

ELŻBIETA PIETRYKA-MICHAŁOWSKA¹, LESZEK WDOVIĄK²

PUBLICZNE I NIEPUBLICZNE ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ -
ANALIZA PORÓWNAWCZA WYBRANYCH ELEMENTÓW
FUNKCJONOWANIA POZ

*PUBLIC AND NON-PUBLIC HEALTH CARE FACILITIES – A
COMPARATIVE ANALYSIS OF SELECTED ELEMENTS OF THE
FUNCTIONING OF PHC UNITS*

*ОБЩЕСТВЕННЫЕ И ЧАСНЫЕ УЧЕРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ –
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ЭЛЕМЕНТОВ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ*

*ДЕРЖАВНІ І ПРИВАТНІ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я –
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ЕЛЕМЕНТІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ
ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ*

¹Z zakładu Matematyki i Biostatystyki Medycznej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Kierownik zakładu – dr n. med. M. Jędrzych

²Z Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego -
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. L. Wdowiak

Ponieważ najczęstszym powodem skłaniającym pacjenta do odbycia wizyty w zakładzie poz jest potrzeba kontaktu z lekarzem przeprowadzono, badanie ankietowe wśród osób korzystających z publicznych i niepublicznych zakładów poz.

SŁOWA KLUCZOWE: publiczny zakład poz, niepubliczny zakład poz, pacjent, struktura zatrudnienia, lekarz pierwszego kontaktu, formy rejestracji.

KEY WORDS: public PHC unit, non-public PHC unit, patient, structure of employment, first contact physician, forms of registration.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: общественные учреждение первичной медико-санитарной помощи, частные учреждение первичной медико-санитарной помощи, пациент, структура принятия на работу, врача первого контакта, формы регистрации.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: державна установа первинної медико-санітарної допомоги, приватна установа первинної медико-санітарної допомоги, пацієнт, структура прийняття на роботу, лікар першого контакту, форми реєстрації.

Reforma opieki zdrowotnej spowodowała, że zakłady opieki zdrowotnej muszą konkurować z innymi podmiotami, poszukiwać konkurencyjnych dziedzin działalności, efektywnie gospodarować posiadanymi zasobami, czynnikami

produkcji zgodnie z potrzebami zdrowotnymi ludzkości i zasadami rynku [1, 2, 3].

Zmiana zasad finansowania zakładów opieki zdrowotnej wpłynęła na wzrost znaczenia takich pojęć jak: jakość, efektywność działania, racjonalizacja kosztów. Zakład opieki zdrowotnej bardziej upodobnił się do typowej firmy. Celem świadczeniodawców stało się nie tylko świadczenie usług zdrowotnych, ale również dążenie by świadczone usługi były właściwej jakości, spełniały wymagania pacjenta, płatników, państwa [3, 5, 7, 8].

Jakość jest bardzo ważnym zagadnieniem we współczesnym konkurencyjnym świecie. Wielu świadczeniodawców nadal sobie tego nie uświadamia, a przecież zakłady opieki zdrowotnej są organizacjami, które powinny być zainteresowane jak najwyższą jakością świadczonych usług – gra toczy się o zdrowie i życie pacjentów [6, 7, 8].

Ponieważ jednym z najczęstszych powodów skłaniających pacjenta do odbycia wizyty w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej (poz) jest potrzeba kontaktu z lekarzem dlatego też postanowiono przeanalizować wybrane aspekty ich funkcjonowania skupiając się na: różnych formach rejestracji do lekarza poz oraz na strukturze zatrudnienia wyższego personelu medycznego gwarantującego sprawowanie ciągłej opieki nad pacjentem.

BADANIA ZASADNICZE

Cele:

1. Analiza porównawcza różnych form rejestracji do lekarza pierwszego kontaktu realizowana przez publiczne i niepubliczne zakłady poz.
2. Analiza struktury zatrudnienia wyższego personelu medycznego w publicznych i niepublicznych placówkach poz.

