

Czesław Surowik*

EKSPERYMENT PŁACOWY W SŁUŻBIE ZDROWIA

1. Istota i cele eksperymentu

Co najmniej od kilkunastu lat rozważano umożliwienie ludności dokonywania swobodnego wyboru lekarza pracującego w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej. U podstaw tego legło narastające niezadowolenie społeczeństwa z poziomu świadczonych usług medycznych, które m. in. powodowane jest administracyjnym przypisaniem określonych kręgów ludności do korzystania z opieki zdrowotnej przez określonego lekarza. Narastanie negatywnych opinii występowało niejako wbrew wzrostowi możliwości lepszego świadczenia usług medycznych podstawowego szczebla opieki zdrowotnej, determinowanego rozwojem jego zasobów materialnych i ludzkich. Współczynnik korelacji między poziomem możliwości świadczenia usług medycznych a poziomem zadowolenia społeczeństwa z działania podstawowej opieki zdrowotnej miał wzrastać przybierał wartość coraz bardziej niekorzystną.

Zagadnienie nabrało cech kwestii wymagającej rozwiązania, a przynajmniej zahamowania i stopniowego niwelowania. Wskazywały na to wyniki badań działalności podstawowej opieki zdrowotnej prowadzone m. in. przez autora od kilkunastu lat, a także wyniki badań prowadzonych przez Katedrę Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Łodzi w ramach problemu resortowego MZ - XI "Optymalizacja opieki zdrowotnej i społecznej". Dostrzegali ten fakt organizatorzy służby zdrowia i opieki społecznej zajmujący się operatywnie zarządzaniem i kierowaniem tą dziedziną usług społe-

* Doc. dr habil. w Zakładzie Ekonomiki Pracy UŁ.

cznych. Wśród teoretyków i praktyków panowała zgoda co do jednego, że swobodny wybór lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej musi być związany ze zmianą zasad wynagradzania pracowników służby zdrowia, w tym zwłaszcza lekarzy i średniego personelu medycznego (pielęgniarki, położne, technicy medyczni itp.).

Dostrzegano także, iż brak właściwego systemu wartościowania i motywowania pracy kadr medycznych podstawowej opieki zdrowotnej obniża poziom jej działania. Poprawa w tej dziedzinie nie jest możliwa bez zmiany organizacji pracy tych kadr; bez odstąpienia od rejonizacji z równoczesnym wprowadzeniem swobodnego wyboru lekarza.

Możliwość zniwelowania dewiacyjnego oddziaływania powyższych czynników upatrzone w ustanowieniu uznaniowego dodatku służbowego dla lekarzy podstawowego stopnia opieki zdrowotnej o znacznej rozpiętości kwotowej: od 1000 do 6000 zł miesięcznie. Sprawa jest uregulowana przepisem § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia Rady Ministrów z 1 marca 1982 r. w sprawie uposażenia pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, zakładów pomocy społecznej i zakładów rehabilitacji zawodowej inwalidów (DzU nr 8, poz. 65).

Wspomniany dodatek odegrał w nieznacznym stopniu pozytywną rolę w stabilizacji zatrudnienia lekarza w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Nie stał się on instrumentem motywującym lepszą pracę, gdyż ciągle braki w zatrudnieniu lekarzy sprawiły, że kierownictwa zakładów służby zdrowia mają ograniczone możliwości jego różnicowania w zależności od poziomu pracy określonego lekarza. W związku z tym usredniają ten dodatek w zależności od posiadanej kwoty środków na fundusz płac.

Działanie takie choć wadliwe, ale wobec braku kryteriów wartościowania pracy lekarzy i wspomnianych trudności z ich zatrudnieniem musi być tolerowane. Obciążone są fundusze społecznego spożycia bez odczuwalnych efektów motywacyjnych w postaci lepszej pracy kadr medycznych. Towarzyszy temu obawa właściwych organów zarządzających przed powszechnym wprowadzeniem choćby uproszczonych zasad wartościowania pracy i wprowadzenia na ich podstawie motywacyjnych zasad wynagradzania. Obecna sytuacja kryzysowa naszej ekonomiki służy jako argument uzasadniający niepodjęcie tego rodzaju decyzji, gdyż potrzebne będą na to środki finansowe przekraczające obecne możliwości ekonomiki. Niejako wbrew temu zwyciężyło racjonalne myślenie uwzględniające zasadne

przesłanki społeczne i ekonomiczne, a w pewnym sensie także polityczne. Znalazło ono wyraz w podjęciu decyzji nr 60/81 przez Prezydium Rządu z dnia 18 grudnia 1981 r. w sprawie przeprowadzenia eksperymentu swobodnego wyboru lekarza. W związku z tym powstała konieczność eksperymentowania płacowego w służbie zdrowia w skali i okresie realizacji eksperymentu zmiany organizacji pracy lekarzy. Zagadnienie to uregulował Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zarządzeniem z 30 września 1982 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników medycznych zatrudnionych w okresie swobodnego wyboru lekarza w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i wytycznymi z tego samego dnia w sprawie warunków pracy i płac pracowników w okresie realizacji eksperymentu swobodnego wyboru lekarza (niepublikowane).

Eksperyment płacowy w służbie zdrowia powiązany został z eksperymentem swobodnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Fakt ten można ocenić pozytywnie, gdyż motywacyjne oddziaływanie premii uzależnione zostało od stanowiska pacjentów. Oni bowiem rozstrzygałi o tym, który lekarz przychodni rejonowej ma się nimi opiekować w ciągu roku, z prawem zmiany swojego stanowiska. Oni też w wariancie C swobodnie wybierali lekarza przy okazji każdorazowego korzystania z porady lekarskiej w przychodni czy też w swoim mieszkaniu.

Eksperyment miał charakter mocno ograniczony, gdyż odnosił się do ruchomej części wynagrodzenia, pozostawiając bez zmian zasady określania uposażenia zasadniczego (stałego). Jego wysokość uzależniona jest m. in. od miejsca zatrudnienia (lecznictwo podstawowe, specjalistyczne, szpitalne itp.), stażu pracy, posiadanego stopnia specjalności, pełnionej funkcji w jednostce służby zdrowia.

Premię uzależniono od społecznej akceptacji i wkładu pracy lekarzy ogólnych i pediatrów oraz w wariancie B pielęgniarek środowiskowych. Zatem krąg pracowników medycznych objętych eksperymentem był również mocno ograniczony. Nie zostali nim m. in. objęci pozostali pracownicy medyczni zatrudnieni w eksperymentujących jednostkach służby zdrowia. Przykładowo nie byli premiowani według zasad eksperymentu lekarze ginekolodzy, dentyści i średni personel medyczny.

Jedną z zasad eksperymentu płacowego było ustalenie, że w okresie eksperymentu lekarzom przysługuje dodatek służbowy w mi-

nimalnej kwocie (1000 zł). W ten sposób uzyskano pewne kwoty funduszu płac na wypłatę premii określanych według reguł eksperymentu.

Lekarze ogólni (interniści), pediatrizy i pielęgniarzy środowiskowe pracujące w przychodniach rejonowych objętych eksperymentem mogli na zasadzie dobrowolności zaakceptować warunki płacy na czas trwania eksperymentu lub z tej możliwości nie skorzystać.

