olga KAŃTOCH
8. Lura KOBA
9. Dariusz KOWALSKI
10. Dorota KSOK-BROWSKA
11. Anna KRASZEWSKA
12. Aleksandra KRUSZYŃSKA
13. Mirosława KUCHARCZAK
14. Katarzyna KURKIEWICZ
15. Mieczysław MARASZ
16. Stefania MARAŻEWSKA
17. Maria MAZUR
18. Jacek MOŚCICKI
19. Jolanta PARUSZKIEWICZ
20. Adam PŁONKA
21. Izabela PODSIADŁO-DACEWICZ
22. Jerzy SWATON
23. Henryk SZOSTAK
24. Teresa ŚWIĄTEK
25. Aurelia WŁOCH
26. Joanna ŻUCHOWSKA

Lista badanych placówek

Badanie pilotażowe

Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych

Wyszków

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej,
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS”

Grodzisk Mazowiecki

NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej „MALVITA”

NZOZ „Eskulap Plus”

Łódzka Regionalna Kasa Chorych

Pabianice

NZOZ „POLMED”

Przychodnia Rejonowa nr 4

Zgierz

Samodzielny Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej, Przychodnia Rejonowa nr 1

NZPOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej „MEDICUS”

Podlaska Regionalna Kasa Chorych

Sokółka

NZOZ „MEDYK”

NZOZ „VITA”

Bielsk Podlaski

NZOZ „LEKO”

Samodzielny NZOZ „VITA”

Badania właściwe

Łódzka Regionalna Kasa Chorych

Zduńska Wola

NZOZ „ZDUNMED”

SPZOZ Poradnia Ogólna

SPZOZ, ul. Szadkowska 2

NZOZ „MEDMAR”

NZOZ „CENTRUM MEDYCZNE” Sp. z o.o.

Kutno

NZOZ Przychodnia „PANACEUM”

NZOZ „ARS MEDICA” s.c.

NZOZ „MEDYK”

NZOZ „ESKULAP” s.c.

Bełchatów

SPZPOZ Poradnia Internistyczna

NZOZ „MEDYK” Sp. z o.o.
NZOZ „ESKULAP” Sp. z o.o.
NZOZ „MegaMed” Sp. z o.o.

Łowicz

ZOZ w Łowiczu Przychodnia Ogólna, ul. Stary Rynek 17
Centrum Zdrowia „ACADEMOS”
NZOZ Przychodnia Lekarska „MEDYK”
NZOZ Przychodnia Lekarska, ul. Świętojańska 1/3B

Tomaszów Maz.

NZOZ Przychodnia Lekarska „BIAMED”
NZOZ Przychodnia Lekarska „ALMED”
NZOZ Przychodnia Lekarska TOM-MED.”
NZOZ „MULTIMED”

Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych

Grójec

NZOZ „MEDICUS” s.c.
NZOZ „MEDYCYNĄ RODZINNA” s.c.

Białobrzegi

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ, ul. Spacerowa 10
Miejsko-Gminny ZOZ, ul. Spacerowa 10

Żyrardów

NZOZ „POM” s.c.
NZOZ „MEDYK” s.c.
NZOZ „NEUROMEDYKA”
NZOZ „SKULAP”

Ciechanów

SPZOZ Podstawowa Opieka Zdrowotna
NZOZ „Medicus”

Przasnysz

NZOZ przychodnia lekarska „SUPERMED” s.c.
SP Zespół ZOZ Przychodnia Zdrowia

Siedlce

SP ZOZ, ul. Chrobrego 17
SP ZOZ, ul. Mazurska 1
PZOZ, ul. Floriańska 24
NZOZ „Centrum” s.c.

Opolska Regionalna Kasa Chorych

Głubczyce

SPZOZ Przychodnia Powiatowa
NZOZ „FAMILIA” s.c.

Kędzierzyn-Koźle

NZOZ „MEDICOGEN” Sp. z o.o.
 NZOZ „OLMED” s.c.
 NZOZ Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego s.c., Pl. Gwardii Ludowej 1
 Grupowa Praktyka Lekarska „PIAST-MED.” Sp. z o.o.
 NZOZ „MEDICUS” s.c.
 SNZOZ „B-MED”

Prudnik

Przychodnia Lekarska „OPTIMA” Sp. z o.o.
 NZOZ „MED.-EWA”
 Przychodnia Lekarska „MEDICUS” Sp. z o.o.

Krapkowice

SNZOZ „OMEGA”

Kluczbork

SPZOZ „Przy Wiadukcie”
 NZOZ „MEDYK” s.c.

Strzelce Opolskie

NZOZ S.C. „MED-PIAST”
 NZOZ „PANACEUM”

Brzeg

NZOZ Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych, ul. Chocimska 3/1A
 NZOZ „MED-VITA” s.c.
 NZOZ „ESKULAP” s.c.
 NZOZ „INTERMED” s.c.

Podkarpacka Regionalna Kasa Chorych**Leżajsk**

NZOZ „MEDICA”
 NZOZ „MEDYK” s.c.

Stalowa Wola

SPZOZ, ul. Kwiatkowskiego 2
 NZOZ „MEDYK” Przychodnia nr 1
 NZOZ „MEDYK” Przychodnia nr 2
 NZOZ „MEDYK” Przychodnia nr 4

Lubaczów

NZOZ „Poradnia Zdrowia” s.c.
 NZOZ „R-36” Sp. z o.o.

Dębica

Przychodnia Rejonowa Nr 1
 Przychodnia Rejonowa Nr 2
 Przychodnia Rejonowa Nr 3
 Przychodnia Rejonowa Nr 5

Mielec

NZOZ Centrum Medycyny Rodzinnej
 NZOZ „PIĄTKA”
 NZOZ „ZDROWIE”
 NZOZ „SALUS”
 NZOZ „MEDYK-MIELEC”

Jarosław

Centrum Opieki Medycznej, Przychodnia Rejonowa Nr 1
 NZOZ „ESKULAP”

Podlaska Regionalna Kasa Chorych**Grajewo**

NZOZ „MEDICUS” s.c.
 NZOZ „FENIKS” s.c.

Siemiatycze

NZOZ Nr 1 Zespół Lekarzy Rodzinnych s.c.
 NZOZ Nr 3 s.c.
 NZOZ Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 2

Mońki

SPZOZ w Mońskach, Przychodnia Rejonowa

Hajnówka

SPZOZ Przychodnia Rejonowa Nr 1
 SPZOZ, ul. Lipowa 190
 NZOZ „KAJMED”

Wysokie Mazowieckie

Praktyka Lekarza Rodzinnego, Armii Krajowej 4

Zambrów

Praktyka Lekarza Rodzinnego, ul. Fabryczna 1
 Indywidualna Praktyka Lekarska, ul. Białostocka 24
 SNZOZ „Praktyka Rodzinna”

Pomorska Regionalna Kasa Chorych**Chojnice**

Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
 SPZOZ Rejonowa Przychodnia Lekarska
 NZOZ „MIG-MED”
 NZOZ „ESKULAP”

Słupsk

Samodzielny Publiczny Miejski ZOZ
 SPZOZ Powiatowy Obwód Lecznictwa Ogólnego
 NZOZ „SALUS” Sp. z o.o.
 NZOZ „Lekarz Domowy” Sp. z o.o.