METODYKA BADANIA

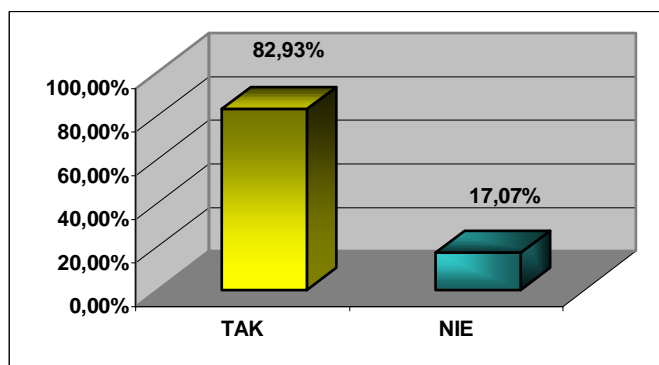
Do realizacji założonych celów i dokonania analizy porównawczej wybranych aspektów funkcjonowania publicznych i niepublicznych zakładów poz, połączono się badaniem ankietowym wśród pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych w 5 publicznych i w 5 niepublicznych placówkach poz. Analizowano formy rejestracji do lekarza pierwszego kontaktu oraz strukturę zatrudnienia wyższego personelu medycznego gwarantującego pacjentowi korzystanie ze świadczeń medycznych u jednego wybranego przez pacjenta lekarza. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzonych w skali nominalnej scharakteryzowano przy pomocy licznosci i odsetka, natomiast mierzonych w skali ilorazowej przy pomocy średniej, odchylenia standardowego i zakresu zmienności.

Do oceny istnienia zależności między analizowanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 polegającym na porównaniu częstości zaobserwowanych z częstościami oczekiwanymi, przy założeniu hipotezy zerowej o braku związku pomiędzy tymi dwiema zmiennymi X i Y. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie zależności bądź różnic. Bazę analizowanych danych i analizy

statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 7.1. (StatSoft, Polska).

WYNIKI BADANIA

Zakłady podstawowej opieki zdrowotnej zabiegając o pacjenta muszą uwzględnić jego potrzeby i oczekiwania dotyczące każdego etapu wizyty w placówce. Najczęstszym powodem wizyty w zakładzie poz jest potrzeba uzyskania przez pacjenta porady u lekarza pierwszego kontaktu. Należy zatem zwrócić uwagę na wprowadzenie systemu rejestracji pacjentów w różnej formie. Pacjent powinien mieć możliwość zarejestrowania się do lekarza telefonicznie, kontaktu z lekarzem w domu pacjenta. Powinien mieć wyznaczoną godzinę i dzień wizyty u lekarza.



Ryc. 1. Możliwość rejestracji telefonicznej.

Fig. 1. Possibility of registration by telephone.

Рис. 1. Возможность телефонной регистрации.

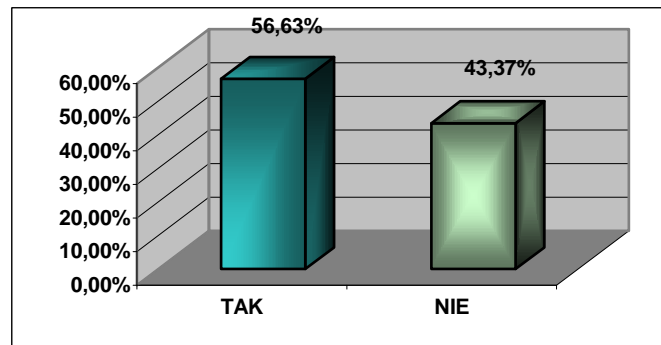
Мал. 1. Можливість телефонної реєстрації.