Eksperyment płacowy realizowano w trzech wariantach:

W a r i a n t A - stosowano w przychodniach rejonowych w miastach, w których na jednego lekarza ogólnego przypadało 2500 osób powyżej 15 roku życia zamieszkałych w rejonie działania przychodni, a na 1 lekarza pediatrę przypadało 1200 dzieci do 15 roku życia. Premię wypłacano według jednostkowych stawek w stosunku do liczby osób, które dobrowolnie wybrały lekarza na okres jednego roku i uzyskały co najmniej jedną poradę w tym okresie. Zasady premiowania i wysokość stawek podano w tab. 1.

T a b e l a 1

Zasady premiowania lekarzy - wariant A

Specjalność lekarza rejonowego	Liczba osób, które zgłosiły wybór lekarza	Roczna premia od 1 osoby zł
Ogólny	do 1000	30
	1001-1500	50
	1501-2000	70
	2001-2500	90
Pediatria	do 400	60
	401-800	100
	801-1000	140
	1001-1200	180

W a r i a n t B - stosowano w przychodniach rejonowych, w których na jednego lekarza ogólnego przypadało 4000 osób powyżej 15 roku życia zamieszkałych w rejonie działania przychodni, a na jednego lekarza pediatrę przypadało 2000 dzieci do 15 roku życia. Warunki wypłaty wynagrodzenia były takie same jak w wariacie A. Zasady premiowania i wysokość stawek podano w tab. 2.

T a b e l a 2

Zasady premiowania lekarzy - wariant B

Specjalność lekarza rejonowego	Liczba osób, które zgłosiły wybór lekarza	Roczna premia od 1 osoby zł
Ogólny	do 1500	50
	1501-4000	45
Pediatria	do 500	80
	501-1500	90

Przychodnie rejonowe stosujące wariant A i B zwane są w dalszej części przychodniami (poradniami) opcyjnymi (od optowania za wyborem określonego lekarza).

Premia lekarzy uczestniczących w eksperymencie według wariantu A i B nie mogła przekroczyć 130% uposażenia zasadniczego. Było to osiągalne w warunkach maksymalnego wykorzystania liczby opcji pacjentów w wyborze określonego lekarza.

W a r i a n t C - stosowano w wybranych przychodniach rejonowych w miastach bez względu na liczbę osób zamieszkałych w rejonie. Premię wypłacano za faktycznie wykonaną liczbę porad w przychodni lub w domu pacjenta przez lekarzy ogólnych i pediatrów. Stawki premii wynosiły:

- za 1 poradę w przychodni (poradni) - 20 zł,
- za jedną poradę w domu pacjenta - 100 zł.

Zastrzeżono, że premia ta nie może średnio w skali roku przekroczyć 16 000 zł miesięcznie. Mogła być zatem różnicowana w poszczególnych miesiącach w zależności od zgłaszalności pacjentów. W tym wariantcie wysokość premii zależała głównie od nakładu pracy lekarza. Podstawę naliczania premii stanowiła liczba otrzymanych od pacjentów bonów potwierdzających udzielenie porady ambulatoryjnej lub w domu pacjenta.

W trakcie realizowania eksperymentu według wariantu C (otwartego) określono, że premia będzie wypłacana za udzielenie w ciągu dnia do 40 porad. Zastrzeżenie to miało na względzie niedopuszczenie do nieuzasadnionego wzrostu porad kosztem ich jakości oraz nieuzasadnionego ich powtarzania. Stąd wynikło określenie maksymalnej miesięcznej premii w kwocie 16 000 zł, która stanowiła około 65% przeciętnego uposażenia zasadniczego.

W założeniach eksperymentu przewidziano, że w razie nieuzyskania przez lekarza ogólnego dostatecznej liczby opcji przewidzianej w wariantach A i B, otrzymuje on premię w wysokości 15 zł, zaś lekarz pediatra 30 zł za każdego pacjenta "skierowanego z urzędu" przez kierownika przychodni rejonowej. W tych przypadkach premia nie mogła przekroczyć 4000 zł miesięcznie.

Uzyskanie wskazanych powyżej liczb pacjentów (opcji), którzy swobodnie wybrali określonego lekarza, uprawniało go do otrzymywania w okresach miesięcznych 60% należnej premii w formie zaliczki. Pozostałą część premii wypłacono im po zakończeniu eksperymentu i sprawdzeniu oraz ustaleniu liczby osób, które skorzystały co najmniej z jednej porady w całym okresie rozliczeniowym.

Kierownik przychodni (poradni) otrzymywał premię według zasad przewidzianych w wariantach realizowanym w danej placówce podstawowej opieki zdrowotnej przy zastosowaniu współczynnika 1,2.

Pielęgniarki środowiskowe pracujące w poradniach stosujących wariant B eksperymentu za czynności medyczne zlecone im przez lekarza otrzymywały premię do 2500 zł miesięcznie.

Miarą wartościowania pracy lekarza była społeczna ich akceptacja przez pacjentów na podstawie znajomości ich pracy przed wprowadzeniem eksperymentu.

Na podstawie analizy wyników badań funkcjonowania eksperymentu uzyskanych przez Katedrę Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Łodzi można podać, że w pięciu przychodniach rejonowych objętych eksperymentem według wariantu A i B, zwanych dalej wariantami opcyjnymi, liczba osób uprawnionych do dokonania swobodnego wyboru lekarza wynosiła 138 680 osób. Wyboru dokonały 72 482 osoby, co stanowi 52,2% liczby osób uprawnionych do swobodnego wyboru lekarza.

Swobodnego wyboru lekarza ogólnego dokonało 44,5% ludności mieszkającej na terenie działania przychodni rejonowej, zaś wyboru lekarza pediatry dokonano w stosunku do 70,3% dzieci z obszaru obsługiwane przez określoną poradnię dziecięcą.

Należy podzielić pogląd badających to zagadnienie, że swobodny wybór lekarza spotkał się ze znacznym zainteresowaniem ludności. Zważyć bowiem trzeba, że propozycja w tej sprawie miała charakter innowacji organizacyjnej w podstawowej opiece zdrowotnej, inaczej sytuując pacjenta w relacji do lekarza.

Ustalony limit wyboru lekarza uzyskało 30,2% lekarzy pracujących w przychodniach objętych eksperymentem. Dalsze 20,8% lekarzy uzyskało 80-99% limitu opcji. Wynika z tego, że 51% lekarzy uczestniczących w eksperymencie uzyskało wysoką i bardzo wysoką ocenę społeczną. Z brakiem akceptacji społecznej spotkało się 13,2% lekarzy, których zaakceptowało poniżej 30% uprawnionych pacjentów mieszczących się w określonym limicie opcji.

Większym uznaniem cieszyli się lekarze płci żeńskiej i lekarze posiadający I stopień specjalizacji. Taka sytuacja została stwierdzona w poradniach ogólnych. W toku badań nie stwierdzono żadnego związku swobodnego wyboru lekarza z łatwością uzyskania zwolnienia lekarskiego. Oznacza to, że ludność docenia te cechy postępowania lekarzy, które składają się na całość porady lekarskiej, łącznie z atmosferą jaka jej towarzyszy.

W poradniach dziecięcych najistotniejszym czynnikiem determinującym wybór lekarza był jego staż pracy w danej poradni. Liczba opcji rosła proporcjonalnie do długości stażu pracy lekarza w danej poradni.

