

*Blanka Wiśniewska*

Instytut „CZMP” w Łodzi

### **KONSEKWENCJE URYNKOWIENIA USŁUG MEDYCZNYCH W POLSCE**

Każda organizacja staje co jakiś czas przed koniecznością zmian. Zmianę wymuszają różnorodne czynniki: konkurencja, inne wymagania klientów, pojawienie się nowych technologii, warunki ekonomiczne, zmiany społeczne czy zmiany w sferze prawa.

Niedoinwestowana, niedofinansowana i zaniedbana służba zdrowia okresu PRL-u stanęła przed taką koniecznością wraz z przebudową systemu społeczno-politycznego Polski. Przejście z systemu centralnie sterowanego do systemu zarządzanego prawidłami rynku jest procesem złożonym, wiąże się bowiem ze zmianą nie tylko strukturalną, ale i w sferze mentalności. Każda zmiana, tym bardziej tak duża, rodzi opór. Ludzie przyzwyczajeni do pewnych rozwiązań obawiają się utraty poczucia bezpieczeństwa. Boją się też dodatkowych obciążeń.

Wprowadzenie w latach 90 XX w. czterech reform społecznych wywołało liczne kontrowersje. Jednak za najbardziej kontrowersyjną, ale i budzącą największe oczekiwania, uznano reformę ochrony zdrowia.

Wdrożenie rozległych zmian w skostniałym od lat systemie opieki zdrowotnej nie jest zabiegiem łatwym. Jeszcze do niedawna jednostki opieki zdrowotnej były organizacjami nonprofit, opłacanymi z budżetu państwa i bezpośrednio realizującymi zadania państwa w zakresie opieki nad społeczeństwem. W tym układzie o ich pomyślności i zasobności decydowały odgórne dyrektywy, ustanawiane przez ludzi nie mających dostatecznej wiedzy o potrzebach zarówno placówek opieki zdrowotnej, jak i ich pacjentów, a nie kompetencje i zdolności menedżerskie dyrektora. Dziś są to jednostki, które przechodzą kolejne etapy zmian – zmian w kierunku orientacji prorynkowej.

Każdy, kto choć raz zetknął się zakładem opieki zdrowotnej przed rokiem 1989 pamięta złe wrażenia, jakie towarzyszyły tym kontaktom. Szare, zaniedbane budynki, wielogodzinne kolejki do przydzielonego w ramach rejonizacji lekarza, wielomiesięczne oczekiwanie na hospitalizację, pośpiech i anonimowość w kontaktach z personelem medycznym nie tworzyły najlepszych relacji pacjent – lekarz. A przecież pamiętać należy, że pacjent przychodzi do placówki medycznej dla ratowania tego co ma najcenniejsze: swego życia i zdrowia. I choć państwowa służba zdrowia była bezpłatna, często – zagubiony i zdezorientowany – szukał pomocy w nielicznych prywatnych gabinetach lekarskich, płacąc za tę pomoc z własnej kieszeni.

Po roku 1989 dochodzi do stopniowego uspołecznienia publicznej służby zdrowia: dyrektorzy jednostek są wybierani w otwartych konkursach, w zakładach opieki zdrowotnej tworzone są rady nadzorcze, powstają pierwsze statuty, regulaminy określające prawa pacjentów. Wraz z wielką reformą samorządową, a później z programem pilotażowym dla dużych miast, pojawia się nowy właściciel publiczny – samorząd lokalny.

W dniu 20 czerwca 1997 r. Prezydent RP podpisał ustawę o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Określa ona m. in. zasady funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mających gospodarować przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa.

*Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej* zdefiniowała właścicieli jednostek ochrony zdrowia. Dla większości był nim wojewoda, rzadziej gmina, która przejęła zadania prowadzenia jednostek ochrony zdrowia. Kolejne ustawy uchwalane w latach 90. opisują i powołują do życia nowe instytucje w systemie ochrony zdrowia. Powstają zakłady opieki zdrowotnej, samorządy zawodowe, kasy chorych. Środowisko lekarskie tworzy na początku lat 90. kodeks etyki lekarskiej, ustawy o zawodzie lekarza oraz pielęgniarki i położnej opisują zaś zawody medyczne. Uchwalona po kilkudziesięciu latach debaty ustawa psychiatryczna tworzy nowoczesny system opieki psychiatrycznej i definiuje prawa pacjentów chorych psychicznie, ustawa zaś o transplantacji – zasady pobierania narządów do przeszczepów. Także ustawa o ochronie danych osobowych definiuje nowe zasady dostępu m. in. do danych medycznych.