Analiza statystyczna zebranego materiału wykazała, że możliwość rejestracji telefonicznej miała większość osobiście w placówce, w uzasadnionych przypadkach uzyskać możliwość ankietowanych osób (82,93%) (Ryc.1). Badani podkreślali jednak, że rzadko korzystają z tej formy uzyskania wizyty u lekarza, ponieważ placówki dysponują tylko jednym numerem telefonu rejestracji i zapisanie się do lekarza tą drogą jest związane z długim okresem oczekiwania na połączenie, co w konsekwencji uniemożliwia uzyskanie porady lekarskiej w tym samym dniu.

Istotnie statystycznie częściej ($\chi^2=10,58$; $p=0,001$) z takiej formy rejestracji do lekarza korzystały kobiety (86,61%), w porównaniu z mężczyznami (78,62%). Miejsce zamieszkania nie miało wpływu na możliwość rejestracji telefonicznej. W podobnym odsetku zarówno populacja miejska (85,19%), jak i wiejska (81,23%) miała możliwość tą drogą zarejestrowania się do lekarza w taki sposób.

Jednak pacjenci korzystający ze świadczeń medycznych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej istotnie statystycznie częściej ($\chi^2=18,39$; $p=0,001$) mieli możliwość zarejestrowania się do lekarza pierwszego kontaktu telefonicznie. W niepublicznych zakładach odsetek ten wyniósł 86,94% natomiast w publicznych zakładach był na poziomie 77,83%.

Możliwość rejestracji na określoną godzinę, może być postrzegane przez pacjenta jako wyraz troski o jego zdrowie i szacunek dla jego czasu. Zbyt długie oczekiwanie na poradę lekarską w zatłoczonej placówce nie może wpływać pozytywnie na opinię pacjenta dotyczące funkcjonowania danej placówki służby zdrowia, może być też powodem zmiany placówki. Dziwi więc fakt, że uzyskanie porady lekarskiej na określoną godzinę nie jest zbyt częstą formą preferowaną przez placówki służby zdrowia (Ryc.2).



Ryc.2. Możliwość rejestracji na określoną godzinę.

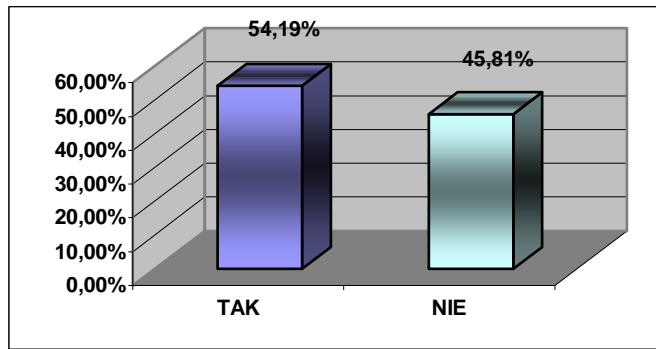
Fig.2. Possibility of registration at a specific hour.

Рис. 2. Возможность регистрации на определенное время.

Мал. 2. Можливість реєстрації на конкретну годину.

W badaniu stwierdzono także, że miejsce zamieszkania miało wpływ na taką formę uzyskania porady u lekarza pierwszego kontaktu. Z tej formy w większym stopniu mogła korzystać populacja miejska. Odsetek osób zamieszkałych w mieście mających możliwość rejestracji na określoną godzinę wyniósł 70,62% podczas gdy w populacji wiejskiej odsetek ten był na poziomie 46,10%. Zaobserwowane różnice były istotne statystycznie ($\chi^2=56,56$; $p=0,000$). Ta forma zapisu do lekarza pierwszego kontaktu jest istotnie statystycznie częściej ($\chi^2=21,86$; $p=0,000$) preferowana przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (odpowiednio NZOZ - 63,06%; SP ZOZ – 48,28%).

Pacjent mający problemy zdrowotne chciałby uzyskać poradę lekarską jak najszybciej, umówić się ze swoim i być przyjętym przez lekarza w danym dniu. Taką możliwość miało 511 (54,19%) ankietowanych (Ryc.3).



Ryc.3. Możliwość rejestracji na dany dzień.