Wejherowo

NZOZ CORMED Sp. z o.o.
 NZOZ „Kaszuby” Sp. z o.o.
 NZOZ „Medycyna Rodzinna”
 NZOZ „BUKOWA” Sp. z o.o.

Kwidzyn

NZOZ „ZDROWIE” Sp. z o.o.
 NZOZ „MEDICUS” s.c.
 NZOZ im Św. Łukasza

Śląska Regionalna Kasa Chorych**Tarnowskie Góry**

Centrum Medycyny „Eko-Prof.-Med.” Sp. z o.o.
 Usługi Medycyny „Śródmieście” Sp. z o.o.
 Praktyka Lekarza Rodzinnego, Szpital Powiatowy nr 1

Siemianowice Śląskie

Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego
 Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego „TUWIM” s.c.
 Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego „MICHAŁKOWICE” s.c.
 Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego „ALFAMED”
 Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych „FAMILIA”

Cieszyn

NOZOOZ Ośrodek Medycyny Ogólnej. Grupowa Praktyka Lekarzy Domowych s.c.
 NZOZ Praktyka Grupowa Lekarza Domowego s.c.
 NZOZ Praktyka Lekarzy Domowych „MEDIKA” s.c.

Ruda Śląska

SPZOZ. Przychodnia Rejonowa
 SPZOZ. Przychodnia Rejonowa
 Górniczy Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego w Rudzie Śląskiej Fundacji
 „UNIA BRACKA”

Żywiec

Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych „Zdrowie” s.c.
 NZOZ „Lekarz Rodzinny” sp. z o.o.
 Praktyka Grupowa Lekarzy s.c. „SPOMED”

UWAGA!:

Tabele na następnych stronach: kolumny 1,2,3 wypełniamy przy pomocy rejestratorek, kolumny 5 i 6 wypełniamy telefonując do poszczególnych specjalistów i usiłujemy się zapisać (nie blokować terminów).

Dostęp do specjalistów bez skierowania:

	W jakim mieście przyjmuje?	W jakiej odległości?	Jak tam można dojechać?	Data zgłoszenia	Data Zapisu	
	1	2	3	4	5	
ginekolog						a
stomatolog						b
dermatolog i wenerolog						c
onkolog						d
okulista						e
psychiatra						f
lecznictwo odwykowe dla zakażonych HIV						g
dla chorych na gruźlicę						h
dla kombatantów w zakr. chorób wojennych i obozowych						i
						j

Dostęp do specjalistów ze skierowaniem:

	W jakim mieście przyjmuje?	W jakiej odległości?	Jak tam można dojechać?	Data zgłoszenia	Data Zapisu	
	1	2	3	4	5	
kardiolog						a
ortopeda						b
chirurg						c
urolog						d
reumatolog						e
laryngolog						f
alergolog						g
neurolog						h
diabetolog						i
gastrolog						j

Ankieta „Rozmowa z kierownikiem placówki”

Nazwa placówki:
 Adres:
 Tel:
 Data badania:

ROZMOWA Z KIEROWNIKIEM PLACÓWKI

Płeć: K M

Wiek lat

Specjalizacja:

Pracuje w POZ: lat

Pełni funkcję: lat

1. Status prawny zakładu:

1.A. publiczny: a) jednostka samorządowa

b) zakład budżetowy

1.B. niepubliczny: a) zespół lekarzy domowych

b) grupowa praktyka lekarzy

c) spółka cywilna

d) inny (jaki?)

2. Placówka istnieje od

3. Jeżeli Niepubliczny to:

a) przekształcony z publicznego TAK NIE

b) nowo zorganizowany na terenie
istniejącego publicznego TAK NIE

c) nowy i w nowym miejscu TAK NIE

4. Jeżeli publiczny to:

a) czy przygotowuje się do prywatyzacji TAK NIE

b) jeśli TAK to od kiedy

5. Ilu pacjentów jest zapisanych do lekarzy w tej przychodni?: osób

6. Ilu dorosłych pacjentów jest pod opieką lekarzy POZ? osób

7. Czy Placówka świadczy opiekę lekarską poza siedzibą TAK NIE

7.A. Jeśli TAK, to gdzie?

a) szkoła liczba uczniów

b) dom opieki liczba pensjonariuszy

c) inne (jakie?) liczba pacjentów

.....

KADRA

8. Ile i jakich lekarzy zatrudnia?

liczba lekarzy (ogółem)	POZ	specjalność	wymiar czasu
.....
.....
.....
.....

.....

 RAZEM

9. Personel pomocniczy:	w całej Placówce	w POZ
pielęgniarki	.....	.....
rejestratorki	.....	.....
laborantki	.....	.....
pielęgniarki środowiskowe	.....	.....
felczerzy	.....	.....
sprzątaczk	.....	.....
inni (jacy?)	.....	.....
9.A. Czy usługi zlecane są innymi podmiotom?	TAK	NIE
Jeśli TAK jakim?		

.....

ORGANIZACJA

10. Organizacja pracy lekarzy:

10.A. godziny przyjęć:

10.B. szkolenia, choroby, urlopy lekarzy:

.....

10.C. wizyty domowe

a) każdy lekarz wizytuje swoich pacjentów:

b) zlecone innym placówkom:

c) lekarze jeżdżą na wizyty domowe wg grafiku:

d) inne (jakie rozwiązanie?):

10.D. Opieka w nocy i w dni wolne od pracy:

a) zlecone na zewnątrz:

b) dyżury w szpitalu:

c) dyżury w tej placówce:

d) pacjenci mają prywatne tel. Swoich lekarzy:

e) brak opieki

f) inne jakie?

10.E. Opieka nad pacjentami terminalnymi w ich domach:

a) ilu jest takich pacjentów:

b) jak jest zorganizowana opieka?:

.....

11. Organizacja rejestracji:

a) wspólna dla wszystkich lekarzy w Placówce

b) osobna dla POZ

c) każdy lekarz sam zapisuje

d) inna (jaka?)

12. Warunki finansowe

12.A. Stawka na pacjenta płacona przez KCH

- a) 0 – 7 latzł/rok
- b) 7 – 65 latzł/rok
- c) powyżej 65 latzł/rok

12.B. Inne źródła dochodów

- a) odpłatna diagnostyka
- b) uczniowie
- c) badania leków
- d) sponsorzy indywidualni
- e) gmina
- f) powiat
- g) inne (jakie?)

12.C. Czy wystarcza na badania diagnostyczne? TAK NIE

12.D. Jeśli NIE to jak sobie radzą?

.....

12.E. Czy Kasa Chorych ustaliła górny lub dolny limit
środków na badania specjalistyczne

TAK NIE

12.F. Jeśli TAK to jaki?

- a) górny% stawki bazowej
- b) dolny% stawki bazowej

WSPÓLPRACA Z INNYMI PODMIOTAMI

13. Współpraca ze specjalistami, możliwość integracji leczenia.

13.A. Czy specjaliści informują na piśmie o wynikach konsultacji?

TAK NIE

13.B. Czy specjaliści informują o przebiegu i postępie w leczeniu, gdy pacjent pozostaje
pod ich opieką?

