



Porównanie działalności publicznych i niepublicznych placówek psychiatrycznego lecznictwa ambulatoryjnego w 2001 r. – na podstawie statystyki rutynowej

*A comparison of public and non-public outpatient psychiatric care facilities
in the year 2001 – on the grounds of routine statistical data*

WANDA LANGIEWICZ

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Rozwój niepublicznych zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, obserwowany także w psychiatrii, skłania do przeanalizowania tego zjawiska z wykorzystaniem danych dostępnych w ramach statystyki rutynowej. Cel: Ustalenie stopnia sprywatyzowania oraz porównanie działalności publicznych i niepublicznych poradni zdrowia psychicznego. Materiał i metoda: Przeanalizowano 661 formularzy sprawozdawczych MZ-15, zawierających dane o dostępności, zatrudnionym personelu, populacji leczonych i udzielonych świadczeniach. Wyniki: Różnice w działalności obu rodzajów poradni występują w prawie każdym analizowanym wymiarze działalności. W przypadku dostępności i zatrudnionego personelu oraz charakterystyki leczonych są one niewielkie. Duże różnice dotyczą terytorialnego rozwoju prywatyzacji. Poradnie niepubliczne przeważają licznie w województwach: pomorskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. Omówienie: Różnice w skali sprywatyzowania działalności ambulatoryjnej w psychiatrii były pochodną polityki Regionalnych Kas Chorych, w rejonach, w których stworzono korzystne warunki kontraktów, stopień prywatyzacji jest dość znaczny. Wnioski: W kraju co trzecia, a w kilku województwach co druga poradnia ma status niepublicznej. Istotnie częściej w grupie poradni niepublicznych zdarzają się takie, które leczą niewielki odsetek pacjentów chorych na schizofrenię i inne zaburzenia z tej kategorii rozpoznaw.*

SUMMARY. *The development of non-public outpatient health care facilities seen also in psychiatry requires that this phenomenon should be analysed using available routinely collected statistical data. Aims: To determine the degree of privatisation and to compare activities of public and non-public mental health outpatient facilities. Material and method: The analysed data were obtained from 661 routine report forms MZ-15 concerning psychiatric care accessibility, staffing, the population treated, and provided services. Results: Differences between the two types of facilities were found in almost all of the analysed dimensions of their activity. As regards accessibility, staffing and characteristics of the treated population the differences were small, while considerable differences pertained to regional development of privatisation. Non-public outpatient psychiatric facilities were found to prevail in three districts: Pomeranian, Warmia-Masurian, and Wielkopolskie. Discussion: The differences in the degree of privatisation of outpatient psychiatric services resulted from the policy of the Regional Sick Funds. Namely, in regions in which advantageous terms of contracting for psychiatric services had been provided the degree of privatisation was rather high. Conclusions: In Poland every third, and in some districts every other psychiatric outpatient facility is a non-public one. In the category of non-public outpatient clinics significantly more numerous are those which provide treatment to a small percentage of patients with schizophrenia or other disorders from this spectrum.*

Słowa kluczowe: prywatyzacja / publiczne i niepubliczne poradnie zdrowia psychicznego
Key words: privatisation / public and non-public mental health outpatient facilities

W psychiatrii, podobnie jak w całej opiece zdrowotnej po wprowadzeniu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych i zgodnie z oczekiwaniami wprowadzających reformę ubezpieczeniową [5, 7], zaczęły coraz liczniej powstawać zakłady o charakterze niepublicznym. Obszarem najintensywniejszego ich rozwoju było lecznictwo ambulatoryjne.

Zgodnie z art. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [8] publicznym zakładem jest taki zakład opieki zdrowotnej, który został utworzony przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę (w przypadkach określonych w ustawie o Inspekcji Sanitarnej), jednostkę samorządu terytorialnego. Zakładem niepublicznym jest natomiast zakład opieki zdrowotnej utworzony przez: kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, spółkę niemającą osobowości prawnej.

Według danych GUS [1] w roku 1998, tj. przed wejściem ustawy ubezpieczeniowej, sektor prywatnych usług ambulatoryjnych był w Polsce już znacznie rozbudowany i składał się z dość dużej liczby prywatnych gabinetów lekarskich – 50,2 tys. (bez stomatologicznych) oraz 428 innych zakładów ambulatoryjnych (np. spółdzielni). Możliwości stworzone przez ustawę stały się bodźcem do powstawania nowych zakładów niepublicznych, najczęściej w formie spółek prawa cywilnego, bądź indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich, z których część powstała w wyniku sprywatyzowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Prywatyzacja w systemie opieki zdrowotnej miała na ogół charakter tzw. prywatyzacji funkcjonalnej [6, 9, 10], która w odróżnieniu od prywatyzacji materialnej, określanej też własnościową, polegała jedynie na przejmowaniu zadań, bez przejmowania mienia. Oznacza to, że podmioty prywatne rzadko posiadają prawa własności do lokali i sprzętu, koniecznych do wykonywania świadczeń, częściej natomiast dzierżawią je lub wynajmują.

Proces ten objął także psychiatryczną opiekę ambulatoryjną, ale dopiero w formularzach sprawozdawczych za rok 2001 odnotowywano publiczną bądź niepubliczną formę prowadzenia zakładu, co pozwala ustalić udział zakładów niepublicznych w świadczeniach.

CEL

Celem pracy było:

- ustalenie stopnia sprywatyzowania działalności psychiatrycznego lecznictwa ambulatoryjnego,
- porównanie działalności poradni prowadzonych w formie zakładu publicznego i niepublicznego, w zakresie m.in. dostępności oraz wielkości i struktury udzielanych świadczeń.

MATERIAŁ I METODA

Dla potrzeb tego opracowania poradnią jest każda jednostka, która wypełnia formularz sprawozdawczy MZ-15 – „Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni (przychodni) zdrowia psychicznego”. Za rok 2001, zgodnie z obowiązującymi przepisami o statystyce publicznej, wpłynęło do Instytutu Psychiatrii i Neurologii ogółem 661 formularzy MZ-15. Nie dość precyzyjne przepisy *Programu badań statystycznych* [3], ustalające obowiązek sprawozdawczy, nie pozwalają jednoznacznie rozstrzygnąć kwestii kompletności zebranego materiału.

W analizie, poza danymi identyfikacyjnymi jednostki sprawozdającej, wykorzystano dane ujęte w 5 działach formularza, dotyczące:

1. formy (publicznej, niepublicznej lub innej) prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej,
2. liczby dni pracy poradni w tygodniu,
3. personelu działalności podstawowej (rodzaj i liczba opłaconych godzin),
4. działalności poradni wyrażonej ogólną liczbą porad oraz liczbą wizyt u psychologa lub innego terapeuty poradni, liczbą wizyt w środowisku chorego oraz liczbą

skierowań wydanych do placówek opieki stacjonarnej,

5. struktury leczonych wg płci, wieku, miejsca zamieszkania (miasto-wieś), rozpoznań.

Sprawdzenie poprawności wypełnienia formularzy ujawniło, że 39, tj. 6%, zawierało wady o różnej ważności. Dane z pełnego materiału, tj. 661 formularzy, uwzględniono jedynie we wstępnych zestawieniach ogólnych, wyłączając z dalszych porównań od 6 do 39 wadliwych formularzy, a wykorzystując jedynie poprawnie wypełnione.

Zebrany materiał opracowano za pomocą podstawowych metod statystyki opisowej, tj. struktury procentowej oraz statystyki matematycznej, z wykorzystaniem testów na różnice proporcji, bądź χ^2 .

WYNIKI

Spośród 661 poradni zdrowia psychicznego, których dane analizowano, 448 (67,8%) funkcjonowało w strukturach organizacyjnych publicznych zakładów opieki (Pb), natomiast 213 (32,2%) prowadzonych było w formie zakładu niepublicznego (Npb).

Rodzaj zakładu opieki zdrowotnej

W grupie 448 publicznych poradni zdrowia psychicznego większość (ok. 70%) funkcjonowała głównie w obrębie ogólnych zespołów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest na ogół powiat. Pozostałe

były częścią większych struktur organizacyjnych, jakim są najczęściej zakłady specjalistyczne podlegające samorządowi województwa. Tylko 65 poradni (14,5%) działało w ramach samodzielnych zakładów psychiatrycznych, głównie szpitali. W przypadku 213 poradni niepublicznych – połowa była częścią zakładu wielospecjalistycznego (49%), pozostałe (51%) – miało status prywatnego zakładu psychiatrycznego, bądź indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich (17%).