Fig.3. Possibility of registration on a specific day.

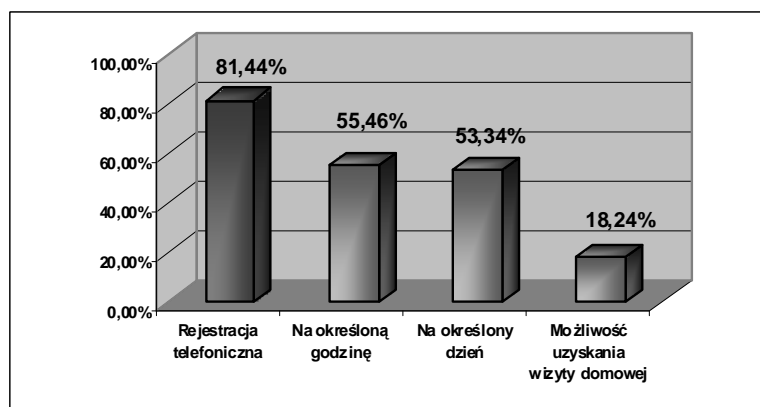
Рис. 3. Возможность регистрации в этот же день.

Мал. 3. Можливість реєстрації цього ж дня.

Istotnie statystycznie częściej ($\chi^2=22,02$; $p=0,000$) dotyczyło to ankietowanych mieszkających w mieście w porównaniu z populacją wiejską odpowiednio (62,96%; 47,58%). Również ankietowani, którzy wybrali niepubliczny zakład opieki zdrowotnej istotnie statystycznie częściej ($\chi^2=34,31$; $p=0,000$) mogli zapisać się do lekarza na konkretny dzień (NZOZ – 62,31%; SP ZOZ – 43,35%).

Kolejną formą rejestracji do lekarza pierwszego kontaktu było zapisanie się na wizytę domową. Z tej formy mogło skorzystać 401 osób z badanej populacji (42,52%). Ale istotnie statystycznie częściej otrzymania porady lekarskiej w domu pacjenta miała możliwość populacja wiejska ($\chi^2=34,31$; $p=0,000$). Odsetki takich pacjentów w populacji wiejskiej kształtował się na poziomie 48,4% natomiast w populacji miejskiej wyniósł 38,1%.

Pacjenci korzystający z usług medycznych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej istotnie statystycznie częściej ($\chi^2=34,31$; $p=0,000$) mogli korzystać z tej formy opieki medycznej. Odsetki te wyniosły w NZOZ 49,07% natomiast w SP ZOZ były na poziomie 33,99%.



Ryc.4. Różne formy rejestracji do lekarza pierwszego kontaktu.

Fig.4. Various forms of registration with a first contact physician.

Рис. 4. Разные формы регистрации к врачу первого контакта.

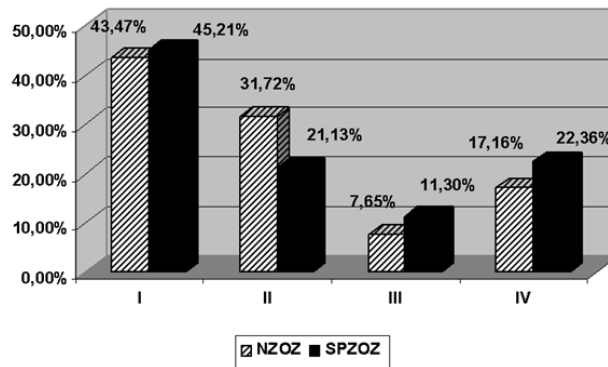
Мал. 4. Різні форми реєстрації до лікарів первинної допомоги.

Analizę porównawczą różnych form rejestracji do lekarza pierwszego kontaktu w celu uzyskania porady lekarskiej przedstawiono na rycinie 4. Najczęściej pacjenci mieli możliwość zarejestrowania się do lekarza drogą telefoniczną, najniższy odsetek ankietowanych mógł uzyskać poradę w domu.