- a) zawsze
- b) nigdy
- c) tylko na wyraźną prośbę lekarza POZ
- d) informacje tylko od pacjentów
- e) lekarz orientuje się przy okazji powtarzania leków
- f) inne (jakie?)

13.C. W jakich specjalnościach są trudności z uzyskaniem konsultacji:

.....

.....

13.D. W jakich specjalnościach są trudności ze skierowaniem do leczenia?

.....

.....

14. Czy pacjenci mają trudności z wykonaniem zleconych przez lekarza POZ badań
analitycznych i aparaturowych?

TAK NIE

14.A. Jeśli TAK czego dotyczą trudności

.....

.....

15. Współpraca ze szpitalami powiatowymi

- a) przyjmują wszystkich kierowanych pacjentów
- b) odsyłają i podają termin przyjęcia% skierowanych w skali roku
- c) odsyłają bez terminu przyjęcia% skierowanych w skali roku
- d) inne (jakie?)

OCENA OGÓLNA

16. Co utrudnia, a co ułatwia życie kierownikowi Placówki

16.A. Ułatwia:

- a) sam charakter pracy
- b) doby zespół ludzi
- c) inne (jakie?)

16.B. utrudnia:

- a) warunki finansowe działalności
- b) zubożenie pacjentów
- c) walka o pacjentów
- d) brak możliwości kształcenia podyplomowego lekarzy
- e) regulacje ustawowe (jakie?)
- f) wymagania KCH (jakie?)
- g) nadmierna sprawozdawczość (jaka?)
- h) nadmierne kontrole (NIK, KCH, orzecznicy ZUS, UNUZ)
- i) planowanie „reformy reformy” służby zdrowia
- j) inne (jakie?)

17. Opis warunków technicznych (nie pytamy – oglądamy)

17.A. Usytuowanie: parter, piętro, windy

17.B. Parking, podjazdy

17.C. Szatnia

17.D. WC, światło, papier, mydło, ręczniki

17.E. Bufet, automaty z napojami

17.F. Telefon dostępny dla pacjentów

17.G. Tablice informacyjne na budynku i wewnątrz

Uwaga! Jeśli kierownik przychodni jest równocześnie lekarzem POZ dla dorosłych, przeprowadzamy z nim również ankietę „Rozmowa z lekarzem POZ”

Ankieta „Rozmowa z lekarzem POZ”

Nazwa placówki:

Adres:

Tel:

Data badania

Płeć: K M

Wiek lat

Specjalizacja

Staż pracy w POZ lat

Staż pracy w tej placówce lat

ZATRUDNIENIE

1. Forma zatrudnienia:

a) właściciel, współwłaściciel, udziałowiec

b) etat (1/2, L',)

c) umowa cywilnoprawna (zlecenie, o dzieło)

d) inne

2. Czy pracuje Pan/i poza ZOZem?

TAK

NIE

2.A. Jeśli TAK to gdzie?

a) Pogotowie

b) Szpital

c) Gabinet prywatny

d) Spółdzielnia lekarska

e) Niepubliczny ZOZ

f) Publiczny ZOZ

g) Zespół wizyt domowych

h) inne

PACJENCI

3. Ilu pacjentów ma Pan/i zarejestrowanych w opiece?

4. Jaki procent z nich się leczy?

5. Jak szacuje Pan/i % podopiecznych, którzy Pan/i zna?

(np. rozpoznaje na ulicy)

.....

6. Jak szacuje Pan/i % podopiecznych, wśród których ma Pan/i całościowy ogląd ich sytuacji zdrowotnej i życiowej?

.....

7. Jaka jest stawka (Kasy Chorych) na osobę na rok?

2001:

2002:

8. Czy w 2002 r. zmieniała się liczba zarejestrowanych u Pani/Pana dorosłych pacjentów

a) wzrosła o osób

b) zmalała o osób

c) nie zmieniała się

9. Czy ma Pan/i pod opieką pacjentów terminalnych

TAK NIE

9.A. Jeżeli TAK to w jaki sposób organizuje Pan/i nad nimi opiekę:

.....

10 W jak sposób jest zorganizowana dla pacjentów opieka nocna oraz opieka w dni wolne od pracy?

.....

11. W jakich przypadkach informuje Pan/i pacjentów o możliwości korzystania z odpłatnych usług medycznych (proszę podać przykład)

.....

12. Jakiemu procentu leczących się pacjentów to dotyczy?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

13. Gdzie i jak pacjenci uzyskują informację na temat możliwości wykonania zleczanych przez Panią/Pana badań analitycznych i aparaturowych?

[uwaga – to pytanie i następne należy oczywiście potwierdzić własnymi obserwacjami np. czy rzeczywiście informacje są wywieszane lub dostępne w rejestracji...]

- a) są wywieszane
- b) są w rejestracji
- c) informuje rejestratorka
- d) informuję osobiście
- e) nie informuję
- f) pacjenci wiedzą
- g) inne

14. Gdzie i jak pacjenci uzyskują informację o leczeniu specjalistycznym

14.A. bez skierowania

- a) są wywieszane
- b) są w rejestracji
- c) informuje rejestratorka
- d) informuję osobiście
- e) nie informuję
- f) pacjenci wiedzą
- g) inne

14.B. ze skierowaniem od Pana/i

- a) są wywieszane
- b) są w rejestracji
- c) informuje rejestratorka
- d) informuję osobiście
- e) nie informuję
- f) pacjenci wiedzą
- g) inne

15. Czy pacjenci mają trudności z wykonaniem zleczanych przez Pana/ią badań analitycznych i aparaturowych?

TAK NIE

17. Jak Pan/i ocenia użyteczność konsultacji specjalistycznych?

- czy otrzymuje Pan/i ich wyniki na piśmie
 - czy są one czytelne
 - czy w pana/i ocenie wnoszą coś do leczenia
- [odpowiedzi lekarzy proszę zapisać w tabeli]

Specjalizacja	Przesyłanie wyników na piśmie				Czy jest czytelna				Czy wnosi coś do leczenia			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	nie	raczej nie	raczej tak	tak	nie	raczej nie	raczej tak	tak	nie	raczej nie	raczej tak	tak
a.												
b.												
c.												
d.												
e.												

18. Czy istnieje zwyczaj konsultacji telefonicznej?

TAK

NIE

18.A. Jeżeli TAK to jak często Pan/i z tego korzysta?

...../tydzień /miesiąc /rok

19. Jeżeli Pani/Pana pacjent jest równolegle w leczeniu specjalistycznym to w jaki sposób otrzymuje Pan/o tym informację?

- a) Informacje tylko od pacjenta
- b) Można się zorientować przy powtarzaniu leków
- c) Na wyraźną prośbę lekarza POZ
- d) Tylko po leczeniu szpitalnym – epikryza
- e) Brak współpracy i wymiany informacji
- f) Inne

20. Jak Pan./i ogólnie ocenia współpracę ze specjalistami

- a) Bardzo dobra, bieżąca współpraca
- b) współpraca tylko z inicjatywy lekarza POZ
- c) specjaliści lekceważą lekarzy POZ
- d) inne (jakie?)

