

Pozycja lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w państwach Europy Środkowo-Wschodniej

Nadesłany: 05.05.17 | Zaakceptowany do druku: 23.08.17

Justyna Kujawska*

Państwa Europy Środkowo-Wschodniej w okresie powojennym rozwinęły systemy zdrowotne oparte na modelu Siemaszki. Zakładał on rozwój stacjonarnej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, pomijając podstawową opiekę zdrowotną i rolę lekarzy ogólnych w systemie. Od ponad 20 lat w państwach Europy Środkowo-Wschodniej przywraca się właściwą pozycję lekarzom rodzinnym i podstawowej opiece zdrowotnej. Celem artykułu jest określenie pozycji lekarza rodzinnego/ogólnego i systemu podstawowej opieki zdrowotnej oraz porównanie dostępności do świadczeń ambulatoryjnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Państwa Europy Środkowo-Wschodniej mają niskie wydatki na ochronę zdrowia w porównaniu z krajami Europy Zachodniej. Lekarze rodzinni/ogólni pełnią rolę strażników (*gatekeepers*) dostępu do bardziej specjalistycznej i droższej opieki zdrowotnej. Pomimo kształcenia z zakresu medycyny rodzinnej, występuje niedobór lekarzy pierwszego kontaktu, szczególnie na obszarach wiejskich. Występują utrudnienia w dostępie do opieki zdrowotnej i w jej ciągłości. Systemy podstawowej opieki zdrowotnej w państwach Europy Środkowo-Wschodniej są systemami słabymi.

Słowa kluczowe: lekarz ogólny/lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna, dostępność.

Position of Primary Care Physicians in Central and Eastern European Countries

Submitted: 05.05.17 | Accepted: 23.08.17

In the postwar period, Central and Eastern European (CEE) countries developed health systems based on the Semashko model. It focuses on the development of hospital care and secondary health care, completely ignoring primary care and the role of primary care physicians in the system. For more than 20 years, CEE countries have been trying to reinstitute the due position of family physicians and primary care. The aim of this article is to determine the position of primary care physicians in the health care system, and to compare the availability of basic health services in Central and Eastern European countries. CEE countries have low spending on health care compared to Western European countries. Family doctors play the role of gatekeepers for access to more specialist and expensive health care. Despite family medicine education, there is a shortage of primary care physicians, especially in rural areas. There are barriers to access and continuity of health care. Primary health care systems in CEE countries can be characterized as weak systems.

Keywords: general practitioner (GP)/family doctor, primary health care, access to service.

JEL: H51, I14

* **Justyna Kujawska** – dr, Politechnika Gdańska, Wydział Zarządzania i Ekonomii.

Adres do korespondencji: Politechnika Gdańska, Wydział Zarządzania i Ekonomii, ul. G. Narutowicza 11/12, 80-233 Gdańsk; e-mail: justyna.kujawska@zie.pg.gda.pl.

1. Wprowadzenie

Przed upadkiem komunizmu, pod koniec lat 80. XX wieku systemy opieki zdrowotnej w większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej były bardzo podobne. Obowiązywał radziecki, scentralizowany model Siemaszki, zdominowany przez lekarzy specjalistów i usługi szpitalne. Nie zapewniał on skutecznej opieki zdrowotnej społeczeństwu. Podstawowa opieka zdrowotna była marginalizowana oraz nie kształcono lekarzy o specjalności ogólnej. Model Siemaszki był bardzo głęboko zakorzeniony w krajach, które były integralną częścią ZSSR. Dostęp do opieki był utrudniony przez ograniczenia geograficzne – rejonizację. Kraje byłej Jugosławii miały inny system, oparty na ideach Andrija Štampar. Chociaż w latach 80. struktura wydatków na ochronę zdrowia była podobna we wszystkich krajach komunistycznych: 60% środków wydatkowano na opiekę szpitalną i 40% na ambulatoryjną, to jednak w Jugosławii przez cały okres po II wojnie światowej kształcono i zatrudniano lekarzy o specjalności lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Niewłaściwy sposób zarządzania opieką zdrowotną (społeczna własność w opiece zdrowotnej i decentralizacja finansowania) oraz system wynagrodzenia lekarzy spowodował zmniejszenie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz specjalistów i opieki szpitalnej (Saric i Rodwin, 1993; Markota, Svab, Sarazin Klemencic i Albreht, 1999).

Różnice w systemach zdrowotnych pomiędzy krajami postkomunistycznymi są uwarunkowane historycznie i powstały w XIX w., w okresie Monarchii Austro-Węgierskiej oraz rozbiórów Polski (Grielen, Boerma i Groenewegen, 2001).

W ciągu ostatnich 30 lat wszystkie kraje komunistyczne zreformowały systemy opieki zdrowotnej, akcentując kluczową rolę podstawowej opieki zdrowotnej oraz wprowadzając specjalność z medycyny rodzinnej jako dyscyplinę akademicką (Rechel i McKee, 2009; Svab, Rotar Pavlic, Radic i Vainiomaki, 2004).

Pozycja lekarzy rodzinnych różni się w poszczególnych systemach zdrowotnych. Lekarze ogólni odgrywają ważniejszą rolę w systemach zdrowotnych opartych na modelu Beveridge'a, mniejszą w modelach Bismarcka. Nie jest to jednak regułą, sposób pozyskiwania środków na finansowanie opieki zdrowotnej nie przesądza o pozycji lekarzy ogólnych (np. słaba we Włoszech i silna w Szwecji). W krajach byłego bloku wschodniego, pozycja lekarzy pierwszego kontaktu także jest zróżnicowana, natomiast rozwiązania instytucjonalne nie są bardzo rozwinięte (Grielen i in., 2001).

