

Kto ustawia kolejki po świadczenia, ten ma władzę

# Rządy komitetów kolejkowych

Dziś kolejki – dla wielu symbol PRL – trudno zobaczyć w sklepach czy przed kinami. Przetrwają jednak i mają się znakomicie w ochronie zdrowia. Ponoć ten, kto rozwiąże problem kolejek do lekarzy, zostanie wyniesiony na ołtarze. Ale czy znajdzie się taki śmiałek? Ktoś, kto narazi się potężnej grupie interesów, dla której kolejki to świetny biznes?

Ponad dwa lata (2007–2009) byłem rzecznikiem prasowym wojewódzkiego oddziału NFZ w Kielcach. Do problemów, o których najczęściej dyskutowano na łamach prasy, należały kolejki do lekarzy specjalistów i czas oczekiwania na niektóre zabiegi. Staralem się zbadać to zagadnienie, rozmawiałem na ten temat z wieloma pracownikami NFZ, lekarzami i menedżerami służby zdrowia. Nie czuję się uprawniony do ujawnienia ich nazwisk, gdyż zwykle były to rozmowy kularowe, nieprzeznaczone do publikacji. Jednak – pewnie i dzięki temu – były to rozmowy szczerze, wskazujące okoliczności niewygodne dla środowisk reprezentowanych przez mych rozmówców.

Oficjalnie decydenci NFZ jako główną przyczynę kolejek najchętniej wymieniają niedobór lekarzy, a menedżerowie służby zdrowia niedostateczne finansowanie służby zdrowia przez NFZ. Oba wskazania są słuszne. Ale nie wyczerpują zagadnienia. Jest ono bowiem dużo bardziej złożone. Moi rozmówcy jasno dawali temu wyraz w rozmowach.

W rzeczywistości na katastrofalną sytuację wpływa również kilka innych czynników. Można na nie oddziaływać za pomocą dostępnych narzędzi. Bywa to jednak kłopotliwe i – uwaga! – sprzeczne albo z interesem lekarzy, albo decydentów NFZ na różnych szczeblach.

## Grzech I

Nieaktualne informacje o kolejkach w systemach NFZ

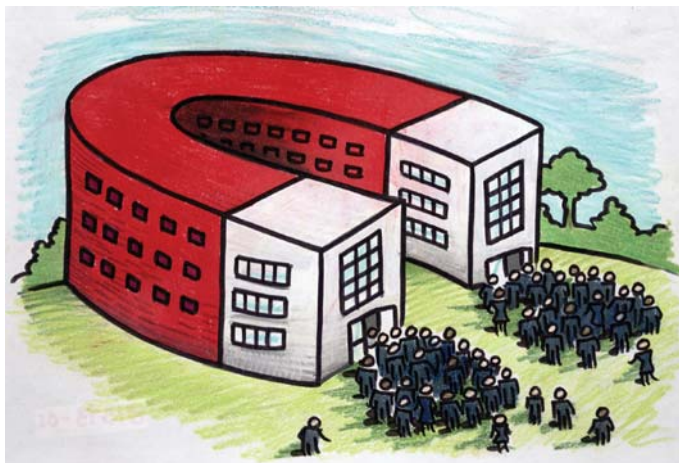
Z jednej strony, winę ponoszą placówki medyczne ociągające się z przesyłaniem danych do NFZ. W niektórych regionach zdarza się, że niemal połowa świadczeniodawców nie przekazuje informacji w terminie. Co gorsza, wielu tych, którzy formalnie wywiązują się z obowiązku, traktuje go z przymrużeniem oka. „Dziennik Bałtycki” podał, że zdaniem Jarosława Skłuckiego, szefa zrzeszającego przychodnie Pomorskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia, obowiązek prowadzenia list utrudnia pracę placówek, bo wymaga zatrudnienia dodatkowych pracowników zajmujących się tylko sprawozdawczością.

Teoretycznie NFZ powinien karać za opóźnienia. Faktycznie, kary takie są wymierzane, ale symbolicznie. Wynoszą zwykle kilkadziesiąt lub kilkaset złotych i w większości oddziałów wojewódzkich NFZ nakładane są rocznie zaledwie na kilkunastu świadczeniodawców.

