

IWONA BOJAR¹, IRENA WOŹNICA¹, TOMASZ HOLECKI²,
JULIA DIATCZYK¹

DOSTĘPNOŚĆ, JAKOŚĆ I SPRAWNOŚĆ FUNKCJONOWANIA OPIEKI
ZDROWOTNEJ W POLSCE W OPINII PACJENTEK KORZYSTAJĄCYCH
I NIEKORZYSTAJĄCYCH Z PRYWATNEJ OPIEKI GINEKOLOGICZNEJ

*ACCESIBILITY, QUALITY AND EFFICIENCY OF FUNCTIONING
OF HEALTH CARE IN POLAND IN OPINIONS OF PATIENTS USING AND
NOT USING PRIVATE GYNECOLOGICAL CARE*

*ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОЛЬШЕ, С ТОЧКИ
ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, КОТОРЫЕ ПОЛЬЗУЮТСЯ И НЕ ПОЛЬЗУЮТСЯ
УСЛУГАМИ ЧАСТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ*

*ДОСТУПНІСТЬ, ЯКІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПОЛЬЩІ, З ТОЧКИ ЗОРУ ПАЦІЄНТОК,
ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ І НЕ КОРИСТУЮТЬСЯ ПОСЛУГАМИ
ПРИВАТНОЇ ГИНЕКОЛОГІЇ*

¹Z Krajowego Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa
Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
p.o. Kierownika: dr n. med. I. B o j a r
Dyrektor Instytutu: dr med. A. W o j t y ł a

²Z Zakładu Ekonomiki Zdrowia, Wydział Zdrowia Publicznego Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
p.o. Kierownika Zakładu: dr T. H o l e c k i

W artykule przedstawiono wyniki badania ankietowego 304 kobiet na temat dostępności, jakości i sprawności opieki zdrowotnej w zależności od korzystania i niekorzystania z prywatnej opieki ginekologicznej.

SŁOWA KLUCZOWE: kobiety, publiczna opieka zdrowotna, prywatna opieka zdrowotna, dostępność, jakość.

KEY WORDS: women, public health care, private health care, accessibility, quality.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: женщины, здравоохранение, частное здравоохранение, доступность, качество.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: жінки, охорона здоров'я, приватна охорона здоров'я, доступність, якість.

Jednym z czynników warunkujących zdrowie populacji jest system opieki zdrowotnej. To zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia

zarówno jednostek jak i zbiorowości. Wprawdzie jego wpływ na zdrowie w porównaniu z innymi czynnikami (styl życia, czynniki biologiczne, środowiskowe), wydaje się być mniej istotny, to jednak nie można pomijać jego znaczenia. Najważniejszymi kryteriami efektywności funkcjonowania danego systemu są jego kompleksowość, ciągłość i jakość opieki, a przede wszystkim jej dostępność.

Niedostateczna dostępność opieki może być związana z rozmieszczeniem zakładów, godzinami przyjęć w placówkach, czasem oczekiwania na wizytę i poradę, czy przyjęcie do szpitala, lub uzyskaniem wyników badań diagnostyczno-laboratoryjnych. Ogólnie ujmując, niezadowolająca dostępność może wynikać z braku reakcji systemu opieki zdrowotnej na istniejące, zarówno obiektywne jak i subiektywne potrzeby zdrowotne danej populacji. Niezbędna jest więc dynamika tego systemu, czyli jego ukierunkowanie lub modyfikowanie na zaspakajanie tych potrzeb, a więc stała ewaluacja. Istotnym elementem jest tu nie tylko doskonalenie przyjętych rozwiązań organizacyjnych, ekonomicznych i innych, ale także dopuszczanie możliwości pluralistycznych rozwiązań organizacyjnych jak np. równoległe funkcjonowanie publicznego i prywatnego sektora opieki zdrowotnej. Konkurencja na rynku świadczeń medycznych działa stymulująco na poprawę jakości i sprawności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

CELE BADANIA

Celem głównym badania było określenie wpływu sprawności organizacyjnej systemu publicznej opieki zdrowotnej na dostępność świadczeń medycznych i w konsekwencji na jakość życia kobiet. Jednym z istotnych elementów składowych tego badania, była ocena dostępności, jakości i sprawności funkcjonowania opieki ginekologicznej w Polsce przez pacjentki oddziałów ginekologicznych w zależności od faktu czy badane korzystają z prywatnej opieki ginekologicznej.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone w 2009 roku na terenie województwa lubelskiego i śląskiego. Do badania wybrano losowo pacjentki ze stwierdzoną patologią szyjki macicy (LSIL, HSIL, CIN), które zostały skierowane do dalszej diagnostyki i leczenia na oddziały ginekologiczne. W badaniu uczestniczyły 142 pacjentki z województwa lubelskiego i 162 pacjentki ze Śląska. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta skonstruowana na potrzeby badania. Kwestionariusz ankiety zawierał 63 pytania zarówno otwarte jak i skategoryzowane dotyczące szerokiej problematyki badawczej w tym zdecydowaną większość takich, które ściśle dotyczyły problemu dostępności kobiet do publicznej opieki ginekologicznej w tym także szpitalnej i jej jakości, a także korzystania kobiet ze świadczeń w prywatnych placówkach ginekologicznych.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Do oceny współzależności między dwoma cechami użyto testu niezależności Chi kwadrat, oraz test niezależności Chi kwadrat z poprawką *Yatesa*. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

WYNIKI BADANIA

W badanej grupie pacjentek 53% korzysta poza publiczną również z prywatnej opieki ginekologicznej, natomiast 47% kobiet leczy się tylko w publicznych zakładach opieki zdrowotnej świadczących opiekę ginekologiczną.

Jedno z pierwszych pytań ankiety związane ściśle z problematyką badawczą dotyczyło systematyczności wizyt badanych kobiet u ginekologa oraz regularnego wykonywania badań cytologicznych. Mając na uwadze dane z wywiadu pacjentek, wskazujące na dość wysoki odsetek tych, które są obciążone rodzinnym występowaniem chorób nowotworowych, problem systematyczności takich badań nabiera istotnego znaczenia. Z odpowiedzi w ankietach wynika, że tylko nieco ponad połowa kobiet (53,8%), zwłaszcza z grupy tych, które korzystają z prywatnej opieki ginekologicznej, regularnie kontroluje się u ginekologa, pozostałe 46,2% odpowiedziało negatywnie na to pytanie. Według wcześniej opublikowanych wyników z tego badania, a także aktualnych danych, regularne badania cytologiczne były wykonywane tylko w przypadku 35,8% odsetka kobiet z tego zdecydowanie częściej u pacjentek korzystających z prywatnych gabinetów ginekologicznych (41,98%), a tylko u 29,58% kobiet, które z takiej opieki nie korzystały [1].

W przypadku konieczności wizyty u lekarza ginekologa zarówno w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, jak i w prywatnym gabinecie, nie jest wymagane uzyskanie skierowania od lekarza rodzinnego. Ten fakt w dużym stopniu ułatwia dostępność kobiet do ginekologa. Potwierdzają to pośrednio odpowiedzi ankietowanych, dotyczące czasu ich oczekiwania na wizytę u tego specjalisty. Ponad połowa badanych (51,85%) stwierdziła, że została przyjęta przez ginekologa „od razu”, w podobnym odsetku twierdziło tak 49,29% pacjentek korzystających również z prywatnych gabinetów. Kilka dni oczekiwało na wizytę średnio 21,76% kobiet, a 15,24% dłużej niż tydzień. W pojedynczych przypadkach czas oczekiwania pacjentek na wizytę był dłuższy (miesiąc lub ponad 30 dni) i dotyczyło to nieco częściej kobiet niekorzystających z prywatnej opieki ginekologicznej.

Zwrócono się do badanych kobiet, aby określiły, jakie czynniki są najczęstszą przyczyną trudności w uzyskaniu wizyty u ginekologa. Kobiety miały możliwość udzielenia kilku odpowiedzi na ten temat.

Z przedstawionych danych w tabeli I. można zauważyć, że największym utrudnieniem zarówno dla niekorzystających z wizyt prywatnych jak i leczących się również prywatnie pacjentek są odległe terminy wizyt: odpowiednio 53,52 % i 53,09 % odpowiedzi. W następnej kolejności kobiety wymieniały „zbyt długi czas oczekiwania w kolejce na „wejście do gabinetu”, odpowiednio 29,6% i 22,5% wskazań i na ten problem częściej skarżyły się pacjentki korzystające również z wizyt w prywatnych gabinetach, a także w ich odczuciu zbyt mała liczba pacjentek przyjmowanych w godzinach przyjęć lekarza, również częściej wskazywana przez kobiety korzystające z praktyk prywatnych (11,1% i 9,8% odp.).

Tabela I. Najczęstsze w opinii kobiet trudności w uzyskaniu wizyty u ginekologa
Table I. Difficulties in obtaining an appointment with a gynecologists most frequently mentioned by the women in the study

Таблица I. Наиболее распространенные, по мнению женщин, трудности в доступе к гинекологу

Таблица I. Найбільш поширені, на думку жінок, труднощі в доступі до гінеколога

	Korzystające z prywatnej opieki zdrowotnej		Niekorzystające z prywatnej opieki zdrowotnej	
	N	%	N	%
Odległe terminy wizyt	43	53,09	38	53,52
Zbyt mało pacjentów przyjmowanych w godzinach przyjęć	9	11,11	7	9,86
Długie oczekiwanie w kolejce do gabinetu	24	29,63	16	22,54
Długie oczekiwanie w kolejce po numerka	5	6,17	2	2,82
Niemożliwość telefonicznego zamówienia numerka	1	1,23	1	1,41
Niedostosowanie godzin przyjęć lekarza do potrzeb pacjentów	1	1,23	3	4,23
Duża odległość od przychodni lub brak dobrej komunikacji	5	6,17	4	5,63
Brak informacji o poradniach specjalistycznych	0	00,00	2	2,82

Zdecydowanie rzadziej, ankietowane wskazywały w swoich odpowiedziach na takie utrudnienia w dostępie do ginekologa jak: duża odległość od przychodni, czy brak dobrej komunikacji (5,9%), zbyt długie ich zdaniem, oczekiwanie w kolejce w rejestracji po „numerka” do lekarza (4,45%), czy brak możliwości uzyskania tego numerka drogą telefoniczną, a także niedostosowanie godzin przyjęć ginekologa do potrzeb pacjentów (2,8%). Na ten ostatni problem zwracały uwagę zwłaszcza pacjentki korzystające wyłącznie z zakładów publicznych.

Część ankietowanych kobiet po otrzymaniu wyniku cytologii, wymagała skierowania do szpitala celem dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia. Większość z nich (66,6%) twierdziła, że takie skierowanie od ginekologa dostała „od razu,” lub najpóźniej na kolejnej wizycie. Dotyczyło to jednak części pacjentek, które nie korzystały z usług prywatnych gabinetów. Pozostałe kobiety otrzymały skierowanie dopiero przy kolejnej wizycie u ginekologa, lub od innego lekarza (21,67%) lub trafiły do szpitala w inny sposób (1,5%).

Na pytanie ankiety „czy musiały czekać w kolejce na przyjęcie do szpitala” ponad połowa badanych pacjentek (53,3%) i to zarówno te korzystające wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej jak i takie, które korzystają z prywatnej opieki odpowiedziały twierdząco. Powyższe dane znalazły także odzwierciedlenie w odpowiedziach kobiet na kolejne pytanie dotyczące „sposobu dostania się do szpitala” Jednak w wypowiedziach tych kobiet, widoczne są już różnice między dwiema grupami ankietowanych. (Tabela II.)

Tabela II. Sposób przyjęcia do szpitala według badanych kobiet
Table II. Way of admission to a hospital in opinions of the women examined
Таблица II. Способ приема в больницу, по мнению исследуемых женщин
Таблиця II. Спосіб прийому до лікарні, на думку досліджуваних жінок

	Korzystające z prywatnej opieki zdrowotnej		Niekorzystające z prywatnej opieki zdrowotnej	
	N	%	N	%
W kolejności przyjęć	55	67,91	64	90,13
Korzystając z pośrednictwa znajomego lekarza	9	11,11	3	4,23
Korzystając z pośrednictwa innych osób	5	6,17	2	2,82
Dzięki prywatnej wizycie u lekarza zatrudnionego w szpitalu	11	13,58	1	1,41
Korzystając z możliwości służbowych	1	1,23	1	1,41
Razem	81	100,00	71	100,00
$\chi^2(p)$	12,697 (< 0,02)			

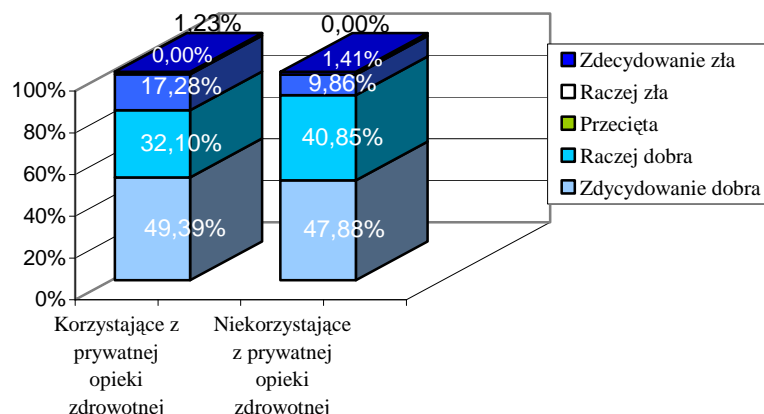
Aż 90,13% kobiet korzystających wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej stwierdziło, że zostały przyjęte do szpitala zgodnie z kolejnością przyjęć. W przypadku pacjentek korzystających również z prywatnej opieki, takim systemem zostało przyjętych na oddział 67,9% kobiet. Pozostałe pacjentki (13,58%) z tej grupy trafiły do szpitala dzięki prywatnej wizycie u lekarza zatrudnionego w szpitalu, lub korzystając z pośrednictwa znajomego lekarza (11,1%) czy korzystając z pośrednictwa innych osób (6,17%).

Z danych uzyskanych w ankietach wynika, że sama procedura przyjęcia pacjentek na szpitalnej izbie przyjęć odbywała się dość sprawnie. W przypadku większości z nich, trwało to do 15 minut (40,7%), maksymalnie pół godziny - 27,5% i nie było tu różnicy między pacjentkami z grupy korzystających i nie korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej. Dłuższy czas trwania procedury przyjęcia na szpitalnej izbie przyjęć (ponad godzinę), dotyczył jednak częściej kobiet, które nie korzystały z prywatnej opieki zdrowotnej.

Odpowiedzi kobiet na kolejne pytanie ankiety, potwierdzają sprawność personelu szpitalnej izby przyjęć. Jako zdecydowanie dobrą lub raczej dobrą oceniło ją 81,4% ankietowanych korzystających z prywatnej opieki i nieco więcej (88,7%) kobiet korzystających tylko z publicznych zakładów. Ta pierwsza grupa respondentek była bardziej krytyczna w ocenach, bo jako przeciętną lub złą ocenił tą procedurę także wyższy odsetek tych kobiet (odpowiednio 18,5% i 11,2%). (Ryc. 1.)

Kolejnym elementem badania ankietowego było określenie przez respondentki czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział ginekologiczny, wraz z oceną procesu zapoznania się z organizacją tego oddziału i Kartą Praw Pacjenta. Obydwie grupy pacjentek w zdecydowanej większości i w zbliżonym odsetku (75,3% i 73,2%) określiły czas oczekiwania na przyjęcie na oddział jako niedługi – od 15 do 30 minut. Jednak około ¼ kobiet była zdania, że ten czas oczekiwania był zbyt długi i wynosił godzinę, a nawet dłużej. Większość

pacjentek została po przyjęciu na oddział ginekologiczny zapoznana z jego organizacją, przy czym dotyczyło to zwłaszcza grupy kobiet, które nie korzystają z prywatnej opieki (77,46%), niż pozostałych (65,4%).



Ryc. 1. Ocena sprawności personelu szpitalnej izby przyjęć w ocenie ankietowanych

Fig. 1. Evaluation of the efficiency of the staff of admission department according to respondents' opinions

Рис. 1. Оценка эффективности больничного медицинского персонала в приемном отделении по мнению респонденток

Мал. 1. Оцінка ефективності лікарняного медичного персоналу в приймальному відділенні на думку респонденток

Odpowiedzi kobiet na kolejne pytanie kwestionariusza wskazują pośrednio na wyraźne preferowanie w dalszym postępowaniu diagnostyczno - leczniczym w szpitalu pacjentek, które korzystają z prywatnej opieki zdrowotnej. W przypadku 90,12% kobiet z tej grupy, dalszą diagnostykę prowadzono u nich już w dniu przyjęcia do szpitala, natomiast tylko w przypadku 64,7% kobiet korzystających wyłącznie z publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Jednym z elementów badania ankietowego były ocena personelu lekarskiego i personelu średniego szpitala, dokonywana przez kobiety w oparciu o następujące kryteria: życzliwość, zaangażowanie, dostępność fizyczna (w sensie np. możliwości wyjaśnienia pacjentce wątpliwości, czy konieczności udzielenia odpowiedzi na pytanie) oraz wiedza merytoryczna. Poszczególne elementy tej oceny były określane przez kobiety według czterech kategorii jako zdecydowanie dobrze, raczej dobrze, przeciętnie, raczej źle i zdecydowanie źle.

W przypadku personelu lekarskiego najlepsze oceny kobiet uzyskały w kolejności kategorie: wiedza merytoryczna i życzliwość lekarzy, zwłaszcza w opinii kobiet korzystających z prywatnej opieki ginekologicznej, a w następnej kolejności zaangażowanie. Najsłabiej w ocenie personelu lekarskiego wypadła kategoria „dostępność fizyczna,” co może wskazywać na zbyt mało czasu poświęcanego przez lekarzy na codzienny kontakt z pacjentkami, co w pewnym stopniu jest związane ze specyfiką tej specjalności (dziedzina zabiegowa).

Natomiast w przypadku personelu średniego najwyższe oceny ankietowanych kobiet uzyskały w kolejności kategorie: życzliwość i zaangażowanie, następnie dostępność fizyczna, a najslabiej pacjentki oceniły wiedzę merytoryczną personelu średniego. W wymienionych kategoriach także lepsze oceny wystawiały kobiety korzystające z prywatnej opieki zdrowotnej.

Ankietowane kobiety oceniły również sposób przekazywania im przez personel oddziału informacji dotyczących dalszego postępowania diagnostyczno-leczniczego. W kategorii pięciostopniowej ocena ta wypadła średnio (3,23), przy czym była ona nieco korzystniejsza ze strony pacjentek korzystających również z prywatnej opieki zdrowotnej.

Zapytano również badane kobiety, czy zostały wyczerpująco poinformowane na temat postępowania po wypisie ze szpitala. Zdecydowana większość z nich (79,5%) stwierdziła, że tak, natomiast 11,8% badanych uważało, że tylko zdawkowo, a 9,2% kobiet uznało, że informacje te nie były wyczerpujące, a nawet jak się później okazało błędne.

DYSKUSIA

Mimo że zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy w Polsce wykazuje tendencję malejącą, jest to nadal ogromny problem zarówno społeczny jak i medyczny. Rak szyjki macicy w skali całego świata jest drugim, co do częstości nowotworem, który dotyka kobiety i drugą, co do częstości przyczyną ich zgonów z powodu tych chorób [2]. Wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest zatem kwestia zwalczania nierówności w zdrowiu w zakresie dostępu do szybkiej diagnostyki i leczenia tej patologii. Kobiety z niższych warstw społecznych charakteryzuje wyższy wskaźnik ryzyka raka szyjki macicy, co w znacznej mierze wynika z rzadszego poddawania się testom przesiewowym [3].

W badaniach własnych połowa pacjentek poza publiczną opieką, korzysta również z prywatnej opieki ginekologicznej. Jest to wyższy odsetek w porównaniu z danymi podawanymi przez Raport Money.pl w 2007 roku, według którego z prywatnych usług medycznych skorzystało około 30% Polek [4].

Z przedstawionych wyników można wnioskować, że największym utrudnieniem zarówno dla niekorzystających z wizyt prywatnych jak i leczących się również prywatnie pacjentek, są odległe terminy wizyt do lekarzy ginekologów. Większość kobiet wymagających hospitalizacji i korzystających wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej stwierdziło, że zostały przyjęte do szpitala zgodnie z kolejnością przyjęć. Było to istotnie więcej w stosunku do pacjentek korzystających również z prywatnej opieki, gdzie takim systemem zostało przyjętych na oddział 2/3 kobiet, pozostałe natomiast pacjentki z tej grupy „trafiły do szpitala” dzięki prywatnej wizycie u lekarza zatrudnionego w szpitalu, lub korzystając z pośrednictwa znajomego lekarza.

Różnicę w traktowaniu pacjentek zaobserwowano również w zakresie prowadzonej diagnostyki na oddziale szpitalnym; szybciej badania diagnostyczne

i leczenie miały wdrażane pacjentki korzystające również z prywatnych gabinetów ginekologicznych.

W badaniach innych autorów, najbardziej cenione cechy usług w niepublicznej opiece zdrowotnej to skrócony czas oczekiwania na wizytę lekarską, wysoka jakość i dostępność usług [5].

W badaniach *Ostrowskiego* przeprowadzonych wśród pacjentek korzystających z opieki ginekologiczno-położniczej w niepublicznych poradniach, wyższy odsetek kobiet był bardzo zadowolony i zadowolony z jakości usług w porównaniu z pacjentkami publicznych poradni. W cytowanym badaniu wyższy odsetek kobiet korzystających z porad w publicznej poradni był tylko raczej zadowolony, były również osoby niezadowolone [6].

Również badania przeprowadzone wśród pacjentek hospitalizowanych na oddziałach ginekologiczno-położniczych pokazują, że zdaniem badanych, poziom usług oferowanych przez szpitale niepubliczne (prywatne) w porównaniu do publicznych szpitali jest wyższej jakości [7]. Uzyskane wyniki są zgodne z doniesieniami także innych autorów, według których niepubliczne leczenie otwarte charakteryzowało się poziomem znacznie wyższej satysfakcji niż zakłady publiczne [8].

W badaniach CBOS przeprowadzonym w 2008 roku dotyczącym oceny dostępności porad lekarzy specjalistów, najczęściej spotykane trudności w dostępie do usług lekarzy specjalistów to odległe terminy wizyt. Stanowią one nadal najpoważniejszą barierę w uzyskaniu porady.

Interesujący jest fakt, że w krajach gdzie dominującą formą finansowania ochrony zdrowia są ubezpieczenia prywatne, został dostrzeżony problem równości w zdrowiu. Autorzy kanadyjscy uważają, że system prywatnych ubezpieczeń nie może zabezpieczyć szerokiego dostępu do opieki zdrowotnej, co wynika z warunków socjoekonomicznych społeczeństwa [9].

Raport z 2007 roku dotyczący nierówności w zdrowiu w Stanach Zjednoczonych podaje, że osoby nieubezpieczone mają gorszy stan zdrowia i wcześniej umierają. Wynika to z faktu, że mają utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, są diagnozowani w późniejszym stadium choroby i otrzymują niższą jakość opieki [10].

PODSUMOWANIE

Przeprowadzone badania w grupie pacjentek ze stwierdzoną patologią szyjki macicy pokazują, że dostępność i jakość opieki ginekologicznej w Polsce jest na dość dobrym poziomie. Wysoko oceniony został personel lekarski zwłaszcza w zakresie wiedzy merytorycznej jak i personel średni za życzliwość i zaangażowanie. Nadal utrudnieniem dla pacjentek są odległe terminy przyjęć do lekarzy ginekologów, niemniej w stosunku do innych specjalistów czas oczekiwania na wizytę lub przyjęcie do szpitala jest do zaakceptowania. Niepokojące są natomiast opinie pacjentek świadczące o preferencyjnym traktowaniu przez personel medyczny pacjentek korzystających z wizyt w prywatnych gabinetach ginekologicznych, co nie jest zgodne z zasadą

równości w zdrowiu i etyką lekarską w odniesieniu do pacjentów potrzebujących dalszej diagnostyki i leczenia.

I. Bojar, I. Woźnica, T. Holeccki, J. Diatczyk

ACCESIBILITY, QUALITY AND EFFICIENCY OF FUNCTIONING OF HEALTH CARE
IN POLAND IN OPINIONS OF PATIENTS USING AND NOT USING PRIVATE
GYNECOLOGICAL CARE

SUMMARY

The most important effectiveness criteria of the functioning of a given system of health care are: complexity, continuity and quality of this care, as well as its accessibility. The objective of the study undertaken was evaluation of the efficiency of the functioning of health care based on opinions of 304 patients of gynecological wards in the Lublin and Silesian Regions. The evaluation of accessibility, quality and efficiency of care was presented both by women who use only public facilities, and those who use also private gynecological care. The study showed that the quality of this care in the above-mentioned regions is on a high level. Good evaluations by the women were obtained by both physicians and middle staff. The difficulty still concerns distant dates of appointments with gynecologists. Patients' opinions are also alarming, evidencing the preference by the medical staff of patients using private gynecological care in the diagnostic-treatment process.