Prawo ochrony zdrowia staje się coraz bardziej wyspecjalizowane. Sądy powszechne coraz częściej orzekają w sprawach dotyczących pacjentów, pracowników oraz instytucji medycznych, a Trybunał Konstytucyjny rozstrzyga kolejne wątpliwości legislacyjne.

Na skutek przemian zachodzących w systemie opieki zdrowotnej wprowadzono zasady kontrolowanego rynku. Rozpoczął się proces restrukturyzacji zarówno opieki szpitalnej, jak i ambulatoryjnej. Pojawiła się konkurencja firm prywatnych. Także szpitale polskie stały się jednostkami samodzielnymi,

zwłaszcza w sferze gospodarki finansowej. Przekształceniu uległy również oczekiwania pacjentów.

Społeczeństwo polskie, tak jak inne społeczeństwa krajów wysoko rozwiniętych, przechodzi gwałtowną przebudowę struktury demograficznej. Niski przyrost naturalny oraz wydłużająca się średnia życia są przyczyną starzenia się społeczeństwa. To w efekcie powoduje, iż prawdopodobieństwo zostania pacjentem jest bardzo duże. W tej sytuacji zrozumiąły stały się wzrost oczekiwań Polaków co do oferowanych standardów usług, ich dostępności i różnorodności. Coraz częściej zauważają oni, że usługi zdrowotne są nie tylko dobrem społecznym, ale także towarem.

Pacjenci stają się bardziej świadomymi konsumentami. Postrzegając jednostkę służby zdrowia jako firmę usługową, której są klientami, oczekują racjonalnego wykorzystania środków, sprawnego zarządzania, dobrej obsługi i wysokiej jakości usług.

Ostatnia dekada to także olbrzymi postęp technologiczny w polskiej medycynie. Wcześniej niedostępne dobra nowoczesnej medycyny; nowe leki, sprzęt medyczny, techniki diagnostyczne i terapeutyczne stały się produktem „w zasięgu ręki”. W tej sytuacji nie dziwi fakt, że placówki opieki zdrowotnej szukają sposobów wdrożenia nieodzownych zmian, umożliwiających im funkcjonowanie w podlegającej ciągłym zmianom rzeczywistości.

Podpisana przez Prezydenta RP *Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* określiła nie tylko zasady funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mających gospodarować przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa, ale również dała jednostkom służby zdrowia samodzielność w zakresie ich gospodarki finansowej.

Reforma ochrony zdrowia weszła w życie 1 stycznia 1999 r. Wydane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej informatory przekonywały społeczeństwo, iż wraz z reformą sytuacja pacjentów i pracowników ochrony zdrowia zacznie się stopniowo poprawiać – nie zmieni się z dnia na dzień, ale z czasem będzie zauważalna.

Wprowadzone dzięki reformie rozwiązania organizacyjne stworzyły zakładom opieki zdrowotnej warunki do urynkowania podmiotów świadczących usługi zdrowotne w sektorze publicznym. Ograniczone zasoby i powiększająca się konkurencja wymogły skupienie uwagi na nowych sposobach docierania do lekarzy i pacjentów. W myśl nowej ustawy, zniesiona została rejonizacja, chory uzyskał prawo wyboru lekarza, przychodni lub szpitala. Również to za pacjentem mają „iść” pieniądze do wybranej placówki. Dla pozyskania większej liczby pacjentów sektor prywatny, bardziej otwarty i elastyczny, sięgnął po raz pierwszy po narzędzia marketingowe, takie jak promocja, reklama czy badanie rynku.

Zapis ustawy dający samodzielność finansową kierownictwu zakładów opieki zdrowotnej był bardzo ważnym krokiem w kierunku orientacji prorynkowej.

Nowa ustawa zastąpiła dotychczasowy system budżetowy, tzw. system Siemaszki, systemem ubezpieczeniowym, w którym dystrybucja środków finansowych na publiczne zakłady opieki zdrowotnej regulowana jest prawami rynku, usługa medyczna zaś jako towar uzyskała swoją konkretną, realną cenę. Powyższe zmiany zaowocowały uruchomieniem niezbędnych w nowym otoczeniu mechanizmów rynkowych.