## Grzech II

Nowomowa – hermetyczność informacji w systemach NFZ

Może i słusznie NFZ liberalnie patrzy na świadczeniodawców ociągających się z nadsyłaniem danych, bo



fol. images.com/Corbis

„ Poprawna polszczyzna nie wystarczy, by zrozumieć język komunikatów NFZ. Nie ma rady, trzeba poznać urzędniczy slang „

przecież dostęp do tych informacji na stronach NFZ i tak nie jest łatwy dla przeciętnego internauty. Program jest skonstruowany wręcz w sposób utrudniający pacjentowi wyszukanie potrzebnych danych.

By się nimi posługiwać, trzeba znać nowomowę – urzędniczy slang NFZ – bo potoczna polszczyzna (a przecież takiej używają pacjenci) jest mało przydatna. Aby np. znaleźć informacje o kolejkach do okulisty, większość ludzi w rubryce „świadczenie” wpisze „okulista”. A wtedy system wyświetli informację: „Brak danych” (bo trzeba najpierw wpisać „poradnie specjalistyczne AOS”). Proszę jednak nie myśleć, że już z tej pozycji można wreszcie wpisać „okulista”. Nie, w najlepszym wypadku wyświetli nam się wtedy informacja o zwodniczym tytule „pomoc”. Gdy w nią klikniemy, przeczytamy „Listy oczekujących prowadzone są głównie z dokładnością do komórek organizacyjnych (np. poradni, oddziałów szpitalnych), a tylko w części do wyspecyfikowanych świadczeń, zgrupowanych w dwie kategorie *Procedury medyczne* i *Programy lekowe*”. W celu wyszukania informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia należy wybrać w oknie „Rodzaj świadczenia” „Procedury medyczne” oraz „Programy lekowe”, a dopiero, jeśli nie będzie tam szukanej kolejki, wybrać inny rodzaj świadczenia, np. „Leczenie szpitalne”.

Jak więc widać, do informacji ma szansę dotrzeć tylko ten, kto sprawnie posługuje się językiem przepisów NFZ, na ogół słabo znanym przeciętnemu pacjentowi, a nawet lekarzowi. Pracując w NFZ, niejednokrotnie zdarzało się, że dyrektor oddziału prosił mnie o tekst dla pacjentów napisany potoczną polszczyzną, a następnie przerabiał go, sprowadzając w praktyce



fot. Illustration Works/Corbis

„ Schorowani ludzie po kilkanaście godzin stoją w kolejkach, często już od dnia poprzedzającego zapisy „

do cytatów z przepisów NFZ (bo ponoć, zdaniem urzędnika, tak jest „bardziej elegancko”).

### Grzech III

Wygodnictwo świadczeniodawców

Niekiedy świadczeniodawcy (tylko w Kielcach znam kilka takich wypadków) zapisują pacjentów do kolejek za ledwie raz na kilka miesięcy. Jest to niezgodne z treścią kontraktów zawartych z NFZ, nakazujących ciągle prowadzenie zapisów, a rzekomo ma na celu... wygodę pacjentów. W praktyce powoduje, że schorowani ludzie po kilkanaście godzin wystają w kolejkach (często ustawiających się już dnia poprzedzającego zapisy). Trudno też byłoby udowodnić, że taki system faktycznie ułatwia organizację pracy w przychodniach. Pewne za to jest, że potęguje mit o niedostępności świadczeń medycznych i skutecznie zniechęca do korzystania z dobrodziejstw darmowej opieki medycznej osoby zamożniejsze – zachęca je za to do wizyt prywatnych. I czy czasem nie o to właśnie chodzi organizatorom takich działań?

Narodowy Fundusz Zdrowia jest przeciwny takim praktykom. Na stosujących je nakłada czasem symbo-

liczne kary, które są bez znaczenia dla świadczeniodawców (zazwyczaj placówek rehabilitacyjnych cieszących się wśród pacjentów dobrą renomą i położonych w centrach dużych miast).

### Grzech IV

Nadmierna zapobiegliwość pacjentów (i niedbalstwo świadczeniodawców)

Pacjenci często rejestrują się jednocześnie w kolejkach do kilku świadczeniodawców. Jeśli zostaną szybko przyjęci przez jednego z nich (a także, gdy skorzystają z usługi prywatnie!), nie informują o tym pozostałych. Praktycznie nie ma weryfikacji pacjentów, z wyjątkiem niektórych świadczeń.

