



Kolejki do świadczeń zdrowotnych - jak je skrócić?

Opracowanie przez zespół badawczy Akademii Leona Koźmińskiego na zlecenie Fundacji MY Pacjenci

Spis Treści

Spis Treści.....	2
Podziękowania.....	4
Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia.....	5
Partnerzy projektu.....	6
Streszczenie.....	7
Wstęp.....	9
1. Dostępność świadczeń medycznych w Polsce.....	11
2. Przyczyny powstawania kolejek.....	22
3. Doświadczenia międzynarodowe w zakresie zwiększania dostępności świadczeń medycznych	31
4. Analiza oczekiwań pacjentów i rozwiązań na podstawie wyników badań własnych.....	42
4.1. Metodologia badania.....	42
4.2. Charakterystyka respondentów	43
4.3. Wyniki.....	45
4.4. Analiza wyników i dyskusja badania.....	52

5. Indywidualne wywiady pogłębione	54
5.1. Metodologia badania.....	54
5.2. Wyniki	54
6. Rekomendacje dotyczące zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych	56
7. Wnioski i rekomendacje.....	71
8. Recenzje.....	72
Bibliografia.....	80
Wykaz wykresów.....	84
Spis rysunków.....	86

Podziękowania

Chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim osobom i organizacjom pozarządowym aktywnie uczestniczącym w projekcie dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia. Dziękujemy za życzliwość, zaufanie, zaangażowanie i wszelką pomoc, jaką od Państwa uzyskaliśmy. Dziękujemy także za każdy głos w dyskusjach podczas naszych spotkań i szkoleń oraz za pomoc w przeprowadzaniu sondaży opinii. Dzięki aktywności partnerów i uczestników projektu rozwija się idea dialogu społecznego i partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia, a administracja publiczna uzyskuje potrzebne informacje dotyczące oczekiwań pacjentów i zawodów medycznych od omawianych inicjatyw legislacyjnych.

Projekt „Razem dla Zdrowia” realizowany jest przy udziale i dzięki zaangażowaniu partnerów projektu: Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Aptekarskiej.



Dziękujemy za eksperckie konsultacje kwestionariusza badawczego oraz pomoc w jego rozpowszechnianiu portalowi www.znanylekarz.pl.

znanylekarz.pl

Szczególne podziękowania składamy również organizacjom pacjentów, które angażują się w pozyskiwanie respondentów dla przeprowadzanych w ramach projektu sondaży i badań opinii.

Serdecznie dziękujemy za wsparcie i współpracę!

W imieniu zespołu Fundacji MY Pacjenci



Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia

Głównym celem projektu Razem dla Zdrowia jest rozwijanie dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez wypracowanie w ramach powołanego partnerstwa trwałych, skutecznych, efektywnych i transparentnych mechanizmów konsultacji społecznych. Realizacja celu pozwoli na wzmocnienie dialogu i współpracy pomiędzy administracją publiczną a partnerami społecznymi (organizacjami pacjenckimi, świadczeniodawcami oraz zawodami medycznymi).

Mamy nadzieję, że wypracowane w ramach projektu stanowiska i rekomendacje będą podstawą do wdrożenia projakościowych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, ułatwiających dostęp do wysokiej jakości usług medycznych.

Zakres projektu:

- przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii zachęcającej pacjentów do udziału w konsultacjach społecznych;
- konsultacje wybranych 10 aktów i/lub zagadnień prawnych;
- konferencje merytoryczne (10) – przedstawienie zagadnień będących przedmiotem konsultacji społecznych;
- warsztaty dla pacjentów (8);
- opracowanie raportów i opublikowanie stanowisk i rekomendacji;
- stworzenie narzędzi wsparcia konsultacji przy udziale pacjentów:
 - portal – nowoczesna platforma konsultacji społecznych online;
 - newsletter;
 - infolinia.

Projekt Razem dla Zdrowia współfinansowany jest w ramach projektu nr POWR.05.02.00-00-0008/16-00 z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Działania 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”.

Partnerzy projektu

Fundacja MY Pacjenci powstała w 2012 roku w celu wspierania partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewnianiu zaplecza eksperckiego organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji.

Naczelna Izba Lekarska to organ lekarskiego samorządu zawodowego. Reprezentuje lekarzy i lekarzy dentyistów na szczeblu państwowym, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia. Dbą o przestrzeganie lekarskiego etosu, a także – poprzez organizację szkoleń zawodowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów – aktywnie włącza się w proces edukacji polskiej kadry medycznej.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych to organ samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu, ustala zasady etyki zawodowej i standardy zawodowe, prowadzi orzecznictwo zawodowe, wydaje prawa wykonywania zawodu. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu, a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych, współtworzy programy edukacyjne, służące poprawie opieki zdrowotnej, mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego polskiemu społeczeństwu.

Naczelna Izba Aptekarska jest organem samorządu zawodowego farmaceutów, sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu farmaceuty, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia.

Streszczenie

Niniejszy raport zawiera odpowiedzi na pytania jak kwestię kolejek do świadczeń zdrowotnych postrzegają pacjenci i jakie rozwiązania rekomendują, aby skrócić czas oczekiwania na wizyty lekarskie czy badania diagnostyczne. Intencją opracowania jest uświadomienie decydentom, że oczekiwanie na świadczenia zdrowotne jest istotnym problemem społecznym o dużej uciążliwości, który nie zostanie rozwiązany jedynie poprzez zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia.

Z ekonomicznego punktu widzenia kolejki są związane z brakiem równowagi pomiędzy popytem i podażą świadczeń medycznych. Z tej perspektywy, działania wpływające na czas oczekiwania na usługi zdrowotne podzielić można na trzy główne kategorie:

1. Mechanizmy zwiększające podaż świadczeń zdrowotnych;
2. Mechanizmy optymalizujące wykorzystanie istniejących zasobów systemu ochrony zdrowia;
3. Mechanizmy zmniejszające popyt na usługi medyczne.

Opierając się na przeglądzie literatury, przedstawiono międzynarodowe doświadczenia wskazując na zalety i wady stosowanych rozwiązań. Wzorem dobrych praktyk, podkreślono istotność podejmowania skoordynowanych działań zarówno po stronie popytowej, jak i podażowej, poprzedzonych rzetelną diagnozą systemu. Na bazie dostępnych danych NFZ, raportów Fundacji WHC, Euro Health Consumer Index, Health at Glance, czy ISPOS wykazano, że podejmowane do tej pory działania w zakresie skrócenia czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia medyczne nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Pomimo różnorodnej metodyki, wszystkie opisywane badania oceniają dostępność do świadczeń zdrowotnych w Polsce jako niezadowalającą i większość wskazuje na niekorzystną dynamikę zmian.

W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia, Fundacja MY Pacjenci wraz portalem www.znanylekarz.pl przeprowadziła wśród pacjentów i obywateli sondaż opinii online. Wyniki badania wskazują, że problematyka kolejek do świadczeń

zdrowotnych jest złożona. Aby uzyskać efekt potrzebne jest wprowadzenie licznych, porządkujących zmian systemowych na wielu poziomach i umiejętna ich koordynacja. W rezultacie przeprowadzenia moderowanej debaty z udziałem pacjentów, ekspertów oraz przedstawicieli zawodów medycznych podczas warsztatów dialogu społecznego Razem dla Zdrowia oraz wyników sondażu opinii, opracowano rekomendacje dotyczące możliwości skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w Polsce. We wnioskach wskazano pilną potrzebę podejmowania wielokierunkowych działań.

W celu skutecznego rozwiązania problemu kolejek do świadczeń nie wystarczy jedynie proste zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia czy wzrost liczby lekarzy i pielęgniarek. Konieczne jest wprowadzenie licznych, komplementarnych zmian systemowych, które będą kształtowały popyt i podaż świadczeń medycznych oraz wpłyną na lepsze wykorzystanie istniejących zasobów ochrony zdrowia poprzez wdrożenie narzędzi dobrego zarządzania, organizacji, koordynacji i finansowania świadczeń.

Wymaga to przygotowania kompleksowej strategii i planu działań taktycznych z ustalonym horyzontem czasowym oraz zaangażowaniem do współpracy wielu podmiotów publicznych.

Najważniejsze jest jednak postawienie pacjenta w centrum systemu i podporządkowanie jego interesom wszystkich procesów.

Wstęp

Od lat kolejki do świadczeń zdrowotnych są głównym problemem służby zdrowia w Polsce. Kolejne rządy podejmują działania mające na celu skrócenie czasu oczekiwania na wizyty, zabiegi i badania diagnostyczne, choć jak wynika z różnych źródeł takich jak dane NFZ czy Barometr WHC¹ – wyniki wciąż nie są zadowalające. Potwierdza to także najnowsza edycja badania Euro Healthcare Consumer Index², w którym dostępność do świadczeń zdrowotnych w Polsce rozumiana jako czas oczekiwania na ich realizację została oceniona jako „nie za dobra”, osiągając 125 na 225 możliwych punktów w tej kategorii. Z badań przeprowadzonych przez IPSOS³ w 2018 r. wynika, że aż 77% Polaków uważa, że czas oczekiwania na wizytę lekarską jest zbyt długi (vs. 60% w przypadku średniej 28 badanych krajów). Jedynie w Serbii i na Węgrzech ankietowani gorzej ocenili czas oczekiwania na wizytę lekarską.

Duże nadzieje są w pokładane w zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia, które do roku 2024 mają osiągnąć poziom 6% PKB. Jednak samo zwiększenie finansowania ochrony zdrowia nie rozwiąże problemu kolejek do świadczeń medycznych. Wspomniane powyżej badanie Euro Healthcare Consumer Index wskazuje na brak korelacji pomiędzy wysokością nakładów na zdrowie i wskaźnikiem dostępności do świadczeń medycznych. Istnieją kraje, które przy dość ograniczonym poziomie finansowania mogą poszczycić się dobrymi wynikami w zakresie dostępności badań i wizyt lekarskich. Kluczową rolę odgrywają zatem inne czynniki.

Niniejszy raport zawiera odpowiedź na pytania jak kwestię kolejek do świadczeń zdrowotnych postrzegają pacjenci i jakie rozwiązania rekomendują, aby skrócić czas

1 Barometr WHC, Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, opublikowany przez Fundację Watch Health Care oraz Warsaw Enterprise Institute, nr 18/27/06/2018, czerwiec 2018

2 Euro Health Consumer Index 2017, opracowany przez firmę Health Consumer Powehouse, styczeń 2018, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

3 Global Views On Healthcare – 2018. What does the world think about healthcare? IPSOS Global Advisor <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-07/global-views-on-healthcare-2018-ipsos-global-advisor.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

oczekiwania na wizyty lekarskie czy badania diagnostyczne. Intencją raportu nie jest dogłębna analiza zjawiska i jego społecznych implikacji. Opracowanie skupia się raczej na praktycznych aspektach związanych z kolejkami, wprowadzając zagadnienia oparte na przeglądzie literatury, aby uzupełnić wnioskowanie zawarte w raporcie.

Raport jest oparty o analizę wyników przeprowadzonych konsultacji społecznych w formie debaty z udziałem pacjentów i przedstawicieli zawodów medycznych, sondażu on-line oraz telefonicznych wywiadów pogłębionych, jak również poprzez przegląd dostępnej literatury.

Struktura opracowania zawiera osiem rozdziałów. Pierwszy wskazuje trendy i dynamikę zmian w obszarze czasów oczekiwania na świadczenia medyczne na podstawie różnych źródeł informacji. Drugi analizuje zagadnienie przyczyn powstawania kolejek. Charakterystykę praktyk międzynarodowych omówiono w rozdziale trzecim. Kolejny rozdział (czwarty) prezentuje analizę oczekiwań i rozwiązań na podstawie badań własnych. Rozdział piąty poświęcony jest analizie przeprowadzonych indywidualnych wywiadów pogłębionych. W raporcie przedstawiono również podsumowanie dyskusji przeprowadzonej podczas warsztatów dialogu społecznego dotyczących rekomendacji działań zmierzających do zwiększenia dostępu do świadczeń medycznych. Całość zamykają wnioski i rekomendacje opisane w rozdziale siódmym.

1. Dostępność świadczeń medycznych w Polsce

Wprowadzane w ostatnich latach zmiany systemowe jak „pakiet kolejkowy”, „pakiet onkologiczny” czy powołanie sieci szpitali, choć w różnym zakresie, miały prowadzić do poprawy dostępu do świadczeń medycznych. Część rozwiązań miała korzystny wpływ na zmniejszenie kolejek do lekarzy oraz badań diagnostycznych, zwykle jednak efekty ich wdrożenia były ograniczone. Wprowadzenie pakietu onkologicznego w 2015 roku doprowadziło do skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadku nowych zachorowań na wybrane nowotwory złośliwe w porównaniu do pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową przyjmowanych w trybie planowym, jednak nie wszyscy kwalifikujący się pacjenci uzyskali świadczenia w jego ramach⁴. Wdrożony w 2015 r. „pakiet kolejkowy” nie poprawił dostępu do świadczeń zdrowotnych w większości badanych zakresów⁵.

Pomimo wprowadzanych zmian o różnorodnym charakterze, średni czas oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce się wydłużył (Barometr WHC, 2018). Analizy trendów na poziomie poszczególnych świadczeń – wizyt lekarskich, zabiegów oraz badań diagnostycznych w większości przypadków wskazują na pogorszenie sytuacji. W międzynarodowych rankingach Polska wypada równie niekorzystnie.

Polska na tle innych krajów

Dane międzynarodowe wskazują, że kolejki do świadczeń występują w wielu systemach ochrony zdrowia, jednak okres oczekiwania i liczba procedur, które są objęte kolejkowaniem znacznie się różnią.

4 *Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego, Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, czerwiec 2017 r., <https://www.nik.gov.pl/plik/id.14278,vp.16729.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

5 *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku*, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, październik 2016 r., <https://www.nik.gov.pl/plik/id.12293,vp.14678.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

Raport Euro Health Consumer Index⁶, który pomimo swych ograniczeń badawczych stanowi znane źródło informacji na temat opieki zdrowotnej w Europie, od lat klasyfikuje Polskę na ostatnich miejscach spośród wszystkich badanych krajów. W roku 2017 Polska osiągnęła 29 pozycję w rankingu na 35 krajów europejskich. Raport analizuje systemy ochrony zdrowia na podstawie 46 wskaźników pogrupowanych w 6 kategoriach. Jedną z nich jest dostępność rozumiana jako czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Według raportu polscy pacjenci mają niezadowolający dostęp do usług zdrowotnych związany z wydłużonym czasem oczekiwania na realizację świadczeń (kolor czerwony na wykresie 1). W roku 2017 Polska osiągnęła w tym zakresie 125 na 225 możliwych punktów (55%), podczas gdy nasi sąsiedzi zza południowej granicy – Słowacja uzyskała maksymalny wynik.

Dostępność do usług zdrowotnych jest oceniana na podstawie 6 wskaźników takich jak: dostęp do lekarza POZ w tym samym dniu; bezpośredni dostęp do specjalisty; czas oczekiwania na szpitalnej izbie przyjęć; czas oczekiwania na zdefiniowany, znaczący zabieg chirurgiczny; czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii onkologicznej oraz czas oczekiwania na wykonanie badania z zastosowaniem tomografii komputerowej . Najgorzej ocenione zostały trzy ostatnie aspekty.

6 Euro Health Consumer Index 2017, styczeń 2018, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.). Raport Euro Health Consumer Index powstaje od roku 2005 i jest obecnie realizowany przez firmę Health Consumer Powerhouse. Badanie jest oparte o różnorodne źródła informacji, opisane na stronach 50-56 w ostatniej publikacji. Przeprowadza analizę systemów ochrony zdrowia na podstawie 46 wskaźników pogrupowanych w 6 kategoriach. W odniesieniu do kategorii dostępności do świadczeń zdrowotnych wskaźniki zostały wyliczone w oparciu o informacje pochodzące z ankiet online zleconych przez firmę opracowującą badanie, wywiady z pracownikami służby zdrowia oraz opinie krajowych agencji i instytucji z obszaru ochrony zdrowia. Od roku 2006 stosowana jest spójna metodyka badania. Wyniki uzyskane w każdej kategorii są wyliczane jako procent wyniku maksymalnego. Następnie wyniki są mnożone przez uzgodnione współczynniki („ważone”) i sumowane, aby uzyskać wynik końcowy dla każdego analizowanego kraju. Uzyskany w ten sposób minimalny wynik to 333 punkty. Maksymalnie kraj może otrzymać 1000 punktów.

Wykres 1. Obszary „wyczekiwania na świadczenia zdrowotne” (oznaczone kolorem czerwonym) oraz braku kolejek (kolor zielony) na podstawie wyników EHCI 2017

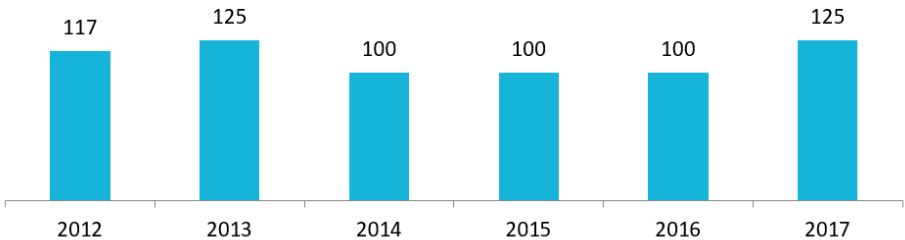


Źródło: Euro Health Consumer Index 2017, raport opracowany przez Health Consumer Powerhouse, styczeń 2018, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>

Pomimo tego, że w ostatniej edycji badania Polska osiągnęła niską liczbę punktów (125 na 225 możliwych), należy zwrócić jednak uwagę, że według tego źródła dostępność do świadczeń zdrowotnych uległa w ostatnim roku poprawie (wykres 2).

Wykres 2. Dynamika wskaźnika dostępności rozumiana jako czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w latach 2012 -2017 wyrażona jako liczba punktów uzyskanych w kolejnych edycjach badania

Liczba punktów



Źródło: Badania Euro Health Consumer Index, badania z lat 2012 – 2017 dostępne na stronach: <https://healthpowerhouse.com/publications/> oraz https://old.healthpowerhouse.com/en/category/euro-health-consumer-index/?post_type=publications.

W kontekście badania Euro Health Consumer Index warto odnieść się również do świadczeń medycznych udzielanych w ramach leczenia onkologicznego. Raport wskazuje, że od momentu diagnozy, leczenie onkologiczne powinno się rozpocząć w ciągu 21 dni (taki wskaźnik uzyskuje maksymalną liczbę punktów cząstkowych). Według drugiej edycji badania „Ścieżka pacjenta” - Jak długo pacjenci w Polsce czekają na diagnozę i leczenie onkologiczne?⁷ zrealizowanego w roku 2016 przez Fundację Onkologia 2025, realny czas oczekiwania od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia leczenia onkologicznego

7 Ścieżka pacjenta - Jak długo pacjenci w Polsce czekają na diagnozę i leczenie onkologiczne?, Fundacja Onkologia 2025, Sierpień 2016 http://onkologia2025.pl/sef/1_44 (dostęp 1.09.2018 r.). W drugiej edycji badania wzięło udział ponad 400 pacjentów z różnych ośrodków leczenia onkologicznego w Polsce. Na podstawie ankiet, wywiadów oraz szczegółowej analizy historii choroby określono realne czasy oczekiwania od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia.

w Polsce wyniósł 74 dni. Jednocześnie raport NIK⁸ wskazuje, że średni czas oczekiwania w latach 2015–2016 (do 28 listopada) - od momentu diagnostyki do rozpoczęcia leczenia onkologicznego – wyniósł 40,5 dnia⁹. Pomimo, że dane z roku 2016 mogą nie stanowić dokładnego odzwierciedlenia stanu obecnego oraz istnienia sporych rozbieżności pomiędzy przytoczonymi źródłami informacji – rozdźwięk pomiędzy oczekiwanym, europejskim standardem (21 dni), a sytuacją w Polsce (74 dni lub 40,5 dnia) jest bardzo duży. Rozbieżność pomiędzy cytowanymi źródłami informacji dotyczących sytuacji w Polsce wskazuje także na ograniczenia danych sprawozdawczych, które mogą znacznie różnić się od realnych doświadczeń pacjentów.

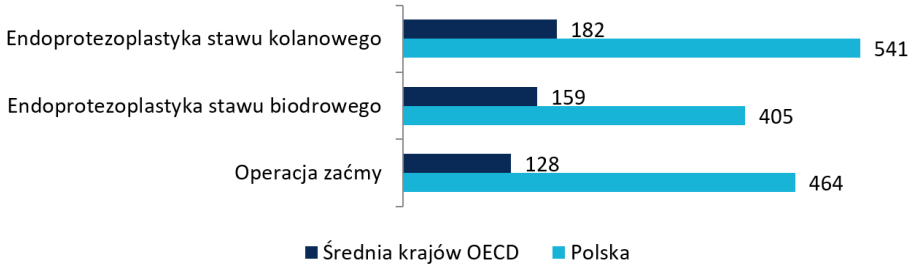
Wydłużony okres oczekiwania na świadczenia zdrowotne w Polsce potwierdza również najnowsza edycja raportu „Health at a Glance 2017”¹⁰ opracowanego przez OECD, która zawiera dane z 2015 r. Przedstawia on średni czas oczekiwania na wybrane, niezagrażające życiu procedury medyczne w różnych krajach. Polska wypadła w tych porównaniach bardzo niekorzystnie (wykres 3. na następnej stronie).