Siła bądź słabość lekarzy rodzinnych zależy od roli jaką pełnią w systemie – strażników (*gatekeepers*) czy administratorów – oraz od siły reprezentacji zawodowej (Kringos, Boerma, van der Zee i Groenewegen, 2013).

Celem opracowania jest określenie pozycji lekarza rodzinnego/ogólnego i systemu podstawowej opieki zdrowotnej oraz porównanie dostępności do świadczeń ambulatoryjnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej.



2. Determinanty pozycji systemów podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza pierwszego kontaktu – przegląd badań

Lekarz pierwszego kontaktu występuje we wszystkich systemach ochrony zdrowia, lecz pod różnymi nazwami: lekarz rodzinny, lekarz domowy, lekarz ogólny czy też lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Posiada on najczęściej specjalizację z medycyny rodzinnej, interny lub pediatrii. Pełni rolę przewodnika po systemie ochrony zdrowia, a w wielu krajach – poprzez wydawane skierowania – stanowi o dostępie do świadczeń na wyższym poziomie leczenia.

W Europie główną zasadą działania systemów ochrony zdrowia, jest powszechny dostęp do opieki. Od lat 50. XX wieku celem polityki zdrowotnej było ustanowienie równego dostępu do opieki zdrowotnej, dla wszystkich obywateli. Znaczący wzrost wydatków na ochronę zdrowia w latach 90. doprowadził decydentów do wniosku, że powszechny dostęp nie znaczy, że wszystkie rodzaje opieki są swobodnie dostępne na życzenie każdego pacjenta. Obecnie uważa się, że dostęp do opieki zdrowotnej musi być regulowany (Gulliford i in., 2002).

Według modelu A. Donabediana badanie jakości systemów opieki zdrowotnej powinno odbywać się według trzech poziomów: struktury, procesów i wyników (Donabedian, 1988). Model ten można zastosować również do badania jednego z elementów systemu ochrony zdrowia – podstawowej opieki zdrowotnej. Każdy poziom został rozpisany na kilka wymiarów (Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee i Groenewegen, 2010; Macinko i in., 2003). Poziom procesów jest szczególnie ważny z punktu widzenia realizacji celu opracowania.

Na strukturę systemu zdrowotnego składają się trzy wymiary: zarządzanie, warunki ekonomiczne i personel.

Zarządzanie opieką podstawową to: wizja, cele zdrowotne, kierunki polityki zdrowotnej w zakresie równości dostępu, rozwoju usług, regulacje prawne, centralizacja bądź decentralizacja zarządzania, infrastruktura, wykorzystywane technologie, organizacje pacjentów, zaangażowanie rządu oraz integracja opieki podstawowej z innymi rodzajami opieki.

Na warunki ekonomiczne podstawowej opieki zdrowotnej składają się: metody finansowania opieki zdrowotnej, wydatki na ochronę zdrowia ogółem oraz na opiekę podstawową, sposób zatrudnienia pracowników realizujących opiekę, metody refundacji kosztów świadczeniodawców, porównanie dochodów lekarzy ogólnych i specjalistów.

Profil profesjonalnych pracowników zajmujących się podstawową opieką zdrowotną obejmuje następujące wymiary: rodzaje pracowników z uwzględnieniem płci, obowiązki lekarza rodzinnego, wymagania w zakresie kształcenia i doksztalcania kadr, stowarzyszenia zawodowe, status akademicki dyscypliny – medycyna rodzinna, przyszły rozwój pracowników podstawowej opieki zdrowotnej.

Proces realizacji opieki podstawowej jest określany przez cztery wymiary: dostępność, ciągłość, koordynację oraz kompleksowość (wszechstronność) opieki.

Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej należy definiować jako: wielkość i rodzaj usług w stosunku do potrzeb ludnościowych, dostępność geograficzna, czyli odległość pomiędzy miejscem zamieszkania a miejscem udzielania usług, organizacja wizyt domowych i opieki poza godzinami pracy, wysokość współpłatności, poziom zadowolenia z organizacji opieki, faktycznie otrzymane usługi, dopasowanie usług do potrzeb zdrowotnych.

Ciągłość opieki podstawowej można rozumieć jako: długoterminowe relacje pomiędzy dostawcami opieki a ich pacjentami, wykraczające poza epizody chorobowe, gromadzenie informacji medycznych o pacjencie dostępne dla każdego świadczeniodawcy podejmującego opiekę (dokumentacja medyczna, wsparcie kliniczne i wystawione skierowania), zaspokojenie potrzeb komunikacyjnych i poszanowanie praw pacjenta.

Koordynacja opieki zdrowotnej odzwierciedla zdolność lekarzy podstawowej opieki do współpracy ze specjalistami z innych poziomów opieki zdrowotnej. Z koordynacją opieki mamy do czynienia, gdy spełnione są następujące warunki:

- bezpośredni dostęp do innych poziomów opieki (bez skierowania),
- wspólna praktyka pracowników medycznych tworzących zespół podstawowej opieki zdrowotnej,
- dywersyfikacja i zastępowanie świadczeniodawców opieki podstawowej,
- integracja opieki podstawowej i specjalistycznej (współtworzenie protokołów klinicznych),
- integracja opieki podstawowej i zdrowia publicznego.

