

Grzegorz Juszczyk, Katarzyna Czabanowska, Malcolm Whitfield

## Zdrowie publiczne i system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii

Jeszcze we wczesnych latach 70. XX wieku w Wielkiej Brytanii nie istniało pojęcie „zdrowie publiczne”, choć zadania tej dyscypliny praktykowano od wielu lat. Funkcjonująca ówczesnie dyscyplina – medycyna zdrowia publicznego, odpowiadająca występującej w innych krajach medycynie społecznej, zajmowała się takimi działaniami, jak: kontrola chorób zakaźnych, higiena czy badanie wpływu biedy i warunków życia na wczesną umieralność.

Obecnie jednak zdrowie publiczne jest włączone w struktury Narodowej Służby Zdrowia, a specjaliści zajmujący się tą dziedziną odgrywają decydującą rolę w systemie ochrony zdrowia. W całej Europie dyscyplina ta przeżywa odrodzenie, objawiające się powstaniem programów badawczych w zakresie bezpieczeństwa zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, i ciągłym rozwojem istniejących i tworzeniu nowych instytucji naukowo-badawczych.

Sily, które spowodowały te zmiany w Wielkiej Brytanii i wywołały daleko idące przeobrażenia systemowe w wielu krajach Europy i świata, można podzielić na cztery kategorie.

Pierwszą jest wzmożone zainteresowanie analizą opieki zdrowotnej przez wiele dyscyplin innych niż tradycyjne zdrowie publiczne. Ekonomisci i przedstawiciele nauk społecznych wnieśli nowe narzędzia badawcze i praktyczne. Socjologowie, antropolodzy, politolodzy, geografowie i psychologowie uzyskali wgląd w sposoby zachowania się przedstawicieli zawodów medycznych i pacjentów, a także przeanalizowali rodzaje wartościowania zdrowia i systemu opieki zdrowotnej. Dodatkowo rozbudowane i kompleksowe bazy danych pozwoliły na przestrzenną i społeczną ocenę wzorców choroby, dostarczając nowych bodźców epidemiologom, którzy przyjęli nowy kierunek badań – analizę wpływu czynników ryzyka sprzyjających wystąpieniu chorób.

W tym samym czasie wydzielenie w systemie opieki zdrowotnej dostawcy usług, płatnika i nadzorca doprowadziło do pytań dotyczących efektywności poszczególnych interwencji lub sposobów organizacji opieki. W kontekście opieki nad pacjentem ten proces korzystał z rozwoju i rozpowszechnienia kon-

cepcji medycyny opartej na faktach naukowych (*Evidence Based Medicine*). Władze odpowiedzialne za zdrowie i podejmujące decyzje zaczęły przyjmować zasady kontraktowania w oparciu i fakty naukowe (*Evidence Based Contracting*). Zdrowie publiczne znalazło się w centrum tego procesu, kiedy kontraktujący usługi zdrowotne w Wielkiej Brytanii musieli uznać specjalistę zdrowia publicznego za kluczowy element zespołu zarządzającego.

Kolejnym elementem wpływającym pozytywnie na rozwój i umocnienie się zdrowia publicznego, choć równocześnie wzbudzającym strach i przerażenie ludzkości, były groźby powrotu śmiertelnych chorób zakaźnych. Główne epidemie chorób zakaźnych, zagrożenie użycia broni biologicznej w atakach terrorystycznych i obawa o jakość żywności odświeżyły istnienie wymaganych umiejętności docenianych setki lat temu, pogardzanych zaś w bardziej przewidywalnym okresie drugiej połowy XX wieku.

Wreszcie samo zdrowie publiczne uległo przemianie, stając się elementem łączącym grupy i umiejętności powstałe w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Wydział Królewskiej Izby Lekarskiej, zajmujący się akredytacją specjalistów zdrowia publicznego, nie jest już Wydziałem Medycyny Zdrowia Publicznego, ale samego Zdrowia Publicznego. Członkostwo w Wydziale jest otwarte dla przedstawicieli zawodów innych niż lekarz, a dodatkowo w sektorze usług zdrowotnych dyrektorzy Zdrowia Publicznego mogą posiadać wykształcenie medyczne lub jakiegokolwiek inne.

Tradycyjne, związane z epidemiologią, umiejętności w zdrowiu publicznym zostały znacznie rozwinięte przez udział nauk społecznych, ekonomicznych i statystyki. Zagrożenie terroryzmem i wzrastające ryzyko epidemii chorób zakaźnych związanych z podróżowaniem wymusiło wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego i sanitarnego, wymuszając koordynację ponadregionalną prowadzonych działań. Ponieważ wydatki na ochronę zdrowia wzrastają, politycy i pacjenci chcieliby wiedzieć, jak efektywnie wydawane są te pieniądze. Zmobilizuje to specjalistów zdrowia publicznego do zadań związanych z definiowaniem i mierzeniem sukcesu w leczeniu populacji i w rezultacie zbadania, jakie są czynniki tego sukcesu. Niewątpliwie spowoduje to konieczność pomiaru czynników wpływających na zachowania lekarzy, pielęgniarek, terapeutów i pacjentów w znaczeniu narażenia na ryzyko i stosowania się do wymogów leczenia. Oznacza to również, że umiejętności w zakresie udokumentowanej syntezy i oceny ekonomicznej muszą zostać dodane do arsenału zdrowia publicznego.