WSPÓLPRACA ZE SZPITALAMI

[pytając o współpracę ze szpitalami zaczynamy od pytań ogólnych, następnie zawsze pytamy o oddział internistyczny oraz chirurgię, odpowiedzi lekarza zapisujemy w tabeli, jeżeli ankietowany lekarz podaje przykłady odnośnie innych oddziałów odnotowujemy je w wolnych rubrykach tabeli]

21. Dokąd zazwyczaj kieruje Pan/i swoich pacjentów? (nazwy i adresy szpitali)

.....

.....

.....

21.A. Jaka jest odległość do tych szpitali? Czy w przypadku skierowania pacjenci są przyjmowani od razu czy są jakieś terminy?

[odpowiedzi zaznaczamy w tabeli]

Oddział	Odległość (km)			Terminy (tygodnie)			
	1	2	3	4	5	6	7
	0	do 20	pow. 30	od razu	do 1	1-2	pow. 2
a. Interna							
b. Chirurgia							
c.							
d.							

22. Jak często zdarza się, że kierowani pacjenci nie są przyjmowani do szpitala?

22.A. Proszę określić przybliżony procent skierowań w skali roku:

1% 5% 10% 15% 20% 25% 50% 75% 100%

22.B. Jakie są powody odmowy przyjęcia do szpitala? (proszę podać przykłady)

.....

.....

.....

.....

OBCIĄŻENIE PRACĄ

23. Ile czasu przeznaczają Pan/i średnio na rozmowę z pacjentem podczas wizyty?

- a) do 5 minut
- b) 6 – 10 minut
- c) 11 – 15 minut
- d) więcej niż 15 minut

24. Ilu pacjentów przyjmuje Pan/i średnio w ciągu dnia pracy?

- a) do 10
- b) 11 – 20
- c) 21 – 30
- d) 31 – 40
- e) powyżej 40

25. Jak Pan/i ocenia swoje obciążenie pracą?

- a) przeciążenie
- b) normalne obciążenie
- c) niedociążenie

26. Jakie są przyczyny przeciążenia lub niedociążenia pracą?

- a) sprawozdawczość i dokumentacja
- b) zła organizacja pracy
- c) konieczność pracy dodatkowej
- d) inne

.....

.....

.....

27. Czym oprócz wskazań medycznych i własnego doświadczenia kieruje się Pan/i w wyborze leków, jeśli to możliwe proszę podać po jednym przykładzie opisującym konkretną sytuację:

	tak	nie	jak często %	przykład	
	1	2	3	4	
Cena preparatu					a
Sugestie Kasy Chorych					b
Informacje od reprezentantów firm farmaceutycznych					c
Możliwość dzielenia leków					d
Łatwość, prostota dawkowania					e
Inne					f

OCENA OGÓLNA

28. Jak Pan/i ogólnie oceniają swoją sytuację zawodową

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) dostatecznie
- d) niedostatecznie

29. Jak Pan/i ocenia swoje możliwości kształcenia podyplomowego

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) dostatecznie
- d) niedostatecznie

30. Co ułatwia pracę

- a) dobre warunki fizyczne pracy
- b) dobry sprzęt diagnostyczny
- c) możliwości wykonywania podstawowych badań analitycznych i aparaturowych na miejscu
- d) dobra współpraca ze sprawdzonymi specjalistami
- e) inne (jakie?)

31. Co utrudnia pracę

31.A. Czynniki wewnętrzne

- a) warunki wewnętrzne
- b) braki w wyposażeniu
- c) zła organizacja pracy w placówce
- d) nadmiar czynności urzędniczych
- e) sprawozdawczość
- f) inne (jakie?)

31.B. Czynniki zewnętrzne

- a) utrudniony dostęp pacjentów do specjalistów
- b) przerzucanie kosztów leczenia specjalistycznego na POZ
- c) limity finansowe „na pacjenta”
- d) zubożenie pacjentów
- e) trudne do przewidzenia skutki „reformy reformy” służby zdrowia
- f) inne

32. Jak ogólnie oceniłby Pan/i dostępność podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów?

- a) bardzo dobra, pełna dostępność
- b) dobra, wystarczająca dostępność
- c) przeważnie wystarczająca dostępność

- d) średnia dostępność
- e) przeważnie niewystarczająca dostępność
- f) niedobra, niewystarczająca dostępność
- g) brak dostępności

33. Co Pana/i zdaniem mogłoby poprawić dostępność pacjentów do opieki zdrowotnej?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ankieta „Rozmowa z pacjentem”

Nazwa Przychodni:

Adres:

Tel:

Data badania

Płeć: K M

Wiek lat

Zatrudnienie: pracuje, nie pracuje: bezrobotny, rencista, emeryt,

Inne

Wykształcenie: podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe.

1. Dlaczego Pan/i wybrał tą przychodnię (może być kilka powodów)

a) bo jest najbliżej

b) bo jest dobra

c) bo zawsze tu należałem

d) inne

2. jak daleko ma Pan/i do tej przychodni, ile czasu potrzebuje, żeby się to dostać z domu?

a) do 15 min. piechotą

b) 15 – 30 min. Piechotą

c) autobusem min.

d) pociągiem min.

3. Czy są zapisy telefoniczne? TAK ? NIE

3.A. Czy można się dodzwonić?

a) bardzo łatwo

b) łatwo

c) trudno

d) nigdy

4. Czy zapis jest tylko na dzień bieżący? TAK ? NIE

5. Czy można się zapisać na wybraną przez siebie datę
(np. za miesiąc)?

TAK ? NIE

6. Czy są zapisy na konkretną godzinę

TAK ? NIE

7. O której godz. trzeba być w przychodni żeby dostać
się do lekarza?

TAK ? NIE

8. Ile czasu czeka się od przyjscia do przyjecia?

a) do 0,5 godz.

b) do 1 godz.

c) do 2 godz.

d) powyżej 2 godz.

9. Czy wie Pan/i w jakich dniach i godzinach przyjmuje Pana/i lekarz prowadzący?

10. Jak często przychodzi Pan/i do lekarza w tej poradni:

..... razy w miesiącu lub razy w roku

11. Jeżeli już nie ma numerków to:

- a) trzeba przyjść następnego dnia
- b) przyjmie inny lekarz
- c) zapisują na następny dzień
- d) inne (jakie?)

12. Czy mógł/a Pan/i dokonać wyboru lekarza prowadzącego?

TAK ? NIE

12.A. Jeśli NIE, to dlaczego?

13. Czym kierował się Pan/i przy wyborze lekarza?

- a) było mi to obojętne
- b) znałem wcześniej lekarza
- c) polecili mi go znajomi
- d) przyjmuje w odpowiadających mi godzinach
- e) inne

14. Czy może Pan/i zmienić lekarza prowadzącego?

TAK ? NIE

14.A. Czy są jakieś warunki zmiany lekarza?

15. Czy zmieniał Pan/i w ciągu ostatniego roku lekarza prowadzącego

TAK ? NIE

15.A. Jeśli TAK, to dlaczego?

16. Czy chciałby Pan/i zmienić lekarza prowadzącego?

TAK ? NIE

16.A. Jeśli TAK, to dlaczego?