Kompleksowość opieki podstawowej to zakres dostępnych usług w opiece podstawowej służących zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych pacjentów. Na kompleksowość opieki mają wpływ między innymi: dostępne wyposażenie medyczne, zakres problemów zdrowotnych, którymi powinien się zajmować lekarz pierwszego kontaktu, zakres diagnoz, dla których leczenie powinno być świadczone w placówkach opieki podstawowej, zakres procedur medycznych i opieki profilaktycznej, opieka nad matką i dzieckiem, promocja zdrowia.

Wynik działania systemu opieki podstawowej obejmuje trzy wymiary: dbałość o jakość, skuteczność opieki oraz równość (sprawiedliwość) w zdrowiu.

Jakość opieki podstawowej to stopień, w jakim ochrona zdrowia odpowiada potrzebom pacjentów i standardom opieki. Jest realizowana poprzez: ustalenie standardów zachowań świadczeniodawców, odpowiednią diagnostykę i unikanie niepotrzebnych hospitalizacji, również w przypadku chorób przewlekłych, ciągłość opieki psychiatrycznej, opiekę nad matką i dzieckiem w zakresie badań przesiewowych dla matek w ciąży oraz szczepień dla dzieci, profilaktykę i zapobieganie chorobom cywilizacyjnym oraz promocję zdrowego stylu życia.

Skuteczność opieki to równowaga pomiędzy poziomem posiadanych zasobów w systemie a osiąganymi wynikami zdrowotnymi. Skuteczność opieki

podstawowej obejmuje: efektywność alokacyjną, minimalizację czasu spędzonego na leczeniu przy maksymalizacji wyniku zdrowotnego, minimalizację kosztu na jednego pacjenta, skuteczność techniczną oraz skuteczność działania personelu medycznego wyrażaną liczbą i czasem trwania konsultacji, częstotliwością przepisywania leków na receptę, liczbą nowych skierowań do specjalistów.

Sprawiedliwość (równość) w zdrowiu to taki sposób realizacji opieki, aby nie istniały i nie powstawały różnice w stanie zdrowia wśród różnych grup ludności (Starfield, 2006).

Pomimo ogólne przyjętego poglądu, że POZ jest podstawą skutecznej opieki zdrowotnej (Macinko, Starfield i Shi, 2003), do tej pory nie udało się dostarczyć wystarczających dowodów naukowych uzasadniających tę tezę (Atun, Menabde, Saluvere, Jesse i Habicht, 2006).

Należy zauważyć, że na pozycję podstawowej opieki zdrowotnej w całym systemie zdrowotnym ma wpływ poziom i sposób finansowania. Oferowanie szerokiego wachlarza usług przez dostawców podstawowej opieki zdrowotnej wpływa na poprawę stanu zdrowia leczonej populacji (Sans-Corrales i in., 2006; Starfield, Shi i Macinko, 2005). Badacze zauważyli jednocześnie, że kompleksowa pielęgnacja jest pozytywnie powiązana z siłą opieki podstawowej, a większe zaopatrzenie (materialne i decyzyjne) lekarzy rodzinnych wiąże się z niższym całkowitym kosztem usług zdrowotnych.

O pozycji POZ decydują również omówione wyżej wymiary realizacji usług: dostępność, ciągłość, kompleksowość i koordynacja opieki. Badania przeprowadzone przez Chapmana i współpracowników (Chapman, Zechel, Carter i Abbott, 2004) wykazały, że większa dostępność opieki może zmniejszyć dysproporcje społeczno-ekonomiczne i rasowe w zdrowiu. M. Cabana i S. Jee dostrzegli pozytywne powiązanie między ciągłością i koordynacją opieki (Cabana i Jee, 2004). Ciągłość opieki bardzo silnie wpływa na jakość, np. poprzez ograniczanie liczby hospitalizacji i poprawę skuteczności wczesnych diagnoz. Jest ona opłacalna w opiece podstawowej i zapewnia większą skuteczność usług (Sans-Corrales i in., 2006). Przyczynia się także do poprawy zdrowia populacji i redukuje liczbę błędów medycznych.

W wielu państwach europejskich dostępność świadczeń specjalistycznych jest regulowana przez dwa instrumenty mikroekonomiczne: gatekeeping i współpłacenie pacjentów za usługi medyczne (Reibling i Wendt, 2008).

Z gatekeepingiem spotykamy się wtedy, gdy wizyta u specjalisty możliwa jest tylko po otrzymaniu skierowania od lekarza rodzinnego, który pełni funkcję strażnika dostępu do droższej opieki specjalistycznej. System skierowań zapobiega zbędnym usługom specjalistycznym i tym samym redukuje niepotrzebne koszty. Lekarz rodzinny ze względu na przewagę informacyjną pomaga pacjentowi uzyskać odpowiednią opiekę. Dodatkowo lekarz opieki podstawowej, koordynując działania specjalistów, zapobiega powstawaniu niezamierzonych efektów wynikających z leczenia różnych schorzeń (Wendt i Thompson, 2004).