Podstawowymi elementami nowych rozwiązań są: rozdzielenie funkcji nabywcy od funkcji wytwórcy usług medycznych, zasada wolnego wyboru podmiotu świadczącego usługi zdrowotne oraz powstanie regulowanego rynku usług medycznych, co stworzyło możliwości rozwoju konkurencji. Należy przy tym podkreślić, że żaden obywatel podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego nie może zrezygnować z uczestnictwa w systemie. Pomysłodawcy i projektodawcy nowej reformy nie stworzyli bowiem możliwości zaistnienia innych, alternatywnych form ubezpieczenia zdrowotnego w opiece medycznej.

W tej nowej sytuacji znacznemu wzmocnieniu uległa pozycja pacjenta, który poprzez podatki, składkę na ubezpieczenie zdrowotne oraz opłaty bezpośrednie finansuje opiekę zdrowotną. Pacjent, świadomy swojej roli, stawia coraz wyższe wymagania wobec świadczeniodawców, w tym szpitali, poradni, a w konsekwencji wobec lekarzy.

Kluczową kwestią dla pacjenta jest ocena osób świadczących usługi medyczne. Duże znaczenie ma tu doświadczenie, kwalifikacje oraz umiejętności komunikacyjne pracowników placówki zdrowotnej. Najlepszą wizytówką dla takiej placówki są zadowoleni pacjenci. Ich satysfakcja w dużej mierze zależy od umiejętnego prowadzenia dialogu personelu z pacjentem. Właściwy dobór kadry medycznej, odpowiedni stopień jej fachowego przygotowania, wysoki poziom etyki zawodowej i kultury osobistej ma kluczowe znaczenie w pozyskiwaniu grup stałych pacjentów.

Nowa ustawa wprowadziła w system ochrony zdrowia pośrednika – Regionalne i Branżowe Kasy Chorych. To właśnie kasy chorych jako instytucje ubezpieczenia zdrowotnego przejęły funkcję płatnika i kontrahenta usług medycznych. To one, w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, gromadziły środki finansowe, pochodzące z naszych składek na ubezpieczenie zdrowotne, zarządzały nimi i zawierały umowy ze świadczeniodawcami – lekarzami, pielęgniarkami, przychodniami i szpitalami.

Kasy chorych określały parametry ilościowe kupowanych świadczeń, ostatecznie zapisy umowy, a w szczególności liczba i cena zakontraktowanych świadczeń miały się opierać na efektywnym i umiejętnym sposobie ich negocjowania.

Kasy, będące jednocześnie płatnikiem i kontrahentem usług medycznych uzyskały dużą autonomię w ustalaniu zarówno liczby kontraktowanych usług, jak i stawek opłat za te usługi. Stawki te nie były jednolite w całym kraju, co niejednokrotnie prowadziło do dużego zróżnicowania ceny za te same usługi w poszczególnych placówkach medycznych. Budziło to duże niezadowolenie zarówno kierownictwa wspomnianych placówek, jak i środowisk lekarskich. Kontraktowanie usług medycznych miało opierać się przecież na negocjowaniu zarówno liczby, jak i ceny usług. W praktyce sprowadzało się to jedynie do akceptacji przedstawionych przez kasę umów na poszczególne świadczenia medyczne. Ta monopolistyczna pozycja kas stworzyła sytuację, w której szpitale nie widziały możliwości realizacji swoich zadań. Wiele szpitali, zwłaszcza tych, które cieszą się zaufaniem i uznaniem pacjentów, znacznie przekraczało limity narzucone przez kasę, co prowadziło do eskalacji zadłużenia. Dyrektorzy szpitali, aby móc pokryć koszty związane z przekraczaniem limitów, głęboko zadłużali się w hurtowniach leków, u dostawców sprzętu i aparatury medycznej. Zalegali z opłatami za energię elektryczną i ogrzewanie. Borykając się z nieustannymi nakazami natychmiastowej zapłaty nie mogli nawet marzyć o naprawach sprzętu, drobnych remontach, czy podwyżkach płac personelu. Dla nikogo nie jest tajemnicą, że sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej jest bardzo trudna. Kierownicy placówek często zastanawiają się na co przeznaczyć środki uzyskane z kontraktów medycznych – na leki, żywność, energię czy naprawę sprzętu medycznego.