Tu piłka jest zarówno po stronie NFZ, jak i placówek medycznych. Trzeba przyznać, że NFZ pierwsze kroki wykonał, ale tylko w wypadku pewnych świadczeń (głównie związanych z endoprotezoplastyką). Weryfikacja list dokonała cudu! Z informacji „Gazety Wyborczej” wynika np., że w szpitalu w Żninie, gdzie jeszcze rok temu na zabieg czekało się kilka lat, teraz czas oczekiwania skrócił się do roku. Gdzie indziej w kolejce na endoprotezoplastykę stawu biodrowego trzeba było czekać 752 dni, a po wprowadzeniu nowych zasad wystarczy półtora roku.

Ale to tylko jedna strona medalu. Bo i dla menedżera publicznej służby zdrowia jest tu pole do popisu, szczególnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Metoda jest prosta i od lat stosowana nie tylko przez duże centra medyczne, ale także przez wziętych

lekarzy prowadzących prywatne praktyki. W wielu wypadkach wystarczy przypomnieć pacjentowi kilka dni wcześniej o terminie wizyty za pomocą SMS-a albo – jeszcze lepiej – telefonu z zapytaniem, czy wybiera się w danym dniu na wizytę. Ten system znakomicie sprawdza się w wielu placówkach i kosztuje grosze. Jeśli miejsce w kolejce zostaje zwolnione, zaprasza się pacjenta, który ma wyznaczony odleglejszy termin, ale zgłosił chęć skorzystania z wizyty jak najszybciej.

Z tym zagadnieniem ściśle wiąże się i grzech następny, czyli...

## Grzech V

Brak preselekcji pacjentów

Pacjent chce koniecznie trafić do najlepszego – swoim zdaniem – lekarza. Jeśli znakomita opinia o umiejętnościach specjalisty jest powszechna, kolejka do niego jest bardzo długa. Znajdują się w niej również chorzy potrzebujący zaledwie podstawowej porady. Jednak czekają miesiącami na upragnionego fachowca... Ten problem można rozwiązać organizacyjnie, tworząc systemy, w których pacjent prowadzony jest najpierw przez asystentów sławy medycznej, wstępnie oceniających jego stan i leczących go.

## Grzech VI

Fałszywi liderzy i brak informacji o wolnych miejscach

Nie należy do rzadkości sytuacja, że pacjenci nie mogą się doczekać świadczenia w jednym szpitalu, nie ma natomiast chętnych na identyczne zabiegi w innej placówce. Spowodowane jest to obiegowymi opiniami na temat jakości leczenia lub brakiem rzetelnej informacji o jakości leczenia w danej placówce. Jeśli opinie te są niezgodne z prawdą, placówki mające wolne moce przerobowe powinny informować o swoich sukcesach, a szpitale obłożone o wolnych miejscach u sąsiadów.

Informacja o rzeczywistych osiągnięciach lekarzy jest bardzo istotna dla pacjentów, którzy częstokroć kierują się obiegowymi opiniami. Czasami są to opinie niemające wiele wspólnego z prawdą, ale zmienić je może tylko rzetelna informacja.

## Grzech VII

Naganianie pacjentów do prywatnych gabinetów

*– Nie mam złudzeń, że doktor X pracuje u mnie tylko dlatego, że dzięki temu jego prywatni pacjenci uważają, że w razie potrzeby łatwiej dostaną się do szpitala. I do tego*



foto. Wojciech Szustalec/Agencja Gazeta

**Beata Małecka-Libera**  
zastępca przewodniczącego  
sejmowej Komisji Zdrowia

To, że kolejki wydłużają się w Polsce, jest bardzo niepokojące. Powinniśmy zrobić wszystko, by zaczęły się skracać.

O całkowitym wyeliminowaniu ich z systemu ochrony zdrowia nie ma co marzyć. Nie ma kraju, w którym nie byłoby kolejek po świadczenia medyczne. Dlatego tym bardziej warto postarać się o to, by listy kolejkowiczów prowadzone były sprawnie i sprawiedliwie. Do tego potrzebna jest dobra platforma informatyczna. Dzięki niej będzie jasne, gdzie kolejki są najdłuższe, jakie zasady obowiązują przy ich ustalaniu. Coraz mocniej skłaniamy się również do wprowadzenia współpłatenia. Doświadczenia innych państw, w tym najbliższych sąsiadów, pokazują, że dzięki niemu można rozładować większość kolejek.



foto. Archiwum

**Rafał Janiszewski**  
niezależny ekspert, doradca  
ds. świadczeń zdrowotnych

W naszym kraju jest możliwe zapisanie się w kolejce do zabiegu w 5, 10, a jak ktoś się uprze, to nawet w 15 miejscach. Potem jest to wykorzystywane przez świadczeniodawców do argumentowania: mamy tylu a tylu chętnych, ludzie czekają, chcemy zwiększenia kontraktu. A tak naprawdę, gdyby porządnie przeliczyć, okazałoby się, że w kolejkach do różnych szpitali figurują te same nazwiska, że rzeczywista wielkość „ogólnopolskiej kolejki” jest kilkakrotnie mniejsza od tej, która wynika z obecnie sporządzanych sprawozdań. Pierwsze, co powinniśmy zrobić, to określić rzeczywiste rozmiary kolejek, powykreślać z nich wszystkie *martwe dusze*. Dopiero po tym ustaleniu moglibyśmy zastanawiać się, jak sensownie te kolejki skracać.



foto. Archiwum

**Maciej Murkowski**  
Szpitale Polskie SA

Na swój własny użytek, mam sposób na kolejki. Gdy stoję przed problemem kolejek, gdy mam czekać miesiącami na wizytę lub zabieg: nie robię tego. Po prostu idę do prywatnego lekarza, szpitala, przychodni. Tam kolejek nie ma. I chciałbym, żeby wszyscy Polacy mieli taką samą możliwość omijania kolejek jak ja. Bo, prawdę mówiąc, wolny rynek, konkurencja – to jedyny sposób na załatwienie problemu kolejek. Trzeba nam konkurencji między płatnikami, trzeba wolnego rynku ubezpieczeń. Im więcej rynku, tym mniej kolejek.

„ NFZ powinien karać za opóźnienia. Faktycznie, kary takie są wymierzone, ale ich wysokość jest symboliczna „

*mają rację... – słyszałem aż nazbyt często. – On jest w placówce mającej kontrakt z NFZ tylko po to, żeby prowadzić prywatną praktykę...*

W prywatnych rozmowach niemal wszyscy menedżerowie służby zdrowia przyznają, że rozwiązaniem byłoby wprowadzenie zakazu łączenia prywatnych praktyk z pracą w placówkach działających w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tak jest w większości państw Europy Zachodniej. Jednak polskie lobby ordynatorskie jest temu bardzo przeciwnie – w obronie swoich prywatnych interesów finansowych.

## Grzech VIII

Brak lekarzy

W wielu specjalnościach to przyczyna rzeczywista i obiektywna, lekarzy niektórych specjalności po prostu w Polsce brakuje. Nie bez winy jest państwo, które dopuściło do tego, że w latach 90. absolwenci medycyny mieli bardzo utrudniony dostęp do dalszego kształcenia i wykonywania zawodu. Powód takiego stanu rzeczy to kwestia warta innego tekstu.

To nie jest problem, który można rozwiązać z dnia na dzień. Ale częściowo można mu zaradzić dzięki współpracy różnych świadczeniodawców (co, trzeba przyznać, coraz częściej się zdarza). Dla systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego byłoby znacznie lepiej, gdyby specjaliści dążący do pracy więcej niż na jednym etacie dorabiali w obrębie systemu, a nie prywatnie.

## Grzech IX

Brak pieniędzy w NFZ

Polska wydaje na publiczną służbę zdrowia mniej niż 5 proc. PKB, co plasuje nas na końcu listy w Europie. Jak podaje „Rzeczpospolita”, nawet szef Biura Bez-

# Powstanie ewidencja pokrzywdzonych

Z inicjatywy Stowarzyszenia CEESTAHC (Central & Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care; [www.ceestahc.org](http://www.ceestahc.org)) w lutym 2010 r. rozpocznie się realizacja projektu pod nazwą Ewidencja Pokrzywdzonych. Celem przedsięwzięcia będzie ocena zgłoszonych bądź też wyszukanych świadczeń medycznych, do których dostęp w Polsce jest ograniczony z uwagi na ich niedofinansowanie.

Na stronie internetowej Ewidencji Pokrzywdzonych prezentowane będą świadczenia zdrowotne (w tym leki) charakteryzujące się wysoką i niezaprzeczną skutecznością oraz wysoką opłacalnością, biorąc pod uwagę przyjęte w Polsce granice efektywności kosztowej, których podaż jest niewystarczająca, jeśli chodzi o najbardziej oczywiste i podstawowe potrzeby chorych. Generalnie będą to świadczenia niedofinansowane, co powoduje, że dostęp do nich jest czasowo lub permanentnie ograniczony, a są one niezwykle potrzebne, bardzo skuteczne i bardzo opłacalne. Ponieważ więc będą to głównie podstawowe technologie medyczne, wydaje się, że zapewnienie do nich szerokiego i łatwego dostępu dla ubezpieczonych jest najważniejszym zadaniem systemu ochrony zdrowia. Ewidencja Pokrzywdzonych stanowić ma również źródło sprawdzonej informacji dla płatnika i decydentów, gdzie ogranicze-

nia dostępu do świadczeń zdrowotnych są z pewnością nieuzasadnione i najbardziej bolesne dla chorych.

Celem projektu Stowarzyszenia CEESTAHC jest przede wszystkim niesienie pomocy pacjentom, słusznie czującym, że choć płacą składki na ubezpieczenie zdrowotne, są oszukani przez system, a za którymi nikt dotychczas nie chciał się ująć. Za podstawowymi potrzebnymi im świadczeniami nie stoi bogaty producent, a chorzy nie są najczęściej w żaden sposób zorganizowani, cierpiąc w milczeniu. Ewidencja ma również zwrócić uwagę na problem niegospodarności w systemie ochrony zdrowia w Polsce, przejawiającej się tym, że chorzy zostają pozbawieni dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych, podczas gdy publiczne pieniądze wydawane są na bardzo drogą aparaturę dla małych szpitali, gdzie często brak jest odpowiednich warunków, by ją efektywnie wykorzystać, czy na horrendalnie drogie technologie medyczne, przynoszące jedynie niewielkie korzyści zdrowotne. Stowarzyszenie chce ponadto pokazać, do czego prowadzi niewłaściwe wyznaczanie limitów. Odpowiednia wycena podstawowych świadczeń jest najważniejszym warunkiem zapewnienia dobrej podaży, z kolei nieodpowiednia wycena prowadzi do braku możliwości uzyskania świadczenia,

pieczeństwa Narodowego Aleksander Szczygło uznał, że z tego powodu bezpieczeństwo zdrowotne Polaków nie jest zapewnione. Poprosił prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza o informacje na temat stanu finansowania publicznej ochrony zdrowia. W przesłanym do BBN piśmie Paszkiewicz zauważa, że zapaść w finansowaniu publicznej ochrony zdrowia w 2010 r. się pogłębi. W porównaniu z 2009 r. pieniądze publiczne, jakie otrzyma NFZ, zostaną zmniejszone o 2,71 proc., czyli o ponad 1,5 mld zł.

To temat rzeka. Napisano już o nim tony artykułów i raportów. Dyrektor szpitala czy przychodni w praktyce ma na domiar złego do czynienia z monopolistycznym dyktatem NFZ i niewiele może tu zdziałać.

## Grzech X

### Psychologia powszechna

Jak donosi prasa: *Pacjent, któremu lekarze każą czekać kilka miesięcy, powinien – według NFZ – stanowczo egzekwować swoje prawa. Jeżeli więc termin oczekiwania na przyjęcie lub zabieg jest zbyt długi, powinien poprosić o uzasadnienie tak długiego oczekiwania na piśmie, a następnie zgłosić sprawę do NFZ, który skontroluje świadczeniodawcę – twierdzi Edyta Grabowska, rzeczniczka Funduszu. – (...) Zachęcam do egzekwowania swojego prawa, dlatego że*

*bez pewnej stanowczości trudno będzie osiągnąć cel. Problemem jest to, że pacjent właściwie nie ma jak okazać tej „stanowczości”. Nawet jeśli poskarży się do NFZ, niewiele mu to pomoże, jeżeli kolejka ustawiona jest zgodnie z przepisami.*

Sprawująca utworzony w tym roku urząd rzecznika praw pacjenta Krystyna Kozłowska nie kryje, że trafiające do jej biura skargi dotyczą najczęściej problemów w dostępie do leczenia i długiego oczekiwania na wizytę bądź zabieg. Jak informuje portal teraz-zdrowie.pl, w takich sytuacjach pacjentom radzi się, by sprawdzili w NFZ, gdzie są placówki, w których łatwiej o miejsce. Dla większości chorych z takiej rady niewiele wynika (patrz Grzech I i Grzech II), ale przecież rzecznik problem załatwił...

I tak to się kręci. Urzędnicy są z siebie zadowoleni, w pocie czoła kolekcjonują „dupokrytki”, a pacjent... Jak to powiedział mi dyrektor bardzo sprawnie (nie tylko moim zdaniem) zarządzanego szpitala: – *Każda branża marzy o sytuacji, kiedy popyt na jej usługi przewyższa podaż. Medycyna, której przedstawiciele doktora Judyma mają za nieszkodliwego (a coraz częściej nawet: szkodliwego!) wariata, nie jest tu wyjątkiem. Dla twardych wyznawców doktryny popytu i podaży obecna sytuacja jest idealna i nic w niej zmieniać nie trzeba.*

Mariusz Pasek, były rzecznik prasowy świętokrzyskiego NFZ

np. zwykłej porady u lekarza onkologa, endokrynologa czy laryngologa. Innym jaskrawym przykładem nadającym się do prezentacji w ramach ewidencji jest brak dostępu do taniego badania USG z wyjaśnieniem personelu medycznego, że „na USG skończyły się limity w tym roku”, przy czym równocześnie oferuje się pacjentowi wykonanie o wiele droższej tomografii lub rezonansu magnetycznego, gdyż „tu limitów jeszcze nie wyczerpaliśmy” – dotyczy to sytuacji, gdy znacznie droższe badanie diagnostyczne nie jest niezbędne. Innym przykładem mogą być dzieci z porażeniem mózgowym, które można poddać zabiegom dentystrycznym wyłącznie w znieczuleniu ogólnym. Niestety, z uwagi na „limity” na znieczuleniu ogólnym w tym wskazaniu, w niektórych województwach dzieci muszą oczekiwać na znieczulenie umożliwiające podstawowe i niedrogie zabiegi w dwuletnich kolejkach.

Stowarzyszenie CEESTAHC ma nadzieję, że inicjatywa doprowadzi do zniesienia bądź choćby ograniczenia jednej z zasadniczych niedoskonałości systemu ochrony zdrowia w Polsce, którą są kolejki do podstawowych świadczeń zdrowotnych. Należy mieć na względzie, że kolejka jest „technologią o udowodnionej szkodliwości”. Kolejka nie jest jednak patologią systemu, a jedynie objawem prawdziwej jego choroby. Chorobą natomiast jest dysproporcja między wielkością dostępnych funduszy a zawartością (często czysto teoretyczną) koszyka świadczeń „gwarantowanych” w Polsce. Ta dysproporcja w ostatnich dwóch latach istotnie się pogłębiła, a więc



foto: images.com/Cobis

i skala niesprawiedliwości wzrosła. Ewidencja Pokrzywdzonych wskaże te świadczenia, do których dostęp przede wszystkim powinien być zapewniony i w żadnej mierze nie powinno się go ograniczać.

Ewidencja Pokrzywdzonych ma służyć zmniejszeniu niesprawiedliwości w polskim systemie ochrony zdrowia. Dlatego stowarzyszenie CEESTAHC poszukuje partnerów gotowych współdziałać na rzecz inicjatywy. Zainteresowani nawiązaniem współpracy lub wsparciem ewidencji proszeni są o kontakt mailowy na adres: sekretariat@ceestahc.org.

Krzysztof Łanda, prezes HTA Audit