Rodzaj poradni zdrowia psychicznego

Wg tabl. 1, w ogólnej liczbie 661 poradni dominują (82%) poradnie przyjmujące głównie dorosłą populację z problemami w zakresie zdrowia psychicznego Ograniczeń wiekowych częściej nie stosują poradnie niepubliczne (12,7%) niż publiczne (4%). Tylko 57, tj. 8,6%, to poradnie wyłącznie dla dzieci i młodzieży, których większość ma charakter poradni publicznych (10,9% – Pb; 3,7% – Npb). Łączną liczbę poradni, w których odsetek dzieci i młodzieży przekracza 20% można oszacować na ok. 100, tj. 15% wszystkich poradni. Poradni o wyspecjalizowanym profilu, takim jak np. leczenia nerwic, psychogeriatrycznych, rehabilitacyjnych, stwierdzono niewiele, bo 16 (2,5%) i w obu typach poradni stanowią one niewielki odsetek ogółu.

Dostępność poradni

– liczba dni pracy w tygodniu

Poradnie publiczne są bardziej dostępne dla pacjentów, ponieważ odsetek czynnych

Tablica 1. Typy publicznych i niepublicznych poradni zdrowia psychicznego

Rodzaj poradni	Poradnie					
	ogółem		publiczne		niepubliczne	
	n	%	n	%	n	%
Poradnie ogółem	661	100,0	448	100,0	213	100,0
PZP dorośli	543	82,1	372	83,0	171	80,3
PZP dorośli i dzieci	45	6,8	18	4,0	27	12,7
PZP dzieci i młodzież	57	8,6	49	10,9	8	3,7
PZP specjalistyczna	16	2,5	9	2,0	7	3,3

Tablica 2. Aktywność publicznych i niepublicznych poradni zdrowia psychicznego

Poradnie wg liczby dni pracy w tygodniu	Poradnie					
	ogółem		publiczne		niepubliczne	
	n	%	n	%	n	%
Poradnie ogółem	661	100,0	448	100,0	213	100,0
– czynne 1–3 dni	183	27,7	114	25,2	69	32,4
– czynne 4–5 dni	478	72,3	334	74,8	144	67,6

Tablica 3. Charakterystyka zatrudnienia w publicznych i niepublicznych poradniach zdrowia psychicznego

Charakterystyka osób zatrudnionych	Etaty				
	ogółem (636)	publiczne (431)		niepubliczne (205)	
		n	%	n	%
Etaty ogółem	1871,8	1353,4	72,3	518,4	27,7
w tym			↓ 100,0		↓ 100,0
– lekarze ogółem, w tym:	782,4	554,6	41,0	227,8	43,9
I° specjaliści psychiatrzy	326,5	233,1	17,2	93,4	18,0
II° specjaliści psychiatrzy	425,6	295,9	21,9	129,7	25,0
– psychologizy	421,0	306,2	22,6	114,8	22,1
– pielęgniarki	577,4	427,2	31,6	150,2	29,0
– pracownicy socjalni	55,0	45,4	3,4	9,6	1,8
– inni terapeuci	37,0	20,1	1,4	16,9	3,2
Personel ogółem / liczba poradni	2,9	3,1	nd	2,5	nd
Lekarze ogółem / liczba poradni	1,2	1,3	nd	1,1	nd

przez 4 lub 5 dni w tygodniu jest wyraźnie wyższy – blisko 75%, wobec 68% w przypadku poradni niepublicznych, choć nie jest to różnica statystycznie znamienne (tabl. 2).

Dostępność – wymiar zatrudnienia personelu poradni (w etatach)

Poprawne dane o zatrudnionym personelu (tabl. 3) ustalono dla 636 poradni, w których łączny wymiar zatrudnienia w przeliczeniu na etaty wynosi 1871,8. W 205 poradniach niepublicznych wymiar ten wynosi 518,4 etatów, tj. 27,7% ogółu zatrudnionych. Udział poszczególnych grup personelu jest w obu rodzajach poradni dość zbliżony, chociaż poradnie niepubliczne zatrudniają nie-

co wyższy odsetek lekarzy – 43,9%, w tym specjalistów psychiatrów – 25%, oraz niższy odsetek pielęgniarek 29%, w porównaniu z poradniami publicznymi. Całkowity brak pielęgniarek istotnie częściej (36%) zdarza się w poradniach niepublicznych, w porównaniu z poradniami publicznymi (21,2%). Różnice w proporcjach zatrudnienia pracowników socjalnych i innych terapeutów z uwagi na małą liczebność nie są znaczące. Wskaźnik personelu przypadający średnio na jedną poradnię wykazuje, że poradnie niepubliczne charakteryzują się mniejszym nasyceniem personelu, w tym także lekarskiego. W grupie poradni niepublicznych znacznie częściej zdarzają się poradnie zatrudniające lekarzy na nie więcej

Tablica 4. Charakterystyka działalności publicznych i niepublicznych poradni zdrowia psychicznego

Działalność poradni	Poradnie				
	ogółem (655)	publiczne (444)		niepubliczne (211)	
		n	%	n	%
Leczeni ogółem	910 719	658 320	72,3	252 399	27,7
Porady					
Porady ogółem	3 882 230	2 764 352	71,2	1 117 878	28,8
w tym:			↓100,0		↓100,0
– porady lekarskie	3 373 761	2 420 721	87,6	953 040	85,3
– wizyty u psychologa i in.	456 715	306 716	11,1	149 999	13,4
– wizyty w środowisku	51 754	36 915	1,3	14 839	1,3
Wskaźnik porad					
Porady ogółem / leczonych	4,3	4,2	nd	4,4	nd
Porady lekarskie / leczonych	3,7	3,7	nd	3,8	nd
Wskaźnik skierowań					
Skierowania do szpitala	56 989	43308	76,0	13 681	←24,0
Skierowania / 100 leczonych	6,3	6,6	nd	5,4	nd

niż 1/4 etatu (25%), w porównaniu z poradniami publicznymi (16%). Różnica ta jest statystycznie znamienna.

Działalność poradni – leczeni i porady

W ciągu całego roku w 655 poradniach zdrowia psychicznego leczyło się 910,7 tys. osób, z czego 252,4 tys., tj. 27,7%, w poradniach niepublicznych (tabl. 4). Populacji tej udzielono łącznie 3882,2 tys. porad, z czego 28,8% w poradniach niepublicznych. Nieznaczna przewaga odsetka porad nad odsetkiem leczonych w tych poradniach oznacza nieco tylko wyższą przeciętną liczbę porad przypadającą na 1 leczonego (4,4 Npb, wobec 4,2 Pb). Niewielkie różnice w proporcjach porad udzielanych przez lekarzy bądź psychologów w obu typach poradni wpływają jedynie na obniżenie wskaźnika porad lekarskich w przeliczeniu na 1 leczonego w poradniach niepublicznych (3,8), zbliżając go do poziomu w poradniach publicznych (3,7). W poradniach niepublicznych zwraca też uwagę relatywnie niższa liczba skierowań wydawanych na leczenie stacjonarne w przeliczeniu na

każdy 100 leczonych (5,4), w porównaniu z poradniami publicznymi (6,6).

Leczeni – według wieku, płci i innych zmiennych

Poradnie niepubliczne relatywnie częściej niż publiczne leczą pacjentów pierwszorazowych, kobiety oraz mieszkańców miast (tabl. 5). Inne cechy, takie jak wiek pacjentów oraz kwalifikacja do opieki czynnej nie różnicują populacji obu typów poradni.

Leczeni według rozpoznań

Z porównania struktury rozpoznań pacjentów leczonych w obu typach poradni (tabl. 6) wynika, że w poradniach niepublicznych relatywnie nieco częściej leczeni są pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń organicznych oraz nerwicowych, rzadziej natomiast, z rozpoznaniem schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych i urojeniowych oraz z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych. Różnice w wielkości omawianych odsetków, nie przekraczające 3 punktów procentowych, okazują się znaczące przy analizie poradni

Tablica 5. Wybrane cechy charakterystyki osób leczonych w publicznych i niepublicznych poradniach zdrowia psychicznego

