

# Kolejkowa hipokryzja

Publikowanie w Internecie orientacyjnego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne to jedno ze szczytowych osiągnięć hipokryzji polskiej polityki zdrowotnej. Kolejny legislacyjny *humbug* miał stworzyć iluzję transparentności systemu ochrony zdrowia, a przeciętnemu Janowi Kowalskiemu dać szansę znalezienia miejsca, gdzie zostanie wyleczony najszybciej.

Wyobraźmy sobie Jana Kowalskiego mieszkającego na Podlasiu, w najbiedniejszym regionie kraju, który ma skomplikowane złamanie nogi. W najbliższym szpitalu musi czekać na zabieg 8 lat. Zaczyna szukać w Internecie (Internet na Podlasiu nie jest rzeczą oczywistą) możliwości dokonania zabiegu. I co się okazuje? Musi przejrzeć tysiące stron internetowych, ale bez gwarancji uzyskania wiarygodnej informacji. Jak bowiem przyznał Jerzy Miller, prezes NFZ: – *Listy na razie nie zdają egzaminu, ponieważ, zgodnie z naszymi przewidywaniami, te same osoby są zapisane na różnych listach oczekujących. Dopóki Fundusz nie zapanuje nad tym, żeby jedna i ta sama osoba nie figurowała w pięciu szpitalach w kilku miastach, listy tylko fałszują obraz rzeczywistości.*

Jakby tego było mało, okazało się, że nie zunifikowano metodologii zamieszczania danych, a ich przesyłanie odbywa się w plikach Excel. Problem w tym, że w informatyzującym się kraju urzędnicy łatwo surfują po Internecie, jednak otwarcie prostego pliku jest zadaniem ponad umiejętności pracownika *budgetówki*. W efekcie dane o kolejkach są niewiarygodnymi, nieraz fałszywymi oraz błędnymi informacjami, stwarzającymi iluzję opieki nad pacjentem.



## Monitorowanie kolejek – potrzeba dobrych rozwiązań

Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa, Julian Nowak, Jarosław Pinkas, Józef Stępień

Na systemowe rozwiązania problemów w ochronie zdrowia składają się rozwiązania duże i znaczące. Są nimi np. zmiana struktur płatnika, zmiany podstaw prawnych funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, zmiany zasad finansowania świadczeń, wejście w życie systemu ratownictwa medycznego czy też stworzenie sieci szpitali w kraju. Pojawia się też konieczność rozwiązywania problemów mniejszych, na pozór mało istotnych, a będących wynikiem potrzeby zastosowania ściśle określonych przepisów. Tak dzieje w przypadku kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

proponować rozwiązania mające usprawnić funkcjonowanie list kolejkowych.

### Prawo i praktyka

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zobowiązuje świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i świadczeniach wysoko specjalistycznych.

Zgodnie z pkt 2 art. 20 tej ustawy świadczeniodawca wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:

- kolejny numer,
- datę i godzinę wpisu,
- imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
- numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
- rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- adres świadczeniobiorcy,
- numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- termin udzielenia świadczenia,
- imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu – w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Ustawodawca z dużą precyzją opisał sam proces umieszczania ubezpieczonego na liście oczekujących do udzielenia świadczenia zdrowotnego. Bardzo precyzyjnie określił też elementy niezbędne do identyfikacji zapisu na liście.

Autorzy przedstawiają koncepcję niezbędnych zmian systemowych umożliwiających poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych. Proponowane rozwiązania umożliwią płatnikowi właściwe oszacowanie potrzeb zdrowotnych w funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej, a ubezpieczonemu bardziej czytelne i obiektywne kwalifikowanie do realizacji świadczenia zdrowotnego. Na dzień dzisiejszy brak jest mechanizmów pozwalających na właściwe rozwiązanie tego problemu w skali kraju.