Przedstawioną powyżej sytuację w zakresie swobodnego wyboru lekarza stwierdzono w ośmiu przychodniach objętych eksperymentem placowym. Przychodnie te działają w trzech rodzajach miast: sklasyfikowanych jako wielkie aglomeracje (Kraków i Łódź), nowe miasta wojewódzkie (Legnica i Siedlce) i były miasta powiatowe (Racibórz, Sulechów i Turek). Dla celów porównawczych wytypowano trzy przychodnie rejonowe, zwane "kontrolnymi", które działają w Krakowie, Legnicy i Puławach. W placówkach nie wprowadzono swobodnego wyboru lekarza i związanego z tym eksperymentu placowego.

Wszystkie jedenaście przychodni rejonowych poddano dwukrotnemu dwutygodniowemu badaniu. Pierwsze odbyło się przed wdrożeniem eksperymentu w dniach 13-25 września 1982 r. i drugie w okresie 12-24 września 1983 r. Badania prowadzone były równocześnie we wszystkich jedenastu przychodniach (8 eksperymentujących + 3 kontrolne) przez pracowników Katedry Medycy Społecznej Akademii Medycznej w Łodzi. Badaniami objęto treść porad udzielanych w okresie prowadzonych badań, wyciągi z historii choroby z okresu mieszczącego się między pierwszym i drugim badaniem, ruch chorych w poczekalniach, opinię lekarzy i pielęgniarek środowiskowych (wywiady), opinię pacjentów lub opiekunów dzieci w formie ankiety doręczanej im w dniu uzyskiwania porady lekarskiej.

Celem tych badań było uchwycenie skutków eksperymentu swobodnego wyboru lekarza i związanego z nim eksperymentu płacowego.

U podstaw eksperymentu legło wzmocnienie motywacyjnej funkcji płacy, a w konsekwencji uzyskanie dowodu na realizację hipotetycznie założonych głównych celów, którymi są:

1) poprawa struktury porad lekarskich, co wyrażać się powinno we wzroście odsetka porad profilaktycznych i odciążeniu lekarzy od czynności opiekuńczych (wariant B), które mogą być wykonane przez pielęgniarki środowikowe,

2) podniesienie poziomu wykorzystania opłaconego czasu pracy lekarzy, optymalizacja ich obciążenia; lepsza znajomość stanu zdrowia podopiecznych umożliwiającą ograniczanie ich skierowań jako pacjentów do lekarzy specjalistów oraz na badania dodatkowe wykonywane przez diagnostykę laboratoryjną czy rentgenowską itp. do przypadków racjonalnie uzasadnionych względami właściwego zdiagnozowania stanu zdrowia lub choroby pacjentów,

3) uzyskanie poprawy ciągłości leczenia w postaci wzrostu odsetka porad udzielanych pacjentom przez tego samego lekarza, co uważane jest za szczególnie ważne w opiece profilaktycznej, jak również w leczeniu złych stanów zdrowia spowodowanych różnymi chorobami,

4) poprawa dostępności do lekarzy przez eliminowanie odmów udzielenia porady, zbyt długiego oczekiwania pacjentów w rejestracji i pod gabinetem lekarskim,

5) wzrost satysfakcji pacjentów z opieki zdrowotnej określonych lekarzy oraz wzrost zaufania do nich.

Zasadnie też założono, że wdrożenie eksperymentu na dłuższy czas będzie m. in. skutkowało w postaci: zmniejszenia liczby wyjazdów pogotowia ratunkowego do przypadków zachorowań nie mających cech zagrażających życiu lub mogących spowodować niepotrzebne przedłużenie leczenia czy nieuleczalność, skrócenia czasu leczenia szpitalnego, mającego zwłaszcza charakter zachowawczy, stworzenia motywacji do zatrudniania się lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej, rozwinięcia profilaktyki medycznej i wcześniejszego wykrywania zagrożeń oraz ryzyka zachorowania na choroby przewlekłe; w rezultacie podniesienie stanu zdrowia ludności.

Eksperyment płacowy realizowano przez dwanaście miesięcy. Za najważniejszy jego efekt uznano wpływ na urzeczywistnianie wskazanych powyżej celów. Na tym też koncentrują się głównie dalsze rozważania analizy wyników eksperymentu płacowego.

2. Rezultaty eksperymentu w poradniach ogólnych

a) Zgłaszalność pacjentów do lekarzy ogólnych w poradniach objętych eksperymentem i kontrolnych osiągnęła prawie tę samą wielkość i wynosiła: 10 722 w 1982 r. i 10 540 osób w 1983 r. Wartość tej cechy wzrosła w poradniach ogólnych realizujących wariant A i B eksperymentu. Najbardziej jednak wzrosła w poradniach objętych eksperymentem według wariantu C (otwartego). Istotny spadek zgłaszalności wystąpił w poradniach kontrolnych, które nie były objęte eksperymentem.

Uprawnione będzie zatem stwierdzenie, że eksperyment płacowy spełnił swoją rolę, gdyż wzrost zgłaszalności w poradniach ogólnych świadczy o poprawie dostępności do lekarzy. Sprzyjało temu zainteresowanie lekarzy utrzymaniem liczby opcji uzyskanych w czasie swobodnego wyboru lekarza. Wiadome im było, że od tego zależy poziom ich wynagrodzenia. Niewątpliwie zależało im także na prestiżu w środowisku zawodowym, uzależnionym w tym przypadku od poziomu społecznego uznania wśród pacjentów.

Aktywne poradnictwo medyczne realizowane m. in. w formie wizyt domowych nie wykazało zmiany. Odsetek tych wizyt w obu pomiarach wynosił 4,9% ogółu udzielonych porad. Wzrósł on w poradniach objętych eksperymentem według wariantu C do 7% i spadł w poradniach opcyjnych i kontrolnych. Istotną przyczyną wzrostu wizyt domowych w wariacie otwartym (C) było zindywidualizowanie opłacania każdej wizyty w kwocie 100 zł.

Przeciętna liczba porad na jednego pacjenta kształtowała się na nie zmienionym poziomie i wynosiła 6,1 porady. Wystąpiła korzystna tendencja wzrostu częstotliwości korzystania z opieki lekarskiej przez pacjentów w wieku do 49 lat, natomiast rzadziej zgłaszali się do lekarza pacjenci najstarsi. Zmiany te odnotowano w poradniach opcyjnych. Natomiast w wariacie otwartym i poradniach kontrolnych tego rodzaju korzystna tendencja nie wystąpiła.

W wariantach opcyjnych (A i B), zgodnie z założeniem, obniżył się odsetek pacjentów rzadko zgłaszających się o poradę lekarską (do 3 razy w roku) z 39 do 36% oraz osób często korzystających z porad lekarskich (ponad 9 razy w roku) z 23 do 22%. W wariacie C i poradniach kontrolnych wzrósł odsetek osób rzadko

zgłaszających się do lekarza z 2 do 4%. Jest to zjawisko niekorzystne, które nie zostało stwierdzone w wariantach opcyjnych, gdzie obniżył się odsetek liczby osób korzystających rzadziej niż raz w roku z porady lekarskiej z 8 do niespełna 4%. Fakt ten lekarze oceniają jako ważny z punktu widzenia prawidłowej profilaktyki.