8 Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, czerwiec 2017 r., <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14278,vp,16729.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

9 Opracowanie własne NIK na podstawie analizy danych z AP-KOLCE (aplikacja Kolejki Centralne uruchomiona przez NFZ, przeznaczona dla świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia, w tym na świadczenia udzielane na podstawie Karty DiLO, dotyczących osób wpisanych na listę oczekujących), którym udzielono świadczenia do dnia 28 listopada 2016 r. Z analizy wyłączono błędne rekordy oraz osoby, którym udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia (tj. wpisanie na listę oczekujących).

10 Raport *Health at a Glance 2017* przedstawia porównywalne dane i trendy dotyczące wyników zdrowotnych i systemów opieki zdrowotnej w 35 krajach członkowskich OECD. Wskaźniki te wskazują na wydajność systemów opieki zdrowotnej. W odniesieniu do czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, istnieją co najmniej dwa sposoby pomiaru oczekiwania na zabiegi planowe. Dane przedstawione w raporcie dotyczą czasu oczekiwania u pacjentów leczonych w danym okresie. Dane pochodzą z administracyjnych baz danych, a nie badań ankietowych. Czasy oczekiwania są podawane w postaci średniej i mediany. Średnie czasy oczekiwania na przedstawione zabiegi zostały porównane ze średnią 16 (w przypadku operacji zaćmy i enoprotezoplastyki stawu biodrowego) oraz 15 (endoproteza stawu kolanowego) krajów OECD. Lista krajów jest dostępna na stronie 99 raportu.

Wykres 3. Średni czas oczekiwania na wybrane, niezagrażające życiu procedury medyczne, 2015, Polska vs średnia wybranych krajów OECD



Źródło: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

W roku 2015 średni czas oczekiwania na operację zaćmy w raportowanych 16 krajach OECD wyniósł 128 dni, podczas gdy w Polsce pacjenci czekali prawie czterokrotnie dłużej, średnio 464 dni. Podobnie przedstawiała się sytuacja pacjentów czekających na endoprotezoplastykę stawu biodrowego. W krajach OECD na zabieg implantowania stawu biodrowego oczekiwali oni średnio 159 dni, zaś w Polsce przeszło 400. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego średni czas oczekiwania na zabieg w krajach OECD był prawie trzykrotnie krótszy niż w Polsce - 182 dni vs. ponad 540 dni w Polsce¹¹.

11 OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Dynamika zmian oczekiwania na świadczenia zdrowotne w Polsce.

Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w Polsce wzrasta. Istnieją różne źródła informacji monitorujące skalę i dynamikę tego zjawiska.

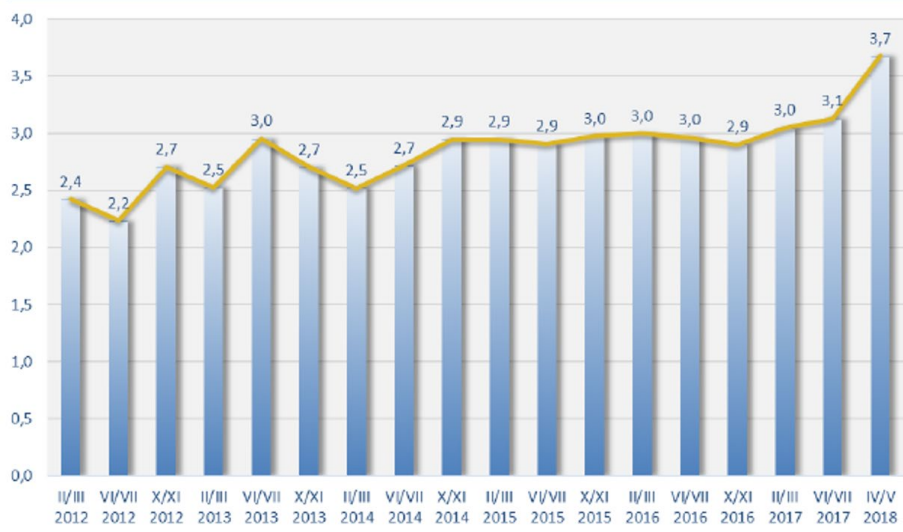
Podstawowym źródłem informacji dotyczących kolejek do świadczeń medycznych dla pacjentów jest Ogólnopolski Informator Czasu Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (<http://kolejki.nfz.gov.pl/>). Strona dostarcza informacji o świadczeniodawcach realizujących daną usługę, podając liczbę osób oczekujących na świadczenie, liczbę osób skreślonych, średni czas oczekiwania na świadczenie w danej placówce oraz pierwszy wolny termin wykonania świadczenia. Wszystko jest raportowane w podziale na przypadki stabilne i pilne. Dane są podawane przez świadczeniodawców na koniec miesiąca sprawozdawczego. Warto zwrócić uwagę, że informacje o kolejkach publikowane przez NFZ nie zawsze są zgodne ze stanem rzeczywistym. W dyskusjach prowadzonych w ramach projektu wskazywano konkretne przypadki, gdy na przykład portal NFZ wskazywał na możliwość natychmiastowej realizacji świadczenia w placówce, w której taka usługa w ogóle nie jest wykonywana.

Obserwowane są duże różnice w czasach oczekiwania pomiędzy poszczególnymi województwami, a nawet placówkami znajdującymi się w tym samym mieście czy województwie w zależności od jej renomy i poziomu referencyjnego, co jest szczególnie zauważalne w raportach publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednym z bardziej znanych i przystępnie opracowanych źródeł informacji dotyczących średnich czasów oczekiwania na usługi medyczne jest „Barometr WHC, Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych” publikowany przez Fundację Watch Health Care. Ostatnia edycja badania, zrealizowana na przełomie kwietnia

i maja 2018 roku¹², wskazuje na **znaczący wzrost średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce, który wyniósł 3,7 miesiąca** (wykres 4).

Wykres 4. Zmiana średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (wartości w mies.) w horyzoncie wieloletnim



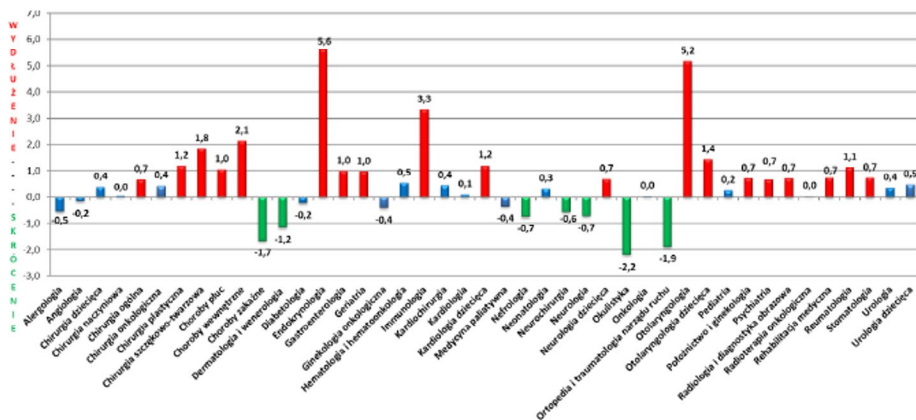
12 Barometr WHC powstaje od 2012 roku w oparciu o wywiady telefoniczne. Wyniki badania publikowane były cyklicznie, co 4 miesiące, a weryfikacja dostępności do świadczeń zdrowotnych odbywała się zwykle według poniższego schematu: w lutym i marcu, następnie w czerwcu i lipcu oraz na przełomie października i listopada. Ostatnie badanie zostało zrealizowane na podstawie danych zebranych w kwietniu i maju 2018 roku, zatem w okresie niezgodnym z tradycyjnym cyklem badania. Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczone są na losowej próbie co najmniej 6 świadczeniodawców z różnych regionów Polski dla każdego świadczenia wskaźnikowego. Jeśli rozrzut jest duży lub istnieją jakiegokolwiek podejrzenia, że dane są nieprecyzyjne czy nieprawdopodobne, czasy oczekiwania w „podejrzanych placówkach” są jeszcze raz sprawdzane oraz dodatkowo weryfikowane u sześciu innych, dodatkowych świadczeniodawców. Precyzja i istotność statystyczna wyników dla pojedynczych świadczeń zdrowotnych nie jest wysoka, jednak wyniki średnie dla wszystkich świadczeń w danej dziedzinie większa precyzja, gdyż obejmują około 30 placówek. Średni czas oczekiwania ogółem dla Polski, na podstawie wszystkich monitorowanych w Barometrze WHC dziedzin, jest obliczany na podstawie kilkuset świadczeń wskaźnikowych ze wszystkich dziedzin. Weryfikacja czasu oczekiwania ma miejsce w ponad 1500 placówkach medycznych, posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasadniczym celem Barometru WHC jest monitorowanie zmian czasu oczekiwania na świadczenia „gwarantowane” w Polsce, co oznacza, że Barometr ukazuje, czy dostęp w ujęciu generalnym poprawia się czy pogarsza, niezależnie od przyczyny lub przyczyn tych zmian.

Źródło: „Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych” opracowywany przez Fundację Watch Health Care, kwiecień/ maj 2018

W stosunku do danych zebranych w czerwcu i lipcu 2017 roku, które zostały przedstawione w poprzedniej edycji raportu, ogólny czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne wzrósł o pół miesiąca czyli o prawie 20%. Zmiana ta jest o tyle znacząca, że od końca 2014 r. czas ten kształtował się w przedziale 2,9 - 3,1 miesiąca. Ponadto, od początku realizacji badania w roku 2012, wskaźnik oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych nigdy nie był jeszcze tak wysoki. Ostatnia edycja badania jest jednocześnie pierwszą opublikowaną po wprowadzeniu sieci szpitali, co nastąpiło 1 października 2017.

Barometr WHC przedstawia również zmiany średniego czasu oczekiwania na świadczenia realizowane w 43 dziedzinach medycyny (wykres 5).

Wykres 5. Zmiany w czasie oczekiwania (wartości w mies.) na realizację świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dziedzinach medycyny. (Jako brak zmiany założono różnicę wyniku +/- 0,5 mies.)



Źródło: „Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych” opracowywany przez Fundację Watch Health Care, kwiecień/ maj 2018

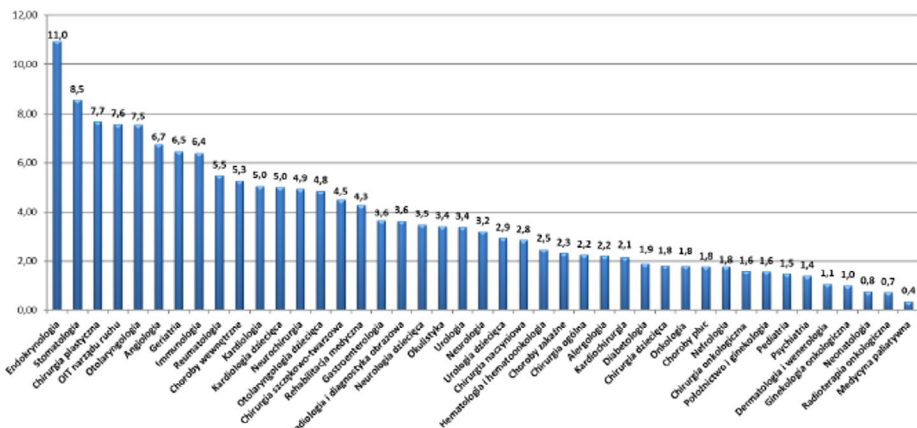
Jest to bardzo zróżnicowany obraz. Istnieją znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami.

W stosunku do ostatniego, analizowanego okresu (czerwiec/lipiec 2017 roku) **czas oczekiwania na świadczenia uległ wydłużeniu o ponad 0,5 miesiąca w przypadku 19 dziedzin medycyny.** Najbardziej zwiększył się okres oczekiwania na świadczenia w dziedzinie endokrynologii (o 5,6 miesiąca), otolaryngologii (o 5,2 miesiąca) oraz immunologii (o 3,3 miesiąca). W połowie roku 2018 na świadczenia z zakresu endokrynologii pacjenci czekali średnio 11,0 miesięcy, w dziedzinie otolaryngologii 7,5 miesiąca, zaś w obszarze immunologii 6,4 miesiąca (wykres 6). Wynikało to z różnych przyczyn. W przypadku świadczeń z zakresu endokrynologii głównie z wydłużonego oczekiwania na wizytę u specjalisty.

Jednocześnie powyżej 2 tygodni skrócił się okres oczekiwania na świadczenia zdrowotne dla 7 dziedzin medycyny. Najbardziej zmniejszyły się kolejki do świadczeń zdrowotnych z obszaru okulistyki (o 2,2, miesiąca) oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu (o 1,9 miesiąca). Poprawę w dostępności do świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii zaobserwowano w szczególności w odniesieniu do endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego. Może być to związane z przekazaniem na ten cel dodatkowych środków finansowych.

Brak znaczących zmian (+/- 05 miesiąca) w dostępie do świadczeń zdrowotnych odnotowano w przypadku 16 dziedzin medycyny.

Wykres 6. Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w kwietniu oraz maju 2018 roku (w mies.).



Źródło: „Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych” opracowywany przez Fundację Watch Health Care, kwiecień/ maj 2018

W ostatniej edycji badania średni czas oczekiwania na poradę specjalisty wyniósł 3,4 miesiąca, co stanowi wzrost o 0,5 mies. (ok. 2 tyg.). W stosunku do poprzedniego analizowanego okresu (czerwiec/lipiec 2017 r.) zaobserwowano również nieznaczny wzrost czasu oczekiwania na świadczenia diagnostyczne, który w roku 2018 wyniósł 3,1 miesiąca.

Podsumowanie

Pomimo różnorodnej metodyki, wszystkie opisywane badania oceniają dostępność do świadczeń zdrowotnych w Polsce jako niezadowalającą. Należy wskazać, że raporty opracowane w Polsce oraz dokumenty międzynarodowe są nieporównywane ze względu na inne źródła danych i stosowane miary. Różni się również zakres badanych świadczeń zdrowotnych. Niektóre badania skupiały się na czasie oczekiwania na zabieg medyczny, inne badały dostęp do wizyt lekarskich, badań diagnostycznych i zabiegów, niektóre uwzględniały również kwestie organizacji systemu ochrony zdrowia np.: bezpośredni dostęp do specjalistów.

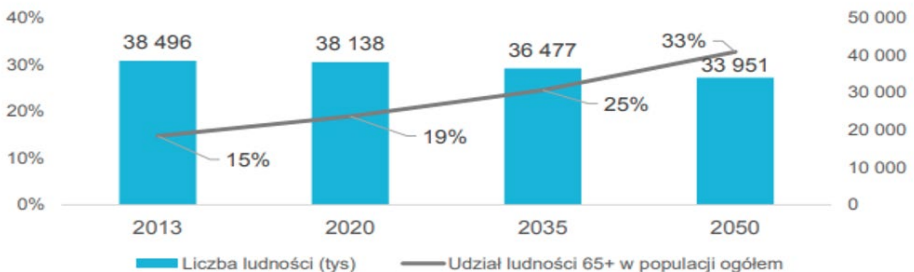
W rezultacie odmienne są również trendy. Badanie Euro Health Consumer Index 2017 klasyfikuje Polskę jako jeden z krajów „oczekiwania na świadczenia zdrowotne” przyznając 125 na 225 możliwych punktów w kategorii dostępności. Jednakże wynik ten jest o 25% wyższy niż osiągnięty w roku ubiegłym. Jest również najlepszym rezultatem od roku 2013. Jednocześnie Barometr WHC stwierdza istotne (20%) wydłużenie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce. Bez względu na stosowaną metodykę, wszystkie raporty są zgodne, że problem kolejek jest niepodważalny.

2. Przyczyny powstawania kolejek

Istnieje wiele powodów, dla których pacjenci czekają w kolejce do lekarza. Niejedną książką z zakresu zarządzania zasobami w ochronie zdrowia została poświęcona temu tematowi. Wskazywanie jedynie na niedostateczny poziom finansowania jest wycinkowym przedstawianiem problemu, który jest zdecydowanie bardziej złożony. Zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne i tworzenie kolejnych programów nie przynosi bowiem oczekiwanych efektów. Kolejki pacjentów do lekarzy nie maleją, nie skraca się też czas oczekiwania na większość zabiegów. Dla potrzeb raportu, przyczyny tego istotnego problemu można podzielić na czynniki związane z podażą i popytem na świadczenia zdrowotne. Podejście takie jest uzasadnione ekonomicznie.

W obszarze popytu, przyczyny powstawania kolejek związane są przede wszystkim z rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenie zdrowotne wynikającym ze zmieniającej się struktury demograficznej Polski. W rezultacie procesu starzenia się społeczeństwa, w roku 2035 co czwarty, a w 2050 r. co trzeci Polak będzie miał ukończony 65 rok życia (wykres 7).

Wykres 7. Liczba ludności Polski oraz udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem w latach 2013-2050



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html> (dostęp: 15.07.2018)

W obszarze podaży, przyczyny powstawania kolejek podzielić można na następujące kategorie:

- finansowe
- kadrowe
- administracyjne i infrastrukturalne
- prawne
- kliniczne

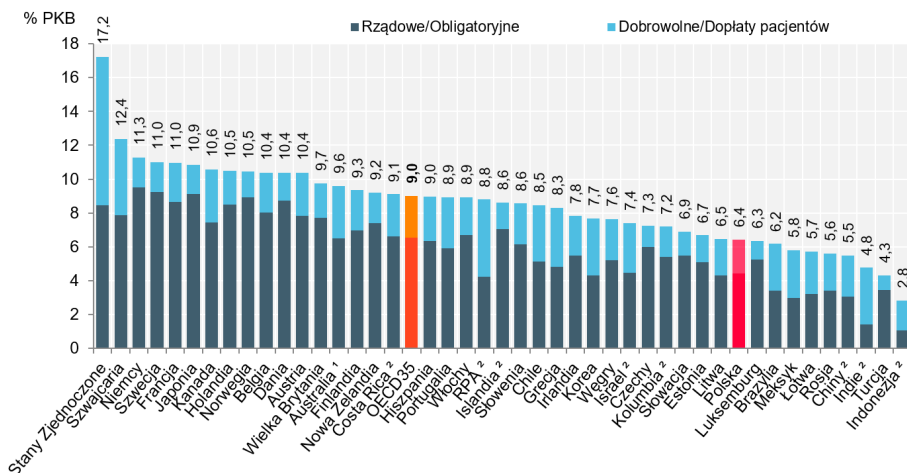
Przyczyny finansowe

Finansowanie świadczeń zdrowotnych ma wielopłaszczyznowy charakter i musi pogodzić wiele niełatwych do osiągnięcia, często przeciwstawnych celów. Z jednej strony musi być efektywne pod względem ekonomicznym, a z drugiej strony zapewniać środki na leczenie i ratowanie życia ludzkiego.

Jednym z powodów powstawania kolejek do lekarzy i braku zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa jest niedostateczny poziom oraz nieefektywny system finansowania trzech podstawowych poziomów świadczeń.: podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej i szpitalnej.

W chwili obecnej poziom finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce znacznie odbiega od poziomu finansowania ochrony zdrowia w pozostałych krajach OECD (wykres 8. na następnej stronie).

Wykres 8. Wydatki na zdrowie jako udział PKB, 2016 (lub rok najbliższy)



Uwaga: Wydatki nie obejmują inwestycji, chyba że wskazano inaczej.

1. Wydatki w Australii wyłączają wydatki na opiekę mieszkaniową osób starszych .

2. Obejmuje inwestycje.

Źródło: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database

Musimy zdawać sobie sprawę, że działania polegające jedynie na zwiększaniu nakładów na świadczenia zdrowotne i tworzeniu kolejnych programów nie przynoszą oczekiwanych efektów: kolejki pacjentów do lekarzy nie maleją, nie skraca się też czas oczekiwania na większość zabiegów. Kolejna już kontrola NIK dotycząca wykonania zadań przez NFZ wykazała, że pomimo ponownego zwiększenia – o ponad 4 mld zł – wartości umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami oraz wprowadzenia tzw. „pakietu kolejkowego” dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych w 2015 r. nadal się nie poprawił.¹³

Powstawaniu kolejek sprzyja system finansowania trzech podstawowych poziomów świadczeń . W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, roczna stawka kapitacyjna, którą otrzymuje lekarz na opiekę nad jednym pacjentem, musi pokryć wszystkie koszty,

13 Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, październik 2016 r., <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12293,vp,14678.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

włączając koszty zleconych badań. Nie wpływa to na jakość diagnostyki i leczenia, lecz może sprzyjać przedwczesnemu zakończeniu procesów diagnostyczno – leczniczych.

Sposób finansowania porad specjalistycznych, oparty na systemie *fee for servis* i zleceniach administracyjnych, jest zupełnie inny i również niedoskonały - skłania do przewlekłego utrzymywania pacjentów na tym poziomie. Z kolei, płatność ryczałtowa obowiązująca w lecznictwie zamkniętym nie sprzyja jakości hospitalizacji.