Niewątpliwie każde z rozwiązań i te duże, i te małe, odgrywa znaczącą rolę w całym procesie tworzenia sprawnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Z punktu widzenia potencjalnego pacjenta istotne jest poprawienie dostępności do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych. Ale dopiero uporządkowanie każdego z tych obszarów pozwala na osiągnięcie wyżej opisanego celu. Chcielibyśmy zaprezentować ocenę stanu obecnego i za-

Wydaje się, że odnotowanie godziny zapisu i terminu udzielenia świadczenia dla małej placówki, realizującej do kilkudziesięciu świadczeń dziennie, nie stwarza istotnych problemów, ale jest już problemem w ośrodkach przyjmujących po kilka tysięcy osób dziennie.

Mimo próby osiągnięcia przez zapisy rozporządzenia ogromnej precyzji w dookreśleniu zasad, nie udało się jednak doprecyzować sposobu zapisu: osobisty, telefoniczny, korespondencyjny?, co rodzi problemy związane z wiarygodnością wpisu na listę oczekujących (czy jest wynikiem rzeczywistej potrzeby pacjenta, rezerwacją miejsca *na wszelki wypadek*, celowym działaniem pracownika zoz rezerwującego miejsce dla *znajomych*).

Konsekwencją umieszczenia nazwiska pacjenta na liście oczekujących, w przypadku niemożliwości udzielenia oczekiwanego świadczenia, jest obowiązek powiadomienia go o zmianie terminu. Świadczeniodawca jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić świadczeniobiorcę.

### Dylemat świadczeniodawcy

W jaki sposób świadczeniodawca ma wypełnić nałożony na niego obowiązek? Nieprecyzyjny zapis stwarza samemu świadczeniodawcy problem z prawidłowym postępowaniem.

Ustawodawca nie stworzył jednak zasad funkcjonowania takich zespołów.

Czy placówka realizująca świadczenia w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej również powołuje zespół? Kto w takiej sytuacji byłby jego członkiem? Jakimi kryteriami kieruje się wymienione ciało przy ocenie zapisów na liście kolejkowej?

Czy pacjent, któremu udzielono porady np. w poradni ortopedycznej i założono unieruchomienie gipsem na 3 miesiące, wychodząc z poradni i zapisując się zgodnie z zaleceniem lekarza na wizytę kontrolną, konieczną do odbycia w wyznaczonym terminie, tworzy kolejkę ze średnim czasem oczekiwania 3 miesiące, czy też mając wyznaczoną wizytę planową, nie tworzy kolejki?

### Sieciowa fikcja

Listy oczekujących na udzielenie świadczeń wysoko specjalistycznych muszą być co najmniej raz w miesiącu przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia i ministra zdrowia.

Zgodnie z tym obowiązkiem świadczeniodawcy przekazują co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu NFZ właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczeń informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdro-

## ” Nawet pobieżna analiza list kolejkowych opublikowanych na stronach internetowych pozwala wysnuć opinię o braku kontroli merytorycznej ”

Przykładem skrajnym może być placówka realizująca kilkaset świadczeń dziennie i zgodnie z ustawą codziennie zmieniająca informację o czasie realizacji świadczenia – ubezpieczony jest przesuwany z dnia na dzień, na kolejny wyznaczony termin. W systemie np. korespondencyjnym jest to kilkadziesiąt pism wysyłanych jednego dnia, a każda kolejna informacja aktualizująca poprzednią może wzbudzić uzasadnioną obawę ubezpieczonego co do możliwości realizacji świadczenia w ogóle.

Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają ocenie zespołu przyjęć (okresowo, co najmniej raz w miesiącu). W trakcie takiej oceny przeprowadzana jest kontrola prawidłowości prowadzenia dokumentacji, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń oraz pod względem czasu oczekiwania na udzielenie świad-

wotnej i średnim czasie oczekiwania. Oddziały wojewódzkie NFZ zobowiązane są do publikowania zebranych informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie udzielania świadczenia na swoich stronach internetowych i aktualizowania ich nie rzadziej niż raz w miesiącu. Zobowiązani są również do informowania świadczeniobiorców, który spośród świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma możliwość ich udzielenia, jak również o średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.

Który oddział wojewódzki NFZ udziela informacji o średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej, np. badanie Holtera w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub planowy zabieg przepukliny pachwinowej? Wystarczy przejrzeć informacje zawarte na

stronach internetowych, aby uzyskać odpowiedź – żaden!

Podobnie wygląda sytuacja z informacją dotyczącą średniego czasu oczekiwania na dany typ świadczeń zdrowotnych. Nawet pobieżna analiza list kolejkowych opublikowanych na stronach internetowych pozwala wysnuć opinię o braku kontroli merytorycznej nad tą, tak ważną informacją. Oddziały nie dysponują odpowiednią liczbą kadry medycznej, mogącej na bieżąco weryfikować informacje przekazywane przez świadczeniodawców i automatycznie umieszczane przez OW NFZ na ich stronach internetowych. Rodzi się pytanie o zasadność tak skonstruowanych informacji internetowych, które nie dają pacjentowi oczekiwanej przez niego odpowiedzi na pytanie, gdzie i kiedy ma szansę na realizację oczekiwanego świadczenia? A przecież nawet po uzyskaniu takiej informacji musi on podjąć próbę wpisania się na listę oczekujących w wybranym przez siebie zakładzie opieki zdrowotnej.

W podobny sposób wygląda udzielanie przez pracowników NFZ informacji telefonicznej na temat kolejek w skali województwa i kraju, albowiem korzystają oni z informacji umieszczonych na stronach internetowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ.

- kto i na jakich zasadach zmienia kolejność na listach?
- z jaką częstotliwością informujemy ubezpieczonego o zmianie na liście?
- kto i w jaki sposób może zapisywać pacjenta na listę?

Wydaje się, że sprawa kryteriów medycznych opisujących możliwości zmiany kwalifikacji ze świadczenia planowego na świadczenie wymagające realizacji w trybie pilnym lub możliwie najkrótszym terminie powinna być rozstrzygnięta w ramach obszernych konsultacji ze środowiskiem medycznym. Brak tego typu kryteriów zawsze rodził i będzie rodzić pytanie o sens istnienia list kolejkowych. Tymczasem ustalenie kryteriów to żmudna i długa praca, wymagająca dogłębnej znajomości dotychczas funkcjonującego systemu.

### Centralizacja informatyki

Informacje uzyskiwane od świadczeniodawcy, a dotyczące list kolejkowych powinny być przekazywane wg ściśle określonego formatu i obejmować szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych przez niego realizowanych.

## » Oddziały nie dysponują odpowiednią liczbą kadry medycznej mogącej na bieżąco weryfikować informacje przekazywane przez świadczeniodawców »

Informując pacjenta na podstawie tak skonstruowanych informacji, często wprowadzają go w błąd (zwłaszcza, że dane te bywają nieaktualne, tzn. sprzed miesiąca lub dwóch) i powodują, że opisana sytuacja tworzy błędne koło.

### Niezbędna standaryzacja

Tworzenie zapisów kolejkowych wymaga precyzyjnego opisu i zdefiniowania podstawowych pojęć i procesów z tym związanych.

Należy w pierwszej kolejności określić kryteria zapisu na listę kolejkową:

- które świadczenia zdrowotne i możliwe do zrealizowania w określonym terminie należy zakwalifikować do kolejkowych?
- jakie świadczenia w poszczególnych zakresach uważamy za kolejkowe?
- kto i w jakim składzie weryfikuje listy u świadczeniodawcy?

Ważne jest, aby lista kolejkowa w lecznictwie szpitalnym obejmowała oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne.

Spływające od świadczeniodawców w formie elektronicznej informacje winny być agregowane w zestawienia zbiorcze, ujmujące problem w skali kraju. Tylko w ten sposób można poznać rzeczywistą wagę problemu.

Podobnego rozstrzygnięcia w zakresie informacji o liście oczekujących wymaga ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W sprawozdaniach elektronicznych powinny być wyszczególnione typy porad, które podlegają zapisom kolejkowym.

Format przekazywanych danych bezwzględnie powinien obejmować informację o numerze PESEL ubezpieczonego, co umożliwiłoby pacjentowi sprawdzenie, przez wpisanie go do odpowiedniej aplikacji (podobnie jak to ma miejsce w bazie ubezpieczonych), gdzie i na jakie świadczenie

oczekuje i kiedy ma szansę na jego realizację. Informacja ta daje możliwość wyeliminowania zjawiska ewidencjonowania tego samego ubezpieczonego do tego samego typu świadczenia u różnych świadczeniodawców. Co prawda obecnie istnieje regulacja prawna zabraniająca zapisania się jednego pacjenta do różnych świadczeniodawców w celu uzyskania tego samego świadczenia, lecz nie ma żadnych konsekwencji prawnych za nieprzestrzeganie tych zasad. I trudno się dziwić podobnym praktykom, bowiem chory człowiek zrobi wszystko, aby uzyskać leczenie jak najwcześniej. Nie należy więc tworzyć sztucznych barier. Rolą ubezpieczyciela jest ustanowienie takich mechanizmów i narzędzi, które obiektywnie pozwolą oszacować potrzeby w danym zakresie.

### Korzyści dla resortu

Główną korzyścią płynącą z zastosowania powyższych rozwiązań w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej jest prowadzenie właściwej polityki zdrowotnej w stosunku do ośrodków akademickich i wysoko specjalistycznych.

Umożliwi to również opracowanie właściwych aktów prawnych (rozporządzeń), uzupełniających dotychczas obowiązującą ustawę.

### Gdzie i jak długo

Oczywiście, pokazaliśmy tylko fragment systemu tworzenia list kolejkowych, który w łatwy i przystępny sposób może być zweryfikowany przez osoby mające dostęp do Internetu.

## » System wyprodukował dotychczas tony nikomu niepotrzebnej makulatury w postaci list kolejkowych przekazywanych oddziałom wojewódzkim NFZ «

Prostota uzyskania kompleksowej informacji o czasie realizacji świadczenia jest celem nadrzędnym, a centralizacja spływających do płatnika informacji jest ze wszelkich miar pożądana.

Centralizacja udzielanych zbiorczo informacji ze wskazaniem okresu oczekiwania u poszczególnych świadczeniodawców w skali kraju, w zależności od typu świadczenia, jest jednym z wielu czynników poprawiających dostępność do świadczeń zdrowotnych.

Stworzenie programu informatycznego rozwiązującego opisywane zagadnienie jest kwestią nie-zbyt długiego czasu.

### Korzyści dla płatnika

Sugerowane mechanizmy i narzędzia pozwolą na:

- właściwe planowanie zakupu świadczeń praktycznie we wszystkich zakresach dla poszczególnych rejonów kraju,
- uruchomienie mechanizmu konkurencyjności pomiędzy świadczeniodawcami,
- właściwą alokację środków finansowych pomiędzy oddziałami NFZ,
- poprzez prostotę dostępności do istotnych informacji systemowych wzrost zaufania ubezpieczonych do instytucji,
- uproszczenie sprawozdawczości,
- oszczędności finansowe w zakresie obsługi informacji o kolejkach.

Gdyby nie waga i znaczenie opisywanego zagadnienia, można by dotychczasową sytuację opisać żartobliwie na co najmniej kilka sposobów:

- system wyprodukował dotychczas tony nikomu niepotrzebnej makulatury w postaci list kolejkowych przekazywanych oddziałom wojewódzkim NFZ,
- w skali kraju na konkretne świadczenie zdrowotne oczekuje długo bardzo wiele osób.

Wystarczy, aby minister zdrowia lub prezes NFZ podjął właściwe decyzje, które pozwolą nam, pacjentom, politykom zdrowotnym, menedżerom ochrony zdrowia wiedzieć, gdzie, w jakiej konkretnej placówce na terenie kraju i jak długo oczekiwać będziemy na konkretne świadczenie zdrowotne (np. wszczęcie endoprotezy stawu biodrowego lub planową operację przepukliny pachwinowej), co może nie tylko poprawić dostępność do świadczeń zdrowotnych, ale uruchomić również dodatkowy czynnik konkurencji między placówkami.

Już od ponad roku istnieją gotowe, ale, jak można odnieść wrażenie, nikomu niepotrzebne propozycje rozwiązań tworzących spójny system monitoringu, gwarantujących krótki czas wdrożenia systemowego.

*Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa,  
Julian Nowak, Jarosław Pinkas, Józef Stępień  
(autorzy tworzą Zarząd Polskiego Towarzystwa Standardów  
Medycznych Polstmed)  
Śródtytuły pochodzą od redakcji*

## Wylecz się z nadziei – najdłuższe okresy oczekiwania

Oddział NFZ	rodzaj zabiegu	Czas oczekiwania (w dniach)
Dolnośląski Oddział NFZ	oddział ortopedyczno-urazowy, endoproteza	1 460
	oddział okulistyczny (zabiegi i operacje)	730
	cesarskie cięcie	5
Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ	endoproteza stawu biodrowego	730
	endoproteza kolana	638
	leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	330
Lubelski Oddział NFZ	operacyjne leczenie okulistyczne	115
	poradnia endokrynologiczna	123
	operacja kardiologiczna	200
	oddział chirurgiczny	268
Lubuski Oddział NFZ	operacja zaćmy	300
	operacja korekcyjna kręgosłupa	360
	leczenie psychiatryczne	730
	poradnia endokrynologiczna	300
Łódzki Oddział NFZ	poradnia urologiczna	146
	poradnia okulistyczna	138
	poradnia chirurgii naczyniowej	150
Małopolski Oddział NFZ	leczenie operacyjne oczopląsu	270
	endoproteza	720
	poradnia ginekologiczna	139
Opolski Oddział NFZ	operacyjne leczenie kręgosłupa	433
	endoproteza	512
	poradnia zdrowia psychicznego	127
	leczenie pooperacyjne	111
Podkarpacki Oddział NFZ	endoproteza	624
	rehabilitacja ogólnoustrojowa	202
	gabinet fizjoterapii medycznej	162
Podlaski Oddział NFZ	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	2 900
	operacja zaćmy	520
	tlenoterapia w domu	365
Mazowiecki Oddział NFZ	operacja mikroskopowo-endoskopowa nosa i zatok	1 080
	korekta nosa	1 080
	rehabilitacja dzieci z wadami twarzoczaszki	744
Pomorski Oddział NFZ	endoproteza	2 192
	oddział okulistyczny	1 825
	operacja zaćmy	1 830
Śląski Oddział NFZ	endoproteza	1 973
	wszczepienie soczewki przy zaćmie	723
	rehabilitacja ogólnoustrojowa	447
Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ	osobdzień terapii uzależnień od narkotyków	728
	endoproteza biodra	550
	rehabilitacja dzienna	365
	operacja zaćmy	363
Wielkopolski Oddział NFZ	osobdzień w hospicjum psychiatrycznym	1 460
	oddział okulistyczny	1 020
	chirurgia urazowo-ortopedyczna	757
Świętokrzyski Oddział NFZ	chirurgia urazowo-ortopedyczna	730
	oddział rehabilitacyjny	403
	endoproteza	198
Zachodniopomorski Oddział NFZ	poradnia kardiologiczna	240
	poradnia wad postawy	150
	poradnia endokrynologiczna	150
	oddział rehabilitacyjny	180
	oddział reumatologiczny	189