Eksperyment płacowy sprawił, że we wszystkich jego wariantach podwoiła się liczba porad profilaktycznych. Natomiast w poradniach kontrolnych utrzymał się niski odsetek tych porad, który wynosił 4%. Stwierdzono także w wariantcie B, że zintensyfikowała się praca pielęgniarek środowiskowych, ale nie na tyle, żeby ją można było uznać za optymalną.

b) Przeprowadzenie eksperymentu płacowego wobec 56 lekarzy ogólnych w 1982 r. i 50 w 1983 r. dostarczyło dowodów na to, że istnieją możliwości zintensyfikowania ich pracy. Porównanie wyników badań informuje, że zmniejszył się opłacony czas pracy o 12%, a liczba porad zmniejszyła się tylko o 2%. Ilościowa efektywność pracy w stosunku do potencjalnego czasu pracy wzrosła zatem o 10%.

Tak mierzony współczynnik wzrostu efektywności pracy wykazał zróżnicowany poziom w poszczególnych wariantach eksperymentu i poradniach kontrolnych. W wariantach opcyjnych (A i B) nastąpił wzrost o 3%, w wariantcie otwartym (C) - o 24%, w poradniach kontrolnych - o 11%.

Lekarze w ogóle, w tym także lekarze ogólni w niedostatecznym stopniu wykorzystują opłacony czas pracy. Luka jest tu duża. Przeprowadzony eksperyment płacowy sprawił, że na tym odcinku uzyskano pozytywne efekty. Udział procentowy czasu rzeczywiście przepracowanego w czasie opłaconym w 1982 r. we wszystkich badanych poradniach wynosił 72%, a w 1983 r. - 85%. Relacje te wyniosły: w wariantach opcyjnych 75 : 81%, w wariantcie otwartym 66 : 92%, w poradniach kontrolnych 74 : 85%. Poprawę na tym odcinku stwierdzono u 20 lekarzy na 40, którzy w czasie obydwóch badań pracowali w poradniach objętych eksperymentem. W wariantcie otwartym w poprawie uczestniczyli wszyscy lekarze w liczbie 8, w wariantach opcyjnych 9 na 22, a w poradniach kontrolnych 3 wśród 10 pracujących lekarzy ogólnych. Stwierdzono nawet sytuację szczególną pod tym względem, gdyż 4 lekarzy pracujących wedle zasad wariantu C wydłużyło faktyczny czas pracy ponad opłacony czas

pracy o ponad 7%. Można z tego wnosić, że największą motywacyjną siłę miało premiowanie w zależności od liczby udzielonych porad w poradni lub w domu pacjenta. Odnotujmy tu fakt, że tego rodzaju zasada wynagradzania obowiązuje, z dobrymi rezultatami pod względem efektywności pracy, w spółdzielczości lekarskiej. Tam w ogóle płaca zależy od intensywności i jakości udzielanych porad. Czy wobec tego nie należało skorzystać z doświadczeń spółdzielczości lekarskiej?

Duża luka między czasem opłaconym a rzeczywiście przepracowanym skłoniła do zainteresowania się spóźnieniami i wcześniejszymi wyjściami lekarzy z pracy. Odsetek z tego powodu uległ zmniejszeniu z 15 do 8% opłaconego czasu pracy; w wariantach opcyjnych - z 17 do 10%, w wariacie otwartym - z 9 do 4%; w poradniach kontrolnych - z 15 do 6%. Poprawę w tym zakresie trudno z pełnym przekonaniem wiązać z eksperymentem płacowym, gdyż w poradniach kontrolnych zaszły pod tym względem najkorzystniejsze zmiany.

Wzrost udziału czasu rzeczywiście przepracowanego w opłaconym czasie pracy sprawił, że zwiększył się czas wykorzystywany na udzielanie porad w przychodni z 58 do 69% i czas przeznaczony na wizyty domowe z 14,3 do 15,7%. W czasie badań stwierdzono wzrost liczby porad udzielanych przeciętnie w każdym dniu pracy z 20 do 21. Wielkość ta według opinii przedstawicieli nauk medycznych nie wyczerpuje optymalnych możliwości w tej dziedzinie. Można zatem mówić o występowaniu na tym odcinku znacznych rezerw wzrostu bez ryzyka obniżenia poziomu jakości porad lekarskich.

Przeciętny czas trwania porady ambulatoryjnej wzrósł o jedną minutę (z 13 do 14 minut); przy czym w wariacie otwartym nie uległ zmianie (11 minut), a w wariantach opcyjnych wzrósł z 14 do 15 minut. Wzrost ten, choć nieznaczny, jest konsekwencją zmniejszenia nie przepracowanego czasu. Umożliwiło to także zwiększenie przeciętnej dziennej liczby porad lekarskich.

c) W czasie przeprowadzania eksperymentu skierowania do lekarzy specjalistów kształtowały się na nie zmienionym poziomie. Współczynnik tych skierowań wynosił w 1982 r. 7,1%, a w 1983 r. - 7,5% ogółu przyjmowanych pacjentów. Obniżył się ten współczynnik w poradniach objętych eksperymentem według wariantów opcyjnych. Zasadna zatem będzie konkluzja, że lekarzom zależało na utrzymaniu co najmniej status quo w uzyskanej akceptacji społecznej ze strony pacjentów. W świetle powyższych danych można za-

sadnie uznać za fałszywą opinię, że lekarze ogólni podstawowej opieki zdrowotnej zbyt często i bezzasadnie kierują swoich pacjentów do poradni specjalistycznych.

Eksperyment płacowy nie spowodował żadnych zmian w zakresie zlecenia dodatkowych badań pacjentów. Ogólnie takimi zleceniami objęto 17,3% przyjętych pacjentów w czasie badań w 1982 r. i 17,9% - w 1983 r. Nadmierna liczba zleceń na dodatkowe badania powoduje wydłużenie czasu kontaktów pacjenta z zakładami służby zdrowia i powoduje wzrost kosztów leczenia. Trudno było liczyć na zrationalizowanie postępowania lekarzy ogólnych w tej dziedzinie w stosunkowo krótkim czasie trwania eksperymentu. Odejście od wieloletnich nawyków potrzebuje dłuższego czasu. Ponadto pożądanym jest zintensyfikowanie pracy wykonujących zleczone badania dodatkowe. Uzyska się wtedy skrócenie czasu diagnozowania i samego leczenia. Wymuszenie tego rodzaju efektu może być spowodowane poprzez objęcie pracowników tych jednostek motywacyjnymi zasadami wynagradzania w zależności od liczby wykonanych badań. Postulowanie skorzystania z doświadczeń spółdzielczości lekarskiej oraz wariantu otwartego eksperymentu jest uzasadnione.

