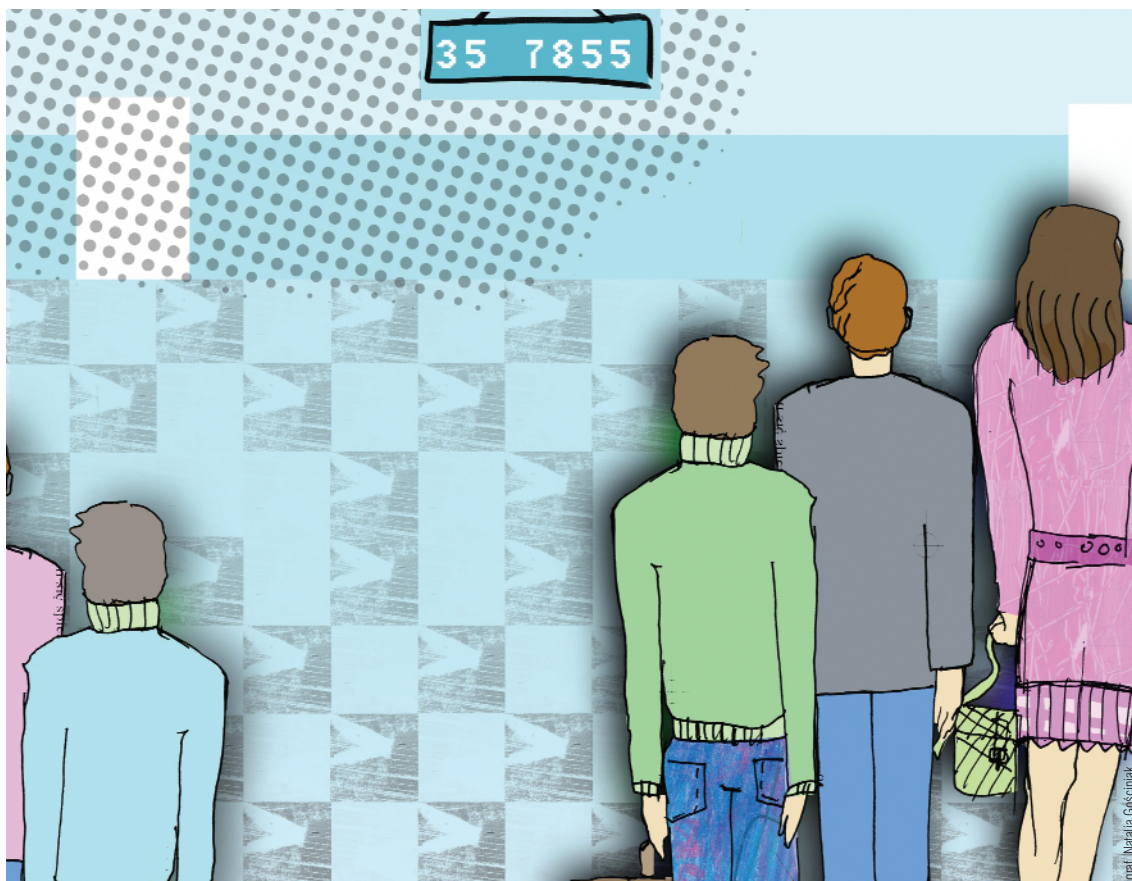


## Inicjatywa obywatelska dotycząca organizacji list oczekujących



# Księgi zdrowia

Adam Koziarkiewicz

Grupa Lekarska przy Fundacji im. Stefana Batorego spotykała się przez ostatnie kilka lat, dyskutując o głównych problemach i bolączkach systemu ochrony zdrowia. Uwagę uczestników spotkań Grupy przykuwały szczególnie problemy transparentności i jawności procesów, jakie zachodzą w systemie. W części wniosków, dotyczących relacji między lekarzami a pacjentami, mówiono o skutkach widocznych dla wszystkich niedoborów podaży w publicznym systemie ochrony zdrowia i rodzących się w tych okolicznościach patologiach. Zastanawiano się również, w jaki sposób system ochrony zdrowia mógłby w bardziej przyjazny sposób reagować na potrzeby wyrażane przez obywateli. Jednym z wniosków, jaki powstał w wyniku tych dyskusji jest potrzeba stworzenia systemu list oczekujących, jako narzędzia do organizowania dostępu do deficytowych świadczeń, do monitorowania poziomu i dystrybucji niedoborów oraz planowania realokacji środków kierunku likwidacji tych niedoborów. Dodatkowym impulsem przyspieszającym prace była integracja europejska i możliwość dużego wypływu z Polski środków na leczenie pacjentów za granicą. Mimo indywidualnych korzyści pacjenta, w takiej sytuacji nasz ubogi już system stać się może jeszcze uboższy i w jeszcze mniejszym stopniu zaspokajać potrzeby społeczeństwa.

” W jednych społeczeństwach dostęp do świadczeń deficytowych podlega społecznemu nadzorowi, jest przejrzysty i pacjenci znają oraz akceptują reguły tego dostępu, w innych natomiast dostęp ten jest sposobem na uzyskiwanie nienależnych i nielegalnych dochodów ”

W rynkowych sektorach gospodarki wielkość produkcji oraz sprzedaży zależy generalnie od popytu na określone produkty i usługi. Łącznikiem popytu i podaży jest skłonność i zdolność konsumentów do poniesienia kosztów nabycia danego dobra.