Współpłacenie to dzielenie kosztów opieki zdrowotnej pomiędzy płatnika i pacjenta w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych (Thomson i Mossialos, 2004). Jest to działanie przeciwne do składek ubezpieczeniowych, które muszą być opłacone niezależnie od rzeczywistego wykorzystania. Współpłacenie przyjmuje najczęściej postać stałej opłaty za usługę lub stałego procentu od wartości wykonanej usługi. Pozytywną stroną współpłacenia jest racjonalizacja liczby wizyt odbywanych przez pacjentów. Ma ono jednak negatywne skutki. Maleje liczba osób korzystających z opieki zdrowotnej wśród ludności o najniższych dochodach oraz wśród osób obciążonych chorobami i przewlekle chorych. To właśnie osoby najbardziej potrzebujące częstszego korzystania ze świadczeń zdrowotnych (van Doorslaer i Koolman, 2004; van Doorslaer, Masseria i Koolman, 2006). Aby zapobiec pogłębianiu się nierówności w zdrowiu, w wielu krajach istnieją mechanizmy ochrony i zwolnień dla osób najuboższych i o niskim statusie zdrowotnym. W krajach Europy Zachodniej rozwinięte są ubezpieczenia prywatne, które pokrywają konieczne dopłaty i zapobiegają płatnościom bezpośrednim dokonywanym przez pacjentów. W krajach Europy Wschodniej rozwinięty system ubezpieczeń prywatnych występuje tylko w Słowenii i Chorwacji.

O pozycji lekarza pierwszego kontaktu w systemie opieki zdrowotnej decyduje dostępność do jego usług¹, pełnienie roli strażnika dostępu do usług specjalistycznych, dbałość o relacje z pacjentami, sposób wynagradzania oraz siła reprezentacji zawodowych.

D. Delnoij i współpracownicy wykazali, że systemy opieki zdrowotnej, w których lekarze rodzinni pełnili funkcję strażników dostępu do usług specjalistycznych, miały niższe tempo wzrostu kosztów opieki ambulatoryjnej, niższą liczbę usług, ale wyższe całkowite koszty opieki zdrowotnej (Delnoij, Van Merode, Paulus i Groenewegen, 2000).

Pacjenci o opiece podstawowej, w której lekarz pierwszego kontaktu pełnił funkcję gatekeepera, wyrażali gorsze opinie z powodu utrudnień w kontaktach z lekarzami (Starfield i in., 2005), co nie miało wpływu na wysoką ocenę jakości otrzymanej opieki.

A. Wilson i S. Childs (2002), przeglądając dostępne opracowania naukowe, wykazali, że dłuższe konsultacje z pacjentem pozwalają wskazać więcej aspektów leczenia, zainteresować profilaktyką oraz staranniej prowadzić dokumentację medyczną. Pośrednio ma to wpływ na realizację ciągłości, kompleksowości i koordynacji opieki. Sposób wynagradzania lekarzy jest powiązany ze sposobem finansowania opieki podstawowej. Metoda kapitulacyjna występuje wtedy, gdy lekarz otrzymuje stałą kwotę na każdego pacjenta zapisanego na jego listę, niezależnie od tego, czy korzysta on z usług zdrowotnych. Stawki te mogą uwzględniać cechy demograficzne zapisanej populacji. Wynagrodzenie lekarza jest wówczas zależne od liczby zapisanych pacjentów. Innym sposobem wynagradzania jest kwota lub procent od liczby wykonanych usług, a w bardziej projakościowym – pensja zależna od uży-



skanych wyników. Lekarz może również otrzymywać stałą pensję niezależną od liczby pacjentów i nieuwzględniającą elementów pro jakościowych.

3. Regulacja dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w państwach Europy Środkowo-Wschodniej

W wielu opracowaniach naukowych gatekeeping jest mierzony jako zmienna dychotomiczna, czyli jest cechą systemu opieki podstawowej lub nie. Jednak przykłady systemów zdrowotnych wskazują, że może on być realizowany w różnym stopniu. Dlatego w niniejszym artykule indeks uregulowań prawnych obowiązujących w opiece podstawowej będzie traktowany jako zmienna ciągła. Dla każdego kraju zostanie ustalona wartość na podstawie zakresu występujących regulacji prawnych w dostępie do świadczeń medycznych. Według J. Wasem, S. Greß i F. Hessel (Wasem, Greß i Hessel, 2003), gatekeeping występuje, gdy zaistnieją trzy warunki:

- 1) pacjenci muszą zapisać się na listę do lekarza rodzinnego i przez pewien czas korzystać z jego usług,
- 2) na każdego pacjenta zapisanego na listę lekarz podstawowej opieki zdrowotnej otrzymuje kwotę kapitacyjną,
- 3) opieka specjalistyczna i szpitalna możliwa jest tylko po otrzymaniu skierowania od lekarza rodzinnego.

Pierwsze kryterium – rejestracja u lekarza pierwszego kontaktu – pokazuje, czy ludzie są zmuszeni przez pewien czas wybierać lekarza POZ. Ten warunek jest jednym z głównych elementów gatekeepingu i był szeroko omawiany w badaniach dotyczących przepisów regulujących dostęp (np. Ettelt, Nolte, Mays, Thomson i McKee, 2006). Rejestrowanie się do lekarza pierwszego kontaktu przenosi odpowiedzialność za koordynację opieki na jedną osobę i uniemożliwia pacjentowi uzyskanie drugiej opinii. Ettelt i in. (2006) wykazali, że ograniczenie w rejestracji zależy od tego, czy istnieje określony obszar, na którym należy wybrać lekarza POZ. Ograniczenia geograficzne wyboru lekarza rodzinnego występują w Danii, Włoszech i Hiszpanii (Rebling i Wendt, 2008).