Przed wdrożeniem eksperymentu wyrażano obawy, że lekarze dla uzyskania akceptacji u pacjentów, którzy dokonali ich wyboru, będą liberalizować swoje postępowanie w zakresie orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Wyniki nie potwierdziły tych obaw. Pierwszy pomiar z 1982 r. wykazał, że współczynnik zwolnień lekarskich od pracy wynosił 24,6% ogółu udzielonych porad lekarskich, natomiast według pomiaru z 1983 r. zmniejszył się on do 21,5%. Zrationalizowano wydawanie orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy w poradniach realizujących warianty opcyjne. Spowodowało to obniżenie współczynnika o 5%. W pozostałych poradniach obniżenie miało wymiar nieznaczny.

d) Eksperyment swobodnego wyboru lekarza i towarzyszący mu eksperyment płacowy miał według założeń sprawić poprawę ciągłości opieki zdrowotnej, polegającej na sprawowaniu tej opieki przez tego samego lekarza. Posłużono się tu dwoma miernikami względny w postaci odsetka: liczby pacjentów, którzy uzyskali w ciągu roku wszystkie porady u tego samego lekarza i liczby porad uzyskanych u tego samego lekarza. W dalszej treści współczynnik pierwszy określa się jako "ciągłość pełną", zaś drugi - jako "ciągłość kierunkową".

Wyniki obu badań wykazują, że w okresie trwania eksperymentu ciągłość pełna wzrosła z 51 do 53%, a ciągłość kierunkowa z 71 do 73%. Oznacza to, że w przybliżeniu co drugi pacjent był leczony w ciągu roku przez tego samego lekarza, zaś reszta zbiorowości pacjentów uzyskiwała przeciętnie u tego samego lekarza trzy z każdych czterech porad.

Wprowadzając eksperyment placowy i organizacyjny zakładano, że ciągłość leczenia wzrośnie, zwłaszcza w wariantach opcyjnych. Badania w poradniach kontrolnych miały informować o tym jak będzie kształtować się to zjawisko bez wprowadzenia dodatkowych bodźców materialno-psychospołecznych i organizacyjnych.

Hipoteza powyższa została potwierdzona, gdyż ciągłość pełna w wariantach opcyjnych wzrosła z 54 do 62%, a kierunkowa z 73 do 77%. Utrzymał się natomiast niski poziom w wariantach otwartym, który wynosił 34% w zakresie ciągłości pełnej i 60% - w kierunkowej. Odnotowano regres na tym odcinku w poradniach kontrolnych, gdzie ciągłość pełna spadła z 61 do 56%, kierunkowa - z 78 do 75%. Godne podkreślenia jest to, że poradnie objęte wariantami opcyjnymi mimo posiadania na początku gorszych współczynników - pod koniec eksperymentu uzyskały lepsze wyniki od poradni kontrolnych, które stan wyjściowy miały o parę punktów lepszy.

Przedstawiciele nauk medycznych twierdzą, że ciągłość leczenia ma szczególne znaczenie w leczeniu chorób przewlekłych. Do takich zaliczane są np. choroby: gruczołów wydzielania wewnętrznego, nadciśnieniowa, niedokrwienność serca. Zbadana ciągłość ich leczenia ujawniła istotną poprawę w tej dziedzinie. Najznacześniejszy wzrost ciągłości pełnej i kierunkowej uzyskały poradnie objęte wariantami opcyjnymi (A i B). Fakt ten uznano za szczególnie pomyślny, gdy go rozważyć w aspekcie wymagań specjalnej staranności w leczeniu tego rodzaju chorób.

e) Wydłużenie przepracowanego czasu pracy sprawiło, że poprawiła się dostępność do lekarzy uczestniczących w eksperymencie. Poprawa w jednym ogniwie łańcucha skutków eksperymentu wywołała poprawę w jego innych ogniwach. Założono zatem słusznie, że na odcinku dostępności mogą pojawić się pozytywne symptomy. Zagadnienie poddano zbadaniu w formie ankiet kierowanych do pacjentów bieżąco przyjmowanych oraz w formie bezpośredniej obserwacji ruchu chorych w czasie oczekiwania na poradę lekarską.

W czasie trwania eksperymentu opinia pacjentów o dostępności

do lekarzy ogólnych nie uległa zmianie. Odsetek negatywnych odpowiedzi utrzymał się na poziomie 8%, a odpowiedzi aprobujących na poziomie 77%. Nie uległa też zmianie opinia o czasie oczekiwania w rejestracji.

Pozytywne zjawisko stwierdzono w zakresie odmów udzielenia porady lekarskiej. Współczynnik odmów zmniejszył się z 21 do 17%. Obniżył się także odsetek pacjentów stwierdzających zbyt długie oczekiwanie przed gabinetem lekarskim z 63 do 57%. Wymiar tego oczekiwania jest nadal zbyt długi, gdyż jak wykazały badania, wynosił on średnio od 53 minut w 1982 r. do 47 minut w 1983 r. Zwiększył się udział pacjentów oczekujących do 30 minut (z 27 do 32%) i zmniejszył się odsetek pacjentów oczekujących ponad godzinę (z 26 do 18%). Można na tej podstawie mówić o wystąpieniu pozytywnej tendencji pod wpływem eksperymentu placowego.

Takie parametry charakteryzowały sytuację ogólną, która była zróżnicowana w poradniach eksperymentujących i kontrolnych. W grupie pierwszej stwierdzono poprawę, zaś pogorszenie wystąpiło w poradniach kontrolnych.

Poradnie stosujące warianty opcyjne zostały pozytywniej ocenione w drugim badaniu niż w pierwszym w zakresie dostępności do lekarzy ogólnych. Ranga opinii wzrosła z 404 do 409 punktów w maksymalnej skali 500 punktów. W wariacie otwartym również wzrosła z 394 do 404 punktów. Natomiast w poradniach kontrolnych obniżyła się z 399 do 380 punktów.

Współczynnik odmów udzielenia porady lekarskiej w kolejności badań kształtował się następująco: w wariantach opcyjnych obniżył się z 20 do 15%, w wariacie otwartym również uległ obniżeniu z 26 do 16%, a wzrósł w poradniach kontrolnych z 20 do 23%. W fakcie tym można dopatrywać się pozytywnego oddziaływania wprowadzonych motywacyjnych zasad wynagradzania.

Pewnym zmianom uległa opinia pacjentów w sprawie czasu oczekiwania pod gabinetem lekarskim po zarejestrowaniu. Odsetek pacjentów oceniających ten czas jako zbyt długi zmienił się w poradniach w zależności od realizowanego wariantu eksperymentu. W wariantach opcyjnych (A i B) obniżył się z 59 do 53%, w otwartym (C) również się obniżył z 26 do 16%, a w poradniach kontrolnych wzrósł z 20 do 23%.

W świetle powyższych danych uprawniony będzie pogląd, że dostępność w poradniach eksperymentujących poprawiła się, a w po-

radniach kontrolnych - uległa pogorszeniu. Jest to kolejny dowód na to, że motywacyjny charakter eksperymentu płacowego odegrał pozytywną rolę w optymalizacji działania objętych nim poradni.

f) Ogólny poziom zadowolenia pacjentów z usług lekarzy ogólnych uznano za ważne kryterium oceny efektywności wdrożonego eksperymentu płacowego, który aczkolwiek uznany przez resort zdrowia i opieki społecznej za pomocniczy w stosunku do eksperymentu swobodnego wyboru lekarza, to jednak, jak dowiodła praktyka, nie utracił przez to swoich walorów.