W sektorze ochrony zdrowia mechanizm ten jest zaburzony przez pojawienie się tzw. *trzeciego płatnika* (*third party payer*), który w imieniu konsumenta (pacjenta) ponosi koszty nabycia poszczególnych dóbr. W sytuacji takiej popyt na określone dobro jest kształtowany prawie wyłącznie przez potrzeby zdrowotne konsumentów, a czasem jedynie przez przeświadczenie o takich potrzebach. Publiczny płatnik, który na podstawie decyzji politycznych jest odpowiedzialny za zaspokojenie popytu na dobra ochrony zdrowia, znajduje się pod olbrzymią presją finansową i często nie jest w stanie jej podołać. Pojawia się wtedy problem określonego lub stałego deficytu poszczególnych dóbr i usług, co objawia się ograniczonym dostępem do nich dla konsumentów – pacjentów.

Sposób rozwiązywania problemu deficytu można, niestety, odnieść do kultury społecznej panującej w danej populacji; w jednych społeczeństwach dostęp do świadczeń deficytowych podlega społecznemu nadzorowi, jest przejrzysty i pacjenci znają oraz akceptują reguły tego dostępu, w innych natomiast dostęp ten jest sposobem na uzyskiwanie nienależnych i nielegalnych dochodów przez osoby władne regulować tym dostępem, pacjenci natomiast poszukują sposobów obejścia kolejki, co często realizowane jest poprzez zapłacenie *kopertówki*. To drugie zjawisko, dobrze znane w Polsce, jest szeroko rozpowszechnione w Europie Środkowej i Wschodniej oraz obecne w takich krajach Europy Południowej, jak Włochy czy Grecja.

W związku z tym oraz w nawiązaniu do Rekomendacji Rady Europy R (99) 21 w Fundacji im. S. Batorego, w ramach prac Grupy Lekarskiej podjęto wysiłki w celu uruchomienia obywatelskiej inicjatywy, mającej na celu uregulowanie i cywilizowanie dostępu do świadczeń deficytowych w Polsce. Istnieje potencjalna możliwość wprowadzenia odpowiedniej regulacji do wybranej ustawy z zakresu ochrony zdrowia. Warto przy tym zaznaczyć, że już obecnie, na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w zakładach powinny być prowadzone tzw. księgi oczekujących,

czyli element dokumentacji medycznej, odnotowujący fakt czekania na wykonanie świadczenia. W regulacji tej nie ma natomiast mowy o tym, w jaki sposób organizować wpisy do ksiąg, czy też, jakie powinny być kryteria ustalania kolejności uzyskiwania dostępu do świadczeń deficytowych.

Pomiar i ocena deficytu świadczeń poszczególnych kategorii i specjalności jest także bardzo ważną przesłanką planistyczną. Zmiany wprowadzone ustawą z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), wprowadziły *planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych* jako mechanizm systemowego powiązania potrzeb zdrowotnych z możliwościami nabywania świadczeń przez NFZ. W powszechnej opinii mechanizm planowania oraz narzędzie w postaci *wojewódzkich planów zdrowotnych* nie spełniają jednak pokładanych w nich nadziei.

Czytelne i jednoznaczne systemowe powiązanie potrzeb zdrowotnych z możliwościami finansowymi jest możliwe wtedy, gdy gromadzone dane o potrzebach zdrowotnych będą jednoznacznie interpretowane i wykorzystywane do alokacji środków. **Monitorowanie czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na deficytowe usługi zdrowotne pozwoli na lepszą ocenę potrzeb zdrowotnych, w szczególności tych uświadomionych a niezrealizowanych, tym samym wywołujących frustrację i niezadowolenie społeczne.** Stałe śledzenie wskaźników pomiaru dostępu do usług pozwoli ocenić skalę okresowego lub stałego, lokalnego lub ogólnokrajowego deficytu poszczególnych dóbr z zakresu ochrony zdrowia. Wydaje się, że jest to niezbędny element konieczny do interpretacji danych o stopniu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

Zakres propozycji inicjatywy obywatelskiej dotyczącej organizacji list oczekujących obejmuje zatem założenia regulacji ustawowej, dotyczącej problemu list oczekujących oraz odpowiednich aktów wykonawczych.

### Opis systemu docelowego

System list oczekujących oparty jest na zestawie założeń, które w dalszej kolejności winny zostać przełożone na zapisy w odpowiednich aktach prawnych. Ogólnym celem stworzenia systemu list oczekujących jest zapewnienie sprawiedliwego, niedy-

skryminującego i przejrzystego dostępu do deficytowych świadczeń zdrowotnych oraz społecznego nadzoru nad tym dostępem.

Pierwszym z takich założeń jest praktyczne ograniczenie obowiązku prowadzenia list oczekujących do przypadków tzw. **świadczeń deficytowych**, przy czym za świadczenia takie uznaje się świadczenia zdrowotne, na które popyt wynikający z wyraźnych przyczyn zdrowotnych przewyższa, w aktualnym systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych, ich podaż. O tym, czy dane świadczenie określone jest jako deficytowe, decyduje praktyka i obserwacja, że pacjenci zakwalifikowani do uzyskania tego świadczenia nie mogą go uzyskać w dogodnym dla siebie terminie. To rozróżnienie nie jest zbyt precyzyjne, lecz wydaje się, że przy odpowiedniej dozie nadzoru społecznego nad listami oczekujących, nie powinno to stanowić istotnego problemu, szczególnie w proponowanej wersji rozwiązań technicznych. Pojęcie to odnosi się też wyłącznie do świadczeń, które są wykonywane ze środków, lub z udziałem środków publicznych, czyli tych, o których mowa m.in. w art. 68. Konstytucji RP. Istotne staje się zatem precyzyjne wskazanie środków publicznych, które wykorzystywane są do nabycia świadczeń na rzecz obywateli, jako że to określenie zdeterminuje, do jakich rodzajów świadczeń odnosi się definicja *świadczeń deficytowych*.

Listy oczekujących tworzone są w poszczególnych komórkach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, wykonujących świadczenia spełniające kryteria świadczeń deficytowych, a także przez pracowników indywidualnych praktyk lekarskich, wykonujących takie świadczenia. W przypadku list oczekujących w zastosowaniu do opieki ambulatoryjnej, konieczne jest zobowiązanie tych komórek do prowadzenia odpowiedników ksiąg oczekujących z oddziałów szpitalnych. Właściwą metodą byłoby wprowadzenie odpowiednich zapisów do rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej, wydawanych na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o zawodzie lekarza.

Pierwotnym założeniem, które przyświecało twórcom rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z roku 2001, było ograniczenie tworzenia list oczekujących do lecznictwa szpitalnego, z uwagi na to, że te usługi nie mogą być z reguły zakupione z kieszeni pacjenta i dostęp do nich stanowi główne zagrożenie; w przypadku usług ambulatoryjnych wizyta kupiona w sektorze prywatnym nie rujnuje większości budżetów domowych i może rozładowywać największe napięcia w systemie.

W celu uzyskania transparentości decyzji o wpisaniu na listy oczekujących w zakładach opieki zdrowotnej, powołuje się zespoły złożone z co najmniej trzech pracowników medycznych zakładu. Rola i zadania zespołów określane byłyby przez regulaminy, nadane przez kierownika zakładu.

Tworzenie takich zespołów, choć wydaje się operacją biurokratyczną, jest zgodne z koncepcją wewnętrznego nadzoru na procesami w organizacji; rozwiązania takie stosuje się już powszechnie dla procesów poprawy jakości (*Total Quality Management*) czy nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi. Alternatywnie można przyjąć jednoosobową odpowiedzialność za nadzór nad prawidłowością prowadzenia ksiąg, ponoszoną przez kierownika placówki, wtedy jednak to on bezpośrednio i jednoosobowo odpowiada za prawidłowość działania całego systemu, co w kontekście całego zakresu odpowiedzialności takiej osoby wydaje się mało rozsądne. Ważne jest podkreślenie, że merytoryczne decyzje związane z wpisywaniem na listy oczekujących (do ksiąg oczekujących) będą podejmowane przez osoby bezpośrednio zaangażowane (np. lekarza leczącego), jednak decyzje te podlegałyby nadzorowi zespołowemu. Zobowiązanie do stworzenia odpowiednich zespołów spoczywa na kierowniku zakładu, przy czym w proponowanej regulacji nie określa się ani szczegółowej liczby takich zespołów w zakładzie, ani konkretnych zadań, jakie te zespoły powinny wykonywać, pozostawiając kompetencje w tym zakresie kierownikowi zakładu. W przypadku praktyk indywidualnych, obowiązku takiego, z oczywistych względów, nie można delegować na inne osoby niż właściciel takiej praktyki.

Pacjenci zakwalifikowani do uzyskania danego rodzaju świadczenia uzyskują zapewnienie wykonania świadczenia w określonym czasie, przy czym zapewnienie to ma charakter pisemny, wypisu z odpowiedniej części dokumentacji medycznej, księgi oczekujących oraz pisemnego potwierdzenia planowanego terminu wykonania świadczenia.

Listy oczekujących, czyli wpisy do księgi oczekujących, obejmują jedynie tych pacjentów, którzy zostali zakwalifikowani do określonego rodzaju świadczenia oraz wyrazili na nie zgodę. W przypadku niemożności osobistego wyrażenia przez pacjenta zgody na dane leczenie, wynikającej ze stanu świadomości chorego, zgodę taką może wyrazić jego prawny lub faktyczny reprezentant. Kwalifikację do zabiegu wykonuje się w praktyce wtedy, gdy wskazania, stan fizyczny i psychiczny oraz stan przygotowań pacjenta pozwala na szczegółowe zaplanowanie daty świadczenia. Pacjent może nie być zakwalifikowany ze względu na stan zdrowia lub brak wykonania koniecznych czynności przygotowawczych (np. szczepienie WZW B).

Pacjent, który został zakwalifikowany i wpisany na listę oczekujących placówki, a w międzyczasie zrezygnował (lub uzyskał dane świadczenie w innej placówce), powinien zawiadomić o tym fakcie placówkę, w której był wpisany na listę oczekujących. Niestety, nie można liczyć na skuteczną realizację tego wymogu ze strony pacjentów, zatem

” Monitorowanie czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na deficytowe usługi zdrowotne pozwoli na lepszą ocenę potrzeb zdrowotnych ”



administracja zdrowotna musi znaleźć niezależny, skuteczny sposób weryfikacji takich przypadków.

Podstawowa zasada równości w dostępie oznacza, że pacjenci w podobnym stanie zdrowia uzyskują dostęp **w kolejności, jaka wynika z kolejności ich zgłaszania się**. Z uwagi jednak na fakt, że te same rodzaje świadczeń mogą być wykonywane na rzecz pacjentów w różnych stanach zdrowia, przydatne jest określenie kategorii stanów zdrowia pacjentów, które służyć będą do ustalania terminów przyjęć. Minister Zdrowia wzorem, np. Australii, określa kategorie schorzeń, które są podstawą do określania terminu przyjęcia pacjenta. Szczegółowe kwalifikowanie stanów zdrowia do poszczególnych kategorii zostanie zaprezentowane w rozporządzeniu, przy czym **o terminie przyjęcia decyduwać ma kategoria stanu zdrowia, a w ramach tej kategorii kolejność zgłaszania**. Założenia kategorizacji pacjentów przedstawiono poniżej.

Kryteria kwalifikacji do zastosowania terapii lub diagnostyki poszczególnych rodzajów i z zastosowaniem określonych technologii, Minister Zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, co jednak wymaga ogromu pracy i konsensusu środowiskowego co do kryteriów diagnostycznych. W ten sposób rozpoczęty zostałby niełatwy i mozolny proces uzgadniania kryteriów kwalifikacyjnych do zabiegów itp. Proces ten może jednak być bardzo twórczy, również z medycznego punktu widzenia, z uwagi na konieczność zastosowania zasad EBM. W razie braku zgody środowisk **można** nie wydać takiego rozporządzenia. Ustalanie kryteriów kwalifikacyjnych do zabiegów na poziomie ubezpieczycieli jest powszechną i niekwestionowaną praktyką w Stanach Zjednoczonych, znacznie rzadziej występuje jednak w Europie i można spodziewać się znacznych oporów ze strony środowiska medycznego przed tego typu regulacją. Stąd też wynika opcjonalny charakter ten regulacji.

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi bieżący nadzór nad czasem oczekiwania na poszczególne świadczenia, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń deficytowych, z wykorzystaniem informacji gromadzonych w trybie określonym w art. 143 ust. 1. ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Oznacza to, że Fundusz **nie buduje specjalnego systemu informacyjnego dla list oczekujących, tylko gromadzi informacje o wykonanych świadczeniach w trybie, jaki został określony w rozporządzeniu w sprawie danych gromadzonych przez świadczeniodawców i przekazywanych kasom chorych (...), lub rozporządzeniu, które powstanie w jego miejsce**.

Zakłada się, że wszyscy, w szczególności pacjenci, organizacje i instytucje reprezentujące pacjentów, organizacje konsumenckie oraz poszczególne organy administracji publicznej mają prawo na bieżąco uzyskiwać informacje o czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne osób, które uzyskały dany rodzaj świadczeń. W ten sposób NFZ i jego następcy prawni zostaną zobowiązani do prowadzenia systemu monitorowania czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Przy tym założono, że do monitorowania tego czasu użyty zostanie system wykorzystywany rutynowo do gromadzenia informacji o wykonanych świadczeniach. **Rozporządzenie regulujące ten system, wraz z czasem oczekiwania, jest obecne w legislacji krajowej od roku 2001, choć niestety, nie jest realizowane**. Ewentualną zmianą do tego rozporządzenia może być dopisanie obowiązku o wprowadzeniu informacji o czasie oczekiwania w stosunku do świadczeń ambulatoryjnych, albowiem aktualnie obowiązek taki istnieje w stosunku do świadczeń szpitalnych.

Pacjenci i różne instytucje, które mogą poczuwać się do reprezentowania interesów pacjentów, mają prawo żądać na bieżąco określonych informacji, będących w dyspozycji Narodowego Fundu-

” Pacjenci kwalifikowani są do odpowiedniej kategorii na podstawie ich stanu klinicznego i znanych powszechnie w środowisku profesjonalnym rokowań co do rozwoju tego stanu. Kwalifikacji dokonuje lekarz, działający pod nadzorem zespołu ds. nadzoru nad prawidłowością prowadzenia ksiąg oczekujących ”

szu Zdrowia. Dostęp do tych informacji ma regulować rozporządzenie Ministra Zdrowia. Informacje przekazywane przez NFZ mają mieć charakter **faktycznych, statystycznych wskaźników**, oddających rzeczywiste trendy dotyczące czasu oczekiwania w danym czasie, w danej placówce ochrony zdrowia w stosunku do danego schorzenia i komórki organizacyjnej. Dane te muszą zatem pochodzić z wysoce wiarygodnych źródeł i zawierać sprawdzalne informacje. Dane te stanowią także podstawę do ewentualnych porównań ze spodziewanymi czasami oczekiwania (patrz niżej), jakie deklaruje świadczeniodawcy. **Faktyczny czas oczekiwania** jest zatem obserwowany *a posteriori*, w stosunku do danego pacjenta, natomiast **dane prezentowane mają charakter danych zagregowanych, pokazujących ogólne trendy w zakresie czasu oczekiwania** w odniesieniu do poszczególnych placówek, schorzeń czy procedur medycznych. Analogiczne informacje występują, np. w Wielkiej Brytanii.

Pojęcie **spodziewany czas oczekiwania** oznacza natomiast **przypuszczalny, spodziewany, prawdopodobny czas oczekiwania na dane świadczenie** w danej placówce, określane w danym punkcie czasu przez odpowiednią osobę w placówce. Praktycznie, spodziewany czas oczekiwania powinien znajdować **odzwierciedlenie w wyznaczonych pacjentom terminach przyjęcia**, lecz nie musi istnieć pełna zgodność, ponieważ indywidualne okoliczności, w tym preferencje pacjentów mogą powodować wyznaczanie innych terminów.

Podobnie, jak w przypadku faktycznego czasu oczekiwania pacjenci i różne instytucje, które mogą poczuwać się do reprezentowania interesów pacjentów, mają prawo żądać na bieżąco określonych informacji od świadczeniodawców. Dane uzyskiwane bezpośrednio od świadczeniodawców mają **charakter deklaracji, a nie obiektywnych statystycznych wyliczeń**. Stąd określenie **spodziewany czas oczekiwania**, co zakłada możliwość wystąpienia różnicy pomiędzy tymi czasami, a faktycznym czasem uzyskania świadczenia w przypadku danego pacjenta.

Nadzór nad poprawnością prowadzenia list oczekujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej prowadzi rada społeczna zakładu, składając roczny raport organowi, który utworzył zakład. Pu-

bliczne zakłady opieki zdrowotnej, stają się tym samym obiektem szczególnego zainteresowania, a jako że mają społeczne organy nadzorcze, mogą one pełnić nadzór nad procesem prowadzenia list oczekujących. Jednocześnie przewodniczący rady społecznej, zapewne w odzewie na zainteresowanie określonej organizacji reprezentującej pacjentów może, w celu uzyskania większej przejrzystości, powierzyć tej organizacji prowadzenie ww. nadzoru.

#### **Założenia do rozporządzenia w sprawie kategorii stanu zdrowia**

Proponuje się ustalenie następujących kategorii pacjentów z punktu widzenia terminu i trybu wykonywania świadczeń zdrowotnych na ich rzecz:

Kategorie pacjentów przeznaczonych do hospitalizacji:

**Kategoria 0** – konieczna hospitalizacja nagła, stan zagrożenia życia lub możliwość jego rozwinięcia w ciągu najbliższych godzin i dni,

**Kategoria I** – pożądana hospitalizacja w ciągu 30 dni, ze względu na możliwość szybkiego pogorszenia aż do stanu zagrożenia życia,

**Kategoria II** – pożądana hospitalizacja w ciągu 90 dni ze względu na możliwość wystąpienia bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy małym prawdopodobieństwie szybkiego pogorszenia lub wystąpienia stanu zagrożenia życia,

**Kategoria III** – hospitalizacja w możliwym do zaakceptowania czasie w przyszłości, z uwagi na możliwość wystąpienia w minimalnym stopniu bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy czym nieprawdopodobne jest szybkie pogorszenie lub wystąpienie stanu zagrożenia życia.

W przypadku pacjentów do leczenia ambulatoryjnego, w tym diagnostyki, kategorie te muszą być nieco zmienione i tak:

**Kategoria 0** – świadczenie konieczne w trybie nagłym, stan zagrożenia życia lub możliwość jego rozwinięcia w ciągu najbliższych godzin i dni,

**Kategoria I** – świadczenie pożyteczne w ciągu 30 dni ze względu na możliwość szybkiego pogorszenia aż do stanu zagrożenia życia,



**Kategoria II** – świadczenie pożądanego w ciągu 90 dni ze względu na możliwość wystąpienia bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy małym prawdopodobieństwie szybkiego pogorszenia lub wystąpienia stanu zagrożenia życia,

**Kategoria III** – świadczenie w możliwym do zaakceptowania czasie w przyszłości z uwagi na możliwość wystąpienia w minimalnym stopniu bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy czym nieprawdopodobne jest szybkie pogorszenie lub wystąpienie stanu zagrożenia życia.

Pacjenci kwalifikowani są do odpowiedniej kategorii na podstawie ich stanu klinicznego i znanych powszechnie w środowisku profesjonalnym rokowań co do rozwoju tego stanu. Kwalifikacji dokonuje lekarz odpowiedzialny w danej placówce za kwalifikację pacjentów w danym stanie zdrowia, działający pod nadzorem zespołu ds. nadzoru nad prawidłowością prowadzenia ksiąg oczekujących. Pacjenci planowani są do uzyskania świadczenia w kolejności wynikającej z osiągnięcia stanu gotowości do uzyskania tego świadczenia (stan kliniczny, zgoda, szczepienia itp.) w ramach grupy pacjentów danej kategorii. W przypadku, gdy pacjent nie zgadza się na wyznaczony przez kwalifikującego termin wykonania świadczenia, ma możliwość przedstawienia swoich zastrzeżeń zespołowi i/lub kierownikowi placówki.

Za stan gotowości do uzyskania danego świadczenia uznaje się stan, w którym pacjent ma odpowiednie skierowania (za wyjątkiem stanu nagłego oraz innych sytuacji, które nie wymagają

tego dokumentu), wyraża zgodę na danego rodzaju świadczenie oraz jest przygotowany klinicznie do otrzymania tego świadczenia (np. odpowiednio szczepienia). Stan gotowości do uzyskania danego świadczenia określany jest przez lekarza odpowiedzialnego w danej placówce za kwalifikację pacjentów w danym stanie zdrowia, działającego pod nadzorem zespołu ds. nadzoru nad prawidłowością prowadzenia ksiąg oczekujących.

Pacjent w danej kategorii, który osiągnął stan gotowości do uzyskania świadczenia, zostaje powiadomiony na piśmie o planowanej dacie przyjęcia oraz liczbie pacjentów danej kategorii, oczekujących na przyjęcie do danego świadczenia przed nim. W dniu planowego przyjęcia w celu uzyskania danego świadczenia pacjent stawia się o oznaczonej porze w miejscu wykonania danego świadczenia. W razie braku stawiennictwa pacjenta, procedura ustalania daty przyjęcia rozpoczyna się od nowa.