Płatności typu kapitacyjnego funkcjonują w systemach, w których lekarz rodzinny pełni funkcję strażnika dostępu do świadczeń specjalistów, ponieważ zachęca pacjentów do dołączenia do listy. Stąd też znaczna część społeczeństwa ma wybranego lekarza pierwszego kontaktu.

Ostatni warunek odzwierciedla kontrolę dostępu do rynku usług opieki specjalistycznej, w skład którego wchodzi specjalści z prywatnych praktyk, ośrodków zdrowia oraz specjaliści działający w przychodniach ambulatoryjnych przy szpitalach, posiadający kontrakty z płatnikami na świadczenie usług zdrowotnych. W każdym przypadku pacjenci potrzebują skierowania, aby dostać się do specjalisty. Alternatywą jest tylko wizyta prywatna. W niektórych krajach pacjenci mogą realizować wizyty u specjalistów, korzystając ze skierowania, lub pominąć system skierowań, akceptując wyższą opłatę za wizytę niż ustalona współpłatność (np. w Belgii czy Szwecji) (Ettelt i in.,

Kraje	Wybór lekarza rodzinnego	Rejonizacja	Płatność	Dostęp do specjalistów	Dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w szpitalu
Bułgaria	+	-	Kapitacja/opłata za usługę/opłata za działania zapobiegawcze	Skierowanie	Skierowanie
Czechy	+	-	Kapitacja/opłata za usługę	Bez skierowania	Bez skierowania
Chorwacja	+	-	Kapitacja/opłata za usługę/opłata za działania zapobiegawcze	Skierowanie	Skierowanie
Estonia	+	-	Kapitacja/opłata za usługę/opłata za działania zapobiegawcze	Skierowanie	Bez skierowania
Litwa	+	-	Kapitacja/opłata za usługę/opłata za działania zapobiegawcze	Skierowanie	Skierowanie
Łotwa	+	-	Kapitacja/opłata za usługę/opłata za działania zapobiegawcze	Skierowanie	Skierowanie
Polska	+	-	Kapitacja/opłata za usługę	Skierowanie	Skierowanie
Rumunia	+	-	Kapitacja/opłata za usługę	Skierowanie	Skierowanie
Słowacja	+	-	Kapitacja/opłata za usługę	Skierowanie	Skierowanie
Słowenia	+	-	Kapitacja/opłata za usługę	Skierowanie	Skierowanie
Węgry	+	-	Kapitacja	Wielu specjalistów bez skierowania	Bez skierowania

Tab. 1. Zakres regulacji dostępu do świadczeń w państwach Europy Środkowo-Wschodniej. Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Oleszczyk, I. Svab, B. Seifert, A. Krzton-Krolewiecka i A. Windak. (2012). *Family Medicine in Post-communist Europe Needs a Boost. Exploring the Position of Family Medicine in Healthcare Systems of Central and Eastern Europe and Russia. BMC Family Practice*, 13(1), 1–10.

2006). Najmniej restrykcyjne są systemy, w których pacjenci mają całkowitą swobodę w dostępie do specjalistów (Szwajcaria, Francja).

W tabeli 1 przedstawiono zakres regulacji dostępu do świadczeń w 11 państwach postkomunistycznych Europy Środkowo-Wschodniej, obecnych członkach Unii Europejskiej.

We wszystkich badanych krajach pacjenci muszą wybierać lekarza pierwszego kontaktu poprzez zapisanie się na listę. W żadnym z badanych państw nie występują ograniczenia geograficzne w wyborze lekarza, czyli tzw. rejonizacja, która była charakterystyczna dla modelu Siemaszki. W Estonii, na Łotwie i na Węgrzech lekarz POZ może odmówić przyjęcia pacjenta na listę, jeśli przekraczałoby to ustalony limit osób, a miejsce zamieszkania pacjenta byłoby poza rejonem jego działania. Podstawową metodą finansowania świadczeń jest metoda kapitacyjna lub system mieszany z przewagą kapitaacji. W wielu państwach stawka kapitacyjna jest zróżnicowana, zależna od wieku pacjentów (wyższa dla dzieci i osób starszych). W niewielu państwach istnieje swoboda w wyborze lekarzy specjalistów, do wielu specjalistów konieczne są skierowania.

Jak można zauważyć, w państwach, które przeszły transformację ustrojową, istnieją silne regulacje w dostępie do usług zdrowotnych. Należy jednak pamiętać, że państwa te mają niskie wydatki na zdrowie w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, a w społeczeństwach istnieje pokusa do nadużywania świadczeń zdrowotnych.

Indeks regulacji prawnych (siły gatekeepingu) został zaprezentowany w tabeli 2.

Najmniej ograniczeń prawnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych występuje w Czechach (najniższa wartość LRI), a najwięcej w Bułgarii, Litwie, Łotwie i Polsce. Na Węgrzech, pomimo systemu skierowań, do wielu specjalistów jest wolny dostęp (stąd 1 w kolumnie „dostęp do specjalistów”). W ostatnim czasie w Polsce system regulacji dostępu do opieki specjalistycznej stał się bardziej szczelny. Wprowadzenie skierowań do niektórych specjalistów, do których do tej pory istniał wolny dostęp (np. okulistów), ma skrócić kolejki oczekujących i zapobiec nieuzasadnionemu korzystaniu z usług.