17. Czy Pan/i lekarz prowadzący świadczy też wizyty domowe?

TAK ? NIE

18. W jaki sposób zamawia się wizyty domowe i jak długo się czeka?

19. Gdzie może się Pan/i dostać do lekarza w niedzielę i święta

- a) dyżur w przychodni
- b) dyżur w szpitalu
- c) pogotowie
- d) tel. Do lekarza prowadzącego
- e) inne

20. W jaki sposób może Pan/i uzyskać pomoc lekarza w nocy?

- a) dyżur w przychodni
- b) dyżur w szpitalu
- c) pogotowie
- d) tel. Do lekarza prowadzącego
- e) inne

21. Czy jest Pan/i ogólnie zadowolony/a z opieki lekarskiej?

TAK /dlaczego?/

.....

NIE /dlaczego?/

.....

22. Czy stać Pana/ią na kupowanie zleczanych leków?

TAK ? NIE

22.A. Jeśli NIE to co Pan/i robi?

a) kupuję tańsze leki

b) zmniejszam dawki

c) kupuję nie wszystkie leki

d) inne

23. Czy korzysta Pan/i z płatnej pomocy lekarskiej?

a) dentysta

TAK

NIE

dlaczego?

b) kardiologa

TAK

NIE

dlaczego?

c) okulista

TAK

NIE

dlaczego?

d) neurolog

TAK

NIE

dlaczego?

e) reumatolog

TAK

NIE

dlaczego?

24. Czy ktoś z Pana/i znajomych lub sąsiadów nie może chodzić do lekarza, bo jest b. stary albo b. chory?

TAK

NIE

24.A. Jeśli TAK to w jaki sposób lekarz opiekuje się takimi chorymi?

.....

.....

.....

.....

Przepisy obowiązujących aktów prawnych powoływane
w tym raporcie
Stan prawny na dzień 1 lipca 2002

**Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej
z dnia 2 kwietnia 1997 r.
(Dz.U. 1997.78.483)**

Art. 19

Rzeczpospolita Polska specjalną opieką otacza weteranów walki o niepodległość, zwłaszcza inwalidów wojennych.

Art. 32

1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.
2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.

Art. 68

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

**Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej
z dnia 30 sierpnia 1991 r.
(Dz.U. 1991.91.408 z późniejszymi zmianami)**

Art. 2

1. Zakładem opieki zdrowotnej jest:

- 1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielenia całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu,
- 2) przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia,
- 3) pogotowie ratunkowe,
- 4) laboratorium diagnostyczne,
- 5) pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- 6) zakład rehabilitacji leczniczej,
- 7) żłobek,
- 8) inny zakład, spełniający warunki określone w ustawie.

Art. 3

Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- 1) badaniem i poradą lekarską,
- 2) leczeniem,
- 3) badaniem i terapią psychologiczną,
- 4) rehabilitacją leczniczą,
- 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- 6) opieką nad zdrowym dzieckiem,
- 7) badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną,
- 8) pielęgnacją chorych,
- 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- 10) opieką paliatywno-hospicyjną,
- 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- 13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- 14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Art. 7

Okoliczności wymienione w art. 5 ani żadne inne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia zdrowia.

Art. 8

1. Zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez:
 - 1) ministra lub centralny organ administracji rządowej,
 - 1a) przedsiębiorstwo państwowe „Polskie Koleje Państwowe” reprezentowane przez Zarząd PKP,
 - 2) wojewodę, w przypadku określanych w ustawie o Inspekcji Sanitarnej,
 - 3) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - 3a) państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
 - 4) kościół lub związek wyznaniowy,
 - 5) pracodawcę,
 - 6) fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
 - 7) inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, z zastrzeżeniem ust. 1a,
 - 8) spółkę nie mającą osobowości prawnej,
- 1a. Zakładu opieki zdrowotnej nie może utworzyć samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
2. Publicznym zakładem opieki zdrowotnej jest zakład opieki zdrowotnej utworzony przez: organ o którym mowa w ust. 1 pkt 1-3,
3. Niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej jest zakład opieki zdrowotnej utworzony przez instytucje i osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 4-8.
4. Organy, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, tworzące zakład opieki zdrowotnej w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom, są pracodawcami w rozumieniu ust. 1 pkt 5.

Art. 19

1. Pacjent ma prawo do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,
 - 2) informacji o swoim stanie zdrowia,
 - 3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
 - 4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 5) umierania w spokoju i godności.
2. Przepis ust. 1 pkt 3 nie dotyczy świadczeń zdrowotnych, których udzielanie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy.
3. W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do:
 - 1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez siebie,
 - 2) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
 - 3) opieki duszpasterskiej.
4. Koszty realizacji uprawnień wymienionych w ust. 3 pkt 1 i 2 nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej.
5. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby określone w ust. 3 pkt 1.

6. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej zapewnia dostępność informacji o prawach pacjenta.

Art. 19a

1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Art. 27

1. Przychodnia, ośrodek zdrowia i poradnia świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń.
2. Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1, obejmują swoim zakresem świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej rodzinnej i pediatrii.

Art. 53

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym).
2. Zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może być dokonane przez zakład na zasadach określonych przez organ, który zakład utworzył. Wniesienie majątku do spółek lub fundacji wymaga zgody organu, który zakład utworzył.
3. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy, ustalony przez kierownika zakładu.

Art. 55

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymać dotacje budżetowe na:
 - 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
 - 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
 - 3) inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznych aparatury i sprzętu medycznego,
 - 4) cele określone w art. 67a,
 - 5) cele szczególne, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów.
2. Dotacje wymienione w ust. 1 przyznaje organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Zakładom opieki zdrowotnej utworzonym na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3a, dotacje wymienione w ust. 1, przyznaje minister właściwy do spraw zdrowia za pośrednictwem właściwej państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

4. Zakładom opieki zdrowotnej utworzonym na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3a, przez uczelnie nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, dotacje wymienione w ust. 1, przyznaje Minister Obrony Narodowej za pośrednictwem tych uczelni.

Art. 60

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy.
2. Ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione jest celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejść inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwanie sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością.
3. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie może być pokryty w sposób określony w ust. 1, organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, wydane rozporządzenia lub podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji.
4. Organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ust. 2, pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych i może określić formę dalszego finansowania zakładu na zasadach określonych w art. 35c.
 - 4a. Postanowienia ust. 3 i 4 nie dotyczą zakładu opieki zdrowotnej utworzonego na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3a.
- 4b. Uchwała organu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej o likwidacji winna zawierać:
 - 1) określenia zakładu podlegającego likwidacji,
 - 2) oznaczenie dnia otwarcia likwidacji,
 - 3) określenia sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi,
 - 4) wskazanie podmiotu, który przejmie prawa i obowiązki likwidowanego zakładu oraz określenie zakresu tych praw i zobowiązań,
 - 5) oznaczenia dnia zakończenia czynności likwidacyjnych.
5. Rozporządzenie lub uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w rozumieniu ust. 3, stanowi podstawę do wykreślenia zakładu z Krajowego Rejestru Sądowego.
- 5a. Postanowienia ust. 5 stosuje się odpowiednio do zakładu opieki zdrowotnej utworzonego na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3a.
6. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego lub odpowiednio państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
z dnia 21 września 1992 r.
w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym
i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia
zakładu opieki zdrowotnej
(Dz.U. 1992.74.366 z późniejszymi zmianami)

- §6.1. Organ prowadzący rejestr zakładów opieki zdrowotnej może dokonać wpisu do rejestru zakładu prowadzącego działalność w dniu wejścia w życie rozporządzenia, który nie spełnia wymagań określonych w
- 3) ust. 2, 3 pkt 5 i 6, ust. 4,5 i 8 załącznika nr 3,
 4. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 i 2, zakład opieki zdrowotnej, składający wniosek o wpis do rejestru, jest obowiązany przedstawić program dostosowania zakładu do wymagań w terminie nie dłuższym niż dziesięć lat od dani wpisania do rejestru.