Podczas badania poproszono ankietowanych o odpowiedź na pytanie „Czy w nagłych przypadkach mają możliwość skontaktowania się ze „swoim” lekarzem?”. Z uzyskanych danych wynika, że możliwość kontaktu telefonicznego z lekarzem w nagłych przypadkach miało 565 osób (59,91%) ankietowanych i byli to istotnie statystycznie częściej ($\chi^2=68,82$; $p=0,000$) pacjenci korzystający ze świadczeń medycznych w NZOZ, odsetki te wyniosły odpowiednio 69,92% oraz w SP ZOZ - 47,54%.

W kolejnym pytaniu adresowanym do badanych zwrócono się z prośbą o podanie informacji dotyczącej lekarza, u którego odbywa się najczęściej wizyta. Ankietowani mieli określić, czy wizyta odbywa się zawsze u lekarza wybranego przez pacjenta, czy też u lekarza dyżurnego.

Analiza statystyczna zebranego materiału wykazała, że ankietowani korzystający z usług medycznych świadczonych przez NZOZ są istotnie statystycznie częściej pod opieką jednego wybranego przez siebie lekarza pierwszego kontaktu (Ryc.5).



($\chi^2=16,271$ p=0,001)
 I. najczęściej u „swojego lekarza”
 II. zawsze u „swojego” lekarza
 III. lekarz dyżurny
 IV. różnie bywa

Ryc.5. Analiza porównawcza sprawowania opieki medycznej przez lekarzy w publicznych i niepublicznych zakładach poz.

Fig.5. Comparative analysis of providing health care by physicians in public and non-public PHC units.

Рис. 5. Сравнительный анализ организации медицинской помощи врачами общественных и частных учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Мал. 5. Порівняльний аналіз організації медико-санітарної допомоги лікарями державної і приватної установ первинної медико-санітарної допомоги.

WNIOSKI

1. Istnieją istotnie statystycznie różnice w funkcjonowaniu publicznych i niepublicznych zakładów poz.

2. Niepubliczne zakłady poz w większym stopniu stosują różne formy rejestracji do lekarza pierwszego kontaktu. Dotyczy to w szczególności realizacji wizyt domowych oraz zapisu na określony dzień i godzinę.

3. Struktura zatrudnienia wyższego personelu medycznego w niepublicznych zakładach poz w większym stopniu pozwala na realizację każdej wizyty u lekarza wybranego przez pacjenta

E. Pietryka-Michałowska, L. Wdowiak

PUBLIC AND NON-PUBLIC HEALTH CARE FACILITIES – A COMPARATIVE ANALYSIS OF SELECTED ELEMENTS OF THE FUNCTIONING OF PHC UNITS

S u m m a r y

Due to the reform of the health care system, health care units must compete with one another, search for competitive forms of activity, effectively manage the resources possessed and elements of production in accordance with the health demands of patients and market principles. The most frequent cause for patients' reporting to PHC unit is the need to contact a physician.

The survey was conducted among 943 patients reporting to public and non-public PHC units, which focused on two aspects of the functioning of these facilities. Various forms of patient registration with a physician proposed by PHC units were analysed, as well as the structure of employment of higher medical staff, which would guarantee the constant care of a patient.

The results of the study showed that statistically significant differences in functioning were observed between public and non-public PHC units. Non-public health care units, to a greater extent, practice various forms of registration with the first contact physician, which especially concerns the realization of home visits and obtaining a visit on a specific day at a specified hour. The structure of employment of higher medical staff in non-public PHC units, to a greater degree, allows the realization of each visit to a physician selected by a patient.

E. Петрыка-Михаловска, Л. Вдовяк

ОБЩЕСТВЕННЫЕ И ЧАСНЫЕ УЧЕРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ –
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Аннотация

Реформа Здравоохранения создала ситуацию, в которой учреждения медицинской помощи вынуждены конкурировать с другими субъектами, искать конкурентные виды деятельности, эффективно управлять имеющимися ресурсами и элементами продукции согласно с нуждами состояния здоровья пациентов и принципов рынка.