Państwa takie jak Estonia czy Węgry, które deklarują, że w ich systemach podstawowej opieki zdrowotnej występuje gatekeeping, wcale nie osiągają najwyższego indeksu regulacji. Na Łotwie np. pacjenci mają bardzo utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej ze względu na wysokie opłaty za usługi.

W tabeli 3 zestawiono roczne wydatki *per capita* na podstawową opiekę zdrowotną z liczbą lekarzy ogólnych na 100 tys. mieszkańców oraz liczbą konsultacji w opiece ambulatoryjnej². Dane zostały przedstawione dla 2014 r. W czwartej i piątej kolumnie zaprezentowano minimalną i maksymalną liczbę pacjentów, jaka może być zapisana do lekarza POZ. Kolejna kolumna prezentuje, w których państwach pacjenci muszą wносить opłaty za korzystanie z konsultacji lekarza rodzinnego. W ostatniej kolumnie zaprezentowano kraje, w których decydenci określają, że w ich systemach opieki podstawowej lekarz pierwszego kontaktu pełni funkcję strażnika (gatekeepera).



Kraje	Rejestracja do lekarza rodzinnego	Rejonizacja	System kapitałowy (proporcje)	Dostęp do specjalistów	Dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w szpitalu	Index regulacji prawnych LRI	LRI przeskalowany (0–10)
Czechy	1	0	0,7	0	0	1,7	2,43
Węgry	1	0	1,0	1	0	3,0	4,29
Estonia	1	0	1,0	2	0	4,0	5,71
Rumunia	1	0	0,5	2	2	5,5	7,86
Słowenia	1	0	0,5	2	2	5,5	7,86
Chorwacja	1	0	0,8	2	2	5,8	8,29
Słowacja	1	0	0,9	2	2	5,9	8,43
Bułgaria	1	0	1,0	2	2	6,0	8,57
Litwa	1	0	1,0	2	2	6,0	8,57
Łotwa	1	0	1,0	2	2	6,0	8,57
Polska	1	0	1,0	2	2	6,0	8,57

- = 0, + = 1, bez skierowania = 0, skierowanie = 2.

Tab. 2. Indeks regulacji prawnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Źródło: opracowanie własne.

Kraje	Wydatki <i>per capita</i> na POZ w euro	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba konsultacji na mieszkańca	Min. liczba pacjentów	Max. liczba pacjentów	Współpłacenie za wizytę POZ	Gatekeeping
Bułgaria	49,04	66	5,90	–	–	+	+
Czechy	72,77	70	11,09	–	–	+	–
Chorwacja	47,43	83	6,26	–	–	+	–
Estonia	117,57	80	6,32	1 200	2 000	–	+
Litwa	57,87	94	8,67	500	2 000	–	+
Łotwa	36,61	70	5,90	–	–	+	–
Polska	60,98	36	7,20	–	2 750	–	+
Rumunia	21,48	79	5,30	1 000	2 200	–	+
Słowacja	49,87	50	11,28	–	–	–	–
Słowenia	128,95	62	6,60	–	–	+	+
Węgry	53,09	64	11,81	200	–	–	+

Tab. 3. Posiadane zasoby podstawowej opieki zdrowotnej w wybranych krajach (w 2014 r.). Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat i M. Oleszczyk, I. Svab, B. Seifert, A. Krzton-Krolewiecka i A. Windak. (2012). Family Medicine in Post-communist Europe Needs a Boost. Exploring the Position of Family Medicine in Healthcare Systems of Central and Eastern Europe and Russia. BMC Family Practice, 13(1), 1–10.

Najwięcej na mieszkańca na podstawową opiekę zdrowotną, łącznie ze środków publicznych i prywatnych, wydaje się w Słowenii i Estonii – około 120 euro, najmniej w Rumunii – 22 euro rocznie. W krajach Europy Zachodniej średnie wydatki *per capita* na opiekę podstawową wynoszą około 300 euro. Najwięcej lekarzy ogólnych jest na Litwie, a dramatycznie mało w Polsce, średnia w Europie to 114 lekarzy ogólnych na 100 tys. mieszkańców. Na Litwie dopuszcza się, aby lekarzami rodzinnymi zostawali klinicyści różnych specjalności. Najwyższa liczba lekarzy rodzinnych w Europie Wschodniej jest porównywalna z najniższą w krajach Europy Zachodniej. Najchętniej z konsultacji ambulatoryjnych (POZ + AOS) korzystają: Czesi, Słowacy i Węgrzy. Przyczyną tak wysokiej liczby konsultacji mogą być nadużycia, szczególnie w przypadku Czech i Węgier, gdzie dostęp do specjalistów jest w dużym stopniu otwarty. Duża liczba wizyt jest również pochodną organizacji pracy lekarzy rodzinnych (krótki okres ważności recept, konieczność przedstawienia pracodawcy zwolnienia lekarskiego). System współpłatności w Czechach nie wpływa na liczbę wizyt, a gatekeeping na Węgrzech nie spełnia podstawowej funkcji.

W niewielu państwach istnieje górny limit pacjentów, którzy mogą zapisać się do lekarza POZ. W Polsce jest on najwyższy ze względu na bardzo małą liczbę lekarzy. Limity pacjentów zapisanych do jednego lekarza ogólnego wynoszące więcej niż 2000 osób skutkują obniżeniem jakości usług i koniecznością skrócenia czasu poświęcanego chorym.