Charakterystyka osób leczonych	Poradnie				
	ogółem (655) N	publiczne (444)		niepubliczne (211)	
		n	%	n	%
Leczeni ogółem	910 719	658 320	100,0	252 399	100,0
– do 19 lat	82 425	59 334	9,0	23 091	9,2
– po raz pierwszy	256 740	176 774	26,9	79 966	31,7
– po raz pierwszy – do 19 lat	39 033	26 556	4,0	12 477	4,9
– mężczyźni	360 361	263 225	40,0	97 136	38,5
– mieszkańcy wsi	271 160	207 604	31,5	63 556	25,2
– w opiece czynnej	284 852	206 325	31,3	78 527	31,1

Tablica 6. Rozpoznania kliniczne osób leczonych w publicznych i niepublicznych poradniach zdrowia psychicznego

Charakterystyka osób leczonych	Poradnie				
	ogółem (655) N	publiczne (444)		niepubliczne (211)	
		n	%	n	%
Leczeni ogółem	910 719	658 320	100,0	252 399	100,0
– organiczne F00-F09	128 659	89 607	13,6	39 052	15,5
– związane z alkoholem F10	24 703	16 523	2,5	8 180	3,2
– związane z substancjami psychoaktywnymi F11-F19	7 421	4 372	0,7	3 049	1,2
– schizofrenia i inne F20-F29	162 809	123 352	18,7	39 457	15,6
– afektywne i inne F30-F39	184 098	137 857	20,9	46 241	18,3
– nerwicowe F40-F48	250 106	176 040	26,7	74 066	29,3
– behawioralne F50-F59	10 437	8 534	1,3	1 903	0,8
– osobowości i zachowania F60-F69	21 400	13 507	2,1	7 893	3,1
– upośledzenie F70-F79	50 802	34 539	5,2	16 263	6,5
– zaburzenia rozwoju F80-F89	11 562	8 510	1,3	3 052	1,2
– zachowania i emocji F90-F98	28 537	21 626	3,3	6 911	2,7
– nieokreślone F99	6 850	5 282	0,8	1 568	0,6
– obserwacja, nieustalone i inne	23 335	18 571	2,8	4 764	1,9

według struktury leczonych. I tak odsetek poradni niepublicznych dla dorosłych, leczących stosunkowo niewielki – do 10% procent osób z rozpoznaniem schizofrenii i innych zaburzeń z grupy F20-F29 jest dwukrotnie wyższy w porównaniu z jego odpowiedni-

kiem obliczonym dla poradni publicznych. Jest to różnica statystycznie znamienne.

Poradnie niepubliczne relatywnie częściej udzielają świadczeń osobom uzależnionym, zarówno od alkoholu, jak i substancji psychoaktywnych, chociaż udział tej kategorii pa-

Tablica 7. Charakterystyka publicznej i niepublicznej opieki ambulatoryjnej w poszczególnych województwach

Województwo	Poradnie ogółem	Lekarze (w etatach ogółem)	Poradnie Npb/Og – %	Lekarze (etaty) Npb/Og – %	Porady Npb/Og – %	Leczeni Npb/Og – %
POLSKA	661	783,4	32,2	29,1	28,8	27,9
– dolnośląskie	77	74,3	31,2	29,8	32,4	28,8
– kujawsko-pomorskie	35	45,5	20,0	3,4	4,0	5,1
– lubelskie	43	45,4	27,9	16,2	20,7	19,5
– lubuskie	20	13,3	40,0	45,7	49,8	51,3
– łódzkie	47	58,5	23,4	15,1	13,1	12,7
– małopolskie	70	91,6	40,0	46,5	40,6	37,6
– mazowieckie	78	100,4	12,8	16,8	15,9	14,3
– opolskie	18	14,4	38,9	25,9	23,9	19,9
– podkarpackie	28	40,6	10,7	3,4	2,2	3,2
– podlaskie	22	28,5	18,2	18,6	15,1	12,6
– pomorskie	33	41,2	69,7	66,9	69,4	69,4
– śląskie	75	102,8	30,7	28,8	30,7	30,0
– świętokrzyskie	20	24,9	10,0	5,8	2,4	2,5
– warmińsko-mazurskie	24	26,2	62,5	60,4	51,6	50,5
– wielkopolskie	39	44,7	59,0	57,4	61,3	61,3
– zachodniopomorskie	32	31,1	40,6	52,5	49,6	55,5

cientów w obu typach poradni jest bardzo niewielki (łącznie 3,2% Pb; 4,4% Npb).