При помощи анкет проведено исследование среди 943 лиц, пользующихся услугами общественных и частных учреждений первичной медико-санитарной помощи, в которых сосредоточено внимание на двух аспектах функционирования учреждений. Проанализировано разнообразные формы записи к врачам, предлагаемые учреждениями первичной медико-санитарной помощи, а также структуру трудоустройства высшего медперсонала, гарантирующего непрерывный досмотр пациентам.

Проведенное исследование обнаружило, что: существуют существенные статистические отличия в функционировании общественных и частных учреждений первичной медико-санитарной помощи. Часные учреждения первичной медико-санитарной помощи в большей степени используют разные формы регистрации к врачу первого контакта, касается это в частности реализации домашних визитов, а также приемов в данный день на определенное время. Структура трудоустройства высшего медперсонала в частных учреждениях первичной медико-санитарной помощи в большей степени позволяет на реализацию каждого визита у врача, избранного пациентом.

E. Петрика-Міхаловска, Л. Вдовяк

ДЕРЖАВНІ І ПРИВАТНІ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ
ДЕЯКИХ ЕЛЕМЕНТІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-
САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Анотація

Реформа охорони здоров'я створила ситуацію, у якій установи медико-санітарної допомоги вимушені конкурувати з іншими суб'єктами, шукати конкурентні види діяльності, ефективно управляти своїми ресурсами і елементами продукції згідно з потребами стану здоров'я пацієнтів і принципів ринку.

За допомогою анкет проведено дослідження серед 943 осіб, державної і приватної установ первинної медико-санітарної допомоги, що користуються їх послугами і які зосереджені на двох аспектах функціонування установ. Проаналізовано всілякі форми запису до лікарів, котрі пропонувані установами первинної медико-санітарної допомоги, а також структуру

працевлаштування вищого медперсоналу, що гарантує безперервний догляд пацієнтам.

Проведене дослідження виявило, що: існують істотні статистичні відмінності в функціонуванні державної і приватної установ первинної медико-санітарної допомоги. Приватні установи первинної медико-санітарної допомоги більшою мірою використовують різні форми реєстрації до лікарів першого контакту, відноситься це зокрема реалізації домашніх візитів, а також прийомів в даний день на конкретну годину. Структура працевлаштування вищого медперсоналу в приватних установах первинної медико-санітарної допомоги більшою мірою дозволяє на реалізацію кожного візиту у лікаря, вибраного пацієнтом.

PIŚMIENICTWO

1. Kulczycka K.: Funkcjonowanie zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w opinii pacjentów. Praca doktorska. Lublin 2004.
2. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. Warszawa 2003.
3. Putz J., Głowacka L., Kittel E.: Opinie na temat reformy podstawowej opieki zdrowotnej w kierunku lekarza rodzinnego. *Zdrowie Publ.* 1994, 105 (9): 305-308.
4. Ringmann C., Kragstrup J., Stovring H.: How well do patient and general practitioner agree about the content of consultations? *Scand J Prim Health Care* 1999; 17(3): 149 – 152.
5. Saneta – Pusz B.: Sposoby i metody kreacji wizerunku przychodni w warunkach konkurencji na rynku usług medycznych. *Medycyna Rodzinna*. 2000, 3-4, 13-16.
6. Szczepka M.: Podstawowa Opieka Zdrowotna w Polsce i w Europie. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej, 1996, 72.
7. Targowski M., Różycka – Cytryna M., Wdowiak L.: Promocja zdrowia jako zadanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publ.* 2004, 114 (3), 433-434.
8. Zientek - Varga J.: Rewolucja w służbie zdrowia. *Przewodnik Lekarza* 2000, 3, 8.

Data otrzymania: 11.03.2008.

Adres Autorów: 20-840 Lublin, ul. Rogowskiego 9/74.