W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabrała rola menedżera służby zdrowia. Zakłady opieki zdrowotnej, funkcjonując w nowych warunkach, podobnie jak inne firmy muszą stosować działania z zakresu ekonomii, marketingu, negocjacji. Pojawienie się konkurencji, gry rynkowej, walki o pacjenta, wymaga od menedżera specyficznych, praktycznych umiejętności. Menedżer służby zdrowia, podobnie jak menedżerowie prężnie działających firm innych branż, musi posiadać kwalifikacje niezbędne do wzmocnienia pozycji szpitala na rynku usług medycznych oraz stałego podnoszenia jakości oferowanych usług, głównie umiejętności podejmowania decyzji, zdolności wykorzystania istniejącego potencjału firmy, sprawnego zarządzania zasobami rzeczowymi, personelem, informacją.

Ponadto zarządzający służbą zdrowia powinien umieć łączyć zdolności menedżerskie z wrażliwością na potrzeby pacjentów.

Najistotniejszą cechą każdego systemu rynkowego jest możliwość swobodnego stanowienia cen. W projektowaniu reformy zdrowotnej nie było jasności w podejściu do problemu stanowienia cen, a może nawet nie do końca doceniano wagę jego znaczenia. A przecież podstawowym elementem reformy służby zdrowia jest nie tylko jej reorganizacja, ale także rzetelna analiza kosztów diagnostyki i leczenia. Każda decyzja dotycząca zasad

funkcjonowania placówek medycznych musi zostać poprzedzona taką właśnie analizą. Jest to niezbędne narzędzie określania zarówno zakresu, jak i poziomu świadczonych usług, które tworzą rynek konkurencji dla pacjentów i jednocześnie menedżerów jednostek opieki medycznej.

Wzrost samodzielności finansowej zakładów opieki zdrowotnej narzucił dyrektorom konieczność poszukiwania nowych źródeł finansowania. Wobec braku możliwości innych rozwiązań, najwłaściwsze wydaje się efektywne wykorzystanie w służbie zdrowia mechanizmów ekonomicznych, a także próba pozyskania większych nakładów ze strony państwa i innych dysponentów środków na opiekę zdrowotną, zwłaszcza w sferze rozwoju technologii medycznych. Ważne jest, aby zauważyć, że pełne zastosowanie reguł gry rynkowej nie jest możliwe ze względu na przepisy prawne, normy etyczne, standardy postępowania klinicznego lub ich brak, uwarunkowania mentalne pacjentów i realizatorów zmian.

Specyfika zmian powoduje, że osoby na kierowniczych stanowiskach sięgają po sprawdzone w innych krajach zasady marketingu. Zasady te, oparte na „wyjściu do klienta” oraz uznaniu jego wiodącej roli, nie ograniczają się tylko do wprowadzania nowych, doskonalszych technik medycznych, ale kładą szczególny nacisk na jakość udzielanych świadczeń i dbałość o dobro pacjenta. To właśnie marketing odzwierciedla potrzeby odbiorcy, jego oczekiwania i dostosowuje organizację do tych właśnie oczekiwań. Jak zauważyli K. Opolski i E. Szemborska

Jeśli nie będziemy stale monitorować wymagań pacjentów, ich oczekiwań i aspiracji, to nie będziemy mogli poprawić systemu jakości [usług medycznych – B. W.] i wyjść naprzeciw tym oczekiwaniom. Poprzez działania marketingowe możemy kreować oczekiwania pacjenta, co do poziomu jakości, jak również usprawniać sprzedaż usługi medycznej, a także przekazywać odbiorcom konkretne usługi i informacje o realizowanym poziomie jakości (1997: 27).

Jakość świadczonych usług medycznych jest jednym z najważniejszych mierników w opiece zdrowotnej. W gospodarce rynkowej opartej na konkurencji jakość ta postrzegana jest przez pryzmat satysfakcji pacjenta zarówno z warunków, przebiegu, jak rezultatu leczenia. Przecież usługa medyczna jest niematerialna. Jedyńm materialnym jej efektem jest stopień zadowolenia pacjenta z otrzymanej usługi. Problematyka ta tworzy spójną całość z oceną dostępu i kosztu usługi.