Poddano zatem badaniom jakość porad lekarskich za pomocą ankiety. Uzyskane wyniki dotyczące jakości porad i społecznej akceptacji lekarza według nadanych rang od 100 do 500 punktów, uzasadniają stwierdzenie, że wzrosła ocena jakości porad z 388 do 398 punktów. Zwiększył się również stopień akceptacji lekarzy przez pacjentów z 360 do 369 punktów na 500 możliwych. Odsetek negatywnych ocen porad lekarskich obniżył się w poradniach objętych badaniami z 13 do 11%, zaś odsetek ocen pozytywnych wzrósł z 71 do 75%. Brak zaufania do lekarza wyraziło 21% badanych w 1982 r. i 18% - w 1983 r.

W poradniach realizujących wariant A i B ranga opinii o jakości porad wzrosła o 16 punktów (z 396 do 415), a odsetek ocen negatywnych obniżył się z 11 do 7%. Poziom akceptacji lekarzy przez pacjentów wzrósł o 25 punktów (z 366 do 391). Odsetek pacjentów wyrażających brak zaufania do lekarza obniżył się z 19 do 11%.

Realizacja wariantu C przyniosła na tym odcinku następujące rezultaty: ocena jakości porad wzrosła o 9 punktów (z 370 do 379), a odsetek ocen negatywnych obniżył się z 16 do 14%. Akceptacja lekarzy przez pacjentów wykazała spadek o 2 punkty (z 342 do 340), przy obniżeniu się odsetka osób wyrażających brak zaufania do lekarza z 24 do 23%.

W poradniach kontrolnych stwierdzono, że w czasie trwania eksperymentu nastąpiło pogorszenie sytuacji w zakresie opinii o jakości porad i akceptacji lekarzy przez pacjentów. Opinia o jakości porad spadła o 12 punktów (z 389 do 377). Odsetek ocen negatywnych wzrósł z 14 do 16%. Obniżył się stopień akceptacji lekarzy o 16 punktów (z 363 do 347), a odsetek osób wyrażających brak zaufania do lekarza wzrósł z 21 do 26%.

Sytuacja w momencie wprowadzania eksperymentu w poszczegól-

nych rodzajach poradni według realizowanego wariantu i w poradniach kontrolnych była zróżnicowana. Zbliżony stan stwierdzono w poradniach opcyjnych i kontrolnych, a najmniej korzystny w poradniach otwartych (wariant C). Po roku trwania eksperymentu poradnie kontrolne odnotowały regres ocen jakości porad lekarskich i poziomu akceptacji lekarzy. Zostały one zdystansowane przez poradnie realizujące wariant otwarty.

3. Rezultaty eksperymentu w poradniach pediatrycznych

Eksperymentem płacowym objęto poradnie dziecięce. Motywowanie ich lepszej pracy jest uznawane za szczególnie ważne, bowiem podopieczni stanowią specyficzną populację. Zapewnienie dobrej opieki zdrowotnej tej populacji pozytywnie oddziałuje na stan zdrowia ludzi w wieku aktywności zawodowej. W związku z tym uzasadnione jest odrębne omówienie analizy wyników eksperymentu uzyskanych w tych poradniach. Inaczej rozkładają się poziomy ocen charakteryzujących pracę tych poradni w porównaniu z poradniami ogólnymi.

a) Badania ujawniły, że w okresach dwutygodniowych przed wdrożeniem i w końcowym okresie eksperymentu znacznie wzrosła liczba zgłoszeń o poradę lekarską. Przyrost ten wyniósł 28,4%, osiągając w drugim badaniu (1983 r.) liczbę 15 338 porad.

W związku z powyższym wzrosła przeciętna liczba porad w przeliczeniu na jednego pacjenta z 7,6 do 8,3. Zmniejszył się odsetek dzieci rzadko korzystających z porady lekarskiej (poniżej 3 porad w ciągu roku) z 27,9 do 25,1%. Świadczy to o zintensyfikowaniu pracy lekarzy pediatrów.

W poradniach eksperymentujących w istotnym stopniu wzrosła liczba wizyt domowych: ogółem o 85%, w wariantach opcyjnych o 26,6%, w wariacie otwartym o 166%, w poradniach kontrolnych wzrost był niewielki.

Prawie o jedną piątą wzrosła liczba porad profilaktycznych, przy czym w wariantach opcyjnych o 41%, w wariacie otwartym o 1,4%, a w poradniach kontrolnych o 2%.

Korzystnym zjawiskiem ujawnionym w trakcie badań był przyrost porad profilaktycznych udzielonych niemowlętom (dzieci do jednego roku życia). Poradnie eksperymentujące według wariantów

opcyjnych osiągnęły przyrost o 13,7%, według wariantu otwartego o 7,9%, a poradnie kontrolne o 0,6%.

Okazało się, że eksperyment płacowy mający więcej walorów motywacyjnych stymulował poprawę profilaktycznej działalności poradni dziecięcych.

b) W czasie eksperymentowania wzrosło zatrudnienie lekarzy pracujących na pełnych etatach z 53 do 56. W związku z tym zwiększył się bilans opłaconego czasu pracy o 14% (z 3676 do 4154 godzin). Liczba porad zwiększyła się w tym czasie o 28,4%, a więc ilościowa efektywność pracy lekarzy pediatrów w stosunku do przyrostu czasu pracy wzrosła o 15%. Wskaźnik ten dla wariantu otwartego wynosił 30%, dla wariantów opcyjnych - 7%, dla poradni kontrolnych - 18%. Z powyższego wynika, że wynagradzanie za wkład pracy w najwyższym stopniu stymulowało wzrost liczby porad. Najwyższy też był w związku z tym wzrost efektywności pracy (wariant C).

Wykorzystanie opłaconego czasu pracy lekarzy pediatrów kształtuje się na niskim poziomie. Różne są tego przyczyny. Badanie z 1982 r. wykazało, że stanowi ono 78,5%, a badanie z 1983 r. ustaliło 80,6%.

Niemalý udział w nie przepracowanym czasie pracy mają spóźnienia i wcześniejsze wyjścia z pracy, które np. w poradniach stosujących wariant C stanowiły 27,5% w 1982 r. Na skutek oddziaływania eksperymentu wskaźnik zmniejszył się do 10% w 1983 r. Nieznaczna poprawa pod tym względem została odnotowana w poradniach stosujących warianty opcyjne. Poradnie kontrolne na tym od-cinku odnotowały dalszy regres, bowiem udział nieprzepracowanego czasu wzrósł z 32,1 do 33,5%. Spóźnienia i wcześniejsze wyjścia z pracy również zwiększyły odsetek swojego udziału w opłaconym czasie pracy z 17 do 17,5%.

Powyższe dane uzasadniają stwierdzenie pozytywnego oddziaływania eksperymentu płacowego w zakresie wykorzystania opłaconego czasu pracy.

c) Motywacyjna funkcja płac może oddziaływać na swoistą wydajność pracy lekarzy w postaci liczby porad udzielonych w ciągu jednej godziny. Tu nastąpiła poprawa, gdyż we wszystkich 11 poradniach dziecięcych udzielona liczba porad w jednej godzinie wzrosła o jedną (z 4,9 do 5,9). Jest to skutek wymuszony wzrostem zgłaszalności o 28,4%, a ta zaś wymuszona rekordową liczbą urodzeń w czasie trwania eksperymentu. Można jednak zauważyć, że

uporanie się ze zwiększoną zgłaszalnością było w jakimś stopniu zdeterminowane eksperymentem placowym. Twierdzenie to nie jest tak oczywiste jeśli zważyć, że poradnie kontrolne pod tym względem uzyskały wzrost wynoszący nawet 1,5 porady. Jednakowoż najwyższy wskaźnik ten ukształtował się w wariancie C, gdyż wynosił 7,8 porady na godzinę, gdzie zasady premiowania wyraźnie były związane z liczbą udzielonych porad. Wariantami opcyjnymi objęto poradnie o stosunkowo najniższej zgłaszalności początkowej, ale i efekty poprawy też były nieznaczne. Za to częściej niż w innych poradniach zauważono fakty oczekiwania lekarza na pacjentów.

d) Kolejnym zagadnieniem podlegającym motywacyjnej funkcji płac jest ograniczenie przez lekarza pediatrę skierowań do poradni specjalistycznych i zlecenia badań dodatkowych oraz kierowania na leczenie szpitalne, udzielania zwolnień lekarskich i wyznaczania terminów następnej porady - do przypadków rzeczywiście uzasadnionych.

Skierowania do poradni specjalistycznych w końcowym okresie trwania eksperymentu miały mniejszy zakres. Ich wskaźnik w stosunku do liczby udzielonych porad wynosił 5,9%, wobec 6,6% jaki stwierdzono w pierwszym badaniu w 1982 r. Poprawę na tym odcinku odnotowano we wszystkich badanych poradniach dziecięcych. Uznać to można za pozytywną tendencję, która w miarę trwania eksperymentu w dłuższym czasie mogłaby ulec zdynamizowaniu, zwłaszcza w wariantach opcyjnych.

Zlecenia na badania dodatkowe nie uległy istotnej zmianie, bowiem w obu badaniach odpowiednio wynosiły 7,8 i 7,4%. Skala tych zleceń nie jest duża i trudno było liczyć na dalsze jej wyraźne zmniejszenie. Zlecenia dotyczyły głównie badań laboratoryjnych o charakterze rutynowym (morfologia krwi, OB, badanie ogólne moczu czy kału).

Częstotliwość skierowań na leczenie szpitalne w obydwu badaniach kształtowała się na prawie niezmiennym poziomie. Ich wskaźnik w stosunku do liczby udzielonych porad w pierwszym badaniu wynosił 0,5%, a w drugim - 0,6%.

Orzecznictwo o czasowej niezdolności do pracy rodziców lub opiekunów dziecka w omawianym czasie zmniejszyło się z 18,8% do 16,6% ogólnej liczby udzielonych porad lekarskich. Największy spadek odsetka zwolnień lekarskich miał miejsce w wariantach opcyjnych, a więc niejako wbrew przewidywaniom.

Z nieco mniejszą częstotliwością wyznaczano terminy następnych wizyt. Zgodnie z założeniami wzrosła ona w poradniach działających według zasad wariantu C (otwartego).

e) W założeniach eksperymentu uwzględniono możliwość jego wpływu na poprawę ciągłości leczenia. Przewidywania na tym odcinku nie sprawdziły się, gdyż około 40% dzieci uzyskiwało poradę lekarską u tego samego lekarza w ciągu roku. Nie jest to poziom, który może być uznany za zadowalający.

Eksperymenty opcyjne sprawiły zgodnie z oczekiwaniami, że wskaźnik ciągłości leczenia wzrósł z 34,9 do 42,5%. Zmniejszył się w wariacie otwartym z 38 do 34,5%, a w największym stopniu obniżył się w poradniach kontrolnych z 42,2 do 34,5%. Na podstawie powyższych parametrów za najprawdłowszy z tego punktu widzenia uznać należy wariant A i B (opcyjne).

f) W związku z realizacją eksperymentu placowego zbadano poziom dostępności do lekarzy pediatrów, stosując te same metody i techniki, jakie stosowano w stosunku do lekarzy ogólnych. Zasadniczym narzędziem badawczym - przypomnijmy - była ankieta kierowana do opiekunów dzieci korzystających z porad lekarskich w czasie dwutygodniowych badań w 1982 i 1983 r. Zasadnicze znaczenie w ocenie tej cechy działania przypisano czasowi oczekiwania w rejestracji poradni i przed gabinetem lekarskim.

Najbardziej znaczącą poprawę w tym zakresie odnotowano w poradniach stosujących wariant A i B; wyniosła ona 38 punktów na rangowej skali 500 punktów możliwych. Poziom punktacji wynosił 344 w 1982 r. i 379 w 1983 r. Poziom pozytywnych opinii wzrósł odpowiednio z 333 do 355 punktów. Poradnie kontrolne również uzyskały większą liczbę pozytywnych ocen, co wyniosło 285 punktów w badaniach z 1982 r. i 303 punkty w 1983 r. Uprawnia to co najmniej do podkreślenia pozytywnego faktu w zakresie oddziaływania eksperymentu na jakość pracy dziecięcej podstawowej opieki zdrowotnej.

g) Upatrując dużego ładunku motywacyjnego w eksperymentalnych zasadach premiowania lekarzy założono, że wraz ze zmianami organizacyjnymi spowodują one poprawę jakości usług lekarskich i wpłyną na podniesienie poziomu akceptacji lekarzy przez opiekunów pacjentów (dzieci). W związku z tym, jak to uczyniono w stosunku do lekarzy ogólnych, zbadano te sprawy w odniesieniu do lekarzy pediatrów. Badania przeprowadzono w formie ankiety.

Respondentami byli opiekunowie dzieci, którym w czasie badań udzielono porady lekarskiej. Uzyskanym odpowiedziom nadano rangi od 100 do 500 punktów. Pytania dotyczyły opinii w sprawach: dokładności badania fizykalnego, czasu trwania porady, charakteru rozmowy z lekarzem o stanie zdrowia dziecka, informacji lekarza o stawianej diagnozie, zadowolenia ze skierowań, zaleceń i zapisanych leków.

Po upływie czasu działania poradni objętych eksperymentem stwierdzono wzrost satysfakcji z uzyskiwanych porad lekarskich. W wymiarze punktowym poprawa wynosiła: w wariantach opcyjnych 26 punktów (wzrost z 386 do 412 punktów na skali rangowej 500 punktów możliwych), w wariancie otwartym 25 punktów (z 370 do 395). W poradniach kontrolnych nie odnotowano istotnej poprawy w opiniach na temat jakości porad lekarskich. Wzrost wyniósł zaledwie 6 punktów (z 373 do 379).

Akceptacja lekarza odbyła się w fazie wstępnej eksperymentu przez swobodny jego wybór na okres jednego roku. Ten fakt został zdeterminowany względami pozapłacowymi, do których m. in. można zaliczyć umiejętność nawiązania kontaktu z dzieckiem w czasie porady, stworzenie miłej atmosfery w czasie wizyty, gotowość opiekunów dziecka do konwersacji na jego temat bez związku ze stanem zdrowia.

Po roku eksperymentowania okazało się, że nastąpiła poprawa akceptacji lekarza w wariantach opcyjnych i w wariancie otwartym, zaś w poradniach kontrolnych dokonał się regres w tej dziedzinie.

Poprawa poziomu akceptacji lekarza wyniosła: 38 punktów (z 312 do 350) w wariancie otwartym, 32 punkty (z 349 do 381) w wariantach opcyjnych. W poradniach kontrolnych zarejestrowano obniżenie stopnia akceptacji lekarza o 16 punktów (z 339 do 323).