Warto zwrócić uwagę na wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w ogólnych kosztach świadczeń. W roku 2016 wyniosły one 35 036 587 tys. zł, osiągając ponad 49% udział w kosztach ogólnych. W tym samym okresie koszty świadczeń realizowanych w ramach POZ osiągnęły 9 461 494 tys. zł, co stanowiło 13% łącznych kosztów świadczeń, zaś ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 5 800 623 tys. zł – 8,17%.

Taka struktura świadczeń jest niekorzystna dla płatnika publicznego, z uwagi na duży udział leczenia szpitalnego, które jest jednocześnie leczeniem największym¹⁴.

Jednym z czynników, który może wpływać na tą sytuację jest długi czas oczekiwania na poradę specjalisty, który w ocenie Barometru WHC¹⁵ w ostatniej edycji badania zrealizowanej w maju 2018 roku wyniósł 3,4 miesiąca jak również średni czas oczekiwania na badanie diagnostyczne. W połowie 2018 roku wyniósł on 3,1 miesiąca, jednak w przypadku wybranych procedur – na przykład artroskopii stanu kolanowego pacjenci czekali na badanie przez ponad 18 miesięcy. Należy zwrócić uwagę, że obecny sposób finansowania nie bierze pod uwagę efektywności klinicznej i ekonomicznej wykonanych procedur. Płacenie za jakość realizowanych świadczeń, przy swoich ograniczeniach, ma potencjał optymalizacji poziomu udzielanych świadczeń (podstawowe problemy zdrowotne będą rozwiązywane przez POZ, etc) i szybkość procesów, zapewniając jednocześnie właściwą alokację pieniędzy publicznych.

14 *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku*, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa, 18 października 2017 roku, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,15437,vp,17919.pdf> (dostęp 13.09.2018)

15 *Barometr WHC, Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych* opublikowany przez Fundację Watch Health Care oraz Warsaw Enterprise Institute, nr 18/27/06/2018, czerwiec 2018

Reasumując, finansowe aspekty kolejek są związane z nieadekwatnością budżetu w stosunku do potrzeb, systemem finansowania publicznej opieki zdrowotnej oraz brakiem nowych rozwiązań w tym zakresie.

Przyczyny kadrowe

Polskę charakteryzują niedobory kadrowe personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek oraz innych profesjonalistów medycznych wspierających procesy profilaktyczno-diagnostyczno- leczniczo- rehabilitacyjne. Według danych OECD ww 2015 r. liczba zawodowo czynnych lekarzy w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców wynosiła 2,3, co kształtowało się znacznie poniżej średniej krajów OECD - 3,4.

Był to również najniższy wskaźnik spośród wszystkich krajów europejskich uwzględnionych w badaniu OECD „Health at a Glance 2017”¹⁶ (wykres 9. na następnej stronie). Ponownie widoczny jest problem sprawozdawczości danych z obszaru ochrony zdrowia. Uwzględniając wielkość populacji Polski w roku 2015 (38 437 mln¹⁷) oraz liczbę lekarzy raportowaną przez Naczelną Izbę Lekarską w tymże roku (128 tys)^{18,19}, dane OECD są niedoszacowane o 30%.

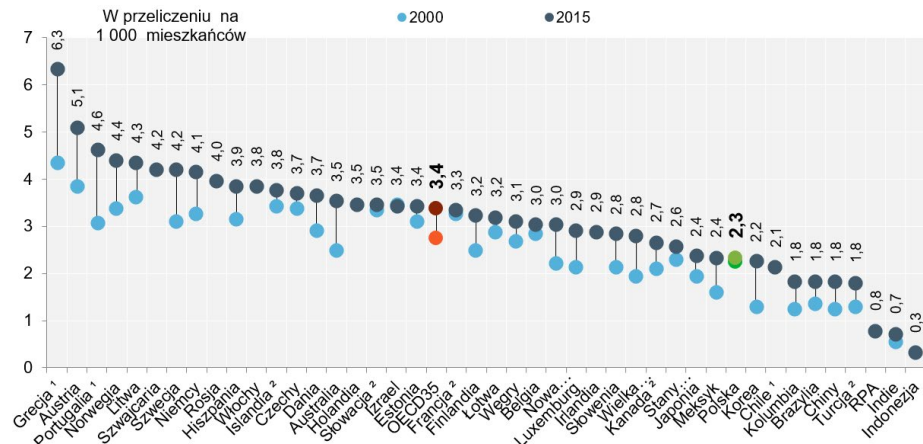
16 OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (dostęp 1.09.2018 r.)

17 Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna Polski do 2017 roku. Urodzenia i dzietność*,
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2017-roku-urodzenia-i-dzietnosc.33,1.html> (dostęp 24.09.2018)

18 Dane przedstawione przez Naczelną Izbę Lekarską, <https://www.nil.org.pl/biuro-prasowe/konferencje-prasowe/lekarzy-jest-za-malo.-a-bedzie-jeszcze-mniej-konferencja-prasowa-w-nil> (dostęp 24.09.2018)

19 Baliński P, Krajewski R: *Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna*. Stan w dniu 31.12.2017 roku, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, 2018, ISBN 978-83-948240-2-0

Wykres 9. Liczba zawodowo czynnych lekarzy w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2000 i 2015



1. Dane odnoszą się do wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu, co skutkuje dużym przeszacowaniem liczby zawodowo czynnych lekarzy (na przykład około 30% w Portugalii)

2. Dane obejmują nie tylko lekarzy zapewniających bezpośrednią opiekę nad pacjentami, ale także tych, którzy pracują w sektorze zdrowia jako menedżerowie, nauczyciele, naukowcy itp. (Dodając kolejne 5-10% lekarzy).

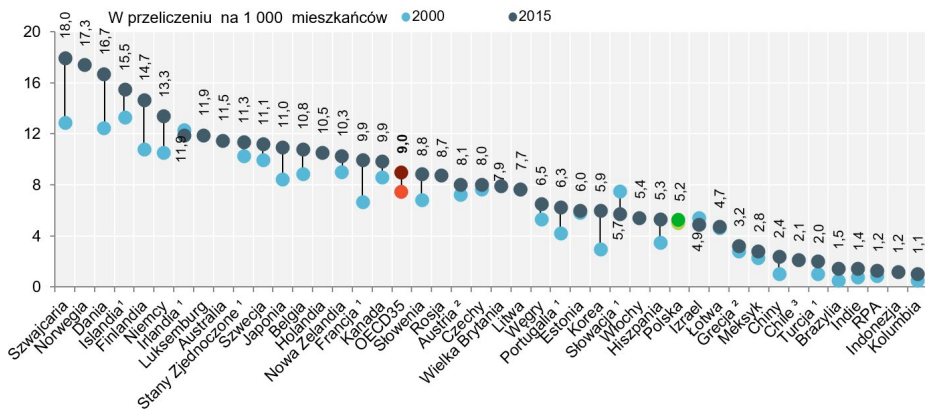
Źródło: OECD Health Statistics 2017

Istnieją uzasadnione obawy, iż w nadchodzących latach zjawisko niedoborów kadrowych lekarzy będzie się pogłębiało. Jest to po części związane z liczbą absolwentów kierunków lekarskich uczelni medycznych, która kształtuje się poniżej średniej krajów OECD oraz zaawansowanym, średnim wiekiem lekarzy w Polsce.

Trzeba zauważyć, że w polskim systemie ochrony zdrowia występuje również zjawisko niewystarczającej liczby pielęgniarek, które mogłyby stanowić profesjonalne wsparcie lekarzy w zakresie działań profilaktycznych i edukacyjnych prowadzonych w środowisku pacjentów. Według danych OECD liczba pielęgniarek w Polsce w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców jest znacząco niższa od średniej krajów OECD (5,2 - Polska vs 9,0 – średnia OECD, wykres 10), choć również w tym przypadku dane OECD są nieoszacowane Podobnie

jak w przypadku lekarzy, wiek statystycznej pielęgniarki jest zawansowany²⁰. Wskazuje to, iż zjawisko niedoborów kadrowych pielęgniarek również będzie się pogłębiało.

Wykres 10. Liczba zawodowo czynnych pielęgniarek w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2000 i 2015



1. Dane obejmują nie tylko pielęgniarki zapewniające bezpośrednią opiekę nad pacjentami, ale także osoby pracujące w sektorze opieki zdrowotnej jako menedżerowie, nauczyciele, naukowcy itp.
2. Austria i Grecja podają tylko dane dotyczące liczby pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu.
3. Dane z Chile odnoszą się do wszystkich pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu.

Źródło: OECD Health Statistics 2017

Zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych w oczekiwany przez pacjenta czasie wynika nie tylko działalności odpowiedniej liczby lekarzy i pielęgniarek. Równie istotnym aspektem jest właściwe, zgodnie z kompetencjami wykorzystanie czasu pracy profesjonalistów medycznych. Obecny archaiczny podział zadań pomiędzy przedstawicielami poszczególnych zawodów medycznych nie wykorzystuje ich pełnego potencjału. W opiekę nad pacjentem należy włączyć dietetyków, farmaceutów, fizjoterapeutów, psychologów, farmaceutów oraz edukatorów zdrowotnych, którzy mogą

20 Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, Warszawa, maj 2015, http://nipip.pl/wp-content/uploads/2016/12/Raport_2015_NiPiP.pdf (dostęp 24.09.2018)

przejąć ciężar opieki nad zdrowymi pacjentami oraz pomagać pielęgniarkom i położnym w prowadzeniu działań edukacyjnych i profilaktycznych.

Dobrze funkcjonujący system powinien opierać się również na wsparciu opieki farmaceutycznej, która w znacznym stopniu może zaspokoić potrzeby pacjentów, a w naszym systemie obecnie praktycznie nie funkcjonuje.

Przyczyny administracyjne i infrastrukturalne

Wśród tej kategorii przyczyn istotny jest brak dostępu do elektronicznej bazy danych pacjentów i właściwych procesów zarządzania danymi oraz wciąż fragmentaryczne stosowanie kompleksowych rozwiązań technologicznych, które mają duży potencjał do optymalizacji działań związanych z kolejkami.

Narastaniu kolejek sprzyjają również istniejące systemy rejestracji, brak zarządzania przepływem pacjentów oraz skutecznej koordynacji procesów.

Potrzebujemy w końcu odciążyć wyższy personel medyczny od nadmiernych obowiązków administracyjno- biurowych, które pochłaniają czas wysoko wykwalifikowanej kadry.

Katalog przyczyn w tej kategorii jest znacznie dłuższy. Naszą intencją jest zwrócenie uwagi na najistotniejsze jego elementy.

Przyczyny systemowo - prawne

System ochrony zdrowia w Polsce wciąż nie znajduje oparcia w podstawowej opiece zdrowotnej, która miała przejąć koordynację i de facto ciężar podstawowej opieki nad pacjentem. Decydenci rozumieją potrzebę wzmocnienia roli POZ w systemie, czego dowodem może być pilotaż programu POZ + zapoczątkowany w połowie 2018 roku.

Ponadto system kontraktowania świadczeń zdrowotnych nie jest wystarczająco elastyczny, aby zaspokoić lokalne potrzeby zdrowotne. Cytowany wcześniej raport NIK zwracał

uwagę na niepełne wykorzystanie potencjału świadczeniodawców: blisko 90 proc. szpitali deklarowało, że mogłoby wykonywać więcej zabiegów bez zwiększania zatrudnienia i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o ok. 18 proc.

Należy również wskazać, że zgodnie z ustaleniami NIK w Polsce nie istnieje kompleksowy, spójny i sprawny system profilaktyki zdrowotnej, obejmujący planowanie działań, nadzór nad realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów²¹. W rezultacie prowadzi to do nadmiernego korzystania z świadczeń medycyny naprawczej, która ma ograniczony wpływ na stan zdrowia społeczeństwa.

Powody kliniczne

Tu ponownie dotykamy tematu efektywności klinicznej i efektywności kosztów. Brak obowiązujących wytycznych klinicznych i wystandaryzowanych protokołów postępowania klinicznego wpływa na pogłębianie się problemu kolejek.

Podsumowując, należy wskazać, że opieka zdrowotna to dość specyficzny obszar - w dużej mierze oparty na zaufaniu między lekarzem i pacjentem, o tyle charakterystyczny, że bez względu na ilość dostępnych świadczeń, zawsze wszystkie zostaną skonsumowane. Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne sprawia, że eliminowanie przyczyn narastających kolejek do świadczeń zdrowotnych powinno być pierwszoplanowym zadaniem decydentów w ochronie zdrowia.

21 *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa, 11 kwietnia 2017 roku, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf> (dostęp 12.09.2018 r)

3. Doświadczenia międzynarodowe w zakresie zwiększania dostępności świadczeń medycznych

Kolejki do świadczeń gwarantowanych stanowią istotny problem wielu krajów w Europie, w Stanach Zjednoczonych czy Australii²². Świadczą o braku równowagi pomiędzy popytem i podażą spowodowanej niedofinansowaniem opieki zdrowotnej, nieefektywnym zarządzaniem, brakiem wydajności i innymi czynnikami, które zostały wskazane w poprzednim rozdziale. Z perspektywy społecznej najważniejsze jest jednak niezadowolone pacjentów i negatywna ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Warto przyrzeć się jak inne kraje próbują rozwiązywać podobne problemy.

Literatura przedmiotu dostarcza cennych wskazówek zarówno o metodologii mierzenia czasu oczekiwania na świadczenia, w taki sposób, aby można było dokonywać wiarygodnych porównań pomiędzy krajami, jak i o zastosowanych metodach naprawczych w różnych systemach ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o metodologię oceny kolejek, badacze sugerują mierzenie czasu oczekiwania na dane świadczenie pacjentów, którzy są w trakcie leczenia, a nie pacjentów tzw: pierwszorazowych czyli rozpoczynających leczenie²³.

22 Siciliani L., Borowitz M. i Moran V. (red.). (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.

23 Siciliani L., Moran V. i Borowitz M. (2014). *Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries*. Health Policy, 118(3)

Analizując metody naprawcze, praktyka międzynarodowa koncentruje się na trzech podstawowych strategiach:

- ograniczania popytu na świadczenia;
- rozszerzania podaży;
- technikach mieszanych tzw. strategiach globalnych.

Mówiąc o popycie i podaży w zdrowiu wchodzimy w sferę ekonomii. Rozumienie ekonomii ochrony zdrowia jest ważne z wielu powodów. Po pierwsze, zdrowie jest wiele warte dla nas jako jednostek i jako społeczeństwa. Dostępność ochrony zdrowia może zdecydować o jakości naszego życia i szansach na przetrwanie. Warto zatem, w celu uporządkowania analizy doświadczeń międzynarodowych nacelowanych na poprawę dostępności świadczeń posłużyć się podziałem na popyt i podaż.

Mechanizmy regulujące popyt

Działania po tej stronie są bardzo ograniczone i trudne do wdrożenia. To duże wyzwanie, aby wpłynąć na liczbę pacjentów, którzy potrzebują rozpocząć lub kontynuować leczenie.

Rozwój działań zapobiegających chorobom, czyli szeroko rozumiana profilaktyka pierwotna i wtórna oraz skuteczność podstawowej opieki zdrowotnej może zmniejszać liczbę i częstotliwość hospitalizacji. Niestety, brakuje badań wskazujących, jaki rodzaj profilaktyki i w jakim zakresie wpływa na czas oczekiwania na świadczenia.

Kolejnym sposobem regulującym popyt jest **ustalenie pacjentów priorytetowych i leczenie tylko tych, którzy spełniają określony próg priorytetu**. Przy ograniczonych zasobach decydenci zazwyczaj wprowadzają metodę polegającą na ustaleniu priorytetów określających, którzy pacjenci powinni otrzymać usługę najszybciej, a którzy mogą pozwolić sobie na dłuższy czas oczekiwania. Doświadczenia w tym zakresie mają głównie dwa kraje - Kanada i Nowa Zelandia, które wprowadziły sformalizowany proces oceny stopnia ciężkości choroby danego pacjenta posiłkując się między innymi wytycznymi klinicznymi. W roku 2004 w Kanadzie wprowadzono dziesięcioletni plan optymalizowania opieki zdrowotnej. Decydenci zobowiązali się w nim do poprawy czasu oczekiwania na dane świadczenie zdrowotne. Zainwestowano w opracowanie narzędzi

do ustalania priorytetów tj: punktową ocenę kwalifikacji do operacji zaćmy, wymiany stawu kolanowego i biodrowego czy kwalifikacji do badania rezonansu magnetycznego²⁴.

Jeśli jednak priorytety są ustalane na podstawie kryterium opartym na finansach należy liczyć się z ryzykiem wykluczenia pacjentów, którzy rzeczywiście wymagają leczenia. Ustalenie drabiny „ważności danego pacjenta” czyli racjonalizacja kolejek to nie tylko czysta ekonomia, ale również kwestie etyki.

Znaczącą rolę regulującą stronę popytową ma **odpowiedni dobór badań diagnostycznych i eliminowanie zbędnych testów i zabiegów**. Przychodzą tu z pomocą wytyczne medyczne oraz doświadczenie profesjonalistów medycznych²⁵. Doświadczenia w tym zakresie ma Nowa Zelandia, Włochy i Wielka Brytania^{26,27}. W Nowej Zelandii w 1998 roku próbowano wprowadzić system rezerwacyjny do zabiegów chirurgicznych według zatwierdzonych priorytetów. Niestety system wzbudził dodatkowe niezadowolenie pacjentów z racji niewystarczającego budżetu koniecznego do przeprowadzenia koniecznych zabiegów zakwalifikowanym pacjentom.

Ciekawym doświadczeniem w regulowaniu popytu na hospitalizacje może poszczycić się Hiszpania. W 2011 roku utworzono tzw. szybkie jednostki diagnostyczne (QDU), dzięki którym zmniejszono liczbę niepotrzebnych i nagłych, zwykle diagnostycznych hospitalizacji. W ten sposób uniknięto obłożenia 12,5 łóżka na dzień, co przełożyło się na około 4,5 tys. rocznie. Doprowadziło to również na znacznej redukcji kosztów. Podczas gdy średni koszt konwencjonalnej terapii wynosił 3466,13 euro, w jednostce szybkiego diagnozowania kwota ta wynosiła 75,61 euro. Dzięki wprowadzeniu szybkich jednostek

24 Information on the Western Canada Waiting List Project is available at: <http://www.wcwl.org>. Google Scholar

25 Kreindler S.A. (2010). Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence. *British Medical Bulletin*. 95(1), 7–32

26 Gauld R. i Derrett S. (2000). *Solving the Surgical Waiting List Problem? New Zealand's 'Booking System'*. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(4),

27 France G., Taroni F. i Donatini A. (2005). *The Italian Health-care System*. *Health Economics*, 14(S1)

diagnostycznych, 41% pacjentów uniknęło hospitalizacji w danym roku kalendarzowym. Niepodważalny był przede wszystkim wzrost poziomu zadowolenia pacjentów²⁸.

Wszystkie wymienione strategie po stronie popytu dostosowują w zasadzie liczbę pacjentów do możliwości podaży świadczeń.

Mechanizmy po stronie podaży

Znacznie szerszy wachlarz możliwych działań występuje po stronie podaży. W literaturze opisano różne mechanizmy zwiększające ilość świadczeń medycznych.

Wiele państw, w tym Australia wprowadziło **premiowanie dostawców usług medycznych głównie szpitali za skrócenie kolejek pacjentów oczekujących na hospitalizację**²⁹.

Najpowszechniejszą metodą w tym obszarze jest **zwiększenie zasobów w ochronie zdrowia poprzez wzrost finansowania**. Bezsposornie metoda ta wspiera redukcję czasu oczekiwania w długim okresie. Dzięki dodatkowym pieniądзом poprawia się dostępność do sprzętu i kadry medycznej. Dofinansowanie musi być jednak ukierunkowane w pierwszej kolejności na obszary deficytowe. Jeśli rosną kolejki i system jest niedofinansowany, pacjenci zaczynają leczyć się za granicą, a żadne dowody nie wskazują na skuteczność takiego rozwiązania. Literatura przedmiotu wskazała zarówno brak efektywności kosztowej jak i skuteczności opieki transgranicznej w redukowaniu kolejek³⁰. Doświadczenia norweskiego parlamentu stworzenia mostu dla pacjentów "patient bridge" potwierdziły nieefektywność takiego rozwiązania dla płatnika publicznego.

28 Bosch X., Foix A., Jordan A., Coca A., Lopez-Soto A. *Outpatient Quick Diagnosis Units for the evaluation of suspected severe diseases: an observational, descriptive study*. Clinics 2011;66(5):737-41.

29 The Victoria state government publishes information quarterly on waiting times for elective surgery by individual hospitals and specialities via its public hospital performance website: <http://www.health.vic.gov.au/yourhospitals>.

30 Botten G., Grepperud S. i Nerland S.M. (2004). *Trading Patients. Lessons from Scandinavia*, Health Policy, 69(3), <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.12.014>.

Skuteczne metody skrócenia kolejek poprzez wzrost finansowania wprowadziły takie kraje jak: Holandia, Wielka Brytania, Finlandia czy Dania³¹.

Jedną z metod finansowych jest **wprowadzenie zasady „pieniądze idą za pacjentem”** czyli brak restrykcyjnych metod ograniczających wydatki. Systemy ochrony zdrowia we Francji, Belgii, Niemczech czy Szwajcarii płacą swoim świadczeniodawcom za wykonane usługi. W tych krajach nie spotkamy się z problemem długiego oczekiwania na świadczenia.