Zmiana struktury demograficznej społeczeństwa polskiego spowodowała wzrost liczby osób potrzebujących pomocy medycznej, w tym osób wymagających hospitalizacji i długotrwałej opieki medycznej. Zapotrzebowanie na te usługi będzie stale wzrastać. Koszty leczenia szpitalnego są szczególnie wysokie. Wyczerpywały one budżet kas chorych w ponad 50 procentach. Projektowana w roku 1996 reforma opieki zdrowotnej zakładała, iż składka na ubezpieczenie zdrowotne wyniesie 10 procent. Jednak do realizacji

wprowadzono składkę na poziomie 7,5 procent. Konsekwencją tej zmiany był wzrost udziału wydatków prywatnych.

Polskie państwowe szpitale borykają się ze spadającym udziałem wydatków bieżących z budżetu państwa i wydatków na inwestycje na rzecz opieki zdrowotnej w dochodzie narodowym. Taka sytuacja prowadzi do pogarszania się ich kondycji finansowej, co z kolei powoduje, że na pacjenta została przerzucona część obciążeń związanych z zakupem niezbędnych środków medycznych, takich jak strzykawki, igły czy leki. Szczególnie wysoki jest udział leków w strukturze wydatków publicznych. Jak podaje w swoim opracowaniu S. Golinowska „zakupy leków przeciętnie pochłaniają 55% całości wydatków na zdrowie ponoszonych przez gospodarstwa domowe” (Golinowska 2002: 94). W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera dogłębna analiza ekonomiczna stosowania innych, alternatywnych metod terapii oraz szukanie oszczędności w pozostałych sektorach funkcjonowania jednostek służby zdrowia.

Wdrażanie zasad marketingu zależy od intensywności konkurencji, jakiej poddawane są jednostki służby zdrowia. Istnienie na rynku usług medycznych sektora prywatnego i publicznego determinuje przyjęcie danej koncepcji działania. Rozbieżności w dostępie do usług państwowych i prywatnych różnicują koncepcje marketingowe tych placówek. Państwowe jednostki, mniej narażone na konkurencję, są też mniej zainteresowane orientacją marketingową. Jak się jednak okazuje, wiele państwowych szpitali prowadzi działania zmierzające do podwyższenia jakości usług, a co za tym idzie do pozyskania większej liczby pacjentów – zadowolonych pacjentów. Zmienianie starych nawyków zachowania jest procesem długotrwałym. Dlatego osoby zarządzające placówką ochrony zdrowia jak najszybciej muszą zwrócić uwagę na te aspekty obsługi pacjenta. Z pewnością zrozumienie istoty działań marketingowych przez menedżerów służby zdrowia przyczyni się do sukcesu organizacji, za które są odpowiedzialni.

Innym zagadnieniem mającym duży wpływ na tempo wdrażania orientacji marketingowej jest nastawienie społeczne do mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia. Każda zmiana, tym bardziej duża, wiąże się z powstawaniem ognisk oporu, dodatkowymi obciążeniami dla ludzi oraz napotyka na różnorakie trudności. Zaostrzająca się na rynku usług medycznych walka o klienta powoduje potrzebę uzyskania przewagi nad konkurentami. Przewagę taką mogą osiągnąć te jednostki medyczne, które orientację „produktową”, polegającą na przygotowywaniu produktów według własnego uznania, zastąpią orientacją „marketingową”, w której produkt medyczny przygotowywany jest zgodnie z oczekiwaniami pacjenta.

Zewnętrzny mechanizm poprawy i oceny jakości usług jest akredytacja. Najczęściej traktowana jest ona jako strategicznie istotna i spełniająca funkcję stymulatora wewnętrznych działań podejmowanych przez personel

jednostki lub formalnie powołane zespoły zapewniania jakości. Aby program akredytacji przyniósł wymierne efekty, konieczne jest wewnętrzne zaangażowanie pracowników zakładu w działania na rzecz poprawy efektów pracy. Jednostka taka musi wyrażać gotowość do modyfikacji swoich działań oraz być otwarta na doskonalenie swoich umiejętności adaptacyjnych w nowym otoczeniu rynkowym.