И. Бояр, И. Возница, Т. Холецки, Ю. Дятчик

ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОЛЬШЕ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, КОТОРЫЕ
ПОЛЬЗУЮТСЯ И НЕ ПОЛЬЗУЮТСЯ УСЛУГАМИ ЧАСТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

АННОТАЦИЯ

Наиболее важными критериями для эффективного функционирования системы здравоохранения является всеобъемлющая, непрерывная и качественная медицинская помощь и ее доступность. Цель проведенного исследования заключалась в оценке эффективности медицинской помощи на основе рекомендаций 304 пациенток гинекологических отделений из Люблинского и Силезского воеводств. Оценка доступности, качества и эффективности медицинской помощи, была представлена женщинами, которые пользуются только государственными медицинскими услугами, а также теми, которые дополнительно пользуются частными услугами гинекологической помощи. Исследования показали, что качество медицинской помощи в этих воеводствах на высоком уровне. Высокую оценку получили и врачи, и сотрудники среднего звена. По-прежнему главной проблемой является длительное ожидание на прием к гинекологу. Беспокоят также мнения пациенток, которые считают, что медицинский персонал демонстрирует предпочтение, в диагностике и лечении, больным, которые пользуются услугами частной гинекологической помощи.

I. Bojar, I. Woźnica, T. Holeccki, J. Diatczyk

ДОСТУПНІСТЬ, ЯКІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В ПОЛЬЩІ, З ТОЧКИ ЗОРУ ПАЦІЄНТОК, ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ
І НЕ КОРИСТУЮТЬСЯ ПОСЛУГАМИ ПРИВАТНОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

АНОТАЦІЯ

Найбільш важливими критеріями для ефективного функціонування системи охорони здоров'я є всеохоплююча, безперервна і якісна медична допомога і її доступність.

Мета проведеного дослідження полягала на оцінці ефективності медичної допомоги на основі рекомендацій 304 пацієнок гінекологічних відділень з Люблінського та Сілезького воєводств. Оцінка доступності, якості та ефективності медичної допомоги, була представлена жінками, які користуються тільки державними медичними послугами, а також тими, які додатково користуються з приватних послуг гінекологічної допомоги. Дослідження показали, що якість медичної допомоги в цих воєводствах на високому рівні. Високу оцінку отримали і лікарі, і працівники середньої ланки. Як і раніше головною проблемою є тривале очікування на прийом до гінеколога. Турбують також думки пацієнок, які вважають, що медичний персонал демонструє перевагу, в діагностиці та лікуванні, хворим, які користуються послугами приватної гінекологічної допомоги

PIŚMIENNICTWO

1. Bojar I., Woźnica I., Holecki T., Diatczyk J.: Dostępność badań cytologicznych oraz poziom wiedzy kobiet na temat ich znaczenia w profilaktyce chorób nowotworowych narządu rodowego, *Medycyna Ogólna*, 2010, 1, 77-91.
2. Bosch F.X., de Sanjose S.: Human Papillomavirus and Cervical Cancer-Burden and Assessment of Causality. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2003, 31, 3-13.
3. National Cancer Institute. Cervical Cancer.: <http://women.cancer.gov/planning/whr0001/cervical.shtml>
4. Miśkiewicz M.: Polacy chcą płacić za lepsze leczenie. Raport Money.pl. Wrocław, 2008.
5. Polacy chcą się leczyć prywatnie. PZU Życie S.A. 2007.
6. Ostrowski T., Wdowiak L., Bojar I., Miotła P.: Zainteresowanie kobiet z regionu lubelskiego ofertą niepublicznych podmiotów opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne* 2004, 114 (2), 135-140.
7. Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J.: Satysfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-położniczych na terenie miasta Lublina. *Zdrowie Publiczne* 2006, 116 (1), 189-191.
8. Lech M.M., Petryka I.: Ocena poziomu satysfakcji pacjentów z usług świadczonych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. *Wiadomości Lekarskie* 2002; LV Supplement 1, 1, 313
9. Hurley J.: Ethics, economics, and public financing of health care. *J Med Ethics* 2001, 27, 234-239.
10. National Healthcare Disparities Report. Agency for Healthcare Research and Quality. Department of Health & Human Services. USA 2008.

Data otrzymania: 26. 05.2010.

Adres Autorów: 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Krajowe Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.