Osiągnięcie sukcesu jest możliwe jednak dzięki wprowadzaniu wielu mechanizmów naprawczych. Izolowane „dosypanie pieniędzy do systemu” nie przyniosło w tych krajach pożądanych efektów.

Nie istnieją bezpośrednie dowody na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia poprzez **włączenie podmiotów prywatnych do publicznego systemu opieki**. Przykładem kraju, w którym rząd posiłkuje się prywatnymi zasobami w celu zmniejszenia obciążenia sektora publicznego jest Szwecja. Skandynawski model państwa opiekuńczego opartego na wysokich podatkach jest znany na całym świecie. W Szwecji obecnie działa około 250 mniejszych dostawców prywatnych oraz 9 dużych szpitali prywatnych finansowanych z budżetu publicznego, co stanowi około 24% wszystkich świadczeniodawców. Pomimo ustawicznego zwiększania budżetu publicznego alokowanego do tych dostawców, w ostatnich latach aż 45% pacjentów czeka znacznie dłużej na świadczenie niż przewiduje to czas gwarantowany³².

Rozwój sektora prywatnego zarówno od strony świadczenia usług, jak i finansowania (ubezpieczenia komplementarne i/lub suplementarne) nie wykazuje na tle doświadczeń państw OECD skuteczności w badanym obszarze. Warto jednak wskazać przykład Słowenii, gdzie istotne wydaje się wprowadzenie dodatkowych, komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych. W ostatniej edycji badania Euro Health Consumer Index 2017

31 Hurst J. i Siciliani L. (2003). *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. OECD Working Papers, (6).

32 Mason C. (2008). *Public-private Health Care Delivery Becoming the Norm in Sweden*. CMAJ, 179(2).

(EHCI) Słowacja osiągnęła najlepszy możliwy wynik w kategorii dostępności do świadczeń zdrowotnych³³.

Większość analityków tematu sugeruje, że samo zwiększanie podaży świadczeń przy braku kontroli popytu (między innymi przez zapewnianie maksymalnego czasu gwarantowanego) nie jest skuteczne.

Kolejną metodą pomocną w skracaniu czasu oczekiwania pacjentów jest **zwiększenie wydajności istniejących zasobów**. Wprowadzanie ulepszonych schematów na szczeblu lokalnym czy usprawnianie procedur poprzez np. zwiększanie dostępności do chirurgii jednego dnia czy koordynowanie opieki prowadzi do zwiększenia płynności oferowanych usług. Przykładem kraju, w którym ta metoda w połączeniu z innymi okazała się dość skuteczna jest Anglia.

Zwiększanie wydajności istniejących zasobów jest możliwe dzięki **wprowadzeniu rozwiązań informatycznych w obszarze ochrony zdrowia**. Przykładem kraju, gdzie przyniosło to dobre rezultaty jest Czarnogóra, która wdrożyła otwarty, przejrzysty system skierowań i recept elektronicznych wystawianych w czasie rzeczywistym, co radykalnie skróciło czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne. W ostatniej edycji badania Euro Health Consumer Index 2017 Czarnogóra otrzymała status „Climber of the Year” zmieniając pozycję w rankingu systemów ochrony zdrowia z 34 na 25 w przeciągu zaledwie roku. Dodatkowo, w kraju tym w przeciągu trzech miesięcy zbudowano i wprowadzono aplikację za pośrednictwem której obywatele mogą łatwo zarezerwować wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Podobny przykład stanowi Macedonia, która w roku 2014 dokonała najbardziej znaczącego postępu w historii Indeksu EHCI, przesuując się z 27 na 16 miejsce, w dużej mierze dzięki prawie pełnemu wyeliminowaniu list oczekujących poprzez wdrożenie systemu elektronicznej rezerwacji wizyt w czasie rzeczywistym³⁴.

Warto też wspomnieć o **wprowadzeniu możliwości wyboru świadczeniodawców przez pacjenta**, u których czas oczekiwania jest najkrótszy. Analiza badań

33 Euro Health Consumer Index 2017, opracowany przez firmę Health Consumer Powehouse, styczeń 2018, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

34 Euro Health Consumer Index 2017, opracowany przez firmę Health Consumer Powehouse, styczeń 2018, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

opublikowanych w Wielkiej Brytanii i w Stanach Zjednoczonych wykazała, że zapewnienie wyboru samo w sobie poprawia wydajność i jakość opieki. Istnienie takiej możliwości stymuluje dostawców do ustawicznego poprawiania jakości oferowanych usług³⁵. Badania potwierdzają także, że to właśnie reputacja danego lekarza i opinia w środowisku o danym dostawcy wpływa w największym stopniu na podejmowane przez pacjentów wybory.

Strategie globalne

Najpowszechniejszą metodą jest określenie wymaganych celów poprzez wyznaczenie gwarantowanego czasu oczekiwania na świadczenia oraz stosowanie dodatkowych zachęt.

Sprawdzoną metodą jest **wprowadzenie gwarancji maksymalnego czasu oczekiwania** (Anglia, Finlandia). Jest to metoda skuteczna, o ile system może pozwolić sobie na zwiększenie podaży świadczeń. W przypadku przekroczenia tego czasu świadczeniodawcy są obciążani karami o charakterze finansowym i niefinansowym. W związku z tym kluczowe jest ustalenie realnego czasu gwarantowanego. Strategia ta promuje skupienie się na najbardziej problematycznych obszarach terapeutycznych. Zaadresowanie jej do większej liczby pacjentów wymaga czasu. Nie unikniemy tutaj ryzyka hazardu, czyli leczenia pacjentów poza kolejnością oraz wpływu na utratę jakości świadczeń. Warto również pamiętać, że egzekwowanie gwarantowanego czasu oczekiwania przy ograniczonych zasobach jest bardzo trudne. Można tego dokonać jedynie kontrolując popyt lub zwiększając wydajność świadczeniodawców, ale jest to działanie obarczone ryzykiem. Może przynieść bowiem odwrotny skutek od zamierzonego i wiąże się ze spadkiem jakości wykonywanych usług, niezadowoleniem personelu i niskim morale.

Największe doświadczenie w premiowaniu dostawców zapewniających najkrótszy czas oczekiwania ma Anglia. W 2001 roku wprowadzono po raz pierwszy system nagradzania świadczeniodawców gwiazdkami (od 0-3*). Przeprowadzono takie rankingi w perspektywie

35 Fotaki M., Roland M., Boyd A., Mcdonald R., Scheaff R. i Smith L. (2008). *What Benefits Will Choice Bring to Patients? Literature Review and Assessment of Implications*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(3),

12 miesięcy do 2005 roku. Dane były jawne, publikowane przez NHS. Zarządzający ośrodkami, które nie otrzymały gwiazdki byli zagrożeni zwolnieniem z pracy. System ten przełożył się na skrócenie czasu oczekiwania i wzrost zadowolenia pacjentów. Przykładowo w 2002 roku aż 23% pacjentów oczekiwało na poradę w oddziale ratunkowym ponad 4 godziny, podczas gdy w 2004 roku odsetek spadł do 5,1% pacjentów. W roku 1999 czas oczekiwania powyżej 12 miesięcy na planową hospitalizację dotyczył w Anglii 4,4% pacjentów, cztery lata później nie odnotowano już takich przypadków. W tym samym czasie, w Walii i Północnej Irlandii odsetek pacjentów oczekujących na tę usługę wynosił odpowiednio 15,9% i 22 %. W tych krajach system gwiazdkowy nie działał³⁶.

Warto podkreślić, jak ważne jest konsekwentne egzekwowanie wyznaczonych standardów. Samo wyznaczenie celów bez kontroli ich realizacji oraz bez agresywnego zarządzania wydajnością nie spełnia oczekiwanych rezultatów. Wskazują na to doświadczenia Szwecji i Danii³⁷.

Kolejną możliwością jest **połączenie maksymalnego czasu gwarantowanego z możliwością wyboru świadczeniodawcy** przez pacjenta (Dania, Holandia, Portugalia). W tym modelu pacjenci są uprawnieni do wyboru publicznego lub prywatnego dostawcy usługi.

Następną strategią globalną jest **wykorzystywanie mechanizmów rynkowych** do pobudzenia konkurencji i skracania czasu oczekiwania.

Ciekawy i skuteczny okazał się też **innowacyjny system umawiania wizyt** ambulatoryjnych w USA. Jak wiadomo, niezgłaszanie się pacjentów do lekarza znacznie wydłuża kolejki. Opracowano nowy system umawiania wizyt, który skrócił czas oczekiwania z 4 miesięcy do mniej niż 3 tygodni. Aby zminimalizować liczbę anulowanych wizyt wyznaczono określoną godzinę jednego dnia w tygodniu, kiedy pacjent mógł zapisać się na wizytę. Po wypełnieniu możliwej liczby wizyt na zasadzie, „kto pierwszy ten lepszy”, pozostali pacjenci zostali poproszeni o telefon w kolejnym tygodniu o tej samej godzinie. Pacjentom, którym nie udało się trzykrotnie zapisać na listę, świadczeniodawca wyznaczał

36 Bevan G. i Hood C. (2006). *Have Targets Improved Performance in the English NHS?* BMJ, 332, <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7538.419>.

37 Anell A. (2005). *Swedish Healthcare under Pressure*, Health Economics, 14(51)

termin wizyty. W wyniku takiego podejścia liczba nieobecności zmniejszyła się z 64% do 31% po 18 miesiącach ($p < 0,0001$)³⁸.

Nie należy zapomnieć o metodzie **inwestycji w budowę baz danych, monitorowania gromadzonych zasobów oraz raportowania i wnioskowania**. Jest to działanie niezbędne do zrozumienia i likwidacji problemu. Ważne jest również zastosowanie istniejących wytycznych międzynarodowych do budowania rejestrów, aby umożliwić porównywanie danych lokalnych z innymi bazami, również między krajami³⁹.

Elektroniczna dokumentacja to nie tylko gromadzenie danych, ale również rozwój elektronicznych porad czyli **telemedycyna**. Przegląd ponad 180 publikacji oceniających wpływ usług telemedycznych za pomocą e-maila dowiódł oszczędności w długości i liczbie wizyt standardowych. Nie można jednak stwierdzić jednoznacznie, że telemedycyna jest w stanie zastąpić konsultacje kliniczne. Może jedynie wzmocnić taką wizytę⁴⁰.

Interesujące są również doświadczenia **stosowania metod komputerowych i matematycznych** six sigma (pierwotnie opracowano w korporacji Motorola w celu **zmniejszenia prawdopodobieństwa występowania błędów i zapewnienia powtarzalności procesów**). Doświadczenia w zakresie modelowania przepływu pacjentów w ambulatorium i w szpitalu mają Holandia i USA. Opis tych metod wykracza jednak poza ramy tego raportu^{41,42}.

Z uwagi na fakt kompleksowości działań, jakie wprowadziła Anglia, warto przeanalizować

38 Price RS., Balcer LJ., Galetta SL. *Education research: a new system for reducing patient nonattendance in residents' clinic*. Neurology 2010 Mar 9;74(10):e34-e36.

39 Kreindler S.A.. (2010). *Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence*. British Medical Bulletin. 95(1), 7–32.

40 Caffery LJ., Smith AC. *A literature review of email-based telemedicine*. Studies in Health Technology & Informatics 2010;161:20-34, 2010.:20-34

41 Elkhuzen SG., Das SF., Bakker PJM., Hontelez JAM. *Using computer simulation to reduce access time for outpatient departments*. Quality & Safety in Health Care 2007;16(5):382-6.

42 Bush SH., Lao MR., Simmons KL., Goode JH., Cunningham SA., Calhoun BC. *Patient access and clinical efficiency improvement in a resident hospital-based women's medicine center clinic*. AM J MANAGE CARE 2007 Dec;13(12):686-90.

odrębnie doświadczenia tego kraju, który zastosował szereg zmian systemowo-finansowych.

Doświadczenia angielskiego NHS można podzielić na trzy okresy:

1. 1997-2000, kiedy strategia koncentrowała się na zmniejszeniu całkowitej liczby pacjentów w kolejkach, gwarantując maksymalnie 18 miesięcy oczekiwania na świadczenie. Osiągnięto to dzięki zwiększeniu inwestycji oraz udoskonaleniu zarządzania listą oczekujących za pośrednictwem Krajowego Zespołu ds. Obsługi Pacjentów i Agencji ds. Modernizacji.
2. 2000-2005, kiedy skoncentrowano się na zarządzaniu wydajnością, niezależnych kontrolach dostawców usług, oraz wprowadzeniu publicznego systemu gwiazdek. Zapewniono również dodatkowe finansowanie w onkologii i wyznaczono konkretne cele leczenia raka i wprowadzono gwarantowany czas oczekiwania na zabiegi okulistyczne i ortopedyczne.
3. 2005 - 2008, kiedy udostępniono platformę informatyczną dla pacjentów, dzięki której mogli wybierać oni dostawców oferujących najkrótszy okres oczekiwania na świadczenie. W tym okresie rząd zaczął również kupować usługi od prywatnych świadczeniodawców, osiągając zabezpieczenie 15% wszystkich usług dostarczanych przez ten sektor. Wprowadzono ponadto zasadę konsekwencji finansowych dla lekarzy POZ kierujących masowo pacjentów do specjalistów⁴³.

Analizując doświadczenia Anglii warto przyjrzeć się nie tylko na zastosowane metody, ale również na sposoby identyfikowania problemów i przeprowadzanie procesów naprawczych.

Dobrym przykładem skutecznej diagnostyki i modelowego procesu są szpitale uniwersyteckie w tym kraju. Kiedy zaobserwowano problem wydłużania kolejek i dramatyczną utratę zaufania pacjentów do służby zdrowia, powołano interdyscyplinarny zespół, który przeprowadził kompleksową analizę usług. Zespół zidentyfikował problematyczne obszary poprzez zmapowanie procesów, analizę: sposobu gromadzenia

43 Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Edwards, R.T., Pearse, J. i Tu, J.V. (2007). *Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross-national Comparison of Strategies*, Health Affairs, 26(4),

danych, istniejącego popytu, dostępności do sprzętu i kadry medycznej. Przeprowadzono również przegląd doświadczeń międzynarodowych i wykonano studium wykonalności proponowanych rozwiązań. Zwrócono uwagę na „wąskie gardła” w dostępie do danej usługi tj: na niedobór i brak właściwego wykorzystania kadry medycznej, silosowe a nie skoordynowane podejście do zadań i braki sprzętowe. W efekcie dokonano zmiany ról w systemie: pielęgniarek, radiologów, techników. Poprawiono np. czas oczekiwania na dane badanie diagnostyczne z 42 tyg w 2005 roku na 2 tygodnie w 2009 r⁴⁴.

Przyglądając się tym doświadczeniom, warto jednocześnie zwrócić uwagę na stopień satysfakcji pacjenta w kontekście kolejek do świadczeń. Z tej perspektywy sytuacja nadal nie jest satysfakcjonująca, co wskazuje na kompleksowość problemu. **Podsumowując**, rzetelne zdiagnozowanie istniejącej sytuacji oparte na wiarygodnych danych oraz konsekwentne realizowanie solidnego systemu zarządzania wydajnością połączone z dodatkowym finansowaniem oraz osiąganiem wyznaczonych celów wyjaśnia sukcesy innych krajów w systematycznym zmniejszaniu kolejek do usług zdrowotnych. Najważniejsze jest jednak postawienie pacjenta w centrum systemu i podporządkowanie jego interesom wszystkich procesów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz konsekwentna realizacja zidentyfikowanych celów.

44 Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs R., Martin, S. i Smith, P.C. (2007). *The Effects of Expanding Patient Choice of Provider on Waiting Times: Evidence from a Policy Experiment*, Health Economics, 16(2),

4. Analiza oczekiwań pacjentów i rozwiązań na podstawie wyników badań własnych

W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia, Fundacja MY Pacjenci wraz z portalem www.znanylekarsz.pl przeprowadziła wśród pacjentów i obywateli sondaż on-line. Dotyczył on opinii i oczekiwań obywateli dotyczących sposobu skrócenia czasu oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych.

4.1. Metodologia badania

Kwestionariusz zawierał 10 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Badanie przeprowadzone zostało w terminie od 1 do 31 lipca 2018 r. Ankiety opublikowano na portalu znanylekarsz.pl oraz na stronach internetowych, portalach w mediach społecznościowych współpracujących z Fundacją organizacji pacjenckich.

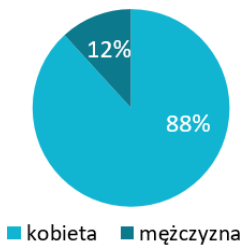
W badaniu wzięło udział 729 osób, które dobrowolnie wyraziły chęć wypełnienia ankiety on-line. Sondaż miał charakter niereprezentatywny.

W pracy zastosowano deskryptywną metodę analizy wyników ankiety, bez badania związków i zależności przyczynowych. Nie oceniano również statystycznej istotności wyników.

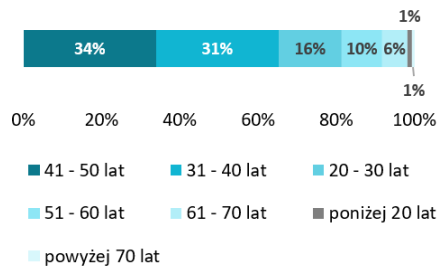
4.2. Charakterystyka respondentów

Większość respondentów (88%) stanowiły kobiety (wykres 11). W strukturze wiekowej badanych dominowały osoby w przedziale wieku lat 41-50 oraz 31-40 lat, łącznie stanowiąc 65% badanych (wykres 12). Blisko połowa ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe (47%), a 38% wykształcenie średnie lub pomaturalne. (wykres 13). Respondenci przede wszystkim zamieszkiwali duże miasta (wykres 14), liczące powyżej 300 tys. mieszkańców (25%), oraz miasta małe - pomiędzy 21 - 100 tys. mieszkańców (24%). Osoby zamieszkujące na obszarach wiejskich były reprezentowane w badaniu przez 23% ankietowanych.

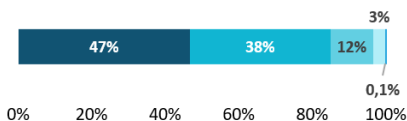
Wykres 11. Płeć ankietowanych (N=729)



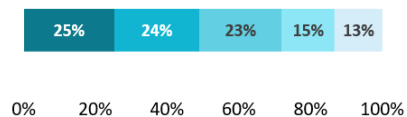
Wykres 12. Struktura wiekowa badanych (N=729)



Wykres 13. Poziom wykształcenia (N=729)

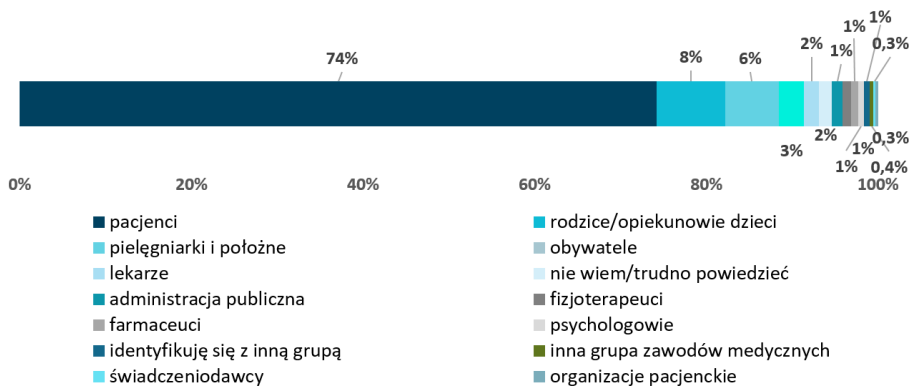


Wykres 14. Miejsce zamieszkania (N=729)

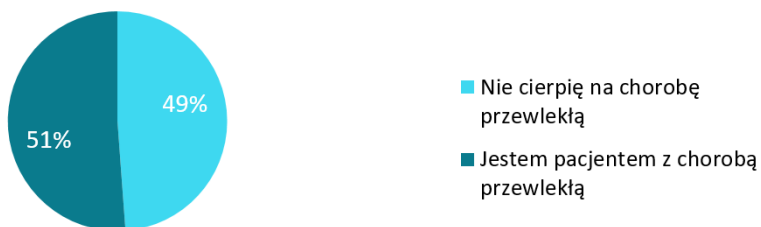


Prawie trzy czwarte respondentów (74%) stanowili pacjenci (wykres 15), a co drugi badany (51%) cierpiał na chorobę przewlekłą (wykres 16).

Wykres 15. Grupa, z którą identyfikujesz się najbardziej (N=729)



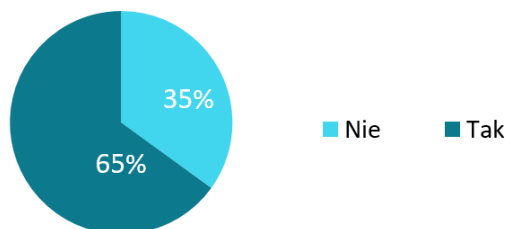
Wykres 16. Stan zdrowia ankietowanych (N=729)



4.3. Wyniki

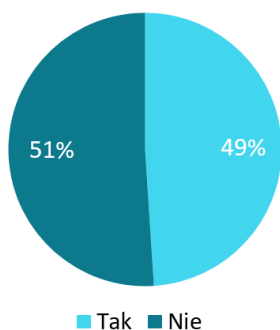
Na potrzeby analiz, pytania zawarte w ankiecie można podzielić na trzy bloki merytoryczne. Pierwszy blok pytań merytorycznych dotyczył doświadczeń pacjentów. Wśród uczestników badania dominowały osoby, które obecnie oczekują w kolejce na badanie lub wizytę lekarską (65%) (wykres 17).

Wykres 17. Czy obecnie oczekujesz w kolejce na badanie lub wizytę u lekarza? (N = 729)

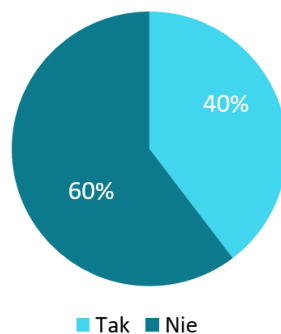


Aby skrócić czas oczekiwani na świadczenie, co drugi respondent wykorzystywał już kiedyś tzw. „znajomości” (wykres 18). Jednocześnie tylko 40% ankietowanych wyszukiwało termin wizyty lub badania za pomocą portalu NFZ (wykres 19).

Wykres 18. Czy kiedykolwiek skorzystałaś/teś z możliwości skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia wykorzystując tzw. „znajomości”? (N = 729)

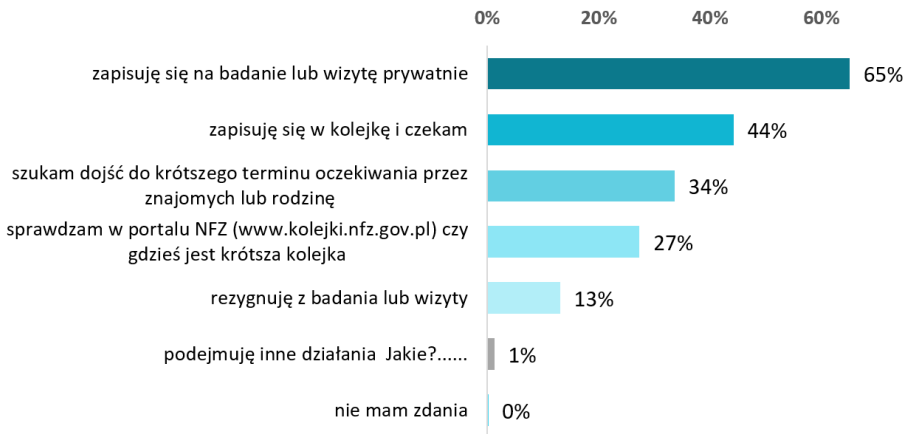


Wykres 19. Czy kiedykolwiek korzystałaś/teś z portalu NFZ do wyszukiwania terminów wizyt lub badań u świadczeniodawców kolejki.nfz.gov.pl (N = 729)



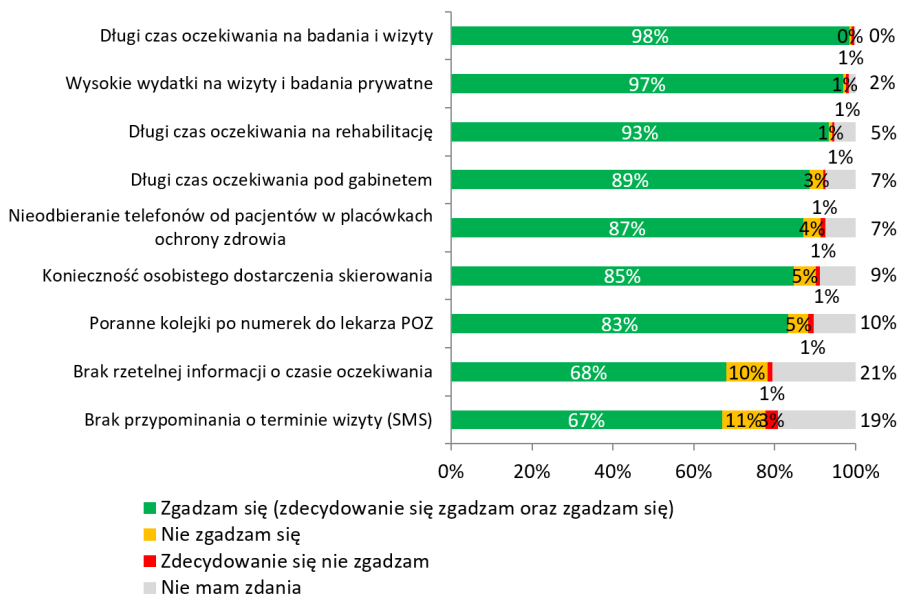
Kwestia postępowania w przypadku oczekiwania na świadczenia zdrowotne została pogłębiona poprzez pytanie hipotetyczne. Respondenci zostali poproszeni o wskazanie jak zachowaliby się w sytuacji, gdy dowiadują się, że czas oczekiwania na wizytę lekarską lub badanie wynosi 3 miesiące (wykres 20). W sferze deklaratywnej, większość ankietowanych (65%) zdecydowałaby się w takiej sytuacji na usługę świadczoną w placówce prywatnej.

Wykres 20. Dowiadujesz się, że czas oczekiwania na zlecone badanie dodatkowe lub wizytę u lekarza wynosi 3 miesiące. Co robisz? (N =729)



Drugi blok pytań odnosił się do oczekiwań pacjentów w związku z kolejkami. W kolejnym pytaniu, kwestionariusz wyszczególnił 9 czynników, które mogą przeszkadzać respondentom w związku z kolejkami do świadczeń wraz z prośbą o oznaczenie każdego z nich jedną z podanych odpowiedzi (wykres 21).

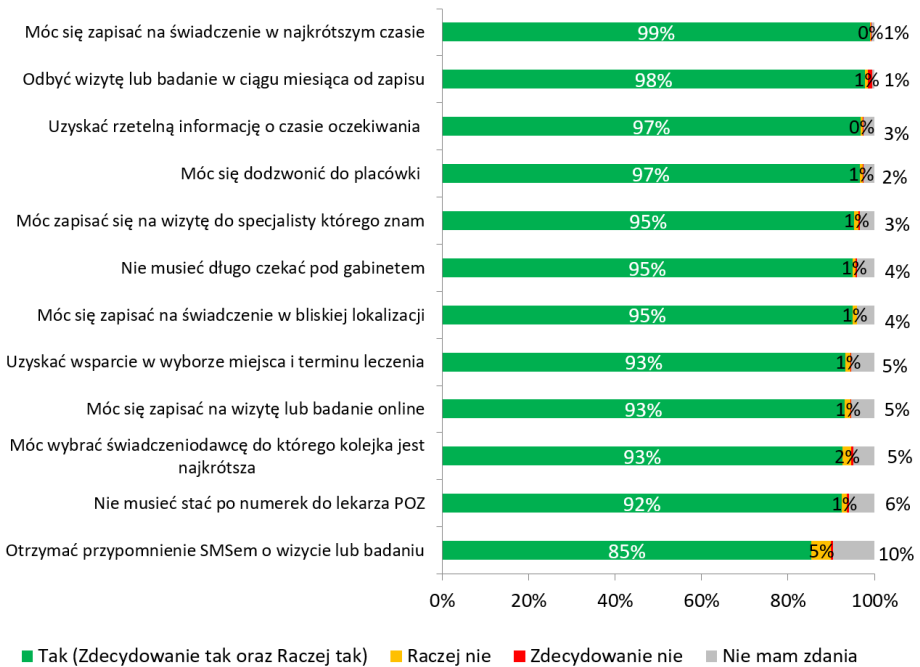
Wykres 21. Najbardziej w związku z kolejkami do świadczeń zdrowotnych przeszkadza mi: (N=729)



Uczestnikom badania najbardziej przeszkadzał długi czas oczekiwania na badania i wizyty lekarskie. Prawie wszyscy ankietowani (99%) zgodzili się z tym stwierdzeniem (gdzie: 87% respondentów wyraziło zdecydowaną zgodę, a 12 % zgodę). Respondenci kolejno wymienili również wysokie wydatki na wizyty i badania świadczone prywatnie (97% ankietowanych), długi czas oczekiwania na rehabilitację (94%) oraz długi czas oczekiwania pod gabinetem (89%).

Rozszerzając nieco poprzednie pytanie, ankietowani wskazali następnie swoje oczekiwania dotyczące tego na czym najbardziej im zależy w związku z kolejkami do świadczeń. Badani zostali poproszeni o ustosunkowanie się do każdego z 12 podanych stwierdzeń (wykres 22).

Wykres 22. Najbardziej w związku z kolejkami do świadczeń zależy mi na tym, aby:
(N=729)



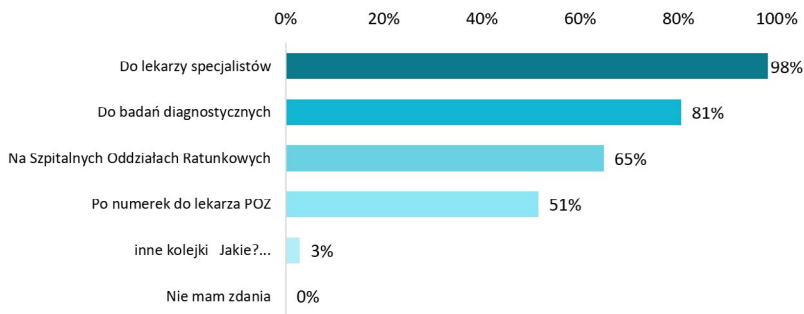
Osobom, które uczestniczyły w badaniu najbardziej zależało na tym, aby mieć możliwość zapisania się na świadczenie w możliwie najkrótszym czasie. Aż 99 % ankietowanych wyraziło pozytywną opinię na ten temat (gdzie 91% oceniło, że zdecydowanie na tym najbardziej im zależy - „zdecydowanie tak”, a 8% jako „raczej tak”). Zbliżona liczba respondentów (98%) największą wagę przywiązuje do odbycia wizyty lub badania w ciągu miesiąca od momentu zapisu. Osoby, które uczestniczyły w badaniu niezwykle ceniły również uzyskanie rzetelnej informacji o czasie oczekiwania (97%).

Ostatni blok pytań badał opinie respondentów dotyczące rekomendacji działań naprawczych.

Prawie wszyscy ankietowani (98%) wskazali, że w pierwszej kolejności powinny zostać podjęte działania skierowane na skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty,

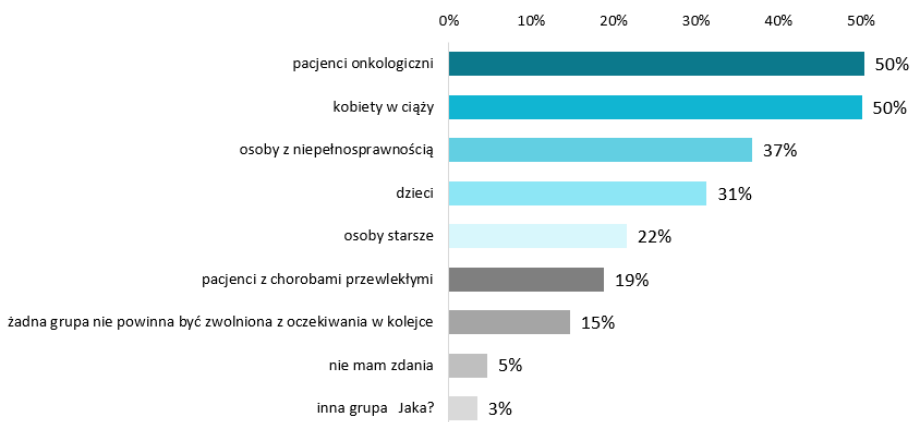
zaś 81% respondentów opowiedziało się za określeniem priorytetowych aktywności związanych ze skróceniem kolejek do wizyt i badań diagnostycznych. (wykres 23)

Wykres 23. Które z kolejek do świadczeń zdrowotnych wymagają Twoim zdaniem najpilniejszego działania? (N = 729)



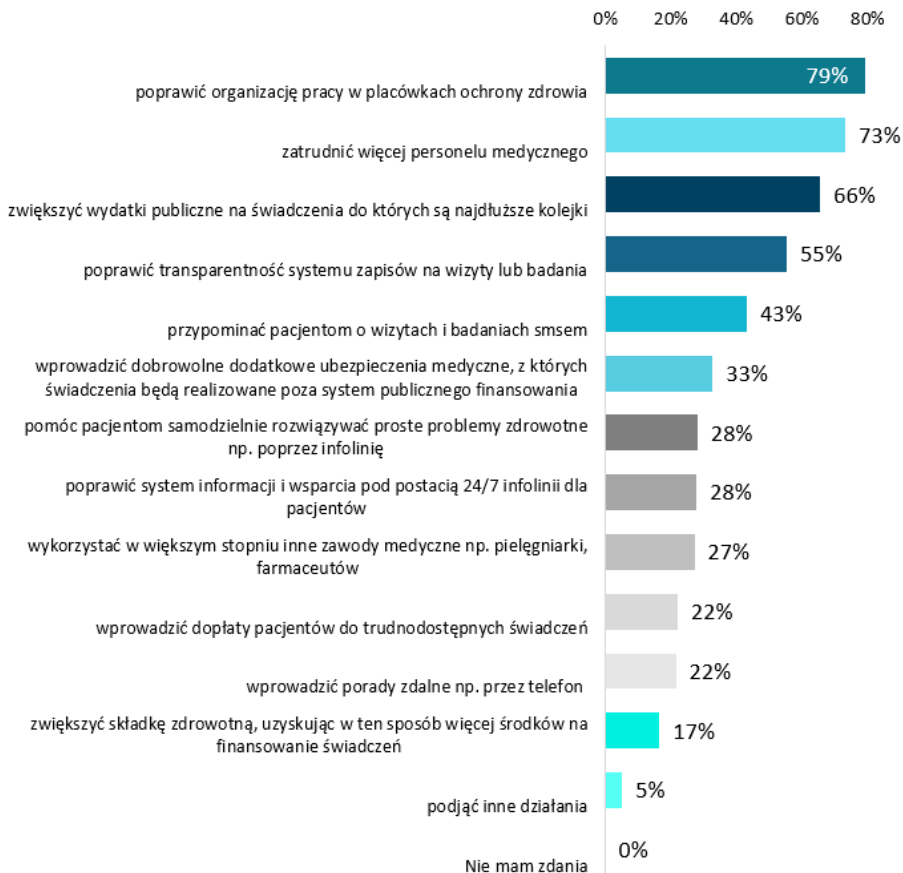
W kolejnym pytaniu respondenci zostali poproszeni o wskazanie grup społecznych, które powinny być zwolnione z oczekiwania w kolejkach na świadczenia zdrowotne (wykres 24). Co drugi ankietowany wskazał pacjentów onkologicznych (50%) oraz kobiety w ciąży (50%). Kolejno wymienione zostały również osoby z niepełnosprawnością, dzieci, osoby starsze oraz pacjenci z chorobami przewlekłymi.

Wykres 24. Jakie grupy powinny być zwolnione z oczekiwania w kolejkach na świadczenia zdrowotne? (N=729)



Ankietowani zostali także zapytani o rekomendacje dotyczące zlikwidowania kolejek do lekarzy i badań diagnostycznych (wykres 25).

Wykres 25. Co należy zrobić, żeby zlikwidować kolejki do lekarzy i badań? (N=729)

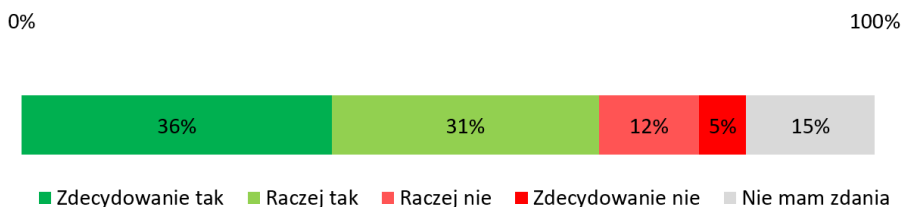


Zdecydowana większość badanych (79%) wskazała, że przede wszystkim należy usprawnić organizację pracy w placówkach ochrony zdrowia. Zatrudnienie większej ilości personelu medycznego zostało wybrane przez 73% badanych. Dwie trzecie uczestników ankiety wierzy, że sytuację poprawi zwiększenie wydatków publicznych na świadczenia, do których

są najdłuższe kolejki. Uczestnicy ankiety wskazywali również inne sposoby zlikwidowania kolejek do świadczeń. Najmniejszym zainteresowaniem cieszyło się zwiększenie składki zdrowotnej, aby uzyskać więcej środków na finansowanie świadczeń.

Ostatnie pytanie dotyczyło karania pacjentów za niestawienie się na umówioną wizytę lekarską/ badanie, która nie została przez pacjenta odwołana (wykres 26). Ponad dwie trzecie respondentów jest zgodna, że pacjenci powinni w takiej sytuacji ponosić opłaty (gdzie 36% uczestników badania zdecydowanie zgodziło się z tym stwierdzeniem, a 31% ankietowanych raczej podzieliło ten pogląd).

Wykres 26. Czy pacjenci, którzy nie zgłosili się na wizytę lub badanie i nie odwołali ich, powinni ponosić z tego tytułu opłaty? (N=729)



4.4. Analiza wyników i dyskusja badania

W ankiecie wzięło udział prawie 730 respondentów, co wskazuje, że cieszy się dużym zainteresowaniem. Warto zwrócić uwagę na nietypową charakterystykę demograficzną badanych. Aż 88% z nich to kobiety, 47% posiada wykształcenie wyższe, ponad 60% mieszka w miastach. Możemy domniemywać, że są to osoby o wyższych niż przeciętne kompetencjach zdrowotnych i oczekiwaniach. Z uwagi na to do prezentowanych w badaniu wniosków należy podchodzić z pewną ostrożnością.

Badanie zawierało 10 pytań, które na potrzeby analiz, zostały podzielone na trzy bloki zagadnień związanych z oczekiwaniem na świadczenia medyczne:

1. Doświadczenia respondentów
2. Oczekiwania ankietowanych
3. Rekomendacje działań

Doświadczenia respondentów

Wśród uczestników badania dominowały osoby, które obecnie oczekują na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne, w związku z czym tematyka „kolejek” jest im znana z własnego doświadczenia. W sytuacjach oczekiwania na świadczenia zdrowotne więcej respondentów uciekało się dotychczas do szukania „znajomości”, niż wykorzystania istniejących rozwiązań informatycznych takich jak portal NFZ (kolejki.nfz.gov.pl). Może się to wiązać z wieloma czynnikami takimi jak na przykład: niski poziom świadomości, przekonanie o niedokładności informacji podawanych online, czy też przyzwyczajeniem do „tradycyjnych” sposobów rozwiązywania kwestii kolejek. Wraz z upowszechnieniem systemów z obszaru e-zdrowia i zwiększeniem kompetencji zdrowotnych pacjentów, można oczekiwać zmiany w tym zakresie.

Oczekiwania ankietowanych

Ankietowali byli zgodni co do wymienionych w ankiecie czynników, które mogą przeszkadzać respondentom w związku z „kolejkami”. Kluczowe kwestie były związane z czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne. Respondenci wskazali również swoje oczekiwania dotyczące tego na czym najbardziej im zależy w związku z kolejkami do świadczeń zdrowotnych. 12 wymienionych stwierdzeń zyskało szeroką akceptację respondentów uzyskując bardzo wysoki udział pozytywnych odpowiedzi (ponad 90% w przypadku 11 stwierdzeń). Tu również najistotniejszy był czas oczekiwania. Tak wysoki poziom zgodności może świadczyć o trafnej identyfikacji oczekiwań badanych osób.

Rekomendacje działań

Ankietowani byli zgodni, że w pierwszej kolejności powinno się skrócić kolejki do specjalistów (98% badanych) oraz badań diagnostycznych (81%). Osoby, które uczestniczyły w badaniu wykazały się dość wysokim poziomem solidaryzmu społecznego. Jedynie 15% ankietowanych stwierdziło, że żadna grupa społeczna nie powinna być zwolniona z oczekiwania na świadczenie zdrowotne. W opinii respondentów największy potencjał do skrócenia kolejek mają rozwiązania związane z organizacją pracy w placówkach ochrony zdrowia oraz zatrudnieniem większej ilości personelu. Dopiero na trzecim miejscu znalazło się zwiększenie wydatków publicznych. Eksperti wskazują, że samo zwiększenie poziomu finansowania świadczeń nie wystarczy. Ponadto badanie Euro Health Index wskazuje, że nie ma korelacji pomiędzy poziomem nakładów na finansowanie ochrony zdrowia a dostępnością do świadczeń zdrowotnych.

Podsumowując wyniki badania, należy zauważyć, że problematyka kolejek do świadczeń zdrowotnych jest złożona. Aby skutecznie rozwiązać problem kolejek do wizyt lekarskich i badań diagnostycznych w Polsce potrzebne jest wprowadzenie licznych, porządkujących zmian systemowych na wielu poziomach.

5. Indywidualne wywiady pogłębione

W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. „Razem dla Zdrowia Naczelna Izba Lekarska przeprowadziła wśród pacjentów i obywateli indywidualne wywiady pogłębione.