Załącznik nr 3
wymagania szczególne, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym
i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia przychodni lekarskiej
(ośrodka zdrowia na wsi)

1. Jeżeli przychodnia (ośrodek zdrowia) mieści się w budynku przeznaczonym również na inne cele, wejścia i dojazdy do przychodni powinny być wydzielone.
2. Jeżeli przychodnia (ośrodek zdrowia) mieści się w budynku o więcej niż 1 kondygnacji, budynek musi być wyposażony w dźwig.
3. W przychodni (ośrodek zdrowia) powinny być wydzielone wejścia do:
 - 1) poradni dla pacjentów dorosłych oraz interesantów i personelu,
 - 2) poradni dla dzieci zdrowych,
 - 3) poradni dla dzieci chorych,
 - 4) izolatek,
 - 5) pomieszczeń gospodarczych,
 - 6) apteki.
4. Poradnie: skórno-wenerologiczne, chorób płuc i gruźlicy, przeciwalkoholowe oraz leczenia odwykowego osób uzależnionych od środków odurzających powinny być tak usytuowane, aby dojście do nich pacjenta było możliwe najkrótszą drogą od wejścia do przychodni oraz powinny mieć wydzielone poczekalnie wraz z rejestracją oraz ustępy dla pacjentów.
5. Przy wejściu do przychodni powinna być usytuowana, z zastrzeżeniem ust. 7, rejestratornia obsługująca wszystkie poradnie, z tym że musi być do niej zapewniony osobny dostęp dla dzieci zdrowych, chorych i dorosłych, uniemożliwiający kontaktowanie się tych pacjentów.
6. Poradnie o specjalnościach chirurgicznych oraz poradnie dla dzieci i kobiet powinny być usytuowane na parterze.
7. Poradnia dla dzieci nie może się łączyć z innymi poradniami przychodni. Z wyłączeniem ośrodków zdrowia, w których pokój badań lekarskich może być wspólny dla dzieci chorych i zdrowych, poradnia dla dzieci powinna odpowiadać następującym wymaganiom:
 - 1) wejście do części poradni dla dzieci chorych powinno prowadzić przez przedsionek – wózkarnię i filtr, z którego powinno być bezpośrednio przejście do poczekalni oraz do izolatek; wyjście na zewnątrz prowadzi przez przedsionek i wózkarnię z pominięciem filtru,

- 2) pokój przygotowawczy i szpitalni powinien być połączony bezpośrednio z pokojem badań lekarskich dzieci zdrowych,
 - 3) pokój badań lekarskich dzieci chorych powinien być połączony bezpośrednio z pokojem przygotowawczo-zabiegowym,
 - 4) poradnie dla dzieci chorych oraz dla dzieci zdrowych powinny mieć osobne poczekalnie wraz z szatniami oraz węzłami sanitarnymi dla pacjentów.
8. W poradni dla kobiet pokój badań lekarskich powinien mieć bezpośrednie połączenie z kabinami higieny osobistej i pokojem położnej.
9. W pokojach zabiegów pielęgniarstwa, w których wykonywane są zabiegi światłolecznictwa lub badane laboratoryjne, powinna być urządzona wentylacja mechaniczna.
10. Powierzchnia pokoju badań lekarskich powinna wynosić co najmniej 12 m².
11. Poradnie, w szczególności stomatologiczne i chirurgiczne powinny mieć urządzenia służące do sterylizacji sprzętu.
12. W poradni chirurgicznej powinny być urządzone osobne pokoje zabiegowe dla przypadków septycznych i aseptycznych.
13. Pomieszczenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez lekarza rodzinnego powinny spełniać następujące wymagania:
- 1) powierzchnia pomieszczeń przeznaczonych na konsultacje i na badania lekarskie nie może wynosić mniej niż 15 m²,
 - 2) posiadać wydzielone osobne poczekalnie: dla dorosłych, dla dzieci zdrowych i dla dzieci chorych. Wspólna poczekalnia jest możliwa pod warunkiem wprowadzenia rozdziału czasowego przyjęć dzieci zdrowych od pozostałych pacjentów.

**Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
z dnia 6 lutego 1997 r.
(Dz.U. 1997.28.153 z późniejszymi zmianami)**

Art. 1a

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) solidarności społecznej,
- 2) samorządności,
- 3) samofinansowania,
- 4) prawa wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych,
- 5) zapewnienia równego dostępu do świadczeń,
- 6) działalności Kas Chorych nie dla zysku,
- 7) gospodarności i celowości działania.

Art. 2

Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty czasowego pobytu wydanej im z w związku z udzieleniem statutu uchodźcy, jeżeli:

- 1) podlegają obowiązkowo ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) ubezpieczają się dobrowolnie,
- 3) są członkami rodziny osób, o których mowa w pkt 1 i 2.

Art. 3

1. Ubezpieczonym przysługują świadczenia określone w przepisach ustawy, służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielane w przypadku

choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia.

Art. 25

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
 - 2) bezrobotnych nie pobierających zasiłku opłaca właściwy urząd pracy.

Art. 31f

1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, bezpłatnie lub za zryczałtowaną opłatą.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia, wykaz badań diagnostycznych, za które ubezpieczony wnosi zryczałtowane opłaty oraz maksymalną wysokość tych opłat.

Art. 37

1. Leki podstawowe, leki uzupełniające i leki recepturowe są wydawane ubezpieczonym na podstawie recepty w aptekach ogólnodostępnych lub aptekach zakładowych podległych Ministrom Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także aptekach zakładowych przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”:
 - 1) po wniesieniu opłaty ryczałtowej – za leki podstawowe i recepturowe,
 - 2) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ceny leku – za leki uzupełniające.
2. Jeżeli cena leku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest niższa od opłaty ryczałtowej, opłata ta równa jest cenie leku.
3. Opłata ryczałtowa oraz częściowa odpłatność dotyczą jednostkowego opakowania leku określonego w wykazach, o których mowa w ust. 5 pkt 1.
4. Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku podstawowego oraz 1,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego.
5. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wykaz leków podstawowych i uzupełniających,
 - 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe,
 - 3) wysokość odpłatności.

Art. 53

4. Umowy między Kasą Chorych a świadczeniodawcami powinny określać w szczególności:
 - 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń,
 - 2) warunki i zasady udzielania świadczeń,
 - 3) zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami,
 - 4) maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy,
 - 5) zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umów,
 - 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych, zażaleń, przeprowadzania i udokumentowania postępowania kontrolnego oraz wydawania wniosków pokontrolnych,
 - 7) zasady prowadzenia dokumentacji przez świadczeniodawców na potrzeby realizacji ubezpieczenia zdrowotnego i jej udostępniania Kasie Chorych.