Poradnie, lekarze, porady i leczeni według województw

Z ustaleń na poziomie kraju wynika, że prawie co trzecia poradnia ma charakter poradni niepublicznej (tabl. 7) W poszczególnych województwach proporcje te są bardzo zróżnicowane i wahają się od 10% do blisko 70%. Za lepszą miarę stopnia sprywatyzowania opieki ambulatoryjnej należy uznać proporcję zatrudnionych w tym sektorze lekarzy. Największa, bo przekraczająca połowę ogółu pracujących w poradniach jest w województwie pomorskim (66,9%), warmińsko-mazurskim (60,4%), wielkopolskim (57,4%) i zachodniopomorskim (52,5%), a tylko nieco mniejsza – w małopolskim (46,5%) i lubuskim (45,7%). Kolejną grupą są województwa o średnim poziomie sprywatyzowania:

dolnośląskie (29,8%), śląskie (28,8%) i opolskie (25,9%). W pozostałych odsetek lekarzy zatrudnionych w poradniach niepublicznych nie przekracza kilkunastu procent, a w takich jak kujawsko-pomorskie (3,4%), podkarpackie (3,4%), świętokrzyskie (5,8%) jest na poziomie zaledwie kilku procent.

Procentowy udział leczonych i porad udzielonych przez poradnie niepubliczne pozostaje w ścisłej korelacji z odsetkiem zatrudnionych w nich lekarzy.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Podobnie jak w całej służbie zdrowia, w psychiatrii sektor prywatny rozwija się bardziej dynamicznie w obszarze świadczeń ambulatoryjnych, niż stacjonarnych, chociaż od kilku lat działają także pierwsze niepubliczne oddziały psychiatryczne [4]. Przejęcie

przez prywatne poradnie części rynku świadczeń rodzi pytanie o skutki tego faktu dla oceny dostępności i funkcjonowania psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej.

Ustalony na ok. 30% udział poradni niepublicznych na rynku ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych należy ocenić jako dość znaczny. Zaskakujące jest jednak duże zróżnicowanie zakresu prywatyzacji w poszczególnych województwach. Jedną z być może ważniejszych przyczyn takiego stanu są różne wielkości stawek za porady oferowane przez kasy chorych. Nawet niewielkie różnice w ich poziomie mogły zachęcać, bądź zniechęcać do rozwoju zakładów niepublicznych i ubiegania się o kontrakty. Pośrednio potwierdzają to dane o przeciętnej wysokości ceny pojedynczej porady stosowanej w kontraktach poszczególnych kas chorych w roku 2000, z których wynika dość duża ich zbieżność ze stopniem sprywatyzowania rynku świadczeń w roku 2001.

Innym, nie mniej ważnym powodem mogły być warunki stwarzane niepublicznym zakładom przez samorządy województw. Przykładem województwa sprzyjającego powstawaniu takich zakładów może być województwo wielkopolskie, w którym przez pierwsze dwa lata mogły one korzystać z preferencyjnych stawek czynszu i opłat za media [2].

Podsumowując porównanie poszczególnych zmiennych, charakteryzujących oba typy poradni należy stwierdzić, że w poradniach niepublicznych relatywnie nieco częściej pracują lekarze o wyższych kwalifikacjach. Prawdopodobnie to oni właśnie zakładali spółki cywilne prowadzące poradnie albo rejestrowali działalność w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej. Poradnie niepubliczne stanowią też zapewne atrakcyjne miejsce dodatkowego zatrudnienia dla specjalistów psychiatrów pracujących w zakładach publicznych. Relatywnie niższy odsetek pielęgniarek zatrudnionych w poradniach niepublicznych, a zwłaszcza stosunkowo wysoki procent poradni obywatelskich w ogóle bez tej grupy personelu nasuwa przypuszczenie, że obniżanie

nie kosztów odbywa się właśnie kosztem tej grupy zawodowej.