5.1. Metodologia badania

W wywiadach telefonicznych wzięło udział 40 respondentów. Należy wskazać, że osoby te uczestniczyły w poprzednich badaniach prowadzonych w ramach projektu i wyraziły zgodę na otrzymywanie zaproszeń do udziału w kolejnych wywiadach w zakresie tej inicjatywy. Kwestionariusz zawierał 9 pytań otwartych, które badały opinie i oczekiwania obywateli dotyczące skrócenia kolejek do świadczeń medycznych.

Większość respondentów (82%) stanowiły kobiety. W strukturze wiekowej badanych dominowały osoby w przedziale wieku lat 41-50 oraz 31-40 lat, łącznie stanowiąc 67% badanych. 92% badanych zamieszkiwało miasta.

5.2. Wyniki

Wyniki tej części badania są zgodne z wynikami badania ilościowego. Według badanych najpilniejszego działania wymagają kolejki do specjalistów, do wybranych zabiegów operacyjnych, następnie na badania diagnostyczne i do lekarza POZ. Respondenci są zdania, że chorzy zwłaszcza z chorobami onkologicznymi nie powinni długo czekać w kolejce, ponieważ czas działa na ich niekorzyść.

W sytuacji, gdy badani muszą wykonać pilne badanie, które wiąże się z dłuższym czasem oczekiwania w publicznej służbie zdrowia, respondenci zwykle korzystają z prywatnych świadczeń - oczywiście, w sytuacji, gdy ich na to stać. Jeśli nie posiadają stosownych środków finansowych, oczekują w kolejce.

Osoby, które uczestniczyły w badaniu rzadko korzystają z portalu www.kolejki.nfz.gov.pl do sprawdzenia czasu oczekiwania w kolejce na dane świadczenie w konkretnej placówce. Z ich doświadczeń wynika, że podawany na tym portalu termin oczekiwania nie jest zgodny ze stanem rzeczywistym.

Ankietowanym najbardziej przeszkadza długi czas oczekiwania na wizyty. Mają świadomość, że jest za mało lekarzy i personelu medycznego. W polskim systemie ochrony zdrowia przeszkadza im również brak empatii ze strony lekarzy i innych pracowników medycznych, brak porozumienia i brak czasu. Przez to czują się lekceważeni.

Uważają również, że żadne grupy nie powinny być zwolnione z oczekiwania w kolejce. Jednocześnie duża grupa respondentów wskazuje kobiety w ciąży, chorych onkologicznie, osoby starsze i dzieci.

Pacjenci chcieliby mieć możliwość sprawdzenia rzeczywistego czasu oczekiwania na konkretne świadczenie medyczne. Pragną także mieć wsparcie w wyborze miejsca i terminu leczenia. Twierdzą, że chcieliby, aby wizyty odbywały się o wyznaczonych godzinach, żeby nie musieli długo czekać pod gabinetem. Wskazują także, że dobrym rozwiązaniem byłoby SMS-owe przypomnienie o wizytach.

Respondenci uważają, że pacjenci, którzy nie odwołują wizyt powinni ponosić kary, gdyż uniemożliwiają innym pacjentom skorzystanie ze świadczeń. Powinny to być raczej kary niedotkliwe.

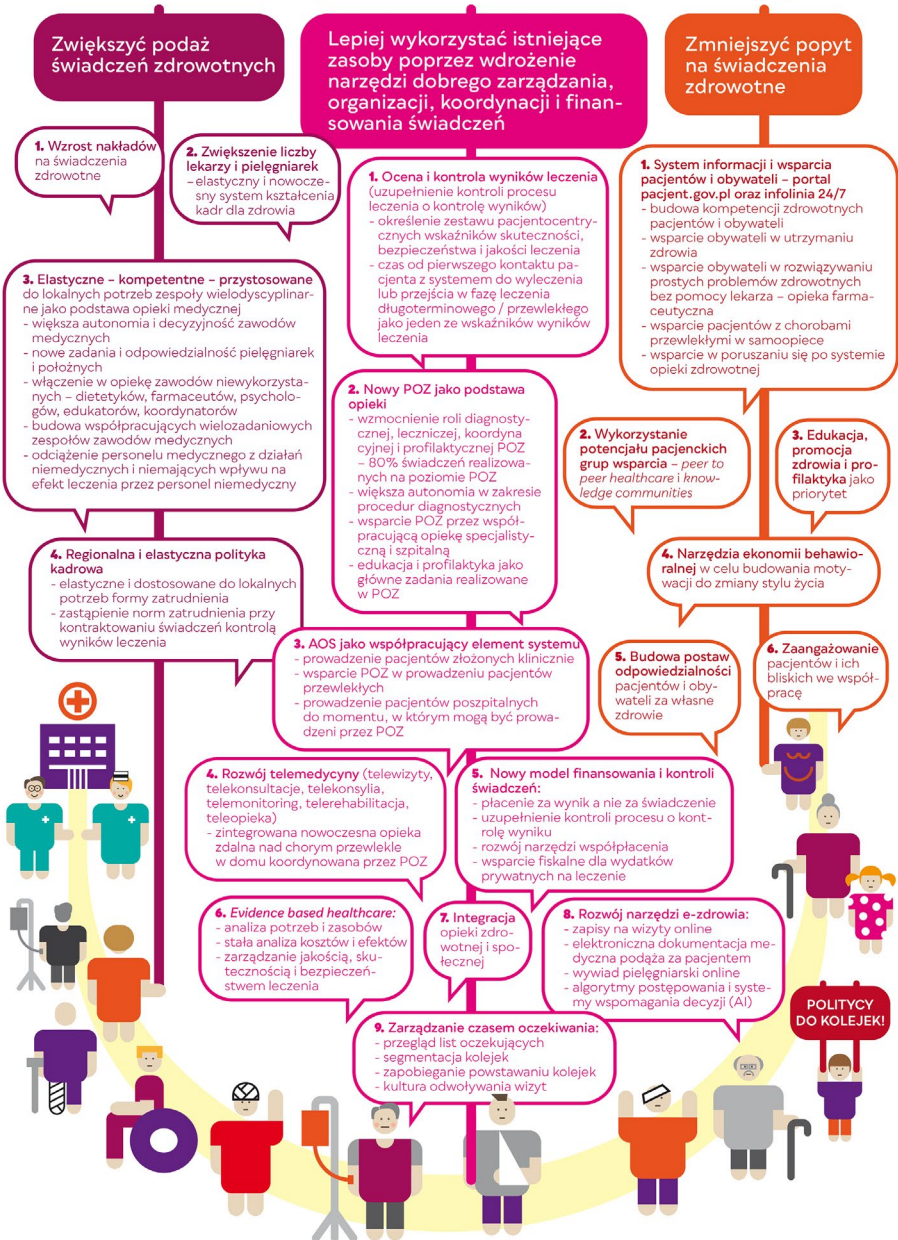
Na pytanie, co należy zrobić, żeby skrócić kolejki do lekarzy w Polsce, badani odpowiadali m.in.: że należy zwiększyć liczbę lekarzy, zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia, zachęcać do studiowania medycyny, a następnie do pracy w Polsce oraz zwiększyć zakres prowadzonych działań profilaktycznych.

6. Rekomendacje dotyczące zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych

W rezultacie przeprowadzenia moderowanej debaty z udziałem pacjentów, ekspertów oraz przedstawicieli zawodów medycznych podczas warsztatów dialogu społecznego Razem dla Zdrowia oraz wyników sondaż opinii, opracowano rekomendacje dotyczące możliwości rozwiązania problemu kolejek do świadczeń w Polsce. Intencją rozdziału jest przedstawienie opinii uczestników debaty i pacjentów, bez odnoszenia się do literatury przedmiotu.

Rysunek 1. Rekomendacje dotyczące skrócenia kolejek do świadczeń zdrowotnych

Jak skrócić kolejki do świadczeń zdrowotnych?



Z ekonomicznego punktu widzenia kolejki wynikają z braku równowagi pomiędzy popytem i podażą świadczeń medycznych. Z tej perspektywy, działania regulujące czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne podzielić można na trzy główne kategorie:

1. Mechanizmy zwiększające podaż świadczeń zdrowotnych;
2. Mechanizmy optymalizujące wykorzystanie istniejących zasobów systemu ochrony zdrowia;
3. Mechanizmy zmniejszające popyt na usługi medyczne.

Mechanizmy zwiększające podaż świadczeń zdrowotnych

Omawiając tematykę możliwych rozwiązań kwestii kolejek, w debacie publicznej najczęściej wskazywane są mechanizmy związane z regulowaniem podaży świadczeń zdrowotnych. W sytuacjach niedoboru, zwiększanie środków wydaje się naturalnym krokiem zmierzającym do poprawy sytuacji. Dotychczasowe doświadczenia dowodzą jednak, że zwiększanie nakładów powinno być częścią kompleksowej strategii walki z kolejkami. W przeciwnym przypadku mechanizm ten nie jest w pełni efektywny. Istotne jest zatem wdrażanie przemyślanych, systemowych zmian, które wpływają na przyczyny i wzmacniają swoje oddziaływanie.

Wśród najistotniejszych mechanizmów zwiększających podaż świadczeń zdrowotnych należy wymienić:

- wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne;
- zwiększenie liczby lekarzy i pielęgniarek;
- elastyczne, kompetentne, przystosowane do lokalnych potrzeb zespoły wielodyscyplinarne jako podstawa opieki medycznej;
- regionalną i elastyczną politykę kadrową.

Wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne

W roku 2018 po raz pierwszy od wielu lat podjęto decyzję o znaczącym zwiększeniu środków publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia do poziomu 6% PKB w roku 2024.⁴⁵ (wykres 27).

Wykres 27. Wzrost udziału wydatków na finansowanie ochrony zdrowia w stosunku do PKB



Źródło: Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - podpisana 1 sierpnia 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1532)

Istotne jest właściwe wykorzystanie dodatkowych środków finansowych, które pozwoli na uzyskanie jak najlepszych wyników zdrowotnych. Dwie trzecie respondentów przeprowadzonej ankiety wskazało, że aby skrócić kolejki do świadczeń należy zwiększyć nakłady finansowe na świadczenia, w których kolejki są najdłuższe.

Zwiększenie liczby lekarzy i pielęgniarek

Polskę charakteryzują niedobory personelu medycznego, w szczególności lekarzy oraz pielęgniarek. 73% uczestników badania online zgodziło się, że skrócenie kolejek wymaga zatrudnienia większej ilości personelu medycznego.

Niedobory kadrowe w ochronie zdrowia to złożone, zjawisko, które wynika z wielu

⁴⁵ Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - podpisana 1 sierpnia 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1532)

czynników. Jednym z nich jest system kształcenia kadr dla zdrowia, który powinien odpowiadać na zmieniające się potrzeby sektora i zapewniać edukację odpowiedniej liczby profesjonalistów medycznych.

Dobrym kierunkiem jest zwiększanie limitów przyjęć na studia medyczne i pielęgniarские. W roku 2018 po raz kolejny podniesiono limit przyjęć na studia magisterskie o kierunku lekarskim⁴⁶ (w przypadku studiów stacjonarnych prowadzonych w języku polskim o ponad 50% w stosunku do roku akademickiego 2014/2015⁴⁷). Dzięki zwiększeniu dotacji dla uczelni nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, limit przyjęć na studiach licencjackich na kierunku pielęgniarstwo od roku akademickiego 2018/2019 będzie co roku zwiększany o ponad 500 miejsc⁴⁸. Uruchamiane są również kierunki medyczne na nowych uczelniach np. Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym w Radomiu.

Zapewnienie elastycznego i nowoczesnego systemu kształcenia kadr dla zdrowia wymaga jednak dużo głębszych, systemowych zmian i jest o tyle istotne, że niedobory kadrowe w ochronie zdrowia wpływają nie tylko na czas oczekiwania na wizytę lekarską czy zabieg medyczny. Prowadzą również do nieefektywnego wykorzystania innych zasobów w ochronie zdrowia na przykład uniemożliwiając wykonanie badań diagnostycznych na nowoczesnym sprzęcie będącym na wyposażeniu szpitala.

Elastyczne, kompetentne, przystosowane do lokalnych potrzeb zespoły wielodyscyplinarne jako podstawa opieki medycznej

To szeroko zdefiniowane pojęcie kryje wiele usprawnień natury systemowej dotyczących optymalnego wykorzystania czasu pracy, wiedzy i kompetencji personelu z obszaru ochrony zdrowia o różnym poziomie kwalifikacji zawodowych w procesie opieki nad pacjentem.

46 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2018 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz.U. 2018 poz. 1381)

47 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystycznym (Dz.U. 2014 poz. 1125)

48 Odpowiedź na interpelację nr 24855 w sprawie niedoborów kadrowych lekarzy i pielęgniariek, Warszawa, 28-08-2018, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=B44H6M> (dostęp 6.09.2018 r.)

Istotne jest zapewnienie większej autonomii i decyzyjności przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, jak również określenie nowego podziału zadań i zakresu odpowiedzialności. Pielęgniarki i położne mogą wspierać lekarzy w zakresie działań profilaktycznych i edukacyjnych prowadzonych w środowisku pacjentów. Zasadne jest również włączenie w opiekę nad pacjentem innych, dotychczas nie w pełni wykorzystanych, grup zawodowych takich jak: dietetycy, farmaceuci, psychologowie, koordynatorzy czy edukatorzy zdrowotni. Korzyści przyniesie również większe zaangażowanie administracyjnego personelu niemedycznego, który może realizować zadania o charakterze biurowym oraz wykwalifikowanych opiekunów medycznych, którzy podejmą się czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych. Wszystko to umożliwi odciążenie personelu medycznego, co pozwoli na większą koncentrację na prowadzeniu procesów terapeutycznych i działaniach mających bezpośredni wpływ na wyniki leczenia pacjentów.

Ważną kwestią jest również budowanie wielozadaniowych zespołów współpracujących ze sobą przedstawicieli różnych zawodów medycznych, które zapewnią optymalną opiekę nad pacjentem poprzez komplementarność posiadanych kwalifikacji i doświadczeń.

Regionalna i elastyczna polityka kadrowa

Ostatni czynnik kształtujący podaż usług zdrowotnych jest również związany z obszarem zarządzania zasobami ludzkimi. Wprowadzenie elastycznych i dostosowanych do lokalnych potrzeb form zatrudnienia może stanowić wsparcie w efektywnym zarządzaniu placówkami ochrony zdrowia.

Mechanizmy optymalizujące wykorzystanie istniejących zasobów sytemu ochrony zdrowia

Wśród najczęściej wskazywanych czynników zmierzających do lepszego wykorzystania istniejących zasobów sytemu ochrony zdrowia należy wymienić:

- Ocenę i kontrolę wyników leczenia;
- Nowy POZ, stanowiący podstawę opieki;
- Nową rolę AOS;
- Rozwój telemedycyny;
- Nowy model finansowania i kontroli świadczeń;
- Evidence Based Healthcare;
- Integrację opieki zdrowotnej i społecznej;
- Rozwój narzędzi e-zdrowia;
- Zarządzanie czasem oczekiwania.

Ocena i kontrola wyników leczenia (zamiast kontroli procesu leczenia)

Uczestnicy warsztatów skłaniali się ku wprowadzaniu kontroli wyników leczenia zamiast monitorowania samego procesu terapeutycznego.

Istotą takiej oceny jest określenie zestawu pacjentocentrycznych wskaźników, które będą monitorowały skuteczność, bezpieczeństwo i jakość leczenia, jak również czas od momentu pierwszego kontaktu pacjenta z systemem do chwili wyleczenia lub przejścia w fazę leczenia długoterminowego / przewlekłego. Literatura przedmiotu wskazuje, iż stosowanie mierników wyników ma pewne ograniczenia i może być postrzegane jako kontrowersyjne⁴⁹.

49 "Health Policy Brief: Pay-for Performance," Health Affairs, October 11, 2012.

Nowa Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)

Miejsce, rola i udział Podstawowej Opieki Zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia jest stale dyskutowany.

Z jednej strony literatura przedmiotu wskazuje, że systemy opieki zdrowotnej, które opierają się w większości na usługach zdrowotnych świadczonych przez Podstawową Opiekę uzyskują lepsze wyniki zdrowia populacji, niższe wskaźniki niepotrzebnych hospitalizacji, oraz relatywnie niższe nierówności społeczno-ekonomiczne⁵⁰. Z drugiej strony kwestionuje się jednak rolę POZ jako kontrolera dostępu do opieki specjalistycznej. W badaniu Euro Health Consumer Index 2017 stwierdzono, że bezpośredni dostęp do specjalistycznej opieki nie powoduje problemów z dostępem do specjalistów przez zwiększony popyt. Niejednokrotnie wydłużone czasy oczekiwania występują głównie w systemach wymagających skierowania od podstawowej opieki zdrowotnej.⁵¹

Pomimo różnych opinii, uczestnicy warsztatów wskazali, iż niezbędna jest większa autonomia w zakresie procedur diagnostycznych oraz proaktywne podejście do działań profilaktycznych i edukacyjnych, które powinny stać się rzeczywistym priorytetem i zadaniem realizowanym przez POZ⁵². Ponadto Lekarz POZ wymaga stałego wsparcia poprzez współpracującą z nim opiekę specjalistyczną i szpitalną.

50 Kringos DS1, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P., Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Aff (Millwood). 2013 Apr;32(4):686-94. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242

51 Euro Health Consumer Index 2017, opracowany przez firmę Health Consumer Powehouse, styczeń 2018, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> (dostęp 1.09.2018 r.)

52 Borek E., Greser J., Kilijanek-Cieślik A., Perendyk T., Sitek A., Wojtaszczyk K., Jaką podstawową opiekę zdrowotną mamy, a jakiej potrzebujemy? Warszawa, marzec 2017 r. Raport powstał w ramach projektu Razem dla Zdrowia, <http://razemdlazdrowia.pl/media/W1siZiIsIjwMTcvMDcvMTQvNjJ6Y3I2aTVlOF9SYXBvcnRfamFrYV9wb2RzdGF3b3dhX29waWYrZV96ZHJvd290bmfFbWFteV8xNF8wN18yMDE3LnBkZjJdXQ?sha=b4deabe906e4914d> (dostęp 7.09.2018 r.)

Nowa rola Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS)

W ocenie uczestników warsztatów AOS powinien pełnić rolę wspierającą, pomagając lekarzom Podstawowej Opieki Zdrowotnej w szczególności w zakresie terapii pacjentów przewlekle chorych oraz przejmując ciężar leczenia pacjentów, których przypadek jest klinicznie skomplikowany. Rolą AOS powinna być także opieka nad pacjentami w okresie następującym po hospitalizacji, aż do momentu gdy ich stan pozwala na dalsze prowadzenie terapii przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Rozwój telemedycyny

Wykorzystując nowoczesne rozwiązania z zakresu telemedycyny, możliwe jest prowadzenie zintegrowanej, zdalnej opieki nad pacjentem przewlekle chorym w miejscu jego zamieszkania. W przeprowadzonej ankiecie wprowadzenie porad zdalnych jako sposobu na skrócenie kolejki do świadczeń zdrowotnych wskazało 22% respondentów. Rozwiązania z zakresu telemedycyny mogą obejmować: telewizyty, telekonsultacje, telekonsylia, telemonitoring, teleopiekę a nawet telerehabilitację. Szersze stosowanie rozwiązań telemedycznych w Polsce jest również wskazane ze względu na dużą otwartość na nowoczesne technologie i aplikacje na urządzenia przenośne, większą niż wskazywana przez inne narodowości (45% osób w Polsce używa lub rozważyło korzystanie z aplikacji na urządzeniach przenośnych, podczas gdy w Niemczech jedynie 24% ankietowanych, a w Wielkiej Brytanii 32%)⁵³.

Nowy model finansowania i kontroli świadczeń

Pomimo wskazywanych wcześniej ograniczeń należy rozważyć wprowadzenie innych modeli finansowania i kontroli świadczeń takich jak płaćenie za jakość czy wynik leczenia. W kontekście finansowania świadczeń zdrowotnych, dopuszczalny jest również rozwój narzędzi współpłaćenia pacjenta o ile jest to powiązane ze skróceniem kolejki

53 PWC. 2016. *Patient in digital world. How new technologies are changing the medical services market in Central and Eastern Europe.*

i możliwością wyboru lekarza lub otrzymaniem lepszej jakości świadczeń⁵⁴. Rozwijając system współpłacenia pacjenta należałoby również wprowadzić mechanizmy fiskalnego wsparcia dla prywatnych wydatków na leczenie.

Evidence Based Healthcare

Zarządzanie obszarem ochrony zdrowia powinno być prowadzone w oparciu o wiarygodne i rzetelne dane umożliwiające nieustanną analizę potrzeb oraz środków dostępnych do ich zaspokojenia. Efektywne kierowanie opieką zdrowotną wymaga stałego monitorowania kosztów i wyników podejmowanych działań: profilaktycznych, edukacyjnych jak i prowadzonych procesów terapeutycznych. Kluczowy aspekt efektywnej opieki zdrowotnej powinno w końcu stanowić zarządzanie jakością, skutecznością i bezpieczeństwem leczenia.