Potrzeba uzyskania szybkiej poprawy i wprowadzenia określonych mechanizmów zapewniających odpowiedni poziom świadczeń w opiece zdrowotnej w Polsce jest bezsporna. Podjęcie tego problemu wynika przede wszystkim z oczekiwań społeczeństwa oraz właściwego przygotowania szpitali do finansowania działalności w drodze kontraktów.

Pomocnym narzędziem wydaje się tu być Rejestr Usług Medycznych. Ma on pomóc zarówno organizatorowi opieki zdrowotnej, jak i lekarzowi w uzyskaniu informacji o liczbie, rodzaju, przyczynach i kosztach usługi medycznej. Stwarza możliwość przeanalizowania pracy poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz oceny faktycznych potrzeb zdrowotnych obywateli, w tym statystyki usług, z których pacjenci korzystają najczęściej. Informacja taka ma ułatwić długofalowe planowanie opieki zdrowotnej w danym rejonie.

Problem jakości usług medycznych ma też i drugi wymiar. Uznanie podmiotowości pacjenta, jego wiodącej roli, oraz przełożenie tych elementów na pomyślność placówki medycznej wytworzyło potrzebę badania poziomu satysfakcji pacjenta. Szczególnego znaczenia nabiera jego opinia o jednostce świadczącej usługi medyczne. Na opinię tę składa się bardzo wiele czynników, nie zawsze wymiernych, do których zaliczyć można kulturę osobistą lekarza, styl, w jakim lekarz traktuje pacjentów oraz posiadane przezeń specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe.

Pojawienie się na rynku usług medycznych samodzielnych jednostek służby zdrowia zrodziło walkę o pacjenta. W większości placówek służby zdrowia pacjent stał się osobą pożądaną. Dostrzega się zazwyczaj bezpośredni związek dobrej kondycji placówki z tym, jak wielu pacjentów ją wybiera. Stąd kierownictwo tych placówek konkuruje o udział w rynku, o pacjenta, a co za tym idzie o pieniądze.

Istnieje wiele potencjalnych źródeł takiej konkurencji. Podstawową z nich jest zapewnienie pacjentowi opieki lekarskiej na jak najwyższym, najbardziej profesjonalnym poziomie. To od poziomu jakości usług medycznych zależy dobra bądź zła opinia pacjenta o jednostce. Zaostrzająca się na rynku usług medycznych walka o klienta powoduje potrzebę uzyskania przewagi nad konkurentami.

Szczególnie ważna rola w tym systemie przypadła lekarzom POZ i lekarzom rodzinnym. Wraz z wprowadzeniem nowej ustawy przestała obowiązywać rejonizacja. Poprzedni system, w którym pacjent przypisany był do danej placówki medycznej zastąpiła zasada, w myśl której każdy może



wybrać swojego lekarza POZ lub lekarza rodzinnego. Oczywiście musi to być lekarz, który podpisał kontrakt z kasą chorych, a od 1 kwietnia 2003 r. z Narodowym Funduszem Zdrowia, na udzielanie świadczeń medycznych. Najczęściej jest to lekarz z przychodni rejonowej, którego pacjent już zna i ma do niego zaufanie. Projekt reformy zakładał podjęcie działań na rzecz kształcenia lekarzy rodzinnych. Przygotowana w Europie Zachodniej ze środków PHARE i Banku Światowego kadra nauczycielska prowadziła 6-miesięczne szkolenia metodą tzw. krótkiej ścieżki. Tak przeszkoleni lekarze mieli zapewnić kompleksowe świadczenie usług medycznych, nie tylko na poziomie podstawowym, ograniczając konieczność kontaktu pacjenta z innymi specjalistami. W ten sposób pojęta rola lekarza rodzinnego miała sprzyjać ograniczeniu i właściwemu kształtowaniu kosztów leczenia pacjenta. Miała też ułatwić dostęp do lekarza i ograniczyć czas oczekiwania na poradę. Innym problemem są niedostateczne kwalifikacje lekarzy pierwszego kontaktu oraz „nieukierunkowane właściwie instrumenty motywacyjne” (Golinowska 2002: 97). W opinii osób korzystających z tej instytucji, nic się jednak nie zmieniło. Co prawda każdy może wybrać swojego lekarza, ale jakość udzielanych świadczeń pozostała taka sama. W dalszym ciągu na poradę pacjent musi czekać wiele godzin, z każdym trudniejszym przypadkiem odsyłany jest zaś do specjalisty lub na leczenie szpitalne. Mimo to na uwagę zasługuje fakt, iż to właśnie tę część sektora ochrony zdrowia charakteryzuje wysoka dynamika procesu prywatyzacji.

Jednak najbardziej spektakularne działania prywatyzacyjne zaobserwować można w szpitalnictwie. Szpitale, w poszukiwaniu sposobów zmniejszania kosztów obsługi wewnątrzszpitalnej, chętnie oddają w prywatne ręce zarząd takimi obszarami, jak: badania diagnostyczne i laboratoryjne, obsługa techniczna urządzeń szpitalnych, utrzymanie czystości czy też wyżywienie pacjentów. Również do sektora niepublicznego przekazywana jest część procesu opieki nad pacjentami. Przy czym ważnym elementem powodzenia tych działań jest dbałość o wzajemne uzupełnianie się sektora publicznego i prywatnego oraz utrzymanie wysokiej jakości udzielanych świadczeń na różnych poziomach referencyjnych. Dziś bowiem pacjent poszukuje nie tylko profesjonalnej usługi, ale także i obsługi.

Wraz z końcem roku 2002 minęły cztery lata od wprowadzenia reformy ochrony zdrowia. Oceny zmian jakie zaszły w sektorze ochrony zdrowia w tym czasie są często bardzo skrajne. Pesymiści twierdzą, że nic się nie zmieniło i często powtarzają opinię, że zarówno instytucje, jak i ludzie w nich pracujący wciąż tkwią w starym systemie. Złe zarządzanie, marnotrawienie środków publicznych, niska jakość usług oraz korupcja i prywata – to najczęstsze zarzuty. Optymiści natomiast podkreślają pojawienie się kompetentnych menedżerów, zmiany w zarządzaniu usługami, udział środowisk lokalnych w programach prozdrowotnych i zarządzaniu instytucjami ochrony zdrowia.

Proces urynkowania usług medycznych zmusił placówki medyczne do głębokiej analizy własnej pozycji w regionie. Istnienie wielu placówek o podobnym profilu działalności medycznej, konkurujących o ten zawężający się rynek spowodowało, że w zakresie usług medycznych mamy do czynienia z nadmierną podażą lub zbyt małym popytem na świadczenia. Wobec olbrzymiej bazy lokalowo-sprzętowej szpitali, jak i dużej liczby zatrudnionego personelu, nie są to informacje pomyślne, zwłaszcza, że ze względu na wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, regionalne kasy chorych były mało zainteresowane leczeniem swoich członków poza obszarem własnego działania – należy więc liczyć się z utrudnionym (ze względu na opór płatnika) dostępem do innych rynków w zakresie typowej działalności hospitalizacyjnej.

Szans natomiast należy upatrywać w wysokiej pozycji tych placówek medycznych, które dysponują bogatym zapleczem badawczo-naukowym, co może gwarantować pacjentom wyższy poziom świadczonych usług, placówek udzielających świadczeń wymagających dużo większej wiedzy, doświadczenia i lepszego zaplecza niż można to spotkać w innych jednostkach. Zwłaszcza ten element powinien być wykorzystywany w działaniach marketingowych. Szpitale w poszukiwaniu swojego miejsca na rynku usług medycznych dążą do ograniczenia bazy łóżkowej i ambulatoryjnej. Równocześnie, wykorzystując dane o populacji na własnym terenie, starają się przekwalifikować te placówki w oddziały czy przychodnie wysokospecjalistyczne, mało reprezentowane na rynku usług medycznych. Właściwy wybór kierunku tych przemian zależy od trafnego doboru grupy pacjentów, do których oferta jednostki jest kierowana. Coraz częściej zarządzający szpitalami starają się kierować swą propozycją do wyselekcjonowanej grupy osób, w przypadku której istnieje duże prawdopodobieństwo, że nią będą zainteresowane.

Dotychczasowe jednostki budżetowe zmuszone zostały do tworzenia planów marketingowych i budowy nowych komórek organizacyjnych zajmujących się sprzedażą usług medycznych.

