

Co wynika z raportu o kolejkach do lekarzy?



Fot. iStockphoto.com

MARIUSZ JĘDRZEJCZAK

Pod koniec 2022 r. opublikowano „Barometr WHC – Polacy w kolejkach – stan na listopad 2022 r.” będący w dużej mierze odzwierciedleniem stanu funkcjonowania i jakości publicznej opieki zdrowotnej w naszym kraju. Warto zatem poświęcić mu nieco uwagi, gdyż po pierwsze, pokazuje on cyklicznie zmiany w dostępności – kolejki do różnego typu świadczeń zdrowotnych finansowanych przez publicznego płatnika, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. Po drugie zaś, co ważne i podkreślają to sami autorzy, robi to z perspektywy pacjentów, a nie przez pryzmat danych statystycznych świadczeniodawców i płatnika. Za największy problem systemowy naszej ochrony zdrowia autorzy uważają rażącą dysproporcję pomiędzy zawartością koszyka świadczeń

gwarantowanych a środkami przeznaczanymi na ich sfinansowanie. Praktycznym wyrazem tej nierównowagi są patologie systemu w postaci m.in. wydłużających się kolejek pacjentów oczekujących na podjęcie lub kontynuowanie leczenia i diagnostyki. Innymi przejawami tego szkodliwego zjawiska, będącymi w istocie jego konsekwencjami, są zaznaczane w raporcie: korupcja, korzystanie z przywilejów (znajomości), odpłatny dostęp do świadczeń „luksusowych”, przy jednocześnie dramatycznie ograniczonych możliwościach korzystania z podstawowych świadczeń specjalistycznych.

– Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości („technologia” zgodnie z definicją technologii medycznej przyjętą w ustawie refundacyjnej i nomen-

klaturze światowej) – człowiek, który czeka w kolejce, cierpi, może nie doczekać skutecznego leczenia, jego choroba rozwija się, może dać przerzuty i/lub przejść do stadium, w którym nie będzie już możliwa terapia ukierunkowana na wyleczenie – napisano.

Sposób prowadzenia badań, czyli metodologia

Omawiany materiał stanowi, jak wspomniano, cykliczną, a więc kolejną edycję raportu. Prezentowane wyniki są efektem wykorzystywania tzw. Barometru WHC, metody opartej na badaniu dostępności do diagnostyki i leczenia w 43 rodzajach świadczeń medycznych w zakresie ustalonych przez badaczy, tzw. świadczeń wskaźnikowych. W każdej dziedzinie wybrano kilka rodzajów świadczeń, które zostały uznane za świadczenia wskaźnikowe. W poszczególnych dziedzinach medycyny obejmują one:

- trzy (lub więcej) często wykonywane procedury medyczne,
- wizytę u specjalisty,
- badanie diagnostyczne.

Zbierane telefonicznie dane, od losowo wybranej próby pacjentów, pokazują dokonujące się w czasie (analizy publikowane są raz do roku) zmiany w zakresie dostępności pacjentów do określonych świadczeń i ich grup. Wyznacznikiem jest czas oczekiwania – kolejka do poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych. Autorzy wyszczególniają tu trzy poziomy szczególności danych:

- dla wybranych, pojedynczych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny, gdzie szczególność jest najmniejsza,
- zbiorczo, dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny. Tu precyzja jest znacznie większa i obejmuje średnią ze wszystkich świadczeń wskaźnikowych z danej dziedziny medycyny,
- zbiorczo, dla wszystkich świadczeń w Polsce. Średnia zmiana w czasie oczekiwania dla wszystkich świadczeń wskaźnikowych ze wszystkich dziedzin, na podstawie informacji od ponad 1500 świadczeniodawców realizujących kontrakty z NFZ. Dostarcza najbardziej precyzyjnych informacji.

Śledzenie zmian czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne jest, zdaniem autorów, podstawowym czynnikiem oceny sprawności i jakości systemu opieki zdrowotnej, a zarazem świadczy o trafności podejmowanych decyzji przez zarządzających nim decydentów.

Dostęp do świadczeń medycznych

Na przestrzeni ostatniego roku (poprzednie badanie miało miejsce we wrześniu 2021 r.) średni czas oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego, rozumianego jako świadczenie medyczne, a nie porada, uległ zmianom. W różnych zakresach mają one charakter wielokierunko-

„ Za największy problem systemowy naszej ochrony zdrowia autorzy uważają rażącą dysproporcję pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a środkami przeznaczanymi na ich sfinansowanie „

wy, jednakże ogólny średni czas oczekiwania na realizację świadczenia uległ wydłużeniu o 0,2 miesiąca i wynosił 3,6 miesiąca. To poziom zbliżony do stanu sprzed czterech lat, roku 2018, (3,7 miesiąca). Zatem można mówić o regresie, tym bardziej że wynik ten osiągnięto, mimo znaczącego wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w tym okresie. W 2018 r. wynosiły one około 96 mld zł, a w 2022 blisko 134 mld zł.

Najdłużej pacjenci czekali na świadczenia z zakresu neurochirurgii – 10,4 miesiąca, ortopedii – 10,2 miesiąca, stomatologii – 8,4 miesiąca i chirurgii plastycznej – 8,4 miesiąca.

Najkrócej na świadczenia neonatologiczne – 0,7 miesiąca i co ważne, radiologii onkologicznej – 0,4 miesiąca.

Największy regres w dostępie do specjalistycznej usługi medycznej, w porównaniu z okresem sprzed roku, odnotowano w obszarze stomatologii–chirurgii (wydłużenie czasu oczekiwania o 4,4 miesiąca). Biorąc pod uwagę fakt, że ponad 90 proc. usług stomatologicznych jest w Polsce sprywatyzowane, wynik ten nie budzi zdziwienia. Bardziej niepokojące są dane wskazujące na wydłużenie kolejek do świadczeń w obszarze neurologii dziecięcej i neurochirurgii (wydłużenie kolejki o 2,9 miesiąca).

Są też dobre informacje: należy zwrócić uwagę na poprawę dostępności w zakresie pediatrii (czas oczekiwania krótszy o 2,4 miesiąca), nefrologii (krócej o 1,9 miesiąca) i kardiologii (krócej o 1,7 miesiąca). Ten ostatni przykład dowodzi, potwierdzając to również dane z poprzednich badań, jak ważna dla poprawy jakości leczenia chorych jest konsekwencja w działaniu wspierana odpowiednim finansowaniem. Parametry dostępności do świadczeń kardiologicznych ulegały w ostatnich latach systematycznej poprawie i ten obszar medycyny, jako jeden z nielicznych niestety, widocznie poprawił standard leczenia chorych. Aczkolwiek, co wynika jasno z omawianego Raportu, postęp ten wynika zarówno ze skrócenia kolejek do lekarza specjalisty kardiologa, jak i z udzielanych w konsekwencji świadczeń zabiegowych, np. koronarografii.

” Dostęp do porad lekarzy specjalistów w publicznych placówkach pogorszył się. Czas oczekiwania na poradę wydłużył się średnio z 2,9 miesiąca we wrześniu 2021 r. do 4,1 miesiąca w listopadzie 2022 r. ”



Fot. Adobe Stock

W odniesieniu do 17 spośród 43 analizowanych przez autorów dziedzin medycyny nie odnotowano istotnych zmian w zakresie czasu oczekiwania – kolejek pacjentów.

W odrębny sposób autorzy Raportu monitorują dostęp do porad lekarzy specjalistów, a zatem funkcjonowanie publicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Generalnie, co w zasadzie nie powinno być zaskoczeniem, dostęp do porad lekarzy specjalistów w publicznych placówkach pogorszył się. Czas oczekiwania na poradę wydłużył się średnio z 2,9 miesiąca we wrześniu 2021 r. do 4,1 miesiąca w listopadzie 2022 r. (wzrost o 1,2 miesiąca). Najdłuższy czas oczekiwania na poradę odnotowano w przypadku planowanych wizyt u ortodonta (prawie rok, bo 11,7 miesiąca), niewiele krócej w przypadku neurologa dziecięcego (11 miesięcy), chirurga naczyniowego (9,1 miesiąca).

Ogólnie rzecz biorąc, autorzy raportu podają, iż w zakresie badanych 40 dziedzin medycyny w odniesieniu do siedmiu z nich, m.in. wspomnianych już wcześniej pediatrii, kardiologii oraz chirurgii, odnotowano poprawę dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na poradę, w 18 przypadkach sytuacja w tym względzie uległa pogorszeniu (m.in. w dostępie do neurologa i urologa dziecięcego), w 15 praktycznie nie uległa zmianie.

O jakości procesu leczenia, co oczywiste, nie decyduje jedynie dostęp do lekarzy specjalistów i wykonywanych przez nich zabiegów, lecz również możliwość szybkiego wykonywania świadczeń diagnostycznych wspierających proces leczenia. W tym obszarze sytuacja uległa jednak pogorszeniu. Średnio na badanie diagnostyczne czekali w listopadzie ubiegłego roku 2,5 miesiąca, czyli 0,6 miesiąca dłużej niż w badanym okresie roku 2021. Najdłużej pacjenci muszą czekać na badania wysokospecjalistyczne, jak USG gałki ocznej – 7,7 miesiąca, badanie audiologiczne metodą elektrofi-

zjologiczną – 7,5 miesiąca czy sigmoidoskopię (badanie jelita grubego) – 7 miesięcy.

Autorzy przebadali dostępność do 56 zakresów badań diagnostycznych. W przypadku 10 z nich czas oczekiwania (dostępność) uległ poprawie, m.in. w odniesieniu do echokardiografii – krócej o 4,5 miesiąca czy scyntygrafii nerek – krócej o 2,6 miesiąca. W 21 badanych typach badań diagnostycznych sytuacja uległa pogorszeniu, szczególnie (oprócz wspomnianych wyżej: badania audiologicznego metodą elektrofizjologiczną czy sigmoidoskopii) w przypadku badania urograficznego (wydłużenie czasu oczekiwania o 3,9 miesiąca).

Etapowość leczenia – barierą prawidłowego procesu leczniczego

Raport ponadto wskazuje na bardzo ważny aspekt ograniczający sprawne funkcjonowanie systemu, mianowicie zakłócenia w płynności przechodzenia do kolejnych etapów leczenia. Z punktu widzenia pacjenta, co jest oczywiste, sumaryczny czas przejścia przez kolejne fazy procesu terapeutycznego jest niezwykle istotny, bowiem to on m.in. decyduje o ostatecznym pozytywnym efekcie leczenia lub jego braku. Za autorami Raportu przytaczam kilka najbardziej jaskrawych, negatywnych przykładów niepowodzeń systemowych w tym obszarze.

Jednym z najbardziej ewidentnych przykładów jest zachowawcze leczenie stomatologiczne dzieci, leczenie ortodontyczne. Na samą wizytę u specjalisty, jak podają autorzy, można czekać nawet 12 miesięcy, a to dopiero początek drogi, która w opisywanym przypadku, wraz z rozpoczęciem leczenia aparatem ortodontycznym, może trwać nawet blisko półtora roku. Aczkolwiek, co również znajduje swój wyraz w Raporcie, w dostępie do tego świadczenia istnieje bardzo duże zróżnicowanie regionalne. Najszybciej, bo niecałe dwa miesiące, można było ten proces odbyć w Częstochowie.

Generalnie Raport odnotowuje wydłużenie średniego czasu etapowości leczenia ortodontycznego o 3,8 miesiąca.

Nadal bardzo niekorzystnie wygląda sytuacja pacjentów oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego. Łącznie od pojawienia się bólu, następnie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu do przeprowadzenia zabiegu mija średnio 26,3 miesiąca, ponad dwa lata. Zbyt długie, co podkreślają autorzy, oczekiwanie na realizację świadczenia ma negatywne skutki w postaci pogarszania się stanu pacjenta. Pojawiają się deformacja stawu i nieodwracalne zmiany, a w konsekwencji następują komplikacje samego zabiegu.

Jeszcze dłużej, bo 30,8 miesiąca, ponad 2,5 roku, może trwać oczekiwanie na zabieg usunięcia żyłaków kończyn dolnych. Ponad rok, 12,3 miesiąca, trwa cykl leczenia i wymiany zastawek serca.

Warto podkreślić, że praktycznie we wszystkich przytoczonych przypadkach mamy do czynienia z tzw. chorobami cywilizacyjnymi, czyli takimi, których występowania należy się spodziewać dość często i system powinien być na ich diagnostykę i leczenie przygotowany. Podobnie jak w przypadku najczęściej występujących schorzeń onkologicznych, np. raka jajnika u kobiet, gdzie średni czas oczekiwania na świadczenie to 1,9 miesiąca. Raport podaje jednak przykład pacjentki, u której proces ten trwał aż 145 dni. I to w przypadku choroby dającej u 70 proc. patientek szybkie i w pierwszych fazach choroby niezauważalne przerzuty do innych narządów.

Zdecydowanemu pogorszeniu, wydłużeniu kolejek, podlegała dostępność do świadczeń z zakresu hematologii i hematoonkologii. Najczęściej diagnozowanym przypadkiem był szpiczak plazmocytowy. W badanym okresie kolejki wydłużyły się z 1,6 miesiąca we wrześniu 2021 r. do 2,2 miesiąca w listopadzie 2022 r. Przy czym, co bardzo ważne, samo oczekiwanie na pierwszą wizytę u specjalisty trwa już 5,4 miesiąca. Rok wcześniej niecałe dwa miesiące – 1,9 miesiąca.

Przytoczone wyżej przykłady wyraźnie wskazują na fakt, że nasz system opieki zdrowotnej ma wyraźny problem z etapowością leczenia i „przesuwaniem” pacjenta po kolejnych szczeblach procesu leczenia. Tym samym sam proces w wielu przypadkach ulega nienaturalnemu wydłużeniu, stając się samoistną barierą utrudniającą, bądź wręcz uniemożliwiającą, osiągnięcie pozytywnego efektu terapeutycznego.

Podsumowanie

Jak wspomniano na wstępie, cytowany Raport WHC ma charakter cykliczny, powtarzalny, a zatem ujmuje badane zjawiska w czasie, co pozwala na obserwowanie ewolucji i kierunków ich zmian. Z jego kolejnej edycji, omawianej w tym artykule, zdają się wynikać przynajmniej trzy zasadnicze wnioski:

„Nasz system opieki zdrowotnej ma wyraźny problem z etapowością leczenia i „przesuwaniem” pacjenta po kolejnych szczeblach procesu leczenia”

- po pierwsze, co nie jest zaskoczeniem, ale jedynie kolejnym potwierdzeniem stanu faktycznego, mamy do czynienia z postępującym regresem publicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- po drugie, mimo licznych starań, nadal istotną barierą systemową naszego publicznego sektora ochrony zdrowia jest niedostateczna płynność przechodzenia kolejnych etapów cyklu terapeutycznego. Począwszy od, pogarszającej się w większości przypadków, dostępności do specjalistycznych porad lekarskich, poprzez dostępność badań diagnostycznych, a na ewentualnej realizacji zabiegu bądź zachowawczym leczeniu szpitalnym kończąc,
- i po trzecie, z raportu wyraźnie wynika, że mimo wzrostu nakładów na publiczny system opieki zdrowotnej sytuacja pacjentów nie ulega adekwatnej poprawie. To powinno zmuszać zarządzających systemem do refleksji na temat przyczyn tego stanu rzeczy. Coraz bardziej zdaje się nie ulegać wątpliwości, że niezbędna większa dostępność środków finansowych jest warunkiem niezbędnym, ale już niewystarczającym, dla prawidłowego rozwoju publicznej ochrony zdrowia w naszym kraju. Konieczne są zmiany organizacyjne i systemowe w szeroko rozumianej sferze zarządzania. Niestety podejmowane dotychczas różne próby w tym obszarze nie skończyły się powodzeniem.

Mariusz Jędrzejczak, były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu

Aby ściągnąć raport, zeskanuj kod QR:

