

Jak skracać listy oczekujących na świadczenia
– europejskie wzorce



foto: Julie Nicholls/CORBIS

Kolejka kolejce nierówna

Czy kolejki do specjalistów, szpitali, do zabiegów i operacji to wyłącznie polska specjalność? Oczywiście nie. Ale w Polsce wyjątkowo źle wygląda zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenia. Kolejki rosną w nieskończoność, próby ich skracania są nieudane. Pod względem czasu oczekiwania na świadczenia zajmujemy w Europie niechlubne, czwarte od końca miejsce. Jak z kolejkami radzą sobie inni? Czego możemy się od nich nauczyć, co podpatrzeć?

W Polsce system zarządzania czasem oczekiwania na świadczenia medyczne doczekał się następujących podstaw prawnych:

- ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.),
- rozporządzenia ministra zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. nr 200 poz. 1661),
- rozporządzenia ministra zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji i ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń z pieniędzy publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1447): „polscy pacjenci chcący skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w przypadku, gdy porada lekarska bądź przyjęcie do szpitala nie może zostać zrealizowane w dniu zgłoszenia, zostają wpisani na listę oczekujących, gdzie zostanie im wyznaczony termin, w którym świadczenie będzie mogło być zrealizowane”.

Listy oczekujących

Prowadzenie list oczekujących jest obowiązkowe i w teorii ma na celu zapewnienie wszystkim pacjentom równego dostępu do świadczeń. Do zapisania na listę niezbędna jest zgoda pacjenta oraz skierowanie na leczenie (jeżeli jest ono wymagane do danego rodzaju świadczeń).

W wypadku kontynuacji leczenia i okresowego zgłaszania się na kolejne wizyty lub po porady w ściśle określonych terminach nie ma obowiązku zapisywania się po raz kolejny. W kolejce do wykonania świadczenia nie będzie czekać także pacjent, który posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Szczegółne uprawnienia w tym zakresie mają:

- osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Honorowego Dawcy Przeszczepu,
- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- kombatancki,
- uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- weterani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Procedura

Jak zatem powinna przebiegać procedura zapisania pacjenta na listę oczekujących? Przed zapisaniem do kolejki oczekujących na wizytę, badanie albo zabieg

świadczeniodawca powinien określić, czy stan zdrowia pacjenta wymaga pilnego leczenia i na tej podstawie zakwalifikować go do jednej z dwóch grup (tak zwanej kategorii medycznej):

- przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
- przypadek stabilny – gdy pacjent nie znajduje się w stanie nagłym i nie kwalifikuje się do kategorii „przypadek pilny”.

„Prowadzenie list oczekujących w Polsce jest obowiązkowe i w teorii ma zapewnić wszystkim pacjentom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej”

Co na liście

Na liście oczekujących świadczeniodawca ma obowiązek odnotować m.in. imię i nazwisko pacjenta, numer PESEL, miejsce zamieszkania, a także rozpoznanie lub powód przyjęcia i planowany termin udzielenia świadczenia. Obowiązkiem świadczeniodawcy jest poinformowanie pacjenta o planowanym terminie udzielenia świadczenia i o każdej zmianie tego terminu oraz o przyczynie zmiany. Dlatego tak ważne jest podanie przez pacjenta aktualnych danych kontaktowych, tj. właściwego adresu do korespondencji, numeru telefonu czy adresu poczty elektronicznej.

Pacjent również ma obowiązki. Jeśli nie może się stawić w wyznaczonym terminie lub rezygnuje ze świadczenia, musi o tym poinformować świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie. Ponadto powinien skontaktować się ze świadczeniodawcą wtedy, gdy jego stan zdrowia się zmienia i gdy zaistnieje potrzeba wcześniejszego udzielenia świadczenia. Wówczas lekarz może podjąć decyzję o zmianie kategorii medycznej i wyznaczyć nowy, wcześniejszy termin. Gdy pacjent chce zmienić miejsce leczenia, powinien poinformować dotychczas wybranego świadczeniodawcę o rezygnacji z miejsca w kolejce. Jeżeli tego nie zrobi, blokuje innym możliwość uzyskania w tym czasie świadczenia. I jeszcze jedna bardzo istotna rzecz: na podstawie jednego skierowania na określone leczenie można się wpisać wyłącznie na jedną listę oczekujących.



Fot.: iStockphoto.com

„Gdy pacjent chce zmienić miejsce leczenia, powinien poinformować dotychczas wybranego świadczeniodawcę o rezygnacji z miejsca w kolejce”

Produkty NFZ

Ostatni element związany z listami oczekujących to informacje dotyczące oczekiwania na świadczenia zdrowotne publikowane przez NFZ, podawane do wiadomości publicznej. Zawierają one następujące dane z list oczekujących na świadczenie medyczne określone dla wybranej kategorii medycznej (przypadek stabilny lub przypadek pilny):

- liczbę oczekujących,
- liczbę skreślonych,
- średni czas oczekiwania (w dniach),
- miesiąc i rok aktualizacji danych.

Obok nazwy świadczeniodawcy podane są jego dane teleadresowe.

Wyżej wyjaśniłam, co oznaczają pojęcia przypadek stabilny i pilny. Liczba osób oczekujących to określona przez świadczeniodawcę na koniec miesiąca sprawozdawczego (patrz: „Miesiąc i rok aktualizacji danych”) liczba wpisanych przez świadczeniodawcę na listę oczekujących. Co oznacza informacja liczba osób skreślonych? Otóż jest to liczba osób, które miały wykonane świadczenie w miesiącu sprawozdawczym. Pokazuje ona, o ile osób miesięcznie może się skrócić kolejka. Średni czas oczekiwania oznacza natomiast, ile dni

średnio oczekiwały na udzielenie świadczenia osoby skreślone w ostatnich sześciu miesiącach z list z powodu wykonania świadczenia. Średni czas oczekiwania wynoszący 0 dni może oznaczać dwie sytuacje: pacjenci przyjmowani są na bieżąco lub w ostatnich 6 miesiącach żadnemu z oczekujących nie zostało udzielone świadczenie.

Przy obliczaniu średniego czasu oczekiwania nie są brani pod uwagę chorzy, którzy zgłosili się do świadczeniodawcy w stanie nagłym oraz pacjenci znajdujący się w planie leczenia, wymagający okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. ci, którzy zgłaszają się na wizytę kontrolną).

Teoria i praktyka

Tyle teoria, a jak wygląda praktyka? Polska sytuuje się na końcowych miejscach wśród krajów UE, mamy najdłuższe kolejki do lekarzy, tzw. kolejki bezpośrednie sięgają nieraz kilku godzin oczekiwania, natomiast kolejki do specjalisty nawet kilku miesięcy, a do poważnych zabiegów kilkunastu lat.

Zgodnie z Rankiem Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (*Euro Health Consumer Index*) za rok 2013, opublikowanym 28 listopada 2013 r. w Brukseli, Polska zajęła 32. miejsce, uzyskując 521 punktów na 1000 możliwych i spadając z 27. miejsca w 2012 r., kiedy uzyskała 527 punktów, co wskazuje na przepaść między polskim systemem opieki zdrowotnej a pozostałą częścią zjednoczonej Europy pod względem jakości opieki zdrowotnej i jej dostępności. W rankingu brano pod uwagę m.in. dostępność świadczeń medycznych (czas oczekiwania na listach kolejkowych), efektywność leczenia, stosowane leki, stopień informowania pacjentów, prawa pacjentów oraz profilaktykę.

Na czele, gdy odwrócimy tabele

Doktor Arne Björnberg, przewodniczący *Health Consumer Powerhouse*, kierownik badań, podkreślał podczas prezentacji wyników, że problemy polskiej opieki zdrowotnej wydają się coraz bardziej pogłębiać pomimo wysokiego wzrostu gospodarczego. Polska nie jest w stanie utrzymać wysokiego poziomu opieki zdrowotnej. Wśród 35 klasyfikowanych w rankingu państw gorzej niż w Polsce jest tylko w Rumunii, na Łotwie i w Estonii. Holandia utrzymała pierwsze miejsce z wynikiem 870 punktów, kolejne miejsca zajęły Szwajcaria, Islandia, Dania i Norwegia. Co ciekawe, z badań wynika, że systemy opieki zdrowotnej działające na podstawie ubezpieczenia chorobowego, tzw. model Bismarcka, zyskują coraz większą przewagę nad systemami finansowanymi z budżetu państwa, tzw. model Beveridge'a. Model Bismarcka stosuje zdecydowana większość krajów, które uplasowały się w czołówce rankingu, jak właśnie Holandia, Szwajcaria, Belgia, Niemcy czy Francja. Rekomendacje EHCI dla Polski to

„ Spośród 35 państw ujętych w rankingu ochrony zdrowia gorzej niż w Polsce jest tylko w Rumunii, na Łotwie i w Estonii ”

w długim okresie wprowadzenie opcjonalnych, komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, dających dostęp do świadczeń w sytuacjach, kiedy państwowa służba zdrowia okazuje się niewystarczająca. Natomiast w aspekcie krótkookresowym to skupienie działań na obszarach, w których Polska radzi sobie dość dobrze, jak sprawiedliwość oraz niska śmiertelność niemowląt.

Lekcja holenderska

Przyjrzyjmy się zatem, jak zorganizowany jest system opieki zdrowotnej (i jaki to ma wpływ na dostępność świadczeń zdrowotnych) w krajach, które uplasowały się na czele rankingu EHCI. Nie ma doskonałego systemu opieki zdrowotnej, mimo to Holendrzy są bliżej ideału niż ktokolwiek inny i to od wielu już lat, co zgodnie podkreślają eksperci i pacjenci. Na czym polega ten fenomen?

W 2006 r. weszła w życie reforma wprowadzająca obowiązkowy schemat ubezpieczeń zdrowotnych, w którym ubezpieczyciele konkurują o ubezpieczonych. Każdy, bez względu na dochody, może samodzielnie wybrać instytucję dysponującą jego składką. Wszystkie publiczne instytucje ubezpieczeniowe zostały sprywatyzowane i działają na zasadzie *non profit* lub *for profit*, opierając się na tych samych podstawach prawnych co podmioty gospodarcze. Reforma z 2006 r. zmieniła rolę państwa z organu kontrolującego ceny, liczbę usług i zdolność do ich udzielania w organ ustalający reguły gry. Państwo kontroluje działanie, realizację celów zdrowotnych, socjalnych i finansowych. Nadzoruje też prawidłowość procesów konkurencji między płatnikami za usługi, dostawcami usług i ich odbiorcami, czyli pacjentami.

Podstawą funkcjonowania tego systemu jest konkurowanie towarzystw ubezpieczeniowych i świadczeniodawców o pacjenta. Z tego powodu rząd jest zobowiązany do rzetelnego przekazywania obywatelom informacji o listach oczekujących, jakości i cenach usług. Towarzystwa ubezpieczeń są zaś zobligowane do oferowania wszystkich usług zgodnych z podstawowym zakresem. Konkurują ceną, jakością i komplementarnymi (uzupełniającymi) ubezpieczeniami. Świadczeniodawcy z kolei walczą nie tylko o pacjentów, lecz także o umowy z towarzystwami ubezpie-

„Rekomendacje dla Polski to wprowadzenie opcjonalnych, komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, dających dostęp do świadczeń w sytuacjach, gdy państwowa służba zdrowia okazuje się niewystarczająca”

czeń. Składki na dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne obejmują usługi zapewniające wyższą jakość i krótsze okresy oczekiwania. W zakresie działalności świadczeniodawców obserwowana jest tendencja do łączenia się szpitali i tworzenia silnych organizacji, mających większe możliwości inwestycyjne i unikających duplikowania zakresów udzielanych usług poprzez zjawisko synergii. Uzyskują w ten sposób przewagę w rozmowach z towarzystwami ubezpieczeniowymi. Opiekę długoterminową, której budżet na poziomie ogólnokrajowym zatwierdza Ministerstwo Zdrowia, na poziomie lokalnym nadzorują samorządy. Wyraźny jest trend przesuwania jej ciężaru w stronę opieki domowej i ograniczania zakresu opieki szpitalnej, instytucjonalnej.

Koszyk świadczeń gwarantowanych nie wymienia pojedynczych usług czy wyrobów, a jedynie ich grupy. Świadczenia włączone do zakresu gwarantowanego przez system publiczny muszą spełniać kryteria niezbędności medycznej, efektywności i wydajności.

Prywatne ubezpieczenia

W wielu krajach Unii Europejskiej prywatne ubezpieczenia zdrowotne pełnią funkcję dodatku do systemu bazowego. Są one ubezpieczeniem komplementarnym w Danii, Francji, Słowenii i Holandii. Systemy prywatnej i publicznej opieki zdrowotnej współistnieją równorzędnie w Polsce i w Wielkiej Brytanii. Prywatna opieka zdrowotna zastępuje publiczną w Niemczech w wypadku osób wyłączonych z ubezpieczenia publicznego.

Przykładem obowiązkowego prywatnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego jest system w Holandii, gdzie każdy obywatel ma dowolność wyboru ubezpieczyciela prywatnego, dzięki czemu towarzystwa konkurują o pacjentów.

Czy zatem problem polskiej służby zdrowia rozwiąże się, gdyby wprowadzono model holenderski lub szwedzki? Okazuje się, że nie jest to takie proste. Systemy

opieki zdrowotnej krajów skandynawskich, a także Holandii, nie należą do najtańszych, a w dodatku ich koszty systematycznie rosną, czego głównym powodem jest starzenie się społeczeństwa. Ponieważ Polacy starzeją się równie szybko, przeniesienie tamtejszego systemu i rozwiązań na polskie warunki doprowadziłoby do katastrofy finansowej.

Nie pozostaje nam więc nic innego, jak wybranie najlepszych rozwiązań stosowanych i sprawdzonych w innych krajach i wdrożenie ich do polskiego systemu zdrowotnego przy uwzględnianiu jego specyfiki. Jest wiele aspektów, które należy brać pod uwagę przy reformowaniu systemu zdrowotnego, m.in. demografia, fakt, że w powszechnym systemie zdrowotnym istnieje pokusa nadużycia, którą można zminimalizować np. poprzez wprowadzenie niewielkiego współpłacenia, co ograniczyłoby udzielanie zbędnych świadczeń i blokowanie dostępu do świadczeń innym pacjentom. Wprowadzanie rynkowych bodźców do państwowej służby zdrowia jest jednym ze sposobów ograniczania kosztów. Często usługi medyczne są dostępne tylko teoretycznie, np. mieszkaniec Małopolski nie zawsze chce jechać na drugi koniec Polski tylko dlatego, że tam zabieg, na który oczekuje, zostanie wykonany szybciej niż w jego powiatowym szpitalu. Pewną szansą na poprawienie dostępności świadczeń mogłoby być zwiększenie koordynacji w zakresie zarządzania placówkami medycznymi. Szpital, w którym wydłuża się kolejka oczekujących na jakieś świadczenie, mógłby racjonalnie podejmować decyzje dotyczące inwestycji. System sam znalazłby pewien stan równowagi.

Wiele recept

Jak widać, recept jest wiele, trzeba je tylko odpowiednio zweryfikować i zastosować, co zapewne jest nie lada wyzwaniem dla regulatorów polskiego systemu opieki zdrowotnej.

A na koniec spójrzmy, jak realizowany jest proces dostępności świadczeń zdrowotnych w Szwecji. Zgodnie z przepisami, pacjent w tym kraju nie może zostać przyjęty do szpitala później niż w ciągu 90 dni od daty zgłoszenia, oczywiście pomijając przypadki nagłe. Termin ten musi być bezwzględnie dotrzymywany, nawet jeśli brakuje miejsc w okolicznych szpitalach. Wtedy zabieg lub operacja odbędzie się w najbliższej placówce z wolnymi łózkami. Te same przepisy gwarantują, że na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu pacjent nie może czekać dłużej niż 7 dni.

Powstaje zatem pytanie, czy i kiedy polscy pacjenci będą czekać w kolejce po zdrowie w czasie zbliżonym do europejskich liderów ochrony zdrowia.

Greta Kanownik
Autorka jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
(Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie)
i kierownikiem Działu Administracji Medycznej Samodzielnego
Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.