Integracja opieki zdrowotnej i społecznej

Potrzeba integracji opieki zdrowotnej i szeroko rozumianej opieki społecznej jest związana z rosnącym przekonaniem o wpływie na stan zdrowia czynników socjoekonomicznych i stylu życia⁵⁵. Powszechnie wiadomym jest, że pacjenci posiadający duży kapitał społeczny, który umożliwia im lepsze odnalezienie się w systemie opieki zdrowotnej, są bardziej skłonni do uzyskania lepszych wyników zdrowotnych. Dlatego też istotne jest wsparcie opieki społecznej w procesie opieki nad pacjentem.

54 Borek E., Greser J., Kilijanek-Cieślik A., Perendyk T., Sitek A., Wojtaszczyk K., Jaka podstawową opiekę zdrowotną mamy, a jakiej potrzebujemy? Warszawa, marzec 2017 r. Raport powstał w ramach projektu Razem dla Zdrowia, <http://razemdlazdrowia.pl/media/W1siZiIsjIwMTcvMDcvMTQvNjI6Y3I2aTVlOF9SYXBvcnRfamFrYV9wb2RzdGF3b3dhX29waWVrZV96ZHJvd290bmFfbWFteV8xNF8wN18yMDE3LnBkZijdXQ?sha=b4deabe906e4914d> (dostęp 7.09.2018 r.)

55 Hermanowski T, Rutkowski J, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki*, zeszyty naukowe Politechniki śląskiej nr. kol. 1951/2015 http://www.woiz.polsl.pl/znwoiz/z82/21%20-%20Hermanowski_T_Rutkowski_J_.pdf (dostęp 5.09.2018 r.)

Rozwój narzędzi e-zdrowia

Upowszechnienie stosowania rozwiązań z obszaru e-zdrowia ma potencjał do zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia na wielu poziomach – począwszy od wdrożenia prostych rozwiązań technologicznych, które umożliwiają zapisy na wizyty lekarskie przez Internet czy przypominają pacjentom o terminie nadchodzącej wizyty, aż po zaawansowane narzędzia, które pozwalają na zdalne przeprowadzenie pełnego wywiadu pielęgniarzkiego. Dzięki informatyzacji obszaru ochrony zdrowia skrócono kolejki w Macedonii oraz Czarnogórze. Kluczowe jest również wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, która podążając za pacjentem umożliwi ciągłość procesu terapeutycznego.

Z perspektywy systemu ochrony zdrowia, upowszechnienie narzędzi e-zdrowia może pozwolić na osiągnięcie dodatkowych efektów zdrowotnych m.in. poprzez gromadzenie, udostępnianie, analizę i wnioskowanie w oparciu o duże zbiory danych.

Zarządzanie czasem oczekiwania

Lepsze wykorzystanie istniejących zasobów z obszaru ochrony zdrowia jest możliwe dzięki zastosowaniu prostych procedur takich jak na przykład regularne przeglądanie list oczekujących oraz segmentacja kolejek, która umożliwia pacjentom - z różnych względów zasługującym na szczególne traktowanie - na szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Mechanizmy zmniejszające popyt na usługi medyczne

W świetle postępującego procesu starzenia się społeczeństwa, ograniczanie zapotrzebowania na usługi medyczne wydaje się niezwykle trudnym zadaniem. Istnieje jednak szereg narzędzi, które wspierają pacjentów w procesie przejmowania odpowiedzialności za własne zdrowie, ograniczając tym samym zakres zaangażowania personelu medycznego w utrzymanie zdrowia i prowadzenie terapii pacjenta.

Wśród najczęściej wskazywanych czynników ograniczających popyt na świadczenia zdrowotne należy wymienić:

- Wprowadzenie systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli – portal pacjent.gov.pl oraz infolinia 24/7;
- Wykorzystanie potencjału pacjenckich grup wsparcia;
- Edukacja, promocja zdrowia i profilaktyka jako priorytet;
- Narzędzia ekonomii behawioralnej w celu budowania motywacji do zmiany stylu życia;
- Budowanie postaw odpowiedzialności pacjentów i obywateli za własne zdrowie;
- Zaangażowanie pacjentów i ich bliskich we współpracę.

Wprowadzenie systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli – portal pacjent.gov.pl oraz infolinia 24/7

Pacjenci i obywatele wskazują na potrzebę zbudowania nowoczesnego publicznego systemu informacji i wsparcia w ochronie zdrowia. Powinien mieć on charakter portalu zawierającego zasoby certyfikowanej wiedzy medycznej wspartego infolinią 24/7 obsługiwaną przez pielęgniarki, farmaceutów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Zakres informacji i wsparcia powinien obejmować: profilaktykę w celu utrzymania osób zdrowych jak najdłużej w zdrowiu, wsparcie w odpowiedzialnym samoleczeniu i rozwiązywaniu prostych problemów zdrowotnych bez pomocy lekarza oraz wsparcie pacjentów z chorobami przewlekłymi w celu uniknięcia zaostrzeń wymagających hospitalizacji.

Wprowadzanie systemu informacji i wsparcia pacjentów może zmniejszyć zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak również potrzebę wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji⁵⁶.

56 Leśniowska J., Lech A., Pliszka P., Kolasa K., Skrzekowska-Baran I., *System informacji i wsparcia, jakiego oczekują pacjenci*, Warszawa, wrzesień 2018 r. Raport powstał w ramach projektu „Razem dla Zdrowia”

Wykorzystanie potencjału pacjenckich grup wsparcia

Należy wskazać również na działalność pacjenckich grup wsparcia, w których osoby cierpiące na to samo schorzenie dzielą się informacjami i doświadczeniami dotyczącymi choroby, procesu terapeutycznego i poruszania się w systemie ochrony zdrowia oraz wspierają się emocjonalnie.

Edukacja, promocja zdrowia i profilaktyka jako priorytet

Ekspertki z obszaru zdrowia publicznego są zgodni co do ograniczonego wpływu medycyny naprawczej na stan zdrowia społeczeństwa oraz skuteczności prowadzonych działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Prowadzenie zdrowego trybu życia, podejmowanie aktywności fizycznej, stosowanie właściwej diety ma istotny wpływ na wskaźniki zapadalności i chorobowości.

Jak wskazują badania przeprowadzone w Finlandii, za jedną trzecią znacznego spadku umieralności z powodu choroby wieńcowej, który dokonał się w tym kraju na przestrzeni 20 lat, odpowiadały głównie czynniki związane z dietą - zastąpienie masła przez miękkie margaryny, wysokotłuszczowych produktów mlecznych niskotłuszczowymi oraz kawy gotowanej - filtrowaną, a także spadek częstości palenia tytoniu w populacji⁵⁷.

Profilaktyka może skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem jej progresji lub ograniczaniem skutków⁵⁸. Dłuższe życie w pełnym zdrowiu niewątpliwie wpływa na zmniejszenie popytu na świadczenia medyczne.

57 Vartiainen E.; Puska P.; Pekkanen J. [et.al.]: *Changes in risk factor explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland*. British Medical Journal, no 309, s. 23-27.

58 *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, kwiecień 2017, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf> (dostęp 5.09.2018 r.)

Narzędzia ekonomii behawioralnej w celu budowania motywacji do zmiany stylu życia

Należy zwrócić się także ku nowym narzędziom, takim jak spostrzeżenia z zakresu ekonomii behawioralnej aby zachęcać obywateli do zmiany stylu życia na zdrowszy i aktywniejszy, co będzie prowadziło do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Pojęcie ekonomii behawioralnej opisuje proces podejmowania decyzji i zachowania, uwzględniając naukę behawioralną oraz zasady ekonomii⁵⁹. Innymi słowy uwzględnia wpływ emocji, opinii, przekonań na decyzje podejmowane przez pacjentów i obywateli.

Budowanie postaw odpowiedzialności pacjentów i obywateli za własne zdrowie

Budowanie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa i związanych z tym postaw odpowiedzialności pacjentów za własne zdrowie towarzyszy rozwojowi systemów ochrony zdrowia na całym świecie. Rozwinięte kompetencje zdrowotne społeczeństwa umożliwiają delegowanie na pacjentów części zadań związanych z utrzymaniem zdrowia i terapią chorób przewlekłych.

Wysoko rozwinięte kompetencje zdrowotne społeczeństwa i zaangażowanie pacjentów wpływają na mniejsze zużycie zasobów ochrony zdrowia⁶⁰ oraz niższe koszty opieki⁶¹. Stwarzają szanse na podniesienie wydolności systemu ochrony zdrowia oraz na poprawę

59 Camerer CF., Loewenstein G., Rabin M. *Advances in behavioral economics*. Princeton, NJ: Princeton University Press & Russell Sage Foundation; 2004.

60 Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services*, American Journal of Public Health, vol. 87, no 6/1997,

Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *Health literacy and the risk of hospital admission*, Journal of General Internal Medicine, vol. 13, no 12/1998

Baker D. W., Gazmararian J. A., Williams M. V., Scott T., Parker R. M., Green D., Ren J., Peel J., *Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees*, American Journal of Public Health, vol. 92, no 8/2002,

61 Haun J. N., *Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study*, BMC Health Services Research, no 15/ 2015, p. 249.

stanu zdrowia populacji⁶². Wyższe kompetencje zdrowotne pacjentów pozwalają również na uzyskiwanie lepszych wyników leczenia pacjentów⁶³.

Zaangażowanie pacjentów i ich bliskich we współpracę

Zaangażowanie pacjenta rozumiane jako aktywny wkład w decyzje dotyczące opieki zdrowotnej przynosi szereg korzyści dla pacjentów, ich opiekunów, pracowników jak również całego systemu ochrony zdrowia. Jedną z nich jest lepsze przestrzeganie zaleceń lekarskich, które prowadzi do szybszego zakończenia leczenia lub też osiągnięcia lepszych wyników zdrowotnych, w przypadku schorzeń gdzie całkowite wyleczenie nie jest możliwe.

Podsumowanie

Podsumowując należy stwierdzić, że zidentyfikowano wiele mechanizmów w obszarze zarządzania popytem i podażą świadczeń zdrowotnych jak również w zakresie zarządzania i organizacji ochrony zdrowia, które powinny podlegać dalszej analizie w kontekście rozwiązań umożliwiających skrócenie kolejki do lekarzy i badań diagnostycznych. Pomimo, iż w sytuacji niedoborów zwiększanie podaży wydaje się naturalnym krokiem zmierzającym do poprawy sytuacji, dotychczasowe doświadczenia wskazały iż stosowanie mechanizmów umożliwiających jedynie wzrost liczby świadczeń nie jest w pełni efektywne. Nader wszystko istotne jest wdrożenie kompleksowego rozwiązania integrującego narzędzia ze wszystkich trzech wskazanych obszarów.

62 <http://www.obywatelezz.pl/patient-empowerment-korzysci-wyzwania/> (dostęp 31.07.2018).

63 Berkman N. D., *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*, *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, issue 2/2011, p. 97-107.

7. Wnioski i rekomendacje

Analizowane informacje oraz wyniki przeprowadzonych badań wskazują na kierunki działań, które powinny podlegać dalszej analizie w kontekście rozwiązań umożliwiających skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia, jednocześnie wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów.

Wnioski ogólne:

Pomimo podejmowania różnych działań, kolejki w ochronie zdrowia od lat stanowią istotny problem społeczny.

W celu skutecznego rozwiązania problemu kolejek do świadczeń zdrowotnych w Polsce nie wystarczy jedynie proste zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia czy wzrost liczby lekarzy i pielęgniarek.

Potrzebne będą liczne porządkujące systemowe zmiany, zwiększające podaż świadczeń, ograniczające popyt oraz poprawiające wykorzystanie istniejących zasobów poprzez wdrożenie narzędzi dobrego zarządzania, organizacji, koordynacji i finansowania świadczeń.

Czerpiąc z raportu, decydenci powinni rozważyć możliwości wdrożenia, oczekiwane korzyści oraz koszty każdego z omawianych działań w oparciu o wskazane doświadczenia międzynarodowe aby przygotować kompleksową strategię i plan działań taktycznych z ustalonym horyzontem czasowym oraz zaangażowaniem do współpracy wielu podmiotów publicznych.

Najważniejsze jest jednak postawienie pacjenta w centrum systemu i podporządkowanie jego interesom wszystkich procesów. Pacjenci powinni uczestniczyć w procesie wypracowywania poszczególnych rozwiązań.

8. Recenzje

Dr hab. Jacek Tomkiewicz Akademia Leona Koźmińskiego

Recenzja opracowania pt. „Kolejki do świadczeń zdrowotnych”

Autorzy:

opracowanie przez zespół badawczy Akademii Leona Koźmińskiego na zlecenie Fundacji MY Pacjenci

Uwagi wstępne

Problem kolejek do świadczeń zdrowotnych jest kluczowym elementem obszaru badań zwanego ekonomią (ekonomią) ochrony zdrowia. Wobec faktu, że świadczenie zdrowotne najczęściej dostarczane są pacjentom bezpłatnie⁶⁴, nie można tu stosować klasycznego modelu rynkowego, gdzie nakładają się na siebie krzywe popytu i podaży, które pokazują jaka wielkość popytu/podaży odpowiada określonej cenie. Nawiasem mówiąc, w profesjonalnym raporcie trudno akceptować to, że autorzy nie rozróżniają popytu i podaży od wielkości popytu i wielkości podaży. Nierównowaga, czyli niedobór jaki objawia się w występowaniu kolejek, to nie „nierównowaga między popytem i podażą”, ale nierównowaga między wielkością popytu a wielkością podaży. Tego rodzaju uproszczenie jest dopuszczalne w potocznej dyskusji, ale nie w naukowym opracowaniu. Warto również pamiętać, że termin „metodologia” ma zasadniczo inne znaczenie niż to, jakie wskazują autorzy, którzy raczej powinni stosować określenie „metodyka”.

Brak ceny (odpłatności) za świadczenia zdrowotne powoduje, że niedobory przyjmujące formę kolejek są immanentną cechą systemu ochrony zdrowia. W przypadku usługi o cenie zero, zawsze wielkość popytu będzie wyższa niż wielkość podaży. Można więc

64 Oczywiście jest to uproszczenie, bo pacjenci są jednocześnie podatnikami, więc ponoszą koszty dostarczania usług medycznych.

i należy dyskutować o sposobach ograniczenia i „ucywilizowania” kolejek, natomiast trzeba sobie zdawać sprawę, że całkowicie kolejek wyeliminować się nie da. Wskazywanie na jednej z mappek „brak kolejek” w kilku krajach Europy Zachodniej jest uproszczeniem, chodzi najpewniej o „mieszczenie” się w założonych czasach oczekiwania na świadczenie.

W kontekście podaży też trudno mówić o mechanizmie rynkowym, bo przy dominującej publicznej własności aktywów w systemie ochrony zdrowia, wielkość i struktura dostarczanych usług zdrowotnych jest w dużej mierze decyzją administracyjną. Można jednak wskazać quasi rynek – publiczny płatnik, czyli w polskim przypadku NFZ, „wycenia” poszczególne świadczenia, co ma wpływ na skłonność do ich dostarczania przez placówki ochrony zdrowia. Autorzy mają więc pełną rację, że problematyka kolejek nie może być rozpatrywana tylko poprzez analizę organizacji systemu ochrony zdrowia (podaż) lub stanu zdrowia społeczeństwa (popyt). Tylko kompleksowe podejście do obu stron rynku świadczeń zdrowotnych daje nadzieję na poprawę sytuacji w zakresie ich dostępności.

Pozostałe uwagi

Najważniejszą wartością niniejszego opracowania jest oparcie się na szeregu obiektywnych danych pokazujących problem kolejek w przestrzeni (porównania międzynarodowe) i czasie⁶⁵. Problem kolejek nie jest bólem tylko polskiego systemu, ale niestety mocno odbiegamy „in minus” od standardów występujących w krajach OECD. Co również niepokojące, sytuacja w Polsce w kolejnych latach się pogarsza: wskaźnik dostępności wprawdzie w ostatnim roku (2017) się poprawił, co jest małą pociechą, bo średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia w ostatnich latach stale rośnie.

Bardzo istotną cechą polskiego systemu jest fakt, że stan dostępności do usług medycznych w Polsce różni się znacząco w zależności od rodzaju procedury, na którą pacjent czeka. Różnice występują także w poszczególnych dziedzinach medycyny. Najgorzej jest w przypadku endokrynologii (11 miesięcy), najlepiej „wypada” medycyna paliatywna z czasem oczekiwania 0,4 miesiąca. Bardzo zastanawiające są dane

65 Niepokój budzi fakt dużej rozbieżności wyników badań, jak jest to w przypadku dostępności procedur onkologicznych, gdzie dane wskazywane przez NIK różnią się bardzo znacząco od wskazań jednej z fundacji. Taka rozbieżność może wskazywać, że inne dane na których się opieramy mogą nie odzwierciedlać rzeczywistości.

prezentowane na wykresie nr 5, który wskazuje na postęp/regres w czasach oczekiwania na realizację świadczeń. Można zauważyć, że sytuacja w polskim systemie zmienia się bardzo niejednorodnie: dużemu postępowi w jednym obszarze towarzyszy regres w innym. Taki stan rzeczy wymaga szczegółowych badań, które pozwoliłyby określić, jakie procesy powodują pogarszanie się/poprawę sytuacji.

Kolejną cenną informacją, jaką daje lektura raportu są przykłady doświadczeń międzynarodowych. Wiele krajów podejmowało i wciąż podejmuje działania zarówno po stronie popytowej jak i podażowej systemu ochrony zdrowia, które mają na celu ograniczenie kolejek. Wyraźnie widać, że nie ma jednej, „cudownej” recepty na rozładowanie kolejek. Na pewno nie jest nią proste zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Zmiany strukturalne i wykorzystywanie nowoczesnych technologii w sumie powinny się sprowadzać do uruchomienia kilka procesów kluczowych dla wielkości niedoborów:

- relatywne ograniczanie stosowania procedur drogich i czasochłonnych tam, gdzie nie jest to konieczne, dotyczy to głównie leczenia/zabiegów w warunkach szpitalnych, które mogłyby mieć miejsce w systemie POZ.
- ocena systemu i poszczególnych obszarów ochrony zdrowia, a wreszcie pojedynczych jednostek musi opierać się na systematycznie gromadzonych, obiektywnych danych, które są publicznie dostępne zarówno dla decydentów, analityków i wreszcie dla pacjentów,
- ważnym elementem są systemy informatyczne pozwalające pacjentom na szybkie uzyskanie informacji o dostępności procedury w różnych miejscach w kraju,
- wprowadzanie elementów rynkowych do systemu głównie poprzez system oceniania jakości usług w różnych ośrodkach, co poprzez mechanizm konkurencji wymusza zwiększanie oferowanych usług dobrej jakości.

Myślę, że warto byłoby zbadać także przykłady krajów (Czechy, Bułgaria), które wprowadziły obowiązkowe drobne opłaty za wizyty, czego celem było właśnie rozładowanie kolejek przez ograniczenie zbędnych wizyt u lekarza.

Oprócz analizy literatury i danych wtórnych, ważną częścią raportu jest opis wyników badania ankietowego oraz pogłębionych wywiadów z pacjentami. Lektura tej części

raportu niestety raczej rozczarowuje, bo nie wnosi za dużo do naszego stanu wiedzy o problemie kolejek do świadczeń medycznych w Polsce. To, że grupa badawcza nie jest reprezentatywna można zaakceptować, bo zawsze opinie określonej grupy są cenne, natomiast szkoda, że pytania zadane respondentom nie pozwoliły na zdobycie wiedzy na bardziej kontrowersyjne, ale kluczowe tematy. Bolączki i problemy pacjentów są raczej znane, trudno było także oczekiwać innych odpowiedzi na wskazane pomysły poprawy sytuacji. Dużo ciekawiej byłoby się dowiedzieć, co Polacy myślą o takich pomysłach jak:

- obowiązkowe współpłacenie stosunkowo drobnych kwot za każdą wizytę,
- system kar za niestawienie się na umówioną wizytę,
- korzystanie ze świadczeń w innym miejscu niż miejsce zamieszkania,
- korzystanie ze zdalnych metod diagnozowania/porad medycznych,
- wykonywanie procedur (np. wystawianie recept) przez personel medyczny niższego szczebla.

Podsumowując, poprzez zgromadzenie wielu cennych danych opisujących problem kolejek, niniejszy raport jest z pewnością cenną pozycją w dyskusji o polskim systemie ochrony zdrowia. Bardzo cenna jest też analiza doświadczeń krajów, które podjęły konkretne działania mające na celu ograniczenie kolejek. Zaprezentowany materiał stanowi wprowadzenie do gruntownej analizy problemu, jednak wypracowanie konkretnych rozwiązań wymaga dalszych badań. Na pewno warto pomyśleć o zestawieniu nakładów na świadczenia zdrowotne w poszczególnych krajach z danymi o dostępności do świadczeń. Trzeba również podjąć próbę wyjaśnienia dużych różnic w czasie oczekiwania na procedury w różnych dziedzinach medycyny. Czy są to kwestie podażowe (ilość lekarzy określonych specjalności, ilość placówek o określonej specjalizacji, wyceny NFZ itd.) czy raczej kwestie popytowe wynikające ze stanu zdrowia społeczeństwa? Poprzez badania ankietowe trzeba przede wszystkim poznać opinie Polaków na tematy, które są kluczowe dla problemu kolejek, ale jednocześnie są mocno kontrowersyjne. Nie można mieć złudzeń, że problem dostępności do świadczeń można rozwiązać łatwo, szybko i bez narażania interesów niektórych uczestników systemu ochrony zdrowia.