4. Zakończenie

Wydatki na opiekę zdrowotną w państwach Europy Środkowo-Wschodniej są niskie w porównaniu z krajami Europy Zachodniej. Słowenia, która wydała najwięcej (2,7 tys. dol. według parytetu siły nabywczej, *per capita* w 2014 r.), ma wydatki porównywalne z Hiszpanią i Portugalią. W przypadku wydatków na podstawową opiekę zdrowotną żaden kraj z Europy Wschodniej nie osiąga poziomu najniższych wydatków w państwach Europy Zachodniej (Hiszpania 170 euro *per capita* w 2014 r.). Pomimo wdrożenia reform, ciągle jeszcze zbyt duże koszty generuje opieka szpitalna. Jest to konsekwencja niewielkiej liczby realizowanych procedur jednodniowych. Drugą przyczyną jest niska wykrywalność chorób. Utrudniony dostęp do lekarzy rodzinnych, szczególnie na wsi, niski poziom wydatków na badania profilaktyczne i diagnostyczne, skutkuje niską wykrywalnością chorób w początkowym stadium i niepotrzebnymi hospitalizacjami. Badacze zwracają także uwagę na duże zróżnicowanie przestrzenne w rozmieszczeniu lekarzy (Levesque, Harris i Russell, 2013; Gautam, Li i Johnson, 2014).

Brak elektronicznej dokumentacji medycznej utrudnia kontynuację (ciągłość) i koordynację opieki zdrowotnej. Przeprowadzane w krajach postkomunistycznych reformy ochrony zdrowia skupiają się zachowaniu stabilności finansowej systemów. Cztery ważne wymiary budujące się podstawowej

opieki zdrowotnej: ciągłość, dostępność, kompleksowość i koordynacja opieki są w początkowym etapie wdrażania, a organizacja opieki w wielu państwach wręcz uniemożliwia ich implementację.

Niski poziom zakontraktowanych świadczeń, wynikający z dostępnych środków finansowych w systemie, oraz zbyt mała liczba lekarzy powoduje wydłużanie czasu oczekiwania na wizytę. Jest to zagrożenie szczególnie dla systemów o niskim finansowaniu, gdyż powoduje ukryte koszty w postaci konieczności korzystania z wizyt prywatnych (Greß, Delnoij i Groenewegen, 2006).

Systemy zdrowotne w krajach Europy Środkowo-Wschodniej mają wysoki poziom regulacji instytucjonalnych w dostępie do świadczeń specjalistycznych. Jedynie w Czechach istnieje swobodny dostęp do lekarzy specjalistów, a w żadnym z badanych krajów nie ma swobodnego dostępu do lekarza POZ (bez konieczności zapisywania się na listę).

Sposób refundacji kosztów podstawowej opieki zdrowotnej – stawka kapitacyjna – powoduje niskie koszty transakcyjne, ale też nie stanowi zachęty do podejmowania przez lekarzy rodzinnych działań pro jakościowych i nie premiuje osiągniętych wyników.

Zakres działań, jakie muszą podejmować lekarze pierwszego kontaktu, jest we wszystkich państwach regulowany prawnie. Pomimo pełnienia funkcji strażników dostępu, zbyt mała liczba lekarzy POZ i brak zbudowanych więzi lekarz–pacjent sprawdza ich raczej do roli administratorów.

Brak ugruntowanej pozycji lekarzy rodzinnych, wynikający z niskiego zaufania społecznego (wyższym zaufaniem cieszą się lekarze specjaliści), ale też krótkiego czasu funkcjonowania w strukturze systemu zdrowotnego oraz braku silnej reprezentacji zawodowej, skutkuje ich słabą pozycją w systemie ochrony zdrowia.

Niski poziom finansowania świadczeń zdrowotnych, wysoki stopień regulacji prawnych, trudności w dostępie do usług medycznych, brak ciągłości, koordynacji i wszechstronności opieki powodują, że systemy podstawowej opieki zdrowotnej państw Europy Środkowo-Wschodniej należy uznać za systemy słabe (Groenewegen, Dourgnon, Greß, Jurgutis i Willems, 2013; Kringos i in., 2013)³.

Poziom wydatków na ochronę zdrowia i słabość systemów opieki podstawowej mają wpływ na osiągnięte przez mieszkańców Europy Wschodniej niekorzystne wyniki zdrowotne.

Przypisy

- ¹ Najprostszym wskaźnikiem dostępności to liczba lekarzy przypadających na 100 tys. mieszkańców.
- ² Konsultacje w opiece ambulatoryjnej (podstawowej i specjalistycznej) są w statystykach medycznych ujmowane łącznie.
- ³ Pomimo faktu, że lekarze rodzinni są największymi beneficjentami reform w ochronie zdrowia w krajach postkomunistycznych.