Wraz z poszerzaniem się udziału poradni niepublicznych w realizacji zadań publicznych, zaczęły nieoficjalnie pojawiać się opinie krytyczne na temat ich pracy. Formulowane zastrzeżenia dotyczyły przede wszystkim stosowania przez nie wybiórczych kryteriów przyjmowania pacjentów, co w konsekwencji miało powodować ograniczanie przyjęć pacjentów terapeutycznie trudniejszych. Wyniki przedstawionej analizy w pewnym zakresie potwierdzają te potoczne opinie, ponieważ istotnie, w grupie poradni niepublicznych dwukrotnie częściej niż w grupie poradni publicznych zdarzają się takie, w których chorzy z najpoważniejszej grupy rozpoznań (F20-F29), tj. zaburzeń schizofrenicznych i pokrewnych, nie przekraczają 10% leczonych. Pewnym potwierdzeniem omawianych różnic może być też niższy wskaźnik skierowań wydawanych na leczenie szpitalne, którego pośrednia wymowa może oznaczać, że do poradni publicznych częściej trafiają pacjenci w trudniejszym stanie klinicznym.

Nie ma jednak podstaw do twierdzenia, że taki stan rzeczy wynika ze świadomej polityki przyjęć praktykowanej przez poradnie niepubliczne. Uprawniona może być też opinia, iż pacjenci z grupy o której mowa, niechętnie zmieniają miejsce leczenia, oczywiście jeśli mają w tej sprawie możliwość wyboru.

Jak zaznaczono na wstępie, dla celów tej analizy za poradnię uznawano każdą jednostkę organizacyjną, której działalność odzwierciedlał formularz statystyczny MZ-15. Duże zróżnicowanie, zarówno publicznych jak i niepublicznych poradni objętych analizą, skłania do postawienia pytania o definicję poradni z punktu widzenia standardu świadczonych usług. Zebrany materiał może w tej sprawie okazać się bardzo przydatny. Przy okazji przeprowadzonej analizy ujawniły się także inne, wymagające rozwiązania problemy, dotyczące przede wszystkim kompletności i poprawności zbieranego materiału.

Z drugiej strony, zmieniające się warunki funkcjonowania jednostek sprawozdaw-

czych, związane także z procesami prywatyzacyjnymi, wymagają stałego dostosowywania konstrukcji formularza i zakresu ujętych w nim danych do tych zmian.

WNIOSKI

Najważniejsze ustalenia na jakie pozwala przeanalizowany materiał są następujące:

- proces prywatyzacji ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dotyczy co trzeciej poradni w kraju, przy dużym różnicowaniu terytorialnym; największy rozmiar, przekraczający 50%, proces ten osiągnął w 4 województwach: pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim,
- w strukturze personelu zatrudnionego w poradniach niepublicznych w porównaniu z analogiczną strukturą poradni publicznych relatywnie większy udział mają lekarze, w tym zwłaszcza psychiatrzy z II stopniem specjalizacji, mniejszy zaś – pielęgniarki,
- poradnie niepubliczne charakteryzują się wyższym wskaźnikiem porad przypadających przeciętnie na 1 leczonego oraz niższym wskaźnikiem skierowań do zakładów stacjonarnych,
- w strukturze leczonych w poradniach niepublicznych udział pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i innych zaburzeń z tej grupy jest niższy niż w poradniach publicznych; istotnie większa liczba poradni o bardzo niskim udziale tej grupy pacjen-

tów wśród leczonych ma status poradni niepublicznej,

- sprawozdawczość rutynowa obejmująca analizowany obszar psychiatrycznej opieki zdrowotnej wymaga lepszego dostosowania do zachodzących w nim przemian.

PIŚMIENNICTWO

1. Jakubowski S. Prywatyzacja opieki zdrowotnej. Służba Zdrowia 2001; nr 90–93.
2. Kleszcz H. Dylematy niepublicznych. Służba Zdrowia 2000; nr 34–35.
3. Program badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2001 – Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 sierpnia 2000 r. Dz. U. 2001, nr 79, poz. 888.
4. Sienkiewicz T. Psychiatria w prywatnych rękach. Służba Zdrowia 2000; nr 42–43.
5. Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce na podstawie Kempieńskiej-Mirosławskiej B. Założenia do prywatyzacji w ochronie zdrowia. Służba Zdrowia 1998; nr 95–96.
6. Tymowska K. Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych; 1999.
7. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz. U. 1997, nr 28, poz. 468, z późn. zm.
8. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408, z późn. zm.
9. Włodarczyk WC. Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Kraków: Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”; 1996.
10. Wójtowicz M. Co to jest prywatyzacja. Służba Zdrowia 2000; nr 8–9.

Adres: Mgr Wanda Langiewicz, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa