OPIEKA NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ W PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

CARE FOR PREGNANT WOMEN IN THE PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE SYSTEM

Dorota Rogala[1], Małgorzata Dylewska[2], Aleksandra Harat[3]

[1] Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
[2] Studentka studiów magisterskich na kierunku Położnictwo CMUMK w Toruniu
[3] Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy było porównanie jakości opieki nad kobietą ciężarną w publicznym i prywatnym sektorze systemu opieki zdrowotnej.
Materiał i metody. Badaniami objęto 80 kobiet różniących się między sobą czynnikami socjodemograficznymi oraz sytuacją położniczą. Badania przeprowadzono za pomocą ankiety osobowej i zebranych danych z dokumentacji okresu ciąży. Wzięto pod uwagę czynniki socjodemograficzne (wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, status materialny) oraz przeszłość położniczą pacjentek (ilość ciąż i porodów, przebieg ciąży). Analizowano ilość świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych oraz liczbę odbytych przez ciężarne wizyt w gabinetach ginekologicznych.
Wyniki. Ilość wizyt i świadczeń oferowanych kobietom jest większa w sektorze prywatnym niż w sektorze publicznym. Kobiety korzystające z opieki w sektorze prywatnym to najczęściej pierworódki po 30. roku życia, z dużych miast, o dobrym statusie materialnym, u których częściej występuje nieprawidłowy przebieg ciąży.
Wnioski. Jakość opieki mierzona ilością wizyt i udzielonych świadczeń jest wyższa w sektorze prywatnym niż w publicznej służbie zdrowia. Należałoby dołożyć wszelkich starań, aby kobiety, bez względu na swój status społeczno-ekonomiczny, korzystające z opieki w sektorze publicznym czuły się równie bezpiecznie, jak te w sektorze prywatnym, nie ponosząc przy tym dodatkowych kosztów.

SŁOWA KLUCZOWE: ciężarna, sektor publiczny i prywatny, jakość opieki.

ABSTRACT

Aim. The purpose of this study was to compare the health care quality for pregnant women in the public and private health care system.
Material and methods. The study included 80 women who differed in sociodemographic factors and the obstetric situation. The research was a performed by means of a personal survey and the data collected from the documentation of a pregnancy period. Socio-demographic factors (age, marital status, place of residence, financial status) and the patient's obstetric record (number of pregnancies and births, the course of pregnancy) were taken into consideration. We analyzed the amount of preventive, diagnostic, therapeutic services and the number of appointments at gynecological clinics in relation to pregnant women.
Results. The amount of appointments and services provided for women are higher in the private sector than in the public sector. Women using private health care are mostly primiparas. Usually, they are 30 years old or older, from big cities, with a good material condition and showing abnormal pregnancy.
Conclusions. The quality of health, which is measured by the amount of appointments and given services are higher in the private sector than in the public one. It would make every possible effort to ensure that women, without regard to the socio-economic status, would use public healthcare as safe as those who use private healthcare without bearing additional costs.

KEY WORDS: pregnant women, public and private healthcare, quality of care.

Wstęp

Opieka perinatalna jest wielodyscyplinarnym działaniem, którego celem jest zapewnienie opieki medycznej razem z promocją zdrowia i postępowaniem leczniczym w okresie przedkoncepcyjnym, podczas ciąży, porodu i połogu, obejmującym matkę, płód i noworodka.

Prywatny sektor opieki zdrowotnej to coraz prężniej działający składnik ochrony zdrowia. Ze względu na szybką i powszechną dostępność korzysta z niego coraz większa część społeczeństwa. Kobieta ciężarna i jej jeszcze nienarodzone dziecko wymagają szczególnej troski. Duża liczba kobiet decyduje się na prywatną opiekę, mając na uwadze zdrowie własne i zdrowie swojego dziecka; oczekują jednocześnie lepszej jakościowo specjalistycznej opieki.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie stan-

dardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej przewiduje się zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży oraz przedstawia wytyczne dotyczące wizyt kontrolnych kobiety w czasie ciąży o prawidłowym przebiegu [1].

Głównym celem podjętych badań była ocena jakości opieki nad kobietą ciężarną w publicznej służbie zdrowia i w sektorze prywatnym.

Wśród czynników mogących mieć wpływ na wybór przez kobietę miejsca prowadzenia ciąży wzięto pod uwagę wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, status materialny oraz ilość ciąż, przebytych porodów i przebieg aktualnej ciąży.

Analizując problem jakości opieki nad kobietą ciężarną, wzięto pod uwagę ilość odbytych wizyt lekarskich i wykonanych badań (w tym nadobowiązkowych).