Przytoczone powyżej efekty w zakresie poprawy działania poradni dziecięcych upoważniają do wyrażenia poglądu, że eksperyment płacowy i eksperyment swobodnego wyboru lekarza, działając komplementarnie, odegrały pozytywną rolę w usprawnieniu pracy poradni.

4. Opinie lekarzy - uczestników eksperymentu

Dotychczas zajmowano się skutkami eksperymentu niejako od strony pacjenta. Godzi się także przedstawić opinie lekarzy w tej

sprawie, którzy uczestniczyli w eksperymencie. Całość tego rodzaju rozważań umieszczono w płaszczyźnie odczuć społecznych bowiem te uznano za najważniejsze.

Według materiałów Katedry Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Łodzi przeważająca część lekarzy pracujących w poradniach objętych eksperymentem akceptowała jego zasady organizacyjne i płacowe.

Znalazło to m. in. wyraz w tym, że lekarze uznali określony limit opcji warunkującej wysokość premii w wariantach A i B. W tej sprawie wyrażali pogląd, że lekarz ogólny może sprawować optymalną opiekę nad 2000-2500 osób, zaś lekarz pediatra nad 1000-1200 dzieci i młodzieży. W ten sposób pośrednio wariant B uznali jako sytuację mniejszego zła zdeteterminowanego stanem faktycznym w wyznaczonych do eksperymentu poradniach.

Spośród trzech wariantów zasad premiowania - najpowszechniejszą akceptacją lekarzy uzyskał wariant C (otwarty), w którym wysokość premii najsilniej związana była z ilością wykonanej pracy. Liczono się także w tym wariantcie z tym, że pacjent miał możliwość swobodnego wyboru lekarza przy okazji korzystania z każdej porady. Stymulowało to w jakimś stopniu postawę lekarzy, która nie powodowałaby utraty ich akceptacji przez pacjentów.

Lekarze czasowo niezdolni do pracy pobierali premię w przeciętnej wysokości. Na tym tle ujawnił się postulat, aby w razie wdrożenia doświadczeń eksperymentu odstąpić od tej zasady narzecz wypłacania premii lekarzom zastępującym tych czasowo niezdolnych do pracy.

Dostrzeżono jedną z wielu zalet eksperymentu, którą jest podniesienie rangi relacji lekarz-pacjent. Znalazło to wyraz w twierdzeniach, że pacjenci stali się bardziej zdyscyplinowani w zakresie przestrzegania zaleceń lekarza. Potwierdziło to wzrost stopnia akceptacji lekarzy przez pacjentów i obdarzanie lekarzy większym zaufaniem.

5. Wnioski

Zastrzegając, że wnioskowanie na podstawie przedstawionej analizy wyników badań funkcjonowania eksperymentu zrealizowanego na małej próbie badawczej może okazać się w jakimś stopniu nie-

trafne, co do niektórych spraw należy wyrazić pogląd pozytywny i jednoznaczny.

Zrealizowany eksperyment płacowy będący nieodłącznym elementem składowym eksperymentu swobodnego wyboru lekarza sprawił uzyskanie wielu efektów pozytywnych o dużym znaczeniu społecznym. Do takich zwłaszcza mogą się zaliczać:

a) Poprawa dostępności do lekarzy uczestniczących w eksperymencie, co oznacza w jakimś stopniu poprawę poziomu pracy podstawowej opieki zdrowotnej. To pozytywne zjawisko stwierdzono w pracy lekarzy ogólnych i lekarzy pediatrów. Upowszechnienie doświadczeń eksperymentu umożliwiłoby osiągnięcie większego społecznego zadowolenia z działalności podstawowego szczebla służby zdrowia.

b) Powiązanie motywacyjnej funkcji nowych zasad premiowania ze swobodnym wyborem lekarza przez pacjentów spowodowało wzmocnienie ich wzajemnych więzów, przynosząc obustronną korzyść m. in. w postaci uzyskania przez pacjentów ciągłości leczenia przez tego samego lekarza, a przez lekarzy lepszego rozpoznania stanu zdrowia swoich podopiecznych.

c) Poprawa struktury porad lekarskich z ujawnieniem tendencji do wzrostu porad profilaktycznych i wzrost korzystania z opieki lekarskiej przez pacjentów w wieku najwyższej aktywności zawodowej.

d) Znaczna poprawa wykorzystania opłaconego czasu pracy m. in. poprzez wyraźne obniżenie udziału w nie przepracowanym czasie pracy spóźnień i wcześniejszych wyjść z pracy. Wzrosła też efektywność pracy lekarzy ogólnych i pediatrów.

e) Uzyskanie lepszych wskaźników pełnej i kierunkowej ciągłości opieki lekarskiej, zwłaszcza w poradniach realizujących wariant A i B eksperymentu.

f) Zwiększenie poziomu pozytywnych opinii o jakości porad lekarskich i stopnia akceptacji przez pacjentów lekarzy nimi się opiekujących.

g) Zmniejszenie odsetka odmów udzielenia porady lekarskiej.

Przytoczone rezultaty o charakterze pozytywnym zostały jednoznacznie stwierdzone w poradniach eksperymentujących, co kontrastuje z regresem sytuacji istniejących w poradniach kontrolnych. Eksperyment potwierdził zasadność wiązania wzrostu płac z

wymiernymi efektami pracy w służbie zdrowia, czemu towarzyszą ważne walory o znaczeniu społecznym.

Na podstawie analizy wyników eksperymentu można wyrazić zasadną nadzieję, że będzie on co najmniej kontynuowany w dotychczasowym wymiarze, choć powinien być rozszerzony na inne poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, przemysłową służbę zdrowia i wiejską służbę zdrowia. Uzasadniony zatem będzie postulat w sprawie przedłużenia czasu trwania eksperymentu w celu pełniejszego utwierdzenia się w pewności co do pozytywnego oddziaływania jego zasad na wzrost poziomu pracy podstawowych placówek opieki zdrowotnej.

W miarę polepszania się sytuacji gospodarczej kraju wskazane będzie upowszechnianie zasad wynagradzania i organizacji pracy sprawdzonych w wyniku wdrożenia eksperymentu.

Czesław Surowik

WAGE EXPERIMENT IN HEALTH SERVICE

The described wage experiment in health service was of a complementary character in relation to the experiment with a free choice of a physician or a paediatrician by patients in health care centres.

The experiment encompassed eight such centres, and the collected results were confronted with results gathered in three control health care centres.

The experiment was introduced in its three variants, which differed in principles of granting premiums and in organizational conditions. Its introduction lasted one year.

The experimenting health care centres obtained better results of their work than control centres. The effects of the experiment are of great social importance, which include a facilitated access to physicians, and general improvement of patients' satisfaction with medical services. Similarly, many indices characterizing the performance of the health service went up as well.

The analysis was focussed on the findings of studies carried out by the Department of Social Medicine in the Medical Academy of Lodz. It confirmed that the goals assumed hypothetically before introduction of the experiment had been achieved. Both patients and physicians were satisfied.

It is necessary to support postulates concerning continuation of the experiment on a wider scale, and once favourable results of the new experiment are confirmed, they should be treated as a prerequisite for popularization of the wage and organizational experiment principles in the entire system of health care centres.