W razie braku możliwości wykonania świadczenia w zaplanowanym dniu, pacjent poinformowany zostaje o najbliższej możliwej dacie uzyskania świadczenia dla osób w danej kategorii. W uzgodnieniu z pacjentem ustalana jest kolejna data planowanego wykonania danego świadczenia i pacjent otrzymuje status *pacjenta z opóźnionym przyjęciem*. Placówki są zobowiązane do powiadomienia pacjenta i konieczności przesunięcia terminu przyjęcia z kilkudniowym wyprzedzeniem, oraz nie powinno to nastąpić więcej niż 2 razy. Pacjent z przesuniętym terminem przyjęcia uzyskuje status *opóźnionego* i taka informacja przekazywana jest do NFZ.

„ Jeśli system będzie tworzony jako odrębny, autonomiczny, jeśli będzie wymagać bardzo wyrafinowanych rozwiązań technologicznych, to nie powstanie przez następne 5–8 lat. W tym czasie polscy pacjenci nauczą się korzystać z procedury E-112 i wyjeżdżać będą masowo na planowe leczenie za granicę ”

## Założenia do rozporządzenia w sprawie zasad publicznego udostępniania informacji na temat czasu oczekiwania

### Część I

Narodowy Fundusz Zdrowia gromadzi dane jednostkowe, zidentyfikowane co do osób, na temat świadczeń uzyskiwanych przez pacjentów w poszczególnych placówkach świadczeniodawców, z uwzględnieniem wielu szczegółowych danych, w tym przyczyny uzyskania danego świadczenia, rodzaju zastosowanej procedury, dat i trybu wykonania świadczenia itp.

Dane te służą do stworzenia zestawu sprawozdań obejmujących:

- średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w danej placówce z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe,
- rozpiętość czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne w danej placówce z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe,
- odsetek pacjentów przyjmowanych z udziałem wpisu w księgach oczekujących placówki, w danej placówce, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe,
- odsetek pacjentów o statusie *pacjentów z opóźnionym przyjęciem*, w danej placówce, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe,
- średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe,
- rozpiętość czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe,
- odsetek pacjentów przyjmowanych z udziałem wpisu w księgach oczekujących placówek, w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe,
- odsetek pacjentów o statusie *pacjentów z opóźnionym przyjęciem*, w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki orga-

nizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe.

Zestawienia, o których mowa udostępniane są w Internecie, co najmniej w formie plików do pobrania.

### Część II

Świadczeniodawcy gromadzą informacje na temat czasu oczekiwania na świadczenia deficytowe w formie wpisów do ksiąg oczekujących i/lub rejestrów czasu oczekiwania.

Na podstawie tych danych kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz właściciele praktyk lekarskich zobowiązani są informować o **aktualnych spodziewanych czasach oczekiwania** na danego rodzaju świadczenia, na żądanie lub w powszechnie dostępny sposób, np. na stronach internetowych. Informacje przekazywane są na żądanie dostępne są w szczególności:

- pacjentom,
- organizacjom i instytucjom reprezentującym pacjentów,
- organizacjom konsumenckim oraz poszczególnym organom administracji publicznej.

Zarysowane powyżej konstrukcje są w pełni zgodne z Rekomendacją Rady Europy w tym zakresie, zgodne są również z praktyką realizacji podobnych systemów w takich krajach, jak Wielka Brytania, Hiszpania czy Dania. Mimo swojej złożoności, wysiłek związany z tworzeniem systemu nie musi być ogromny, pod warunkiem, że wykorzystane zostaną istniejące mechanizmy i narzędzia, jak księgi oczekujących czy system sprawozdawczy, związany z wykonywaniem świadczeń na rzecz pacjentów NFZ. **Jeśli jednak system będzie tworzony jako odrębny, autonomiczny, dedykowany tylko w celu monitorowania czasu oczekiwania; w szczególności, jeśli będzie wymagać bardzo wyrafinowanych rozwiązań technologicznych (typu łączenie on-line z rejestrami w placówkach), to nie powstanie przez następne 5–8 lat. W tym czasie natomiast polscy pacjenci nauczą się korzystać z procedury E-112 i wyjeżdżać będą masowo na planowe leczenie za granicę.**

Adam Kozierekiewicz  
Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ, Grupa Lekarska  
przy Fundacji im. S. Batorego