Charakterystyka grupy badawczej

Badaniami objęto 80 kobiet po porodzie, które przebywały na Oddziale Położniczym Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy (na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki CMUMK).

Średnia wieku badanych mieściła się w przedziale wiekowym 24–34 lata. 63,75% biorących udział w badaniu stanowiły mężatki, 36,25% kobiet było stanu wolnego. 37,5% pacjentek mieszkało w dużych miastach, 30% w mniejszych miastach, 32,5% na wsi. U 50% kobiet była to pierwsza ciąża, u 35% druga, u 15% trzecia lub więcej. 62,5% badanych rodziło po raz pierwszy, 30% po raz drugi, 7,5% po raz trzeci lub więcej. Połowa kobiet korzystała w ciąży z opieki w sektorze prywatnym, połowa w sektorze publicznym (40 vs. 40 kobiet).

Opis narzędzi

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. ankietę osobową – służącą do opisania grupy kobiet ze względu na właściwości społeczno-demograficzne składającą się z 8 pytań,
2. raport dotyczący dokumentacji z okresu ciąży – służący do zebrania danych dotyczących ilości wizyt i wykonywanych świadczeń profilaktycznych i badań diagnostycznych w obu sektorach.

Metody statystyczne

W analizie statystycznej wykorzystano:

- test F-Snedecora w celu weryfikacji hipotezy o jednorodności wariancji w dwóch porównywanych grupach; od wyników testowania zależy wybór odpowiedniego testu do porównania wartości średnich,
- nieparametryczny test niezależności chi-kwadrat w celu ustalenia zależności korelacyjnej między cechami niemierzalnymi, jakościowymi,
- parametryczny test t-Studenta w celu porównania wartości średnich w dwóch niezależnych grupach przy założeniu normalności rozkładów i jednorodności wariancji,
- test Levene'a w celu sprawdzenia jednorodności wariancji porównywanych serii.

Posłużono się liczbami bezwzględnymi, stosunkami procentowymi i średnimi wartościami – średnią arytmetyczną. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.

Analiza wyników badań

Zależność między sektorem publicznym i prywatnym a ilością odbytych wizyt w okresie ciąży

Średnia liczba wizyt dla pacjentek korzystających z sektora publicznego to 8,28 ± 0,816, zaś dla pacjentek korzystających z sektora prywatnego 10,53 ± 1,132 (Tabela 1a).

Test Levene'a jednorodności wariancji nakazał przyjąć hipotezę zerową o równości wariancji między grupami ($p > 0,05$), zatem można przeprowadzić test równości średnich. Z kolei test t wykazał, że różnice pomiędzy średnimi są istotne statystycznie (Tabela 1b).

Liczba odbytych wizyt w sektorze prywatnym jest większa niż w sektorze publicznym (Rycina 1).

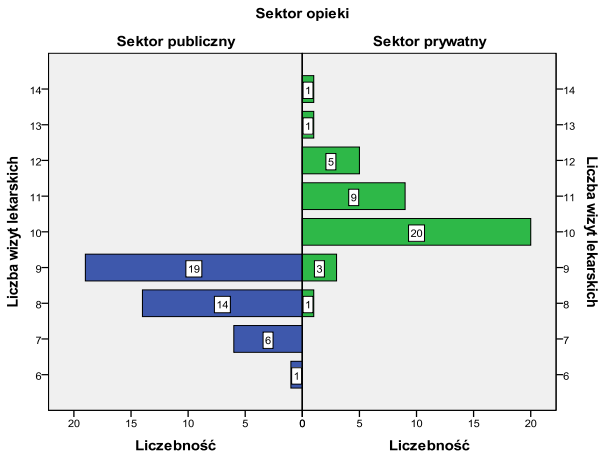
Najwięcej pacjentek w sektorze publicznym odbyło 8–9 wizyt. W sektorze prywatnym stanowi to minimum, gdyż najwięcej badanych odbyło 10–11 wizyt.

Tabela 1a. Średnia liczba wizyt dla pacjentek korzystających z sektora publicznego i prywatnego
Table 1a. The average number of appointments for patients using the public sector and private sectors

	Sektor opieki	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Liczba wizyt lekarskich	Sektor publiczny	40	8,28	0,816	0,129
	Sektor prywatny	40	10,53	1,132	0,179

Tabela 1b. Test Levene'a dla liczby odbytych wizyt lekarskich
Table 1b. Levene's test for the number of physician appointments

	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich			
	F	Istotność	t	df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
Liczba wizyt lekarskich	2,195	0,143	-10,197	78	0,000	-2,250



Rycina 1. Średnia liczba wizyt dla pacjentek korzystających z sektora publicznego i prywatnego
Figure 1. The average number of appointments for patients using the public and private sectors

Związek między opieką nad ciężarną w sektorze prywatnym lub publicznym a ilością wykonywanych badań

Tabela 2a zawiera zestawienie średniej liczby wykonywanych zabiegów w podziale na sektor prywatny i publiczny. Gwiazdką oznaczono badania, które u wszystkich pacjentek (niezależnie od sektora) były wykonywane jednokrotnie (średnia = 1).

Dla części badań test Levene'a jednorodności wariancji nakazał przyjąć hipotezę zerową o równości wariancji między grupami ($p > 0,05$), zatem można przeprowadzić test równości średnich w postaci podstawowej. W pozostałych przypadkach (gdzie $p < 0,05$) wykonano test równości średnich i wzięto pod uwagę różnice wariancji (Tabela 2b).

Z kolei test t wykazał, że różnice pomiędzy średnimi są istotne statystycznie w przypadku wszystkich badań (z badań wyłączono badania wykonane jednokrotnie niezależnie od sektora).

Średnio wszystkie badania były wykonywane częściej w przypadku pacjentek, które wybrały opiekę prywatną.

Zależność między czynnikami socjodemograficznymi a wyborem publicznej bądź prywatnej opieki przedporodowej

Analiza statystyczna wykazała zależność między wyborem sektora opieki a wiekiem, miejscem zamieszkania oraz statusem materialnym. Stan cywilny nie różnicuje kobiet na korzystające i niekorzystające z opieki w obu sektorach (Tabela 3).

Sektor prywatny najczęściej wybierały kobiety po 30. roku życia, zaś publiczny kobiety w wieku 21–29 lat (Rycina 2).

Tabela 2a. Średnia liczba wykonywanych świadczeń w podziale na sektor prywatny i publiczny
Table 2a. The average number of services divided into private sector and public

Rodzaj badań	Sektor opieki	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Grupa krwi i Rh	publiczny	0,83	0,38	0,06
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Przeciwciała anty RH	publiczny	1,13	0,46	0,07
	prywatny	1,43	0,68	0,11
Badania cytologiczne	publiczny	0,78	0,42	0,07
	prywatny	1,20	0,46	0,07
Ocena wydzieliny pochwowej	publiczny	1,35	0,48	0,08
	prywatny	1,93	0,83	0,13
Mocz	publiczny	8,00	0,91	0,14
	prywatny	10,53	1,13	0,18
Morfologia krwi	publiczny	4,50	0,78	0,12
	prywatny	5,90	0,93	0,15
Masa ciała	publiczny	8,28	0,82	0,13
	prywatny	10,53	1,13	0,18
Wzrost *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Przeciwciała anty-HIV *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
HBs *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Pomiar ciśnienia tętniczego	publiczny	8,28	0,82	0,13
	prywatny	10,53	1,13	0,18
WR	publiczny	1,05	0,22	0,03
	prywatny	1,30	0,46	0,07
Przeciwciała różyczki	publiczny	0,73	0,45	0,07
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Przeciwciała toksoplazmozy	publiczny	0,80	0,41	0,06
	prywatny	1,18	0,38	0,06
BMI	publiczny	1,08	0,27	0,04
	prywatny	1,33	0,53	0,08
Poziomu cukru we krwi po podaniu doustnym glukozy *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Ogólna liczba badań	publiczny	8,28	0,82	0,13
	prywatny	10,53	1,13	0,18
Badania ginekologiczne przez pochwę	publiczny	1,30	0,46	0,07
	prywatny	1,90	0,30	0,05
Monitorowanie ASP	publiczny	5,25	0,74	0,12
	prywatny	7,48	1,09	0,17
Badania położnicze zewnętrzne	publiczny	5,18	0,68	0,11
	prywatny	7,33	1,02	0,16
Konsultacje specjalistyczne	publiczny	0,25	0,44	0,07
	prywatny	1,78	1,12	0,18
USG	publiczny	3,93	0,47	0,08
	prywatny	7,88	1,67	0,26
Poziom cukru we krwi na czczo	publiczny	1,03	0,16	0,03
	prywatny	1,23	0,48	0,08

Tabela 2b. Test Levene'a dla ilości wykonywanych badań
Table 2b. Levene's test for the number of tests performed

Rodzaj badań	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich			
	F	Istotność	t	df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
Grupa krwi i Rh	53,31	0,00	-2,88	39,00	0,01	-0,18
Przeciwciała anty RH	16,88	0,00	-2,32	69,07	0,02	-0,30
Badania cytologiczne	0,09	0,77	-4,28	78,00	0,00	-0,43
Ocena wydzieliny pochwowej	5,34	0,02	-3,79	62,76	0,00	-0,58
Mocz	1,61	0,21	-11,01	78,00	0,00	-2,53
Morfologia krwi	0,17	0,68	-7,29	78,00	0,00	-1,40
Masa ciała	2,19	0,14	-10,20	78,00	0,00	-2,25
Pomiar ciśnienia tętniczego	2,19	0,14	-10,20	78,00	0,00	-2,25
WR	57,15	0,00	-3,08	55,78	0,00	-0,25
Przeciwciała różyczki	153,59	0,00	-3,85	39,00	0,00	-0,28
Przeciwciała toksoplazmozy	0,32	0,57	-4,24	78,00	0,00	-0,38
BMI	34,68	0,00	-2,68	57,84	0,01	-0,25
Ogólna liczba badań	2,19	0,14	-10,20	78,00	0,00	-2,25
Badania ginekologiczne przez pochwę	24,63	0,00	-6,84	67,24	0,00	-0,60
Monitorowanie ASP	5,63	0,02	-10,70	68,93	0,00	-2,23
Badania położnicze zewnętrzne	6,40	0,01	-11,10	67,57	0,00	-2,15
Konsultacjespecjalistyczne	25,94	0,00	-8,02	50,67	0,00	-1,53
USG	85,93	0,00	-14,41	45,27	0,00	-3,95
Poziom cukru we krwi na czczo	32,35	0,00	-2,50	47,37	0,02	-0,20

Tabela 3. Zależność wyboru sektora od czynników socjodemograficznych
Table 3. Dependence of sector selection sociodemographic factors

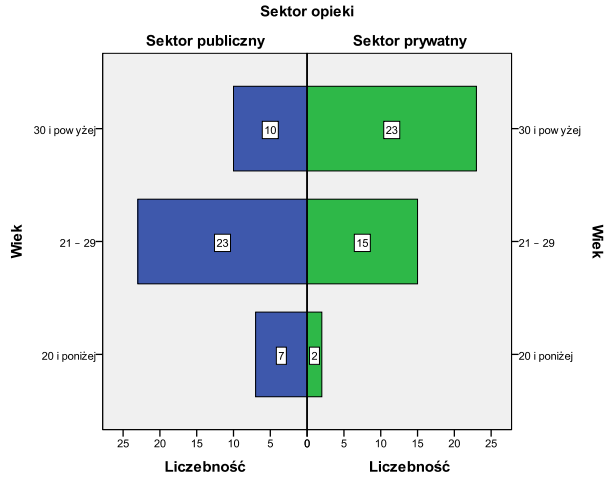
	Wiek	Miejsce zamieszkania	Stan cywilny	Status materialny
Chi-kwadrat	9,45	12,01	0,48	32,31
df	1,00	1,00	1,00	1,00
Istotność asymptotyczna	0,00	0,00	0,49	0,00

Sektor publiczny częściej wybierają osoby ze wsi lub małego miasta, zaś sektor prywatny kobiety z dużych miast (Rycina 3).

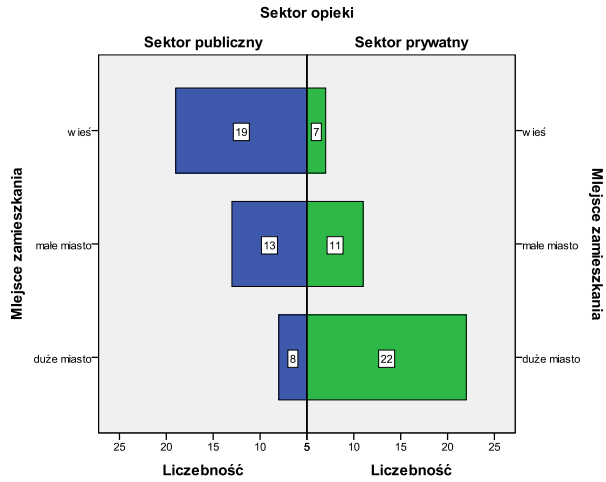
Sektor prywatny częściej wybierały osoby o dobrym statusie materialnym, publiczny – oceniające swoją sytuację finansową na poziomie średnim (Rycina 4).

Zależność między sytuacją położniczą a wyborem publicznej lub prywatnej opieki przedporodowej

Analiza statystyczna wykazała zależność między wyborem sektora opieki a ilością porodów oraz przebiegiem ciąży. Ilość ciąż nie ma wpływu na wybór któregoś z sektorów (Tabela 4).



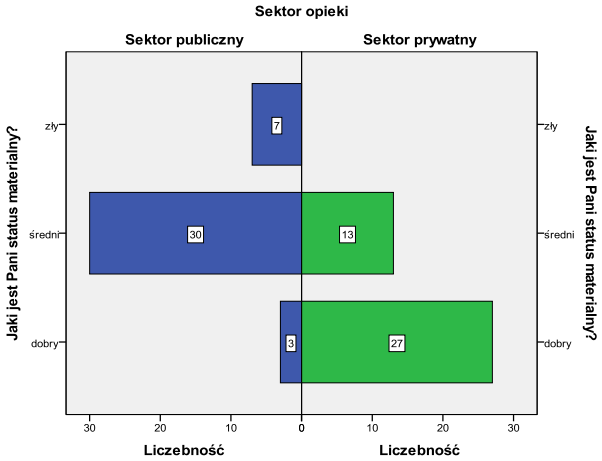
Rycina 2. Zależność między wyborem sektora opieki a wiekiem pacjentki
Figure 2. Dependence between the choice of sector and the age of patient



Rycina 3. Zależność między wyborem sektora opieki a miejscem zamieszkania pacjentki
Figure 3. Dependence between the choice of healthcare system and place of patient's residence

Sektor prywatny wybierały częściej kobiety rodzące po raz pierwszy. Natomiast w sektorze publicznym dysproporcja ta nie jest tak widoczna (Rycina 5).

Kobiety z nieprawidłowym przebiegiem ciąży częściej wybierały sektor prywatny (Rycina 6).



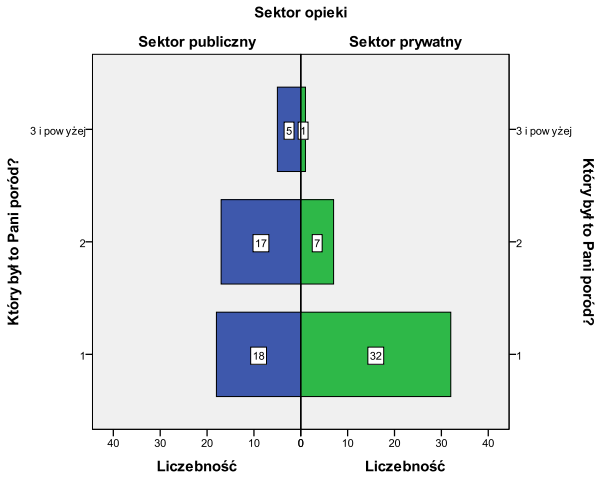
Rycina 4. Zależność między wyborem sektora opieki a statusem materialnym pacjentki

Figure 4. Dependence between the choice of the care sector and the material status of the patient

Tabela 4. Zależność między wyborem sektora opieki a sytuacją położniczą

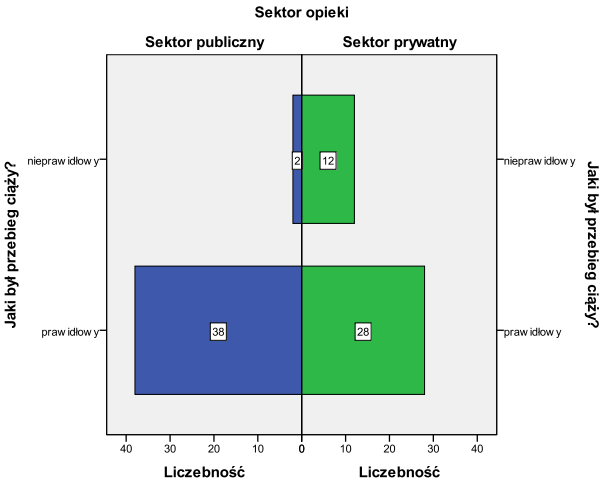
Table 4. Dependence between the choice of the care sector and the obstetric situation

	Która była to Pani ciąża?	Który był to Pani poród?	Jaki był przebieg ciąży?
Chi-kwadrat	0,13	10,61	8,55
df	1,00	1,00	1,00
Istotność asymptotyczna	0,72	0,00	0,00



Rycina 5. Zależność między wyborem sektora opieki a ilością porodów.

Figure 5. Dependence between the choice of the care sector and the number of births.



Rycina 6. Zależność między wyborem sektora opieki a przebiegiem ciąży.

Figure 6. Dependence between the choice of the care sector and the course of pregnancy.

Dyskusja

Mimo różnych modeli opieki przedporodowej na świecie istnieje zgodna opinia, że kobieta ciężarna powinna być objęta opieką już w pierwszym trymestrze ciąży [2–6]. Ryzyko późno rozpoczętej i nieodpowiedniej opieki najczęściej występuje wśród kobiet przed 20. i po 34. roku życia, niezamężnych, z wykształceniem niższym, niepracujących, rodzących czwarte lub kolejne dziecko [7, 8].

Zwraca się uwagę, że fakt wczesnego zgłoszenia się do lekarza i odbycia większej liczby wizyt łączy się ze zmniejszonym ryzykiem hipotrofii, a niezadowalająca opieka i zaniedbania są główną przyczyną zgonów matek, szczególnie po 35. roku życia, oraz ciąż obumarłych [8, 9, 10].

Wskazuje się również na wzrost w ostatnich latach ogólnej liczby kobiet objętych opieką, w tym opieką wczesną; rośnie również liczba wizyt w okresie ciąży [7, 8, 9].W przekrojowym Raporcie „Zdrowie kobiet…" podkreśla się występujące wciąż braki w opiece profilaktycznej nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, niedostateczną jeszcze wczesną zgłaszalność kobiet i utrudniony dostęp do badań specjalistycznych. Nie wszędzie funkcjonuje w pełni trójstopniowy system opieki perinatalnej, styl życia części kobiet ciężarnych nie odpowiada wymogom zdrowotnym [11].

Liczba wizyt rekomendowanych przez PTG zgodnie z Rozporządzeniem MZ w sprawie standardów opieki okołoporodowej wynosi średnio 7–8 w zależności od czasu trwania ciąży [1]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że liczba wizyt w sektorze publicznym była zgodna ze standardem, natomiast w sektorze prywatnym 8 wizyt odbyła zaledwie 1 kobieta, zaś 85% odbyło przeciętnie 10–12 wizyt w ciąży.

Reroń i wsp. w swoich badaniach podają, że ambulatoryjny nadzór ciąży u 37,8% kobiet był prowadzony

w publicznych gabinetach opieki zdrowotnej, pozostałe zaś 62,2% w gabinetach prywatnych. Aż 94,3% kobiet wskazało na wyższe zaufanie do położnikaz prywatnego sektora niż do położnika z sektora publicznego. 56,9% pacjentek prywatnego sektora wyraziło zdecydowane zadowolenie z opieki, zaś w publicznym sektorze taki poziom satysfakcji zadeklarowało 42,6% pacjentek. Dodatkowych informacji na temat ciąży poszukiwało 80,5% pacjentek z gabinetów prywatnych i 92,9% z publicznych, co może sugerować lepszą jakość komunikacji między pacjentką a lekarzem z prywatnego sektora [12].

Bojar i wsp., badając kobiety ze stwierdzoną patologią szyjki macicy, wykazali, że spośród ankietowanych 53% kobiet korzystało z publicznej opieki ginekologicznej,a pozostałe 47% z prywatnej opieki. Wiedza merytoryczna oraz życzliwość lekarzy zostały lepiej ocenione przez pacjentki korzystające z prywatnej opieki ginekologicznej [13].

Porównanie dwóch powyższych badań wskazuje, że wraz z faktem zajścia w ciążę, a więc z koniecznością wzmożonej opieki nie tylko nad własną osobą, ale i nad dzieckiem, wzrasta liczba pacjentek korzystających z prywatnego sektora.

Dziubińska-Michalewicz podkreśla, że w prywatnym sektorze opieki zdrowotnej wykonuje się również większą liczbę badań laboratoryjnych oraz diagnostycznychniż w sektorze publicznym [14].

Potwierdziło się to także w niniejszej pracy: w sektorze prywatnym, biorąc pod uwagę wszystkie badania, wykonywano ich więcej niż w publicznej służbie zdrowia. Największe różnice wystąpiły w ilości wykonywanych badań USG i konsultacji specjalistycznych. Zgodnie z Rozporządzeniem MZ rekomendowane jest trzykrotne wykonanie USG w ciąży. Z przeprowadzonych analiz wynika, że w sektorze prywatnym wykonywano tych badań dwukrotnie więcej niż w sektorze publicznym (7,88 vs. 3,93), zaś na konsultacje kierowane były 7 razy częściej pacjentki z gabinetów prywatnych niż z publicznych (1,78 vs. 0,25).

Sekcja Ultrasonografii PTG wskazuje na konieczność podjęcia szerszej dyskusji na temat dokumentowania badań USG w celach „pamiątkowych" na życzenie pacjentki, gdyż powszechnie wiadomo, że badania takie są wykonywane znacznie częściej w prywatnych gabinetach lekarskich. Kornas-Biela powołuje się na światowe doniesienia dotyczące pozytywnego wpływu badania USG na więź rodziców z dzieckiem [15]. Choć nie udowodniono szkodliwego wpływu ultradźwięków na płód, American Institute of Ultarasound in Medicine (AIUM) stoi na stanowisku, że badanie płodu powinno być wykonywane tylko ze ścisłych wskazań medycznych [16].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że wśród czynników socjodemograficznych na wybór sektora miał wpływ wiek pacjentki (sektor prywatny – kobiety po 30. r.ż., sektor publiczny – 21–29 lat) oraz miejsce zamieszkania (sektor prywatny – mieszkanki dużych miast, sektor publiczny – mieszkanki wsi i małych miast). Decydującym czynnikiem był również status materialny. Sektor prywatny wybrało 67,5% kobiet o dobrym statusie materialnym i 32,5% kobiet o średnim statusie materialnym, zaś sektor publiczny 7,5% kobiet o dobrym statusie materialnym, 75% kobiet o średnim i 17,5% kobiet w złej sytuacji finansowej. Znaczenie sytuacji finansowej kobiety w wyborze sektora podkreśla również Bień w swoich pracach [17].

Z publikacji Wosiewicza i Dziubińskiej-Michalewicz wynika, że kobiety z nieprawidłowym przebiegiem ciąży częściej wybierały sektor prywatny, co potwierdziły również przeprowadzone badania [14, 18]. Ponadto wykazano, że prywatny sektor częściej wybierały kobiety rodzące po raz pierwszy, aniżeli wieloródki. Pacjentki w obawie o zdrowie i życie swoich dzieci wybierają prywatne gabinety w przekonaniu, że otrzymają tam wysoki poziom świadczeń – wskazują na to Cieśla i wsp. w swoich badaniach [8].

Dostępne publikacje poruszają głównie problem związku między poziomem opieki a efektem ciąży, niewiele jest natomiast badań badających wpływ opieki przedporodowej na przebieg samego porodu.

W badaniach Cieśli zaobserwowano, że u ciężarnych korzystających z opieki lekarza prywatnego sektora rzadziej występują przypadki hipotrofii płodu, co szczególnie było widoczne wśród mieszkanek wsi, z wykształceniem podstawowym i w wieku 19–25 lat. Autorka sugeruje, że jest to związane z wyższym poziomem świadczeń uzyskiwanych w gabinetach prywatnych [8].

Badania Wdowiaka nie wykazały natomiast różnicy w częstości występowania porodów przedwczesnych, porodów martwych i zgonów w okresie okołoporodowym pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki przedporodowej w prywatnych gabinetach i gabinetach mających podpisane umowy z NFZ. Nie wykazano również zróżnicowania wagi noworodków z tych dwóch typów gabinetów, ale wskazano istotną różnicę w punktacji Apgar – noworodki z gabinetów prywatnych rodziły się w lepszym stanie niż dzieci z gabinetów NFZ [19].

W innych badaniach przeprowadzonych przez autorkę na grupie 234 kobiet po porodzie nie wykazano różnicy między poziomem opieki (częstotliwość wizyt w okresie ciąży, czas zgłoszenia się na pierwszą wizytę i przestrzeganie zaleceń lekarskich) a przebiegiem porodu (czas trwania porodu, środki znieczulające, obrażenia dróg rodnych, stan noworodka, sposób ukończenia porodu) [20].

W badaniach zagranicznych podkreśla się, że w systemach zdrowotnych na świecie dających możliwość ciągłości opieki tego samego zespołu nad kobietą

ciężarną i rodzącą (bez względu na rodzaj sektora) występują: rzadsze korzystanie ze znieczulenia podczas porodu, mniejsza ilość nacięć krocza, mniej przedwczesnych przyjazdów do szpitali, większe zadowolenie pacjentek, przy jednocześnie takiej samej liczbie urodzeń martwych i w podobnym stanie noworodków [21, 22]. Hatem, analizując 11 prób obejmujących ciągłą opiekę przedporodową, podczas porodu i po urodzeniu z udziałem ponad 12 tysięcy kobiet, podaje mniejszą ilość nacięć krocza, rzadsze korzystanie z analgezji w trakcie porodu i mniejszą ilość porodów zabiegowych, przy takiej samej ilości cięć cesarskich. Wskazuje również na większą samokontrolę rodzących w czasie porodu [23].

Podsumowanie

1. Sektor prywatny oferuje większą liczbę wizyt w gabinetach ginekologicznych i wykonuje więcej badań niż sektor publiczny.
2. Kobiety po 30. roku życia, z dużych miast, o dobrym statusie materialnym, rodzące po raz pierwszy, o nieprawidłowym przebiegu ciąży częściej korzystają z prywatnej opieki przedporodowej.

Wnioski

1. Jakość opieki mierzona ilością wizyt i udzielonych świadczeń jest wyższa w sektorze prywatnym niż w publicznej służbie zdrowia.
2. Należałoby dołożyć wszelkich starań, aby kobiety, bez względu na swój status społeczno-ekonomiczny, korzystające z opieki w sektorze publicznym czuły się równie bezpiecznie, jak te w sektorze prywatnym, nie ponosząc przy tym dodatkowych kosztów.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 12.1100 z dn. 04.10.2012 r.
2. McQuide P., Delvaux T., Buekens P. and the Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care In Europe, Prenatal car incentives in Europe, J. Publ. Health Policy 1998, 19, 331–349.
3. Kupek E., Petrou S., Vause S. et al., Clinical, provider and sociodemographic predictors of late initiation of antenatal care in England and Wales, BJOG 2002, 109, 265–273.
4. Wildman K., Blondel B., Nijhuis J. et al., European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period, Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol. 2003, 111, 53–65.
5. Alderliesten M.E., Vrijkotte T.G., Van der Wal M.F. et al., Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women, BJOG 2007, 114, 1232–1239.
6. Villar J., Carroly G., Khan-Neelofur D. et al., Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy, The Cochrane Library 2008, Issue 3.
7. Kocemba W., Oszukowski P., Ocena intensywności opieki przedporodowej w rejonie Brzezin w latach 1987–98, Ginekol. Pol. 2002, 73, 2, 110–115.
8. Cieśla B., Hanke W., Grodzicka A. et al., Profil korzystania z opieki prenatalnej a ryzyko hipotrofii płodu. Wstępne wyniki badania kliniczno-kontrolnego w woj. łódzkim, Prz. Epidemiol. 2004, 58, 537–546.
9. Rogoszewski M., Grudzień J., Szuścik P. et al., Analiza ciąż obumarłych na terenie miasta Rybnika w latach 1991–2000, Ginekol. Pol. 2001, 72, 12, 972–976.
10. Troszyński M., Chazan B., Kowalska B. et al., Zgony matek w Polsce w latach 1991–2000 wg czterech głównych przyczyn, Ginekol. Pol. 2003, 74, 10, 1306–1315.
11. Gadzinowski J., Rola systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece medycznej nad noworodkiem w Polsce, w: Niemiec T. (red.), Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49. Polska 2006, UNDP 2007, 115–119.
12. Reroń A., Ossowski P., Kuśmierska K., Opieka medyczna, psychologiczna oraz wsparcie społeczne kobiety ciężarnej, Prz. Ginekol. Położ. 2009, 9, 2, 39–44.
13. Bojar I., Woźnica I., Holecki T. et al., Dostępność, jakość i sprawność funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce w opinii pacjentek korzystających i nie korzystających z prywatnej opieki ginekologicznej, Med. Ogólna 2010, 16, 2, 152–161.
14. Dziubińska-Michalewicz M., Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce, Wydawnictwo Prawno--Ekonomiczne INFOR, Warszawa 2004.
15. Kornas-Biela D., Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów, Med. Prakt. Ginekol. Położ. 2008, 04, http://www.mp.pl/etyka/poczatki_zycia/show.html?id=39622 (dostęp dnia: 09.09.2009).
16. Położnicze badanie ultrasonograficzne. Aktualne wytyczne American Institute of Ultrasound in Medicine, Med. Prakt. Ginekol. Położ. 2004, 3, http://www.mp.pl/artykuly/16962 (dostęp dnia: 09.09.2009).
17. Bień A.M., Opieka nad kobietą ciężarną, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
18. Wosiewicz E., Zdrowie publiczne i medycyna społeczna: skrypt dla studentów, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2000.
19. Wdowiak A., Wiktor K., Wiktor H., Analiza jakości świadczeń zdrowotnych w opiece prenatalnej, Zdr. Publ. 2004, 114, 3, 301–303.
20. Rogala D., Psychofizyczne przygotowanie ciężarnych a przebieg porodu. Rozprawa doktorska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń 2011.
21. Hodnett E.D., Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth, Cochrane Database System. Rev. 2008, Issue 4, 1469–1493.
22. Kraśnianin E., Semczuk A., Doświadczenia niemieckie z wprowadzaniem Centrum Opieki Położniczej według Belegsystem, Ginekol. Pol. 2008, 79, 560–563.
23. Hatem M., Sandall J., Devane D. et al., Midwife-led versus other models of care for childbearing women, Cochrane Database System. Rev. 2008, Issue 4.

Adres do korespondencji:
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
Collegium Medicum
ul. Jagiellońska 13–15
85-067 Bydgoszcz