Interesującym przykładem praktycznego stosowania wiedzy z zakresu zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii jest publikowany corocznie raport o zdrowiu londyńczyków – *Health in London*<sup>1</sup>. W analizie mającej na celu poznanie głównych problemów zdrowotnych i nierówności w zdrowiu w poszczególnych dzielnicach, grupach etnicznych i wiekowych oraz klasach społeczno-ekonomicznych, zamiast tradycyjnych epidemiologicznych danych opisujących chorobę (zachorowalność i umieralność według przyczyn) bada się czynniki

---

<sup>1</sup> Greater London Authority (2002), *Health in London*, 2002 review of the London Health Strategy high-level indicators, [www.londonhealth.gov.uk](http://www.londonhealth.gov.uk)

społeczne warunkujące zdrowie. Analiza obejmuje następujące dziesięć zagadnień:

1. Stopa bezrobocia.
2. Stopa bezrobocia wśród ludności pochodzenia afrykańskiego i innych mniejszości etnicznych.
3. Odsetek uczniów uzyskujących najwyższe oceny (A\* – C) w pięciu kategoriach ogólnokrajowego testu kompetencji.
4. Proporcja domów uznanych za nienadające się do zamieszkania.
5. Wskaźnik włamań i rozbojów na 1000 mieszkańców.
6. Wskaźniki jakości powietrza – skażenie NO<sub>2</sub> i PM<sub>10</sub>.
7. Ofiary wypadków drogowych na 1000 mieszkańców.
8. Oczekiwana długość życia w momencie urodzenia.
9. Umieralność noworodków.
10. Proporcje ludzi z dobrą, słabą i złą samooceną swojego stanu zdrowia.

Wśród powyższych wskaźników wyraźnie rysuje się zakres zmian w podejściu do obszarów analizowanych w celu oceny sytuacji zdrowotnej badanej populacji. Odejście od tradycyjnych miar epidemiologicznych w kierunku pomiaru czynników wpływających pośrednio na stan zdrowia, (bezrobocie, bezpieczeństwo, szanse edukacyjne, czynniki środowiskowe itp.), obrazowo udowadnia zmianę w sposobie rozwiązywania problemów zdrowotnych. To zdrowie publiczne, oprócz wzmacniania funkcji naprawczych (lecniczych) systemu, postuluje prowadzenie zmian w obszarze czynników warunkujących zdrowie przez zorganizowany wysiłek wielu podmiotów. W Wielkiej Brytanii i jej stolicy nie są to tylko deklaracje polityczne, ale także sposób działania (*the policy*). Podstawowe narzędzie rozwiązywania problemów zdrowotnych w Wielkiej Brytanii – Narodowa Służba Zdrowia – także w ostatnich latach zmieniała się w celu bardziej efektywnego realizowania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

## **Systemowe rozwiązywanie problemów zdrowotnych w Wielkiej Brytanii – Narodowa Służba Zdrowia**

Od 1948 roku w Wielkiej Brytanii funkcjonuje model Narodowej Służby Zdrowia (NHS), który ma swoje źródło w wielowiekowej brytyjskiej tradycji rozwiązywania problemów socjalnych i społecznych, przyjmujących publiczną odpowiedzialność za zdrowie obywateli<sup>2</sup>. Naczelną zasadą NHS jest uniwersalność, pełny dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej oraz szpitalnictwa, a także świadczeń rehabilitacyjnych i opieki długoterminowej. Choć takie rozwiązanie generuje wysokie koszty utrzymania systemu ochrony zdrowia, w Wielkiej Brytanii na ochronę zdrowia przeznaczają się jednak stosunkowo niewielkie fundusze, bo jedynie

---

<sup>2</sup> WHO, *Health Care Systems in Transition. United Kingdom*, European Observatory on Health Systems, Copenhagen 1999.

7,0% produktu krajowego brutto (GDP), gdzie średnia w krajach OECD wynosi 8,4%. Oczywiście, wartości te stopniowo wzrastają, co prezentuje tabela 1, gdyż wraz z rozwojem technologii medycznych i starzeniem się społeczeństwa koszty opieki stanowią coraz większe obciążenie. Statystycznie na jednego mieszkańca w Wielkiej Brytanii wydaje się rocznie około 1800 USD (PPP), co nie jest kwotą dużą w relacji do innych bogatych krajów europejskich. Francja, Holandia czy Niemcy wydają na ten cel ponad 2500 USD (PPP). Ciężar finansowania ochrony zdrowia przesunięty jest jednak zdecydowanie na fundusze publiczne, z których pokrywa się aż 80% wydatków na ochronę zdrowia. Istnieje pewien wąski zakres usług, współfinansowany bezpośrednio przez pacjentów (głównie dopłaty do opieki długoterminowej), oraz prywatne ubezpieczenia zdrowotne, gdzie polisy ubezpieczenia dodatkowego wykupiło ok. 11,5% populacji<sup>3</sup>.

Tabela 1

## Wybrane wskaźniki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii

Wskaźnik	1998	1999	2000
Całkowite wydatki na zdrowie per capita w USD PPP	1527	1666	1763
Publiczne wydatki na zdrowie per capita w USD PPP	1220	1335	1429
Udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na zdrowie	79%	80%	81%
Udział wydatków całkowitych na zdrowie w PKB (GDP)	6,8	7,1	7,3
Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców	1,8	1,8	1,8
Łóżka ostre na 1000 mieszkańców	4,2	4,1	4,1

Źródło: OECD Health Data 2002.

W Wielkiej Brytanii zarządzania finansami przeznaczonymi na ochronę zdrowia w kraju dokonuje administracja centralna. Na poziomie kraju określa się również priorytety zdrowotne dla państwa. Aktualnie należą do nich: skracanie list oczekujących i czasu oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych, rozwój podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki środowiskowej, zmniejszenie umieralności z powodu głównych przyczyn chorób. Sprawy ochrony zdrowia pozostają w kompetencjach ministra zdrowia, ministra zdrowia publicznego (nowa funkcja w rządzie pojawiła się od 1977 r.) oraz dyrektora zarządzającego NHS. System jest jednak zdecentralizowany i znaczne kompetencje przekazane są władzom regionalnym.

Na poziomie 8 regionów i 100 dystryktów funkcjonują regionalne przedstawicielstwa NHS. Ich zadaniem jest podpisywanie kontraktów na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy rodzinnych oraz szpitale. Mając na uwadze publiczną odpowiedzialność za zdrowie i konieczność współpracy międzysektorowej uznano, że w procesie tym obowiązkowo musi uczestniczyć ciało opiniujące – Środo-

<sup>3</sup> E. Mossialos, S. Thompson, *Voluntary Health Insurance in the European Union*, rozdz. 6 [w:] E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, *Funding health care: option for Europe*, Buckingham-Philadelphia 2002.

wiskowa Rada Zdrowia. Skupia ona do 30 osób reprezentujących lokalne władze, ministra zdrowia oraz stowarzyszenia i organizacje społeczne. Władze NHS mają obowiązek zasięgania opinii w Środowiskowej Radzie Zdrowia.

System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii wyróżnia się także efektywnymi metodami alokacji środków. Ma to swoje początki w latach 70., kiedy wprowadzona została formuła RAWP (Resource Allocation Working Party), będąca narzędziem do regionalnego podziału centralnych środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Metoda uwzględniała m.in. czynniki demograficzne, ekonomiczne oraz zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia zdrowotne w regionach. Celem takiego działania jest wyrównywanie nierówności w poziomie finansowania opieki i zapewnianie efektywności alokacyjnej dostępnych zasobów.

Wielka Brytania jest krajem o najniższej, spośród krajów OECD, liczbie lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców. Liczba lekarzy pracujących tutaj zbliżona jest do wskaźników Meksyku i Turcji, gdyż w 2000 roku na 1000 mieszkańców przypadało 1,8 lekarza. Podobnie wygląda sytuacja z pielęgniarkami, których średnia liczba wynosi również poniżej średniej krajów OECD. Istotne niedobory kadrowe pozwalają, z jednej strony, na kontrolę kosztów opieki medycznej, z drugiej jednak – uniemożliwiają zaspokajanie zwiększającej się ilości zgłaszanych przez pacjentów potrzeb zdrowotnych. Jest to jedna z wielu przyczyn występowania zjawiska list oczekujących – kolejki osób oczekujących na konsultację specjalistyczną, przyjęcie do szpitala w trybie nagłym bądź wykonanie zabiegu planowego. Popyt na świadczenia nie był odpowiednio balansowany podażą kadr i infrastruktury.

## Zmieniająca się Narodowa Służba Zdrowia

Przez pierwsze 30 lat swojego istnienia Narodowa Służba Zdrowia przez wielu autorów uważana była za synonim wzorcowych rozwiązań zapewniających powszechny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz sprawności organizacyjnej scentralizowanego systemu.

Celem reformy z 1988 roku było głównie stworzenie rynku wewnętrznego, podział zadań między płatnikami a świadczeniodawcami, usamodzielnienie szpitali, przyznanie budżetów praktykom lekarzy rodzinnych oraz wprowadzenie Karty Praw Pacjenta<sup>4</sup>. W wyniku reformy szpitale stały się samodzielnymi podmiotami (*hospital trusts*). Otrzymały też prawo do swobodnej gospodarki finansowej, w tym poszukiwania różnych źródeł finansowania swej działalności, wewnętrzną samodzielność decyzyjną, prawo do promocji swych usług. Zmiany objęły również jednostki funkcjonujące w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie również wprowadzono pewne zasady rynkowe, w tym samodzieln-

---

<sup>4</sup> *Health Care Systems in Transition. United Kingdom*, European Observatory on Health Systems, Copenhagen 1999.

ność finansową na zasadach fundholdingu. W dalszej kolejności zmniejszono liczbę regionów zdrowotnych z 14 do 8 i zmniejszono liczbę dystryktów<sup>5</sup>.

System w takiej postaci działał do 1997 roku, a po przejściu władzy przez Partię Pracy zrezygnowano z rynku wewnętrznego. W ówczesnym dokumencie strategicznym – „Nowa NHS – nowoczesna i niezawodna”<sup>6</sup> nakreślono koncepcję zmian w NHS. Argumentów wspierających decyzję o koniecznych zmianach dostarczył, między innymi, Raport Achesona, informujący o utrzymujących się różnicach w zdrowiu Brytyjczyków<sup>7</sup>. Choć krytycy podważali generalnie merytoryczne uzasadnienie proponowanych rozwiązań i postrzegali reformę w kategoriach czysto politycznych, politykę zaczęto intensywnie wprowadzać w życie. Jednym z celów nowej koncepcji była uniwersalizacja dobrowolnego dotychczas fundholdingu i konsolidacja działań niezależnych i samodzielnych praktyk lekarzy rodzinnych, które w konsekwencji przekształcano w praktyki grupowe opieki podstawowej, a od 2000 roku także trusty opieki podstawowej. Instytucje te miały dokonywać zakupów świadczeń nienależących do zadań POZ, dla populacji ok. 25 000 swoich pacjentów.

Podstawowymi celami nowej koncepcji była poprawa jakości świadczeń i dostępności do nich. Te ogólne i dość powszechne wartości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii zostały precyzyjnie uszczegółowione w postaci celów operacyjnych NHS. Określono szczegółowo wskaźniki realizacji celów i sposoby ich monitorowania, łącząc stopień realizacji celów ze środkami dla podmiotów w postaci premii za wysokie osiągnięcia. Natomiast nieprzestrzeganie standardów i niski stopień wypełnienia celów wiązały się z jawnymi karami – w tym zwolnieniem menedżera trustu. W ocenę świadczeniodawców włączono również pacjentów i ich reprezentantów, poprzez przeprowadzanie licznych badań opinii publicznej.

Omawiane standardy uszeregowano w sześć głównych grup, zawierających 60 różnorodnych wskaźników osiągnięcia celów operacyjnych<sup>8</sup>:

1. Stan zdrowia (umieralność, zapadalność).
2. Odpowiedni dostęp do świadczeń – miara wszczęcia endoprotez biodrowych w poszczególnych grupach wiekowych.
3. Efektywne korzystanie z właściwych dla potrzeby zdrowotnej świadczeń (liczba nagłych hospitalizacji pacjentów, którzy doznali wylewu w ciągu 56 dni od ostatniej konsultacji lekarskiej).
4. Efektywność wolumenu świadczeń (np. przyjęcia na oddziały dzienne w relacji do hospitalizacji).

---

<sup>5</sup> C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–1997. Metaphor or reality?*, London 2000.

<sup>6</sup> *The New National Health Service: Modern, Dependable*, Secretary of State for Health, HMSO, December, London 1997.

<sup>7</sup> *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, London 1998, [www.doh.gov.uk/ih/ih.htm](http://www.doh.gov.uk/ih/ih.htm)

<sup>8</sup> P.C. Smith, *Performance Management in British Health Care: will it deliver?*, „Health Affairs”, 21 (3), 2002: 103–116.

5. Właściwa częstość kontaktów ze służbą zdrowia (np. odsetek ogółu pacjentów konsultowanych przez specjalistów w okresie nie dłuższym niż 2 tygodnie od czasu skierowania wystawionego przez lekarza rodzinnego).
6. Zdrowotna skuteczność interwencji medycznej (standaryzowany wskaźnik umieralności po zawale serca w ciągu trzydziestu dni od wydarzenia).

Aby te cele zrealizować, powołano do życia nowe instytucje:

- National Institute for Clinical Excellence (NICE) – Narodowy Instytut Jakości Klinicznej, opracowujący standardy opieki i przeprowadzający analizy efektywności klinicznej stosowanych procedur medycznych. Problemem jednak obecnie nie jest brak standardu, ale jego częste nieprzestrzeganie.
- Commission for Health Improvements – Komisja ds. Poprawy Stanu Zdrowia. Instytucja ta czuwa nad przestrzeganiem standardów i wytycznych wypracowanych przez NICE.
- National Standards Commission – Komisja Standardów Opieki, dbająca o przestrzeganie standardów w pracy pielęgniarek i w domach opieki.
- Agencja Modernizacji – ułatwiająca lekarzom i menedżerom przygotowanie projektów poprawy stanu infrastruktury.
- Performance Effectiveness Framework – Instytucja Oceny Efektywności, prowadząca z kolei monitoring efektywności struktur NHS. Instytucja ta prowadzi ranking świadczeniodawców, publikując cyklicznie jego wyniki w interesującej formie – stopień spełnienia wymogów nakreślonych w standardach i celach strategicznych odzwierciedla liczba gwiazdek przyznanych danemu trustowi (od zera do czterech). Za cztery gwiazdki wyróżniony trust otrzymuje znaczną premię finansową<sup>9</sup>.

Dodatkowo utworzono specjalną linię telefoniczną, gdzie pacjenci mogą uzyskać informacje na temat zagrożeń zdrowotnych i działań NHS. Porady udzielane są również dodatkowo w tzw. Walk-in Centre, gdzie przyjmują wyspecjalizowane pielęgniarki. Duży nacisk kładzie się także na umożliwianie leczenia w systemie ambulatoryjnym poprzez tworzenie klinik jednodniowych (*Daily Treatment Centre – DTC*), w których stosuje się diagnostykę i wykonuje proste zabiegi (np. endoskopię, usunięcie zaćmy itp.), bez konieczności hospitalizacji pacjenta.

Podsumowując, obecne reformy próbują dostosować system do potrzeb pacjenta, które można w dość przejrzysty sposób sklasyfikować, tak jak w tab. nr 2, gdzie dodatkowo przedstawiono widoczne różnice między systemem brytyjskim i innych bogatych krajów europejskich oraz USA. Znacznie trudniej natomiast te oczekiwania spełnić. Brytyjski rząd postanowił przybliżyć system do oczekiwań jego użytkowników, poprzez realizację czterech głównych reguł publicznego sektora zdrowotnego<sup>10</sup>. Po pierwsze, uznaje się, że to rząd ma ustalać

---

<sup>9</sup> Ironicznie menedżerowie szpitali określają przygotowywanie rankingu mianem „Gwiazdnych Wojen” – Star Wars.

<sup>10</sup> *Improvement, Expansion and Reform: The Next 3 Years. Priorities and Planning Framework 200–2006*. Department of Health, 2002.

standardy działania systemu istotne dla opinii publicznej w ramach jasnego podziału odpowiedzialności, w celu umożliwienia dostępu do świadczeń wysokiej jakości w każdym miejscu kraju. Aby to osiągnąć, konieczna jest daleka decentralizacja i przekazywanie zadań oraz odpowiedzialności lokalnym wspólnotom, gdzie najłatwiej rozpoznać potrzeby zdrowotne. Trzecią regułą jest zapewnienie większej elastyczności i swobody działania, wprowadzanie zachęt i nagród za osiągnięcia, wzmocnienie przywództwa i zarządzania. Wreszcie, reforma musi przynieść pacjentowi większe możliwości wyboru sposobu leczenia czy świadczeniodawcy, co, dzięki konkurencyjności, może poprawić jakość usług.

Tabela 2

## Trzydzieści wymiarów oczekiwań pacjenta od systemu ochrony zdrowia

30 wymiarów oczekiwań pacjentów			Przykłady z Anglii, Niemiec, Francji i USA	
Oczekiwanie w granicach rozsądku	Pierwsza wizyta u lekarza POZ	1	W Wielkiej Brytanii 25% pacjentów czeka ponad 4 dni, kiedy w Niemczech czy Francji wizyta odbywa się tego samego dnia.	
	Konsultacja specjalisty	2	24% Brytyjczyków czeka ponad 3 miesiące, w Niemczech w zasadzie w ogóle.	
	Badanie diagnostyczne	3	W Niemczech czy Francji – oczekiwanie trwa kilka dni, w Anglii – rzadko mniej niż kilka tygodni.	
	Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala	4	Brytyjczycy muszą czekać średnio 4 miesiące, w Niemczech oczekiwanie wydłuża się do kilku dni, gdy pacjenci nalegają na leczenie w konkretnym szpitalu, we Francji pacjent przyjmowany jest najpóźniej po 4 tygodniach.	
	Pogotowie ratunkowe i oddział ratunkowy	Oczekiwanie na lekarza	5	W Anglii można oczekiwać nawet do godziny, w Niemczech są to minuty, choć czasem przed lekarzem pacjenta bada pielęgniarka lub ratownik
		Oczekiwanie na przyjęcie na oddział	6	Brytyjczycy po udzieleniu pierwszej pomocy muszą dodatkowo oczekiwać na przyjęcie na oddział, gdy jest to konieczne. Nie ma to miejsca w Niemczech i Francji.



Świadczenia w koszyku gwarantowanym	Najlepsze wyniki leczenia	Stosowanie nowych leków	7	W Wielkiej Brytanii stosuje się o połowę mniej nowoczesnych leków niż w Niemczech i aż o 2/3 mniej niż we Francji.
		Stosowanie nowych metod terapii	8	Podobnie wygląda sytuacja z nowymi metodami terapii, np. laparoskopią.
		Najlepsi lekarze specjaliści	9	Dostęp do najlepszego lekarza specjalisty w NHS jest mocno ograniczony.
	Dostęp do najnowszej technologii		10	Diagnostyka i komunikowanie się rozwija się znacznie bardziej dynamicznie w innych bogatych krajach Europy oraz w USA.
	Aktywność prozdrowotna zespołu POZ	Rutynowe badania diagnostyczne	11	Np. badanie ciśnienia tętniczego, co w USA ma miejsce już w 73% wizyty u lekarza ogólnego.
		Badania przesiewowe	12	Zwłaszcza w tym obszarze nie powinno występować zbyt długie oczekiwania.
		Doradztwo zdrowotne	13	Musi zacząć obejmować doradztwo dotyczące promocji zdrowia i zapobiegania chorobom.
	Najlepszy personel w szpitalach	Spędzający odpowiednio dużo czasu z pacjentem	14	Jeżeli pacjent ma aktywnie uczestniczyć w terapii, czas ten musi się wydłużać.
		Stale uzupełniający wiedzę	15	Wiedza pacjentów się zwiększa, pojawiają się nowe możliwości bezpieczniejszego leczenia.
		Zmotywowany i zainteresowany	16	
Szpital jako trzygwiazdkowy hotel	Wyżywienie		17	Zdrowa i odpowiednia dieta, pobyt w czystych pomieszczeniach. W 2001 roku na dzienne wyżywienie pacjenta średnio przeznaczano 2,50£ (2/3 tego, co pacjent wydawałby w domu).
	Liczba osób w pokoju		18	Zdecydowanie mniej osób niż 8 w jednej sali, co zdarza się w wielu szpitalach.
	Rozrywka i możliwość komunikowania się		19	
System zintegrowany i połączony	Efektywne połączenia pomiędzy POZ i szpitalami		20	
	Komunikacja pomiędzy oddziałami szpitalnymi przynosząca efekty		21	
	Rehabilitacja i opieka po wyjściu ze szpitala		22	

Usługi zorientowane na pacjenta	Większy wybór i elastyczność	Wybór lekarza	23	
		Wybór metody dostępu	24	Swoboda dostępu do niektórych specjalistów bez skierowania, bez rezygnacji z gatekeepingu.
		Wybór szpitala	25	
		Godziny otwarcia placówek	26	Bardziej dostosowane do trybu życia pacjentów.
		Wybór metody leczenia	27	
	Dostosowanie do indywidualnych potrzeb	Zindywidualizowane leczenie i pakiety informacji dla pacjentów	28	
		Samodzielna opieka tych, którzy chcą i mogą ją sprawować	29	
	Więcej godności		30	

Źródło: Zaadaptowane z McKinsey Health Europe 1/2002: 14–22.

## Ocena funkcjonującego systemu

Narodowa Służba Zdrowia stanowi nieustanny podmiot kontroli społecznej i poddawana jest krytyce nie tylko specjalistów, ale i pacjentów. Wśród głosów tej pierwszej grupy dominuje pogląd, że wiele celów postawionych przed NHS jest niezwykle trudnych do osiągnięcia, zwłaszcza zaś te, dotyczące skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia. Kolejnym zarzutem, sugerującym trudności w doprowadzeniu reformy do sukcesu, jest znaczna liczba ośrodków monitorujących i zdarzające się nakładanie kompetencji. Wskaźniki i cele monitorowane i wdrażane są przez Instytucję Oceny Efektywności oraz Komisję ds. Poprawy Stanu Zdrowia. Z kolei przestrzeganiem standardów tworzonych przez NICE zainteresowana jest Komisja Standardów Opieki.

Nie ulega wątpliwości, że aby dokonać oceny funkcjonowania systemu, należy poznać opinie na ten temat osób, których potrzeby dany system ma zaspokajać. Interesujących informacji o praktycznych aspektach działania systemu w Wielkiej Brytanii dostarczają wyniki badania przeprowadzonego w 2002 roku przez naukowców z Commonwealth Fund i Harvard University wśród dorosłych Brytyjczyków, którzy oceniali swój stan zdrowia jako dość dobry lub zły, lub

w latach 2000–2002<sup>11</sup> przynajmniej raz przechodzili ciężką chorobę albo poważny zabieg medyczny.

Co piąty z badanych (18%) zetknął się z błędem medycznym, a u połowy z tej grupy, czyli 9%, spowodował on poważne konsekwencje zdrowotne. Podobny odsetek pacjentów (18%) zetknął się ze sprzecznymi informacjami dotyczącymi stanu zdrowia i proponowanej terapii, pochodzącymi od różnych przedstawicieli zawodów medycznych. Problemy sprawiała także koordynacja wewnątrz systemu – co czwarty pacjent zauważył, że wyniki badań i dokumentacja medyczna nie docierały do lekarza przed umówionym terminem spotkania. Nie to jednak jest głównym problemem pacjentów w Wielkiej Brytanii. Dla 38% badanych uzyskanie konsultacji specjalisty, gdy zaszła taka potrzeba, było bardzo lub dość trudne. Najczęstszą przyczyną trudności była długa lista oczekujących. Problemy z długim oczekiwaniem zgłaszają także pacjenci chcący skorzystać z porady lekarza rodzinnego (21%) czy szpitalnej izby przyjęć (36% badanych).

Należy jednak zaznaczyć, że dzięki publicznemu finansowaniu opieki zdrowotnej niewielu pacjentów ma problemy z dostępem do opieki lub stosowaniem się do zaleceń z powodu koniecznych do poniesienia wydatków z własnej kieszeni. Tylko 4–5% badanych zgłosiło takie problemy, nieco więcej, bo 10% miało problem ze zrealizowaniem recept. Dla porównania – problemy takie napotkało aż 35% Amerykanów uczestniczących w tym wielośrodowym badaniu naukowym.

W ujęciu ogólnym wskaźnik niezadowolenia z systemu wśród korzystających w Wielkiej Brytanii wynosi 31%, przy 25% osób bardzo zadowolonych. W odpowiedzi na pytanie o dwa największe problemy systemu, które należy szybko rozwiązać, Brytyjczycy wskazywali długie kolejki do świadczeń (39%) i niedobory kadrowe wśród przedstawicieli zawodów medycznych (33%). Generalnie, pomimo obserwowanych kłopotów, Brytyjczycy są względnie zadowoleni ze swojego państwowego systemu opieki zdrowotnej.

## **Redukcja list oczekujących jako przykład reakcji na oczekiwania społeczne i wykorzystania szans wynikających z członkostwa w Unii Europejskiej**

Czytelnik zapoznał się już we wcześniejszych częściach niniejszego raportu z licznymi działaniami podjętymi przez rząd w celu poprawy zadowolenia społecznego, zwiększenia jakości świadczeń oraz poprawy efektywności systemu. Jednak problem kolejek pacjentów oczekujących na usługę medyczną zasługuje na specjalne omówienie. Kolejki są bołącząką pacjentów i kłopotem polityków odpowiedzialnych za zdrowie. Przyczyny ich są różnorodne i głęboko zakorzenione w systemie, a metody redukcowania bardzo różnorodne.

---

<sup>11</sup> R.J. Blendon, C. Schoen, C. DesRoches, R. Osborn, K. Zapert, *Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences in Five Countries*, „Health Affairs”, 22 May/June 2003.

Przed 1997 rokiem zredukowanie kolejek oczekujących stało się obietnicą wyborczą Partii Pracy. Jednak szybko okazało się, że nie będzie to łatwe zadanie. Długość kolejek jest przedmiotem gier menedżerów działających w systemie. Przykładowo, szpital działa pod presją zainteresowania swoimi usługami, utrzymywanie kolejki wysyła sygnał o dużej liczbie pacjentów chcących podjąć leczenie w takiej jednostce. Dodatkowo posiadanie długiej listy oczekujących umożliwia dostęp do środków przeznaczanych przez rząd na jej skracanie. Spodziewano się zatem przejścia zmęczonych oczekiwaniem pacjentów do prywatnych gabinetów, a lekarze rodzinni byli zachęceni przez nich do wypisywania skierowań, gdy tylko kolejka niebezpiecznie się skracała. Nie istniały obiektywne, medyczne kryteria skracania dostępu do świadczeń medycznych, notowano również różnice międzyregionalne w czasie oczekiwania na to samo świadczenie<sup>12</sup>.

W 2000 roku padła deklaracja premiera o zapewnieniu obywatelom maksymalnego sześciomiesięcznego czasu oczekiwania na procedurę planową, co wobec opisanych trudności było bardzo ryzykownym posunięciem politycznym. Prztaczane już mechanizmy poprawy efektywności, wyznaczania celów, rankingi, nagradzanie za sukcesy, stały się głównym narzędziem NHS i pacjentów. Jednak barierą w tej walce są także, zaznaczane wcześniej, braki personelu medycznego, który mógłby zwiększyć liczbę przyjmowanych pacjentów.

Dlatego też problem oczekujących pacjentów władze próbują rozwiązywać poprzez zapewnianie im koniecznych procedur w innych krajach Unii Europejskiej. W pierwszym kwartale 2002 roku 190 pacjentów brytyjskich zostało wysłanych na operacje ortopedyczne oraz zabiegi usunięcia zębów do Francji i Niemiec, dodatkowo we Francji 160 pacjentom wszczepiono endoprotezy stawów. Liczby wyraźnie wskazują, że zainteresowanie pacjentów takimi formami skrócenia czasu oczekiwania jest niewielkie. Dlatego też od lipca 2002 roku funkcjonuje w Wielkiej Brytanii program wspierania działań Narodowej Służby Zdrowia w zakresie przyjmowania specjalistów klinicznych na czasowe kontrakty w brytyjskich szpitalach<sup>13</sup>. NHS przyjmuje pełne zespoły kliniczne, które przyjeżdżają do danego szpitala na weekend bądź kilka tygodni i wykonują procedury, na które pacjenci oczekują zbyt długo. Pozwala to na redukcję czasu oczekiwania, poprawę zadowolenia pacjentów z systemu oraz pełne wykorzystanie dostępnej infrastruktury medycznej. Przystąpienie do Unii Europejskiej nowych państw w maju 2004 roku będzie także stanowiło dodatkową szansę dla systemu brytyjskiego, gdyż oczekiwane jest duże zainteresowanie personelu medycznego z tych krajów pracą w Wielkiej Brytanii. Rząd brytyjski i władze NHS zgłaszają zapotrzebowanie na pracę specjalistów medycznych z zagranicy – zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek.

---

<sup>12</sup> R. Klein, *The New model NHS: political and managerial dynamics*, „Health Care UK”, The King’s Fund Review of Health Policy, Winter 2000.

<sup>13</sup> *Using overseas clinical teams to reduce waiting times. Guidance for NHS Trusts*, Department of Health, November 2002.

System zdrowia publicznego i sektor opieki zdrowotnej mają w Wielkiej Brytanii długą tradycję i opierają się na zasadzie publicznej odpowiedzialności za zdrowie wszystkich obywateli. Mnogość instytucji i bogate doświadczenia nie umożliwiają jednak pełnego wyeliminowania niedoskonałości ich funkcjonowania oraz całkowitego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Zmieniające się okoliczności wewnętrzne i silne powiązania międzynarodowe wymagają obecnie, przede wszystkim, dużej elastyczności i zdolności szybkiego dostosowywania się systemu do nowych wymagań. Czy trzecia pod względem liczby zatrudnionych osób instytucja na świecie (po indyjskich Kolejach Państwowych i Armii Czerwonej), jaką jest Narodowa Służba Zdrowia Wielkiej Brytanii, będzie w stanie sprostać temu wyzwaniu? Tempo ostatnich reform i zmian napawa optymizmem, ale starzejące się społeczeństwo często spogląda na nie z niepokojem. Dostosowujemy NHS do potrzeb dzisiejszych pacjentów, ale czy będzie ona gotowa na zaspokojenie potrzeb tych, którzy zapukają do przychodni i szpitali za 10, 20 lat? Poczyszające może być jedynie to, że jest to współcześnie problem większości systemów opieki zdrowotnej na świecie, zatem wymiana międzynarodowych doświadczeń może ułatwić taką adaptację.

## Bibliografia

1. Blendon R.J., Schoen C., DesRoches C., Osborn R., Zapert K., *Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences in Five Countries*. „Health Affairs”, 22, May/June 2003.
2. Graham C. et al., *Public health policies and strategies in England* [w:] *Oxford Textbook of Public Health*, London, 241–252.
3. Greater London Authority (2002), *Health in London*, 2002 review of the London Health Strategy high-level indicators, [www.londonhealth.gov.uk](http://www.londonhealth.gov.uk)
4. Ham C., *The Politics of NHS Reform 1988–1997. Metaphor or reality?*, London 2000.
5. Henke N., Murray R., Nelson Ch., *Expectations of the 2020 UK health care system* [w:] „Health Europe”, 1, 2002, 10–23.
6. *Improvement, Expansion and Reform: The Next 3 Years. Priorities and Planning Framework 2003–2006*, Department of Health 2002.
7. *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, London 1998, [www.doh.gov.uk/ih/ih.htm](http://www.doh.gov.uk/ih/ih.htm)
8. R. Klein, *The New model NHS: political and managerial dynamics*, „Health Care UK”, The King’s Fund Review of Health Policy, Winter 2000.
9. *The New National Health Service: Modern, Dependable*, London, Secretary of State for Health, HMSO, December 1997.
10. Mossialos E., Thompson S., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, rozdz. 6 [w:] E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, *Funding health care: option for Europe*, Buckingham–Philadelphia 2002.
11. OECD Health Data 2002.
12. *Saving Lives: Our Healthier Nation*, The Stationary Office, London, July 1999, [www.archive.official.documents.co.uk](http://www.archive.official.documents.co.uk)

13. Smith P.C., *Performance Management in British Health Care: will it deliver?*, „Health Affairs”, 21 (3), 2002, 103–116.
14. *Using overseas clinical teams to reduce waiting times. Guidance for NHS Trusts*. Department of Health, November 2002.
15. WHO, *Health Care Systems in Transition. United Kingdom*, European Observatory on Health Systems, Copenhagen 1999.
16. Wyke S. et al., *Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain*, „Health Policy”, 65, 2003, 243–259.