Art. 53a

Finanse Kasy Chorych są jawne.

Art. 58

1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń:

- 1) ginekologa i położnika,
- 2) stomatologa,
- 3) dermatologa i wenerologa,
- 4) onkologa,
- 5) psychiatry,
- 6) leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych oraz od tytoniu,
- 7) dla osób zakażonych wirusem HIV,
- 8) dla osób chorych na gruźlicę,
- 9) dla kombatantów w zakresie chorób wojennych i obozowych.

Art. 60

1. Ubezpieczony ma prawo do:

- 1) wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego współpracujących z Kasą Chorych, do której należy ubezpieczony, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - 2) wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, współpracujących z Kasą Chorych, do której należy ubezpieczony, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 1 i 5,
 - 3) wyboru szpitala na zasadach określonych w art. 31c oraz 58 ust. 3,
 - 4) wyboru pielęgniarki, położnej i innych świadczeniodawców związanych umową z Kasą Chorych, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 5,
 - 5) wyboru Kasy Chorych,
 - 6) pokrycia przez Kasę Chorych, której ubezpieczony jest członkiem, wydatków poniesionych z związku z uzyskaniem świadczeń w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu i zatrucia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, udzielanych przez świadczeniodawców nie związanych umową z żadną Kasą Chorych – do wysokości przeciętnych kosztów takich świadczeń w danej Kasie Chorych, o ile wykaże, że nie miał możliwości uzyskania świadczenia u świadczeniodawcy związanego umową z Kasą.
2. Jeżeli ubezpieczony zmienia wybranego przez siebie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego bez zgody Kasy Chorych przed upływem sześciu miesięcy od dokonania wyboru, wnosi zryczałtowaną opłatę rejestracyjną w wysokości 2,5% przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 135

1. Kasy Chorych uczestniczą w wyrównaniu finansowym dokonywanym między Kasami Chorych ze względu na różnicowanie przychodów i kosztów, zwanych dalej „wyrównaniem”.
2. Za czynniki różnicujące przyjmuje się:
 - 1) kwotę planowanych przychodów rocznych Kasy Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przypadające średnio na 1 osobę uprawnioną do świadczeń w danej Kasie Chorych w roku poprzednim,
 - 2) liczbę osób ubezpieczonych powyżej 60 roku życia według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedniego.

3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, algorytm wyrównania uwzględniający czynniki różnicujące oraz wysokość procentową przewidywanych przychodów Kasy Chorych, które nie będą uwzględnione w wyrównaniu. Urząd Nadzoru oblicza na podstawie tego algorytmu wysokość kwot wyrównania dla poszczególnych Kas Chorych w następnym roku kalendarzowym.

Art. 155

Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenia zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia,
- 2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- 4) pobiera niezależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Kasą Chorych, podlega karze grzywny do 5.000 zł.

Art. 156

Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 155, następuje w trybie przepisów o postępowaniu w sprawach o wykroczenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 100 października 2001 r. w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnego opieki zdrowotnej (Dz.U. 2001.121.1315)

§ 2

2. W zakresie realizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia stomatologicznego w planie uwzględnia się:
- 1) że ubezpieczonemu, w przypadku zachorowania, jeżeli wymaga tego stan zdrowia, świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia,
 - 2) możliwość dojazdu środkami transportu publicznego przez ubezpieczonego do osoby udzielającej świadczeń w czasie nie dłuższym niż 1 godzina,
 - 3) w zakresie zasad realizacji świadczeń w dni powszechnie w godzinach wieczornych i nocnych oraz w dni wolne od pracy wynikające z pięciodniowego tygodnia pracy, niedziele i święta w planie uwzględnia się pozostanie świadczeniodawców w gotowości do realizacji świadczeń w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Osoba udzielająca świadczeń (co najmniej jeden/jedna)	Liczba osób objętych opieką zdrowotną:
Lekarz rodzinny lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	2,5 tys. – 3,0 tys. ($\pm 10\%$)

§ 3

4. Przy ustalaniu liczby osób udzielających świadczeń, o których mowa w ust. 1, z wyjątkiem osób udzielających świadczeń pozostających w gotowości do realizacji świadczeń w przypadkach, o których mowa w §2 ust. 3, należy uwzględnić następujące parametry:

brak „parametrów”

§ 4

W planie, ustala się, z wyjątkiem świadczeń, o których mowa w §2 ust. 3, zabezpieczenie dostępności do świadczeń z zakresu dziedzin medycyny, określonych w przepisach odrębnych, uwzględniając:

- 1) na poziomie gminy – zabezpieczenie świadczeń z zakresu:
 - a) podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) położnictwa i ginekologii,
 - c) stomatologii,
- 2) na poziomie powiatu lub powiatów (dla populacji 100,0 tys. Ubezpieczonych) – zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w następujących dziedzinach medycyny:
 - a) alergologia,
 - b) chirurgia ogólna,
 - c) choroby płuc,
 - d) dermatologia i wenerologia,
 - e) diabetologia,
 - f) kardiologia,
 - g) neurologia,
 - h) okulistyka,
 - i) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
 - j) otolaryngologia,
 - k) położnictwo i ginekologia,
 - l) psychiatria,
 - m) rehabilitacji medyczna,
 - n) reumatologia,
- 3) na poziomie województwa – zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie uzupełniającym świadczenia, o których mowa w pkt. 2 oraz z zakresu pozostałych dziedzin medycyny, które mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

**Ustawa o zawodzie lekarza
z dnia 5 grudnia 1996 r.
(Dz.U. 1997.28.152 z późniejszymi zmianami)**

Art. 4

Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Art. 30

Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki.

Art. 31

1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

2. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom tylko za zgodą pacjenta.
3. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.
4. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

Art. 32

1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

Art. 37

W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Art. 50a

1. Lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę lekarską, w formie spółki cywilnej lub partnerskiej.
6. Grupowa praktyka lekarska nie może być wykonywana w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 53

2. Wykonywanie praktyki lekarskiej, o której mowa w ust. 1 oraz wykonywanie grupowej praktyki lekarskiej nie jest prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 18 listopada 1999 r.

w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego.

(Dz.U. 1999.94.1097)

Na podstawie art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 196 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1116 oraz 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, kolumnami transportu sanitarnego oraz Centralnym Zespołem Lotnictwa Sanitarnego, zwanymi dalej „jednostkami organizacyjnymi”, przez podmiot, który utworzył jednostkę organizacyjną, zwany dalej „podmiotem sprawującym nadzór”, obejmującego kontrolę i ocenę działalności jednostki organizacyjnej oraz pracę jej kierownika, w szczególności w zakresie:

- 1) realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń,
- 2) prawidłowości gospodarowania mieniem,
- 3) gospodarki finansowej.

§ 2.

Nadzór nad realizacją zadań statutowych, dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę w szczególności:

- 1) zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w statucie, z uwzględnieniem:
 - a) liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług oraz okresu oczekiwania na świadczenia lub usługi,
 - b) liczby pracowników udzielających poszczególnych świadczeń zdrowotnych lub usług oraz ich kwalifikacji,
 - c) zgodności udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z przyjętymi standardami postępowania i procedurami medycznymi określonymi odrębnymi przepisami,
- 2) wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz techniczny, a także w specjalistyczne środki transportu sanitarnego, wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń przewidzianych w statucie oraz spełniania przez nie wymagań określonych odrębnymi przepisami.