Prof. Romuald Krajewski

Ocena raportu projektu RAZEM DLA ZDROWIA pt.

„Kolejki do świadczeń zdrowotnych”

Raport dotyczy jednego z najpoważniejszych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia, mającego bardzo duży wpływ na bardzo niskie oceny tego systemu zarówno w kraju jak i w rankingach międzynarodowych. Został opracowany przez zespół z Akademii Leona Koźmińskiego pod kierownictwem Pani Prof. Katarzyny Kolasy i opiera się na analizie piśmiennictwa, wynikach sondażu oraz wnioskach z przeprowadzonych w ramach projektu dyskusji i konsultacji. Zawiera 8 rozdziałów napisanych bardzo poprawnym językiem i pod względem redakcyjnym zasługuje na uznanie.

Już w streszczeniu słusznie zwrócono uwagę na złożoność problemu dostępu do usług medycznych. Zapotrzebowanie na te usługi jest w wielu dziedzinach praktycznie nieograniczone, o czym świadczy istnienie kolejek nawet w krajach wydających na ochronę zdrowia wielokrotnie więcej niż Polska. Znane jest też zjawisko zwiększania się popytu w miarę poprawy dostępności i autorzy słusznie konkludują, że niezbędne są wielokierunkowe i skoordynowane, spójne działania a rozwiązania powinny opierać się na centralnej roli pacjenta.

W analizie porównawczej sytuacji w Polsce i w innych krajach opartej na wynikach publikacji zwraca uwagę wykorzystanie danych EHCI, które jak wszystkie inne źródła informacji mają ograniczenia, ale stanowią dobre odzwierciedlenie perspektywy pacjenta jako konsumenta usług medycznych. W zakresie kolejek wskazują one złożoność problemu, który jest efektem finansowania i organizacji. Bardzo ważne jest wskazanie na podstawie ocen dostępności leczenia onkologicznego, że oceny oparte na sprawozdawczości mogą bardzo różnić się od rzeczywistego doświadczenia pacjentów. Jeżeli badania doświadczenia pacjentów potwierdzają wiarygodność sprawozdawczości, można uznać ją za wskaźnik dostępności, ale najczęściej pozostaje ona tylko wewnętrznym wskaźnikiem systemu, np. finansowania, nieużytecznym do oceny sytuacji pacjentów. W dyskusjach prowadzonych w ramach projektu wskazywano konkretne przykłady małej przydatności informacji o kolejkach publikowanej przez NFZ.

Autorzy powtarzają w analizie modny obecnie postulat „płacenia za wynik”. To bardzo

trudny do implementacji postulat, trudniejszy niż lepiej uzasadnione „płacenie za jakość”, ponieważ każdy system, który wdrażają płatnicy staje się łatwo „perwersyjną zachętą”. Płacenie za wyniki natychmiast powoduje unikanie trudnych i ryzykownych problemów zdrowotnych ze szkodą dla pacjentów. W niezwykle złożonych systemach, a takim jest ochrona zdrowia, poszukiwanie uproszczeń jest zrozumiałe, ale częściej psują one system niż poprawiają go.

Przykładem problemów sprawozdawczości jest też podany przez autorów wskaźnik liczby lekarzy w populacji. Przyczyny wykazywania w Polsce jako „praktykujących” 73% lekarzy wykonujących zawód i tylko 38% lekarzy dentyków pozostają nieznane i należy sądzić, że wynikają z pomylenia w sprawozdaniach udostępnianie lekarzo-świadczeń przez płatnika z liczbą personelu. Podobnie dyskusyjne są wszystkie konstatacje raportu dotyczące przyczyn kolejek w Polsce. Na pewno należy zgodzić się ze stwierdzeniem, że kontraktowanie NFZ nie wykorzystuje potencjału świadczeniodawców. Natomiast trudno byłoby uzasadnić dalsze zmniejszanie np. ogólnych kosztów leczenia szpitalnego, które w Polsce są poniżej średniej europejskiej i których cena jest jedną z 3 najniższych w krajach OECD.

W przeglądzie sposobów ograniczania kolejek słusznie wskazano, że postulowany od dawna i w Polsce mechanizm „pieniądze idą za pacjentem” likwiduje kolejki, ale warunkiem jest rzeczywiste gwarantowanie finansowania i rzetelna wycena usług. Ogólnie, ta część raportu pokazuje, że problem jest bardzo złożony. Przykładem jest wskazywanie Wielkiej Brytanii jako miejsca skutecznego wdrożenia antykolejkowych polityk. Pozostaje ona ciągle jednym z krajów o najdłuższych czasach oczekiwania i doskonale odzwierciedla stwierdzenie, że zarządzanie krótszych czasów oczekiwania nie przekłada się na rzeczywistość doświadczenia pacjentów. Opisane działania podjęte przez NHS w latach 2005-2008 poprawiły ogólną dostępność świadczeń, ale na przykład liczba oczekujących na selektywne zabiegi operacyjne wzrosła w 2017 roku o 60% w stosunku do 2012 i NHS nie jest w stanie zapewnić przyjętego standardu 18 tygodni oczekiwania. Trudno uznać to za wzór do naśladowania.

Wyniki sondażu uznaniowej próby 729 osób, z których $\frac{3}{4}$ określiło się jako „pacjenci” a 65% jako oczekujący na badanie lub wizytę lekarską wskazują, że w sytuacji długiego oczekiwania pacjenci najchętniej korzystają z usług prywatnych, względnie rzadko (27%)

z informacji NFZ o kolejkach, a dość często rezygnują z wizyty (13%, czyli mniej niż 33% podawane przez OECD za rok 2013). Wszystkie aspekty długiego oczekiwania na usługi są oceniane negatywnie i jednocześnie respondentom bardzo zależy na ich poprawieniu. Jako najbardziej wymagające naprawy wskazano oczekiwanie na wizytę u specjalistów. Trudno ocenić, co miałyby oznaczać popierane przez połowę badanych zwolnienie z oczekiwania w kolejkach chorych onkologicznych i kobiet w ciąży. W zakresie metod poprawy badań najwięcej możliwości upatrują w różnych działaniach organizacyjnych a 2/3 wskazało także potrzebę zwiększenia podaży poprzez większe finansowanie i większą liczbę personelu.

W wywiadach pogłębionych wzięło udział 40 osób i wyniki tej części badania są zgodne z wynikami badania ilościowego. Dodatkowo zwrócono tu uwagę na problemy relacji pomiędzy lekarzami a pacjentami, brak czasu i brak porozumienia. Respondenci zdają sobie sprawę z małej wiarygodności informacji NFZ o kolejkach i oczekują możliwości dostępu do informacji o rzeczywistym czasie oczekiwania.

Wynikające z badań i analiz rekomendacje podsumowano w formie grafiki, która dobrze oddaje złożoność problemu. Propozycje podzielono na 3 wskazane w analizach grupy działań dotyczących podaży, organizacji i popytu. W zakresie podaży zwrócono uwagę na zapisany w ustawie wzrost nakładów na ochronę zdrowia i potrzebę ich optymalnego wykorzystania. Jak się wydaje, „optymalność” miałyby polegać na uzyskaniu jak najlepszych wyników zdrowotnych. Istnienie kolejek wpływa jednak przede wszystkim na satysfakcję pacjentów oraz ogólną ocenę systemu ochrony zdrowia. Nie wiadomo, czy poprawa wskaźników zdrowotnych, którą zresztą w zakresie większości wskaźników obserwujemy, powoduje wzrost satysfakcji pacjentów.

Liczne stwierdzenia zawarte w tej części są oparte raczej na toczących się nieustannie dyskusjach o naprawianiu ochrony zdrowia. Są one ogólnie być może słuszne i powinny poprawić różne aspekty funkcjonowania systemu, ale w jaki sposób wpłyną na kolejki trudno jest przewidzieć. Na przykład nowa POZ może zmniejszyć kolejki ale EHCI wskazuje, że ustawienie lekarzy POZ jako kontrolerów dostępu do systemu zwiększa koszty i kolejki. Przytoczone publikacje z 2000 roku wydają się tu już niezbyt aktualne. Ciekawe będzie też obserwowanie trendów w krajach, które uzyskały zmniejszenie kolejek poprzez wykorzystanie narzędzi informatycznych i telekomunikacyjnych. Nie wiemy jeszcze, czy

zmieniają one zapotrzebowanie i doprowadzą do pojawienia się ograniczeń wynikających z ograniczonej podaży, czyli powrotu kolejek albo wręcz przeciwnie wskażą, że kolejki, jak sugeruje to EHCI, są „stanem umysłu” i biurokratycznym wytworem, który można po prostu zlikwidować w każdym stanie podaży i popytu. Leczenie w POZ na pewno jest tańsze i łatwiej dostępne, ale najpierw trzeba odpowiedzieć na pytanie, co zrobić by pacjenci chcieli z niego korzystać a POZ je świadczyć. Tego nie wiemy i nie przypadkiem pacjenci nie wskazali, że zamiast czekać w długiej kolejce do specjalistów wybiorą się do lekarza POZ.

Ogólnie, propozycje omawiane w tej części dotyczą zmian systemowych z perspektywy zarządzania i ekonomiki. Większość z nich wymagałyby oddzielnego opracowania. Na przykład zaproponowane przez autorów rozumienie patient empowerment jako zjawiska zmniejszającego zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne poprzez większą umiejętność samoleczenia i zdrowy styl życia raczej nie odnosi się do powszechnego rozumienia tego terminu jako zwiększenia roli pacjentów w polityce zdrowotnej ogólnie i autonomii oraz swobody wyboru w indywidualnych decyzjach zdrowotnych, także dotyczących finansowania świadczeń. W tym drugim rozumieniu patient empowerment prowadzi do zwiększenia potrzeb i oczekiwań pacjentów. Stwierdzenie w podsumowaniu, że „większość wskazanych narzędzi pozwala na lepsze wykorzystanie zasobów i kształtuje stronę popytu ...” wydaje się zdecydowanie nadmiernie optymistyczne i niewątpliwie słuszny jest pierwszy wniosek, że pomimo podejmowania różnych działań kolejki w ochronie zdrowia od lat stanowią istotny problem. Być może były to rozwiązania wykorzystujące narzędzia złego zarządzania zamiast proponowanych w raporcie narzędzi dobrego zarządzania. Podkreślone postawienie pacjenta w centrum systemu i uwzględnienie jego interesów poprzez partycypację wydaje się ogólnie najważniejszym i bardzo konstruktywnym wnioskiem raportu.

Bibliografia

Monografie

1. *Barometr WHC, Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych*, Fundacja Watch Health Care oraz Warsaw Enterprise Institute, nr 18/27/06/2018, 2018.
2. Borek E., Greser J., Kilijanek-Cieślik A., Perendyk T., Sitek A., Wojtaszczyk K., *Jaką podstawową opiekę zdrowotną mamy, a jakiej potrzebujemy?* Warszawa 2017.
3. Borek E., Kolasa K., Leśniowska J., Raport Fundacji, *Współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne*, Warszawa 2018.
4. Camerer CF., Loewenstein G., Rabin M. *Advances in behavioral economics*. Princeton, NJ: Princeton University Press & Russell Sage Foundation; 2004.
5. *Euro Health Consumer Index 2017*, Badanie, Health Consumer Powehouse, 2018.
6. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD (2017), OECD Publishing, Paris.
7. Hurst J. i Siciliani L. (2003). *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. OECD Working Papers, (6).
8. Leśniowska J., Lech A., Pliszka P., Kolasa K., Skrzekowska-Baran, I., *System informacji i wsparcia, jakiego oczekują pacjenci*, Warszawa 2018.
9. *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2017.
10. *Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego, informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2017.
11. PWC. 2016. *Patient in digital world. How new technologies are changing the medical services market in Central and Eastern Europe*.
12. *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku*, informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016.
13. *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku*, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2017.

14. Siciliani L., Borowitz M. i Moran V. *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, 2013.

Czasopisma

1. Anell A. (2005). *Swedish Healthcare under Pressure*, Health Economics, 14(51).
2. Baker D. W., Gazmararian J. A., Williams M. V., Scott T., Parker R. M., Green D., Ren J., Peel J., *Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees*, American Journal of Public Health, vol. 92, no 8/2002.
3. Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *Health literacy and the risk of hospital admission*, Journal of General Internal Medicine, vol. 13, no 12/1998.
4. Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services*, American Journal of Public Health, vol. 87, no 6/1997.
5. Berkman N. D., *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*, Annals of Internal Medicine, vol. 155, issue 2/2011.
6. Bevan G. i Hood C. (2006). *Have Targets Improved Performance in the English NHS?* BMJ, 332.
7. Bosch X., Foix A., Jordan A., Coca A., Lopez-Soto A., *Outpatient Quick Diagnosis Units for the evaluation of suspected severe diseases: an observational, descriptive study*. Clinics 2011;66(5):737-41.
8. Botten G., Grepperud S. i Nerland S.M. (2004). *Trading Patients. Lessons from Scandinavia*, Health Policy, 69(3).
9. Bush SH., Lao MR., Simmons KL., Goode JH., Cunningham SA, Calhoun BC. *Patient access and clinical efficiency improvement in a resident hospital-based women's medicine center clinic*. AM J MANAGE CARE 2007 Dec;13(12):686-90.
10. Caffery LJ., Smith, AC. *A literature review of email-based telemedicine*. Studies in Health Technology & Informatics 2010;161:20-34, 2010.:20-34.
11. Dawson D., Gravelle H., Jacobs R., Martin S. i Smith P.C. (2007). *The Effects of Expanding Patient Choice of Provider on Waiting Times: Evidence from a Policy Experiment*, Health Economics, 16(2).

12. Elkhuizen SG., Das SF., Bakker PJM., Hontelez JAM., *Using computer simulation to reduce access time for outpatient departments*. Quality & Safety in Health Care 2007;16(5):382-6.
13. Fotaki M., Roland M., Boyd A., McDonald, R., Scheaff, R. i Smith, L. (2008). *What Benefits Will Choice Bring to Patients? Literature Review and Assessment of Implications*, Journal of Health Services Research & Policy, 13(3).
14. France G., Taroni F. i Donatini A. (2005). *The Italian Health-care System*. Health Economics, 14(S1).
15. Gauld R. i Derrett S. (2000). *Solving the Surgical Waiting List Problem? New Zealand's 'Booking System'*. International Journal of Health Planning and Management, 15(4).
16. Gerdtham UG., Jönson B., *International comparisons of health expenditures: theory, data and economical analyses*. In: Culyer AJ, Newhouse J, editors. Handbook of Health Economics. Amsterdam: North Holland, 2000.
17. Groenewegen P., Delnoij DMJ. *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? [Where would the Netherlands be without the GP]*. Utrecht:Elsevier/DeTijdstroom,1997.
18. Haun J. N., *Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study*, BMC Health Services Research, no 15/ 2015.
19. Health Policy Brief: *Pay-for-Performance*, Health Affairs, October 11, 2012.
20. Hermanowski, T., Rutkowski, J., *Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki*, Zeszyty naukowe Politechniki śląskiej nr. kol. 1951/2015.
21. Kreindler S.A. (2010). *Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence*. British Medical Bulletin. 95(1), 7–32.
22. Kringos DS1, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P., *Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending*.
23. Health Aff (Millwood). 2013 Apr;32(4):686-94. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242
Macinko J., Starfield B. *The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998*. Health Services Research 2003;38:831-65.
24. Mason C. (2008). *Public-private Health Care Delivery Becoming the Norm in Sweden*. CMAJ, 179(2).
25. Price RS., Balcer LJ., Galetta SL.. *Education research: a new system for reducing patient nonattendance in residents' clinic*. Neurology 2010 Mar 9;74(10):e34-e36.
26. Siciliani L., Moran V. i Borowitz M. (2014). *Measuring and Comparing Health Care*

Waiting Times in OECD Countries. Health Policy, 118(3).

27. Willcox, S., Seddon M., Dunn S., Edwards R.T., Pearse J. i Tu J.V. (2007). *Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross-national Comparison of Strategies*, Health Affairs, 26(4).
28. Vartiainen E., Puska P., Pekkanen J. [et.al.]: *Changes in risk factor explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland*. British Medical Journal, no 309.

Akty prawne

1. *Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, Dz. U. 2018 poz. 1532.
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2018 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunku lekarski i lekarsko-dentystyczny*, Dz.U. 2018 poz. 1381.
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunku lekarski i lekarsko-dentystycznym* Dz.U. 2014 poz. 1125.

Źródła internetowe

1. *Global Views On Healthcare – 2018. What does the world think about healthcare?*, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-07/global-views-on-healthcare-2018-ipsos-global-advisor.pdf>
2. *Information on the Western Canada Waiting List Project*, at: <http://www.wcwl.org>
3. *Odpowiedź na interpelację nr 24855 w sprawie niedoborów kadrowych lekarzy i pielęgniarek*, Warszawa, 28-08-2018. <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=B44H6M>
4. The Victoria state government publishes information quarterly on waiting times for elective surgery by individual hospitals and specialities via its public hospital performance website, <http://www.health.vic.gov.au/yourhospitals>
5. Inne
6. Prezentacja „Infolinia dla pacjentów – zasób do wykorzystania i rozwoju”, przygotowana przez Pana Bartłomieja Chmielowca z Biura Rzecznika Praw pacjenta, Razem dla Zdrowia, Warsztat 8, System informacji dla pacjentów, 23.04.2018.

Wykaz wykresów

Wykres 1. Obszary „wyczekiwania na świadczenia zdrowotne” (oznaczone kolorem czerwonym) oraz braku kolejek (kolor zielony) na podstawie wyników EHCI 2017.....	13
Wykres 2. Dynamika wskaźnika dostępności rozumiana jako czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w latach 2012 -2017 wyrażona jako liczba punktów uzyskanych w kolejnych edycjach badania	14
Wykres 3. Średni czas oczekiwania na wybrane, niezagrażające życiu procedury medyczne, 2015, Polska vs średnia wybranych krajów OECD.....	16
Wykres 4. Zmiana średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (wartości w mies.) w horyzoncie wieloletnim.....	18
Wykres 5. Zmiany w czasie oczekiwania (wartości w mies.) na realizację świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dziedzinach medycyny.(Jako brak zmiany założono różnicę wyniku +/- 0,5 mies.).....	19
Wykres 6. Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w kwietniu oraz maju 2018 roku (w mies.).....	20
Wykres 7. Liczba ludności Polski oraz udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem w latach 2013-2050.....	22
Wykres 8. Wydatki na zdrowie jako udział PKB, 2016 (lub rok najbliższy).....	24
Wykres 9. Liczba zawodowo czynnych lekarzy w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2000 i 2015	27
Wykres 10. Liczba zawodowo czynnych pielęgniarek w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2000 i 2015.....	28
Wykres 11. Płeć ankietowanych (N=729).....	43

Wykres 12. Struktura wiekowa badanych (N=729),.....	43
Wykres 13. Poziom wykształcenia (N=729),.....	43
Wykres 14. Miejsce zamieszkania (N=729),.....	43
Wykres 15. Grupa, z którą identyfikujesz się najbardziej (N=729),.....	44
Wykres 16. Stan zdrowia ankietowanych (N=729),.....	44
Wykres 17. Czy obecnie oczekujesz w kolejce na badanie lub wizytę u lekarza? (N = 729),.....	45
Wykres 18. Czy kiedykolwiek skorzystałaś/łeś z możliwości skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia wykorzystując tzw. „znajomości”? (N = 729),.....	45
Wykres 19. Czy kiedykolwiek korzystałaś/łeś z portalu NFZ do wyszukiwania terminów wizyt lub badań u świadczeniodawców kolejki.nfz.gov.pl (N = 729)	45
Wykres 20. Dowiadujesz się, że czas oczekiwania na zleczone badanie dodatkowe lub wizytę u lekarza wynosi 3 miesiące. Co robisz? (N =729),.....	46
Wykres 21. Najbardziej w związku z kolejkami do świadczeń zdrowotnych przeszkadza mi: (N=729)	47
Wykres 22. Najbardziej w związku z kolejkami do świadczeń zależy mi na tym, aby: (N=729)	48
Wykres 23. Które z kolejek do świadczeń zdrowotnych wymagają Twoim zdaniem najpilniejszego działania? (N = 729)	49
Wykres 24. Jakie grupy powinny być zwolnione z oczekiwania w kolejkach na świadczenia zdrowotne? (N=729),.....	49
Wykres 25. Co należy zrobić, żeby zlikwidować kolejki do lekarzy i badań? (N=729),.....	50
Wykres 26. Czy pacjenci, którzy nie zgłosili się na wizytę lub badanie i nie odwołali ich, powinni ponosić z tego tytułu opłaty? (N=729)	51

Wykres 27. Wzrost udziału wydatków na finansowanie ochrony zdrowia
w stosunku do PKB.....**59**

Spis rysunków

Rysunek 1. Rekomendacje dotyczące skrócenia kolejek do świadczeń zdrowotnych.....**57**



RAZEM DLA ZDROWIA

www.razemdlazdrowia.pl



BIURO PROJEKTU:

Fundacja MY Pacjenci
ul. Łabędzia 6
04-806 Warszawa

kontakt@razemdlazdrowia.pl
www.razemdlazdrowia.pl

INFOLINIA:

+48 690 677 446