Starają się również promować swoje usługi. Szpitale oraz wszelkiego rodzaju przychodnie, poradnie i zespoły lekarzy specjalistów zaczęły reklamować swoje usługi jako najlepsze, najbardziej fachowe, najnowocześniejsze. Coraz szersza jest też gama oferowanych specjalności. Firmy medyczne posługują się własnym logo, korzystają z komercyjnej reklamy, w dużych miastach ogłoszenia dotyczące usług medycznych rozrosły się w prasie do kilku stron. Kolejną szansę na promowanie usług medycznych dały jednostkom służby zdrowia Targi Medyczne. Organizowane raz do roku pozwalają poszczególnym placówkom porównać liczbę i rodzaj świadczonych przez nie usług oraz zweryfikować segment odbiorców, do których oferta ma trafić. Tego typu targi są również okazją dotarcia do większej liczby potencjalnych pacjentów, którzy są często zagubieni i nie wiedzą, jakiego rodzaju usług mogą oczekiwać w poszczególnych placówkach.

Przemiany, jakie dokonały się w opiece zdrowotnej w ciągu ostatnich kilkunastu lat doczekały się już analiz i ocen. Oceny te najczęściej nie są zbyt pochlebne. Dyrektorzy jednostek medycznych wciąż podkreślają, że nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są zbyt małe. A przecież jakość wielu usług medycznych jest na najwyższym, światowym poziomie. Najsurowszej krytyce poddane zostały kasy chorych. Zgodnie z uchwaloną przez parlament ustawą o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia od 1 kwietnia 2003 r. w miejsce 17 regionalnych kas chorych posiadających dużą autonomię, został powołany jeden płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia. Jest to państwowa jednostka organizacyjna, posiadająca osobowość prawną i dysponująca 16 oddziałami terenowymi. Powołanie NFZ ma na celu ujednoczenie zasad kontraktowania usług zdrowotnych na terenie całego kraju, dla pacjentów zaś ma być ułatwieniem w skomplikowanym systemie ochrony zdrowia. Czy fundusz spełni te oczekiwania? Ocenic to będziemy mogli dopiero po jakimś czasie.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ciechomska G., 2001, *Kogo będzie stać na raporty?*, „Gazeta Lekarska”, nr 4.
- Golinowska S., 2002, *Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy. Poprawiać, ale gdzie i jak?*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. 4, nr 5.
- Hołub J., 2000, *Orientacja marketingowa na rynku usług medycznych w Polsce*, „Przegląd Organizacji”, nr 12.
- Miśkiewicz M., 2003, *Szpital prywatny czy publiczny*, „Służba Zdrowia”, nr 9.
- Mykowska A., 2002, *Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. 4, nr 6.
- Opolski K., Szemborska E., 1997, *Strefy zarządzania jakością w służbie zdrowia*, „Antidotum”, nr 9.
- Sitko S. J., 2000, *Modelowanie w ochronie zdrowia – pojęcie, cel i metody ilościowe*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. 3, nr 3–4.
- Smoleń M., 1997, *Mechanizmy rynkowe a samodzielność zakładów opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, nr 9.

*Blanka Wiśniewska*

#### CONSEQUENCES OF PRIVATISATION OF POLISH HEALTHCARE

Among changes that took place in Poland due to restructurisation of political and economical system in early '90 was halthcare and its managment. Amount of changes that was to proceed causes big political, finacial and social problems. Even grat reform that was lunched in 1999 didn't help to make it better but started changes that can make polish

healthcare more effective. First time in Poland healthcare was treated like bussines, patients could choose doctor and hospital, before it depend on "zone" in wich patient lives. Act of reform started a new element in finacial managment of heathcare, social security found – regional, when patient was ordinary worker and branch when patient work as a soldier, police or other uniformed forces. Social security found (kasy chorych) was responsible for medical contracts, medecines and running of hospitals. New job was heathcare manager that has to negotiate, buy and sell heathcare like any other goods. Beside Register of Medical Services was created, it mayby helpful to analize work of any hospitals, emergency units and familiy doctors to create it more effective and better. Thanks to work of register every doctor or health manager can reach any statistics datas that help to run heathcare as a kind of bussines.

Biggest change was that now patient is the one who can choose best way of healing, hospital, doctor. Hospitals are trying to be better, because it's the only way to get patient and money from the found.

1 april 2003 new act established National Heath Found that replaced Social Security Fond. As before it has 16 terytories of voivodship to manage and that's the last but not least act of healthcare reform.