§ 3.

Nadzór nad prawidłowością gospodarowania mieniem dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę w szczególności:

- 1) wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego,
- 2) wniosku dotyczącego zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego,
- 3) wniosku dotyczącego zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego albo wniesienia tego majątku do spółek fundacji.

§ 4.

Nadzór nad gospodarką finansową, dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę jej legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

§ 5.

1. Podmiot sprawujący nadzór ocenia zamierzone działania jednostki organizacyjnej określone we wniosku, o którym mowa w § 3 pkt 2 i 3, w zakresie celowości zakupu lub przyjęcia darowizny oraz celowości zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego albo wniesienia tego majątku do spółek lub fundacji oraz przewidywanych efektów ekonomicznych, związanych z podjętym działaniem.
2. Do wniosku dotyczące wniesienia majątku do spółki lub fundacji dołączyć należy projekt umowy (statutu) oraz informację dotyczącą pozostałych współników (akcjonariuszy, fundatorów).
3. Jeżeli wniosek dotyczy zbycia majątku trwałego, ocena podmiotu sprawującego nadzór obejmuje również proponowaną formę jego zbycia.

§ 6.

1. W ramach kontroli, o której mowa w § 4, podmiot sprawujący nadzór analizuje:
 - 1) kwartalne sprawozdanie o przychodach, kosztach i wyniku finansowym jednostki organizacyjnej,
 - 2) roczny plan rzeczowo-finansowy jednostki organizacyjnej,
 - 3) roczne sprawozdanie rzeczowo-finansowe jednostki organizacyjnej,
 - 4) roczne sprawozdanie z działalności jednostki organizacyjnej.
2. Jeżeli podmiot sprawujący nadzór uzna, na podstawie sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, iż zagrożona jest płynność finansowa podmiotu, może żądać przekazywania comiesięcznych sprawozdań o przychodach, kosztach lub wyniku finansowym.

§ 7.

1. Podmiot sprawujący nadzór przeprowadza kontrole okresowe i sprawdzające.
2. Kontrole okresowe są podejmowane co najmniej raz w roku celem dokonania okresowej oceny działalności jednostki organizacyjnej w zakresie określonym w § 1.
3. Kontrole sprawdzające są prowadzone w celu zbadania, czy usunięto nieprawidłowości ujawnione w toku kontroli okresowych.

§ 8.

1. Kontrola, o której mowa w § 7, dokonywana jest przez kontrolującego na podstawie imiennego upoważnienia wydanego przez podmiot sprawujący nadzór.
2. Upoważnienie, o którym mowa w ust. 1, wskazuje kontrolującego oraz zawiera oznaczenia:
 - 1) jednostki organizacyjnej objętej kontrolą,
 - 2) zakresu kontroli,
 - 3) przewidywanego czasu kontroli.

§ 9.

1. Przed przystąpieniem do kontroli kontrolujący przedstawia kierownikowi jednostki organizacyjnej upoważnienie, o którym mowa w § 8 ust. 1, legitymację służbową oraz informuje o przedmiocie i zakresie kontroli.
2. Czynności kontrolne dokonywane są przy współudziale kierownika jednostki organizacyjnej lub osoby przez niego upoważnionej, które:
 - 1) udostępniają dokumenty,
 - 2) udzielają wyjaśnień,
 - 3) umożliwiają dokonywanie wizytacji,
 - 4) zapewniają niezbędną obsługę techniczną kontrolującego.

§ 10.

1. Kontrolujący sporządza protokół z przeprowadzonej kontroli.
2. Protokół zawiera ustalenia (wyniki) kontroli oraz wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości.
3. Protokół podpisują kontrolujący, kierownik jednostki organizacyjnej oraz główny księgowy.
4. Kierownik jednostki organizacyjnej może, nie później niż w terminie 7 dni po przedłożeniu mu protokołu do podpisania, zgłosić umotywowane zastrzeżenia do treści protokołu; kontrolujący jest obowiązany uzupełnić protokół, ustosunkowując się do tych zastrzeżeń.
5. Kierownik jednostki organizacyjnej może odmówić podpisania protokołu i złożyć pisemne wyjaśnienie przyczyn odmowy, które kontrolujący załącza do protokołu.
6. Kierownik jednostki organizacyjnej otrzymuje egzemplarz protokołu.

§ 11.

Podmiot sprawujący nadzór przedstawia kierownikowi jednostki organizacyjnej protokół kontroli zawierający zalecenia pokontrolne wraz z określeniem terminu przedstawienia informacji o sposobie, trybie i okresie realizacji zaleceń pokontrolnych.

§ 12.

Rozporządzenie wchodzi w życie (1) po upływie 7 dni od dani ogłoszenia.

**MIĘDZYNARODOWY PAKT
PRAW OBYWATELSKICH I POLITYCZNYCH
otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 16 grudnia 1966 r.
(Dz.U. 1977.38.167)**

Artykuł 26

Wszyscy są równi wobec prawa i są uprawnieni bez żadnej dyskryminacji do jednakowej ochrony prawnej. Jakakolwiek dyskryminacja w tym zakresie powinna być ustawowo zakazana oraz powinna być zagwarantowana przez ustawę równa dla wszystkich i skuteczna ochrona przed dyskryminacją w takich względów, jak: rasa, kolor skóry, płeć, język, religia, poglądy polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuacja majątkowa, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności.

**Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych
Uchwalony przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 16 grudnia 1966 roku.
Ratyfikowany przez Polskę w dniu 3 marca 1997 roku.
(Dz.U. 1977.38.169)**

Artykuł 12

1. Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.
2. Kroki, jakie Państwa Strony niniejszego Paktu powinny podjąć dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa, będą obejmowały środki konieczne do:
 - a) zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka;
 - b) poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach;
 - c) zapobieganie chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania;
 - d) stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby.

**Europejska Karta Społeczna
przyjęta przez Polskę 10 czerwca 1997 r.
(Dz.U. 199.8.67)**

CZĘŚĆ I

Układające się strony przyjmują za cel swej polityki, która będzie wykonywana za pomocą wszelkich odpowiednich środków, zarówno o charakterze krajowym, jak i międzynarodowym, osiągnięcie warunków, w których następujące prawa i zasady mogą być skutecznie realizowane:

11. Każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu posiadanie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia.
13. Każdy nie mający wystarczających zasobów ma prawo do pomocy społecznej i lekarskiej.

Artykuł 11

Prawo do ochrony zdrowia

W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do ochrony zdrowia Układające się Strony zobowiązują się podjąć bezpośrednio lub we współpracy z publicznymi albo prywatnymi organizacjami stosowne środki zmierzające między innymi do:

1. wyeliminowania tak dalece, jak jest to możliwe, przyczyn chorób;
2. zapewnienia udogodnień w zakresie poradnictwa oraz oświaty dla poprawy zdrowia i zachęcania do indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia;
3. zabezpieczenia, tak dalece, jak to możliwe, przed chorobami epidemicznymi, endemicznymi oraz innymi.