Bibliografia

- Atun, R.A., Menabde, N., Saluvere, K., Jesse, M. i Habicht, J. (2006). Introducing a Complex Health Innovation – Primary Health Care Reforms in Estonia (Multimethods Evaluation). *Health Policy*, 79, 79–91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.12.005>.
- Cabana, M.D. i Jee, S.H. (2004). Does Continuity of Care Improve Patient Outcomes? *The Journal of Family Practice*, 53, 974–980.
- Chapman, J.L., Zechel, A., Carter, Y.H. i Abbott, S. (2004). Systematic Review of Recent Innovations in Service Provision to Improve Access to Primary Care. *The British Journal of General Practice*, 54, 374–381.
- Delnoij, D., Van Merode, G., Paulus, A. i Groenewegen, P. (2000). Does General Practitioner Gatekeeping Curb Health Care Expenditure? *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(1), 22–26, <http://dx.doi.org/10.1177/135581960000500107>.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>.
- Ettelt, S., Nolte, E., Mays, N., Thomson, S. i McKee, M. (2006). *Health Care Outside Hospital: Accessing Generalist and Specialist Care in Eight Countries*. Copenhagen: World Health Organization.
- Gautam, S., Li, Y. i Johnson, T.G. (2014). Do Alternative Spatial Healthcare Access Measures Tell the Same Story? *GeoJournal*, 79, 223–235, <http://dx.doi.org/10.1007/s10708-013-9483-0>.
- Greß, S., Delnoij, D. i Groenewegen, P. (2006) Managing Primary Care Behaviour through Payment Systems and Financial Incentives. W: R. Saltman, A. Rico, W.G.E. Boerma (red.), *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*. Maidenhead: Open University Press.
- Grielen, S.J., Boerma, W.G.W. i Groenewegen, P.P. (2001). Unity or Diversity? Task Profiles of General Practitioners in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health*, 10(4), 249–254.
- Groenewegen, P.P., Dourgnon, P., Greß, S., Jurgutis, A. i Willems, S. (2013). Strengthening Weak Primary Care Systems: Steps towards Stronger Primary Care in Selected Western and Eastern European Countries. *Health Policy*, 113(1–2), 170–179, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.024>.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. i Hudson M. (2002). What Does 'Access to Health Care' Mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188, <http://dx.doi.org/10.1258/135581902760082517>.
- Halcomb, E.J., Davidson, P.M., Daly, J.P., Griffiths, R., Yallop, J. i Tofler, G. (2005). Nursing in Australian General Practice: Directions and Perspectives. *Australian Health Review*, 29, 156–166.
- Kringos, D.S., Boerma, W., Hutchinson, A., van der Zee, J. i Groenewegen, P. (2010). The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of Its Core Dimensions. *BMC Health Services Research*, 10(1), 65–78, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>.
- Kringos, D.S., Boerma, W., van der Zee, J. i Groenewegen, P. (2013). Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked to Better Population Health but Also to Higher Health Spending. *Health Affairs*, 32(4), 686–694, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1242>.
- Levesque, J.F., Harris, M.F. i Russell, G. (2013). Patient-centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
- Macinko, J., Starfield, B. i Shi, L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 38(3), 831–865, <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>.
- Markota, M., Svab, I., Sarazin Klemencic, K. i Albrecht, T. (1999). Slovenian Experience on Health Care Reform. *Croatian Medical Journal*, 40(2), 190–194.



- Oleszczyk, M., Svab, I., Seifert, B., Krzton-Krolewiecka, A. i Windak, A. (2012). Family Medicine in Post-communist Europe Needs a Boost. Exploring the Position of Family Medicine in Healthcare Systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Family Practice*, 13(1), 1–10, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-13-15>.
- Rechel, B. i McKee, M. (2009). Health Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union. *Lancet*, 374(9696), 1186–1195, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61334-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61334-9).
- Reibling, N. i Wendt, C. (2008). Access Regulation and Utilization of Healthcare Services. *Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung Arbeitspapiere – Working Papers*, (113).
- Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gene-Badia, J., Pasarin-Rua, M.I., Iglesias-Perez, B. i Casajuana-Brunet, J. (2006). Family Medicine Attributes Related to Satisfaction, Health and Costs. *Journal of Family Practice*, 23, 308–316, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmi112>.
- Saric, M. i Rodwin, V.G. (1993). The Once and Future Health System in the Former Yugoslavia: Myths and Realities. *Journal of Public Health Policy*, 14(2), 220–237, <http://dx.doi.org/10.2307/3342966>.
- Starfield, B. (2006). State of the Art in Research on Equity in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(1), 11–32, <http://dx.doi.org/10.1215/03616878-31-1-11>.
- Starfield, B., Shi, L. i Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
- Svab, I., Rotar Pavlic, D., Radic, S. i Vainiomaki, P. (2004). General Practice East of Eden: An Overview of General Practice in Eastern Europe. *Croatian Medical Journal*, 45(5), 537–542.
- Thomson, S. i Mossialos, E. (2004). *What Are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- van Doorslaer, E. i Koolman, X. (2004). Explaining the Differences in Income-related Health Inequalities across European Countries. *Health Economics*, 13(7), 609–628, <http://dx.doi.org/10.1002/hec.918>.
- van Doorslaer, E., Masseria, C. i Koolman, X. (2006). Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 177–183, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.050584>.
- Wasem, J., Greß, S. i Hessel, F. (2003). Hausarztmodelle in der GKV – Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen. *Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften*, (130).
- Wendt, C. i Thompson, T. (2004). Social Austerity versus Structural Reform in European Health Systems: A Four-Country Comparison of Health Reforms. *International Journal of Health Services*, 34(3), 415–433, <http://dx.doi.org/10.2190/DJ9Q-F2GY-W18R-4C1J>.
- Wilson, A. i Childs, S. (2003). The Relationship between Consultation Length, Process and Outcomes in General Practice: A Systematic Review. *The British Journal of General Practice*, 52, 1012–1020.